LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 32. Segunda época. Enero-Junio 1980
Números 175-176. Volumen XII

CONSEJO DE REDACCION

Director
ANGEL M.ª RAMIREZ

Redactores Jefes
Ramón Ferreró
José L. Redrado

Redactores
Gestión Hospitalaria
José M.ª Muneta
Asistencia y Enfermería
Cecilio Eseverri
Teología y Pastoral
Pascual Piles
Etica Sanitaria
Gabino Gorostieta

Colaboradores
Joaquín Plaza, Pedro Clarós, Amado Palou, L. Gil Nebot, Juan L. Alaber, José M.ª Sostres, Ascensión Zubiri, Felipe Aláez, José Sarrió.

Administración, Publicidad y Oficina de información hospitalaria
Curia provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Carretera de Esplugas
Tel. 203 40 00
Barcelona 34

Depósito Legal: B. 2966-61
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

5 PLANIFICACION FAMILIAR: BALANCE Y SINTESIS DE UN CURSO
Por José L. Redrado

8 SALUDO DE BIENVENIDA
Por José L. Redrado

10 DIMENSION MEDICA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR
Por Luis Campos-N

23 ANTICONCEPTIVOS HORMONALES
Por Miquel Borrás

28 LOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS
Por Antonio Vela

35 GENETICA Y PLANIFICACION FAMILIAR
I: Esther Gean — II: Jaime Antich

49 PLANIFICACION FAMILIAR, PLANIFICACION DEMOGRAFICA Y CONTROL DE POBLACION
Por Francisco Abel

62 ASPECTOS PSICO-BIOLOGICOS Y PSICO-SOCIALES DE LA PLANIFICACION FAMILIAR
Por Adolfo Perinat

68 LOS PARTIDOS POLITICOS ANTE LA PLANIFICACION FAMILIAR
Por Judith Ibáñez Vives

70 EL PAPEL DE LA MUJER EN LA FAMILIA Y LOS PARTIDOS POLITICOS
Por Nohemí M. Barja

72 LOS MOVIMIENTOS DE LIBERACION DE LA MUJER Y LA PLANIFICACION FAMILIAR
Por Rosa Grisó i Valls

75 DIMENSION PSICOLOGICA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR
Por Fernando Angulo

77 EDUCACION Y MADURACION SEXUAL
Por Mariano Galve

82 USO DE ANTICONCEPTIVOS Y REPERCUSION PSICOLOGICA
Por Margarita Ibáñez

84 LAS RELACIONES PREMATRIMONIALES
Por Juana Moll

87 LAS CRISIS EN EL MATRIMONIO
Por Francisco Palomero

92 DIMENSION ETICA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR: LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
Por Manuel Cuyás

99 DIMENSION SOCIOLOGICA DEL ABORTO
Por Francisco Abel

103 PROBLEMATICA ETICA Y SOCIAL DEL ABORTO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA TEOLOGIA MORAL
Por Francisco Abel

111 COMUNICACION A LA PONENCIA SOBRE ETICA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR
Por Juan Aragonés Llebaria

112 AMOR FECUNDO Y RESPONSABLE
Por Francisco Abel

115 TEXTOS Y DOCUMENTOS PARA LA REFLEXION

122 COMITE DE ORGANIZACION FAMILIAR Y TERAPEUTICA
Por Luis Campos

124 UN SERVICIO CRISTIANO DE PLANIFICACION FAMILIAR
Por F. Abel, M. Borrás, A. Vela y E. Gean

132 DESPEDIDA

134 BIBLIOGRAFIA

POR UN HOSPITAL MAS HUMANO

HAN COLABORADO EN ESTE NUMERO

FRANCISCO ABEL

Doctor en Medicina, Licenciado en Teología, Master en Demografía, Director del Seminario de Bioética en la Facultad de Teología (Sección S. Francisco de Borja) y Jefe del Servicio de Planificación Familiar (Hospital San Juan de Dios, Barcelona).

FERNANDO ANGULO

Licenciado en Medicina y Cirugía, Psicoanalista, Jefe del Departamento de Psiquiatría Infantil (Hospital San Juan de Dios, Barcelona).

JAIME ANTICH

Doctor en Medicina y Cirugía. Jefe de la Sección de Genética del Hospital San Juan de Dios (Barcelona).

JUAN ARAGONES

Doctor en Sagrada Escritura, Delegado diocesano de Enseñanza y Capellán del Hospital de San Pablo y Santa Tecla (Tarragona).

NOHEMI M. BARJA

Psicólogo, especializada en sexología y Planificación Familiar.

MIGUEL BORRAS

Licenciado en Medicina y Cirugía, especialista en Obstetricia y Ginecología, médico adjunto de la Clínica Maternal del Hospital San Juan de Dios (Barcelona).

LUIS CAMPOS

Doctor en Medicina y Cirugía, Jefe del Departamento de la Clínica Maternal del Hospital San Juan de Dios (Barcelona).

MANUEL CUYAS

Doctor en Derecho Canónico. Profesor de Teología Moral (Facultad de Teología San Cugat). Catedrático de Deontología médica (Facultad de Medicina de Barcelona).

MARIANO GALVE

Psicólogo, Jefe del Servicio Religioso (Hospital Psiquiátrico San Baudilio, Barcelona), Profesor de Psicología Clínica en la Escuela de ATS Psiquiátricos (San Baudilio).

ESTHER GEAN

Licenciada en Biológicas, especialista en Genética, Residente de la Sección de Genética del Hospital San Juan de Dios (Barcelona).

ROSA GRISO

Miembro de «Justicia y Paz», Directora del Gabinete de estudios de los Derechos Humanos de la Cruz Roja de Barcelona, Miembro de la Junta de la Asociación de Naciones Unidas en España, Responsable de la Coordinadora de 17 Asociaciones femeninas católicas de Barcelona (UMOFC), Miembro del Consejo Directivo del SECOD.

JUDITH IBAÑEZ

Psicólogo, Directora del Centro de Planificación Familiar «Jaime Vera» (Cornellá), especializada en Planificación Familiar.

MARGARITA IBAÑEZ

Licenciada en Psicología, Psicóloga del Departamento de Psiquiatría Infantil del Hospital San Juan de Dios (Barcelona).

JUANA MOLL

Licenciada en Medicina y Cirugía, Especialista en Psiquiatría, Médico Agregado del Departamento de Psiquiatría Infantil del Hospital San Juan de Dios (Barcelona).

FRANCISCO PALOMERO

Licenciado en Medicina y Cirugía, Especialista en Psiquiatría, Subjefe del Departamento de Psiquiatría Infantil del Hospital San Juan de Dios (Barcelona).

ADOLFO PERINAT

Doctor en Sociología por la Universidad de París, Profesor en la Universidad Autónoma de Barcelona (Departamento de Psicología y Sociología), Especializado en Psicología Social.

JOSE LUIS REDRADO

Religioso de San Juan de Dios, Licenciado en Teología, Jefe del Servicio Religioso y Profesor de Etica en la E.U.E. del Hospital San Juan de Dios (Barcelona), Miembro del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria, Responsable Regional de las diócesis de Cataluña y Presidente del Secretariado Internacional de Pastoral Sanitaria en su respectivo Instituto.

ANTONIO VELA

Licenciado en Medicina y Cirugía, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Médico Adjunto de la Clínica Maternal del Hospital San Juan de Dios (Barcelona).

A nuestros lectores

Os ofrecemos este número monográfico sobre el tema PLANIFICACION FAMILIAR. Es un número doble, correspondiente a los meses de enero a junio. Nos ha obligado a ello la cantidad de materia que teníamos y, al mismo tiempo, el deseo de facilitarla a nuestros suscriptores en un solo volumen de la Revista.

O.H.S.J.D.
CURIA PROVINCIAL
SANT BOI
5.E.16

PLANIFICACION FAMILIAR: BALANCE Y SINTESIS DE UN CURSO

JOSE L. REDRADO

VISION GLOBAL

Pensado y hecho. Casi sin medir todo lo que de dificultad suponía llevar adelante un curso de esta envergadura. Sabíamos que no podía *fracasar*, pero siempre había en el aire un interrogante que no dejó de oírse de cuando en cuando. Y nos lanzamos a la búsqueda y a la reflexión. Lo determinamos en una de las reuniones de Delegados diocesanos de Pastoral Sanitaria de Cataluña, y la idea fue haciéndose realidad; el curso fue fechado (23 al 27 de enero) y programado todo su contenido.
Una idea nos dominó desde el principio: se trataba de hacer un servicio lo más competente y extenso posible. No queríamos entregarnos a la reflexión de una sola parcela, quizá la más tentadora —el tema médico—, sino poder ofrecer en abanico una serie de realidades que integran la planificación familiar, y con esta idea confeccionamos el programa, cuyo contenido contemplaría aspectos médicos, sociológicos, psicológicos y éticos.
El curso fue dado a conocer en aquellos sectores donde el tema pudiera tener algún interés, y así llegamos a la participación de un centenar de cursillistas.
Creemos que el curso ha superado los objetivos que nos propusimos, ya que en el profesorado hubo competencia y claridad; y en los asistentes asiduidad, responsabilidad y entusiasmo. El nivel de los participantes ha estado, igualmente, acorde con nuestras expectativas y ha dado al conjunto de la asamblea un ambiente reflexivo e interrogador. Se trataba, en definitiva, de seis médicos, varias matronas, asistentes sociales, ATS y sacerdotes.
El grupo ha sido variado, tanto por su preparación básica, como por sus opciones personales —mitad religioso, mitad seglar—.

DESARROLLO DEL CONTENIDO

Día 23

DIMENSIÓN MÉDICA DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La idea de este primer día estuvo centrada en los aspectos médicos. Definiciones, criterios de valoración, métodos (primitivos, tradicionales, actuales). Sentido y alcance de la genética en la planificación familiar: características del material genético, cromosomas y genes, fallos genéticos, consejo genético. La competencia de los Dres. Campos, Borrás, Vela, Antich y Esther Gean puso más de relieve la importancia del tema y nos sirvió de punto de partida para el desarrollo de las restantes ponencias. El día quedó ilustrado con unas proyecciones de los Laboratorios Orfi Farma sobre la ovulación y el desarrollo embrionario.

Día 24

DIMENSIÓN SOCIOLÓGICA DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Este fue un día rico también en doctrina. Desde la sociología de la fecundidad hasta los movimientos de liberación de la mujer, pasando por el contexto demográfico, enfoques neomalthusiano y marxista y la confrontación de Bucarest. Y de igual forma los aspectos psico-sociales, partiendo de la regulación

de la población en especies animales y la fecundidad humana con todas sus normativas. Todos estos enunciados, desarrollados por los Dres. Francisco Abel y Adolfo Perinat, fueron objeto de reflexión durante toda la mañana.
Por la tarde se pasó a dos temas que están sobre el tapete en nuestra sociedad: los partidos políticos y los movimientos de liberación de la mujer.
La primera idea fue desarrollada por Judith Ibáñez y Nohemí M. Barja. «Aunque se puede decir que la iniciativa de crear centros de Planificación Familiar ha sido casi exclusivamente de mujeres, de partido o no, lo cierto es que determinados partidos políticos han apoyado y favorecido su implantación; bien entendido que estos centros deberían ser asequibles a todos aquéllos que puedan necesitarlos y procurando que sean asumidos por los Ayuntamientos y/o la Seguridad Social.»
Sobre los movimientos de liberación de la mujer, Rosa Griso hizo un recorrido desde el inicio del feminismo, el feminismo en nuestro país y sus etapas. Remarcó la importancia del movimiento feminista, las diferentes tendencias, dificultades y su incidencia en la planificación familiar.
El día resultó denso y contrastado. Se terminó con unas películas de los Laboratorios Milupa tituladas «Ser madre» y «Nuevas técnicas del parto».

Día 25 DIMENSIÓN PSICOLÓGICA DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El equipo de este día, formado por los Dres. Fernando Angulo, Francisco Palomero, Juana Moll, Margarita Ibáñez y Mariano Galve, llevaron el peso de todo el día. Un día muy rico y base para la comprensión de muchos criterios y acciones; por ahí discurría sobre todo el tema de la mañana con las dimensiones psicológica y psicopatológica, el concepto de disociación, el equívoco de las palabras (lo que se dice y lo que se es); y también todo el imbricado tema de la educación y madurez sexual, su fenomenología, analítica, desarrollo y pedagogía.
Tres aspectos de interés práctico subrayamos en el tema de la tarde:
«Las relaciones prematrimoniales» con todo lo que lleva de madurez e inmadurez, de mimetismo, de divisiones y aspectos reivindicativos e ideales.
«El uso de anticonceptivos y repercusión psicológica», las incidencias, la aceptación y valor del significado que adquieren los anticonceptivos en cada caso. Finalmente, «las crisis en el matrimonio», su problemática social, relación, desarrollo de la familia, las dificultades, los conflictos y su incidencia en la planificación familiar.

Día 26 DIMENSIÓN ÉTICA DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Por la mañana, a primera hora, hizo acto de presencia el Sr. Cardenal Dr. Narciso Jubany quien dirigió a los cursillistas unas palabras de aliento a este *reto* que es la planificación familiar. Después pasamos al tema de la jornada. Era un día de prueba, sería como un test del curso, puesto que los temas eran candentes y polémicos, y porque, de ordinario, son temas en los que la gente hace poca reflexión. Toda una mañana a tope llevada por los Dres. Francisco Abel y Manuel Cuyás. Se abordaron los principios éticos generales, la contracepción vista desde la confesionalidad católica, la esterilización y aborto en el contexto de planificación familiar y criterios de aceptabilidad ética en una política de población.
El día tuvo su culminación con la comunicación de vida hecha por cuatro matrimonios: Martí-Sans, Tejero-Perera, Maestre-Cotrina y Roset-Arissó. Se trataba, claro está, de una comunicación desde su opción católica.
Y como se trataba de una experiencia, de algo vital que se comunicaba a los demás, se pidió al auditorio la escucha atenta, pero no la emisión de juicios

de valor sobre las trayectorias seguidas. Fue una tarde muy rica, muy práctica, vivida fuertemente. La protagonista fue la vida, la vida en todo lo que tiene de esperanza, de lucha, de interrogante, de claro-oscuro, de esfuerzo y de luz, de hundimiento y temor; la vida que se va viviendo y nunca se repite, siempre es distinta. La vida que, en el fondo, tiene más de diálogo y de búsqueda que de silencio y estancamiento; la vida que, cuando se empuja, va hacia adelante. El testimonio de las cuatro parejas nos hizo ver todo eso.
Sacamos todos la impresión de la gran capacidad que existe en la pareja cuando rompe lo que separa, lo que divide y se construye en diálogo y en búsqueda constante. Nuestros lectores no podrán encontrar escrita toda esta experiencia tan rica; nos van a perdonar que sea así. Hay cosas que el escrito las recorta, las mata. Los participantes se llevaron sólo el eco; es muy difícil penetrar; pero debe ser así. Desde aquí: gracias, muchas gracias.
Continuamos la tarde con una comunicación libre venida desde Tarragona (D. Juan Aragonés Llebaría); una comunicación llena de interrogantes.
Y después, la proyección de dos audiovisuales: «los derechos del niño» y «Ahora, ¿un niño?». Este último nos presentó las diversas razones que tienen las parejas a la hora de la planificación familiar. Ahí quedaron como un interrogante. Finalmente, el Dr. Abel hizo un resumen clarividente de todo lo que significaba este día de reflexión sobre la ética y planificación, destacando el sentido objetivo de la doctrina e igualmente el sentido de las opciones personales, vividas en búsqueda, en interrogante, en conciencia.

Día 27 DIMENSIÓN OPERATIVA

Habíamos cogido la recta final del curso; es el último día. También importante. Es la ocasión para presentar realizaciones, programas, proyectos, algo concreto. Por supuesto que no queremos *chiringuitos*.
La primera parte de la mañana se dedicó a la presentación y resolución de dos casos venidos a nuestra consulta con petición de ligadura de trompas. Nuestros lectores encontrarán en este número la ficha clínica y las funciones y composición del equipo que entiende de la resolución de estos casos; se trata de un Comité de Orientación Familiar y Terapéutica (COFT), equipo interdisciplinar que rige en el departamento de Maternidad del hospital San Juan de Dios. Así, pues, se presentó el primer caso; el Comité lo discutió y antes de dar la solución se pidió a los cursillistas su intervención: qué les parecía el caso y cuál era su opinión, si procedía o no la ligadura de trompas y por qué. Al final, el Comité dio su opinión. E igualmente se hizo con el segundo caso.
La mañana se nos iba y todavía quedaban muchas cosas.
Los Dres. Abel y Vela hicieron una síntesis de cómo se concebía un Centro Católico de planificación familiar y presentaron el módulo que habían preparado para el hospital San Juan de Dios de Barcelona —fases, capacidad, ideario católico e historia clínica—. Material que publicamos en este mismo número como un servicio más a nuestros lectores.
El curso estaba ya en el final, lo dio a entender el reparto de Diplomas a los asistentes. Pero como dijimos en las palabras de despedida: «el curso no queda clausurado, sino todo lo contrario: ahora se abre el curso». Y se abría entonces el curso, porque había suscitado muchos interrogantes, muchas inquietudes, nuevos pensamientos y nuevas perspectivas. Los asistentes lo habían vivido en la escucha y diálogo con los conferenciantes, también entre pasillos y en la comida que todos los días hicimos juntos y que sirvió para eso —completar, conocernos, buscar qué hacer después—.
El curso no podía terminar, porque la gente se enteró por la prensa y por la radio; no podía terminar, porque fue un reto para todos: —¿cómo continuar?—. Y siempre hay una respuesta. Muchos se fueron con ella. ¡Ojalá que se ponga en práctica!

SALUDO DE BIENVENIDA

JOSE L. REDRADO

Como Responsable Regional y también en nombre de mis compañeros, los Delegados de las diócesis de Cataluña, os saludo y os doy la bienvenida. Nos alegramos de vuestra participación en este curso de Planificación Familiar y os animamos, ya desde ahora, a una participación activa, constructora, aportadora de conocimientos y experiencias. Muchos venís como grupo, con una experiencia de trabajo en este campo; otros venís con la inquietud de poder conocer campos de actuación. Sois un grupo muy seleccionado y esto nos va a exigir a todos un esfuerzo; por ello, no queremos gente pasiva en el curso; todos sabemos cosas, todos tenemos experiencias y será bueno que las compartamos. Es verdad que, como base, hemos puesto unos profesores que nos dirán en voz alta ideas —unas sabidas, otras nuevas—; pero su misión no será decirlo todo —tampoco tenemos tiempo— sino señalarnos caminos e indicarnos pistas que nosotros dialogaremos y contrastaremos.

POR QUE UN CURSO DE PLANIFICACION FAMILIAR

En nuestra tarea de animadores de la Pastoral Sanitaria en Cataluña venimos reflexionando sobre los distintos aspectos que conlleva la sanidad y que, de alguna manera, se integran en nuestro quehacer pastoral.
A escala regional hicimos el año pasado una reflexión de cuatro días íntegros sobre el tema «Acercamiento al moribundo» (80 participantes en plan de internado), e igualmente un curso —unas 50 horas— sobre el tema genérico de Pastoral sanitaria con 130 participantes.
Para este año nos hemos propuesto el tema de Planificación Familiar y, a partir de marzo, haremos una reflexión —unas 30 horas— sobre el enfermo y la parroquia. Así, pues, el curso de Planificación Familiar viene dado en este contexto. La razón del tema es bien clara y la hemos expuesto en los objetivos señalados en el programa: estudiar, reflexionar, abrir caminos, intercambiar experiencias, clarificar conceptos, hacer un servicio integral al hombre de hoy... Fieles a estos objetivos estructuramos el programa que hoy nos congrega y que iniciamos con la esperanza y voluntad de colaboración y de humilde servicio.

CONTENIDO DEL PROGRAMA

Conscientes del gran respeto que debemos a las personas y de que sus decisiones deben ser hechas con gran libertad, queremos ofrecer con este programa una visión global —y no parcializada— de lo que es la planificación familiar. De ahí, pues, que el programa tenga presente —en abanico— los elementos básicos del tema de Planificación en los siguientes aspectos:

— *médicos,*
— *sociológicos,*
— *psicológicos,*
— *éticos,*

lo mismo que la experiencia y la vida.
No me corresponde a mí el hablar sobre el tema, tan sólo presentarlo y coordinarlo. Pero permitidme que aproveche esta ocasión para iniciarlo y deciros las ideas base que nos deben presidir estos días y que serán motivo de explicación por los profesores y de reflexión y diálogo por todos los asistentes.
Personalmente, estoy convencido de que en ningún campo como en éste los distintos profesionales deben ser muy sinceros y respetuosos y tener ideas suficientemente claras de lo que es y de lo que no es la Planificación Familiar y de los aspectos que la engloban.
Y para comenzar, debemos ya decir a plena voz lo que no es la Planificación Familiar:

— Planificar no es = *a tomar pastillas.*
— Planificar no es = *a tantos ingresos, tantos hijos.*
— Planificar no es = *a ver lo que me dice sólo el médico o sólo el cura (o sea, que decidan los otros).*
— Planificar no es = *a la decisión de una de las partes y no de la pareja.*
— Planificar no es = *a los hijos que Dios quiera mandarnos.*

TODO ESTO NO ES UNA AUTÉNTICA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

LO QUE ES

La limitación —mejor, la determinación— del número de hijos en función de una decisión libre y responsable de la pareja.
Es decir, la Planificación Familiar debe responder a tres preguntas:

— *¿Hijos, cuántos?*
— *¿Cuándo?*
— *¿Por qué?*

Y para que sea libre y responsable, la pareja debe estar formada e informada sobre los distintos aspectos que integran la planificación: médicos, sociológicos, psicológicos y éticos. Subrayo estos campos ya que muchas veces se planifica y se orienta a las parejas sólo en función de aspectos médicos y económicos, lo cual para mí es una tomadura de pelo, o una manipulación más de nuestra sociedad.
La Planificación Familiar es un derecho fundamental del hombre y un elemento indispensable de la dignidad humana. Por ello son muchas las realidades que deben ser contempladas, es decir, es un tema muy complejo como para decidirlo por intuición y sin valoración integral de la persona.
Porque somos conscientes de ello, hemos querido dedicar estos cinco días íntegros durante los cuales tendremos oportunidad de estudiar los diversos temas y subtemas, conscientes también de que se quedarán muchas cosas sin decir —por no saberlas o por no disponer de tiempo—, ya que cada tema da pie a seminarios completos.
Y ahora, para terminar, no me queda más que agradecer una vez más vuestro interés y vuestra asistencia, y que todos —profesores y cursillistas— pongamos a disposición nuestro saber y nuestra experiencia para que unos y otros nos podamos enriquecer.

DIMENSION MEDICA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

LUIS CAMPOS-N

A MODO DE PREAMBULO

Nuestra ponencia versará solamente sobre la *dimensión médica* de la Planificación Familiar, es decir, analizará la tolerancia de los diversos procedimientos y los posibles riesgos que entrañan, principalmente los de orden físico, ya que los de tipo psíquico serán analizados por el Dr. Angulo y sus colaboradores.

Así, pues, es de mi competencia en este curso toda la problemática médica de los diversos métodos contraceptivos excepto los anovulatorios y los DIU, pues uno y otro constituirán capítulo aparte, encargándose de ellos los Dres. Borrás y Vela respectivamente. Tendremos también ocasión hoy de oír la autorizada palabra del Dr. Antich y su grupo, que tratarán todo lo que la Genética puede aportar a la Planificación Familiar.

DEFINICIONES

Limitación de la natalidad

Es el conjunto de medios que consiguen la finalidad de la disminución del número de bocas a nutrir, ya sea por la familia o por la Comunidad. Ella comporta también el infanticidio (todavía no hace mucho tiempo practicado en el Japón), así como el aborto provocado, la esterilización y la contracepción.

La contracepción

Es la utilización de cualquier procedimiento destinado a impedir la concepción y ello de manera temporal y reversible, ya sea oponiéndose al encuentro del espermatozoide y el óvulo o impidiendo la maduración de los mismos, o por impedir la anidación del óvulo fecundado. Por tanto, quedan excluidos, según definición, la ligadura de trompas y la vasectomía, en los que el resultado es en principio definitivo. En cuanto al aborto, el límite es menos neto, sobre todo desde que existen procedimientos anti-anidación.

La regulación de los nacimientos

Es para los médicos sinónimo de contracepción. Para algunos significa más un espaciamiento razonable que una prevención o limitación.

La planificación familiar (Abel)

El derecho que tiene la pareja de tener los hijos que desee y espaciarlos para poder atender debidamente la tarea de la educación y formación de los mismos.

Desde siempre el hombre ha tenido la preocupación de limitar y regular el número de hijos, sobre todo, cuando a nivel de la pareja han conseguido la procreación.

Desde la más remota antigüedad ha sido la evitación del embarazo una preocupación real: así, en papiros egipcios se han encontrado recetas diversas y procedimientos para fabricar pesarios intravaginales, preconizando la utilización de mezclas, por ejemplo, de miel y excrementos de cocodrilo o de elefantes, etc. Los árabes, desde la antigüedad, colocaban piedras dentro del útero de las camellas antes de comenzar la travesía del desierto, lo cual se puede considerar como la idea primitiva de los actuales dispositivos intrauterinos. Escritos hipocráticos, en fin, mencionan una receta para una píldora de un año de efectividad (?).

Sin embargo, la verdadera planificación como tal materia científica empieza con motivo del descubrimiento de Pincus, en 1955, de los inhibidores de la ovulación estrógeno-progestativos. Esto acompañado del perfeccionamiento de los DIU, sobre todo con la introducción del material plástico (polietileno principalmente), a partir de 1959. Como cita a título de ejemplo, toman anovulatorios orales hoy unos 55 millones de mujeres, y se supone que unos 15 millones de DIUS están en uso en el mundo, de los cuales 3 ó 4 millones en los EE.UU. de Norteamérica.

Posteriores hitos en este camino de perfeccionamiento son la reducción de las dosis de los estro-progestágenos, hoy día utilizados con seguridad en su acción, y la introducción de los DIU con hilo de cobre que son mejor tolerados.

Ni que decir tiene que el número de hijos ya habidos hace que los padres tomen la determinación de reducir los venideros o incluso anularlos. Es un hecho que varía según las épocas, las costumbres, el nivel social, económico, cultural, etc.

Nivel cultural

De todos es sabido que cuanto más alto es el nivel cultural y más desahogado el modo de vivir, tanto más se reduce el intento de natalidad. También los procedi-

mientos por medio de los cuales se reduce la natalidad, son tanto más primitivos cuanto menos culto es el grupo de población, más sofisticados cuanto más culto es.

MALTHUS

Entre las razones científicas que han contribuido a la preocupación mundial por la regulación de la natalidad las principales son: el crecimiento de la población y el aumento no paralelo de las subsistencias, que ya fue denunciado en 1798 por el clérigo protestante Roberto Malthus en su libro *Essay on the Principle of Population (Ensayo sobre el Principio de la Población)* que llegó a excitar tan apasionadas controversias.

Unos significativos datos sobre el crecimiento de la población mundial nos ayudarán a comprender una premisa de las dos de Malthus.

Considerando la velocidad a la que hoy en día crece la población humana mundial, ésta se irá duplicando cada 35 años aproximadamente.

CUATRO PERÍODOS

Primer período

Cuando los hombres como monos antropoides comenzaron a utilizar sus primitivas herramientas, se estimaban sólo en unos cuantos millares, llegando a 5 millones en total, después de algunos centenares de miles de años. *Edad de piedra.*

Segundo período

Dependió su incremento del desarrollo de la agricultura y la domesticación de los animales. Entonces, en unos 10.000 años, creció hasta 250 millones. *Epoca de Cristo.*

Tercer período

El tercer período de aumento comenzó en la época del reinado de la reina Isabel (el comienzo de los descubrimientos y de los inventos); la población era de 500 millones de seres humanos. Unos 300 años después se hizo 5 veces mayor, con 2.250 millones en 1940.

Cuarto período

En éste hay un momento en que el crecimiento asume proporciones fantásticas. Este período comenzó al final de la Segunda Guerra Mundial. En 1950 se estima en 2.509 millones. En 1960 pasa de 3.000.000.000. En 1965 unos 3.300 millones. Se cree que en el año 2000 la población mundial será superior a 6.000.000.000.

En determinados países, como la India, si continúa el ritmo actual de crecimiento, la población de 470 millones alcanzará en unos 30 años la cifra de 920 millones.

Esta progresión notable de la población se debe más a la disminución de la mortalidad que al aumento de la natalidad. En la mayor parte de las sociedades primitivas menos del 50 % de los niños llegaban a los 30 años de edad. En la actualidad, en los países civilizados, el 95 % de los nacidos llegan a los 30 años.

Antes de entrar en la descriptiva de todos y cada uno de los procedimientos, necesitamos exponer unos conceptos imprescindibles para que se pueda comprender el modo de acción, riesgo, resultados, etc., de los mismos.

CRITERIOS DE VALORACION DE UN METODO CONTRACEPTIVO

Aceptemos primero que el método contraceptivo ideal no existe, ya que la fecundación y nacimiento son hechos fisiológicos y, por ello, la evitación de su puesta en marcha y continuación de todas sus secuencias es prácticamente imposible sin riesgo para la persona.

Nos basaremos en los siguientes parámetros para catalogar la bondad de cada procedimiento.

— Eficacia.
— Inocuidad.
— Reversibilidad.
— Aceptabilidad.

Eficacia

La eficacia (que significa virtud, actividad, fuerza o poder para obrar) se calcula por la fórmula de Pearl, que se desarrolla como sigue:

$$\frac{\text{Número de embarazos accidentales} \times 1.200}{\text{Número total de meses de exposición}}$$

Los resultados se expresan en años mujer y un *año mujer* = 12 ciclos menstruales.

En esta fórmula vemos que cuanto más aumenta el denominador (número de meses en que se utilizó), sin variar el numerador (número de fracasos), más pequeño es el resultado, lo que equivale a menos fracasos; y al revés, si no se modifica el denominador y aumenta el numerador, el cociente es mayor, o sea, más fracasos.

Se calcula en 80 por 100 años mujer el número de embarazos que ocurrirían en un grupo de mujeres fértiles que no utilizasen ningún procedimiento contraceptivo.

Con este criterio se pueden clasificar los diversos procedimientos contraceptivos en:

— Muy eficaz: siempre que la tasa de fracasos esté por debajo de 2 % años mujer.
— Relativamente eficaz: tasa de fracasos inferior a 10 % años mujer.
— Poco eficaz: tasa de fracasos por encima de 10 % años mujer.

Esto según H. Rozenbaum.

Otra clasificación es la de Tietze.

— Máxima eficacia: tasa de fracasos del 1 al 4 % años mujer.
— Muy eficaz: del 2 al 6 % años mujer.
— Menos eficaz: Del 10 al 20 % años mujer.
— De eficacia mínima: Del 40 % o más años mujer.

Otra clasificación es:

— Muy eficaz: menos del 5 % años mujer.
— Eficaz (bien eficaz): hasta el 10 % años mujer.
— Bastante eficaz: hasta el 20 % años mujer.
— Poco eficaz: hasta el 30 % años mujer.
— Muy poco eficaz: hasta el 40 % años mujer.
— Ineficaz: el 40 % o más años mujer.

Lo cierto es que en Clínica cada vez se obtiene mayor eficacia de los métodos, y actualmente las pacientes exigen la mayor seguridad, no pudiéndose hoy en día ofrecer

ningún procedimiento que no esté en la categoría de muy eficaz.

Inocuidad

El principio ético exigible a toda actuación médica *(primum non nocere)*, es decir, evitar a toda costa la yatrogenia, adquiere en el campo de la planificación familiar categoría fundamental o principal. Así, será preciso explorar con el máximo cuidado las diversas circunstancias anatomo-fisiológicas con las que pueda tener que estar en contacto. Respetar las contraindicaciones formales que puedan existir a priori para un determinado procedimiento tiene aquí la máxima importancia.

La inocuidad debe contemplar los inconvenientes posibles sobre la fertilidad posterior.

La inocuidad a considerar ha de ser:

a) *La inmediata*, que puede referirse al posible daño sobre el feto, en caso de que fracase el procedimiento.

b) *La inocuidad a distancia*, que se refiere a los inconvenientes sobre la fertilidad posterior.

c) *Local*. Sería el posible daño del órgano afectado (por ejemplo, DIU para el útero).

d) *General*. Sería la inocuidad sobre el embarazo que sobreviniese al dejar el método; también la que en forma de daño pueda ejercerse sobre el equilibrio endocrino de la mujer, por ejemplo, o la patología vascular trombótica.

Reversibilidad

Forma parte de la propia definición de contracepción. No se puede llamar un procedimiento contraceptivo a aquél que resulte definitivo. Entonces se ha de llamar esterilización definitiva.

Aceptabilidad

En cierto modo la forma como sea aceptado un procedimiento contraceptivo por la paciente o el marido, o ambos, influirá sin duda en sus resultados.

Hemos de considerar dentro de este capítulo los siguientes apartados:

— Facilidad de aplicación.
— Costo.
— Aceptabilidad física.
— Moral.
— Religiosa.
— Estética.
— Euparéunica.
— Psicológica.
— Social.
— Legal.

Como condición previa, hay que tener en cuenta que debe ser la pareja quien, después de conocidos todos los procedimientos a través de las explicaciones del médico, elija el procedimiento que por los diferentes extremos expresados le parezca el ideal o esté más cerca de serlo.

En cuanto a facilidad de aplicación, por ejemplo, habrá alguna paciente que no sea capaz de insertarse un diafragma cervical antes del coito.

Por lo que al costo se refiere, se está llegando a la solución como prescripción médica a través del régimen general de la Seguridad Social.

Respecto a la aceptabilidad física, se puede hablar de la posibilidad de producir dolores, heridas, náuseas, cefalalgias.

En cuanto a la moral, de todos es sabido que el concepto religioso-moral es, para un sector no pequeño de la población, de importancia capital a la hora de decidirse por un procedimiento determinado.

La estética, inconveniente que plantean algunos procedimientos que necesitan una actuación inmediatamente anterior o posterior a las R.S.: cremas u óvulos vaginales, preservativos, etc.

Euparéunica, que no produzca molestias para el coito.

Psicológica. La repercusión que pueda determinar en la psique de la paciente alguna de las circunstancias del procedimiento, lo harán inútil o inconveniente en más de una ocasión. Por ejemplo: el efecto anafrodisíaco que con frecuencia hemos podido comprobar como consecuencia de anovulatorios orales.

Social. Para determinados grupos sociales pueden no ser válidos algunos procedimientos por la complicación que su comprensión comporte.

Legal. No están todavía bien establecidos los criterios de legalidad de los contraceptivos en nuestro país.

ELECCION DEL PROCEDIMIENTO CONTRACEPTIVO

La paciente sola o con su marido, en compañía del médico y analizando con cuidado los pros y contras de cada procedimiento, deberá decidir el que más les convenga.

Habrán de considerarse:

— La motivación y su intensidad, de la pareja para la decisión de la contracepción.
— Las condiciones socio-económicas.
— Las posibles contraindicaciones que deben ser estudiadas minuciosamente.

El mejor método es el que la paciente elija cuando lo hace con un conocimiento a fondo de todos ellos.

Los exámenes que han de ser practicados:

— Interrogatorio.
— Exploración clínica.
— Pruebas complementarias.

En cuanto al interrogatorio se refiere, tiene que ser extenso, haciendo hincapié principalmente en:

— Motivo de consulta.
— Antecedentes patológicos.
— Si existe por la planificación familiar estado conflictivo conyugal.
— Lugar de nacimiento y si vive donde nació. Posibilidad de inadaptación a las peculiaridades del país donde vive.
— Son importantes los datos de la religión a la que pertenece y el grado de religiosidad.
— Importante también el grado de cultura a la que ha tenido acceso (títulos universitarios).
— Avenencia o no en su matrimonio. Especial referencia a las relaciones afectivo-sexuales: frecuencia, disparéunia o no, orgasmo, libido, etc. Patología masculina: eyaculación precoz.

— Importa también mucho conocer qué métodos contraceptivos ha llevado a cabo la pareja, si es que fue así, y qué resultado dieron y los antecedentes obstétricos.

— También tiene importancia en el interrogatorio todo lo referente a una insuficiencia hepática o cefalalgias, hipertensión, historia de trombosis u otra patología vascular.

— Investigación de toda la patología genital femenina (y masculina). Menstruación, irregularidades, menometrorragias, leucorrea, dispareunia, vaginismo.

— Desde el punto de vista psíquico tiene mucha importancia averiguar si hay alguna motivación que no sea la propia idea de la regulación de la natalidad o si hay antecedentes graves a este respecto.

— Insistencia sobre antecedentes de diabetes, hiperlipidemia, cáncer de mama o de útero, etc.

Reconocimiento médico - Exploración clínica

- Exploración somática general de la paciente sin olvidar la de mama.
- Exploraciones ginecológicas

— Tacto vagino-rectal (útero y anejos).
— Colposcopia.
— Citología.
— Condiciones de vagina y perineo.

Pruebas complementarias

Análisis completo de sangre con especial investigación del funcionalismo hepático.

Ahora vamos a considerar todos los procedimientos contraceptivos y además el aborto como procedimiento de planificación familiar en sentido lato, así como la esterilización definitiva femenina y masculina, pues también son procedimientos para la limitación de la natalidad que forman parte de la Planificación Familiar.

PROCEDIMIENTOS PRIMITIVOS

Coitus Interruptus

Significa que habiéndose iniciado el coito, es decir, la introducción completa del pene en la vagina y habiendo mediado los movimientos que le son propios y estando muy cerca de tener lugar la eyaculación, la pareja se separa bruscamente el uno de la otra para que la eyaculación sea extravaginal. Por su sencillez, por la facilidad de su razonamiento lógico es quizá el procedimiento más antiguo, pero no por ello el menos actual, ya que aun aceptando la dificultad de orden estadístico para juzgar de su incidencia en la sociedad actual, me atrevería a afirmar que un 85 % de los matrimonios (y parejas en general) españoles lo practican o lo han practicado sistemática o accidentalmente. Según Silbert (Grenoble), un 71 % en Francia. Según Tietze, un 26 % en EE.UU.

El C.I. es el más viejo y extendido procedimiento de contracepción y ha contribuido de forma muy decisiva, en diversos momentos históricos de algunos países, reduciendo su natalidad. Podemos remontarnos, buscando su origen, al libro del Génesis de la Biblia donde se lee que Onán, para evitar hacer concebir a la *esposa* de su hermano con quien tuvo que casarse por haber muerto aquél, derramaba su esperma fuera de la vagina. De ahí viene la palabra onanismo, que significa masturbación aunque no sea exactamente lo mismo (masturbación = *manu stuprare* = deshonrarse con la mano). Los judíos, mahometanos y católicos prohibieron esta práctica.

El C.I., junto con la abstinencia y el aborto, fueron los únicos procedimientos de regulación de la natalidad en los siglos XVIII y XIX. Aunque es difícil averiguar en qué proporción pudo haber contribuido cada uno de estos procedimientos, parece probable que el C.I. sea en gran parte responsable de aquella reducción de los nacimientos.

La reducción de la tasa de nacimientos en la Gran Bretaña durante los años 20 y 30, a 2 ó 4 hijos por familia, probablemente se deba también a estos métodos. En Turquía el C.I. se ha visto incrementado del 14 al 25 % en las parejas que practican contraconcepción, entre 1963 a 1968, y ha hecho pasar de 3,2 a 2,7 el número promedio de hijos por familia.

Es también muy común en el Este de Europa en donde la tasa de nacimientos es muy baja.

La evaluación actual del uso del C.I. es prácticamente imposible, porque entre otras cosas *lo realizan muchos matrimonios que no han consultado jamás.* Veremos algunas apreciaciones. En Gran Bretaña entre los años 67 a 68 entre los profesionales lo practican el 27 %. Otros dan cifras de 44 % de matrimonios. Muy común en hispanoamérica donde llegaría a un 25 %.

Ventajas

— No necesita preparación.
— No cuesta dinero.
— No se puede perder ni encontrar.
— No se lo pueden comer los niños.
— No pueden destruirlo los niños.
— No se puede olvidar cuando la pareja va de vacaciones.
— No tiene ninguna mortalidad.

Inconvenientes

— Algias pélvicas en la mujer (ligado al orgasmo).
— Hipertrofia prostática (ligado al orgasmo).
— Neurosis en el hombre y en la mujer, por lo artificioso que resulta el tener que separarse bruscamente en el momento en el que es más necesario estar juntos. La dificultad que supone el que la mujer consiga el orgasmo o que lo consiga en plena unión, supone una etiopatogenia de algunos trastornos neuróticos femeninos.
— Riesgo por coitos repetidos (fecundación).
— Puede llegar a dar impotencia (Palazolli).

Eficacia

Es difícil de apreciar por las razones de antemano señaladas. Son muchos los que no consultan.

Tasas de fracasos según Tietze, 16,8 % años mujer. Por ello está dentro del capítulo de menos eficaces junto con anticonceptivos químicos y ritmo calendario.

Conclusión

Médicamente reprobable. Está principalmente reducido a los países superpoblados y poco adelantados.

Puede producir en la mujer una sensación de frustra-

ción, con falta de confianza en el marido por miedo a que no sea lo suficientemente cuidadoso.

Coito reservado

Permite una unión completa, en ocasiones duradera, pero sin eyaculación, con o sin orgasmo en la mujer.

Preconizado por el Profesor Chauchard no lo consideramos conveniente por el elevado riesgo, porque se aleja de la eupareunia y por las consecuencias: retención urinaria en hombres ya mayores, por congestión de la próstata.

Su eficacia teórica puede ser alta, pero la eficacia práctica es muy baja.

Coito obstruido

Es un método peligroso que consiste en apretar la base del pene, pensar en otra cosa y retener la respiración. Tiene el riesgo de conducir a una eyaculación retrógrada.

Lavados vaginales

Esta práctica, que llevan a cabo algunas mujeres en el postcoito inmediato, es poco frecuente como único procedimiento y mucho menos segura que el C.I.

Inconvenientes

No los tiene en cuanto a la realización de la unión global que es absolutamente normal; por tanto, no modifica la esencia del coito, pero obliga a un urgente y amplio lavado de toda la cavidad vaginal que cuanto más urgente sea menos normal hace al coito.

En cuanto a la técnica se refiere, no es fácil que la mujer por sí misma consiga hacer una limpieza completa de toda la vagina sin más intervención que sus manos y con agua y jabón más o menos ácido o adicionada de astringentes o antisépticos.

Suelen recurrir a irrigaciones con más o menos presión, ya sea con peras de goma, ya sea a través de irrigadores. Otras mediante tubos de goma adaptados directamente al grifo del agua.

Así, pues, en conjunto: poco seguro, eficacia baja (para Tietze un 40 % años mujer de fracasos).

Médicamente: no perjudicial, a no ser que añadan sustancias cáusticas o que se lleve a cabo con excesiva presión.

También se lleva a cabo mediante duchas vaginales que existen en los *bidés*.

Lactancia prolongada

Tan primitivo como inseguro. En qué porcentaje de casos determine la lactancia la ausencia de ovulación y de menstruación no es fácil de asegurar, aunque no creo que sea superior a un 30 % de los casos en lactancias de por lo menos uno o dos trimestres.

Fuera de actualidad; además, cada vez es menos frecuente la lactancia materna y cuando se hace, cada vez dura menos y es mixta, siempre desde el segundo trimestre.

Como procedimiento de regulación de la natalidad es inaceptable, porque, además, la inhibición de la ovulación mediante una lactancia demasiado prolongada comporta riesgo de la salud, al menos genital, de la madre con posibilidad de amenorrea definitiva.

PROCEDIMIENTOS TRADICIONALES

Preservativo o condón

Es quizá el anticonceptivo más antiguo, que se utiliza todavía hoy.

Es uno de los procedimientos llamados de barrera, que quiere decir, aquéllos que tienen como objetivo evitar el que los espermatozoides y el óvulo se encuentren, impidiendo al espermio que alcance la parte alta del tracto genital femenino. Los franceses le llaman *Capote anglaise* y los ingleses *French leather*.

Históricamente data del tiempo de los romanos, cuando vejigas urinarias de animales se utilizaron para protección contra las enfermedades venéreas más que como contraceptivos. Corresponde a Falopio el mérito de haber descrito por primera vez en 1564 una vaina o funda para el pene, confeccionada con lino y destinada a preservarse de enfermedades venéreas (sífilis, etc.). También fueron fabricados en seda y piel.

Hoy se fabrican en goma látex en forma masiva (se estima en 50 millones los preservativos que se difunden en Francia por año). Básicamente consiste en una lámina de una pieza de forma cilíndrica, hueca, faloide, como de 16 cm de longitud y 5 cm de calibre y se expenden enrollados con o sin reservorio en su parte final. En su fabricación son exigidas en Dinamarca, Gran Bretaña, India, Suecia y EE.UU., una mínima resistencia de 200 kg por cm^2 y un índice de elongación antes de rotura de 600 a 700 %; 28 litros de aire sin reventar; 300 c.c. de agua sin escape o pérdida.

Hay tipos muy diversos, pues la imaginación y la líbido los han llevado a límites muy sofisticados. Así, los *americanos* o *griegos* que sólo cubren el glande con el consiguiente riesgo mayor. También se hacen actualmente de plástico (ethileno-ethil-acrilato).

Procedimiento, en sí mismo, el mejor o el menos malo de todos los contraceptivos, pues es el que menos modifica la fisiología, ni gametogenética, ni tampoco cualquier otro sistema ni aparato de la economía de la pareja aunque sea tan manifiesto. Carece de riesgo elevado como causante de complicaciones. Quizá puede haber casos de alergia al material, o al lubricante, que algunos llevan incorporado.

Es universalmente muy usado: en Gran Bretaña, el 36 % de los que usan contraceptivos utilizan el preservativo (Bone 1973). Peel en 1972, en un estudio de 500 recién casados (parejas) en Hull, halló que el 59 % usaron el preservativo en un tiempo u otro, 48 % habían tomado contraceptivos orales y 41 % hicieron coitus interruptus.

En EE.UU. ha descendido su uso actualmente, pasando del 27 % de todas las parejas que practicaban contraceptivos en 1955 al 18 % en 1965 (Segal y Tietze, 1969).

En los países subdesarrollados su uso se va extendiendo cada vez más. El número aproximado que de ellos se fabrican en los 9 países productores más importantes del mundo, podría ser de 2.293 millones, de los cuales aproximadamente el 38 % serían vendidos en EE.UU., el 36 % en Japón y el 13 % en Gran Bretaña.

Ventajas

— La primera es no tener efectos secundarios perjudiciales. No hay problemas metabólicos ni riesgos de padecimiento alguno.

— Protección frente a enfermedades venéreas si se usa debidamente, por ejemplo: frente a blenorragia.

— Singer atribuiría disminución de riesgo al no ponerse en contacto el esperma con el cuello del útero lo que podría ser facilidad para producirse carcinoma o displasia.

— También impide llegar el virus del herpes que puede vivir como saprofito en el pene, evitando así la posibilidad de producir neoplasias en el útero.

Inconvenientes

— Lo artificioso de su colocación que desfigura la intimidad del acto.

— Si tiene reservorio para el semen éste debe estar sin aire al colocárselo.

— Necesidad de separarse inmediatamente después de la eyaculación.

— Disminución de la sensación placentera, principalmente para el hombre.

— Alergias. Raros casos en general por el producto incorporado como lubricante. En vagina o en el pene.

Eficacia (fallos)

Según Tietze, la eficacia teórica del procedimiento es probablemente idéntica a la del DIU y es de 4 a 5 % años mujer. Para Dewhurst, 14 % años mujer.

El preservativo bien usado es sin duda un contraceptivo efectivo; Glass y cols. en 1974 presentan 2.057 parejas estudiadas: encuentran sólo como fallos un 4 % años mujer.

En la clasificación de eficacia de Tietze figura entre los *métodos muy eficaces.*

Precauciones

— No penetrar nunca en la vagina, antes de ponerse el preservativo.

— Desenrollar el preservativo en toda la longitud del pene en erección (los hombres no circuncidados deben retraer el prepucio).

— Dejar una pequeña bolsa en el extremo del preservativo.

— Emplear lubricación adecuada para evitar el desgarro del preservativo y la irritación de la vagina.

— Extraerlo antes de la flacidez del pene post-coito, sosteniéndolo en su lugar con el dedo, para evitar que se quede en la vagina o que se salga el esperma.

— Comprobar la integridad del preservativo post-coito para tomar recurso de lavados vaginales inmediatos con sustancias astringentes o espermicidas, si se comprueba que se rompió.

Conclusión

Médicamente lo vemos exento de riesgos y lo consideramos el mejor de los procedimientos contraceptivos después de los anovulatorios y el ritmo con T.B.

Diafragmas

Una cazoleta de goma se insertó por primera vez en la vagina de una mujer en Alemania como contraceptivo en 1838. Luego fue extendiéndose hacia Holanda y después a Gran Bretaña, donde aún se le llama *Dutch cap* = capuchón holandés.

En forma de cazoleta semiesférica, están formados por un centro de caucho blando en forma de fina lámina (de goma látex) adherido a un borde metálico circunferencial con unas láminas concéntricas o con un muelle en espiral. La propia armadura de metal está a su vez recubierta de látex. Existen entre 11 y 18 medidas de diafragmas escalonadas de 2,5 en 2,5 mm o de 5 en 5 mm, entre 45 mm y 100 mm de diámetro.

La prescripción de un obturador necesita tiempo y dedicación por parte del médico o del auxiliar adecuado y precisa, por lo menos, 2 visitas separadas de 10 a 15 días.

a) En la primera visita se apreciarán las condiciones anatómicas genitales y pélvicas, por ver si son adecuadas al diafragma:

Posición del cuello del útero. Por ejemplo, un cuello que queda muy profundo en la vagina no es una buena indicación para este método.

Un prolapso genital contraindica el método.

Una colpitis, naturalmente, es también una contraindicación.

La dimensión del diafragma se basará en la profundidad de la vagina, siendo el más corriente el de 75 mm de diámetro.

Situado el diafragma, se apoya en la foseta retropúbica y por detrás en el fondo del saco de Douglas. Si el tamaño es el correcto, la paciente no debe notar molestias.

Enseñarle luego a la paciente cómo insertárselo ella misma.

Consejos prácticos

— Colocarse el diafragma 20 minutos antes del coito después de haber puesto la crema o gel espermicida.

— No quitárselo sino 6 u 8 horas post-coito.

— Comprobar siempre que el capuchón cubre completamente el cuello uterino.

— Comprobar al menos una vez por año que el tamaño del diafragma sigue siendo el idóneo para cada paciente. Puede variar post-parto, o como consecuencia de una pérdida de peso importante.

b) Segunda visita (de control)

Asegurarse de que la mujer sabe insertarse correctamente el diafragma y que permanece en su sitio después de caminar un rato. Para ello está ya previamente advertida que debe ponérselo en casa, para que en la consulta pueda comprobar el médico si persiste bien ubicado.

El diafragma ha de ser insertado con su cúpula mirando a la cara posterior de la vagina y debe estar recubierto de crema espermicida por ambas caras.

Uso del diafragma. Entre 1951 y 1970, en el Reino Unido entre trabajadores no manuales: el 7 % de las parejas que usan contraceptivos entre 1951 y 1955, y el 10 % entre 1966 y 1970. Es menos usado por los trabajadores manuales: entre el 2 y el 4 %, en el primer año del matrimonio. El 19 % de mujeres que usan contraceptivos han usado diafragmas una vez u otra.

Ventajas

— No tiene consecuencias patológicas.

— Es más bien barato.

— Dura varios años si se cuida bien.

Inconvenientes

— Necesidad de exactitud en el tamaño.
— No se puede usar en el período post-partum.
— No sirve en caso de patología genital, como cisto y rectocele.
— Se ha de poner antes del coito y esto lo hace insoportable para muchas parejas.
— Puede olvidarse.

Efectividad

Según Vessey y Wiggius (1974) en 5.909 años mujer, estimó la tasa de fallos en 2,4 % años mujer. Peelan, en 1972, lo estimó en un 7 % años mujer.

Cazoletas cervicales

Las hay de varias materias, goma o plástico, y de 4 tamaños: de 22 a 31 mm de diámetro.

No se apoyan en la vagina, sino que se adhieren al cuello por un efecto de ventosa. Es también indispensable añadir espermicidas.

Eficacia

Difícil de valorar; las tasas de fracasos están entre 8 y 30 % años mujer según las estadísticas. Según Tietze, en EE.UU. entre 8,8 y 14,3 % años mujer. Está colocado en su segundo grupo de los *muy eficaces*.

— Es difícil de colocar.
— No pueden utilizarse con lesiones de cuello.

Espermicidas locales

La historia de las sustancias espermicidas se remonta a épocas remotas. En 1850 excrementos de cocodrilo mezclados con miel se insertaba como un bolo en la vagina. También pulpa de granada o miel y aceite de cedro.

En 1880 se produjo en Londres el primer pesario comercializado conteniendo quinina como espermicida.

Se llama espermicida toda aquella sustancia que tenga la capacidad, en las condiciones habituales de utilización, de provocar la muerte rápida o la inmovilización irreversible de los espermatozoides. El condicionamiento de este producto es tal que constituye en principio un obstáculo físico y químico a la penetración de los espermatozoides en la glera cervical.

Fueron un importante método contraceptivo hasta que los modernos procedimientos (anovulatorios hormonales y DIU) entraron en vigor.

Su uso es esencial junto con diafragmas y también se ha aconsejado junto con preservativos, pero no parece que esto aumente la seguridad del último y sí la de los DIU.

Hay diversas formas de presentación:

— Cremas y gelatinas.
— Ovulos vaginales.
— Tabletas espumosas.
— Aerosol espumoso.
— C. Films.

Las cremas. Tienen una base grasa emulsionada, insoluble en agua, tienden a permanecer donde se las pone. Se han de introducir 10 a 20 minutos antes de la relación sexual, sobre todo si se utilizan solas.

Ovulos vaginales. Introducir profundamente en la vagina, también de 15 a 20 minutos antes para dar lugar a que se disuelva el óvulo o pesario.

Tabletas espumosas. Contienen bicarbonato de sodio y una mezcla ácida, de forma que el anhídrido carbónico es producido en contacto con el agua y extiende el espermicida por toda la vagina. Mojarlos previamente en agua.

Aerosol espumoso. La espuma es inyectada en la profundidad de la vagina llenándola. Los productos utilizados son (nonoxynol-9) isobutil-phenoxi-polietoxietanol; metoxi-polioxietileno-glicol, etc.

Más antiguamente:

— Acido salicílico.
— Hexil Resorcinol.
— Acetato de fenilmercurio.
— Diversos compuestos de poli-oximetileno.

Fueron utilizados también bactericidas, en principio, como espermicidas.

C. Films. Son películas de unos 5 cm² y 80 micras de espesor con 67 mg de espermicida nonilfenoxipolietoxietanol, en principio pensados para ambos individuos de la pareja (intravaginal y en el glande) antes del coito.

Aproximadamente igual de efectivo que la espuma espermicida.

Consideraciones generales sobre los espermicidas

La tasa de fracasos es de 5 a 7 % años mujer.

Los espermicidas son simples y no tienen efectos secundarios a la larga. Deben ser insertados unos 30 minutos antes del coito y el lavado vaginal no debe hacerse hasta unas horas después.

Pueden producir alguna irritación vaginal.

No deben usarse como procedimiento único.

Métodos de abstinencia periódica

Sin la colaboración de la temperatura basal, es método de poca seguridad y se mide la tasa de fracasos en un 10 a 40 % años mujer.

Tiene su base principalmente en los siguientes extremos, que en principio son exactos.

— Sólo se produce una ovulación en cada ciclo.
— El óvulo sólo puede ser fecundado durante las 24 a 36 horas después de la ovulación.
— Se cree que los espermatozoides conservan su capacidad fecundante de 3 a 4 días aproximadamente.

A partir de estos postulados, habrá unos días en que teóricamente la posibilidad de fecundación no exista.

OGINO

En 1924, este cirujano japonés precisó que la ovulación tenía lugar del 16.º al 12.º día antes de la regla que ha de venir. Así pues, fue quien primero empezó a referir la ovulación a la regla venidera y no a la pasada.

Para su utilización práctica se han de constatar los doce ciclos últimos, al menos en cuanto a su duración.

Conocidos éstos, se averigua el primer día de fertilidad en el ciclo, restando 18 días al ciclo que tuvo más corto.

Para conocer el último día del período fértil habrá que restar 11 días del ciclo más largo.

INSTRUCCIONES

1.° Deberá utilizarse siempre el mismo termómetro.

2.° El termómetro debe mantenerse colocado en el recto, durante 5 minutos exactamente.

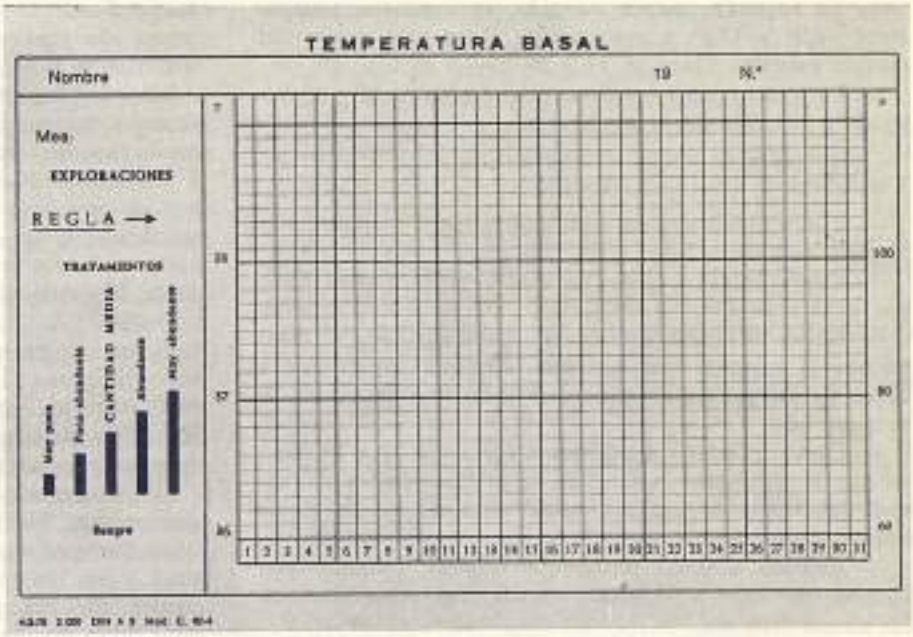
3.° Deberá tomarse la temperatura después del sueño, en ayunas, por la mañana, a ser posible, siempre a la misma hora y antes de haberse realizado ni aun el más pequeño esfuerzo.

4.° La temperatura deberá tomarse y ser anotada diariamente, durante por lo menos, tres meses seguidos.

5.° Si durante el tiempo en que se hicieren estas observaciones presentase la paciente algún proceso febril, como gripe, anginas, etc., deberá consignarlo en la gráfica con un signo X.

6.° Los días correspondientes a la regla, serán anotados en la gráfica, mediante los trazos negros, en el lugar que se indica.

7.° Si hubiera alguna pérdida de sangre aparte de la regla, deberá ser consignada también del mismo modo.



— Por ejemplo: ciclo más corto, de 24 días.
24 — 18 = 6
El primer día de fertilidad es el 6.° del ciclo.
— El ciclo más largo es de 30 días.
30 — 11 = 19.
El 19.° día del ciclo es el último fértil.

Por tanto, podrán tener relaciones sexuales hasta el 5.° día y reiniciarlas el 20.° día del ciclo.

Por tanto, este procedimiento se basa en una consideración aproximativa, ya que puede haber alguna vez un ciclo más largo o más corto y entonces coincidir las relaciones sexuales con la ovulación, o estar cercanas.

Knaus

Este método deriva del precedente. No es tan restrictivo. Consiste en: restar 15 — 2 días al ciclo más corto y restar 15 + 2 días al ciclo más largo.

Con lo primero obtenemos el primer día de fertilidad y con lo segundo el último día de fertilidad del ciclo.

Ciclo más largo 32 días: 32 — 13 = 19.
Ciclo más corto 25 días: 25 — 17 = 8.
Período fértil, pues, del 8.° al 19.° día del ciclo.
Fracasos: del 14 al 38 % años mujer.

Método de la temperatura basal

La curva menotérmica tiene variaciones en el curso del ciclo, marcadas principalmente por una elevación térmica premenstrual. A través de su estudio se puede conocer si ha existido o no un cuerpo lúteo evolutivo y, por tanto, si hubo o no ovulación. Conserva hoy todavía toda su importancia como medio auxiliar diagnóstico y de vigilancia muy útil para la endocrinología genital femenina.

Precisamente por el diagnóstico de la ovulación de casi absoluta seguridad, nos sirve para la regulación de la natalidad.

La observación en sanatorios antituberculosos femeninos de la elevación térmica premenstrual, había sido siempre considerada como signo de empeoramiento de la enfermedad. Posteriormente fue ya atribuida a las variaciones hormonales que tienen lugar en el ciclo menstrual, y principalmente a la progesterona (Hovelacque) y al embarazo (Fruhinsholts).

Sin embargo, hasta 1937 no se establece una auténtica relación entre la hipertermia de la segunda fase y la función luteínica con el estudio simultáneo del frotis vaginal (Rubinstein) y de la biopsia de endometrio (Palmer) y recientemente mediante la determinación cuantitativa de las hormonas genitales e hipofisarias.

La existencia del ovario es indispensable para esta curva bifásica, pero no es suficiente, pues con ovario normal no hay, a veces, curva bifásica y tenemos por seguro que es la existencia del cuerpo lúteo activo, la que se precisa para la hipertermia, pues se ha demostrado por laparoscopia, por las citologías vaginales (picnosis, eosinofilia), transformación secretora del endometrio, etc.

Queda fuera de duda que es la progesterona la que eleva la temperatura basal, lo que se demuestra con tratamientos utilizados para hacer ciclos artificiales con estrógenos y progesterona. Los estrógenos, sin embargo, determinan hipotermia, pero potencian la posibilidad de la hipertermia a cargo de la progesterona. La progesterona da hipertermia al actuar directamente sobre el centro termorregulador, pues desaparece la hipertermia con los barbitúricos.

Citamos a continuación los requerimientos mínimos para su verificación. (No los explicamos aquí por sabidos. Ver dorso de las gráficas).

Principales fases térmicas de la T. B. (4 décimas de diferencia como término medio entre una y otra.)

a) Fase de hipotermia post-menstrual, preovulatoria.
b) Fase de hipertermia post-ovulatoria premenstrual.
c) Interfase entre las dos anteriores.

— La primera corresponde a la maduración y desarrollo del folículo ovárico. Suele estar entre 36,4° y 36,7° y, en cierto modo, algo descendente hasta la ovulación. Es variable en su duración: entre 6 y 16 días según la longitud del ciclo.

— La segunda, menos variable, se mantiene siempre entre 36,9° y 37,2° y corresponde al período activo del cuerpo amarillo. Dura de 13 a 14 días y es fija.

— La tercera, de 3 a 4 días, tiene forma de V y corresponde a los días pre y ovulatorios.

Variaciones

— Curva bifásica, pero altas ambas fases, estando hasta la primera a 37° o más.

— Curva bifásica, pero toda ella baja. Ambas fases por debajo de 37°.

— Curva bifásica especialmente larga (de 29 a 32 días) en que la segunda fase es, como siempre, constante (14 días). Se alarga, pues, siempre el ciclo a expensas de la primera fase.

— Curva bifásica especialmente corta (de 22 a 25 días) en que lo que varía es también la primera fase y permanece invariable la segunda, como siempre, en los ciclos normales.

— Ascenso térmico post-ovular rápido, pasando por ejemplo de 36,5° a 37,1° en un día. Sin variaciones en los demás factores.

— Ascenso térmico lento, utilizando por ejemplo 4 días para pasar de 36,5° a 37,1°.

— Curva bifásica anormal, por duración corta de la segunda fase. Ovulación solamente sospechada.

— Curva de embarazo, bifásica típica con persistencia de la hipertermia de más de 18 días.

— Curva térmica con segunda fase anormalmente larga por hiperestimulación hormonal generalmente terapéutica con HCG, con HMG y con Clomifeno.

— Curva térmica irregular anárquica propia del ciclo anovulador.

A veces hay ascensos térmicos preovulares hasta 37,3° y 37,4° de sólo uno o dos días. Procurar no confundirlos con la ovulación.

Naturalmente, sólo las curvas bifásicas y de duración normal de la segunda fase, sirven para su utilización en Planificación Familiar.

Precisamente por que la T.B. nos da el diagnóstico de la ovulación se puede utilizar como procedimiento contraceptivo.

No pudiendo darse otra ovulación en un mismo ciclo y esto es (casi) seguro, se puede considerar la fase hipertérmica como de seguridad en el sentido de no concebir, pues durante ella hay un cuerpo lúteo activo, lo que quiere decir que el óvulo ya salió. Se requerirá esperar que pasen 3 ó 4 días de temperatura alta, a 37° o más, esto si el ascenso térmico fue rápido. Si fue lento, esperar algo más aún y, por supuesto, no hacerlo hasta que haya llegado a 37° y los sobrepase.

Naturalmente, al tiempo de la ovulación se prohiben las relaciones sexuales, pero desde 5 ó 6 días antes de la ovulación, pues se ha hablado de pervivencia de los espermios hasta de 5 días en el tracto genital femenino.

Durante el período menstrual y post-menstrual hasta el período preovulatorio, la mujer es teóricamente estéril. El inconveniente está en que la duración de este período es difícil o imposible de determinar, puesto que no puede ser determinado más que en función del día habitual de la ovulación, que puede variar. Nosotros a las pacientes bien regladas y con ciclos de 28 días ordinariamente, les aconsejamos no tener relaciones sexuales nunca más tarde del 5.° día del ciclo ni nunca antes de los 3 días de temperatura alta post-ovular. A más tardar, 48 horas post-ovulación sube la temperatura.

El procedimiento llamado *duro* sólo permite las relaciones sexuales en la segunda fase, hipertérmica y entonces la tasa de fracasos es de 1 % años mujer. Se pasa al 5 y hasta al 10 % años mujer si se utiliza también el período post-menstrual para tener relaciones sexuales. Recuérdese que la vida del espermio es de 5 días, de los cuales sólo los tres primeros tendrían capacidad fecundante. El óvulo sólo sería capaz de ser fecundado durante 1 ½ días.

El uso del procedimiento del ritmo ha ido disminuyendo, y ha pasado en EE.UU. de 22 % en 1955 a 6 % en 1970 entre los matrimonios que practican contracepción. Sin embargo, nosotros hemos visto casos en que tras los anovulatorios pasan a T.B.

La observación del moco cervical que es abundante, transparente, filante, al tiempo de la ovulación y su cristalización mediante la introducción de un tejido intravaginal y su constatación por la mujer, tampoco es suficientemente exacto, pues no son del todo coincidentes estos datos con la ovulación. Así como tampoco los tests químicos realizados personalmente (glucosa en el moco cervical, según Doyl) son de poca fiabilidad.

La combinación del procedimiento de Ogino-Knaus con el de la temperatura basal, es pues mixto (Geller lo ha estudiado a fondo).

Crítica del procedimiento de Ogino y T.B. como contraceptivo.
Objeciones

— Obsesión del termómetro. Consiste en la repugnancia que significa esperar a que el térmometro permita tener relaciones sexuales. Es conveniente que el marido se interese por el trazado. Resaltar que como detecta la ovulación se pueden predecir las fechas de las reglas.

— Prohibe las relaciones sexuales en el momento de la líbido más exaltada.

— Las relaciones sexuales quedan reducidas a un corto período de tiempo: 10 días sólo cada 28 días, y sólo 10 cada 32 días en ciclos así de largos.

— Dificultad de verificación (trabajo nocturno).

— Ciclos anovulares.

— Mientras amamanta.

— Ciclos muy desiguales en duración.

— Curvas poco fáciles de interpretar por raras o atípicas.

Resultados

El llamado método *duro* (estricto) según Charher y Fevrin, no tiene prácticamente ningún fracaso. Para Palmer sería seguro en un 90 %, lo cual biológicamente es considerable.

En el método *semiduro*, según Vicent, hay fracasos de 0,47 % años mujer en un medio escogido. Para Palmer, riesgo de fracasos en un 4,5 % años mujer, en un medio corriente.

Método mixto, fracaso 10 % años mujer.

Más inconvenientes del método

— Necesidad de ponerse el termómetro.

— Relativamente alto porcentaje de fracasos.

— Inconveniente por mayor incidencia de ectópicos (Iffy).

— Mayor incidencia de abortos y placenta previa (Iffy).

— *Guerrero:* fecundación artificial 9 días antes del ascenso térmico, da 14 % abortos espontáneos por espermio viejo. La fecundación tres días después de la ovulación da el 30 % de abortos espontáneos por óvulo viejo.

— En experiencias con animales hay evidencia de anormalidades cromosómicas con anomalías congénitas de los embriones (Thibault, 1970).

— Así, hoy se cree tener la evidencia de la posibilidad de la aparición de anomalías congénitas como consecuencia de ser fecundado un óvulo viejo y de usar el procedimiento del ritmo.

— La excesiva continencia a que obliga.

En nuestra experiencia, de este procedimiento, con temperatura basal, los resultados han sido alentadores, nos atreveríamos a decir que sin fracasos, aunque tiene el inconveniente de no poder hacerse como sistema para grandes contingentes de población, pues necesita estudio, disciplina y reflexión.

Método de Serena

Este y otros tienen como base la temperatura basal junto con otros signos que pueden ser observados por la propia paciente y que están en relación con la ovulación, a saber: dolor en el bajo vientre, dolor de mamas, mucosidad viscosa y filante (luego), que aparecen por los genitales. Con estos perfeccionamientos la seguridad del método (sinto-térmico) aumenta de forma evidente (Billings).

PROCEDIMIENTOS MODERNOS

1.º **Anovulatorios.** Se ocupará el Dr. Borrás.
2.º **Dispositivos intrauterinos.** Dr. Vela.

PROCEDIMIENTOS PERMANENTES

Esterilización quirúrgica

MASCULINA

La esterilización masculina puede hacerse con anestesia local a nivel de la parte alta y frontal del escroto, intradérmica y alrededor del conducto deferente, pero no en excesiva cantidad pues puede dificultar el hallar el conducto deferente. Una pequeña incisión de la piel. Encontrado el deferente, se le mantiene entre índice y pulgar. Dos ligaduras de *catgut* se sitúan separadas a 3 ó 4 cm de distancia. Se extirpa el segmento intermedio y se sitúan los extremos doblados sobre su continuación para hacer imposible la recanalización.

Hay otros procedimientos aún más simples, pero tienen más riesgo de no resultar definitivos.

Ventajas

— Sobre la ligadura de trompas es su simplicidad y que se puede hacer con anestesia local y de manera ambulatoria.

— La puede hacer el Médico de Familia.

Inconvenientes

— Se puede producir hematoma.

— Puede ser difícil de encontrar.

— A veces hay dos deferentes por cada lado, etc.

— La esterilidad que produce no es inmediata, y son necesarios otros procedimientos antes de que salgan dos espermiogramas con azoospermia, lo que depende de lo que tarden en vaciarse de espermios las vesículas seminales. Después de 30 eyaculaciones se consigue la azoospermia y se ha de demostrar que así sea después de 3 análisis centrifugando el esperma.

— Es irreversible y esta circunstancia hay que ponerla de manifiesto.

— Posibilidad de extirpar un segmento de un vaso sanguíneo. Debe hacerse estudio anatomo-patológico.

Complicaciones de la vasectomía

— Hematoma escrotal (y/o equimosis). (Hematoma en el 3,5 a 10 % de los operados). Deben llevar suspensorio.

— Infección 2,6 %, pero epididimitis ocurrió sólo en un 0,8 % de pacientes.

— Produce una respuesta inmunológica anti-espermatozoide frente a los que quedan en los túbulos seminíferos.

— En la sangre circulante de varones normales y fértiles hay en un 2 % de ellos anticuerpos espermo-aglutinantes.

La espermatogénesis de los hombres vasectomizados es normal, como se puede comprobar en las biopsias de testículo, pero su inmunidad antiespermios hace que la fertilidad post-permeabilización no sea probable.

ESTERILIZACIÓN DEFINITIVA EN LA MUJER

Tiene una extraordinaria importancia entre los diferentes medios de limitación de los nacimientos. Sin embargo, todavía no es muy frecuente, porque es irreversible y porque hacía falta una anestesia general y una laparotomía. Hoy, con las nuevas técnicas celioscópicas y la disminución del riesgo anestésico-quirúrgico, se ha generalizado. Capítulo aparte merece la repercusión psíquica que puede ser de frustración o de castración para la paciente. Esto y los principios ético-morales han de estar siempre presentes en la mente del médico.

Métodos diversos

Aparte de otras tentativas como encerrar el ovario en una bolsa transperitoneal o bolsa de *silástic*, hablaremos de los procedimientos hoy en uso que son los que se llevan a cabo sobre las trompas, en su porción ístmica o intersticial.

Por laparotomía, por laparoscopia, por histeroscopia.

Métodos clásicos de esterilización tubárica

a) *Ligadura simple y post-tripsia.*

Método de Madlener. Formación de un asa en la trompa. Tripsia de la base y ligadura de lino. Tiene una posibilidad de repermeabilización entre 1 y 3 %.

b) *Ligadura resección.*

Métodos de Pomeroy, Irving Labhardt, Uchida y otros.

Pomeroy. Asa tubárica y ligadura de cada uno de los extremos y después extirpar el asa. Hilo reabsorbible. Tasa de fracasos 1 % o menor.

Irving. Lo mismo que Pomeroy, pero la extremidad distal se mete en el mesosálpinx y la proximal en un túnel subperitoneal en la pared posterior del útero, cercana al asta correspondiente.

Labhardt. Igual que las anteriores, pero ambos muñones se esconden en el mesosálpinx y se peritoniza luego.

Uchida. El muñón distal es suturado en situación subperitoneal.

Jahier. Salpinguectomía parcial subserosa, mejor para el post-partum inmediato.

Vías de acceso. La más común es la laparotomía media o transversa baja, en general minilaparotomía. Otra, la subumbilical circular.

Vía vaginal. Con ocasión de la operación de un prolapso.

Culdotomía. Colpotomía posterior facilitada por la inyección de suero fisiológico en la cavidad peritoneal.

Celioscopia. Coagulación. Fracasos 0,3 %.

No practicar histerografía para comprobación de obstrucción.

Histeroscópica. Electrocoagulación de la trompa desde el útero.

Esterilización tubárica en el post-partum.

— La cesárea seguida de ligadura.
— La minilaparotomía.
— La coagulación celioscópica.

— *Cesárea más esterilización.* Que no sea la esterilización lo que indique la cesárea.

Pomeroy, Madlener o la subserosa.

— *Minilaparotomía periumbilical en el post-partum.* Es una de las mejores indicaciones.

— Durante las 48 horas seguidas al parto.
— Así el fundus uterino llega al ombligo y facilita la intervención.

— *Esterilización celioscópica en el post-partum*

— Se hará en el 5.º día.
— Dificultosa.
— Mejor diferirla 2-3 meses.

Esterilización post-aborto

— Antes de las 12 semanas.
— Después de las 12 semanas.

— *Antes de las 12 semanas.* Por vía celioscópica. Por colpotomía posterior: Pomeroy o Uchida.

— *Después de las 12 semanas.* Laparotomía: Mandlener. Clips de tántalum (reversible). Fallos del 10 % años mujer.

Indicaciones en la esterilización tubárica

Es una técnica de contracepción cada día más utilizada.

— Médicas.
— Personales.

MÉDICAS

— La existencia de contraindicaciones frente a los métodos habituales; para evitar abortos.

En casos de insuficiencia respiratoria, cardiopatía, nefropatía, psicopatología, etc., habrá de ser cuidadosamente valorada la indicación y la vía. Será necesario un estudio profundo multidisciplinario.

PERSONALES

— Multiparidad.
— Pacientes de 40 o más años. Riesgo de malformaciones congénitas.

Contracepción inmunológica

El mínimo de exigencias que se ha de tener para que un procedimiento inmunológico sea utilizado como contraceptivo sería (supuesto como ideal un anticuerpo anti HCG) que el anticuerpo fuese capaz de reaccionar frente a la fracción beta de la HCG (hormona coriónica gonadotrófica), y que no tuviera capacidad reactiva contra otras hormonas, especialmente la LH. Su duración habría de ser al menos de 6 meses.

El modo de acción sería, pues, anti-implantación del óvulo ya fecundado.

La selección de la beta sub-unidad de HCG es porque esta parte de la hormona es la que caracteriza su acción en la fertilidad, en la implantación y, además, le distingue de LH, FSH y TSH que tienen una alfa sub-unidad que es inmunológicamente similar en todas ellas y en la HCG. Así, si el anticuerpo fuese anti HCG completa o anti alfa subunidad sólo, inhibiría también la LH, FSH y TSH.

Se le ha añadido el toxoide tetánico como conjugado y así la vacuna combinada induce la formación de anticuerpos anti HCG y toxoide tetánico. La inmunidad aparece a las 4 ó 6 semanas de la inyección y empieza a declinar unos 6 meses después, hasta desaparecer hacia los 11 meses (Sharma).

No todavía suficientemente experimentado, se cree sin embargo que puede ser un procedimiento válido en un futuro no lejano.

En el hombre se ensaya la inmunización con gonadotropina purificada para disminuir o inhibir la espermatogénesis; otro es mediante un polipéptido que sea antagonista del factor liberador de gonadotropina.

Otra inmunización se conseguiría mediante inyecciones de tejido testicular o espermatozoides.

Existen algunos riesgos, principalmente la posibilidad de daño definitivo del testículo.

ABORTO

A modo de preámbulo

El 30 % de los embarazos en EE.UU. terminan en aborto legal (*International Herald Tribune*, 12-1-80). En 1978 casi el 30 % de todos los embarazos de EE.UU. terminaron en aborto provocado legal. La *Family Planing Perspectives*, estimó que 1.374.000 abortos legales tuvieron lugar en 1978 (54.000 más que en 1977). Hubo, en 1978, 33 millones de nacidos vivos. Una tercera parte de los 1.374.000 abortos tuvieron lugar en pacientes de 13 a 19 años y del total las 3/4 partes eran solteras. Los abortos ilegales descendieron desde varios centenares de miles a 10.000 o menos por año cuando se legalizó el aborto. La novena parte de todos los abortos tiene lugar en las

áreas urbanas. También el 90 % tiene lugar en el primer trimestre.

La necesidad del aborto parece ser un producto de la civilización actual, que deberá ser aceptado. La mayoría de los países lo han reconocido liberalizándola con leyes de mayor o menor permisión en la última década.

El panorama legal: sólo comentaremos un resumen de las circunstancias que lo justifican aproximadamente.

— Que la continuación del embarazo entrañe un riesgo para la vida de la mujer.
— Riesgo para su salud física o mental.
— Riesgo para otros hijos que ya existieron.
— Riesgo para el niño que ha de nacer, porque pudiera quedar con notable minusvalía.

Secuelas del aborto legal

— Infertilidad.
— Embarazo ectópico.
— Incompetencia cervical y abortos espontáneos.
— Partos prematuros.
— Mortalidad perinatal.
— Secuelas psiquiátricas.
— Otras secuelas.

Mortalidad por aborto legal. Está entre 9,2 y 3,6 por cada 100.000 abortos legales. Esta se refiere a la materna, la fetal es siempre el 100 %.

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS DEL ABORTO

(Evitar la isoinmunización Rh con gammaglobulina anti-D desde las 6 semanas, siempre que la paciente sea Rh negativa.)

PRIMER TRIMESTRE

— Catéter de Karman, pensado para legrado por aspiración presión negativa de 600 mm Hg. Rodándolo y entrando y sacándolo. Difícil la perforación.
— Regulación de la menstruación.
— Legrado por aspiración. La cánula es más rígida. Requiere dilatación y anestesia.

Complicaciones

— Hemorragia.
— Perforación.
— Laceración del cérvix.
— Hematoma (vagina por succión).
— Retención de restos.
— Fiebre en el post-operatorio.
— Infección pélvica aguda.
— Inflamación crónica de la pelvis.
— Mortalidad 3 por 100.000 abortos.

Legrado con la cucharilla convencional

Está siendo sustituido por la aspiración dentro del primer trimestre.

Inyección prostaglandinas

Inyección intravenosa de prostaglandinas E_2 (Prostrin E_2 dinoprostone).

SEGUNDO TRIMESTRE

— Inconvenientes de náuseas, taquicardia, etc.
— *Prostaglandinas con oxitocina intravenosa*

La combinación de ambos productos que se potencian, reduce los efectos nocivos.

Tiempo medio: 24 horas.

Dosis: Prostaglandinas E_2 9,5 mg. Oxitocina 173 unidades.

— *Prostaglandinas vía intramuscular*

Todavía tiene demasiados efectos secundarios: diarrea, vómitos.

— *Prostaglandinas vía intraamniótica*

$F_{2\alpha}$ significa un avance sobre la administración oral o intravenosa.

En caso de más de 16 semanas, el feto es abortado vivo y muere poco después.

Contraindicaciones

— Pacientes con intolerancia psíquica al aborto.
— Drogadictas, pues necesitarán tranquilizantes y/o narcóticos.
— Pacientes muy obesas.
— Pacientes con intervenciones abdominales, sobre todo con incisiones bajas.
— Glaucoma.
— Puede producir broncoespasmo.
— *Prostaglandinas E_2, para inyección intraamniótica*
Parece más efectiva que la $E_{2\alpha}$.
— *Prostaglandinas $F_{2\alpha}$ intraamniótica*
Dosis 40 mg, 15 ± 8 horas.

Laminaria

Introducida 14 ó 18 horas antes de inyectarse la prostaglandina, reduce el tiempo total utilizado para la expulsión.

Urea

También intraamniótica. Cuidado de no inyectar en la vejiga.

Prostaglandinas vía intravaginal

PRIMER TRIMESTRE
(en forma de pesarios, óvulos o tabletas)

E_2 y $F_{2\alpha}$ 20 mg y 50 mg cada 2 ½ horas respectivamente.

Efectivo a las 6 semanas en un 95 %.

SEGUNDO TRIMESTRE

Es también útil.

Suero salino hipertónico intraamniótico

Muy usado en los EE.UU. La inyección de suero salino hipertónico en la cavidad amniótica es efectiva para la inducción del aborto en el segundo trimestre (de 13 a 20 semanas).

En Inglaterra parece ser que ha disminuido su práctica por los riesgos que tiene de producir hipernatremia, hemolisis, sepsis, etc. y han pasado a utilizar principalmente las prostaglandinas en los últimos años.

Mortalidad por solución de hipercloruro sódico, en EE.UU. 19,5 por 100.000 abortos.

Parece más peligroso que el vaciado por vía vaginal.

Contraindicaciones

— Hipertensas.
— *Sickle cell*, enfermedad.
— Anemia.
— Trastorno cardiovascular.
— Enfermedad renal.
— Dificultad para la amniocentesis.

Procedimientos

Antes de las 13 semanas el volumen del líquido amniótico es algo menor de 100 c.c. y por ello es difícil de penetrar en la cavidad. Las 16 semanas parece el momento óptimo (150 a 250 c.c. según Reiss, 1969).

Contraindicada la anestesia general.

Mejor diacepán o cloropromacina como premedicación y anestesia local. Extracción de 100 c.c. de L.A. e inyección de 100 a 200 c.c. de solución salina al 20 %.

Suelen abortar a las 35 horas ó 20 horas de la inyección.

Complicaciones

— Dificultad de la inyección.
— Hipernatremia: hipotensión, bradicardia, apnea, paro cardíaco.
— Cefalalgias, hipentensión.
— Hemolisis intravascular.
— Anormalidades del S.N.C.
— Hemorragias intracraneales.
— Intoxicación por agua y trastornos electrolíticos.

Como consecuencia de la hipernatremia hay ingreso de agua en el torrente circulatorio ayudado por la acción antidiurética de los occitócicos.

— Hemorragia.

Disminución de plaquetas y fibrinógeno.

— Infección.

Otras soluciones intraamnióticas

— Alcohol etílico al 47,5 %. El tiempo inyección-aborto es demasiado largo.

— Urea 80 g en 150 ó 200 ml de solución al 5 % de dextrosa. También es más largo el intervalo. Coagulación intravenosa.

— Glucosa 50 % dextrosa. Riesgo mayor de infección. Mejor el cloruro sódico en intervalo y efectividad.

— Fructosa 40 a 50 %. También el riesgo de infección.

— Manitol.

• Nosotros, siguiendo la doctrina de la Iglesia, no somos partidarios del aborto y, por consiguiente, no lo practicamos.

BIBLIOGRAFIA

ADAMS, T. W.: *Female Sterilization*. Am. Jour. Obstet. Gynec., 89, 395-401.

AKHTER, M. S. (1973): *Vaginal Versus Abdominal Tubal Ligation*. Study at Victoria General Hospital. Am. J. Obstet. Gynec., 115, 491-496.

BLACK, W. P. y SCLARE, A. B.: *Sterilization by Tubal Ligation*. A Follow-up Study. J. Obstet. Gynec. Br. Commonw, 75, 219-224.

Clínicas obstétricas y ginecológicas. Ed. Interamericana S. A. 1974.

Dewhurst. Integrated Obstetrics and Gynecology for Postgraduates. Blackwell 2.ª Edition. 1976.

EDELMAN, D. A., BERGER, G. S. y KEITH, L. G.: *Intrauterine Devices and their complications*. Martinus Nijhoff Publishers, 1979.

Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris) 800 A10 4-1976.

Idem 60 A50 - 12-1974.

Idem 60 A50 - 2-1966.

Idem 738 A10 - 4-1974.

Human Fertility Conrtol D. F. Hawkins y M. G. Elder. Butterworths and Co. (Publishers) Ltd. 1979.

NEIL, J. R., HAMMOND, G. T., NOBLE, A. D., RUSHTON, L. y LETCHWORTH, A. T. (1975): *Late Complications of Sterilization by Laparoscopy and Tubal Ligation*. Lancet ii 699-700.

SUZANNE PARENTEAU-CARREAU: *Fecundidad y Regulación de los nacimientos*. Ed. Tucán, S. L. 1978.

THELIN, T. J. y VAN NAGELL, J. R., Jr. (1972): *Ruptured Ectopic Pregnancy after bilateral Tubal Ligation*. Obstet. Gynec., N.Y., 39, 589-590.

Year Book of Obstetrics and Gynecology 1979. Pág. 285.

ZATUCHNI, G. I., SCIARRA, J. J. y SPEIDEL, J. J.: *Pregnancy Termination*. Parfr Series on Fertility Regulation. Harper and Row, Publishers, 1979.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

MIQUEL BORRAS

INTRODUCCION E HISTORIA

La importancia, dentro del campo de los contraceptivos, que poseen los denominados anticonceptivos hormonales viene determinada, a nuestro modo de ver, por dos factores principales: el primero y fundamental, que hasta el momento la *píldora* ha sido el método de mayor eficacia dentro de los métodos reversibles, y el segundo factor, consecuencia clara del anterior, la enorme cifra de mujeres que en el mundo usan los anovulatorios como método anticonceptivo: 50 millones aproximadamente según cifras de la OMS en 1977 (OMS BULL-77) [1].

Veamos ahora la evolución histórica de este fenómeno:

— En 1929 Haberlandt descubre las propiedades anovulatorias de la progesterona.
— En 1955 Saunders y Pincus inician la experimentación en animales.
— En 1956 Djerassy comienza la síntesis de esteroides sexuales.
— En 1958 Rock, Pincus y García hacen públicos los resultados satisfactorios de las pruebas realizadas con mujeres en Puerto Rico.
— Y, por último, en 1960 se acepta para su uso en EE.UU. el primer anticonceptivo oral.

Quisiéramos resaltar solamente, y adelantándonos a apartados que se verán posteriormente, que el componente Estrogénico que se usó inicialmente fue el Mestranol, y que durante algunos años solamente éste fue el utilizado, lo que quizás justifica que al Mestranol se le atribuyen mayor cantidad de efectos indeseables (como podría ser su mayor relación con los tumores hepáticos).

SUSTANCIAS UTILIZADAS EN LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES (Tabla I)

Fundamentalmente, los anticonceptivos hormonales están compuestos de dos tipos de hormonas, los Estrógenos y los Progestágenos.

Dentro del primer grupo, el Etinil-Estradiol, será el más usado en el tipo de preparados que llamamos Combinados y Combinados bifásicos. En los Secuenciales se utiliza el Mestranol, en la Píldora Mensual el Quinestrol y en el Inyectable Mensual el Enantato de Estradiol.

Respecto a los Progestágenos, los más usados son: el Norgestrel y el Linestrenol. Este último, junto con la Noretisterona, se usan para la elaboración de la llamada Minipíldora.

[1] MÉDICO POLICLÍNICO: 1 (1978) n.º 2, págs. 18-28.

MECANISMOS DE ACCION DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES (Tabla II)

El mecanismo de acción de estos preparados es complejo. El principal mecanismo de acción de algunos de

Tabla I

Estrógenos:
- — Etinil-estradiol
- — Mestranol
- — Quinestrol
- — Enantato de estradiol

Progestágenos:
- — Noretinodrel
- — Noretisterona
- — Diacetato de etinodiol
- — Linestrenol
- — Norgestrel
- — Acetato de medroxiprogesterona
- — Acetato de megestrol
- — Acetato de clormadiona
- — Dihidroxiprogesterona

Tabla II

Acciones sobre el eje hipotálamo-hipofisario
- — Inhibición del hipotálamo y consiguiente reducción en la producción de FSH/LH (RH)
- — Ausencia del pico preovulatorio de la L.H.

Acciones sobre el ovario
- — Falta de ovulación
- — Retardo en la maduración folicular
- — Ausencia de cuerpos lúteos

Acciones sobre el cuello uterino y la migración espermática
- — Espesamiento del moco cervical
- — Disminución de la cantidad de moco cervical
- — Dificultad por ello para el ascenso espermático
- — Disminución de la capacitación espermática

Acciones sobre el endometrio
- — Atrofia de glándulas y vasos
- — Falta de secreción glandular

Acciones sobre la trompa
- — Frenado de la motilidad (gestágenos)
- — Aumento de la motilidad (estrógenos)

ellos (Combinados, Combinados bifásicos e Inyectables) será fundamentalmente la supresión de la ovulación a causa de la inhibición del hipotálamo, con la reducción de la producción de los FSH y LH (RH).

En otros (Secuenciales, Minipíldora) el mecanismo de acción será en la mayoría de ocasiones multifactorial, con un predominio de las acciones locales (cérvix y endometrio) sobre las centrales (hipotálamo-ovario).

CLASIFICACION DE LOS CONTRACEPTIVOS HORMONALES (Tabla III)

Dentro de los Anovulatorios orales tenemos:

Los Combinados. Preparados, en los que en cada uno de los comprimidos, de los 21 que tiene una serie, hay igual cantidad de Estrógeno y Progesterona.

Tabla III

Combinados	— 21 (E + P)
Combinados bifásicos	— 11 (E + p) 10 (E + P)
Secuenciales	— 11 (E) 10 (E + P)
	— 11 (E) 10 (E + P) 7 (Placebo)
Minipíldora	— Diaria (p)
Píldora mensual	— Mensual (E + P)
Inyectable	— Mensual (E + P)
	— Trimestral (P)
Píldora post-coital	— De 3 a 5 días (E)
	— Dos días, cada 12 horas (E + P)

Los Combinados Bifásicos. De composición parecida a los anteriores, pero que en los 11 primeros comprimidos la dosis de Progestágeno es inferior, intentando así obtener un perfil hormonal más parecido al del ciclo hormonal femenino.

Los Secuenciales. Con 11 comprimidos iniciados sólo con Estrógeno y los 10 siguientes con Estrógeno y Progestágeno. (En algunos preparados comerciales se les añade 7 píldoras con un placebo, para que así la mujer ingiera diariamente su comprimido y hacer más difícil la posibilidad del olvido.)

Por último, dentro de los anovulatorios orales, tenemos la *Minipíldora*, que consiste en comprimidos que contienen exclusivamente Progestágeno (lográndose con ello evitar los efectos indeseables de los estrógenos) y que deben ingerirse diariamente. Dado que su mecanismo de acción es principalmente a nivel local (cervical y endometrial), y menor a nivel del eje hipotálamo-hipofisario, su efectividad es menor que la de los combinados.

La *Píldora mensual*, pensamos, tiene grandes inconvenientes y la *Píldora post-coital* queda incluida dentro de los métodos puramente interceptivos y no anticonceptivos.

Sólo mencionar la vía parenteral en su forma de *Inyección mensual* que pensamos puede ser útil en un tipo seleccionado de mujeres, pero no vemos como adecuado para grandes masas de población.

COMPOSICION DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES (Tabla IV)

Referente a la composición de los anticonceptivos hormonales hemos seleccionado algunos tipos de preparados, adaptándolos a la tabla de clasificación anteriormente descrita y añadiendo, al mismo tiempo, algunos nombres comerciales.

Hemos omitido, a pesar de persistir en el mercado, los

Tabla IV

Combinados
- 0,03 mg Etinilestradiol + 0,150 mg Levo Norgestrel (Microgynon® Ovoplex 30/150®)
- 0,05 mg Etinilestradiol + 0,250 mg Levo Norgestrel (Neogynona® Ovoplex®)
- 0,05 mg Etinilestradiol + 0,500 mg Levo Norgestrel (Eugynon®)
- 0,05 mg Etinilestradiol + 2,5 mg Lynestrenol (Neolyndiol®)

Combinados bifásicos (Prolorfin®)
- 11 0,05 mg Etinilestradiol + 0,05 mg Levo Norgestrel
- 10 0,05 mg Etinilestradiol + 0,125 mg Levo Norgestrel

Secuenciales (Normotonal® Ovopausine®)
- 11 80 µg Mestranol
- 10 80 µg Mestranol + 2 mg Clormadiona

Minipíldora
- 0,5 mg Linestrenol/diaria (Exlutona®)
- 0,35 mg Noretindrona/diaria (Micronor®)

Píldora mensual (Planocol®)
- 5 mg Quinestrol + 8 mg Di. Ac. Etinodiol

Inyectable
- Mensual (Topasel®, Ovarepos®, Damix®)
- 10 mg Enantato Estradiol + 100 mg Dihidroxiprogesterona
- Trimestral (Depo Progevera 150®)
- 150 mg Acetato Medroxiprogesterona

Píldora post-coital
- 0,05 mg Etinilestradiol + 0,5 mg Levo Norgestrel (Eugynon®)
  (2 comprimidos cada 12 horas durante 2 días)

preparados Combinados a base de Mestranol, por lo que dijimos en la introducción a esta exposición.

NORMAS PARA LA PRESCRIPCION Y UTILIZACION DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Para la *prescripción* de los anticonceptivos hormonales debe tenerse presente una serie de normas: el *control* de estas mujeres nosotros lo dividimos en tres períodos:

1) Previo a la prescripción.
2) Al tercer mes del primer año (comprobación de tolerancia).
3) Anual. Este control lo detallaremos al revisar el Protocolo del H.S.J.D.D.

Debemos emplear siempre el anovulatorio hormonal de *menor* dosis posible.

Referente a la *duración del tratamiento*, pensamos que se debe valorar individualmente cada caso en función de la edad, posibilidades genésicas de la mujer, aceptación del preparado, etc.; y lo que sí queremos resaltar es que cuando sea factible, el tratamiento puede y debe ser ininterrumpido, dejando de lado el tan promocionado a veces *mito de los descansos*.

En los casos que presenten ligeras *pérdidas intermenstruales*, el doblar la dosis los días en que éstas aparezcan cambiando a preparados de dosis más altas, puede solucionar el problema.

En las pacientes con *intolerancias digestivas*, intentaremos el uso de preparados por vía parenteral.

Y por último, como norma de prescripción, en los casos de *amenorrea post-píldora*, intentar tranquilizar a la paciente, descartar el embarazo, cambiar de preparado y/o provocar una hemorragia por deprivación con preparados hormonales idóneos, será la pauta a seguir.

Referente a las normas para la *utilización* de los anticonceptivos hormonales indicaremos las siguientes:

— El primer comprimido deberá tomarse al 5.° día de la regla.
— Deberá tomarse un comprimido diario, durante 21 días y a poder ser aproximadamente a la misma hora.
— Deberá existir un descanso en la ingesta, de 7 días entre el último comprimido de una caja y el primero de la siguiente (lapso de tiempo éste en el que debe aparecer la menstruación).
— En caso de olvido de la ingesta de un comprimido, éste deberá tomarse apenas la paciente se dé cuenta del olvido, y asimismo deberá ingerirse el comprimido correspondiente al día en curso.
— En caso de que la paciente presente un cuadro de vómitos o diarreas (de cualquier etiología), deberá tomar un nuevo comprimido valorando el período libre entre la ingesta del anterior y el episodio agudo. (Teniendo mayor importancia este hecho en los tratamientos con preparados de baja dosis).
— Se recomienda en el primer ciclo de anticoncepción con anovulatorios hormonales, usar algún otro método contraceptivo de protección, ya que al no saber la tolerancia individual de aquella mujer al nuevo medicamento y al hecho de que pueden aparecer ovulaciones cronológicamente precoces, cabe la posibilidad del embarazo en el primer ciclo.
— Por último, la mujer que sigue este método anticonceptivo no debe abandonar nunca el tratamiento a mitad de un ciclo, sin consultar previamente las consecuencias que de ello se puedan derivar.

EFECTOS SECUNDARIOS (Tabla V)

Los efectos secundarios que vemos en la tabla V, cefaleas, náuseas, aumento de peso (retención hídrica), disminución de la libido, etc., variarán según las mujeres y el preparado utilizado. La mayoría de estos efectos son producidos por los estrógenos, por lo que se intenta que el contenido de Estrógeno por comprimido sea lo más reducido posible.

Tabla V
Efectos secundarios más frecuentes de los anticonceptivos hormonales

— Pérdidas intermenstruales
— Náuseas y vómitos
— Aumento de peso
— Irritabilidad, depresión
— Disminución de la libido
— Hipogalactia o agalactia
— Cefaleas
— Disminución de su seguridad por incompatibilidad medicamentosa

INTERACCIONES CON OTROS MEDICAMENTOS (Tabla VI)

A nuestro modo de ver, las interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales, están por el momento poco definidas y menos valoradas estrictamente. Nos atrevemos a transcribir una lista de algunos medicamentos con efecto competitivo total o parcial a remolque de que todas las publicaciones citan datos al respecto, pero todas ellas con una cautela extrema. Pensamos que estas listas deberán ser muy elásticas y fácilmente ampliables o reducibles, en función de estudios más amplios.

Lo que sí queremos citar al respecto es, que cuanto menor sea la dosis del anovulatorio hormonal, menor fiabilidad tendrá éste ante un competidor medicamentoso, y, por otra parte, la comprobación de la presencia de hemorragias por deprivación de la ingesta paralela de Anticonceptivos Hormonales y Antiepilépticos o Rifampicinas.

Tabla VI
Interacciones de los anticonceptivos hormonales con otros medicamentos

Inhibidores de la acción
— Rifampicina
— Ampicilina (a altas dosis y continuadas)
— Griseofulvina
— Difenilhidantoína

Efecto menor
— Aminopirina
— Fenilbutazona
— Antihistamínicos
— Neomicina
— Neurolépticos
— Laxantes

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS (Tabla VII) Y RELATIVAS (Tabla VIII) DE LA INGESTA DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Ante la enorme cantidad de contraindicaciones que se describen en las tablas VII y VIII y pensando que será una minoría el número de mujeres que quedarán incluidas en estos dos ámbitos de contraindicaciones, quisiéramos mencionar para tranquilizar a la gran mayoría lo que recomienda el *Royal College of General Practitioners*

Tabla VII

1. Embarazo o sospecha del mismo.
2. Lactancia (según autores relativa o no contraindicación).
3. Hiperlipemia.
4. Tromboflebitis u otras dolencias tromboembólicas.
5. Carcinoma de endometrio (confirmado o sospecha).
6. Carcinoma de mama (confirmado o sospecha).
7. Historia previa de cirrosis biliar primaria.
8. Hiperbilirrubinemias constitucionales.
9. Historia previa de ictericia colostática (gravídica o no).
10. Enfermedad hepática actual.
11. Cardiopatía valvular.
12. Coronariopatía.
13. Enfermedad cardíaca cianótica.
14. Mujer mayor de 35 años, fumando más de 10 cigarrillos día.
15. Mujer mayor de 35 años que exceda un 120 % su peso ideal.

y el *Royal College of Obstetricians and Ginecologists* a raíz de unos estudios estadísticos efectuados en 1977 [2]:

— En primer lugar, no ven la necesidad de recomendar ningún cambio en la contracepción oral en mujeres de menos de 30 años. Aunque será prudente recomendar el dejar de fumar.

— En segundo lugar, tampoco se ve la necesidad de cambio entre los 30 y 35 años, siempre que la mujer haya dejado de fumar.

— A partir de los 35 años es prudente que se reconsidere seriamente la conveniencia o no de seguir con la anticoncep-

Tabla VIII

1. Hepatitis infecciosa previa.
2. Prediabetes y diabetes.
3. Historia de depresiones psíquicas.
4. Nódulos mamarios (de origen no aclarado).
5. Cefaleas.
6. Varices.
7. Obesidad en mujeres de menos de 35 años.
8. Hipertensión.
9. Mujeres mayores de 40 años.
10. Epilepsia.
11. Miomatosis uterina.
12. Oligomenorrea o amenorrea.

ción oral, ya que, con el paso de los años, aumentan los riesgos de accidentes cardiovasculares potenciados con el fumar y el uso de anticonceptivos durante más de 5 años consecutivos.

(En las tablas que nosotros expresamos hay un desfase con lo anteriormente citado de unos 5 años aproximadamente. Nosotros damos como contraindicación absoluta la mujer mayor de 35 años, fumando más de 10 cigarrillos diarios, y como relativa la mujer mayor de 40 años. Coloquio sobre Reproducción Humana de Taormina 1977. Pensamos que el término medio puede ser perfectamente aceptable [3].)

CUANDO DEBEN INTERRUMPIRSE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES (Tabla IX)

Esta tabla es un resumen de cuándo debe interrumpirse la anticoncepción hormonal, insistiendo siempre en lo que señalábamos anteriormente: que no debe abandonarse

Tabla IX

1. Ante la aparición de contraindicaciones absolutas.
2. Parestesias periféricas.
3. Hemicráneas.
4. Cefaleas.
5. Dolor en región precordial.
6. Dolor en hipocondrio derecho.
7. Un mes antes de una intervención quirúrgica.
8. Durante el tratamiento con fármacos que produzcan interacciones.

nunca la ingesta a mitad de un ciclo, por la posibilidad de aparición de un embarazo o la presencia de hemorragias por deprivación, salvo que exista, claro está, una necesidad absoluta de suspender el tratamiento.

PROTOCOLOS DE CONTROL (Tabla X)

Cuando, revisando las distintas publicaciones, nos encontramos frente a numerosos protocolos de control extremadamente amplios y nos cuestionamos el porqué de su

Tabla X

Control de mujeres que toman anticonceptivos orales

Examen previo	A los tres meses	Anual
Anamnesis		
General	Dudas en la toma	
Hepática	Efectos secundarios	
Vascular		
Diabética		
Exploración		
General	Ginecológica	General
Ginecológica	(no estricta)	Ginecológica
Mamaria		Mamaria
Analítica		
Citología		Citología
Glicemia		Glicemia
Triglicéridos		Triglicéridos
Colesterol		Colesterol

Clínica Maternal H.S.J.D.D. — Barcelona, 1979.

[2] The Lancet: 2 (1977) n.º 8041, págs. 727-733.

[3] Notiziario Soc. Ital. Bioch. Clin.: (1977) 6. 22.

extensión, se nos plantearon varias respuestas posibles; la primera, que ya descartamos de entrada, que la motivación fuera el afán lucrativo ante una fuente de ingresos que la ciencia creó en los últimos años, las famosas y tan comúnmente llamadas *pastillas antibaby;* y la segunda respuesta, que creemos será la más cierta, el hecho de que el médico, ante la ignorancia de multitud de puntos sobre lo que puede o no pasar en mujeres bajo terapéutica con anovulatorios, emplee el tan usado método de disparar cartuchos de perdigones y, con ello, abarcar el más amplio abanico de posibilidades diagnósticas, con lo que si alguna prueba es significativa de algo, bien; y si no, el mal tampoco es demasiado.

Nosotros, al presentar nuestro protocolo (Clínica Maternal - H.S.J.D.D.) hacemos hincapié en la anamnesis y la exploración general; pensamos que la revisión ginecológica con exploración mamaria y citología son subsidiarias de practicarse periódicamente en toda mujer, por la condición de su sexo, y no sólo porque esté sometida a tratamiento con anovulatorios.

Por lo que respecta a la analítica, sólo se estudia el metabolismo de los glúcidos y de los lípidos, ya que pensamos que cualquier otro tipo de prueba bioquímica o funcional del ámbito que sea, no nos servirá para darnos una visión diagnóstico-pronóstica de la clase de afectación de cualquier órgano o sistema, ni de la dinámica de afectación de los mismos, de la mujer que ingiera estro-progestágenos, aceptando, claro está, los casos de afectaciones previas notables, que generalmente estarán diagnosticadas de antemano.

TASA DE FRACASOS DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES (Tabla XI)

Valorando la eficacia de los anticonceptivos hormonales, pensamos que, a pesar de la recomendación inicial de que deben prescribirse siempre preparados de dosis lo más bajas posibles, al usar los preparados combinados de dosis media, será de la forma que conseguiremos unas tasas de fracasos menores.

Tabla XI

Método	Número de embarazos por 100 años-mujer (Indice de Pearl)
Combinados — Dosis baja	0,2
Combinados — Dosis media	Tendencia a 0
Combinados bifásicos	0,1
Secuenciales	1 - 4
Píldora mensual	
Minipíldora	2 - 8
Inyectable — Mensual	2 - 3
Inyectable — Trimestral	

COMENTARIO

Hasta aquí hemos hecho un breve repaso a una serie de aspectos relacionados con los anticonceptivos hormonales desde el punto de vista de lo que podríamos llamar medicina científico-curativa; ahora, analizaremos brevemente el mismo tema desde el prisma de la medicina social.

Nosotros pensamos que, de entrada, podríamos afirmar categóricamente que es condición ineludible el que cualquier método anticonceptivo sea totalmente inofensivo; no podemos contentarnos con decir que sea lo más inocuo posible. De ahí podríamos deducir que, si los anticonceptivos hormonales pueden ser potencialmente perjudiciales, ya que implican baterías de análisis y exploraciones más o menos completas, que existen listados interminables de contraindicaciones, de interacciones, de efectos secundarios, etc., deberían dejar de administrarse, tanto más si es a cifras tan importantes de población. Teniendo presente además que es, desde todo punto, imposible que el total de estas mujeres se sometan periódicamente a cualquier tipo de protocolo.

Una corriente en este sentido parece que ya existe en EE.UU., en donde el número de prescripciones por año descendió de los 64 millones en 1975, a 49 millones en 1978, algo así como un 23 %. Ello se debe fundamentalmente a las advertencias dirigidas al público por parte de la F.D.A. (Administración de Alimentos y Medicamentos) sobre los efectos adversos de los Estro-progestágenos.

Todo ello nos parece correcto, si a la mujer se le da una alternativa válida de contracepción, lo que se ha dado en llamar el *método ideal* y que pensamos no existe por el momento.

La mayor aceptación y difusión de la Esterilización voluntaria en ambos sexos, de los Dispositivos Intrauterinos e incluso del Diafragma, creemos no llega a cubrir totalmente el vacío que podría quedar, caso de que por un momento y en la actualidad dejaran de existir los anticonceptivos hormonales.

Es por ello que afirmamos, no sin cierto pesar, que toda persona tiene el derecho a someterse voluntariamente y con pleno conocimiento a un mínimo mal y a un mínimo riesgo, si con ello evita, o se le solucionan, problemas sociales, insolubles de otra forma, como sería en este caso la aparición de un embarazo.

BIBLIOGRAFIA

CLÍNICA GINECOLÓGICA: *Anticoncepción 1* (1976) n.º 2 Ed. Salvat, págs. 29-68.

KEINMAN, R. L.: *Manual de Planificación Familiar para médicos.* Ed. I.P.P.F. (1976), págs. 38-74.

LEDERER, J.: *Les Pilules Contraceptives.* Brux. Med. 57 (1977) n.º 5, págs. 199-212.

LÓPEZ, M.: *La Patologia dei Mezzi Contraccettivi Ormonali.* Pathologica, 68 (1976), págs. 279-290.

PENNINGTON, G. W.: *Biochemistry of women.* Ed. CRC. Press. Cleveland (1974), págs. 71-77.

ROZENBAUM, H.: *Anticoncepción.* Ed. Toray-Masson (1977), págs. 37-59.

THE LANCET: 2 (1977) n.º 8041, pág. 757.

THE LANCET: 2 (1977) n.º 8041, págs. 747-748.

LOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

ANTONIO VELA

INTRODUCCION

Los dispositivos intrauterinos (DIU) constituyen un método contraceptivo de importancia creciente. En el año 1976, se estimó que 15 000 000 de mujeres eran portadoras de un DIU. Y en la actualidad es probable que nos acerquemos al doble de esta cifra.

Se les ha conocido con varios nombres, desde el más antiguo de pesarios intrauterinos, que es usado por algunos con cierto apoyo semántico peyorativo, al descriptivo de una forma concreta, como es el de *Espiral*. Creemos que el de Dispositivo Intrauterino (DIU) es el nombre más usado hoy y el más correcto.

Desde un punto de vista global, este método contraceptivo, presenta algunas características que lo pueden hacer ventajoso sobre otros métodos.

— Es un método que exige una decisión única. La decisión anticonceptiva no ha de ser actualizada.
— El procedimiento de colocación es único, al menos, durante dos años.
— Es un método independiente del coito.
— Después de su extracción hay una restauración inmediata de la fertilidad.

HISTORIA

En 1868 aparece la primera descripción de un DIU moderno en la revista inglesa *Lancet*, y consistía en un tallo de oro. Pero es en 1909 cuando Richter inicia la historia de los DIU con la utilización de un anillo de hilo de seda flexible, que se coloca endouterinamente. No se presta excesiva atención a este hecho.

En 1929 Grafemberg presenta un dispositivo con anillo, hecho primero con hilo de seda y luego con alambre de plata, que se introduce en el útero y que según él evitaba los problemas de infección que se asociaban a los *pesarios de varilla* entonces utilizados.

Entre 1934 y 1959, no se conoce ninguna publicación en inglés relacionada con los DIU. Pero se continúa con su utilización. Entre otros, el anillo del japonés Ota.

En 1959 Oppenheimer describe sus 20 años de experiencia con varios DIU, y en el mismo año Isihama publica detalles, describiendo el uso del anillo de Ota por parte de más de 20 000 mujeres en el Japón. En los dos trabajos se informa de una tasa baja de embarazos y de la ausencia de efectos colaterales.

En 1962 se celebra la Primera Conferencia sobre DIU en Nueva York y en 1963, a iniciativa de Tietze, nace el *Programa Estadístico Cooperativo para la evaluación de los Dispositivos Intrauterinos.*

En 1962 Lippes da a conocer su DIU (asa de Lippes) que será uno de los más utilizados dentro del grupo de los no medicados o inertes.

En 1968 Zipper comunica sus estudios sobre los efectos anticonceptivos de cobre.

En 1972 se lanza el Gravigard (7 de cobre) y la T de cobre.

En 1977 se inicia la aplicación de DIUS liberadores de progesterona (Progestasert).

DESCRIPCION

Son instrumentos preferentemente de materia plástica o silicona, que adoptando diferentes formas, se alojan en la cavidad uterina con fines anticonceptivos. Su tamaño es de tres cm aproximadamente. Su precio oscila sobre las 1200 ptas.

Hoy, en muchos casos (casi la totalidad), se les añade un metal, que generalmente es cobre y que va colocado en forma de alambre enrollado en el DIU o de pequeñas placas que lo envuelven. Son los llamados DIU activos o medicados. También, desde 1977, se ha iniciado la utilización de DIUS liberadores de Progesterona. Generalmente se les adiciona sulfato de bario que los hace radioopacos para facilitar su colocación. En su extremidad inferior pende un hilo que asomará en la vagina a través del cuello uterino que sirve para el control de la permanencia del DIU dentro del útero y para su extracción. Este hilo debe de ser fabricado en nailon monofilamento, pues si es de hilo trenzado (Escudo de Dalkon) favorece el ascenso por capilaridad de secreciones y gérmenes, que pueden dar infecciones, en algunos casos, de gravedad.

CLASIFICACION (Tabla I)

En la corta historia de los DIU, podemos encontrar una gran variedad de formas, y son muchos los autores que han querido corregir los problemas y efectos indeseables diseñando una nueva forma. En la tabla I exponemos una clasificación descriptiva y señalamos los nombres de los más usados.

Tabla I

Según la forma:

— *Lineales*

Abiertos: Espiral de Margulies; Asa de Lippes
Cerrados: Moño de Birnberg; Anillo de Ota
De membrana: Escudo de Dalkon

— *Tridimensionales*

DIU de Cohen

Según la composición:

— *DIUS inertes o no medicados*

De plástico
De silicona

— *DIUS activos o medicados*

De cobre: Gravigard o 7 de cobre; T de cobre; Multiload
De cobre y plata: Nova T
De Progesterona: Progestasert

Mecanismos de acción de los DIU

El mecanismo de acción de los Dispositivos Intrauterinos no está totalmente aclarado. Los estudios hasta ahora realizados revelan que la acción se desarrolla exclusivamente a nivel genital.

En 1968 la OMS publica una monografía en la que se informa de la ausencia de efectos generales provocados por el DIU [1].

Existen multitud de publicaciones que descartan la existencia de anomalías o variaciones en el ciclo genital, la curva térmica o los perfiles hormonales, debidas a la presencia de DIU.

Se ha sugerido que, en presencia de un DIU (medicado o no), existe un aumento en la velocidad de transporte del huevo, debido a un aumento de la motilidad tubárica, lo que haría que el huevo llegara a la cavidad uterina, en un momento de su desarrollo, todavía precoz para la implantación. Pero el estudio de la OMS, antes citado y algún otro, parecen desmentir la importancia de este hecho.

Se producen ante la presencia del dispositivo cambios en las características del moco cervical, que tiene un mayor contenido en agua. Se ha invocado que este moco más acuoso y modificado no fuera apto para la capacitación espermática, pero no está clara la función del moco cervical en la capacitación espermática humana.

Por otra parte, el moco de las mujeres portadoras de un DIU es, por menos compacto, más fácilmente atravesado por los espermios [2].

Vistos estos aspectos en los que participan todos los DIU, pasamos a analizar, por separado, el mecanismo de acción de los medicados y no medicados.

Mecanismos de acción de los DIU inertes o no medicados (Tabla II)

Probablemente existe más de un mecanismo de acción y no todos son conocidos. La acción más fundamental de los DIU no medicados, se desarrolla a nivel endometrial. El hecho más claramente observado es la existencia de una gran movilización de leucocitos y macrófagos en presencia del DIU, como reacción a cuerpo extraño [3]:

— En la periferia del DIU.
— En los fluidos endometriales.
— En la mucosa.
— En el estroma.
— En el miometrio subyacente.

Además, en los aspirados endometriales de mujeres portadoras de DIU, se ha comprobado la fagocitosis de espermatozoides por parte de la gran cantidad de leucocitos y macrófagos presentes [4], y se ha sugerido un aumento de la acción del enzima lisosoma hidrolasa en estas células.

Con el aumento de la superficie de contacto del dispositivo, se aumenta el estímulo para la fagocitosis, habiéndose comprobado una relación entre la menor tasa de embarazos y la mayor superficie de contacto.

En el endometrio es posible apreciar cambios morfológicos del tipo de hiperplasia, enlentecimiento de la maduración y los cambios inflamatorios ya descritos [5]. Estos cambios traen consigo una dificultad para que se produzca la implantación del óvulo fecundado.

Se ha demostrado un aumento en la normal actividad del músculo uterino que pudiera llevar consigo una dificultad para la implantación y favorecer la expulsión del huevo [6].

Tabla II

— Reducción del número de espermatozoides que llegan a las trompas.
— Efecto mecánico directo que dificulta la implantación.
— Cambios en el endometrio que lo hacen hostil a la implantación y desarrollo del blastocito.
— Efecto estimulante de la actividad miometrial que favorece la expulsión del huevo.

(Tomado de Hawkins, D. F. y Elder, M. G.: *Human Fertility Control*. Butterworths London 1979.)

A todo lo dicho se ha de sumar el efecto mecánico, propiamente dicho, del contacto de la superficie del DIU con el endometrio, que hace que se vea disminuida la superficie endometrial y, por ello, dificulta la implantación. Esta sería otra razón por la que son menores las tasas de embarazos en los DIU que ofrecen una mayor superficie de contacto.

Mecanismos de acción de los DIU activos o medicados

DIU liberadores de cobre

La acción contraceptiva del cobre está en relación directa, no a la cantidad total de cobre que lleva el dispositivo, sino a la superficie. Normalmente, se dispone en forma de alambre o pequeñas placas que rodean la estructura de plástico o silicona, y que ofrecen una superficie de unos 200 mm² de cobre.

La cantidad de Cu que libera un dispositivo de este tipo, es de 10-50 microgramos/día. Los requerimientos diarios de Cu son de 2000-5000 microgramos/día para el adulto. No se han observado aumentos de tasa de Cu en sangre, en las pacientes portadoras.

La cantidad de Cu liberado por un DIU, con un área

de Cu de 200 mm², es suficiente para aumentar en seis veces la cantidad de Cu de las secreciones uterinas y el moco cervical. Se ha comprobado que estas cantidades de Cu son capaces de inhibir el crecimiento celular de cultivos celulares humanos [7].

A estas concentraciones, el Cu liberado disminuye la motilidad de los espermatozoides y en concentraciones más elevadas se comporta como espermicida [8]. Pero también se ha comprobado que para que la cantidad de Cu liberado por un dispositivo disminuya la motilidad espermática, han de transcurrir algunas horas, al cabo de las cuales algún espermatozoide ha podido alcanzar las trompas [9].

Además de esta acción anti-espermática de los iones de Cu, presentes en los fluidos endometriales, es posible observar una acción sobre el endometrio a nivel histológico y enzimático que podemos resumir en:

— Es posible comprobar la presencia de una endometritis crónica superficial debida a la presencia de los iones de Cu y a la reacción a cuerpo extraño. Hay una infiltración de polinucleares y otras células de la inflamación, similar a la que encontrábamos en presencia de los DIU inertes.

— Se inhibe la acción de la lactato deshidrogenasa, beta-glucoronidasa y de las fosfatasas alcalinas y está aumentada la glucógeno-sintetasa; todo esto lleva consigo un aumento de los depósitos de glucógeno y una dificultad para la utilización energética del glucógeno en forma de glucosa [10].

— El Cu actúa competitivamente con los iones de cinc y magnesio, que son cofactores de la anhidrasa carbónica, enzima fundamental en la implantación de blastocitos [10].

— Se halla disminuida la incorporación de timidina, al DNA, en las células endometriales, lo que sugiere una depresión del crecimiento celular [10].

— Se halla deprimida la captación estrogénica por parte del endometrio [10].

— Los iones de Cu actúan competitivamente con el cinc en el paso de preacrosina a acrosina, que parece ser el mecanismo de la capacitación espermática.

Todas estas acciones producen un freno en el metabolismo del endometrio, similar al que se producía en los espermatozoides.

Está por demostrar la influencia que puede tener la mayor facilidad para la colonización vírica, de la presencia del Cu. Hecho éste que ha podido probarse en cultivos de células.

De todos los efectos del Cu sobre el endometrio, se sigue la dificultad para producirse la implantación del blastocito.

Para comprobar esta afirmación, se ha podido observar que existen trazas de HCG (hormona que hoy, por un RIA específico para su subunidad beta, es posible distinguir de la LH), en el 12-19 % de las fases post-ovulatorias de mujeres portadoras de un DIU de Cu. Ello es indicador de que se ha producido la fecundación y no la implantación [11].

Por otra parte, es sabido que la implantación de un DIU de Cu hasta cinco días post-coito previene el embarazo.

Se había invocado la existencia de un aumento significativo de malformaciones congénitas en los fetos procedentes de gestaciones que se habían desarrollado con un DIU de Cu *in situ*. Tatum, en una revisión sobre 329 gestaciones intercurrentes a la presencia de un DIU, no halla un aumento significativo de malformaciones [12].

Tabla III
Mecanismos de acción de los DIU de cobre

— Disminución de la capacidad metabólica del endometrio, dificultando la anidación.
— Disminución de la actividad y la motilidad espermática.
— Disminución de la capacitación espermática.

(Tomado de Hawkins, D. F. y Elder, M. G.: *Human Fertility Control*. Butterworths London 1979.)

Mecanismos de acción de los DIU liberadores de progesterona

En un intento de aumentar la efectividad de los DIU, se ha aplicado la progesterona de liberación lenta a algún DIU.

Se ha comprobado la no existencia de variaciones en los niveles hormonales de las pacientse portadoras, por lo que queda claro que la acción es exclusivamente a nivel endometrial, produciendo una transformación decidual en el endometrio que dificulta la implantación.

El DIU Progestasert (hasta la fecha el único liberador de progesterona), lleva 38 mg de progesterona cristalizada que es liberada a razón de 65 microgramos/día. La liberación de progesterona se agota en 200 días, por lo que han de cambiarse, al menos, anualmente.

Recientemente se ha sugerido que en presencia de estos DIU se hallaba aumentada la tasa de gestaciones ectópicas [13].

METODO DE INSERCION

Momento

Por lo general, se aconseja dejar pasar seis semanas para la colocación de un DIU después de un parto o un aborto. Hay quien llega a aconsejar que el intervalo de tiempo se prolongue a tres meses, y se ha descrito la colocación del DIU inmediatamente después de la asistencia al parto, en países de América Latina, por la dificultad que entrañaba tener un nuevo contacto con la mujer. Pero en estos casos la tasa de expulsiones se ve considerablemente elevada y hay también una elevación en la tasa de perforaciones uterinas. En algunas clínicas se insertan como último tiempo, en la práctica de un aborto provocado.

Si no ha habido un embarazo reciente, es aconsejable colocarlos en los 5 primeros días del ciclo, preferentemente en los últimos días de pérdida menstrual, aprovechando la mayor permeabilidad del cérvix uterino y el mayor estado de relajación del músculo uterino.

Controles previos

a) Anamnesis general.

b) Anamnesis genital, haciendo hincapié en la existencia de patología tumoral o infecciosa.

c) Exploraciones ginecológicas:

— Visualización de vagina y cérvix uterino.
— Práctica de una toma para citología cervicovaginal.
— Colposcopia.

— Tacto bimanual para la determinación de la posición uterina, el tamaño, la forma y descartar la existencia de tumores genitales.

Técnica de inserción

Como siempre que se ha de realizar una maniobra endouterina, se ha de guardar la asepsia necesaria:

a) Limpieza y aseptización de periné, vagina y cérvix uterino.
b) Utilización de material estéril.
c) Condiciones ambientales de higiene cuidadosa.
d) No es preciso que la inserción se realice en un lugar especial (quirófano); puede realizarse en una sala de exploración.

Se procederá a la introducción de espéculum o valvas vaginales. Posteriormente se pinzará, con una pinza de Schroeder o de Pozzi, el labio anterior del cuello. Esto último hay quien no lo hace, pero parece oportuno para la corrección por tracción de la normal angulación que existe entre el cuello y el cuerpo uterino. Seguidamente se procederá a la introducción, a través del canal cervical, de un histerómetro para valorar el tamaño y la dirección de la cavidad uterina, y en caso de que se use un DIU de varios tamaños, poder elegir el más adecuado.

Una vez realizados todos los preparativos, se procederá a la inserción propiamente dicha. Por lo general, todos los DIU se plegan sobre sí mismos e introducen dentro de una cánula por una de cuyas extremidades emerge el DIU; por la otra se puede introducir un fiador. Se introduce la cánula hasta una medida marcada previamente, dependiendo del tamaño de la cavidad uterina, e inmediatamente se empuja el DIU con el fiador para que quede libre en la cavidad. Se procede a la retirada del fiador y de la cánula y quedan los hilos asomando por el orificio cervical externo.

Todo ello puede realizarse sin ninguna analgesia, pero en algunas ocasiones, y con preferencia en el caso de que se haya decidido la inserción en una nulípara, se puede administrar un tranquilizante o analgésico e incluso se ha descrito el uso de la anestesia paracervical.

Para comprobar que, después de la colocación, el DIU está correctamente situado, generalmente será suficiente con la visualización de los hilos en la vagina y la constatación de que no asoma la extremidad inferior del dispositivo por el canal cervical. Pero en algunos casos, se ha usado con éxito, la ecografía bidimensional, tanto para localizar el DIU *in útero*, como para efectuar una valoración de si su colocación ha sido correcta, midiendo la distancia que existe entre la extremidad superior del DIU y el fondo uterino.

En relación con el personal que está capacitado para la práctica de la inserción, se acepta, en nuestro medio, que debe ser el médico especialista, aunque en algunas circunstancias sería suficiente con disponer de personal sanitario no médico, entrenado especialmente para ello.

Complicaciones de la inserción

Pueden presentarse pequeñas contracciones uterinas y molestias o dolor en el momento de la histerometría o de la inserción, y se han descrito reacciones sincopales más o menos intensas, en casos muy aislados, producidas por la dilatación brusca del cérvix.

Pero el problema, que siempre se ha de tener en cuenta y que ha de estar en la mente, es la posibilidad de producir una perforación uterina con el histerómetro o la cánula de inserción. De todos modos, en el caso de producirse, su importancia puede variar e incluso ser tan leve que no precise tratamiento quirúrgico.

Controles posteriores

Se recomienda a la paciente que, cada mes después de terminar la menstruación, compruebe, introduciendo sus dedos en la vagina, que el hilo transcervical se encuentra en su sitio y que no se tacta el extremo del DIU asomando en el cuello del útero. Independientemente de este control, no son necesarios más controles ginecológicos que los que debe de realizar una mujer no portadora: control ginecológico, una vez al año.

Cambio del DIU

Los DIU inertes requieren ser cambiados por otro cada dos años. Se ha comprobado que, con el paso de más tiempo, los depósitos de calcio en el DIU pueden hacerlo menos flexible, más frágil y romperse en el momento de la extracción o espontáneamente [14-15]. Pero hay estudios contradictorios, con buenos resultados, en permanencias de más de 10 años [16].

Los DIU de cobre se han de cambiar cada dos años, por la misma razón que los anteriores y porque, además, el cobre se corrosiona y se puede fragmentar [17].

Los dispositivos que llevan incorporada al hilo de cobre un ánima de plata, parece ser que pueden permanecer sin cambiarse un total de 5 años.

Los DIU liberadores de progesterona agotan su efecto hormonal a los 200 días de la inserción, por lo que se cambian como máximo una vez al año [18].

INDICACIONES

Además de la clara indicación contraceptiva, se ha usado como tratamiento para la prevención de las recidivas en el síndrome de Asherman (sinequias uterinas post-legrado o de causa inflamatoria).

CONTRAINDICACIONES

— Existencia de embarazo en curso.
— Proceso inflamatorio actual genital o pelviano.
— Malformaciones uterinas o tumoraciones uterinas que deforman la cavidad.
— Existencia o sospecha de proceso carcinomatoso cervical o uterino. En este apartado incluimos las displasias no acabadas de estudiar.
— Metrorragias de etiología no conocidas o, por el momento, no aclaradas.
— Estenosis del canal cervical.
— Algunos autores (Tatum) citan como contraindicación la existencia de embarazo ectópico anterior, pero es una opinión no compartida por otros muchos [19].
— Se ha invocado como contraindicación, la anticoagulación terapéutica por prótesis valvulares o enfermedades tromboembólicas [20]. Por la misma razón, se habría de plantear la existencia de diatesis hemorrágicas como contraindicación para el uso del DIU.

DESVENTAJAS Y COMPLICACIONES

Infección

A pesar de la asepsia empleada en la inserción, es inevitable la llegada de gérmenes a la cavidad uterina. En la mayoría de los casos, se ha comprobado que la cavidad uterina vuelve a ser aséptica en 3-4 semanas [21].

En algunos casos hay signos de enfermedad inflamatoria pélvica (según autores, de 1-2 %), apareciendo dolor abdominal, flujo vaginal y en ocasiones hipertermia. Pero realizando una investigación cuidadosa es posible, en muchos de estos casos y sobre todo cuando la infección se ha presentado más allá de seis semanas post-inserción, detectar otra etiología acompañante (venérea con frecuencia). Y se ha comprobado el aumento de la tasa de enfermedad inflamatoria pelviana en mujeres portadoras de DIU y pertenecientes a clases socioeconómicas bajas, por lo que no sólo entra en juego la presencia del DIU [22].

En estos casos, se procede a la retirada del DIU y al tratamiento de la infección.

Se han descrito, asimismo, casos de sepsis graves, algunas de las cuales ha llevado a la mujer a la muerte, y la práctica totalidad de los casos eran debidos al ascenso de gérmenes por los hilos cuando éstos no eran de nailon monofilamento (Escudo de Dalkon) [23].

Expulsión

La expulsión espontánea del DIU es uno de sus más serios problemas. La tasa de expulsiones varía según el modelo (ver tabla II).

La mayoría de las expulsiones ocurren durante el primer mes post-inserción y, como se ha dicho, son más frecuentes las expulsiones cuando la inserción se ha hecho en el puerperio o en el post-aborto.

En el caso de que se compruebe la no existencia de los hilos en el control rutinario post-menstrual, lo primero que se habrá de hacer es cerciorarse, por otros métodos, que lo que ha sucedido es que el DIU ha sido expulsado y no que se haya producido una perforación uterina no percibida, con paso del DIU total o parcialmente a la cavidad abdominal. La forma más efectiva de comprobar este hecho, por otra parte rarísimo, es la práctica de una radiografía de abdomen, en la que visualizaremos el DIU (radioopaco), en el caso de que no haya sido expulsado al exterior.

Una vez comprobado este punto, puede volver a insertarse, pudiéndose observar en muchos casos que no se vuelve a producir la expulsión (tabla IV).

Tabla IV
Tasa de expulsiones*

Porcentaje acumulativo de expulsiones en el primer año:	
Asa de Lippes	7,3 - 9,5 %
Double Coil	7,5 - 19,3 %
Gravigard (7 de cobre)	7 - 14,8 %
T de cobre	2,1 - 8 %
Multiload**	3,5 %

* Tomado de Tatum op. cit. pág. 464 y de Villatoro, A.: *Clínica e Investigación*, en *Obstetricia y Ginecología*, 3:126.

** Datos tomados de la comunicación de su creador Van Os al Curso de Contracepción 1979 del Instituto Dexeus de Barcelona.

Trastornos menstruales

Algunas pacientes, como ya se ha dicho, presentan pequeñas pérdidas hemáticas vaginales después de la inserción. Generalmente, ceden espontáneamente, pero en algunas ocasiones pueden obligar a una investigación cuidadosa e incluso a la extracción del DIU.

Son frecuentes las hipermenorreas que, por lo general, se acompañan de pequeñas pérdidas pre y post-menstruales. Estas alteraciones se presentan en una proporción variable y así, dependiendo de los autores, se dan cifras que pueden ir del 3 al 15 % y que obligan en ocasiones a la extracción del DIU. Generalmente, se puede adoptar una conducta expectante y desaparecen estos trastornos al cabo de 2 ó 3 ciclos.

Dolor

Generalmente la inserción es indolora, aunque en pacientes nulíparas o muy sensibles, pueden aparecer dolores cólicos en hipogastrio con irradiación lumbar. Mejoran y desaparecen con analgésicos.

Si el dolor no cede en 24 horas después de la inserción, se ha de sospechar la existencia de una enfermedad inflamatoria pélvica no diagnosticada, la expulsión parcial del dispositivo, o la perforación uterina. El dolor puede ser debido también a la colocación de un dispositivo proporcionalmente grande para el tamaño del útero, la presencia de un tono miometrial excesivamente alto, o simplemente, debido a la ansiedad y a la tendencia de la paciente a somatizar algún conflicto de orden psíquico.

Perforación uterina (Tabla V)

La perforación uterina debida a la inserción de un DIU por una técnica correcta, es un accidente poco frecuente (véase tabla V).

Son producidas generalmente en el momento de la inserción, pudiendo ser perforaciones parciales que hacen que el DIU quede introducido en el miometrio sin atravesar toda la pared uterina, o tratarse de perforaciones totales.

En algunos casos, el DIU provoca la perforación en un momento tardío en relación con la inserción. Hay que pensar que se trata de una perforación parcial que se ha transformado en total por las contracciones uterinas que, por ejemplo, se asocian a la menstruación.

En muchos casos, el hecho que desencadena o termina el proceso de perforación es la distensión que provoca en la pared uterina un embarazo intercurrente [24].

En algunos casos se han descrito perforaciones localizadas en istmo o cérvix que pudieran ser causadas por contracciones uterinas espontáneas [19].

Pueden ser, incluso, asintomáticas y son descubiertas al comprobar la anormal situación del dispositivo.

En los casos de los DIU inertes que pasan a la cavidad abdominal, se ha hablado de la posibilidad de abandonarlos, a menos que se compruebe que provocan una reacción peritoneal o que se acompañan de infección, pero a juicio de muchos autores esto no parece lo más prudente y se recomienda la práctica de una laparotomía para la extracción del DIU. Cuando se trata de DIU activos se deben extraer por la gran capacidad que tiene el cobre de crear adherencias.

Puede intentarse en estos casos la extracción del DIU mediante laparoscopia.

Embarazos extrauterinos

En una revisión realizada por Tietze y Lewitt, contabilizan un total de 34 gestaciones ectópicas sobre un total de 783 embarazos intercurrentes en 23 917 pacientes portadoras de varios tipos de DIU, lo que da una tasa del 4,3 %. Si comparamos esta incidencia con la normal incidencia de embarazos ectópicos referida al total de gestaciones (0,5-1 %), veremos que hay un aumento significativo [25]. Pero, vistas las cosas de otro modo, si se comprueba la tasa de gestaciones ectópicas relacionada con el total de portadoras de DIU, veremos que es, aproximadamente, de 0,1 % [25].

Tabla V
Perforaciones uterinas

Tasa de perforaciones uterinas/1000 inserciones	
Asa de Lippes	0,4
Espiral de Margulies	0,3
Anillo de Hall-Stone	1,0
Arco de Birnberg	5,0 - 8,0
Escudo de Dalkon	2,85
7 de cobre	0,86
T de cobre	1,66

(Revisión de Villatoro, A.: *Clínica e Investigación en Obstetricia y Ginecología*, 3:128.)

De ello podemos deducir que la acción contraceptiva del DIU es ejercida en mayor grado sobre los embarazos intrauterinos que sobre los extrauterinos, y ello porque, como hemos visto, su mecanismo de acción se desarrolla preferentemente a nivel endometrial.

Es mayor la incidencia de embarazos ectópicos en pacientes que son portadoras de un DIU por más de 2 años [19].

Es un hecho que se ha de tener presente para descartarlo en el caso de embarazo intercurrente.

Cáncer genital

No se ha podido comprobar que la presencia del DIU provoque un aumento de los porcentajes de presentación del carcinoma *in situ*, el cáncer invasivo del cérvix o el carcinoma de endometrio en estudios con seguimiento de hasta 28 años [26-27].

INDICACIONES PARA LA RETIRADA DE UN DIU

— Hipermenorrea o metrorragia persistente.
— Dolor abdominal persistente y/o contracciones uterinas persistentes.
— Perforación uterina.
— Desplazamiento del DIU al canal cervical.
— Procesos inflamatorios pelvianos.
— Se ha discutido la conveniencia o no de retirar el DIU en el caso de que sobreviniera un embarazo. Baste decir que, en el caso de que el DIU no se extraiga, se producen un 50 % de abortos; y del resto de embarazos, un 19 % pueden dar lugar a partos pretérmino [19].

La extracción del DIU en momentos muy precoces de la gestación y cuando los hilos se hallan en vagina, puede ser causa de un aborto en menos proporción de casos que la permanencia del DIU.

Por otra parte, como ya se ha comentado, no existe un efecto teratogénico de los DIU de cobre cuando coexisten con un embarazo.

Resultados clínicos

Para la evaluación de los resultados clínicos de los DIU habremos de valorar los siguientes parámetros:

— La tasa de embarazos calculada siguiendo el índice de Pearl.
— La tasa de expulsiones.
— La tasa de extracciones debidas a algunas de las circunstancias antes señaladas (infección, hemorragia...).

Exponemos en la tabla VI los resultados para algunos de los DIU más utilizados.

Tabla VI

	Tasa de embarazos (%)	Tasa de expulsiones (%)	Tasa de extracciones (%)
Asa de Lippes			
Tamaño A	5,3	23,9	12,2
Tamaño B	3,4	18,9	15,1
Tamaño C	3,0	19,1	14,3
Tamaño D	2,7	12,7	15,2
Saf - T - Coil	2,4	18,3	15,6
Gravigard (7 de cobre)			
Nulípara	1,6	8,0	13,7
Multípara	1,9	5,7	10,7
T de cobre	1,0	21,8	
Progestasert			
Nulípara	2,6	7,4	15,1
Multípara	1,8	3,1	11,2

(Tomada de Edelman, D. A., Berger, G. S. y Keith, L. G.: *Intrauterine Devices and their complications*, pág. 20. G. K. Hall. Co. Boston, 1979.)

Otro parámetro que se ha utilizado para valorar la efectividad de los DIU, es la tasa de permanencia que resulta de restar del total de DIU insertados los que han sido extraídos por razones médicas y los que han sido expulsados. Así, para el asa de Lippes D, la tasa de permanencia es del 72,1 % y para el Gravigard, en multípara del 83,6 %.

Como puede observarse, los resultados clínicos son mejores para los DIU medicados que para los inertes. Y dentro de los inertes mejores para los de mayor tamaño (Asa de Lippes D).

Otro aspecto a considerar es la modificación de estas tasas a lo largo del tiempo de permanencia del DIU. Exponemos en la tabla VII la evolución de los resultados para el Asa de Lippes D.

Tabla VII

Año	Embarazos (%)	Expulsiones (%)	Extracciones (%)
1.°	2,7	9,5	11,7
2.°	2,0	2,5	7,6
3.°	1,2	1,6	7,5
4.°	1,4	0,8	5,6
5.°	0,6	0,2	2,7
6.°	0,9	0,0	2,5

(Tomada de Hawkins, D. F. y Elder, M. G.: *Human Fertility Control*, pág. 214, Butterworts, London, 1979.)

Como resumen, podemos decir que se trata de un método contraceptivo que tiene como ventaja indudable su acción a nivel local, y como desventajas sus tasas de fracasos y el desconocimiento parcial de su mecanismo de acción.

El futuro estará en un mayor conocimiento de su mecanismo de acción, una mayor experiencia con estadísticas homologables y el desarrollo de nuevas sustancias para asociar a los DIU.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization: *IUD Phisiologycal and clinical aspects.* Report of a WHO scientific group. Tech. Ser. Wld. Hlt. Org. No. 397, 32 (1968).
2. Ausbacher, R. y Campbel, C.: *Cervical mucus sperm penetration in women with oral contraception or with a IUD in situ.* Contraception 3, 209-217 (1971).
3. Tatum, H. J. en Benson: *Obstetric and Gynecologic diagnosis and treatment.* Pág. 466. Los Altos California 1978.
4. Sagiroglu, N. y Sagiroglu, E.: *Biological mode of the Lippes Loop in intrauterine contraception.* Am. J. Obst. Gynec. 106, págs. 506-515 (1970).
5. Eckstein, D.: *Mechanism of action of IUD in women and other mamals.* Br. Med. Bell. 26, págs. 52-59 (1970).
6. Romero, S. H. y Bahamondes y cols.: *Efectos del dispositivo Zasil Delta-A sobre la contractibilidad del útero humano no grávido.* Clin. Inv. Obst. Ginec. 5, págs. 3-10 (1978).
7. Hones, R. W., Greyson, N. M. y Ebstein, M.: *Effect of coppercontaining IUD on human cells in culture.* Br. Med. J., págs. 520-523 (1973).
8. Loewit: *Immovilization of human spermatozoa with iron. Basis for a new contraceptive.* Contraception 3, pp. 219-224 (1971).
9. Jecht, E. W. y Bernstein, G. S.: *The influence of copper on the motility of human spermatozoa.* Contraception 7, págs. 381-401 (1973).
10. Hawkins, D. F. y Elder, M. G.: *Human fertility control.* Pág. 171. Butterworts London 1979.
11. Landesman, R., Coutinho, E. M. y Saxena, B. B.: *Detectaction of HCG in blood of regulary bleeding ising copper IUD.* Fert. Steril. 27, págs. 1062-1066 (1976).
12. Tatum, H. J.: Op. cit. pág. 469.
13. Hawkins, D. F. y Elder, M. G.: Op. cit. pág. 172.
14. Yang, T. S. y Yang, W. H.: *Calcium carbonate deposition on IUD.* Am. J. Obst. Gynec. 109, 664 (1971).
15. Biale, Lazer y Ben-Aderet: *Fracture and chemical composition of the deposit formed on the Lippes Loop after prolonghued use.* Acta Obst. Gynecol. Scand. 57, págs. 349-353 (1978).
16. Kaye, Reaney: *Long term Safety and use-effectivness of IUD.* Fet. and Steril. 28, págs. 937-942 (1977).
17. Kosonen, I.: *Corrosion of copper in utero.* Fet. and Steril. 30, págs. 59-65 (1978).
18. Scomegma, A. y Avila, T. y cols.: *Fertility control by intrauterine release of progesterone.* Obst. Gynec. N.Y., 43, págs. 769-779 (1974).
19. Tatum, H. W.: Op. cit. pág. 466.
20. Knigth-Winter: *Anticoagulation, a contraindication to a IUD insertion.* Jama 29, pág. 1515 (1978).
21. Mishell, D. B.: *The IUD: a bacteriologycal study of the endometrial cavity.* Am. J. Obst. Gynec. 96, págs. 119-126 (1966).
22. Wilson, J. R. y cols.: *IUD: A comparison betwen their use in indigent and private patients.* Obst. Gynec. N.Y. 29, págs. 59-66.
23. Scott, R. B.: *Critical Illness and deaths associated with IUD.* Obst. Gynec. N.Y. 31, págs. 322-327 (1968).
24. Hawkins, D. F. y Elder, M. G.: Op. cit. pág. 224.
25. Tietze y Lewitt citados en Hawkins, D. F. y Elder, M. G.: Op. cit. pág. 226.
26. Oppenheimer, W.: *Prevention of pregnancy by the Grafenberg ring method. A reevaluation after 28 year's experience.* Am. J. Obst. Gynec. 78, pág. 446-454.
27. Hata, Y. y cols.: *The effect of long-term use of IUD.* Acta Obstet. Gynec. Jap. 16, págs. 73-78.

GENETICA Y PLANIFICACION FAMILIAR

I

ESTHER GEAN

INTRODUCCION

La Tierra, el planeta en que vivimos, no ha tenido siempre la configuración que podemos observar hoy. Desde sus orígenes hasta nuestros días, han transcurrido millones de años, durante los cuales el hombre ha ido dominando los elementos y ha ido teniendo cada vez más conocimientos sobre sí mismo y sobre la naturaleza que le rodea.

Es nuestra intención el hablar un poco de esa evolución, para poder explicar posteriormente una serie de conceptos que constituyen hoy la base de la Genética.

La primitiva atmósfera

Si nos referimos a uno de los libros más antiguos del mundo, la Biblia, y nos fijamos en el Génesis, podemos leer en sus primeros versículos: «En el principio creó Dios el cielo y la tierra. La tierra era una soledad caótica y las tinieblas cubrían el abismo, mientras el espíritu de Dios aleteaba por encima de las aguas. Y dijo Dios: "Haya luz", y hubo luz. Vio Dios que la luz estaba bien y la separó de las tinieblas: a la luz la llamó día y a las tinieblas noche. Y entre tarde y mañana fue el día primero».

Dejando al margen la belleza de estos primeros versículos, vamos a hablar del entorno en donde empieza a desarrollarse la vida; nos referimos a la atmósfera.

La atmósfera actual, ese aire contaminado que hoy respiramos, no puede derivar de la atmósfera primitiva que seguramente debió perderse en su mayor parte, sino que representa una segregación posterior de la corteza.

Se supone que la primitiva atmósfera estaba formada por H_2 y He. Después aparecieron elementos como carbono, oxígeno, nitrógeno, azufre y fósforo, cuyo origen no es conocido. Esta atmósfera es reductora; por tanto, los compuestos existentes en ella antes de la aparición de los seres vivos son: metano, agua, amoníaco y H_2; moléculas que resultan de la reducción máxima del carbono, oxígeno y nitrógeno.

Esta teoría sobre el origen de la atmósfera es defendida por una gran parte de ecólogos, teniendo sus pros y sus contras. Existen también otras hipótesis que explican posturas distintas respecto a la formación de la atmósfera actual.

Para explicar la aparición de los seres vivos existen en la antigüedad dos teorías: la primera corresponde a una aparición sobrenatural y la segunda es por generación espontánea. Más tarde, los autores se dividen en dos posiciones distintas: mecanicistas y materialistas. Sin decantarnos por uno u otro tipo de teorías, vamos a esbozar aquí la hipótesis defendida por Haldane y Oparin, cuya base a nivel evolutivo y bioquímico es hoy francamente aceptable.

Dicha teoría supone en la atmósfera la existencia de las moléculas ya citadas: metano, agua, amoníaco y H_2; estas moléculas están sometidas a radiaciones térmicas y eléctricas (radiaciones solares) y se van combinando hasta dar lugar a compuestos muy sencillos, pero que ya son orgánicos, como los ácidos pirúvico, oxálico y fórmico. La energía luminosa que irradia el sol hace que el agua se descomponga y que se desprenda O_2 que da lugar a O_3 (ozono) y, debido a su poca densidad, el ozono se coloca sobre la tierra como un manto protector contra el sol. Gracias a esta protección pueden aparecer proteínas, hidratos de carbono y ácidos nucleicos (ARN y ADN). A partir de estos últimos se tiene ya la aparición de los seres vivos.

El primer proceso bioquímico que poseen estos seres vivos para obtener energía es la fermentación alcohólica (anaerobia), siendo ésta sustituida posteriormente por la fotosíntesis (aerobia). La importancia de la fotosíntesis estriba en que se cree que la acción de los organismos fotosintetizadores, al consumir compuestos de carbono y liberar oxígeno, dan a la atmósfera una composición semejante a la actual. Pero, sin embargo, la gran conquista de estos primeros pobladores terrestres es la aparición de la respiración, ya que a través de este proceso la materia orgánica da el máximo de calorías posibles. Así se obtiene un exceso de energía que parece haber sido utilizada para la evolución. De este modo, la vida empieza a colonizar la Tierra.

Aparición del hombre

La aparición del hombre en este planeta, sin querer en modo alguno defender teorías creacionistas o evolucionistas, data de aproximadamente unos 10 millones de años.

Hasta hace pocos años, el registro fósil de los primates es escaso, y el de los homínidos y el hombre es aún más pobre. Hacia 1930, Sir Arthur Keith intenta ordenar los fósiles de homínidos siguiendo sus posibles líneas evolutivas, encontrándose con que tan sólo dispone tres géneros correspondientes al Mioceno, logrando situar los cinco

géneros de homínidos entonces conocidos, desde el Plioceno hasta tiempos recientes, cubriendo un intervalo de menos de medio millón de años. Estos cinco géneros son: *Homo erectus* (con muestras procedentes de Java, clasificándose como *Pithecantropus)*, el hombre de *Neanderthal*, el hombre de *Piltdown*, el hombre de *Rodesia (Homo rhodesiensis)* y, finalmente, el género y especie *Homo sapiens*.

En la actualidad se conocen varios centenares de primates fósiles. Muchos de ellos han sido correctamente situados en el tiempo y cada año se descubren nuevas muestras. La antigua costumbre de citar la totalidad de los hallazgos conocidos resulta ya imposible.

Uno de los géneros mejor estudiados es el de Neanderthal. Los Neanderthales pertenecen a una época relativamente reciente dentro del Pleistoceno. Precisamente su tardía aparición es la causa más importante de que poseamos un mayor conocimiento de ellos. Se reconocen por primera vez en 1856, cuando unos obreros encuentran huesos humanos fósiles en el valle de Neander, cerca de Düsseldorf, en Alemania.

Estos antepasados nuestros son ya, según los antropólogos, seres inteligentes, a pesar de las diferencias étnicas existentes entre ellos y los hombres de nuestros días. Pese a todo, tanto nuestros antepasados como nosotros, estamos formados por una unidad fundamental, que conocemos con el nombre de célula, siendo esta unidad equivalente para el resto de los seres vivos existentes.

ORIGEN Y CARACTERISTICAS DEL MATERIAL GENETICO

El concepto de célula es empleado por primera vez por Robert Hooke (1665) al describir sus investigaciones sobre «la textura del corcho por medio de lentes de aumento». Célula, viene de la palabra latina *cella* que significa espacio vacío.

Hooke expone el concepto de célula comparando éstas con las celdillas de un panal de abejas, ya que piensa que las células son orgánulos vacíos.

En 1831, Brown asegura que el núcleo es un componente fundamental y constante de la célula. Más tarde, en 1939, Schwan establece la teoría celular: los seres vivientes, animales y vegetales están compuestos, sin excepción, por células y productos celulares. De mayor trascendencia, si cabe, es la aseveración de Schleiden y el propio Schwan, apenas hace un siglo y medio, de que todas las células derivan de otras predecesoras mediante un proceso de división celular. Las células se desarrollan, en un instante determinado, dan lugar a dos células hijas, las cuales, debido a la división del núcleo de su progenitora, adquieren cada una de ellas un nuevo núcleo. Este proceso recibe el nombre de mitosis.

En este núcleo celular, en donde se encuentra la cromatina, masa amorfa formada por hilos entrelazados que se tiñen muy bien con los colorantes usuales (Giemsa, orceína, etc.). La cromatina sólo se observa en este estado cuando la célula está en reposo, es decir, cuando no se está dividiendo.

Cuando la célula entra en división, la cromatina sufre una serie de transformaciones hasta llegar a formar los cromosomas: cuerpos individualizados de materia muy condensada que se tiñen muy bien y que pueden ser observados con el microscopio óptico en el estado de metafase (estadio de la mitosis). Su nombre se debe a Waldeyer (1888). Tanto la cromatina como los cromosomas están formados por ácidos nucleicos y proteínas.

Los ácidos nucleicos son estructuras sumamente complejas formadas por moléculas que se repiten: se llaman nucleótidos. Están compuestos por carbono, oxígeno, hidrógeno, nitrógeno y fósforo (todos ellos compuestos de la primitiva atmósfera). Sus nombres son ácido desoxirribonucleico (DNA) y ácido ribonucleico (RNA).

Cabe decir que han sido las estructuras más estudiadas de toda la Historia de la Química, y en la actualidad se sigue trabajando sobre ellos, ya que aún existen preguntas sin responder.

Como cualidad principal poseen el ser las únicas moléculas capaces de transmitir información dentro del organismo en el que se encuentran, y también de una generación a otra. Son, por tanto, los transmisores de los caracteres hereditarios.

Ya hemos comentado que los ácidos nucleicos son el principal componente de los cromosomas, por tanto, es obvio que debemos decir algo más de ellos.

Concepto de cromosoma y cariotipo

En primer lugar, debemos recordar que el número de cromosomas es típico y característico para cada especie; sin embargo, los cromosomas de una especie no sólo difieren de los de otra en su número, sino también en su forma.

El número de cromosomas humanos es de 46; todas las células somáticas, es decir, las no reproductoras, presetan 46 cromosomas (número diploide). Las células germinales o reproductoras, que son los óvulos para la mujer y los espermatozoides para el varón, sólo presentan 23 cromosomas (número haploide). Esta reducción de 46 a la mitad, 23, se realiza sólo en las células reproductoras y forma parte de un proceso de división especial que se denomina meiosis.

Los 46 cromosomas humanos pueden obtenerse de cultivos de leucocitos sanguíneos. A través de ellos podemos obtener la confección del cariotipo, que no es más que la ordenación de los pares cromosómicos de una especie. En el cariotipo humano existen 23 parejas; a los 2 cromosomas de una pareja se les llama cromosomas homólogos. De estas 23 parejas, 22 codifican todos los caracteres del ser humano, excepto el sexo, y se les llama autosomas. A la pareja 23 se les llama gonosomas y codifican el sexo y las características sexuales. Para la mujer los cromosomas sexuales son dos cromosomas X, y para el varón uno X y otro Y.

Concepto de gen

Sólo nos falta un concepto por definir, y con él nos adentraremos en el complicado mundo de los genes. Pero, ¿qué es un gen? Un gen es una unidad hereditaria, es decir, una unidad hipotética que determina un carácter en particular.

En realidad, los genes son sólo trozos de ADN que se encuentran dentro de los cromosomas en unos lugares específicos para cada uno de ellos llamados locus.

Debido a los estudios bioquímicos, hematológicos, inmunológicos y citogenéticos, cada día se conocen más locus, es decir, el lugar de colocación de los genes que posee el ser humano. Esto es lo que se llama *mapa cromosómico*.

Sin embargo, hay que decir que no todos los genes que lleva un ser vivo tienen su expresión en las características externas del mismo; así la Genética distingue dos conceptos: fenotipo y genotipo.

A las características de un ser vivo que podemos apreciar exteriormente le llamamos *fenotipo*, mientras que todas las características de un ser vivo, sean o no patentes al exterior, reciben el nombre de *genotipo*.

Hay que añadir que los genes en el mismo locus de un par de cromosomas homólogos son *alelos*. Las palabras alelos y gen se usan con frecuencia sin discriminación, ya que un alelo es un gen que controla las diferentes modalidades de un carácter. Ya hemos dicho que los genes se localizan en los locus; cada cromosoma posee una serie de locus, y como sea que los cromosomas homólogos tienen los mismos locus, resulta que en un individuo cada gen está representado dos veces, por sus alelos. Cuando los miembros de un par de alelos son idénticos, el individuo será *homocigoto* para aquel carácter en particular. Si los alelos son distintos, el individuo será *heterocigoto*. Cuando un alelo se manifiesta siempre en el fenotipo, es decir, al exterior, tanto si está en estado homocigoto como heterocigoto, se dice que este alelo es *dominante*. Si sólo se manifiesta al exterior en estado homocigoto, se dice que es *recesivo*.

Fertilización y fecundación

Si queremos saber cómo se transmiten todos estos caracteres de padres a hijos, debemos hablar de fertilización y fecundación.

El proceso citogenético esencial, desarrollado en el seno de ambos gametos (células reproductoras), es la meiosis, que consiste en una división celular reproduccional cuyo fin es lograr células con 23 cromosomas. Así, al unirse estas células de 23 cromosomas (proceso de fecundación) y empezar a dividirse juntas (proceso de fertilización), darán lugar al huevo o embrión humano, cuyas células poseerán de nuevo 46 cromosomas.

Aunque consideramos que el hablar de procesos de fecundación y fertilización sería extenderse demasiado, debemos destacar, desde el punto de vista citogenético, algunos aspectos biológicos, de ordinario mal conocidos, respecto al proceso de fecundación. De los folículos primarios que posee el ovario de una niña al nacer, se desarrollan a término únicamente trescientos o cuatrocientos de ellos, que depositan un ovocito en el seno de las trompas durante los días intermedios de cada ciclo menstrual. El ovocito empieza muy precozmente su primera división meiótica, terminándola en dictiotene tras el nacimiento; al llegar a la pubertad, se encuentra en profase tardía y prosigue esta primera división con un reparto citoplasmático en el que una célula se encuentra con casi todo el material celular y la otra, el cuerpo polar, no percibe prácticamente nada.

Una vez terminada la meiosis I, el ovocito de segundo orden entra en meiosis II, que prosigue tan sólo hasta la metafase. El estímulo necesario para que prosiga la segunda división meiótica, es la penetración del espermatozoide. Una vez producida la penetración, la división del ovocito secundario continúa (anafase II), al tiempo que el núcleo del espermatozoide (pronúcleo masculino) entra en profase. En estos momentos, pues, a pesar de no haber terminado aún la meiosis II de la célula femenina, se está ya iniciando la primera división embrionaria por parte del pronúcleo masculino. Al terminar la meiosis II en el ovocito, con expulsión del segundo corpúsculo polar, el pronúcleo femenino entra en profase de la primera división embrionaria. Entretanto, el pronúcleo masculino ha alcanzado ya la metafase de la primera división embrionaria, fase en la que se detiene para aguardar su sincronización con el pronúcleo femenino. Cuando pronúcleos se encuentran ya en metafase, los cromosomas se fusionan y prosiguen la primera división embrionaria, ya sincronizada a partir de la metafase.

Desde el punto de vista citológico, pues, el óvulo no existe (según los criterios clásicos), ya que mientras la célula germinal femenina es aún ovocito secundario, se ha convertido ya en un cigoto (por penetración de un espermatozoide).

FALLOS GENETICOS

La última parte del programa es tratar de los fallos genéticos. La frecuencia de malformaciones congénitas y trastornos genéticos es aproximadamente del 6 % contando los nacidos muertos, los que mueren en el período perinatal y los que sobreviven más allá del primer año de vida.

Estas enfermedades o fallos pueden clasificarse de la siguiente manera:

Enfermedades génicas

Monofactoriales

- A : D Autosómica dominante
- A : R Autosómica recesiva
- L : X Ligada al sexo

Poligénicas y/o multifactoriales

- Malformaciones congénitas mayores
- Diabetes
- Hipertensión esencial
- Retraso mental
- Hipercolesterolemia
- Inteligencia
- Talla
- Trastornos psicóticos
- Epilepsia

Enfermedades cromosómicas

Estructurales

- Delección
- Inversión
- Traslocación

Numéricas

- Trisomías
- Monosomías
- Poliploidías

Con esta tabla resumen, no pretendemos incluir todas las enfermedades con un posible componente genético, ya

sea cromosómico o génico, sino sólo detallar a grandes rasgos las más conocidas e importantes.

Enfermedades génicas

Monofactoriales

Son aquellos rasgos que se transmiten o se distribuyen en las familias siguiendo unos patrones que están de acuerdo con las leyes de Mendel. Esta transmisión se realiza a través de un solo gen. Su incidencia es del 2 al 3 %. Hay que tener en cuenta que hoy en día han sido descritos más de 2000 trastornos hereditarios y que la especie humana tiene alrededor de 100 000 genes.

Autosómicas dominantes (A:D)

Sabemos que una enfermedad es A:D, cuando está originada por un gen capaz de manifestarse en estado heterocigoto, es decir, que requiere una sola dosis génica. Las características fundamentales de estos trastornos se resumen diciendo que los individuos afectados tienen un progenitor afectado, a menos que se trate de una mutación reciente, que el hijo de estos individuos tiene un riesgo del 50 % de estar también enfermo y que los padres no enfermos tendrán hijos sanos. En estos trastornos, varones y hembras se afectan por igual. Al estudiar este tipo de herencia en un árbol genealógico nos encontramos con una transmisión en sentido vertical, a través de varias generaciones.

Autosómicas recesivas (A:R)

Una enfermedad A:R, es la que sólo se manifiesta clínicamente en el homocigoto, ambos progenitores están libres de la enfermedad, pero son heterocigotos para el gen. La probabilidad de que un hijo esté afecto es de un 25 %: varones y hembras se afectan por igual. El patrón clásico de este tipo de herencia en un árbol genealógico es la afectación en sentido horizontal, es decir, afectando a una misma hermandad. Con frecuencia se encuentran entre los antecedentes familiares de trastornos A:R el dato de la existencia de consanguinidad.

Ligadas al sexo (L:X)

Se acepta actualmente como sinónimo de síndromes o genes ligados al sexo los relacionados con el cromosoma X, y este apartado va a estar dedicado a ellos.

En realidad, parece que en el cromosoma Y no existen genes somáticos responsables de síndromes patológicos. Sólo se le relaciona con el síndrome de *Hairy pinnae* en vez de T (pelo abundante en las orejas). La herencia ligada al cromosoma Y recibe el nombre de herencia holándrica. En cambio, en la especie humana se conocen alrededor de 70 rasgos ligados al cromosoma X. Estos genes pueden ser dominantes o recesivos, y es posible diferenciarlos mediante el estudio de los árboles genealógicos.

Una enfermedad recesiva ligada al cromosoma X es transmitida por las hembras portadoras heterocigotas, y generalmente asintomáticas, a la mitad de sus hijos varones, y el estado o características de portador a la mitad de sus hijas. El varón afectado transmite sólo el estado heterocigoto; todos sus hijos varones serán sanos, pero todas sus hijas serán portadoras.

Cuando la enfermedad es dominante, ligada al cromosoma X, la transmisión se realiza desde el varón afectado a todas sus hijas, pero a ninguno de los hijos varones. Entre los descendientes de una hembra afecta, la mitad serán enfermos independientemente del sexo.

Malformaciones poligénicas y/o multifactoriales

Son aquéllas cuyo cuadro clínico es el resultado acumulativo de muchos genes, desconociéndose el número exacto de los que contribuyen. Muchas veces intervienen factores ambientales de alimentación, raza, etc. Su incidencia es del 0,1 %.

Entre ellas hemos citado las malformaciones congénitas mayores, definiéndose como tales aquéllas que interfieren en el desarrollo normal o bien comportan un problema médico-quirúrgico. Su incidencia es del 2 al 4 % en recién nacidos.

El resto de enfermedades citadas en el cuadro anterior, dentro de este apartado (diabetes, hipertensión, etc.), no siguen patrones de herencia claros y establecidos. Podemos decir que no se hereda la enfermedad como tal, sino sólo la predisposición a padecerla. En algunas de ellas, como en la diabetes, hipercolesterolemia y otras, sólo algunos aspectos entran dentro de esta heredabilidad de predisposición.

Enfermedades cromosómicas

Cualquier trastorno ocurrido, durante la mitosis o meiosis, puede dar lugar a una alteración en el número o bien en la estructura de los cromosomas y, en consecuencia, influir en el fenotipo del individuo.

Las anomalías numéricas se refieren a la pérdida o ganancia de uno o más cromosomas, alterándose el número de la dotación cromosómica. Las anomalías estructurales se refieren a la adición o pérdida de material cromosómico, de manera que si bien el individuo posee un número normal, uno o más de ellos morfológicamente no es normal.

Anomalías estructurales

Delección. Consiste en la pérdida de una porción o segmento de un cromosoma.

Inversión. Se origina al existir dos roturas en un mismo cromosoma. La parte de un cromosoma, entre estas dos roturas, puede dar una vuelta de 180° y reunirse en sus extremos, con la consecuente formación de un cromosoma en el que este segmento está dispuesto en sentido invertido.

Traslocación. Se puede definir como la rotura entre más de un cromosoma e intercambio mutuo de los segmentos cromosómicos. Podemos distinguir por lo menos cuatro tipos:

1. *Trasposición*, que consiste en la transferencia de un segmento cromosómico a otra posición del mismo cromosoma.
2. *Inserción*, que consiste en la transferencia de un segmento cromosómico a otro cromosoma.
3. *Traslocación recíproca* (intercambio), que envuelve al intercambio de segmentos entre dos cromosomas.
4. *Traslocación robertsoniana*, aquélla que se da entre cromosomas acrocéntricos.

Anomalías numéricas

Aneuploidía. Cuando el número de cromosomas no es múltiplo exacto del número de cromosomas en los gametos o células sexuales. Tal es el caso de las trisomías (un cromo-

soma de más) o de las monosomías (un cromosoma de menos) respecto a un determinado par.

Poliploidia. Cuando existe un número diploide normal de cromosomas de las células somáticas.

La frecuencia combinada de todos los trastornos citados es aproximadamente del 6 al 7 %.

BIBLIOGRAFIA

ABC DE LA GENÉTICA HUMANA: *Medicina Clínica.* Vol. 61, n.º 5, 6, 7 y 8. Sep.-oct.-nov. Barcelona, 1973.

DE ROBERTIS, NOWINS KI y SÁEZ: *Biología celular.* Ed. El Ateneo. Octava Edición. Barcelona, 1970.

EGOZCUE, J., ANTICH, J., BALLESTA, F., GOYANES, V., IZQUIERDO, L., TAMPARILLAS, M. y TAVARES, A.: *Genética médica.* Ed. Espaxs. Barcelona, 1978.

REVISTA INVESTIGACIÓN Y CIENCIA: *El Nucleosoma.* Luis Cornudella. N.º 22; págs. 44-53, julio 1978.

REVISTA INVESTIGACIÓN Y CIENCIA: Noviembre 1978.

REVISTA INVESTIGACIÓN Y CIENCIA: *Neanderthales.* Erik Trinkans y William W. Howells. N.º 41, págs. 60-73, febrero 1980.

II

JAIME ANTICH

¿QUE ES LA GENETICA?

Las características que constituyen el organismo humano en sus aspectos morfológicos, bioquímico y de comportamiento, en sus formas específicas de reacción ante el ambiente y la enfermedad, se deben a factores hereditarios y ambientales, en un juego complejo de interacciones en el que uno y otro grupo de factores desempeñan un papel predominante.

El desarrollo del individuo desde la fecundación hasta su muerte depende de dos grupos de influencias de acción recíproca: los factores genéticos y las experiencias ambientales.

Al nacer, algunas características están ya fijadas, y otras son potencialidades virtuales que se manifestarán de acuerdo con la influencia ambiental a la que el organismo esté sometido.

A la ciencia que estudia la herencia y las variaciones biológicas se la denomina *genética.*

La genética es un término derivado del griego *gen* que significa convertirse o transformarse en algo. Esto significa que la genética no sólo se ocupa de la transmisión de los factores hereditarios, sino también de la forma en que se expresan durante el desarrollo y la vida del individuo.

La *herencia* o proceso sobre la similaridad biológica entre padres e hijos, consiste en la conservación de la especificidad durante la replicación del material genético.

Dentro de la genética, hemos de distinguir numerosas y variadas disciplinas:

Según el objeto de estudio:

— Genética microbiana
— Genética vírica
— Genética de plantas
— Genética de animales
— Genética humana

Genética clásica. Se ocupa de la fenomenología y fisiología de la herencia.

Genética molecular. Se ocupa de la naturaleza del material genético y de su almacenamiento de la información genética, de su replicación de la mutación, de la transmisión, de la recombinación y de la traducción en los sistemas por los cuales el material genético lleva a cabo un control sobre el metabolismo y desarrollo y determina la reaparición de los caracteres paternos entre la descendencia.

Genética del desarrollo. Cubre los problemas de acción genética a lo largo de la vida del organismo.

Citogenética. Se ocupa de la localización y organización del material genético en los cromosomas y las aberraciones genéticas relacionadas con las anomalías morfológicas o numéricas de estas estructuras.

Genética de poblaciones. Describe en términos matemáticos las consecuencias de la herencia a nivel de la población e intenta predecir el comportamiento en las futuras generaciones. Trata de las frecuencias e interacciones de los genes en el cruce de poblaciones y estudia los factores que tienden a alterar la frecuencia génica y, en consecuencia, causa cambios evolutivos.

Genética bioquímica. Se ocupa de la identidad del gen y de su producto y de los mecanismos por los que la información codificada en los genes regula el metabolismo celular.

Genética médica. Es la ciencia de la variabilidad anormal y de sus causas. No existe prácticamente distinción entre genética médica y genética clínica.

Las funciones del médico genetista se han definido como sigue:

— Contribuir al diagnóstico de trastornos incluyendo las malformaciones congénitas y el retraso mental. Incluye las pautas de diagnóstico prenatal y presintomático y, en algunos casos, un tratamiento.

— Dar el consejo genético a los pacientes y/o padres y parientes.

— Organizar los servicios de asesoramiento o consejo genético incluyendo las facilidades para un registro regional de enfermedades genéticas.

— Responsabilidad en la educación sanitaria en los aspectos genéticos, tanto para post-graduados como para estudiantes y personal no sanitario.

— Interpretar y ser consultor en los laboratorios de citogenética y bioquímica.

— Llevar a cabo tareas de investigación directamente o bien en colaboración.

— Tener la suficiente práctica y, a ser posible, algún otro conocimiento en otro campo distinto de la genética clínica, por ejemplo, en pediatría o medicina interna.

La principal razón de este último punto estriba en que amplía la variación de los diagnósticos vistos y debe ser capaz para poder verificar por sí mismo el diagnóstico tanto como le sea posible. También, tener la suficiente experiencia y práctica para poder detectar ansiedades durante el consejo genético.

En casi todos los procesos patológicos existe, probablemente, algún componente genético, aunque la extensión de este componente puede variar. Existen:

— Enfermedades casi totalmente determinadas por una constitución genética del individuo, por ejemplo: mongolismo, acondroplasia, los trastornos congénitos del metabolismo, etc.

— Enfermedades en las que intervienen factores genéticos y factores ambientales, por ejemplo, las malformaciones congénitas mayores graves: anencefalia, estenosis pilórica, luxación congénita de la cadera, etc.

— Enfermedades determinadas casi completamente por experiencias ambientales, por ejemplo, enfermedades infecciosas: rubeola, toxoplasmosis, tifus, traumatismos, etc.

Los avances de la medicina, cirugía y la introducción de los antibióticos, ha tenido como consecuencia una reducción en la incidencia del tercer grupo de enfermedades. La morbilidad y la mortalidad por estas causas ha disminuido, observándose un predominio de enfermedades total o parcialmente determinadas genéticamente.

Para darse cuenta de ello basta tener en cuenta los siguientes datos:

— Uno de cada 100 recién nacidos tiene una enfermedad hereditaria. Hoy día se han descrito más de 2000 enfermedades hereditarias.

— Uno de cada 200 recién nacidos tiene una anomalía de los cromosomas y que, por el desequilibrio génico que producen, pueden acompañarse de retraso mental y de múltiples anomalías físicas, en especial, dentro del grupo de los autosomas.

— Casi un 60 % de los abortos espontáneos son debidos a una anomalía cromosómica que ha producido un grave desequilibrio génico *in útero*.

— 2 de cada 100 recién nacidos tienen una malformación congénita de etiología poligénica o multifactorial o bien una embriopatía.

— Un 20 % de la mortalidad infantil, y un tercio (de un 20 a un 30 %) de las hospitalizaciones en un hospital pediátrico corresponden a procesos malformativos o a enfermedades genéticas (hereditarias o cromosómicas).

Esta inestabilidad del material genético representa un pesado bagaje para la especie humana.

Esta situación comporta para los médicos numerosos problemas, ya sea a nivel del individuo para diagnosticar y tratar a un eventual minusválido, ya sea a nivel de la pareja, para darle el consejo genético, ya sea a nivel de la colectividad, para la apreciación de los riesgos y la puesta en marcha de los medios de tratamiento y prevención.

El médico práctico queda muchas veces perplejo ante una malformación, ante una enfermedad hereditaria, sin saber cómo actuar, cómo contestar a múltiples preguntas que le hace la familia.

Por lo general, la familia teme una nueva recurrencia de la afección. La detección de estados patológicos, la prevención de las malformaciones congénitas y de las enfermedades hereditarias y el asesoramiento o consejo genético, viene a constituir actividades en el amplio contexto de la planificación familiar, al promover la salud y el bienestar del individuo o de la familia.

¿QUE ES EL CONSEJO GENETICO?

El consejo genético no consiste en decir a la familia lo que deben hacer, sino más bien lo que pueden hacer.

En el consejo genético la verdad puede a veces herir, pero los errores pueden ser catastróficos.

Una de las preguntas más frecuentes es la de: ¿será nuestro hijo normal? Esta pregunta se realiza muchas veces por la gran preocupación de la familia sobre un problema genético real o imaginario.

Como respuesta honesta, nunca se podrá decir *sí* y, raramente, *no*. El consejo genético es un arte para ayudar y dar un soporte al solicitante a comprender las bases científicas que pueden esconderse o encontrarse detrás de la respuesta *quizás*.

Definición de consejo genético

El término de consejo genético fue acuñado por Sheldon Reed en 1955 para describir el proceso por el cual daba conscientemente una respuesta cuidadosa a las preguntas de orden genético que le formulaban unos padres angustiados.

A partir de entonces han aparecido numerosas definiciones, algunas de ellas erróneas como informe genético, como diagnóstico genético, consejo propiamente dicho, consejo decisorio, etc., pero las más afortunadas y aceptadas son tres: la de Rieger y cols., en su *Glosario de Genética y Citogenética* (1976), la de Opitz y Herrmann (1977) y, finalmente, la del Comité *ad hoc* de la Sociedad Americana de Genética Humana.

Rieger y cols., en su *Glosario de Genética y Citogenética* (1976) define el consejo genético como un servicio que aporta a la población la información concerniente al riesgo de tener una descendencia genéticamente anormal y dar unos *(riesgos de recurrencia)*; la predicción de la recurrencia se puede basar en lo deducible para trastornos mendelianos Autosómico Recesivo, Autosómico Dominante y Ligado al X, o bien riesgos empíricamente ya determinados para enfermedades cuyo mecanismo de transmisión es menos conocido. El consejo genético requiere una evaluación cuidadosa del cuadro clínico total de la enfermedad genética o de la malformación y de la historia familiar.

Opitz y Herrmann (1977), exponen otra definición mucho más amplia. El consejo genético adecuado comprende todas aquellas *actividades profesionales* que pueden ayudar y apoyar al solicitante desde el momento de la indagación o referencia a través de un proceso diagnóstico al punto en que *se sacan conclusiones clínicas, pronósticas, terapéuticas y genéticas* y se expone al solicitante y/o a sus parientes de la manera más eficaz y de apoyo y se

intenta que el solicitante colabore en examinar las consecuencias y opciones de las alternativas terapéuticas y de reproducción, y apoyarlo en todo lo posible a la hora de tomar una decisión.

Todo esto puede conllevar consecuencias desastrosas, si lo lleva a cabo un médico sin la adecuada formación en el arte del consejo genético y sin conocimientos genéticos, o bien, por un genetista humano sin experiencia clínica o aprendizaje en el consejo genético.

Definición oficial del Comité *ad hoc* de la Sociedad Americana de Genética Humana (1974). Como un proceso de comunicación que trata de los problemas humanos asociados a la aparición o riesgo de aparición de un trastorno genético en la familia. Este proceso presupone la actuación de una o varias personas con suficiente experiencia para ayudar a la familia, o al mismo individuo, para:

— Comprender todos los aspectos médicos incluyendo el diagnóstico, el curso probable del trastorno y el posible tratamiento.

— La apreciación de los factores hereditarios que puedan contribuir en el trastorno y los riesgos de recurrencia en un pariente determinado.

— Comprensión de las posibles opciones ante un determinado riesgo de recurrencia.

— Selección de las vías de actuación que parezcan más apropiadas en vista a los riesgos, las aspiraciones de la familia y los principios éticos y religiosos y actuar de acuerdo con la decisión tomada.

— Facilitar la adaptación mejor posible de la familia ante un determinado trastornos genético o ante un determinado riesgo de recurrencia para este trastorno.

El mismo Reed, revisando la historia del consejo genético, expresa su profundo pesar por el mal uso que del mismo se ha hecho, pues ha sido empleado muchas veces de distinta manera de lo que tendría que ser según quien lo emplee (médicos de cabecera, sanitarios de la salud, médicos genetistas, genetistas asociados, etc.) y según sus propias actividades.

De ahí la necesidad de proponer una definición unitaria que enfoque al consejo genético desde la perspectiva del que lo solicita.

«El consejo genético es el proceso por el cual un individuo o familia obtiene la información referente sobre un problema genético real o posible» (Hsia y Hirschhorn, 1979).

Una vez enterado del problema, el solicitante quiere ser informado sobre la *naturaleza y gravedad del trastorno*, pudiendo precisar un *apoyo moral* y un *soporte*, y a menudo desea una *orientación* sobre qué decisiones tomar y solicitar incluso nuevas pruebas diagnósticas, tales como una amniocentesis para un diagnóstico cromosómico o bioquímico fetal.

¿Quién precisa de consejo genético?

Muchas veces sucede que la existencia de un problema genético no sólo no es reconocido por la familia, sino que ni siquiera por el mismo médico. Y de la misma manera, un supuesto trastorno genético puede preocupar a la familia, y aun cuando esta preocupación no tenga motivos reales, se deberá intentar hacer todo lo posible para aliviar la tensión.

De ahí, que lo primero que hay que hacer es reconocer la presencia de una enfermedad genética, es decir, la existencia de un comportamiento genético en la etiología de la enfermedad.

¿Quién tiene una enfermedad genética?

El poder determinar que se trata de un trastorno genético, a veces es fácil en las anomalías cromosómicas o enfermedades hereditarias, pero, así y todo, puede pasar por alto, sobre todo en ciertos trastornos poco frecuentes, como en el caso de una urgencia médica por un infarto de miocardio, si no se investiga la posible existencia de un trastorno de los lípidos, por ejemplo, una hiperlipoproteinemia tipo II que muestra una transmisión autosómica dominante; entonces no se podrá predecir los riesgos para los hijos y hermanos, en los que se desconoce la base genética del mismo y el reconocimiento del mismo puede obtenerse de fuentes inesperadas; por ejemplo: después de la consulta de un libro de texto, se puede llegar a reconocer un posible síndrome, por el aspecto tosco de la faciés, obligando la práctica de exploraciones complementarias, a fin de confirmar el diagnóstico. Otras veces la sospecha se obtiene por una historia familiar sugestiva, ante determinados antecedentes.

No obstante, los problemas y las situaciones con que nos podemos encontrar a la hora de dar un consejo genético y que podrán beneficiar a los consultantes, son muy variados:

— El caso más frecuente de consulta es el de los padres que han tenido un hijo afecto de malformaciones congénitas múltiples con o sin retraso mental.

— Un niño afecto de una enfermedad hereditaria. El número de enfermedades hereditarias descritas, es más de 2000, y en los últimos años ha ido aumentando sobre todo a expensas de las autosómicas recesivas, debido a los recientes avances en la genética bioquímica. Así, tenemos que según el catálogo de Mc Kusick, la frecuencia de enfermedades hereditarias descritas en los últimos 8 años ha oscilado de la siguiente manera:

	1971	1976	1978
Autosómica dominante	415 (+ 528)	583 (+ 635)	736 (+ 753)
Autosómica recesiva	365 (+ 418)	466 (+ 881)	521 (+ 596)
Ligada al X	86 (+ 64)	93 (+ 78)	107 (+ 98)
Total	866 (+1010)	1142 (+1194)	1364 (+1447)
	1876	2336	2811

Las enfermedades hereditarias pueden manifestarse de una manera muy variada:

a) Ya desde el momento del nacimiento puede presentar un ileo meconial sugesitvo de una mucoviscidosis, un cuadro de deshidratación aguda sugestivo de una hiperplasia suprarrenal.

b) Otras veces, una ictericia prolongada en el período neonatal con vómitos, convulsiones, no hará pensar en una enfermedad metabólica, tipo de galactosemia, lucinosis, tirosinosis, etc.

c) O bien, a medida que progresa la infancia, van apareciendo síntomas de regresión y de degradación intelectual sugestivas de una esfingolipidosis u otra enfermedad heredodegenerativa.

— *Anormalidades cromosómicas.* La mayoría de las cromosopatías numéricas (síndrome de Down o trisomía 21, síndrome de Edwards o trisomía 18, síndrome de Patan o trisomía 13), se deben a una no-disyunción primaria y, por tanto, no pueden considerarse heredadas en el sentido corriente de la palabra. Pero una pequeña proporción de casos resulta de la transmisión de cromosomas en número anormal; por ejemplo: en mujeres 47 XXX fértiles o en casos de mosaicismo o de cromosomas con una alteración estructural que no afecte a uno de los progenitores, porque se encuentra en equilibrio, como ocurre en los casos de mongolismo o translocación, cuyo cariotipo muestra un cromosoma derivado y a veces proveniente de uno de los progenitores.

— La *existencia de abortos repetidos* puede indicar con mucha probabilidad la presencia de un embrión anormal, por alteración génica, cromosómica o del desarrollo. En estos casos, si no se encuentra una explicación adecuada, estará indicado el estudio del cariotipo de los padres, así como la posibilidad de una heterocigosis para un gen morbígeno, e incluso a veces estará justificado el estudio del embrión abortivo.

— La *edad materna avanzada.* Con la introducción de la amniocentesis que permite un diagnóstico prenatal, se ha acumulado la suficiente información sobre la incidencia real de los trastornos cromosómicos a las 15-16 semanas de gestación. El riesgo total de anormalidades cromosómicas a una edad materna de 40 a 45 años es de 1/25, es decir, de un 4 %.

— *Parejas estériles:*

a) El marido puede estar afecto de un síndrome de Klinefelter, el marido puede mostrar una oligospermia y el estudio cromosómico descubrir una translocación equilibrada.

b) Una mujer afecta de un síndrome de Turner.

c) Una mujer afecta de un síndrome de Morris.

— *Exposición durante el embarazo a posibles agentes mutágenos o teratógenos.* A veces, es muy difícil poder averiguar una relación de causas a efecto, pero indudablemente en situaciones aisladas se han descrito acciones teratogénicas de un agente ambiental en un terreno hereditario ya eventualmente favorable y predispuesto. También hemos de tener en cuenta que las malformaciones congénitas pueden deberse a una acción ambiental sobre el padre, especialmente durante la espermatogénesis que dio origen a un gameto participante en la fecundación.

Entre los factores ambientales más importantes y que hay que tener en cuenta, tenemos los siguientes:

a) *Enfermedades maternas*

— Diabetes mellitus.
— Rubeola.
— Oligofrenia fenilpirúvica.
— Toxoplasmosis.
— Otras virasis: citogemalia, gripe, parotiditis, hepatitis infecciosa, cosackie B, mononucleosis infecciosa, poliomielitis, viruela y varicela.

b) *Medicaciones maternas*

— Citostáticos.
— Hormonas.
— Talidomida.
— Tetraciclina.
— Cloroquina.
— Antiepilépticos.
— Anticoagulantes.
— Anticonceptivos orales.

c) *Trastornos alimentarios de la madre*

— Desnutrición.
— Alcoholismo.

d) *Radiaciones ionizantes.*

e) *Otros*

— Fecundación óvulos super-maduros.

— *Consejo genético prematrimonial:*

a) Uno de los futuros cónyuges muestra un *handicap* hereditario.

b) Los dos cónyuges pueden mostrar a su vez el mismo trastorno hereditario (parálisis cerebral, sordomudos, etc.).

c) Existencia en la familia de uno de los contrayentes de uno o varios casos conocidos de afecciones invalidantes, por ejemplo: de retraso mental.

d) Existencia de consanguinidad en especial las uniones entre primos hermanos, por la posibilidad de que sean portadores de genes idénticos, derivados de un antepasado común.

— *Adopción.*

— Orientación de determinados *tratamientos* médicos-quirúrgicos o dietéticos en las enfermedades genéticas.

Técnica y preparación del consejo genético

El consejo genético es, por tanto, un acto médico especializado que sólo deberá realizar un médico con suficiente información del problema y experiencia genética (conocimiento práctico del problema incluye el diagnóstico genético-laboratorio y clínica y formación práctica en el consejo genético y experiencia en los problemas sociales y psicosociales de la genética médica).

Cuando estas premisas no se dan, se suele errar y, en general, por exceso, indicando a la familia que no debe tener más descendencia, porque toda ella nacerá enferma, como puede ocurrir y ocurre a veces en los casos de distrofia muscular progresiva (enfermedad hereditaria recesiva ligada al X) y que solamente se afectan el 50 % de los hijos varones y ninguna hija, y nos hemos encontrado alguna vez que se les ha informado que todos sus hijos estarían enfermos.

Otras veces, el consejo genético es tan optimista, por ejemplo, en el caso de una mucoviscidosis, que se dice que el 25 % de los hijos estarán afectos y se remarca que el 75 % serán sanos.

La entrevista de la familia, una vez completado el estudio, ha de establecerse con los miembros implicados (habitualmente el padre y la madre del niño afecto).

Teniendo en cuenta que las enfermedades genéticas son muy numerosas, 2811 de acuerdo con la última edición de 1978 del catálogo de enfermedades hereditarias de Mc Kusick, se puede ver que abarca prácticamente a toda la patología y puede variar desde una anomalía menor como una braquidactilia, a una anomalía grave como es una osteogénesis imperfecta.

A veces, el mismo interesado que busca el consejo genético, ya tiene conocimiento de la enfermedad porque él o ellos o algún miembro de la familia la posea. Otras veces están en proceso de enterarse de la naturaleza genética del trastorno.

De ahí que el genetista médico pueda encontrarse con una amplia gama de reacciones por parte de los solicitantes, dependiendo de la situación, de la severidad de la enfermedad y del momento en que los individuos conocen la enfermedad. Entre las reacciones emocionales y sociales con que nos podemos encontrar, tenemos las siguientes:

— Estigmatización.
— Depresión.
— Sentimientos de culpabilidad.

— Pobre imagen de sí mismo.
— Mutua acusación entre los cónyuges u otros miembros de la familia.
— Frustración, temor al ridículo, situaciones embarazosas.
— Sentimientos de egoísmo, amor propio.
— Temor al consejo genético, postergándolo lo máximo posible.
— Negación total o casi a medias, a la información genética.
— Sinceridad o falta de sinceridad.

Los ejemplos de estas situaciones son múltiples y frecuentes en la práctica diaria.

— *Estigmatización.* Se pueden sentir estigmatizados al pensar que no son iguales que los demás («los normales»). La estigmatización puede tener lugar no solamente cuando la enfermedad es visible, sino también cuando solamente ellos saben que son, por ejemplo, portadores de una traslocación. Otras veces las anomalías graves les producen menos preocupación que los mismos defectos menores por el temor de ser ellos, a su vez, portadores de las mismas taras. Pueden incluso llegar a negar cualquier afiliación con las personas afectas sosteniendo que ellos son completamente normales. No es infrecuente ver a padres que se callan los problemas de sus hijos para mantener la ilusión de «ser precisamente iguales que otras familias».

— *Depresión.* La mayoría de los padres de niños con retraso mental sufren de una *tristeza crónica* que puede durar muchos años. Otras veces muestran sentimientos de ansiedad, culpa, negación y hostilidad hacia el mismo médico que diagnosticó la enfermedad.

Entre otras reacciones deben incluirse la negación, las preocupaciones con problemas inmediatos, las distensiones entre los padres, los conflictos religiosos y el temor a nuevos embarazos.

— *Sentimientos de culpabilidad.* Es frecuente que los padres manifiesten oralmente la creencia de que ellos pueden haber sido los causantes de la anormalidad de su hijo. Y así continuamente van urgando en su memoria en la búsqueda de una causa por trivial que sea.

Otras veces sugieren algo que pasó durante la fecundación o durante el embarazo, una tormenta, un accidente de coche, un susto, o un disgusto, etc. O bien, por enfermedades sufridas durante la juventud, sífilis, tuberculosis, etc.

— *Pobre imagen de sí mismos.* De tal manera que dificulte las relaciones de convivencia con los otros miembros de la familia o con las amistades.

— *Mutua acusación entre los cónyuges u otros miembros de la familia.* Es esta una reacción emocional muy frecuente. Y así, en la indagación de la historia familiar, la madre puede responder que por su lado no hay nadie enfermo o con taras y que por parte del marido no lo sabe (¡y esta afirmación la hace muy a menudo en presencia de él!). Cuando no, existe una acusación de una enfermedad, de un mal comportamiento o de alcoholismo.

Si la mujer acude sola, entonces empieza a citar a distintos miembros de la familia del marido afectos de problemas genéticos imaginarios.

— *El temor al ridículo.* Situaciones embarazosas, como ocurre en el caso típico de la pareja que tiene un niño afecto de mongolismo.

— *Sentimientos de egoísmo o de amor propio.* Niegan aportar cualquier información a la familia de los problemas genéticos que ellos mismos sufren. Se creen en condiciones de superarlos, o bien, los infravaloran y consideran como insignificantes.

— *Temor al consejo genético.* Ocurre, a veces, que pueden pasar años antes de que tomen la decisión de solicitar un consejo genético. Este retraso puede ser debido a muchas razones:

a) Temor a lo que pueda decirse.

b) Negación total o casi total de la información del problema.

— *Negación a toda información genética*

a) Los consultantes pueden tener la impresión de que el genetista médico no está debidamente enterado, que no sabe de lo que habla, que la enfermedad no es tan grave como se le pretende decir y que las pruebas diagnósticas no han sido correctamente interpretadas.

b) Otras veces los individuos creen que han sido diagnosticados erróneamente, ya que la descripción de la enfermedad no encaja con la que presentan otros miembros de la familia.

c) Minimizan la enfermedad.

d) Pueden manifestar, a la vez, negación en unos aspectos y aceptación en otros en una misma entrevista.

— *Cooperación.* No siempre el genetista se encuentra con situaciones tales que den la impresión de una negación de la realidad. Pues a veces, e incluso en situaciones realmente graves, nos encontramos con parejas que son realistas, que intentan cooperar y que sugieren incluso que sus hijos sean estudiados lo más extensamente posible en beneficio de otros posibles afectos.

De todas maneras, el genetista deberá ante todo procurar evitar toda la gama de motivaciones y reacciones que puedan abocar a estas situaciones insistiendo en que la información ha sido realmente comprendida.

Las técnicas a seguir:

1. Consideraciones antes de la primera entrevista.
2. Consideraciones sobre el inicio de la entrevista.
3. Consideraciones sobre la parte más importante de la entrevista.
4. Consideraciones sobre el término de la entrevista.
5. Aspectos específicos importantes para el asesoramiento.

1. *Consideraciones a la primera entrevista*

— Al solicitar hora y día de consulta, la secretaria o la recepcionista, al pedir algunos datos y el motivo de la consulta, puede provocar un rechazo por parte de la familia.

— Que el ambiente que rodee la entrevista sea lo más confortable posible, tranquilo y acogedor, que no haya interrupciones, que no haya prisas y que sea silencioso.

2. *Consideraciones sobre el inicio de la entrevista*

— Suficiente tiempo para ella.
— Información sobre los servicios de asesoramiento, procedimiento personal.

3. *Consideraciones sobre la parte más importante de la entrevista.* Es lo que viene a constituir:

— Evaluación genética (cuadro I).
— Valoración de la pareja (cuadro II). La discusión de los valores del matrimonio (además de la procreación) abre perspectivas indispensables, para preparar el terreno a la información que se presta, en particular la relación interpersonal a dos y el concepto de paternidad responsable.

No olvidemos que el éxito de la actuación del médico será tanto mayor, cuanto más cerca consiga situarse en las estructuras sociales y psicológicas de sus consultantes.

— Confirmación del diagnóstico.
— Motivos para solicitar el asesoramiento.
— Tratar tópicos tales como: bases biológicas de la enfermedad, curso y pronóstico, riesgos de recurrencia, opiniones relacionadas o no con la reproducción.

Cuadro I
Pautas de una evaluación genética

Historia familiar

Historia familiar
Historia materno-fetal
Historia post-natal

Examen físico

Malformaciones congénitas
Afectación del sistema nervioso central
Afectación gonadal
Visceromegalia
Displasias óseas
Afectación ocular

Pruebas laboratorio

Pruebas de rutina: hemograma completo, ionograma, determinaciones hormonales.
Pruebas especiales: biopsias, exploraciones radiológicas, electrofisiológicas, audiogramas, ultrasonografía.
Pruebas específicas: cromatina sexual, cariotipo, aminoaciduria, aminoacidemia, investigaciones enzimáticas, electroforesis hemoglobinas, estudios bioquímico y citogenético del líquido amniótico, investigación infecciones teratógenas.

Dermatoglifos

Recogida de datos-archivos

Literatura: bibliografía, libros de consulta

Cuadro II
Valoración de la pareja consultante

— Status educacional del consultante
— Creencias culturales
— Patrones de comportamiento
— Concepto de probabilidades
— Actitudes hacia la reproducción
— Objetivo del matrimonio

— Planificar posteriores entrevistas para una mejor comprensión.

4. *Consideraciones sobre el término de la entrevista*

— Notificando que el tiempo está a punto de terminar.
— Resumir y remarcar los puntos más importantes, tanto si han sido solucionados como si no.

5. *Aspectos específicos importantes para el asesoramiento*

— Capacidad para escuchar y observar.
— Participación de la pareja.

En definitiva, el consejo genético debe reunir las tres condiciones siguientes:

— Consejo genético explicado.
— Consejo genético personalizado.
— Consejo genético comprendido.

Para poder ser capaz de facilitar una comunicación y dar una información adecuada y dejar que la responsabilidad para tomar una decisión resida o caiga en las manos de la pareja o de la familia, el genetista deberá tener en cuenta cuatro puntos importantes:

1. Reafirmar su confianza en la capacidad de la familia para resolver sus problemas.
2. Evitar verse envueltos en disputas familiares y/o tomar decisiones en favor de uno u otro.
3. Mantener una objetividad suficiente para dar a la familia una perspectiva saludable para un apoyo y soporte psicosocial si hiciera falta.
4. Evitar cualquier situación en que la familia espere que el genetista tome una decisión por ellos.

Este último punto es muy importante, pues con frecuencia se solicita al médico un consejo sobre la actitud a seguir en el sentido de qué haría él en su caso. Personalmente creo, y así lo hacemos, que la decisión ha de ser tomada por los directamente afectados, sin ningún tipo de influencia extraña. La responsabilidad de las decisiones incumbe a los padres.

Por otra parte, y así lo demuestra la propia experiencia, las familias acuden al consultor con la creencia de que el riesgo de enfermedad es bastante mayor del real, aliviándose extraordinariamente cuando conocen el auténtico riesgo.

Sin embargo, hay ocasiones en que un riesgo de solamente un 1 %, les abruma y alarma. Esto es explicable por estar sensibilizados por el hijo anteriormente afecto.

En estos casos les comentamos que el peligro de la incidencia en los recién nacidos de múltiples trastornos, es mucho mayor.

Es decir, que lo más importante en el consejo genético es:

Información

— Sobre la enfremedad (diagnóstico, pronóstico, etc.).
— Riesgos de recurrencia.
— Probabilidades.
— Cuadro global.

Soporte psicosocial

— Disminuir, aliviar o eliminar las reacciones emocionales y sociales.
— Cada familia es portadora de 3 ó 4 taras genéticas.
— La familia no es diferente a las demás.

La responsabilidad de las decisiones incumbe a los padres

— Medidas de contracepción.
— Esterilización.
— Adopción.
— Inseminación artificial.
— Organización de servicios para minusválidos.
— Extensión del consejo genético a otros miembros de la familia.

No dar consejo genético

— Cuando no exista certeza en: el diagnóstico, la etiología, la información genética.
— En momento inoportuno.
— Con apresuramiento.

Ser capaz de decir a veces «no lo sé».

CONSECUENCIAS GENETICAS DE LOS METODOS DE CONTRACEPCION

En algunos países con índices de natalidad elevados, las medidas de planificación familiar van a comportar una disminución muy importante de la fecundidad, provocando una verdadera revolución demográfica.

Considerando la amplitud de esta revolución que puede muy pronto dar lugar a una detención del crecimiento de la población humana («índice de crecimiento cero») algunos genetistas, entre ellos Cruz-Coke, Matsunaga y Jacquard, han comenzado a estudiar las posibles consecuencias genéticas de la contracepción.

Debemos distinguir:

1.º Efectos inmediatos.
2.º Efectos a largo plazo.

1.º *La detección de los efectos inmediatos.*

Los estudios de las variables biológicas de la madre y del niño en el período perinatal (por ejemplo: edad de los padres, orden de nacimiento, peso al nacer, tasa de niños varones, etc.) no pueden detectar indirectamente las fuerzas sistemáticas de la evolución biológica de nuestra especie.

Un ejemplo típico es el caso del mongolismo. Penrose estableció una correlación entre la incidencia y la edad materna. La distribución del mongolismo en relación con la edad materna forma una curva bimodal, distinguiéndose dos grupos:

1) Grupo B dependiente de la edad materna y que comprende edades entre 35 y 39 años, y

2) Grupo A, no dependiente de la edad materna y que comprende edades entre 25 y 29 años.

Al disminuir la proporción de madres de edad avanzada y en consecuencia la edad materna, media en una población, la frecuencia del mongolismo debería haber disminuido y así lo intentaba demostrar Matsunaga en el Japón, estimando una reducción del 40 %.

Pero esta estimación no ha podido ser confirmada después de los estudios recientes efectuados en Chile, Canadá y Dinamarca. Estos tres estudios demuestran que la edad materna media ha disminuido, pero no lo ha hecho la incidencia del mongolismo.

La posibilidad de estudiar los efectos genéticos de la contracepción, parece más grande en los países con índices de natalidad elevados y sometidos a una planificación masiva de los nacimientos. Así en Chile, entre 1965 y 1971, los cambios demográficos observados han mostrado:

— Caída de la tasa de natalidad del 35 al 25 por 1000.
— Aumento de la proporción de madres primíparas.
— Disminución de la edad materna media de 27,6 a 26,5 años.
— Disminución de la mortalidad infantil de 100 a 80 por 1000 recién nacidos vivos.
— Disminución del índice de mortalidad masculina del 1,2 al 0,9.
— Disminución de la tasa de recién nacidos muertos del 2,5 al 1,9 por 100.

Por el contrario, no ha cambiado la tasa de recién nacidos vivos varones, ni la tasa de mortalidad neonatal en varones. El único cambio importante detectado ha sido en la morbilidad de la anencefalia. La frecuencia de la anencefalia ha pasado del 2 por 1000 al 9 por 1000 para los recién nacidos muertos, y del 0,06 al 0,15 por 1000 para los recién nacidos vivos.

El estudio epidemiológico de la anencefalia y de las malformaciones congénitas graves, se caracteriza por ser más frecuente en mujeres primíparas y entre los recién nacidos de sexo femenino, en la proporción de 3 a 1. Pero también hay que tener en cuenta que la anencefalia puede mostrar variaciones ambientales, de factores no genéticos que indudablemente tendrán un papel importante en su expresión (virus, nutrición, clima, etc.). La limitación de la natalidad puede hacer aumentar el significado del ambiente en la composición genética de las poblaciones.

2.º *Efectos lejanos*

a) *El mismo médico actúa contra la selección natural* salvando de la muerte a individuos con enfermedades hereditarias o prolongándoles la vida al permitirles la procreación. Con las actuales terapéuticas se pueden llegar a permitir que individuos homocigóticos para la diabetes mellitus, para la fenilcetonuria u otra enfermedad hereditaria, se transmitan genes a la generación siguiente, lo que en términos de genética de poblaciones significa que queda reducido el correspondiente coeficiente de selección.

Este efecto es naturalmente muy lento, pero seguro y proporcional a la capacidad de curación y a la proporción de enfermos que tengan acceso a la terapéutica. Así, por ejemplo, en el caso de la mucoviscidosis que tiene una incidencia del 1/1600 la frecuencia génica es de 1/40, o sea, 0,025, es decir, que más del 2 por 100 de la población será heterocigota portadora. La pérdida de genes en el homocigoto es compensada por el índice de mutación. Cuando existe un equilibrio, el número de mutaciones iguala al número de alelos eliminados y las posibilidades terapéuticas hipotéticas de la mucoviscidosis reducirá a cero la selección, para el gen de la misma, y aumentará progresivamente la *frecuencia del gen*, salvo que esto sea contrarrestado por un aumento en la inadecuación de los heterocigotos; la tasa invariable de mutación debe aumentar el número de alelos recesivos anormales.

El incremento es muy lento, cerca del 2 por 100 en cada generación para la frecuencia del gen, de tal modo que harían falta miles de años (2824 generaciones) para que la enfermedad llegara a una incidencia cuatro veces mayor que la actual, en unos 60 000 años.

b) *A nivel del mismo consejo genético.* El consejo genético permite, mediante la detección de las parejas o individuos con riesgo de tener progenie afectada, la reducción de la frecuencia del gen morbígeno.

Si los individuos afectados aislados, o las parejas, aceptan la información dada y no tienen más hijos, entonces los genes y las anomalías cromosómicas habrán actuado o funcionado como letales, ya que no se transmiten a generaciones siguientes.

El resultado del consejo genético en la *prevención retrospectiva*, en la posible recurrencia fratrías afectadas, no sobrepasa del 15 por 100 para las enfermedades autosómicas recesivas. Para los genes autosómicos dominantes dependen de la aptitud reproductiva relativa de estos enfermos, pero en esencia es un poco mejor, y para los trastornos recesivos ligados al cromosoma X cerca del 80 %.

Pero el consejo genético puede resultar al revés en un incremento de la frecuencia del gen, si se *prohíben* los cruzamientos, los matrimonios, entre heterocigotos conocidos para un gen autosómico recesivo, ya que se disminuirán los enfermos homocigotos en la generación siguiente, con aumento consiguiente de la frecuencia de heterocigotos libres de la acción selectiva.

De todas maneras estas influencias están atenuadas por el carácter de libre decisión de las parejas que son objeto del consejo genético.

ALGUNAS CONSECUENCIAS GENETICAS DE LOS DISTINTOS METODOS DE CONTROL DE NATALIDAD

Si la pareja decide recurrir a la limitación de la natalidad, el papel del médico no termina al dar el consejo genético. Debe comentarse el objetivo del matrimonio y se deben valorar las relaciones sexuales como elemento básico del matrimonio. El médico indicará todos los métodos de limitación con sus grados de eficacia y riesgos.

Desde el punto de vista genético:

1) Los métodos que alteran por medios físicos o químicos la vitalidad del espermatozoide, pueden conducir a una fecundación por un gameto anómalo, pero todavía viable.

2) Con las técnicas basadas en la abstención de las relaciones durante el período fecundo (método rítmico), se corre el riesgo de anomalías por envejecimiento de uno de los gametos. Un gameto tiene un período de vida muy corto después de su producción, y por esto, habitualmente, no está en condiciones de participar en la formación del cigoto, pero la supervivencia sigue una curva de Gauss con una pequeña proporción de gametos todavía vivos y fecundantes (si son espermatozoides) o fecundables (si se trata de ovocito) a las 72 horas, y el cigoto correspondiente será casi siempre deficitario.

P. H. Jongbloet, estudiando los factores etiológicos del retraso mental y de las malformaciones congénitas, emitió su conocida hipótesis de la fertilización de óvulos supermaduros.

Numerosas experiencias han demostrado que los anfibios y los mamíferos presentan diversos efectos teratológicos y anomalías cromosómicas como consecuencia del envejecimiento del óvulo, distinguiendo:

a) *Ovopatía preovulatoria o supermadurez intrafolicular*, como resultado de retención prolongada en el folículo de Graaf; es decir, un retraso en la ovulación. Estos ciclos largos pueden tener lugar en una mujer de una manera regular, pero a menudo se observan en situaciones biológicas transitorias: en mujeres muy jóvenes, mujeres premenopáusicas, después del parto, de un aborto, o después de la toma de anticonceptivos.

b) *Ovopatía postovulatoria o supermadurez tubárica*, por envejecimiento intratubárico.

c) También el *envejecimiento del espermatozoide*, con una disminución de la capacidad fecundante, puede comportar defectos estructurales no específicos: aberraciones cromosómicas.

Parece existir, por tanto, una correlación entre hijos anormales y los fallos del método rítmico sin control de la temperatura e igualmente con los embarazos post-abortos, post-partum y en el período de lactancia.

Este problema se agudiza al llegar a la menopausia, cuando las fluctuaciones del ciclo ovárico son cada vez más amplias e irregulares, por lo que al efecto de la edad materna, referido a las cromosomopatías, se asocia la posible degeneración parcial de los gametos producidos.

La utilización del método del ritmo no es aconsejable cuando la limitación de la natalidad se aplica, porque la pareja entra en el período de alto riesgo por su edad.

3) *Contraceptivos orales.* La regulación hormonal de la meiosis femenina hacía pensar en una posible influencia de la inhibición artificial de la ovulación sobre la segregación cromosómica, cuando tiene lugar la fecundación.

Para poder establecer una posible correlación entre contraceptivos orales y anomalías cromosómicas, en especial trisomía 21, Lejeune y Prieur (1979) han llevado a cabo un estudio retrospectivo de 730 niños afectos de mongolismo y de 1035 niños con malformaciones congénitas por aberraciones cromosómicas. Los estudios estadísticos no demostraron diferencias significativas en madres menores de 30 años. Pero en madres de 30 a 38 años observan un exceso significativo en los siguientes parámetros:

— Tiempo de descanso igual o menor de 6 meses.
— Duración de la toma de la píldora, mayor de un año.
— Y los dos factores juntos.

Además, observan que la frecuencia de varones mongólicos nacidos ha disminuido significativamente cuando las madres han tomado anticonceptivos orales, aumentando los de sexo femenino. El desequilibrio de la proporción sexual por un exceso de varones de 1,36 ha sido señalado y estudiado recientemente por Bernheim y cols. (1979). Es decir, que nacen normalmente más mongólicos de sexo masculino que del femenino, pero los estudios cromosómicos de abortos muestran un exceso de fetos femeninos.

El parámetro del sexo, es decir, de la frecuencia de varones, es un dato estadístico muy sensible, pues es bien conocido que el número de varones mongólicos disminuye naturalmente con la edad de la madre y con la del padre. Además, esta disminución natural es relativamente muy débil; las cifras teóricas serían:

0,515 para las madres de menos de 30 años
0,512 para las madres de 30 a 38 años.

Parece lógico pensar que la correlación observada entre el sexo del niño (sobre todo en la trisomía 21) y la toma anterior de anticonceptivos, sobrepasa los límites de una simple fluctuación de las muestras.

El trabajo de Lejeune ha sido confirmado por los resultados de Susanne Harlap, que en una encuesta sobre 16 826 nacimientos registró 10 casos de trisomía 21 entre 2994 niños nacidos de madres que habían tomado anteriormente contraceptivos orales, en contra de 24 casos de trisomía 21 entre 13 832 niños nacidos de madres que nunca habían tomado contraceptivos orales. Y limitando estas cifras para las madres de 30 a 38 años de edad, tiene 5 trisomías 21 entre 751 niños nacidos de madres que habían tomado contraceptivos (6,66 por 1000 recién nacidos varones), y 8 de entre 3960 niños (2,02 por 1000 recién nacidos varones), nacidos de madres que no habían tomado contraceptivos orales.

S. Harlap señala, además, que el exceso de trisomía 21 entre las mujeres que habían tomado la píldora se encuentra esencialmente en la descendencia de mujeres de poco peso y que presentaban ciclos anovulatorios. Concluye, que podría existir una relación entre la frecuencia de la trisomía 21 y el trastorno de la sincronización de la ovulación y de la fecundación.

M. Mikkelsen también establece una correlación entre la trisomía 21 y la toma anterior de anticonceptivos para edades maternas de 30 a 39 años.

Esta significación se encuentra, sobre todo, cuando el tiempo entre la supresión de la toma de anticonceptivos y la fecundación media 6 meses o menos.

Respecto al sexo, Mikkelsen encuentra cifras parecidas a las aportadas por Lejeune.

		Sin anticonceptivos	Con anticonceptivos
Madres de niños con cariotipo normal	♂	402 (0,50)	115 (0,52)
	♀	398	105
Madres de niños trisomía 21	♂	303 (0,54)	74 (0,45)
	♀	260	91

La frecuencia de varones es de 0,45; la proporción sexual en mujeres que toman anticonceptivos está invertida.

Existe, por lo tanto, una correlación en madres mayores de 30 años entre estos tres factores:

— Toma de la píldora.
— Sexo del recién nacido.
— Trisomía 21.

De ahí la precaución con los anticonceptivos orales, indicando que antes de un nuevo embarazo se requiere un período de reposo de por lo menos 6 meses, principalmente en mujeres de 30 a 38 años.

4) *Esterilización.* En una serie de estudios analizados por Schwyhart y Kutner, solamente tres de ellos incluían esterilizaciones efectuadas por indicaciones genéticas. Estos estudios aportan pocos datos sobre la incidencia de esterilizaciones o características de los solicitantes en los casos en que esté indicada.

Incluso, algunas clínicas genéticas, no recomiendan la esterilización y, si son consultadas al respecto, se les procura desaconsejar lo mejor posible, sobre todo si los riesgos genéticos son pequeños.

Dentro de la esterilización, por lo general, es preferida la esterilización femenina en las parejas con un riesgo genético elevado.

A veces, el portador genético puede sentir una responsabilidad personal para llevar a cabo la esterilización, más que la pareja no portadora, argumentando que el otro cónyuge puede volver a casarse y desear tener hijos o bien que la persona culpable debe *pagar por ello.*

La esterilización raramente se elige después de un diagnóstico prenatal positivo y una interrupción selectiva del embarazo.

5) *Inseminación artificial.* La inseminación artificial raramente es elegida en la consulta de genética como método alternativo de reproducción. Como sea que este método es rechazado por la mayoría de las parejas, no se discute, a menos que pregunten por él; si bien otros genetistas, entre ellos Motulsky, sugieren que deben discutirse todos los métodos alternativos: esterilización, inseminación artificial, varias medidas de control de nacimiento y adopción.

6) *Diagnóstico prenatal y aborto selectivo.* Mientras que la esterilización voluntaria representa el final de la reproducción natural, la inseminación artificial es un método alternativo de reproducción, y el diagnóstico prenatal y el aborto selectivo viene a representar una reproducción selectiva, permitiendo a los padres participar activamente en la determinación de algunos aspectos biológicos de sus hijos.

7) *Alternativas futuras: determinación previa del sexo.* Estaría indicado en los casos de trastornos hereditarios recesivos ligados al X y actualmente el único método fiable para la determinación del sexo fetal, es a través de la amniocentesis.

De todas maneras, se ha descrito una serie variada de métodos con intentos de determinar el sexo del futuro hijo en el momento de la fecundación:

— Algunos investigadores sugieren que el tiempo en que tiene lugar el coito es relativamente efectivo como método para la determinación del sexo.

— Método de Ericson, que selecciona esperma portador de cromosoma Y morfológicamente normal y de gran movilidad. Al parecer el esperma Y *pesa menos* que el X y, por tanto, corre más.

Lo único importante en este caso es saber si la centrifugación diferencial necesaria para separar el esperma Y del X puede dañar el material genético y ocasionar, por tanto, anomalías congénitas. De ahí que serían necesarias las siguientes investigaciones:

— Inducción de aberraciones cromosómicas.
— Incidencia aumentada de fecundaciones por espermatozoides anómalos.
— Inducción de mutaciones puntiformes.
— Efectos de teratógenos físicos y químicos en las malformaciones.

INFLUENCIA DEL CONSEJO GENETICO EN LAS DECISIONES A TOMAR Y REPERCUSIONES EN LA PLANIFICACION FAMILIAR

La efectividad del consejo genético se mide de tres diferentes maneras:

1.º Consejo genético comprendido y retenido

Sobre las posibilidades de tener otro hijo afecto.

2.º Control posterior

Del número de hijos nacidos después del consejo genético.

Padres con riesgo elevado → ningún otro embarazo / diagnóstico prenatal

Padres con riesgo pequeño → animándoles a tener más hijos

3.º Satisfacción personal

De si considera o no el consejo genético de utilidad, y de si él o ella, objetiva o subjetivamente, experimentan una disminución de la ansiedad o culpabilidad.

En estudios efectuados para evaluar la efectividad del consejo genético en Colorado y durante un período de 4 años, se revisaron las familias que tenían hijos con uno de los tres trastornos más graves ligados al X: la hemofilia A o B y la distrofia muscular de Duchenne. Se observaron unos cambios de actitudes respecto a los riesgos y casi la mitad de las parejas modificaron su planificación familiar después del consejo genético. Muchos de los cambios son debidos a variaciones en las estimaciones de los riesgos, o bien, a cambios en las actitudes respecto a los mismos, pero en casi un 14 % estos cambios se debieron a la información obtenida al enterarse de las posibilidades de un diagnóstico prenatal del sexo.

El genetista es el que quizá más influye en la planificación familiar en un 30 % de los casos.

RESUMEN

Tenemos, por tanto, que el consejo genético es un proceso educativo, por el cual un individuo o la misma familia obtiene una información sobre un problema genético real o imaginario, que afecte o pueda amenazar a generaciones presentes o futuras.

Este proceso está precedido por el reconocimiento de individuos que solicitan una contestación a determinadas preguntas genéticas; de ahí la necesidad de una correcta y adecuada evaluación genética y el establecimiento de un diagnóstico correcto antes de dar el consejo genético.

Se requiere que la base genética del problema sea reconocida e identificable, que se puedan predecir las probabilidades de que se afecten parientes actuales o futuros y que existan opciones posibles para tratar sobre el problema.

Para una comunicación efectiva de la información genética, la manera de presentarla es importante, pues se deben tener en cuenta las necesidades y las características personales del solicitante. Cuanto mejor sea comprendido, menos probabilidades habrá de que la información sea mal entendida o rechazada.

Para que el consejo genético sea completo deberá incluir explicaciones de las probables causas, riesgos de recurrencia, opciones, consecuencias y grados de certeza sobre cada uno de estos puntos.

La comprensión de una información genética representa un proceso de aprendizaje, consume tiempo y se verá facilitada por una preparación cuidadosa, con una presentación correcta y lúcida y reforzada por repetición, quizás con colaboración de un equipo, explicando los conceptos médicos y biológicos.

Para ser de ayuda, la información deberá emplearse en la configuración de actitudes y la toma de decisiones. Es decir, contribuirá a la prevención y control de las anomalías genéticas, evitando la aparición de enfermedades hereditarias y la aparición de anomalías cromosómicas.

Por otro lado, influirá en las decisiones a tomar en vistas a una planificación familiar.

Es preciso, e importante, que exista una verdadera integración de las consultas de genética médica en los Centros de Planificación Familiar en donde se puede dar primordialmente un consejo genético, aparte de promover una educación sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

BERHEIM, A., CHASTANG, CL., HEAULME, M. DE y GROUCHY, J. DE: *Exces de garçons dans la trisomie 21.* Ann. Génét. 22 (2) 112-114, 1979.

CRUZ-COKE, R.: *La detection des effects génétiques de la contraception.* Ann. Génét., 16 (2) 77-81, 1973.

FRASER, F. C.: *Genetic Counseling.* Am. J. Hum. Genet. 26: 636-659, 1974.

HARLAP, S.: Citado por Lejeune y Prieur.

HSIA, Y. E., HIRSCHORN, K., SILVERGER, R. L. y GODMILOW, L. (eds) *Counseling in Genetics.* Chapter 1, Alan R. Liss, Inc. New York, 1979, pp. 1-27.

JACQUARD, A.: Citado por Cruz-Coke.

JONGBLOET, P. H. y VANERKELENS-ZWETS, J. H. VAN: *Thythm methods. Are their risks to the progeny?* Proceedings of workshop on risks, benefits and controversies in fertility control, 1977.

LEJEUNE, J. y PRIEUR, M.: *Contraceptives oraux et trisomie 21.* Etude retrospective de sept trente cas. Ann. Génét. 22 (2), 61-66, 1979.

MATSUNAGA, E.: *Possible genetic consequences of family planning.* J. Amer. Med. Ass., 198, 533, 1966.

MC KUSICK, V. A.: *Mendelian Inheritance in man.* Catalogs of Autosomal Dominant, Recessive and X-linked phenotypes. 5th ed. The Johns Hopkins University Press, 1978.

MIKKELSEN, M.: *International Symposium on trisomy 21.* Rapallo (Italia), 1979.

MOTULSKY, A.: *The significance of genetic disease.* In Hilton, B., Callahan, D., Harris, M., Condliffe, P., Berkeley, B. (eds.). «Ethical issues in Human Genetics» New York: Plenum Press, 1973, pp. 65.

OPITZ, J. M. y HERRMANN, J.: *Clinical genetics and cancer.* In Mulvihilla, J. J., Miller, R. W. y Fraumeni, J. F. (eds) *Genetics of Human Cancer.* Chapter 43, New York: Raven Press 1977, pp. 465-474.

REED, S. C.: *A short history of human genetics in the USA.* Am. J. Med. Genet. 3: 282-295, 1979.

REED, S. C.: *Counseling in Medical Genetics.* Philadelphia. W. B. Saunders Company, 1955, pp. 1-268.

RIEGER, R., MICHAELIS, A. y GREEN, M. M.: *Glossary of Genetics and Cytogenetics. Classical and Molecular* (4th completely revised Ed.); Springer-Verlag, New York 1976, pp. 231.

SCWYHART, W. R. y KUTNER, S. J.: *A reanalysis of female reactions to contraceptive sterilization.* J. New Ment. Dis. 156:354, 1973.

PLANIFICACION FAMILIAR, PLANIFICACION DEMOGRAFICA Y CONTROL DE POBLACION

FRANCISCO ABEL

Sucede, a veces, que alguien, cuyo nombre queda en el olvido, logra acuñar un término o una expresión que poco a poco va adquiriendo aceptación universal. Nuevos matices e incluso nuevos conceptos pueden llegar a ser expresados por este término, según los contextos históricos o socioculturales en que se incorpora su uso. Esto es lo que sucede con el término de *planificación familiar*. Surge en el contexto del maltusianismo económico, adquiere tonos distintos según lo utilice el sistema capitalista o el racionalismo marxista, se orienta en el terreno de la polémica religiosa al incluirlo en su vocabulario las Iglesias Reformadas en el momento en que por vez primera defienden o aprueban una doctrina referente a la contracepción distinta a la sustentada por la Iglesia Católica, se remonta en poco tiempo hacia significados muy nobles como el de promoción de la salud familiar, adquiere las dimensiones de un derecho humano fundamental, es utilizado en este sentido por la Organización Mundial de la Salud; por las Naciones Unidas y por el Consejo de Europa. Finalmente, la misma «Federación Internacional de Paternidad Planificada» evoluciona hacia una acepción menos polémica de la sostenida hace pocas décadas. Sin embargo, los límites y contornos del concepto de planificación familiar siguen —pretendidamente, creo yo— un tanto desdibujados. Existe confusión entre lo que quiere indicarse cuando se habla de *planificación familiar* y los medios que se propugnan o se imponen para llevarla a cabo. Quedan poco claros los límites de *planificación familiar* con los de *planificación demográfica* y no pocas veces al hablar de un derecho se da un rodeo para evitar designar al sujeto del derecho.

Estas páginas pretenden contribuir a clarificar conceptos y ayudar a eliminar recelos a aquellos que identifican la planificación familiar con la filosofía que le dio origen. Queremos, sin embargo, dar un toque de atención a todos los que utilizan el término. Para ser aceptado como expresión de un derecho, su significado y sus límites han de ser claros y la filosofía que lo sustenta no puede contradecir la verdadera dignidad humana.

Después de un breve repaso histórico, presentaremos los términos paternidad responsable / planificación familiar como posible expresión de un deber y un derecho correlativos. Intentaremos delinear las diferencias entre planificación familiar y planificación demográfica y entre esta y un control coercitivo de la población. Presentaremos las condiciones que ha de cumplir un programa de planificación demográfica y acabaremos esta presentación con unas breves conclusiones.

LA PLANIFICACION FAMILIAR EN SU PERSPECTIVA HISTORICA

Desde Malthus hasta diciembre de 1966

Hay que esperar los comienzos del siglo XIX para poder identificar las primeras preocupaciones de la opinión pública sobre el problema de la *limitación de la natalidad*. Con Thomas Robert Malthus, economista, matemático y pastor inglés y su «Ensayo sobre el principio de la población» —publicado anónimamente en 1798 y reeditado cinco veces desde 1803 hasta 1826, bajo una forma mucho más documentada y argumentada que la edición original— aparecerá la idea de un control deliberado de la fecundidad. Esta idea se presentará ante todo como una medida demográfica y económica.

El punto de partida de las especulaciones de Malthus fue la comprobación de la desigualdad que había entre el crecimiento de la población y el de los medios de subsistencia. Mientras la población aumenta a una proporción geométrica, los medios de subsistencia sólo crecen en proporción aritmética. La desigualdad entre ambos crecimientos lleva inherente el freno natural del crecimiento de la población por medio de lo que él llama controles positivos *positive-checks* y que son las guerras, las epidemias y el hambre. A la postre la insuficiencia de alimentos sería el control positivo más determinante. Malthus pensó en la posibilidad de substituir aquellos controles por otros, de tipo distinto, que llama preventivos *preventive-cheks*. Rechaza aquellos que llama viciosos como el adulterio, la prostitución, las desviaciones sexuales, la contracepción y el aborto. Admite como único control preventivo el freno moral, es decir, el celibato prolongado unido a la castidad.

Algunas de las formulaciones de Malthus resultan tremendamente duras. Considera que la multiplicación de las riquezas de los ricos ha de considerarse una bendición del cielo cuando son fruto de previsión y control prudente. Los pobres, afirma, no culpen sino a sí mismos de las miserias que su imprevisión y falta de cálculo les merecieron. «Una vez establecidas estas dos leyes de la sociedad, dice, la seguridad de la propiedad y la institución del matrimonio, la desigualdad de condiciones viene por necesidad. Los que nacieron después del reparto de las propiedades se encontraron con un mundo ya ocupado. Si sus padres, por tener una familia demasiado numerosa, no están en condiciones de asegurarles el sustento, ¿qué pueden hacer en un mundo en el que todo está ya apropiado? Ya hemos visto los deplorables efectos que se

producirían en una sociedad si cada hombre tuviese el derecho a reclamar de la producción de la tierra una parte igual a la de todos los demás. Los miembros de una familia que haya crecido demasiado, teniendo en cuenta la tierra que en el reparto original le fue atribuida, no pueden exigir parte de la producción sobrante de los demás, como deuda de justicia. Resulta, pues, que en virtud de las ineludibles leyes de nuestra naturaleza, algunos seres humanos deban necesariamente sufrir escasez. Estos son los desgraciados que en la gran lotería de la vida no han sacado un billete premiado» [1]. «Hay que rechazar el pretendido derecho de los pobres a sustentarse a costa de la sociedad. Porque si la ley se cumpliera estrictamente y se lograra hacer desaparecer la beneficencia, resultaría que un obrero, por pobre que fuera, podría casarse con toda seguridad y en cuanto se le antojara, ya que sus hijos en cualquier caso tendrían que vivir. El acceso de los pobres a la beneficencia de las parroquias debe impedirse, y si la beneficencia privada le ofrece alguna ayuda, el interés de la humanidad exige imperiosamente que estas ayudas no sean demasiado abundantes. En efecto, es preciso que sepa que las leyes de la naturaleza, es decir, las leyes de Dios, lo han condenado a vivir penosamente en castigo por haberlas violado al tener una prole demasiado abundante» [2].

Más tarde, hacia la segunda mitad del siglo XIX, Francis Place (1771-1854) comienza el movimiento de educar a las masas en el *birth control*. Place en Londres, el Dr. Knowlton en Boston y el escándalo suscitado por la publicación de un folleto de este último en el que se intercalaron algunos dibujos, obscenos al parecer de algunos, con una publicidad ruidosa que llevó a los tribunales a Charles Bradlaugh y Annie Besant, consiguieron que el *birth control*, como modo de restringir la fecundidad por medio de contraceptivos, alcanzara una gran difusión. Rechazan el freno moral del matrimonio tardío recomendado por Malthus y preconizan la doctrina de la libertad sexual y el uso de contraceptivos (neomaltusianismo).

En Francia el movimiento adquiere impulso con Paul Robin y la «Liga francesa para la regeneración humana», que fundó en París en 1896. La llamada *huelga de vientres* que aparece como slogan se apoya en ciertas formas de socialismo y de lucha de clases o, al contrario, de liberalismo individualista y burgués.

En el mundo sajón y escandinavo, durante la primera guerra mundial y después de ella, el *birth control* se presenta como una reivindicación esencialmente feminista. Margaret Sanger, enfermera, inicia el movimiento en Nueva York en 1910 con tal entusiasmo que para los americanos Margaret Sanger era el *Movimiento Birth Control*. Publicando, dando clases, luchando contra la opinión pública y las autoridades explicó su filosofía: la aspiración natural de la mujer es la libertad que se realiza plenamente en la maternidad como expresión del más íntimo impulso espiritual. Las familias numerosas destruyen este impulso. De esta manera, las mujeres siempre han buscado, aunque imperfectamente, la limitación de la familia. Considera que los obstáculos principales para la expresión del impulso maternal son los embarazos no deseados y los hijos no deseados. El *birth control* puede proporcionar el necesario control social de la naturaleza. Fuertemente influenciada por las teorías del americano eugenista Davenport afirma: «los eugenistas desean: dar un giro a la orientación del *birth control* y pasar de una política de pedir pocos hijos a los pobres a otra de animar a los ricos a tener más hijos. Nosotros preferimos primero detener la multiplicación de los que no son aptos». De acuerdo con la filosofía de Galton considera el cuidado de los subnormales una carga y sostiene que hay que impedir que se reproduzcan. La orientación de Margaret Sanger, si bien emancipatoria, es altamente clasista: «todos nuestros problemas se encuentran en las clases trabajadoras y si la moral significa algo debemos considerar que todos los cambios que tengan por objetivo el mejoramiento y la supervivencia de la raza humana son morales». Las clases trabajadoras son prolíficas y pobres siendo un peligro para la sociedad. Margaret Sanger, en definitiva, aceptó el principio darwiniano de la supervivencia de los más aptos sin el optimismo cósmico de la selección natural. El *birth control* ayudaba a la naturaleza a cumplir sus objetivos y a liberar a la mujer. Además, Margaret Sanger, siguiendo a Malthus considera la superpoblación un problema. La solución la ve también en el *birth control*.

La orientación que Mary Stopes da en Londres al *birth control* puede interpretarse como una compensación ante su frustrada vida emocional durante la infancia —sus padres, emocionalmente separados, ejercen una negativa influencia en la niña— y en su primer matrimonio, que acaba con una nulidad matrimonial, gracias a que logra descubrir tras largas horas y días de lectura que su matrimonio puede ser declarado nulo. A sus 37 años comienza una campaña para ayudar a matrimonios con dificultad por ignorancia en cuestiones sexuales, intenta rescatar víctimas potenciales de la ignorancia sexual. Se encuentra con Margaret Sanger en 1915, cuando ésta voló a Londres eludiendo un juicio, y gracias a su influencia articula un poco mejor su filosofía incluyendo entre sus objetivos evitar que las mujeres tengan embarazos no deseados. En 1920 abre la primera clínica de *birth control* en Londres.

El *birth control* defendido desde Place nos aparta considerablemente de los pensaminetos y de los medios preconizados por Malthus. Este neomaltusianismo, después de una fase de expansión agresiva, evoluciona a una política eugenésica y restrictiva de la natalidad —característica que mantendrá durante muchos años—, más orientada cada vez a una idea de maternidad y paternidad voluntarias: ser capaz de decidir el momento del nacimiento de los hijos como medio de alcanzar la felicidad conyugal. Esto presupone el que las parejas reciban una educación sexual. La primera clínica de *birth control* se abrió en Holanda en 1882, iniciando el camino de otros centros que se irán extendiendo a lo largo del mundo en años sucesivos.

La evolución institucional del neomaltusianismo es inseparable del de las actitudes de los gobiernos y de las iglesias. La postura de estas últimas atrae, a menudo, la adhesión de los estados a tal o cual política. La postura de los gobiernos se ve influenciada por los avatares bélicos y la ideología que sustentan. En Francia, en el año 1920 se prohibe toda propaganda anticonceptiva y aun la divulgación de procedimientos para prevenir el embarazo. Las pérdidas humanas, a consecuencia de la primera guerra mundial, la llevan a una política natalista. En el año 1926 la Cámara de los Lores autorizó por 57 votos contra 44 la enseñanza del *birth control* en los Welfare Centers.

Después de la segunda guerra mundial, parece que la humanidad descubre repentinamente sus confines como

limitados, y autores como William Vogt y Fairfield Osborn dan la alarma ante el crecimiento de algunas poblaciones del mundo. Una corriente de pánico se apodera de una parte del universo. En Japón se da una legislación eugenésica antinatalista, la India de Nehru vacila y por fin lanza oficialmente una campaña de planificación de los nacimientos. Se hacen investigaciones en los laboratorios al servicio de una causa: ayudar a la humanidad a reducir su fecundidad. De nuevo una orientación maltusiana prevalece sobre una orientación emancipatoria en los objetivos del *birth control*.

Si Malthus había afirmado que la miseria del pueblo provenía de su número, Marx debía oponérsele y considerar la aparente superpoblación como una simple consecuencia de la propiedad privada. En otras palabras: si la tendencia del maltusianismo era no ver solución al problema demográfico-económico sino en sentido restrictivo y favorable a los privilegios conseguidos por los acomodados, la actitud marxista se presentará, contrariamente, como una búsqueda de solución en el *expansionismo* y en un régimen ideal de abundancia. Cada uno será atendido según sus necesidades porque todos trabajan para todos. En el año 1955 Krushchev manifestaba: «Nuestro país será tanto más fuerte cuanto más numerosa sea la población. Las ideologías burguesas han adoptado teorías de antropófagos, entre las cuales encontramos la teoría de la superpoblación. Entre nosotros, camaradas, el problema es completamente diverso. Si a los 200 millones que somos se añadieran 200 millones más, aún sería poco» [3]. En este mismo año la política de la URSS con respecto al control de la natalidad sufre un giro de ciento ochenta grados. Los países socialistas mantienen desde esta época una actitud equívoca por el conflicto entre los principios ideológicos antimaltusianos y las necesidades económicas que les fuerzan a aceptar los medios que llamaron reaccionarios, anticientíficos y propios de caníbales. Importa mantener la fachada evitando dar la impresión de un compromiso con el liberalismo burgués.

Malthus es revivido en los países capitalistas manteniéndose los elementos básicos de su ética social: reducir la prole para poder enriquecerse. En nuestros tiempos encontramos esta ética en las relaciones entre los pueblos ricos y los pobres. Sauvy muestra las dos caras, altruista y egoísta, de esta ética social:

Altruista: Estas pobres gentes no llegarán jamás a salir de su miseria mientras sigan procreando con esta despreocupación; si hiciéramos como ellos, bajaríamos fatalmente, a pesar de nuestra riqueza, hasta lo más ínfimo de la escala económica. Nuestro deber es enseñarles los medios de disminuir su fecundidad de carácter animal. Es el mejor modo de levantarlos hacia nosotros. Si les aconsejamos, es en interés *suyo*.

Egoísta: Es verdad que podríamos abandonar a estos pobres diablos en su miseria y en su multiplicación despreocupada, pero tarde o temprano tendremos que cargar con ellos. Porque poco a poco se va creando una solidaridad mundial, por una verdadera evolución moral o por el mero hecho de la reducción de distancias. Estaremos pues obligados a hacer algo por ellos, ya que se puede dejar morir más fácilmente a personas alejadas y poco conocidas que a personas suficientemente cercanas, de las que cada día oímos hablar. Nos exponemos a algo todavía peor: que algún consejo internacional, ilusionado con una justicia igualitaria, intente y sugiera una repartición menos desproporcionada de los hombres sobre el planeta. Si incitamos a las poblaciones a reducir su natalidad es en interés *nuestro* [4].

Consideremos, ahora, brevemente, el *family planning*, nombre que en los años 30 sustituye al de *birth control* en relación con las Iglesias Reformadas y la Iglesia Católica.

El año 1930 se destaca por la célebre Declaración de Lambeth, redactada por los obispos anglicanos. En su resolución 15.ª, votada con una mayoría de 193 votos contra 67, declara:

«Cuando aparece con claridad la obligación moral de limitar y evitar la paternidad, el método a seguir hay que escogerlo de acuerdo con los principios cristianos. El método natural que se ofrece primeramente es la completa abstinencia de las relaciones —en tanto sea necesario— por medio de una vida disciplinada y dueña de sí misma, sustentada gracias a la virtud del Espíritu Santo.

Sin embargo, en el caso en que esta obligación moral de limitar o evitar la paternidad aparezca claramente y que una razón moralmente sana se oponga a la completa abstinencia, la Conferencia admite que se pueden emplear otros métodos con tal que se haga a la luz de los mismos principios cristianos. La Conferencia recuerda su enérgica reprobación de todo método anticonceptivo adoptado por motivos de egoísmo, placer o pura conveniencia» [5].

La encíclica *Casti Connubii* de Pío XI del 31 de diciembre de 1930, opone a esta declaración la intransigencia de estos mismos principios cristianos:

«Cualquier uso del matrimonio en cuyo ejercicio el acto conyugal, de propia industria queda destituido de su natural fuerza procreativa, va contra la ley de Dios y contra la ley natural, y los que tal cometen se hacen culpables de un grave delito» [6].

En octubre de 1951 en su «Discurso a las comadronas», Pío XII aprueba la continencia periódica como modo lícito de regulación de natalidad:

«De esta prestación positiva y obligatoria —se refiere al débito conyugal— pueden eximir, incluso por largo tiempo y hasta por la duración entera del matrimonio, serios motivos, como los que no raras veces existen en la llamada *indicación* médica, eugenésica, económica y social. De aquí se sigue que la observancia de los tiempos infecundos puede ser lícita bajo el aspecto moral» [7].

En el año 1958 se celebra otra Conferencia en Lambeth. Su doctrina sobre la planificación familiar se muestra indecisa y evita toda definición acerca de la moralidad objetiva del empleo de contraceptivos:

«La Conferencia cree que Dios ha confiado por completo a la conciencia de los padres la responsabilidad y la decisión en cuanto al número y a la frecuencia de los nacimientos; que este *planning*, realizado de la manera que marido y mujer tengan por aceptable en conciencia cristiana, es un derecho y un factor importante de la vida de la familia cristiana; y que debe ser la consecuencia de una elección positiva hecha en presencia de Dios. Una procreación así responsable, fundada en la obediencia a todos los deberes del matrimonio, supone una prudente administración de los recursos y las capacidades de la familia, así como la consideración reflexiva de las necesidades de una población en evolución, de sus problemas sociales y de las exigencias de las generaciones futuras» [8].

Los comentarios de la Comisión encargada de estudiar el tema de la «familia en la sociedad contemporánea» y que compromete sólo a la Comisión resultan más definidos:

«Hay que subrayar, una vez más, que el *family planning* debe ser resultado de una decisión cristiana ponderada y acompañada de la oración. Cuando así lo hacen, los esposos cristianos no han de tener ningún reparo en ofrecer humildemente a Dios su decisión y en llevarla a la práctica con la conciencia tranquila. La elección de los medios para el *family planning* es en buena parte una cuestión de consideración clínica y estética que no requiere otra condición que la de ser aceptable a la conciencia cristiana» [9].

Desde el año 1930 y especialmente desde la Conferencia de Lambeth de 1953 la Iglesia Anglicana y todas las demás Iglesias Reformadas han ido aceptando la utilización de la contracepción como medio para limitar los nacimientos. El Comité Anglicano de la Conferencia de Lambeth 1958 permite además la destrucción directa de la vida del feto «bajo el dictamen de una necesidad estricta e innegable médicamente»:

«Los cristianos rechazan con los términos más enérgicos la práctica del aborto provocado o del infanticidio, que envuelve el asesinato de una vida ya concebida (así como una violación de la personalidad de la madre), salvo los dictámenes de una necesidad estricta y médicamente innegable» [10].

De esta manera *birth control* y *family planning* van adquiriendo para los católicos una connotación diferente a las anteriores y el neomaltusianismo adquiere una coloración protestante, que no tenía anteriormente.

La postura liberal protestante no es ajena a la implantación legal de las instituciones de *birth control* o de *planificación familiar* en aquellos países donde predomina la religión protestante (países del norte de Europa y países anglosajones); a la inversa, la actitud católica ha sido uno de los factores y a veces el más decisivo de que algunos estados (Italia, España, Francia) no admitieran ninguna clase de propaganda anticonceptiva.

Poco después que se firmara la Carta de las Naciones Unidas en 1945, se valoró la importancia del rápido aumento de la población mundial que se consideró peligroso para el progreso económico y social y para la paz del mundo. En el año 1946 se constituyó una comisión para el estudio de la población, asignándole la tarea de estudiar los cambios de población, los factores asociados con tales cambios y los programas de acción que podrían influir en tales cambios.

En diciembre de 1966 doce Jefes de Estado firmaron una Declaración en la que afirmaban que los objetivos de la planificación familiar ayudarían a mejorar las condiciones de la vida humana y que al asegurar a cada persona una mayor oportunidad la liberan para poder adquirir su plena dignidad desarrollando al máximo sus potencialidades. Firmaron la carta: el Dr. Carlos Lleras Restrepo (Colombia); Dr. D. Urho Kekkonen (Finlandia); Tunku Abdul Rahman (Malasia); Hassan II (Marruecos); Mahendra (Nepal); Lee Kwan Yew (Singapur); Chung Hee Park (Corea); Tage Erlander (Suecia); Habib Bourguiba (Túnez); Gamal Abdel Nasser (Egipto); Josip Broz Tito (Yugoslavia); Indira Gandhi (India) [11].

Ocho días después que esta declaración fuera entregada al Secretario General de las Naciones Unidas, U Thant, la Asamblea General aprobó la resolución número 2211 sobre población, redactada en los siguientes términos «encargar al Secretario General haga los pasos convenientes para asegurar —dentro de los límites disponibles— adiestramiento, investigación, información y servicios de consulta en materia de población». La URSS votó en contra de esta propuesta en mayo y junio de 1966, pero la resolución definitiva contó con el voto de la URSS y fue aprobada por unanimidad.

Desde 1950 hasta 1970 se observa un progresivo desplazamiento del neomaltusianismo enfocándose cada vez más hacia una política de población encaminada a frenar el crecimiento demográfico que produce una creciente intranquilidad.

Desde diciembre de 1966 hasta agosto de 1974

La división que hago en estos dos grandes períodos: desde 1798 hasta diciembre de 1966 y desde esta fecha hasta la reunión sobre población en Bucarest, puede parecer arbitraria. Creo que tiene un sentido si consideramos que hasta diciembre de 1966 los grandes organismos internacionales oficiales habían permanecido prácticamente silenciosos ante el problema de la planificación familiar y que a partir de este momento comienzan a orientar su acción hacia programas de reducción de natalidad en los países del Tercer Mundo, cuyo crecimiento demográfico se vive con alarma. El bloque norteamericano y el bloque soviético no disputarán ya más sobre la necesidad de reducir el ritmo de crecimiento del Tercer Mundo, si bien justificarán sus posturas desde perspectivas diferentes y contrapuestas. La llamada explosión demográfica se convierte en un problema de alcance mundial. La reunión de Bucarest, por otra parte, señala el fin del mesianismo maltusiano y abre las vías al planteamiento de un Nuevo Orden Económico Internacional como única posibilidad de hacer frente de manera eficaz a los problemas que plantea el crecimiento demográfico.

La Organización Mundial de la Salud señala en el año 1970 los objetivos sanitarios de la planificación de la familia; hace suya la Declaración de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, celebrada en Teherán en mayo de 1963 que en su párrafo 16 dice: «La comunidad internacional debe seguir velando por la familia y el niño. Los padres tienen el derecho humano fundamental en determinar libremente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos» [12]. Uno de los objetivos de la lucha por los derechos humanos consiste en «conseguir la libertad de elección en cuanto a embarazos y nacimientos, y en asegurar que todo niño que nace es un niño deseado. Ello implica asimismo que toda pareja tendrá derecho a concebir y a tener hijos y *que habrá que ayudarla a que sea materialmente capaz de hacerlo*» [13]. Finalmente la OMS explicita la orientación de la *planificación demográfica*, hacia objetivos socioeconómicos. Insiste en que «los profesionales sanitarios han de procurar que los objetivos de la *planificación familiar en los servicios de salud* estén claramente definidos o incorporados a cualesquiera objetivos que la sociedad haya especificado respecto a *derechos humanos* y *planificación demográfica*» [14].

En resumen la OMS concibe la planificación familiar como un derecho humano fundamental; como instrumento de incidencia demográfico y como parte integrante de los servicios de salud. Más recientemente, septiembre de 1978, la OMS y la UNICEF, con las Organizaciones No Gubernamentales, entre las cuales figuraba Meducis Mundi Internacional, suscribieron la «Declaración de Alma Ata» (Alma Ata es la capital de la República Socialista Soviética de Kazakstan). En su sección VII, párrafo 3, se dice:

«La atención primaria de la salud comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de la salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondientes; la promoción de suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la *asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia* (texto en cursiva nuestro); la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales» [14].

La OMS establece que la planificación familiar actúa sobre la salud en las distintas fases de la reproducción humana y las consecuencias sanitarias de la misma actúan sobre la salud de la mujer; sobre la salud del feto y también sobre la salud del lactante y del niño.

Veamos ahora cómo describe la planificación de la familia en el contexto de la asistencia sanitaria de la familia:

«La planificación de la familia se funda en prácticas que ayudan a *individuos o parejas* a alcanzar determinados objetivos: evitar los nacimientos no deseados, *favorecer los nacimientos deseados*, regular los intervalos entre los embarazos, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y determinar el número de niños que constituirán la familia. Para estos fines se necesitan diversos servicios: educación y asesoramiento en materia de planificación de la familia, *distribución de medios contraceptivos, tratamiento de la infecundidad y educación sexual y familiar;* además hay que desarrollar otras actividades afines, como asesoramiento genético, consultas matrimoniales, detención de tumores malignos, y *servicios de adopción*» [15]. (El texto en cursiva es nuestro.)

Más que definir la planificación familiar la OMS da una descripción operativa que no está libre de ciertas ambigüedades —pretendidas a mi entender— acerca de cuáles son en realidad los conceptos que caen en el «derecho humano inalienable referido a la pareja» y qué otros derechos tiene el individuo, como tal. Una cierta confusión se mantiene en los escritos de la OMS sobre el derecho en sí mismo considerado y los medios más aptos para ejercerlo. Una atención discreta, cual corresponde a este organismo, a las diferentes legislaciones de los países y a su libertad de autodeterminación, se descubre en algunos párrafos. No podemos, además, olvidar que no es a la OMS a quien le compete determinar para un país o un momento histórico determinado lo que puede salvaguardar mejor el bien común o los derechos humanos, tan a menudo pisoteados en nombre de un orden establecido. Leemos en un documento de la OMS dedicado a la salud y planificación familiar:

«El impacto de la planificación familiar sobre la salud ha de considerarse en el marco de los siguientes factores sobre los que incide:

a) Evitar embarazos no deseados y favorecer así el nacimiento de hijos deseados que quizás no hubieran ocurrido.

b) Cambio en el total número de hijos que tiene una madre.

c) Permitir un intervalo natural entre los embarazos.

d) Cambios en el tiempo en que tienen lugar los nacimientos, especialmente el tiempo que separa el primero del último, en relación con la edad de los padres y, en particular, con la edad de la madre» [16].

«La interrupción destinada a interrumpir un embarazo parece que nos da una clara indicación de que el embarazo no es deseado por razones de tipo personal, social o médico. La planificación familiar puede ayudar a la madre a prevenir embarazos no deseados que podrían resultar en una incompetente interrupción del embarazo con riesgos para la salud de la madre»... «En un creciente número de países, el embarazo puede interrumpirse legalmente por razones de tipo médico, social o personal. En muchas partes del mundo, sin embargo, las mujeres eligen el aborto ilegal, arriesgado y realizado de modo incompetente, antes que aceptar las cargas de embarazos adicionales no deseados, exponiéndose a un elevado riesgo de perder la vida o la salud»... «Puesto que, en algunos países, las leyes sobre el aborto se van liberalizando, los servicios de asistencia de la planificación familiar, podrían incluir el diagnóstico precoz del embarazo y, cuando estuviera indicado, facilitar el acceso a centros sanitarios donde se pudiera realizar con competencia y seguridad el aborto. La facilitación del aborto debería incluir la atención somática y psicológica así como seguir el curso ulterior de la mujer sin olvidar el consejo contraceptivo que permita evitar que el recurso al aborto sea necesario» [17].

No sería justo ignorar algunos puntos muy positivos que tiene la descripción de la planificación familiar que hemos mencionado. En efecto incluye el carácter positivo de favorecer los nacimientos deseados; el tratamiento de la infecundidad; la educación sexual y familiar; las consultas matrimoniales; el consejo genético y los servicios de adopción. Ciertamente, esto indica la influencia de personas competentes que van más allá del neomaltusianismo; quizás, también, una evolución en el mismo neomaltusiano.

La concepción de la planificación familiar, en las líneas señaladas ha de ayudar a hacer posible una mayor colaboración entre los pueblos. Las matizaciones, por importantes y substanciales que puedan parecer, que algunos quisieran introducir quizás no ayudarían en estos momentos a una mejor colaboración de los pueblos en favor del desarrollo integral del hombre y de la sociedad. De todas maneras creo importante delimitar conceptos y no confundir el derecho de la pareja con respecto a los hijos con el derecho a la información que ha de tener el individuo; ni confundir el derecho en sí mismo con la licitud o ilicitud de los medios empleados para conseguir unos objetivos sanitarios o de planificación demográfica. Creo, además, muy conveniente rebasar los límites concretos de la planificación familiar para fijarnos en el conjunto de elementos que hemos de potenciar si queremos trabajar efectivamente para conseguir, para el año 2000, un nivel de salud aceptable con unos medios distribuidos con más equidad. Este es el objetivo prioritario de la OMS en estos momentos.

Lamento no disponer en mis archivos de la documentación que quisiera para poder seguir la evolución histórica de una organización que lleva ya muchos años al servicio de la salud familiar y que ha sufrido también los avatares de los diferentes cambios ideológicos. Reactivamente agresiva en algunos momentos la *International Planned Parenthood Federation* (IPPF), organismo No Gubernamental, reconocido por la OMS pasa a tomar posturas conciliadoras en la actualidad y se abren los cauces de un diálogo con la postura mantenida por la Iglesia Católica. Esta es la impresión que tengo al releer el discurso que Thosten Sjovall (miembro del Riksforbundet for Sexuell Upplysning —organización sueca de planificación familiar—) escribió con motivo del 21 aniversario de la IPPF en 1973

y del que transcribiré algunos párrafos. Pero, antes intentaré dar algunos datos que tienen un carácter aproximativo.

Dos organismos anglosajones están en la base que dio origen a la IPPF. En Estados Unidos, la Planned Parenthood Federation of America, resultado de la fusión en 1938 del Margaret Sanger Research Bureau y la American Birth Control League, fundadas por Margaret Sanger en 1921; en Gran Bretaña, la Family Planning Association, continuación del National Birth Control Association fundada en 1930. Estas asociaciones, como pioneras de un amplio movimiento que poco a poco se extendió a los cinco continentes, decidieron bajo la iniciativa de Margaret Sanger asociarse en 1952 dando origen a la IPPF que en la actualidad cuenta con 95 asociaciones miembros. El actual Secretario-General es Carl Wahren, de 46 años de edad y es Jefe de la División de Población, Salud y Nutrición del Gobierno sueco para el desarrollo Internacional. La presidente para el trienio 1977-1980 es la señora Aziza Hussein de Egipto. El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas concedió a la IPPF categoría consultiva. Los objetivos principales de la IPPF son: promover y ayudar a la formación de asociaciones nacionales de planificación de la familia; estimular la investigación de los procesos reproductivos humanos y de los métodos biológicos de regulación de la fertilidad; adiestrar a los médicos, enfermeras, instructores de sanidad, inspectores sanitarios y asistentes sociales e instructores de sanidad en la administración práctica de los servicios de planificación de la familia; procurar medios de educar a todo el mundo en los principios de una paternidad y maternidad responsables. Facilitar información acerca de los materiales disponibles en todo el mundo; organizar reuniones y conferencias internacionales de médicos y científicos eminentes y estimular a la representación en todos los otros acontecimientos internacionales del mismo orden; cooperar con los gobiernos y con las organizaciones internacionales.

Después de este largo paréntesis voy a citar algunos fragmentos del discurso de Sjovall que he mencionado anteriormente:

«Tuve el honor de clausurar la conferencia mundial de la IPPF, celebrada en Chile en 1967 bajo el lema de *Paternidad planificada: un derecho y una obligación de todo ser humano*. Recuerdo haber comparado el movimiento internacional de la paternidad planificada a un carro tirado por cuatro caballos: las ciencias biomédicas, la tecnología, la demografía y la educación. A modo de conclusión, puse de relieve lo importante que sería dirigir estos caballos en el sentido de algún tipo de acción concertada para evitar así el peligro de que la aceptación general de nuestro mensaje se vea de algún modo frenada... Este año, en que se celebra el 25 aniversario de la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas se puede afirmar que cada vez son más los esfuerzos por crear acuerdos internacionales que obliguen en materia de derechos humanos haciendo hincapié en que se trata de algo fundamental para sobrevivir en condiciones mínimamente decentes. Con motivo del 20 Aniversario de la Conferencia sobre los Derechos Humanos que se celebró en Teherán en 1968, se volvieron a formular las aplicaciones de los principios con un interés específico por los objetivos de IPPF; allí se dijo: que los matrimonios tienen el derecho humano básico a decidir de manera libre y responsable el número de hijos, así como la frecuencia con que tenerlos, y el derecho a adecuar en este sentido la educación y la información. Las bases ideológicas del IPPF se especifican en el artículo 1, sección 2 de su Constitución bajo la forma de *creencias* generales y de una serie de aspiraciones concretas que dan forma a estas creencias. En la primera versión de nuestra Constitución, las *creencias* eran tres, presentadas por el orden siguiente: 1) Que un equilibrio fructífero entre la población y los recursos naturales del mundo es una condición indispensable para una paz duradera, 2) que este equilibrio no se puede conseguir a menos que se generalice el conocimiento de la paternidad planificada y 3) que este conocimiento es un derecho humano fundamental. En 1963 la segunda de nuestras creencias originales, fue dejada de lado, y las dos que quedaban fueron invertidas de orden:

— Que el procedimiento de la paternidad planificada es un derecho humano fundamental.

— Que un equilibrio entre la población del mundo y sus recursos naturales es una condición necesaria para la paz y felicidad humanas.

Durante los últimos 21 años hemos asistido a la creación de varios programas de planificación familiar, que pretendían solucionar el problema demográfico pero que no poseía ninguna incidencia científicamente demostrable en la situación de la población. ¿Por qué no adoptar conceptos sobre los derechos humanos, la salud pública y el bienestar individual, que sean menos controvertidos, más amplios y probablemente más estables, y que nos puedan servir de ayuda eficaz en la defensa de nuestros ideales?» ".

La IPPF ha ido evolucionando si bien con encontradas dificultades en el seno mismo de la organización. Lo que es importante señalar es que el camino emprendido es un camino de encuentro: la promoción de los derechos humanos, la salud pública y el bienestar individual. La misma línea en que la OMS va evolucionando. El diálogo parece posible y necesario.

En el año 1974 la Asamblea General de las Naciones Unidas decide dar un enfoque nuevo a las relaciones entre los países desarrollados y los países subdesarrollados, o utilizando una más reciente terminología, entre los países del Norte y los del Sur. La programación de un Nuevo Orden Económico Internacional que logre superar las injusticias existentes y mantenidas a nivel institucional se presenta como la única perspectiva de futuro para la paz y el bienestar mundiales. En el mismo año en Bucarest tiene lugar la Conferencia Mundial de Población de las Naciones Unidas. Los países marxistas acudieron con la idea de acusar al capitalismo de todos los males del universo y subrayar que el problema fundamental no es el de escasez de recursos sino de nutrición y distribución de riquezas. La línea capitalista maltusiana acentuó los aspectos de agotamiento de los recursos naturales y deteriorización ecológica. El crecimiento de la población podría precipitar un desastre y convertirse en un obstáculo insalvable para el desarrollo económico. La Conferencia fue una auténtica sorpresa para todos. Cuando se creía que el control de la población era la medida indiscutible se alzó con fuerza la voz de los países del Tercer Mundo que subrayaron la importancia del desarrollo económico rechazando el punto de vista que atribuye un rol central a la población. La planificación familiar no se consideró como un elemento motor de cambio para acelerar el desarrollo. El apoyo a ella se dio más bien con miras a otorgar un derecho humano básico que con el objeto de lograr fines demográficos. El énfasis fue puesto en la necesidad de desarrollo económico y social y una distribución más justa y equitativa de la riqueza. Se subrayó la importancia de promover y reconocer la igualdad de derechos de la mujer y se expresó la necesidad de visualizar, los

problemas de población en términos globales, en oposición a la actitud de que la población es un problema de las personas o las naciones pobres. En definitiva quienes acudieron a la conferencia convencidos de motivar a los países del Tercer Mundo para que redujeran el crecimiento demográfico para asegurar el bien de todos, se encontraron con la respuesta de la necesidad de controlar el consumo y de sensibilizarse hacia una mayor justicia distributiva.

Lo que la Conferencia de Belgrado ha significado, las relaciones de la UNCTAD (United Nations Conference for Trade and Development) o Conferencia de las Naciones Unidas para el Comercio y el Desarrollo con las grandes organizaciones GATT y IMF (General Agency for Trade and Traffic, International Monetary Fund) y el curso que va siguiendo la Segunda Década del Desarrollo de las Naciones Unidas con el Nuevo Orden Internacional, merecen una atención especial, que rebasaría los límites de este artículo, que quiere apuntar solamente en la dirección que el concepto encerrado en el término de planificación familiar ha ido evolucionando a través del tiempo y del enfoque que le han dado las Iglesias Reformadas, la OMS, la IPPF y que finalmente en 1978 el Consejo de Europa también hace suya la terminología de planificación familiar para designar el derecho de la pareja a tener los hijos que desea en los intervalos que desee. Adjuntamos en un apéndice la resolución del Consejo de Europa de mayo de 1978.

PLANIFICACION FAMILIAR Y PATERNIDAD RESPONSABLE

Si no estoy equivocado el término de *paternidad responsable* fue utilizado por vez primera en el informe que el Comité sobre «Familia en la sociedad contemporánea» preparó para la Conferencia de Lambeth de 1958. Utilizado, después, en la resolución 115 de la Conferencia, entró a formar parte del vocabulario de teólogos protestantes y católicos [19]. La Conferencia de Lambeth utiliza también el término de planificación familiar en un contexto muy positivo:

«Creemos que la procreación de los hijos no es el único fin del matrimonio cristiano. El aspecto relacional del amor, con su expresión sacramental en la unión física de los esposos, se halla implícito en el vínculo entre el marido y la mujer. Por el hecho de que estos dos grandes fines del matrimonio cristiano se iluminan entre sí y constituyen los pilares fundamentales del hogar, creemos que la *planificación familiar* (el texto en cursiva es nuestro), con tal de que sea aceptable por ambos cónyuges según su conciencia cristiana, atenta a los peligros de la sensualidad y del egoísmo, es un derecho y un importante factor en la familia cristiana» [20].

Al aceptar, no sin cierto recelo, los métodos contraceptivos, llamados artificiales, los anglicanos primero, y después las demás iglesias protestantes, decidieron la ruptura con una fuerte tradición en sus propias iglesias que defendieron el principio de que el uso de medios preventivos es ilícito en cualquier caso para el cristiano. Este hecho habrá de influir, sin duda, en el recelo de muchos católicos hacia la llamada planificación familiar prefiriendo el término de regulación de nacimientos o el de paternidad responsable.

Supuesta la amplia aceptación del término planificación familiar y la evolución que ha significado, creo importante reconsiderar o analizar la bondad del término e incorporarlo de hecho en nuestro vocabulario como algo realmente positivo. En definitiva si consideramos que planificación familiar es el derecho de la pareja de hacer sus propias decisiones sobre el número de los hijos y el intervalo de los nacimientos y si para ejercer responsablemente los deberes de la paternidad y maternidad hay que tener en cuenta no al mayor número de hijos, biológicamente posibles sino al número óptimo de hijos, atendiendo a la salud de los padres, especialmente de la madre, las perspectivas de salud del futuro hijo y la posibilidad de los padres de ofrecer el amor, el cuidado y la atención que cada niño requiere para su pleno desarrollo personal en la sociedad, entonces no hay dificultad alguna en enfocar *la planificación familiar como el derecho correlativo al deber de paternidad responsable.* Los medios lícitos para el ejercicio del derecho, en la Iglesia Católica, vienen determinados por la Tradición de la Iglesia, mantenida a través de los años de manera ininterrumpida, iluminada en nuestros días por la Constitución *Gaudium et Spes* y por las Conferencias Episcopales que hicieron inteligibles los aspectos más oscuros, difíciles, lamentablemente los más conocidos, de la *Humanae Vitae.*

No sin razón, algunos se preguntarán sobre la necesidad de incorporar un vocabulario que resulta más pobre que el utilizado con el término de paternidad responsable. La razón no puede ser más sencilla: la creciente conciencia de la solidaridad universal; la necesidad de acentuar aquellos elementos que unen y no los que separan a los hombres que trabajan en pro de una humanidad más plenamente humana y finalmente el hecho de la inescapable relación entre planificación familiar con la problemática de la planificación demográfica de la que hablaremos en el siguiente capítulo, reconociendo que la contracepción y la esterilización, utilizadas egoísticamente, pueden quedar encerradas en el término de planificación familiar, que algunos desean que el aborto, una auténtica plaga mundial, sea considerado un legítimo sustituto de la contracepción o el recurso de emergencia si aquella falla, no podemos, creo yo, a fuer de ser injustos, cerrar los ojos a todos los aspectos positivos que la Organización Mundial de la Salud incluye en el término de planificación familiar: promoción de la salud familiar y de los pueblos y derecho inalienable de autodeterminación de la pareja sobre el número de hijos y espaciamiento de los mismos, libres de políticas coactivas. No podemos tampoco cerrar los ojos a la creciente preocupación de algunos organismos como la IPPF sobre los derechos humanos en materia de familia y educación. Finalmente, en una acción común para el desarrollo integral del hombre, conviene recordar que «en las situaciones concretas, y habida cuenta de las solidaridades que cada uno vive, es necesario reconocer una legítima variedad de opciones posibles. Una misma fe cristiana puede conducir a compromisos diferentes. La Iglesia invita a todos los cristianos a la doble tarea de animar y renovar el mundo con el espíritu cristiano, a fin de perfeccionar las estructuras y acomodarlas mejor a las verdaderas necesidades actuales. A los cristianos que, a primera vista parecen oponerse partiendo de opciones diversas, *pide la Iglesia un esfuerzo de recíproca comprensión benévola de las posiciones y de los motivos de los demás;* un examen leal de su comportamiento y de su rectitud sugerirá a cada cual una actitud de caridad

más profunda que, aun reconociendo las diferencias, les permitirá confiar en las posibilidades de convergencia y de unidad. Lo que une, en efecto, a los fieles es más fuerte que lo que los separa» (Pablo VI, Octogesima Adveniens, 14 de mayo de 1971). La llamada a la cooperación internacional es constante en los grandes documentos de la Iglesia en estos últimos años. De manera más o menos explícita se subraya la preocupación por crear el clima de solidaridad humana en una acción común para el desarrollo humano y social que no menoscabe en absoluto la dignidad humana. Mater et Magistra, Pacen in Terris, Ecclesiam Suam, Populorum Progressio, Gaudium et Spes, Octogesima Adveniens, Humanae Vitae, Redemptor Hominis, y los más recientes documentos de Juan Pablo II en Estados Unidos, Irlanda, México y otros demuestran de manera palpable la preocupación de la Iglesia por el hombre y por la cooperación de todos los hombres en favor del desarrollo. Recordemos, brevemente, el llamamiento a la acción que hace la Carta Apostólica Octogesima Adveniens, y la actitud que pide al cristiano. A este respecto recordaremos también un fragmento de la Gaudium et Spes: «Dirigimos nuevamente a todos los cristianos, de manera apremiante, un llamamiento a la acción. En nuestra encíclica sobre el desarrollo insistíamos en que los seglares se pusieran a la obra... y sin esperar pasivamente consignas y directrices, penetrara el espíritu cristiano la mentalidad y las costumbres, las leyes y las estructuras de su comunidad de vida. No basta recordar los principios generales, manifestar propósitos, condenar las injusticias graves, proferir denuncias con cierta audacia profética; todo ello no tendrá peso real si no va acompañado en cada hombre por una toma de conciencia más viva de su propia responsabilidad y de una acción efectiva. Resulta demasiado fácil echar sobre los demás la responsabilidad de las presentes injusticias, si al mismo tiempo no nos damos cuenta de que todos somos también responsables, y que, por tanto, la conversión personal es la primera exigencia. De este modo en la diversidad de situaciones, funciones y organizaciones, cada uno debe de determinar su responsabilidad y discernir en buena conciencia las actividades en las que deba participar. Envuelto entre corrientes contradictorias, donde al lado de aspiraciones legítimas se deslizan orientaciones sumamente ambiguas, el cristiano debe elegir con diligencia su camino y evitar comprometerse en colaboraciones incondicionales y contrarias a los principios de un verdadero humanismo, aunque sea en nombre de solidaridades profundamente sentidas» (Octogesima Adveniens, 48 s.).

«Quienes sienten u obran de modo distinto al nuestro en materia social, política e incluso religiosa, deben ser también objeto de nuestro respeto y amor. Cuanto más humana y caritativa sea nuestra comprensión íntima de su manera de sentir, mayor será la facilidad para establecer con ellos el diálogo. Esta caridad y esta benignidad en modo alguno deben convertirse en indiferencia ante la verdad y el bien. Más aún, la propia caridad exige el anuncio a todos los hombres de la verdad saludable. Pero es necesario distinguir entre el error, que siempre debe ser rechazado, y el hombre que yerra, el cual conserva su dignidad de persona incluso cuando está desviado por ideas falsas o insuficientes en materia religiosa» (Gaudium et Spes n.º 28).

Creo que criterios estrictamente coyunturales y propios de nuestro país en situación de profundos cambios pueden dar al término de planificación familiar las connotaciones agresivas y anticatólicas que pudiera tener antaño al ser el slogan o bandera que se oponía a la concepción de la Iglesia Católica sobre los medios contraceptivos artificiales. El término planificación familiar ha trascendido, con mucho los límites del *birth control* al que Pío XII opuso el término de regulación de nacimientos. Se dijo entonces que *regulación* se opone a *control* como *conducta* a *técnica;* que la regulación puede evocar un primado concedido a la calidad moral, mientras control evoca un interés mayor por el aspecto cuantitativo; que regulación puede sugerir el arte, y control el artificio; que regulación es compatible con la espiritualidad mientras control prescinde de ella» [21]. Sin duda estas diferencias que se ven en las palabras *regulación* y *control* no están exentas de cierta arbitrariedad. Con las diferencias se quiere explicitar una filosofía distinta mientras se reconoce que, en ocasiones, es necesario limitar el número de hijos. Este carácter restrictivo no lo tiene la expresión planificación familiar, que une a esta indudable ventaja la de subrayar el aspecto de la ingeniosidad humana. Podemos decir que «planificar es una forma de vida aceptable para Dios, que es el maestro planificador del universo. Dios es el Dios de la historia, que tiene un plan y un propósito para su creación. La historia es en realidad *Su* historia conteniendo un *plan de salvación*» [22]. La planificación familiar cumple con el propósito del Creador cuando surge de las demandas de vida responsable, ante Dios y ante los hombres. La planificación familiar puede enfocarse así como el derecho y el deber de los padres: responsabilidad de cónyuge a cónyuge, de padres a hijos, de padres a otras familias y a la sociedad, y sobre todo, la responsabilidad de los padres hacia Dios. O también, como he indicado antes, la planificación familiar puede comprenderse como el derecho correlativo al deber de una paternidad responsable.

PLANIFICACION FAMILIAR Y PLANIFICACION DEMOGRAFICA

He observado, no pocas veces, que al hablar de planificación familiar en ámbitos hospitalarios o a nivel de programas de estudio se insiste en que planificación familiar no tiene nada que ver con la demografía. Mi sorpresa ante tal aseveración proviene del hecho de que en la conversación aquello que se discute o propone ciertamente pertenece al ámbito de la demografía y de la planificación demográfica, como puede ser la exhortación a un número *N* de hijos. Creo que puede ser útil al lector de estas líneas tener una idea clara 1) de lo que es la demografía y 2) de lo que es la planificación demográfica.

Entendemos por *demografía* el estudio del tamaño, distribución y composición de la población, de su desarrollo y cambios y de los componentes de tales cambios, que pueden identificarse en estas variables: natalidad, mortalidad, migración (emigración e inmigración) y movilidad social o cambios de status. En su sentido más estricto o más limitado la demografía es el estudio de los componentes y cambios de la población o análisis demográfico. En un sentido más amplio o más inclusivo la demografía comprende no sólo el análisis demográfico sino también las relaciones entre la población —entendida como conjunto de personas que componen un pueblo o una na-

ción— y otras variables tales como la económica, social, política, biológica, genética y otras. En su sentido más amplio, pues, la demografía comprende el análisis demográfico y los estudios de población. A su vez los llamados estudios de población comprenden, aunque no exclusivamente, las teorías demográficas o teorías de población. La teoría de población puede, a su vez, significar dos cosas: una elaboración de las relaciones y técnicas contempladas en el análisis demográfico o un esquema teórico particular que incluye fenómenos de población o que utiliza el análisis demográfico. Este esquema puede utilizarse en apoyo de una determinada política de población, tendente a influir en los movimientos de la población.

En el momento en que la planificación familiar se programa o institucionaliza, a nivel estatal o privado, sea como respuesta a unas variables de tipo social, económico o político, sea con la intención de influir en las actitudes de la población con respecto a la natalidad, a la mortalidad (disminuyendo el índice de mortalidad), a la emigración o inmigración, tiene unas claras e innegables repercusiones de tipo demográfico. Negarlo supone ignorancia o deseos de guardar el silencio sobre el programa económico o político que ha de existir ante toda programación tendente a influir sobre las decisiones de la familia con respecto a la procreación.

Cuando se institucionaliza la planificación familiar en unos programas emanados del poder público se responde a unos problemas concretos y colectivos de salud o de tipo económico-social, influyendo, las más de las veces, en la conducta y actitudes de la población para que adapte su conducta procreadora a las posibilidades económicas del país. Cuando la planificación familiar tiene por objeto asegurar que el volumen de una población, que constituye una sociedad, sea compatible con los recursos disponibles para mantener o mejorar la calidad de vida de esta población hablamos de *planificación demográfica*. En general, en los países de rápido crecimiento demográfico y con un volumen global de población considerable, esta planificación es de tipo restrictivo o antinatalista, mientras que en las poblaciones que, después de unos años, han bajado a niveles inferiores al índice de reemplazamiento —tasa neta de reproducción de 1, es decir: una generación de madres es reemplazada por un número exactamente igual de hijas— la planificación será de tipo expansivo o pronatalista. No hay que olvidar que un régimen totalitario, con ansias imperialistas, puede desear una política demográfica pronatalista aunque las circunstancias socioeconómicas la hagan desaconsejable. La tensión entre los derechos del individuo y el bien común se halla en la base misma de los criterios que permiten deducir si una política demográfica concreta es lícita o ilícita desde el punto de vista cristiano. En otras palabras, si los derechos de los individuos son respetados o atropellados por una ingerencia injusta de los poderes públicos en su vida privada.

Resumiendo: 1) Cuando la planificación familiar se institucionaliza tiene necesariamente repercusiones demográficas; 2) Estas repercusiones pueden favorecer al bien común o pueden perjudicarlo, por lo que conviene determinar los criterios de licitud de una política demográfica concreta; 3) La planificación demográfica puede estar integrada en un programa pronatalista o antinatalista. El hecho de que sea pro o antinatalista no cualifica por sí sólo la bondad o rectitud del programa; 4) La planificación demográfica es un derecho y un deber de los poderes públicos que han de armonizar lo mejor posible los elementos personales y conyugales con los imperativos y valores comunitarios.

PLANIFICACION DEMOGRAFICA Y CONTROL COERCITIVO DE POBLACION

Como hemos indicado anteriormente la planificación demográfica obedece casi exclusivamente a factores de tipo económico o de salud que obligan a los poderes públicos a estimular la responsabilidad social de los ciudadanos a procrear o limitar la procreación en función del bien común. Como se comprende la iniciativa de la planificación familiar parte de la pareja, más o menos condicionada por presiones externas, mientras que en la planificación demográfica la iniciativa parte de los poderes públicos que pueden ejercer una influencia directa o indirecta sobre los ciudadanos para que acomoden su conducta a los objetivos sociales o políticos. El grado de ingerencia de los poderes públicos sobre el sector más íntimo de la vida conyugal determinará, por lo menos en parte, la licitud o ilicitud de una determinada política de población. Veamos, ahora, las condiciones que creo necesarias para que una política de población pueda considerarse lícita. Algunas de estas condiciones —como se desprende fácilmente del contexto— se refieren a políticas restrictivas de la natalidad que, en general, ofrecen una problemática mayor que las políticas natalistas por el riesgo mayor de violación de derechos humanos. Esta política:

— Ha de respetar todos los derechos y libertades fundamentales de la persona sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen social o nacional, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición (Artículo 2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos). Por su importancia en el tema que nos ocupa destacaremos el derecho de la pareja de determinar libremente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y el derecho a la libertad religiosa.

— Si las aspiraciones de la pareja entran en conflicto con las necesidades de la sociedad, ésta puede imponer restricciones a la libertad individual. El principio de la intervención del estado es claramente afirmado en la encíclica Populorum Progressio: «Es cierto que los poderes públicos dentro de los límites de su competencia pueden intervenir, llevando a cabo una información adecuada y adoptando las medidas convenientes, con tal de que estén de acuerdo con las exigencias de la ley moral y respeten la justa libertad de los esposos» (Populorum Progressio n.° 37). El comité preparatorio de la Conferencia del Consejo Mundial de las Iglesias, celebrado en Massachussets el año pasado insiste en la necesidad de información: «Los deseos de los cónyuges en cuanto al tamaño de la familia pueden entrar en conflicto con las necesidades de la sociedad. Las restricciones de la sociedad reducirán la libertad individual. Para reducir la tensión, la sociedad tiene la obligación de proporcionar aquella información que anime y ayude a los individuos a limitar voluntariamente los nacimientos por su propio bien y el bien común. Si esto resulta insuficiente puede estar justificada una cierta intervención del gobierno teniendo en cuenta que no cualquier acción, aun en caso de último recurso, es justificable. Los gobiernos tienen la obligación de utilizar aquellos métodos que respeten mejor la libertad de elección. Si un gobierno considera que es necesaria una cierta intervención debe: 1) demostrar que una continuada libertad sin restricciones representa un peligro para el bienestar general; que el bien común queda amenazado;

2) demostrar que las restricciones propuestas maximizarán, a la larga, las opciones; 3) procurar que las restricciones en la libertad de elección afectan a todos por igual; 4) elegir aquellos programas que requieran la mínima ingerencia» [23].

— Ha de estar orientada a una situación social más humana y más justa. La elección de una política determinada de población supone una opción económica o política y ha de valorarse cómo afecta a la justicia distributiva. Así, si las medidas o efectos de una determinada política gravitan más pesadamente sobre los pobres, los niños, los grupos étnicos minoritarios, etcétera, ha de considerarse éticamente inaceptable.

Además una política concreta demográfica ha de:

a) Partir de un análisis de la realidad. Este análisis requiere una *buena información a los ciudadanos* para que puedan participar en la toma de conciencia y la elaboración de una política. En la medida en que los ciudadanos estén interesados en la dimensión social de su paternidad responsable, su conducta personal tenderá a aproximarse al objetivo comunitario, reflexionado o precisado conjuntamente. Para que una población adquiera la responsabilidad de su equilibrio demográfico, es necesario que las personas y las parejas se abran a un punto de vista más amplio que su bien limitado e inmediato.

b) Manifestarse como opción por el óptimo demográfico. Esta opción es una elección ética y no el resultado de una conclusión científica. Los datos precisados por la ciencia no incorporan una escala de valores. Eso supone unas opciones diversas que no son de orden científico: afectan a la concepción que tenga el hombre de la vida, de la sociedad y del porvenir humano. Como este óptimo va a servir de referencia a la evolución de un pueblo y de cada uno dentro de ese pueblo, *debe ser una elección comunitaria.* Es preciso evitar que un pequeño núcleo, los detentadores del poder, impongan sus puntos de vista a todos y reduzcan a las personas al papel de ejecutantes.

c) Evitar los siguientes escollos: una civilización de científicos o expertos que se valgan de su superioridad científica o técnica para imponer su ética. La solución fácil de los dirigentes que pretextando la ignorancia y la negligencia de las masas determinan solos ese óptimo, sin hacer nada para interesar en ello a la población y situar a esa elección entre las opciones políticas explícitas. La pasividad de los ciudadanos. Muchos no tienen conciencia de la existencia de esa elección, ni de las consecuencias de la misma para cada uno. Se desinteresan de ello y sufren sin embargo sus efectos en su vida concreta.

d) Insertarse en una política de desarrollo y, en definitiva, en una opción cultural global. Es necesaria una clarificación de la escala de valores que determine las elecciones políticas y un constante esfuerzo de concienciación del conjunto de la población a fin de permitir una corresponsabilidad y un compromiso del mayor número posible en las opciones que se tomen [24].

Para finalizar este artículo mencionaremos algunas políticas de tipo parcial que han sido propuestas o sugeridas como dignas de estudiarse por parte de algunos expertos y que Berelson describe en un artículo titulado: «Beyond Family Planning» (Más allá de la planificación familiar). Señalaré con un asterisco aquellas medidas que considero justificables o convenientes y con dos asteriscos aquellas que necesitan matización:

A) *Ampliación de las medidas para el control voluntario de la fecundidad*

* 1. Institucionalización de la asistencia materno-infantil.
2. Liberalización de las leyes permisivas del aborto.

B) *Implantación de medidas coercitivas para el control de la fecundidad*

1. Utilización masiva de *un producto* para el control de la fecundidad manejado por el gobierno.
2. Adquisición, previo pago de una cantidad, de autorización para tener un hijo.
3. Esterilización temporal de todas las mujeres por medio de contraceptivos de acción temporal determinable. El embarazo se permitiría después de tener el aprobado del gobierno.
4. Esterilización obligatoria de todos los hombres con tres (o más hijos vivos).

C) *Campañas educativas*

** 1. Incluir materiales de información sobre problemas de población en las escuelas primaria y secundaria es decir: materiales de educación sexual, planificación familiar y consideraciones demográficas.
** 2. Promoción de campañas educativas de televisión vía satélite informando sobre planificación familiar, influyendo así directamente sobre la población e indirectamente por camino de procurar una modernización creciente.

D) *Programas estimulantes*

1. Pago por comenzar una práctica contraceptiva que se muestre eficaz o por esterilizarse.
** 2. Bonos por un espaciamiento determinado de los hijos o por períodos de no estar embarazada.

E) *Impuestos y sanciones*

** 1. Suprimir la ayuda económica sobre la maternidad.
** 2. Suprimir los *puntos.*
3. Impuestos por los hijos.
4. Limitación de la ayuda gubernamental en materia de vivienda, educación, etc.
5. Invertir el tipo de ayudas. Los solteros recibirían primas de soltería y los padres de familias reducidas recibirían más ayuda que las familias numerosas.
* 6. Provisión de escuela gratuita.
* 7. Pensiones a las familias pobres.

F) *Cambios en las estructuras sociales y económicas*

** 1. Aumento de la edad legal para contraer matrimonio.
** 2. Promoción de la mujer en el terreno laboral y ofreciéndole oportunidades que sean para ella una alternativa a la maternidad para su realización personal.
3. Manipulación directa de la estructura familiar, disminuyendo la función socializadora de la familia, reduciendo las ventajas no-económicas de los hijos o introduciendo distracciones no familiares y oportunidades de gastos en la vida familiar.
4. Promoción de dos tipos de matrimonio. Uno sin hijos, fácilmente *disoluble* y otro con hijos destinado a ser estable.
* 5. Mejorar todas aquellas condiciones sociales que pueden incidir en motivaciones para una natalidad más reducida: mejoramiento de la educación, mejores viviendas, mayores facilidades para el transporte público, mejoras en el sector agrícola e industrial, etc.
* 6. Esfuerzos en disminuir la mortalidad, especialmente la mortalidad infantil.

G) *Enfoques y acciones a través de los canales políticos y organizaciones*

1. Presiones para que un pueblo limite el índice de natalidad si quiere recibir ayuda.

** 2. Reorganización de agencias nacionales e internacionales para una acción efectiva sobre el problema de la población.
3. Promoción del crecimiento cero de la población como objetivo primordial.

H) *Aumentar los esfuerzos de investigación*

* 1. Investigación en los factores sociales que permitan conseguir los objetivos de la política de población.
** 2. Investigación en la determinación del sexo.
* 3. Investigación para mejorar la tecnología contraceptiva.

Como puede apreciarse el análisis detallado de estos programas nos llevaría a extendernos en demasía. Baste aquí con señalar que aquellos métodos que hemos señalado con dos asteriscos pueden ser válidos matizándolos debidamente, es decir ajustándolos al bien integral de los individuos.

Para acabar diremos que hay suficientes pruebas, en el momento actual, para poder afirmar que ni el mero desarrollo económico ni la simple reducción de la tasa de natalidad son los prerrequisitos esenciales para mejorar el bienestar de los pueblos con mayores problemas de población. Para conseguir una auténtica mejora son necesarias una serie de medidas conjuntas que abarquen un mejoramiento de las condiciones de salud, escolarización de los niños y educación de los adultos, reformas en el sector agrícola, programas que faciliten puestos de trabajo, industrialización a ritmo adecuado y con tecnologías apropiadas que no aumenten el desempleo, una justa distribución de las riquezas, etc. Es básico un nuevo orden internacional que ayude a rectificar y corregir los desequilibrios entre los países más ricos y los países subdesarrollados; que permita una mayor participación de los países más pobres en la producción mundial. Para ello se ha de aumentar substancialmente la producción agrícola y alimentaria en los países subdesarrollados; se ha de promover la industrialización asegurando la compra de la producción a precios justos mejorando las condiciones del comercio internacional en favor de los más necesitados. No podemos olvidar, finalmente, que «el desarrollo no se reduce al simple crecimiento económico. Para ser auténtico debe ser integral, es decir promover todos los hombres y todo el hombre» *(Populorum Progressio,* 14).

CONCLUSIONES

A lo largo de los años el término de planificación familiar ha ido evolucionando. Desde una significación estrictamente neomaltusiana ha pasado a significar el derecho de la pareja a tener los hijos que desee y en los intervalos que desee. Se hace menos énfasis en los medios y se incluyen aspectos positivos como favorecer los nacimientos deseados, tratamiento de la infecundidad, servicios de adopción, educación sexual y familiar, consejo genético, etc. Así, entra a formar parte de los programas de promoción de la salud.

La planificación familiar puede comprenderse como el derecho correlativo al deber de paternidad responsable.

La planificación demográfica es un derecho y un deber de los poderes públicos que han de armonizar lo mejor posible los elementos personales y conyugales con los imperativos y valores comunitarios en aras del bien común.

La planificación demográfica ha de integrarse en una política de desarrollo respetando la esfera más íntima de la vida conyugal. Los poderes públicos han de dar una buena información a los ciudadanos para que se corresponsabilicen en las decisiones a tomar. La elección debe ser comunitaria y supone una decisión ética y no una conclusión científica. La política de población elegida ha de estar orientada a una situación social más humana y más justa.

Ninguna medida aislada puede dar la respuesta adecuada a los problemas que plantea el crecimiento demográfico. Para conseguir una auténtica mejora hay que actuar conjuntamente sobre todos los factores que permitan al ciudadano llevar una vida más digna y más plenamente humana.

BIBLIOGRAFIA

1. MALTHUS, TH. ROBERT: *An essay on the principle of population and a summary view of the principle of population.* Edición de Anthony Flew. Penguin Books Ltd., Harmondsworth, Middlesex, Gran Bretaña, 1970, páginas 142 s.
2. MALTHUS, TH. ROBERT: *Essai sur le principe de population.* Guillaumin, Paris, 1845, págs. 515 s.
3. SAUVY, ALFRED: La population de l'Union soviétique, situation, croissance, et problèmes actuels. *Population* n.º 3, 1956, pág. 475. Cita de Lestapis, Stanislas en: *La limitación de los nacimientos.* Herder, 1962, pág. 36.
4. Ib. pág. 30.
5. LAMBETH CONFERENCE (THE) 1930: *Encyclical Letter from the bishops with resolutions and reports.* Society for promoting christian knoeledge. Londres 1930, pág. 43.
6. PÍO XI: *Casti Connubii.* AAS 22 (1930) 559-560.
7. PÍO XII: *Discurso a las comadronas.* AAS 43 (1951) 835-854.
8. LAMBETH CONFERENCE (THE) 1958: *Encyclical Letter from the bishops with resolutions and reports.* S.P.C.K. and Seabury Press, Londres, 1953. Resolución 115, sección 1, pág. 57.
9. Ibidem, sección 2, pág. 147.
10. Ibidem, sección 2, pág. 148.
11. HARTLEY, SHILEY FOSTER: *Population. Quantity vs. Quality.* Prentice-Hall, New Jersey 1972, pág. 310.
12. NACIONES UNIDAS: *Derechos Humanos. Recopilación de instrumentos internacionales de las Naciones Unidas.* Nueva York, 1973. Proclamación de Teherán, párrafo 16, página 20.
13. OMS: *Evaluación de las actividades de planificación de la familia en los servicios de salud.* Serie de Informes Técnicos, n.º 569, 1975.
14. OMS/UNICEF: *Atención primaria de la salud.* Informe de la Conferencia Internacional sobre la atención primaria de la salud. Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, Ginebra 1978.
15. OMS: Serie de Informes Técnicos n.º 569, ut supra. Cfr. también los números 442 (1970); 476 (1971); 483 (1971).
16. OMS: Health and Family Planning en: *The Population Debate. Dimensions and Perspectives.* Papers of the World Population Conference, Bucharest 1974, Vol. II, United Nations, New York, 1975, pág. 461.
17. Ib. págs. 462 y 467.

18. IPPF Europa. Boletín de Información Regional 6 (octubre 1977) 4, 2-3.

19. Lambeth Conference (The) 1958: Op. cit. sección 2, pág. 145. Cfr. Resolution 115, sección 1, pág. 57.

20. Ib. sección 1, pág. 22.

21. Lestapis, Stanislas: *La limitación de los nacimientos.* Herder, 1962, pág. 195.

22. Sadio, John W.: Hacia una perspectiva cristiana de la planificación familiar. *Contact.* Comisión Médica Cristiana del Consejo Mundial de Iglesias. Ginebra. Cuaderno 7, 1974.

23. Colab.: *Faith, Science and the Future. Preparatory readings for the 1979 Conference of the World Council of Churches.* Ginebra, 1978, pág. 159.

24. De Locht, Pierre: Consideraciones éticas generales. En: *El problema de la población.* Moerman, Joseph. Verbo Divino 1973, págs. 191-275. Los apartados a, b, c y d son extractados o refundidos de este artículo de Pierre de Locht.

25. Berelson, Bernard: Beyond Family Planning. *Studies in Family Planning.* The Population Council. Febrero 1969 (number thirty-eight).

Apéndice

RESOLUCION DEL CONSEJO DE EUROPA SOBRE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Resolución adoptada por la Comisión de Ministros en la 287 reunión de los Viceministros, del 9 al 11 de mayo de 1978.

La Comisión de Ministros,

Considerando que los propósitos del Consejo de Europa pretenden conseguir mayor unidad entre sus miembros y que este propósito puede propugnarse, entre otras cosas, mediante la adopción de reglamentos comunes en las esferas sociales y de salud pública;

Teniendo en cuenta las atribuciones otorgadas por la Comisión Europea de Salud Pública, relativas a «las razones para el fracaso de algunos de los programas existentes de planificación familiar en estados miembros del Consejo de Europa y Finlandia»;

Teniendo en cuenta que en la Resolución 2436 (XXIII) de la Asamblea General de las Naciones Unidas se menciona «el derecho de los padres a decidir libremente y de manera responsable sobre el número y diferencia de años de sus hijos»;

Considerando la posibilidad de decidir libremente sobre planificación familiar como un aspecto importante de la salud física y mental del individuo y, por lo tanto, de importancia para la familia y la sociedad;

Considerando que la planificación familiar forma parte fundamental en cuanto a la calidad de la vida al aceptar a la sexualidad como un valor por derecho propio, no solamente en relación con la reproducción;

Teniendo en cuenta la Resolución (75) 29 del Consejo de Europa, respecto a la Resolución 2436 (XXIII) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, el plan de acción sobre la Población Mundial adoptado por la Conferencia de Población Mundial celebrada en Bucarest en agosto de 1974 y el Programa de Acción Internacional concertada para la emancipación de la mujer (1970) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la cual se recomendaba a los gobiernos miembros que «permitiesen a todas las personas que así lo deseasen obtener información y medios para decidir de manera libre y responsable sobre el número y diferencia de años de sus hijos» y además «poner a disposición de todas las secciones de la población información, asesoramiento y otros medios de planificación familiar como parte integrante de los servicios sociales y de salud pública»;

Considerando que el acceso a los servicios de planificación familiar constituye un derecho fundamental tanto para los hombres como para las mujeres;

Considerando que la información y el asesoramiento sobre la planificación familiar se refiere tanto al espaciamiento de los embarazos como a los anticonceptivos, así como a los problemas de la infertilidad;

Considerando que la información sobre la planificación familiar exige la entrega no sólo de asesoramiento técnico o médico sino también de la respuesta a las cuestiones sobre sexualidad y relaciones humanas y los aspectos psicológicos, éticos y sociales de la vida conyugal;

Reconociendo que con frecuencia existe no solamente falta de interés sino también determinada actitud de aversión entre el establecimeinto y personal médico en lo que se refiere a la planificación familiar;

Reconociendo el fracaso de determinados programas de planificación familiar debido a varias razones: obstáculos legales, económicos, administrativos, socio-culturales, religiosos, psicológicos o políticos, así como a las repercusiones negativas de parte de los medios informativos.

Reconociendo que las condiciones de las atenciones de salud pública, la legislación sobre el control de nacimientos y las actitudes hacia la planificación familiar en los estados miembros varían de manera considerable y que las medidas y los medios de un programa deben ajustarse a las condiciones existentes;

Recomienda a los gobiernos de los estados miembros:

I. Que hagan posible para el individuo decidir libremente y de manera responsable sobre el número y espaciamiento de los hijos, proporcionando información apropiada y servicios de planificación familiar como parte del sistema de servicios sociales y de salud pública;

II. Que identifiquen y superen los obstáculos que puedan existir para establecer un programa completo de planificación familiar;

III. Que prevean las medidas siguientes, cuando preparen un programa de planificación familiar:

A) *Planificación y gerencia de un programa de planificación familiar*

i. Análisis de las necesidades y exigencias de la población y definición de los objetivos, condiciones de trabajo y limitaciones del programa;

ii. Análisis de los problemas a resolver y de los obstáculos que puedan crearse;

iii. Preparación de un plan de acción, que incluya un sistema de vigilancia con constante suministro de información y evaluación;

iv. Intervención del personal del programa y otras personas interesadas en la planificación, gerencia y desarrollo del programa;

B) *Planificación y servicios a proveer*

i. Proporcionar suficientes servicios que se puedan obtener fácilmente para que sea posible para todo el mundo que lo desee planificar su paternidad por medio de medidas preventivas;

ii. Analizar los recursos existentes y el alcance de los servicios que se proveen en el sistema de cuidados sanitarios y en las organizaciones no gubernamentales de planificación familiar;

iii. Analizar y evaluar las necesidades de servicios generales de planificación familiar, así como de servicios especiales para los grupos que presentan un riesgo elevado;

iv. Iniciar o reforzar la cooperación con el sistema de servicio social, el sistema de sanidad privado y las organizaciones no gubernamentales de paternidad planificada;

v. Organizar servicios apropiados dentro del sistema de salud pública, de preferencia integrados en él y en los hospitales de maternidad y, donde existan, en los servicios primarios de sanidad;

vi. Proporcionar servicios al individuo a un costo mínimo o gratuitos sobre la base de unos cuidados normales de sanidad;

vii. Proporcionar un número suficiente de médicos calificados y debidamente entrenados, así como parteras y otro personal;

viii. Prestar especial atención a las consecuencias emotivas y psicosexuales de la planificación familiar, tanto para hombres como para mujeres;

ix. Establecer unidades especiales de planificación familiar para adolescentes y proporcionar servicios especiales para otros grupos con un riesgo elevado de embarazos no deseados (como las mujeres después de los abortos y los partos, y los inmigrantes), y los grupos que constituyen el objetivo (como los padres de adolescentes y los hombres en general), y también para las parejas que no pueden tener hijos;

x. Estimular y autorizar la distribución y venta de anticonceptivos a través de nuevos conductos y reforzar normas y criterios para la calidad de los distintos anticonceptivos.

C) *Formación y educación del personal*

i. Hacer que los profesionales de sanidad y sociales en todos los niveles comprendan que la planificación familiar forma parte de los cuidados generales de sanidad y, por lo tanto, parte de sus responsabilidades;

ii. En toda educación y formación, poner de relieve los aspectos psicosociales de la planificación familiar y colocarlos en un contexto de la sexualidad y de toda la gama de relaciones humanas;

iii. Iniciar la formación de maestros en escuelas de medicina, estudios sociales y enfermería e integrar la educación sobre planificación familiar en la educación básica de los médicos, enfermeras y personal de sanidad y servicios sociales en general;

iv. Proporcionar formación apropiada y formación continua en servicio para los grupos y el personal de planificación familiar en el sistema de salud pública, servicios sociales y escuelas, que intervengan en el programa de planificación familiar;

v. Hacer todo programa de formación completo, comunicando conocimientos y pericia sobre planificación familiar y sobre las comunicaciones entre los asesores y los asesorados, y desarrollando la conciencia de las actitudes personales hacia la sexualidad y la planificación familiar.

D) *Información y comunicación públicas*

i. Hacer las actividades de información parte integral de todo programa de planificación familiar y desarrollar y utilizar métodos apropiados de comunicación;

ii. Proporcionar información completa, confiable y efectiva para su divulgación a través de los medios informativos de masas;

iii. Reducir la resistencia, vencer la indiferencia e introducir cambios en las actitudes y comportamiento mediante una orientación educativa, con la comunicación personal como instrumento personal;

iv. Proporcionar información y estimular el conocimiento y comprensión de la planificación familiar por medios apropiados de comunicación, entre los que se pueden citar:

— los políticos, los que toman las decisiones y los líderes de los movimientos de opinión,
— el personal de los sistemas médicos y sociales,
— las organizaciones políticas, religiosas y de otros tipos,
— los grupos que presentan riesgos elevados,
— el público en general.

E) *Evaluación*

i. Definir los objetivos y decidir los criterios para el éxito y el fracaso que deben aplicarse;

ii. Hacer de la evaluación un procedimiento rutinario y continuo, para vigilar el éxito alcanzado teniendo en cuenta los objetivos, para asegurar el valor de lo que se obtiene a cambio del capital invertido y para facilitar la planificación futura;

iii. Acumular el mínimo absoluto de datos necesarios para la evaluación y dar prioridad a los datos más básicos;

iv. Asegurarse de la confidencialidad y anonimidad de la información provista;

v. Mejorar las comunicaciones entre los proveedores de datos, los expertos en estadísticas y los que toman las decisiones, con objeto de aprovechar la experiencia de todos ellos en la planificación del programa.

ASPECTOS PSICO-BIOLOGICOS Y PSICO-SOCIALES DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

ADOLFO PERINAT

PERSPECTIVA ECOLOGICA Y COMPARATIVA EN LA REGULACION DE LA POBLACION EN ESPECIES ANIMALES

La cuestión que ha motivado que nos reunamos aquí, a saber, qué sentido tiene planificar el número de descendientes, habría que enmarcarla dentro de la otra, más amplia, del *¿por qué reproducirse?* A más de uno le parecerá esto último una simpleza soberana, pero la biología nos muestra que es una pregunta clave ya que abre la vía a la cuestión subsidiaria de *la diversidad de estrategias reproductivas* que se observan en el mundo viviente y a los recursos de que tales estrategias se sirven. Un breve esbozo de biología comparativa en este dominio, no sólo no nos aleja de nuestro tema psico-social, sino que lo encauza por una vía más prometedora.

Entrar en el tema de la reproducción, es entrar de pleno en el misterio de la vida. La vida plantea muchos enigmas y quizá uno de los que más nos fascina es el de su larga historia sobre la Tierra, el de sus múltiples manifestaciones y el de la lenta deriva y concatenación de unas formas vivientes con otras que la teoría evolucionista ha puesto en evidencia. La historia de la vida es la de los avatares de la reproducción. Aquí se juega el porvenir de la especie.

El mecanismo de reproducción más general, el más ventajoso desde el ángulo de la evolución de las especies, es el de la reproducción sexual. En esquema, se realiza mediante la fusión de dos células germinales, una proveniente de cada sexo. La reproducción animal obedece a un programa genético que contiene una información básica general para todas las especies, pero que ha incorporado, en el transcurso de la evolución, las informaciones peculiares que explican las modalidades específicas de cada una de ellas. Un ejemplo de éstas son las pautas de comportamiento que preceden a la copulación y la forma de consumarla. Esto es lo que, aplicado a la especie humana, denominamos la sexualidad.

¿Cuándo los animales *deciden* reproducirse? Es obvio que esta pregunta no tiene sentido, si por decisión entendemos una actividad que sucede a una previsión de objetivos y evaluación de sus consecuencias. En Biología hablaremos por eso de *cómo se controla el proceso reproductivo.* La cuestión es muy amplia. Aquí nos limitaremos a un aspecto: el de cómo se regula el número de descendientes. De hecho, las especies difieren por la frecuencia de sus ciclos reproductivos y por el número total de células germinales que producen en cada ciclo. En consecuencia, las especies difieren en el número de descendientes potenciales a que pueden dar vida. Pero no son éstas premisas suficientes para entender en toda su complejidad el juego de la vida. La consigna de «creced y multiplicaos, henchid la tierra», no es más que una cara de la moneda. A fin de cuentas, ello llevaría a que las especies aumentaran su número sin tasa y a que literalmente «llenasen la tierra». De hecho, no ocurre así, y esta fue una de las pistas que llevó a Darwin a sus descubrimientos. Tienen que existir, se dijo, mecanismos extrínsecos al animal que regulen una procreación indefinida, dentro de cada especie. El conjunto de éstos y la manera cómo actúan es el objeto de estudio de la ecología. De hecho, cada especie adopta formas de vida, de alimentación y de hábitat que dependen estrechamente de un marco geográfico localizado. Allí entra en dependencia funcional con otras especies (se alimenta de unas y puede ser alimento de otras, las cadenas tróficas) y el drama de la vida se instaura en su trágica necesidad. El equilibrio biocenético (equilibrio que es dinámico) gira en torno al hecho de la limitación de recursos y de la dependencia funcional de unas especies y otras. A lo largo de la historia biológica, las especies se han ido adaptando paulatinamente a estos hechos y sus programas genéticos los han *interpretado* en forma de programas reproductores y cantidad de descendientes potenciales por ciclo de reproducción. Son estos programas los que satisfacen ese complicado sistema de ecuaciones que plantea incógnitas, como ¿cuántas crías producir?, ¿cuál es el momento óptimo de la vida parenteral para la reproducción?, ¿qué táctica es mejor, reproducirse de una vez por todas o bien reproducirse varias veces a lo largo de la vida? Las crías de una puesta o camada, ¿serán pocas y en relativo estado de desarrollo o muchas y en fase más embrionaria? ¿Han de dedicarse los padres al cuidado de la prole o bastará depositarla en el lugar adecuado, para que se desarrolle por sí misma? En los casos de crianza parental, ¿debe ésta hipotecar las inversiones en una futura descendencia o debe durar justo lo necesario para que los adultos se reproduzcan de nuevo?

Centrando un poco nuestra cuestión haremos hincapié en el hecho obvio de que la reproducción supone un dispendio energético por parte de los padres. La madre, sobre todo, invierte una enorme cantidad de energía en la constitución del plasma germinal y en las especies más evolucionadas también la madre (o ambos progenitores) dedican esfuerzos a la crianza de la prole, lo cual incluye protección, transporte, alimentación (que adopta en los mamíferos la modalidad del amamantamiento). Por otra

parte, la biología evolucionista postula que las especies (incluida la humana) tenderán a optimizar esta inversión. Es decir, tenderán a un compromiso entre el número de crías promedio (por ciclo reproductor y por ciclo vital), las condiciones ecológicas de alimentación, predación, temperatura, etc., y su propia supervivencia, compromiso que aboca a una fecundidad modal típica de cada especie.

Los dos polos de la estrategia de inversión energética serían, por un lado, invertir en el mayor número de crías posible dentro de cada ciclo reproductor, dotando a cada una de un mínimo necesario; o bien, inveritr en una sola cría (o escasas) pero dotándola abundantemente. Ambas estrategias se dan en la naturaleza.

Afirmar que la reproducción está genéticamente programada, no es postular que existe un *instinto reproductivo* ciego, impermeable a todo control que no sea puramente fisiológico y que, por tanto, hablar de sexo es hablar de fuerzas irracionales. Esto es inexacto, tratándose no sólo del hombre, sino incluso de los animales superiores. Es cierto que en los animales inferiores (los invertebrados) los programas genéticos son muy precisos y se actualizan mediante procesos de naturaleza bioquímica (hormonales) que funcionan automáticamente. Pero no es menos cierto que, a medida que en la escala filogenética se va constituyendo el sistema nervioso central, éste toma el relevo de los desencadenantes e inhibidores bioquímicos y se va él constituyendo en un sistema de regulación del comportamiento por excelencia. Incluso (y por supuesto) del comportamiento sexual. A medida que nos acercamos al hombre estos programas genéticos ya no son del tipo E—R sino que son más abiertos en el sentido de que recogen múltiples datos y elaboran alternativas de respuesta en función de los mismos.

Naturalmente, si el sistema nervioso en su capacidad reguladora superior inhibe la sexualidad y regula la fecundidad, ello será como consecuencia de alguna forma de previsión del futuro que, en modo alguno, está restringido a los humanos. Hace algunos años el biólogo escocés Wynne Edwards sostuvo que ciertas especies ajustan el número de crías en función de la cantidad de individuos de la misma que, al comienzo de la temporada de reproducción, explotan el mismo nicho. El supone, por ejemplo, que esos agrupamientos en bandadas que algunos pájaros efectúan al atardecer es una forma de evaluar la densidad de población. Suponiendo que esto es cierto, no es, sin embargo, más que una cara de la moneda. La otra, la complementaria, también la sugiere el propio W. Edwards. En síntesis, su idea es que aunque la limitación de alimentos o los depredadores son la causa última de que la población mantenga su densidad óptima, rara vez estos condicionantes actúan directamente; más bien su acción es mediata: intervienen en última instancia para *ejecutar* una sentencia que ha sido pronunciada a otro nivel. Este nivel al que nos referimos es el social: W. Edwards sostiene que la capacidad de procrear estaría en muchos casos supeditada a la posesión de un territorio y esto último sí que es una característica social.

En resumen, lo que interesa subrayar es que toda estrategia reproductiva es fruto de un compromiso y refleja un balance entre muchos factores ecológicos, los cuales cobran su sentido a la luz de la idea de «adaptación de los individuos de una población al medio ambiente». Este punto de vista ecológico ha sido sintetizado así por Emlen:

«La selección natural favorece cualesquiera rasgos que posibilitan la supervivencia de los genes. Por tanto, favorecerá la elección de lugares y momentos de aparearse, así como que se concentre el esfuerzo reproductor en determinada edad. Las cuestiones que interesan a la ecología reproductiva nacen de las presiones selectivas opuestas que actúan en torno a esos factores. Puede que el área más protegida de los depredadores sea muy pobre en recursos alimenticios para las crías. Puede que la época del año en que hay más alimentos coincida con la que los depredadores son más activos. Las ventajas de una generación de corta existencia están contrabalanceadas por el hecho de que la edad y la experiencia incrementan el éxito reproductor. Todas las estrategias reproductivas han de considerarse como compromisos que reflejan balances de presiones selectivas sobre la supervivencia de los padres, la supervivencia de las crías, la fecundidad y otros factores.» [4]

Sin embargo, concluyamos, en este balance y esta regulación de la población, los individuos de las especies no están bajo un hado implacable, no están en manos de una naturaleza que obedece sólo y en última instancia a leyes físicas. A medida que se asciende en la escala filogenética los recursos de las especies se diversifican y se enriquecen. De un lado, programas genéticos abiertos permiten ajustar los comportamientos reproductores a ciertos datos inmediatos y muy simples. De otro, existen reglas sociales que contribuyen a esta homeostasis. En ambos casos, y a distintos niveles, los individuos animales intervienen como tales. Es esta intervención la que nos interesa calibrar cuando nos acercamos a la especie humana.

LA DIMENSION HUMANA EN UNA APROXIMACION BIOLOGICA A LA SEXUALIDAD Y FECUNDIDAD

Es evidente que si se adopta un enfoque comparativo es para venir, tarde o temprano, a poner en primer plano la especie humana. Sin embargo, el *salto* de los animales a los humanos no puede hacerse sin ciertas precauciones. Para extrapolar de manera adecuada tendríamos que conocer muchos más detalles de nuestra historia filogenética.

Quizá hasta hace pocos lustros hemos estado bajo la impresión de que el hombre es una especie *sui generis*, en una creación salida de las manos de Dios. Ahora tendemos a pensar que ni hubo tal creación bíblica ni que haya solución de continuidad entre los humanos e infrahumanos. La evolución, al desvelar el mecanismo de la aparición de las especies, ha suavizado las rupturas entre ellas aunque la taxonomía biológica las respete. Nuestra postura ha de ser tener bien asidos los dos extremos de la cadena: el patrimonio biológico y la especificidad humana, y encontrar el punto de equilibrio.

Todo el mundo estará de acuerdo en que la diferencia esencial entre los humanos y los no humanos radica en las vagamente llamadas facultades cognoscitivas. En lo que ya hay un poco más de confusión es en si éstas pueden, en alguna manera, predicarse de los animales. Yo me adhiero sin ambages a la opinión de que existe una *inteligencia biológica* que se va perfeccionando a lo largo de la filogenia y que culmina en el hombre, potenciada en él de manera increíble por el lenguaje. ¿Qué es eso de la inteligencia biológica? Es la capacidad adaptativa que tienen las especies de *conocer* el mundo que les rodea y resolver en él airosamente la incógnita de su superviven-

cia. Matizaré el término *conocer*. Todos los seres vivos reaccionan ante los estímulos de su medio ecológico y todos, a su manera, ajustan estas reacciones de modo que aseguren su supervivencia individual y genética. Los animales inferiores cuyo sistema nervioso es muy rudimentario poseen dotaciones de reflejos básicos, los IRM de los etólogos. A medida que ascendemos en la escala filogenética, el sistema nervioso media paulatinamente de manera más compleja entre los estímulos y respuestas no sólo, como piensan los conductistas, refinando la reacción, sino haciendo intervenir *representaciones* del mundo exterior o lo que Jerison llama «modelos de la realidad» [2]. Aquí aparece, en forma embrionaria, un ser consciente de la propia experiencia individual que desembocará en la conciencia humana. Esta evolución ha estado supeditada a una complejificación del sistema nervioso central pues, en definitiva, se va a traducir en la capacidad de *procesar datos* cada vez más numerosos y complicados, en guardarlos en la memoria, en integrarlos en mapas cognitivos que sirvan de puntos de referencia y patrones de comparación. Naturalmente, este *conocimiento* o estos *procesos cognitivos*, tienen una finalidad adaptativa. Piaget dirá que los conocimientos no constituyen una copia del medio, sino un sistema de interacciones reales que reflejan la acción autorreguladora de la vida [3].

La conciencia humana emerge, pues, de la urgencia biológica de hacer frente a una serie de aspectos medioambientales que hacen problemática la vida y su continuidad. Dos aspectos de esta inteligencia biológica, y humana a la vez, quiero considerar un instante. El primero es la aprehensión de contigüidad en el tiempo que se traducirá en la noción causa-efecto. De ahí arrancan los rudimentos de la previsión (la importancia de este paso se traduce, por ejemplo, en que el hombre relaciona coito y fecundación). El segundo es la capacidad de inhibición de impulsos, capacidad que se ejerce como fruto de ciertos aprendizajes. En el despliegue de ambas capacidades tuvo que jugar un papel primordial el medio social en que muchos animales se desenvuelven. Gran parte de las inhibiciones tienen, en efecto, como objeto, comportamientos eminentemente sociales como la agresión o la sexualidad. Con respecto a esto último es cierto que los animales son capaces de posponer la satisfacción inmediata de sus impulsos sexuales y lo hacen a consecuencia de unos rudimentarios convenios sociales que son, a su vez, expresión de las llamadas *estrategias evolutivamente estables*.

Todo este proceso revierte sobre la existencia social configurando formas tipificadas de vínculos sociales (familias, tribus...). De ahí llegaremos, por vía de consecuencia, a las reglas del parentesco que son un modo de regulación de la sexualidad y *a fortiori* de la fecundidad.

A lo largo de su camino evolutivo el *homo* será también capaz de evaluar, de manera mucho más certera que cualquier otra especie animal, los costos y beneficios de la prole y de su número. También llegará a tener conciencia de que su fecundidad, el número de descendientes a los que dar vida puede ser materia de su elección. El hombre y los animales siempre han tenido y usado de la facultad de dejar con vida a una criatura suya o quitársela. Sólo el hombre, en base a sus previsiones e intenciones, es capaz de intervenir en la gestación o en el acto de la fecundación para evitar la prole, primero; para planificar el número de sus hijos, después. Ello es la consecuencia última de una inteligencia biológica que ha potenciado hasta límites insospechados su destreza manual y su dominio de la técnica. Si se contempla el largo proceso que media entre una regulación familiar que procede por mera inhibición sexual (por ejemplo, coitus interruptus) al que recurre a las técnicas físico-químicas más refinadas (antiovulatorios, antiimplantatorios, espermicidas) lo que llama poderosamente la atención es que ambos extremos de la cadena son plena y exclusivamente humanos. Sólo en la especie humana se da la posibilidad de disociar conscientemente la copulación de su función primaria de fecundación.

Sin embargo, yo no aseguraría que esto es lo que instaura el punto de ruptura decisivo entre las especies infrahumanas y el hombre. Lo que nos distingue radicalmente de aquéllas es que nuestra supervivencia individual y genética se lleva a cabo a través de transacciones con un medio ecológico que, desde luego, nos obligan a encararnos con él y a explotarlo, pero que, sobre todo, se configura como *interacción simbólica* con ese medio. Quiero decir que, si bien gracias a la inteligencia biológica podemos adaptarnos individualmente al medio, de hecho la forma como los humanos aprehendemos éste último es por mediación del grupo social que atribuye significaciones a los sucesos y a los objetos que pueblan nuestro entorno. Es en este sentido que nuestro conocimiento, cuya peculiaridad es subsidiaria de una anatomía nerviosa, se actualiza como conocimiento social, como un conjunto de significados tradicionalmetne compartidos que hemos ido adquiriendo en un proceso de socialización y que mantenemos en conversación con nuestros semejantes. En último análisis, *la realidad* en que, como seres humanos, estamos inmersos es una «construcción del grupo social humano» [4].

¿Qué repercusiones tiene esto en la sexualidad y fecundidad? Básicamente que la previsión de la consecuencia de tener hijos, la evaluación de los costes y beneficios, el modo de intervención reguladora, etc., estarán tamizados por las normas y los valores del grupo social.

Frente a una regulación de población en especies animales como resultado de un ajuste homeostático, la regulación en la humanidad es, además, y dependiendo del grado de dominio técnico, fruto de una interacción simbólica con ese mismo medio, puesto que está mediatizada por los significados que el grupo comparte.

En resumen, el mismo paradigma evolucionista que nos hace suponer que en los orígenes el número de miembros de la familia se ajustaría a los datos de subsistencia inmediata, nos sugiere que más tarde, al progresar en su dominio de la naturaleza, el hombre los irá ajustando a otros datos de no estricta subsistencia. *Poder escoger* significa, en último análisis, un elenco de procedimientos para regular la prole (población) y un abanico de significados que los acepta o los desecha, que los justifica o los sanciona.

LA REGULACION DE LA FECUNDIDAD HUMANA (PLANIFICACION FAMILIAR). ASPECTOS NORMATIVO-SOCIALES Y ASPECTOS PSICO-SOCIALES

Me voy a centrar ya de una forma definitiva en la fecundidad humana (en la familia como unidad reproductora) y voy a explorar brevemente, primero, ciertos aspectos sociales que regulan esta fecundidad. Ya he aludido a ellos bajo el nombre genérico de reglas de empareja-

miento o de matrimonio. Estas explicitan, dentro de cada grupo social, quién puede casarse con quién (quizá es mejor, decir que especifican quién no puede casarse con quién), a qué edad puede uno casarse, en qué condiciones económicas, etc. Estas normas igualmente explicitan qué tipo de relaciones sexuales están vedadas: reglas de incesto, adulterio, relaciones prematrimoniales, extramatrimoniales, etc. En muchos pueblos y culturas hay, además, épocas de año, efemérides, en que la relación sexual está prohibida.

Quizá sorprenda a primera vista el que traigamos a colación estos rasgos culturales que atañen a la relación sexual bajo la rúbrica de la regulación de la natalidad o de la población. La razón más probable es que no hemos parado mientes, que su propia existencia y sus modalidades *están ahí* por alguna razón, es decir, cumplen alguna función. Dicho de una forma más lapidaria: *podían no ser, o no ser así*. Es este un caso típico de la que Berger y Luckmann llaman la *reificación* que se lleva a cabo en el proceso de «construcción social de la realidad»: lo que primero fue un convenio social, algo que cristalizó por negociación dentro del grupo, aparece con el transcurso del tiempo «como si no fuera el producto del querer del hombre, como hechos de la naturaleza o manifestaciones de la voluntad divina» [5]. La reificación es, entre otras cosas, un obstáculo a que el actor social indague *la razón de ser* de una norma, que se remita a sus orígenes y a que la sitúe en el contexto ecológico-cultural en que se gestó. Yo postulo que las reglas que legitimizan *quién puede ser pareja de quién* encierran seguramente un objetivo de regulación de la prole. Prueba es que todo hijo cuyo nacimiento sobreviene conculcándolas es excluido simbólicamente del grupo social con el estigma de *ilegítimo* o *natural*. Este carácter de regulación de población no agota, sin embargo, todo el trasfondo cultural de las reglas matrimoniales. Como han subrayado a justo título los antropólogos y particularmente Levi-Strauss, el intercambio de mujeres entre grupos humanos (familia, tribus, etc.) ha sido y es uno de los medios más eficaces para crear vínculos sociales. No insistiré más en este punto. Sólo he querido poner de relieve cómo, precisamente a propósito de las reglas matrimoniales, surgen los aspectos consensuales y simbólicos que caracterizan la vida de todo grupo social.

En otro dominio de ideas, muchos piensan que, aparte estos mecanismos, el determinante primordial de la regulación de la natalidad es de orden económico. Esto se aplicaría tanto a economías de subsistencia como a economías industriales avanzadas. Desde hace años los economistas y sociólogos tratan de encontrar correlaciones entre los índices de bienestar económico y el número de hijos para introducirse por esta vía en los móviles de la decisión de procrear. Como ocurre en tantos otros ámbitos de investigación, ésta ha abierto más interrogantes que suministrado respuestas. Es innegable que una familia que se encuentra en una coyuntura económica precaria tiene bien claro que no puede tener ningún hijo más. Las conversaciones que hemos tenido con dirigentes de centros de planificación familiar nos han dado patéticas descripciones de mujeres de clase modesta con el marido en paro, abrumadas por los problemas conyugales que esta situación comporta, con dos o tres hijos y que acuden allí desesperadamente, porque no pueden tener un hijo más.

Dejemos de lado este caso dramático y muy real y tratemos de resumir el enfoque socio-económico de la regulación de la natalidad. Su método de investigación (encuestas, entrevistas directas, análisis de datos estadísticos) lleva a que los individuos sean contemplados como *tipos ideales*, miembros de una categoría social con un comportamiento modal típico y acerca del cual podemos inferir tales o cuales móviles. Algunos de los parámetros cuya influencia ha resaltado el enfoque socio-económico son [6]:

— Los niños son una fuente de gastos (como cualquier otro bien que se compra con dinero). El tope de hijos estará dictado por las disponibilidades económicas.

— Los niños no constituyen un gasto al mismo nivel que los demás objetos de consumo. Son un gasto de lujo o un gasto marginal, y esto explicaría las diferencias de fertilidad entre categorías sociales.

— Los niños no sólo son gastos: tienen un valor productivo y son una inversión para la vejez.

— Los niños son una alternativa de inversión cuya rentabilidad (problemática o a fondo perdido) entra en conflicto con la rentabilidad inmediata de otras inversiones familiares (en particular el trabajo de la mujer).

Estas distintas hipótesis de trabajo se han ido emitiendo sucesivamente como piezas de un modelo de elección que supone, entre otras cosas, una *racionalización de decisiones* avanzada que, obvio es decirlo, apenas alcanza a un infinitésimo de la población mundial. Tratan, asimismo, de conciliar datos ambiguos como que los primeros en frenar su fecundidad hayan sido, ya a mediados de siglo pasado, las clases medias urbanas; hoy, en cambio, parecería que hay un leve incremento de la natalidad entre éstas y disminuya en los medios rurales.

La mayor objeción que puede hacerse a este modelo es que reduce la compleja maraña de motivaciones de la pareja a las de índole económica. Como modelo heurístico es aceptable; si alguien pensó que era suficiente, ahí están sus resultados para desengañarle. En un proyecto de largo alcance que demógrafos de Princeton están llevando a cabo sobre nupcialidad y fertilidad en Europa durante el siglo XIX, las conclusiones que se están obteniendo contradicen la idea que las diferencias económicas entre regiones estén correlacionadas con la fertilidad; son más bien las diferencias en las creencias religiosas y en otros factores no identificados las que las explican [7]. De todo ello se sigue que los elementos de decisión que resaltan los economistas (ingresos, número de hijos, balance de recursos, inversión, etc.), no funcionan a la manera de *inputs* por vía directa y efectiva, sino que son parte de un entramado de percepciones sociales que son compartidas por el grupo social a la manera de conocimiento-para-la-acción (conocimiento operativo). Todo lo que atañe a la sexualidad (y por extensión a la fecundidad) constituye así un sistema simbólico o «lectura significante que un individuo o un grupo hace de su existencia real, de su situación económica, de su posición social, de sus actividades» [8]. Si así es, entonces (en segundo lugar) aunque el analista puede artificialmente destacar algunos elementos de este sistema simbólico y señalar su relación directa con la fecundidad, nunca hay que perder de vista que son *elementos de un sistema*, es decir, que habría que escrutar cómo unos influyen sobre otros y ponderar su influencia recíproca.

Es este hecho de que nuestra existencia se desenvuelva

en un universo que integra el conjunto de sistemas simbólicos que nos dan la lectura de la realidad lo que nos constituye verdaderamente en una especie distinta. De ahí que (volviendo al modelo económico) la idea de escasez de recursos que subyace en su enfoque de la regulación de la fecundidad ha de matizarse cuando se aplica a la especie humana, pues como ha señalado agudamente la antropóloga Mary Douglas, entre los humanos *lo necesario* puede no guardar relación inmediata con los medios de subsistencia primarios. Esta idea se la brindan a Mary Douglas ciertas modalidades sorprendentes de regulación de la fertilidad en algunas sociedades pre-industriales. Los Rendile de Kenia son nómadas que viven del camello. Entre sus normas sociales hay varias que, ciertamente, inciden de pleno en la regulación de la densidad de población. Son, por ejemplo, favorecer la emigración de jóvenes, posponer el matrimonio de la mujer, ceder mujeres a tribus vecinas, matar a todos los varones que nacen tal día de la semana cuando el varón anterior ya ha sido circuncidado. Cuando se sitúan estos comportamientos en relación con la fuente de recursos principal, el camello, se percata uno que este animal sí ciertamente, es un bien escaso y costoso, pero que también es un bien codiciado y un símbolo de opulencia. «Los camellos son —comenta Mary Douglas— el pan y mantequilla, pero también son caviar y champagne, es decir, el símbolo absoluto del status y del prestigio conjuntamente» [9]. Otro caso que confirma estas ideas es el de los brahmanes Nambudiri del sur de la India, una casta de terratenientes riquísimos. Esta gente jamás divide la tierra entre sus hijos: la hereda el primogénito y sus hermanos le ayudarán a cultivarla. A estos les está vedado casarse: si son varones podrán tener comercio sexual con mujeres de castas inferiores; si son hembras se las hace vivir casi enclaustradas. «Sólo una comunidad muy rica —comenta Mary Douglas— puede permitirse el lujo de condenar a la esterilidad a tan gran proporción de mujeres. Lo que justifica esta costumbre es seguramente el valor enorme que tiene la hegemonía social y económica del linaje». Mary Douglas concluye: «Lo que quiero demostrar es que los grupos humanos tratan de controlar su población y que, mejor o peor, lo consiguen. Lo que a ellos les induce es más bien su preocupación por los bienes sociales codiciados, elementos que confieren status y prestigio, que la falta de recursos básicos» [10].

Esto nos permite, una vez más, remachar la idea de que las cosas que nos mueven a actuar de manera consistente en el dominio de la regulación de la prole (luego veremos que hay mucho de inconsistente en este comportamiento), los datos que nos sirven para tomar decisiones no *están ahí*, como los productos de un supermercado o los platos de un *self-service* que pueden escogerse con toda libertad individual, no: los elementos de juicio son captados a través del prisma social que los acepta o los rechaza, que les atribuye valoraciones distintas y que también los hace mudables en el transcurso de pocas generaciones. Por ejemplo, es cierto que los hijos tienen un valor, como es cierto que hay una implícita condena social, si el matrimonio no procrea, pero en cada momento de la historia y según los grupos culturales los niños pueden ser un valor económico («cada hijo viene al mundo con un pan debajo del brazo»); los niños pueden ser una carga; en todo momento tienen un valor sentimental, indescriptible mezcla de egoísmo, orgullo de sangre, prolongación de la propia identidad, depósito de cariño, demanda inconsciente de tener alguien bajo nuestra dependencia, etc. Lo que importa, en vistas a una investigación, es averiguar cómo, dentro de cada grupo social, son valorados los niños. Este es *uno* de los elementos que contribuye a desenmarañar los hilos de la complicada trama que aquí adivinamos.

Lo mismo cabe decir de otras representaciones sociales como son el tamaño ideal de la familia, la edad ideal para casarse, el momento ideal para procrear dentro de la vida de la pareja. Obviamente, no son todas ellas determinaciones muy directas y, por tanto, como se ha demostrado [11], su valor predictivo es escaso. Tampoco son independientes de coyunturas históricas, sino que hay que contemplarlas como elaboraciones sociales emanadas en momentos determinados. (Por ejemplo, el alargamiento de la escolarización, la demora en alcanzar la independencia económica que, de hecho, se traducen en retrasar el matrimonio pueden inducir la idea de que *es mejor* posponer la procreación más allá de la treintena. Lo cual, dicho sea de paso, abocaría a una disminución global de la natalidad mucho más drástica de lo que se cree).

Otro aspecto aún más estrictamente, si cabe, psico-social que los que hasta aquí he venido comentando, es el de la disponibilidad que un individuo (una pareja) posee de medios anticonceptivos. Esta disponibilidad no es tanto objetiva cuanto subjetiva, en el sentido que un grupo social puede echar mano de una panoplia de medios, pero, invariablemente, al lado hay una evaluación moral de los mismos que los categoriza en lícitos e ilícitos y que, por tanto, restringe, *de facto*, la disponibilidad teórica. Todas nuestras elucubraciones sutiles sobre el método Ogino, el «coitus interruptus», los antiovulatorios, antiimplantatorios, son un ejemplo tan a la mano que no vamos a gastar tinta en comentarios. Pero ¿qué hay por detrás de todo ello? Está lo que antes denominé el universo simbólico que encierra todo lo que se refiere a la fecundidad y a la sexualidad, universo terriblemente ancestral y primitivo en que sexualidad y fecundidad son dos realidades inseparables, en que la vida *in ovo* o *in utero* tiene un valor supremo, en que toda manipulación instrumental de los genitales suscita fantasías pavorosas, en que, en definitiva, el cuerpo, fuente de fecundidad, es incomparablemente más un objeto mítico, fantasmático, que una realidad objetiva tal como la describe el ginecólogo o el embriólogo. Paradójicamente, también el cuerpo es una *realidad socialmente construida* (al menos en este aspecto). En nuestras conversaciones con responsables de planificación familiar esto ha sido quizá lo que más nos ha impresionado. Nos han hecho captar cómo, sobre todo las clases populares, reaccionan espontáneamente ante sugerencias que se les hace. Muchas mujeres se resisten a los procedimientos anticonceptivos que implican manipulación: han practicado habitualmente con sus maridos el «coitus interruptus» y se resisten a innovar. Consideran el esterilet o el diafragma como cuerpos extraños que se interponen como un fantasma entre la pareja (y muchas veces estas mujeres son completamente frígidas). Lo mismo ocurre si el marido utiliza el condón. En cambio, es menos general la resistencia a tomar anticonceptivos químicos por vía oral.

Las clases medias se muestran un poco más abiertas a la regulación de la natalidad y al empleo de medios anticonceptivos técnicos pero, en general, en nuestro país hay que reconocer que la mujer (y el varón también) carecen

del dominio del propio cuerpo y de sus recursos en lo que a fecundidad se refiere. ¡Qué lejos estamos de esa elección *racional* de que parte el modelo socio-económico!

No sé si es desviarme un poco del tema, pero no quiero pasar de largo sin señalar que más acá de la fecundidad, está su compañera inseparable, la sexualidad, dramáticamente vivida por muchas de estas mujeres: como un tributo fatal a las necesidades del marido; en ocasiones como una verdadera agresión; sin que sientan un orgasmo en su vida; con el fantasma del embarazo bailando por su imaginación cada vez que su compañero les exige su tributo sexual. No es extraño, como nos manifiestan las responsables de los centros de planificación familiar, que estas mujeres a cierta edad ya no quieren ni siquiera hablar de sexualidad. Están esclerotizadas (sic) y las responsables de los centros de planning no creen poder hacer nada por revalorizar relaciones sexuales deterioradas hasta ese extremo.

También más acá, en otro plano de ese universo simbólico y con un peso enorme en toda decisión eficaz de planificación familiar, está el *sentimiento de maternidad*, tremendamente interiorizado y culpabilizante. ¿Qué expectativas tiene el grupo social en que se mueve la pareja sobre la fecundidad, número de hijos, llegada del primogénito, sexos, estereotipo de la *buena madre*, etc.? Indudablemente se esboza aquí una ruptura en las generaciones y no es raro, como también nos decía una responsable de centros de planificación familiar, que más de una casada joven que viene en busca de anticonceptivos tenga «el sentimiento de estar destrozando la obra de su madre».

Es este *decalage* entre la disponibilidad objetiva y subjetiva de los medios de planificación familiar lo que resalta más agudamente la naturaleza psico-sociológica del tema y lo que postula la presencia y asesoramiento de un científico social en cualquier programa de planificación familiar. Con frecuencia estos intentos se limitan a informaciones de médicos competentes sobre los medios objetivamente a disposición. Quizá estos equipos de planificación, controlados por la medicina institucionalizada, den albergue a un psicólogo o psiquiatra que examine las posibles contraindicaciones de orden psicológico que hayan de preverse. Todo ello es un granito de arena insignificante para reedificar una pirámide faraónica, como la que se adivina aquí. Lo que se necesita son programas de educación y paciencia, porque transcurrirán aún varias generaciones hasta que el hombre imponga un poquito de racionalidad en su fecundidad. Aun son más divertidas al respecto, si cabe, las pretensiones de los demógrafos malthusianos si creen que con acumular cifras sobre la explosión demográfica van a conseguir que la gente racionalice un universo simbólico tan complejo y ancestral. Cierto que no lo pretenden, cierto que los centros de planificación familiar son, en nuestro país, una gota de agua en el océano, pero alguna vez había que empezar porque, entre otras cosas, la existencia de estos últimos es un elemento de legitimación social y, por ende, de desculpabilización subjetiva.

Al decir esto yo no estoy defendiendo una u otra forma de planificación familiar, sino que intento mostrar las consecuencias de una antropología integral. La que contempla al hombre en su ecosistema y trata de reflexionar sobre sus peculiaridades a todos los niveles. Entonces, si nuestra inteligencia biológico-humana tiene capacidades para dominar técnicamente el medio que nos rodea, tarde o temprano había de llegar a manipular la fecundación humana. De hecho ya lo ha logrado y el problema está ahora en manos de los moralistas, de los hombres que piensan responsablemente sobre el hombre. Como dice muy acertadamente el biólogo Garret Hardin la regulación de la natalidad es un problema de los que no aceptan soluciones técnicas [12]. (Una solución técnica es, según el mismo Hardin, la que requiere únicamente cambios en las técnicas de las ciencias naturales, pero no exige ningún cambio —o, si lo exige, es mínimo— en nuestros valores humanos o en nuestras ideas morales). Dicho en otras palabras, el problema de la regulación de la natalidad o de la población humana atañe pavorosamente a nuestra responsabilidad la cual, según el filósofo C. Frankel citado por el mismo Hardin, es un producto de nuestros convenios sociales. Yo diría con Berger y Luckmann que las piezas de la responsabilidad humana se construyen en el diálogo con nuestros semejantes. También en este sentido (además de todo lo dicho anteriormente) está la psicología social interesada en la gran transformación de mentalidades que, en lo tocante a la natalidad, se augura en los momentos que nos toca vivir.

BIBLIOGRAFIA

1. Emlen, J. M.: *Ecology: An Evolutionary Approach.* Addison Wesley, 1973, pág. 125.
2. Jerison, H. J.: *Evolution of the Brain and Intelligence.* Academic Press. 1973.
3. Piaget, J.: *Biologie et Connaissance.* Paris. Gallimard. 1967, pág. 58.
4. Berger, P. y Luckmann, T.: *La construcción social de la realidad.* Buenos Aires. Amorrortu, 1968.
5. Ibid., pág. 116.
6. Hawthorn, G.: Some economic explanations of fertility. In A. H. Halsey (Ed.) *Heredity and Environment.* London. Methuen. 1977.
7. Ibid.
8. Legrand, L. y Meyer, P.: Analyse socio-linguistique comparative de deux documents pontificaux. Louvain. Université Catholique. Fac, Sc. Economiques et Sociales. 1972. (Policopiado).
9. Dougals, Mary: Population control in primitive groups. *British Journal of Sociology*, 1966, *17*, 263-73.
10. Ibid.
11. Cfr. Kar, Snehendu R.: Consistency between fertility attitudes and behavior. A Conceptual model. *Population Studies*, 1977, *32*, 173-85.
12. Hardin, Garret: The tragedy of Commons. *Science*, 1968, *162*, 1243-48.

LOS PARTIDOS POLITICOS ANTE LA PLANIFICACION FAMILIAR

JUDITH IBAÑEZ VIVES

El derecho a la planificación familiar debería estar al alcance de cualquier persona que la deseara. La Declaración de los Derechos Humanos del año 1948 dice al respecto: «Todo individuo tiene el derecho humano básico de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos, y el derecho a recibir información y educación adecuadas sobre planificación familiar, así como el derecho a obtener los medios necesarios para conseguirlo».

Hasta el año 1977, España no se adhirió al protocolo de las Naciones Unidas que obliga a los Estados a respetar los Derechos Humanos. Sin embargo, podemos comprobar que referente a la Planificación Familiar el Estado se ha mantenido al margen, ya que no se ha preocupado de organizar y montar, a través del organismo de la Seguridad Social, los centros específicos para ello.

PARTIDOS DE DERECHA — PARTIDOS DE IZQUIERDA

Así es como se dividen los partidos a partir de su ideología. Los partidos de izquierda son, sin lugar a dudas, los que ya en el *Pacto de la Moncloa* se declararon partidarios de la planificación familiar, mientras que los partidos de derecha se mostraron y se muestran claramente reticentes ante el tema.

Es por ello que el anterior Ministro de Sanidad y Seguridad Social, señor Sánchez de León, montó unos Centros de Planificación Familiar puramente orientativos y exclusivamente para matrimonios, sin llegar a dar una solución técnica al problema. Estos Centros fueron criticados duramente por el diputado socialista, Ciriaco de Vicente, ya que no correspondían a las verdaderas necesidades del pueblo.

Es a partir de este punto que los socialistas montan el Centro de Planificación Familiar *Pablo Iglesias* en Madrid. Más tarde se monta en Barcelona el centro *Dr. Jaime Vera*, situado en Cornellá, en la comarca del Baix Llobregat.

Al margen de estos dos centros, que han sido específicamente organizados por el Partido Socialista, han surgido muchos otros creados por mujeres que impulsadas por la necesidad ante tan triste realidad, no se han amedrentado frente a las dificultades que ello comportaba. Es así como funcionan los Centros de Planificación Familiar existentes, que son los que realmente están llevando a cabo una labor tan importante. Tan sólo funciona un Centro Municipal en Barcelona.

Un punto de coincidencia entre la derecha y la izquierda es, sin duda, el control demográfico de la natalidad. Aquí son indudablemente los Gobiernos los que deciden sobre las personas y éstas son como *robots* al servicio de sus gobernantes.

Después de una guerra es cuando más falta hace que las mujeres estén en las mejores condiciones para procrear. Este es el caso de nuestro país que en el año 1939, y basándose el nuevo Gobierno en los Principios Falangistas, aparta a la mujer del trabajo, relegándola al hogar para que de esta forma le sea más propicio tener hijos. Este mismo gobierno crea los Premios a la Natalidad y hace caer a la mujer en el mito de la maternidad.

De este modo las personas caen enteramente al servicio de sus gobiernos no pudiendo elegir libremente el número de sus hijos. Cuando llega el momento en que deciden tenerlos, aparecen unidas las izquierdas y las derechas en un punto de coincidencia. En este caso, los dos sistemas son dictatoriales.

LA PLANIFICACION FAMILIAR COMO CORREA DE TRANSMISION IDEOLOGICA

La planificación familiar es, indudablemente, una correa de transmisión ideológica. Por ello, resulta preocupante pensar quiénes estarán al frente de estos Centros. Las personas que trabajamos en este campo, atendemos día tras día a personas frustradas por el tipo de educación que nuestra sociedad les ha inculcado durante un largo período de tiempo.

Por una parte ha sido la Iglesia la que más ha mantenido los falsos tabúes, sometiendo al *hombre* y más tristemente a la mujer, a un condicionamiento de moral equivocada. Con ello conseguía traducir todo lo que podemos considerar normal a los términos de pecado, condenación, etc.

La convivencia de Iglesia y Estado en nuestro país, ha resultado nefasta para nuestra sociedad. El Estado tampoco ha favorecido a la divulgación de los sistemas anticonceptivos sino todo lo contrario. Ha mantenido la postura, nefasta, de prohibir cualquier método anticonceptivo, llegando a límites tales como el del artículo 416 del Código Penal, por el cual se prohibía con multas, e incluso el presidio, a todo aquél que proporcionara sistemas de anticoncepción. Este artículo fue modificado recientemente en las Cortes, siendo muy bien defendido por una diputada de izquierdas.

La persona que se dirige a un Centro de Planificación Familiar lo hace con dudas, con miedos o incluso pensando que está haciendo algo malo, autojustificándose a cada momento... La educación recibida no está todavía superada y, según a quien encuentre, puede liberalizarse o quedar sometida para siempre.

Se ha demostrado que una persona sexualmente satisfecha es una persona emocionalmente más equilibrada y mucho más alejada de la neurosis.

En los centros de planificación familiar debe atenderse a las personas y escuchar sus problemas, por lo que las personas que trabajen en ellos deben estar totalmente liberalizadas. Además de explicar la diferencia entre los órganos reproductores y los sexuales, y que reproducción y sexualidad son dos cosas muy distintas, deben explicar todos los medios de anticoncepción y dejar escoger libremente a la mujer el que sea más de su agrado (si no existe contraindicación y es seguro).

Ninguna mujer puede salir de un centro de planificación familiar con una receta de anticonceptivos hormonales sin saber qué función van a ejercer sobre ella y cómo debe tomárselos. Tampoco debe salir con un DIU sin conocer cuál es su mecanismo de acción y qué función tiene en la matriz.

Los centros de planificación familiar deben ser conscientes y realizar una medicina preventiva que incluya: citología, reconocimiento de mamas, prevención de cáncer del cuello uterino, enseñando al mismo tiempo a las propias mujeres para que sean capaces de hacer su propio reconocimiento (prevención del cáncer de mama y análisis de sangre en muchos casos).

De todo lo expuesto deriva el miedo a una planificación familiar hecha por el tipo de Seguridad Social imperante hasta ahora, que se limita simplemente a extender una receta. También es alarmante la falta de preparación de gente para trabajar en planificación, ya que deben llevar a cabo una labor liberalizante como se ha apuntado antes.

LA CLASE OBRERA Y LA PLANIFICACION FAMILIAR

Ha sido la clase obrera la que más ha padecido bajo este sistema dominante mientras que la clase pudiente recurría a la medicina privada y podía adquirir hace algunos años diafragmas que eran enviados desde Inglaterra. De esta forma la clase obrera, menos preparada culturalmente y por falta de los medios económicos necesarios, se cargaba de hijos y si se veía en la necesidad de tener que llegar a recurrir al aborto, éste se realizaba en unas condiciones terriblemente antisépticas que muchas veces terminaba con la vida de la mujer.

Mientras, la clase dominante con la máscara de la hipocresía (ya que condenaba acérrimamente el aborto) podía desplazarse al extranjero para efectuarlo o ni siquiera necesitaba desplazarse: se lo realizaban aquí pagando grandes sumas de dinero que sólo ellos podían abonar.

Por todo ello, los partidos de izquierda conscientes de la agresión que ha sufrido la clase obrera en este aspecto, RECLAMA Centros de Planificación Familiar a cargo de los Ayuntamientos o de la Seguridad Social, pero con personal preparado convenientemente según todo lo que se ha expuesto a lo largo de la ponencia.

EL PAPEL DE LA MUJER EN LA FAMILIA Y LOS PARTIDOS POLITICOS

NOHEMI M. BARJA

Más que hacer una valoración de lo que piensan los distintos partidos políticos respecto al papel de la mujer en la familia, que está íntimamente relacionado con el concepto de Planificación Familiar —como veremos más adelante—, voy a intentar hacer una clara diferenciación entre una concepción que llamaríamos *de derechas* y que se agrupa, con diferentes matizaciones, bajo la concepción de un sistema económico llamado *capitalismo* y que deriva en un régimen socio-político determinado. Y otra concepción que llamaremos *de izquierdas* que, también con diferentes matizaciones, agrupa a toda una serie de partidos que se basan en la concepción de un sistema económico, social y político denominado *socialismo*.

El sistema económico-político condiciona enormemente el papel de la mujer en la familia y en la sociedad.

Podríamos hacer aquí un análisis de la evolución histórica de la familia, pero se saldría del tema que aquí intentamos esbozar; por lo tanto me voy a limitar a explicar el porqué en los países con un modo de producción capitalista, más o menos avanzados, la mujer ha servido para mantener y continuar este esquema, mientras a cambio ha sido marginada y subvalorada, tanto a nivel familiar como social.

El capitalismo desarrollado desvela claramente el carácter subsidiario del trabajo femenino, y su utilización según las coyunturas por las que atraviesa su régimen económico-social. Por ejemplo, tras la marcha al frente de los hombres, en la Primera Guerra Mundial, *se forzó* a las mujeres a cubrir los puestos de trabajo, pasando así a ser la fuerza de trabajo básico de la industria armamentista. Así, durante esta etapa bélica, *la burguesía suspende la propaganda que ensalzaba la figura de la mujer hogareña* y, por el contrario, enaltece el trabajo femenino en las fábricas. Pero, terminada la Guerra Mundial, los hombres son reincorporados a sus puestos de trabajo, en tanto que las mujeres son devueltas al hogar y al lecho conyugal, para resarcir a la sociedad de la fuerza de trabajo exterminada por la guerra; es decir, a criar hijos para la patria.

En la Segunda Guerra Mundial pasa exactamente lo mismo.

Vamos a intentar analizar ahora por qué al capitalismo le interesa mantener esta situación pasiva y condicionada de la mujer:

— Posibilidad del *control relativo sobre la reproducción de mano de obra*, mediante la propaganda, bien de la contracepción, bien de la sublimación de la maternidad, según interese.

— *Tiene en la mujer un centro de consumo*, que irradia hacia el resto de los componentes de la familia, mediante la influencia de la publicidad en diferentes medios de comunicación.

— *Ejército de mano de obra* disponible en caso de guerras, catástrofes, etc.

— *Utilización de la mujer como elemento altamente conservador*. Por su marginación social, política y sindical, la mujer tiende a la individualización de sus problemas, a localizarlos dentro de la familia y a intentar resolverlos en su seno. La mujer actúa, de esta forma, como contrapeso de la actividad social del hombre, influyendo sobre éste para que individualice también sus problemas laborales y políticos.

De ahí que los partidos llamados de izquierda fomenten y opten por la incorporación de la mujer al trabajo, dándolo como factor de progreso y que contribuye a la futura emancipación de la mujer.

La mujer ha sido prácticamente siempre un ser marginado, sujeto a la tutela del varón. En todas las sociedades basadas en la explotación del hombre por el hombre, la familia monogámica es el pilar de la estructura social y la sumisión de la mujer al hombre es la consecuencia de la dependencia económica respecto del hombre. Ya Aristóteles decía: «la relación de los sexos es análoga a la del señor y el esclavo: el uno, (masculino), es superior al otro, (femenino).

De esta forma las clases dominantes hacen de la familia un instrumento para la transmisión de su propa ideología. Rápidamente se dan cuenta de la trascendencia del papel conservador de la mujer en la familia. Apartadas de la actividad social, educadas en la sumisión y atadas a la crianza de los hijos que vienen cuando *Dios lo quiere* y no cuando los padres lo deciden, la mujer se convierte en el portavoz espontáneo de las ideas más conservadoras y tradicionales.

Fenelón, en los albores de la revolución industrial, pretendía convencer a las mujeres de que en realidad son ellas las que dirigen el mundo... desde el fogón. Decía: «La mujer no debe gobernar el Estado, ni hacer la guerra, ni entrar en el ministerio de las cosas sagradas. Tiene que dirigir su casa, hacer feliz a su marido y educar bien a sus hijos...; ¿no son acaso las mujeres las que arruinan o sostienen las casas, las que dirigen todo el detalle de las cosas domésticas y que, por consiguiente, deciden en lo que más atañe de cerca, a todo el género humano?

Siguiendo con la concepción capitalista, una de las funciones principales de la mujer es ser instrumento de reproducción de la fuerza de trabajo, y esta función es subli-

mada hasta el punto de hacerla coincidir con su finalidad vital. Según esto, el destino de la mujer en la vida es dar hijos y poco más.

Ahora vamos a analizar minimamente el papel de la mujer en la familia española, en los pasados años.

El régimen surgido del levantamiento de 1936, por su carácter ultraconservador en lo ideológico y en lo político, trajo consigo la derogación de las leyes que durante la República habían supuesto las conquistas más valiosas de la mujer: el derecho al trabajo, el divorcio, el matrimonio civil, el decreto Eugenésico del Aborto, en Cataluña, etc. Así el régimen franquista vuelve a las concepciones más reaccionarias respecto a la familia y en especial a la mujer.

La Ley de 12 de mayo de 1938 restableció el Código Civil de 1889, fuertemente inspirado en el Código napoleónico. Más tarde la Ley del 18 de julio del mismo año, declaraba: «Es consigna rigurosa de nuestra revolución elevar y fortalecer la familia en la tradición cristiana, sociedad natural y perfecta y cimiento de la nación. En cumplimiento de la anterior misión ha de otorgarse al trabajador la cantidad de bienes para que, aunque su prole sea numerosa —y así lo exige la patria— no se rompa el equilibrio de su hogar y llegue a la miseria, obligando a la madre a buscar en la fábrica o taller un salario con el que cubrir la insuficiencia del conseguido por el padre, apartándole de su función suprema e insustituible que es la de preparar a los hijos, arma y base de la nación, en el doble aspecto espiritual y material.»

A partir de aquí, la mujer en la familia tendrá todos los deberes, pero se verá despojada de todos sus derechos como persona y como madre.

Nosotros pensamos que la mujer no estará en condiciones de igualdad con respecto al hombre hasta que no disponga de una independencia económica, por una parte, y una capacidad de decisión sobre el número de hijos que desea tener y cuándo. Somos también conscientes de que aunque esto llegue a lograrse quedará todavía el lastre del condicionamiento social tradicional que seguirá considerando a la mujer como un ser inferior, con unas características biológicas también inferiores y difíciles de superar. Respecto a esto, un grupo de mujeres del Partido Socialista, conscientes de que en el seno de la mayoría de los partidos de izquierda no está asumida, en la práctica, la igualdad de oportunidades entre el hombre y la mujer, a pesar de las declaraciones de principios de igualdad, decidimos realizar una ponencia, que después fue asumida por el Congreso del Partido, donde entre otras muchas valoraciones había una parte dedicada a echar por tierra el llamado *mito de la feminidad* que justifica la inferioridad de la mujer por razones puramente biológicas. En las *reflexiones críticas* de la citada ponencia se llegaba a las siguientes conclusiones:

«El ser humano no está sujeto a su naturaleza biológica ya que, precisamente, toda la historia del hombre es la de la socialización de su naturaleza. Por tanto, la feminidad no puede ser comprendida como la sola expresión de la anatomía y de la biología. Tampoco la feminidad expresa las características psicológicas de la mujer, tal y como podría pensarse a partir de sus particularidades biológicas, sino que, por el contrario, lo único que hace es traducir la idea que uno se forja de la mujer en una sociedad determinada, idea que además llega a tener una fuerza tal que la mujer termina por someterse a ella, conformándose a las exigencias del modelo que se le impone más que a su propia naturaleza.»

En efecto, hemos de reconocer que, hoy por hoy, la inferioridad social de la mujer respecto al hombre, es un hecho. Pero la razón de esta inferioridad no hay que buscarla, como se ha venido haciendo, en las diferencias de tipo biológico, sino que es el resultado provisional de la evolución histórica. Una situación histórica en la que la mujer está sujeta económicamente al varón, por ocupar un lugar secundario en la producción. Así, pues, la ausencia de verdadera libertad económica de la mujer es la causa del llamado *eterno femenino*. Y esta sujeción económica viene expresada en todas las instituciones, en las costumbres, en la cultura y en las ideologías.

Ahora bien, es precisamente a través de su biología como la mujer exterioriza su impotencia social. De ahí la importancia concedida a sus atributos físicos, etc. También las actitudes que se consideran típicamente femeninas, como son: la pasividad, la falta de iniciativa, la seducción, la astucia, etc., que fácilmente podrían atribuirse a un funcionamiento especial de las glándulas endocrinas, no son más que la expresión de una situación social determinada.

Al margen de estas consideraciones que hemos incluido como aclaratorias, nos encontramos con que la sociedad occidental, además de la acción deformante que toda la sexofóbica civilización judeo-cristiana ha ejercido respecto a la sexualidad, tanto en hombres como en mujeres, la realidad es que esta presión se ha exacerbado con respecto a estas últimas. Este *doble código sexual*, o esta doble moral sexual, según se trate de hombres o de mujeres, ha llevado a estas últimas a asumir su papel de ser asexuado y únicamente ha podido disponer de su sexualidad cuando era *comprada* por su marido y siempre en función y para complacencia de éste.»

LOS MOVIMIENTOS DE LIBERACION DE LA MUJER Y LA PLANIFICACION FAMILIAR

ROSA GRISO I VALLS

El feminismo fue un movimiento típico del siglo XIX y el país vanguardista de este movimiento fue Inglaterra. Quizás, la protesta contra una injusticia que relegaba a la mujer a un estado de dependencia absoluta la podríamos buscar más lejos, pero en realidad no es hasta finales del siglo XIX, y en el sí de la burguesía inglesa y americana, que la protesta adquiere la característica de un movimiento con organización de partido, ideologías y líderes. Su lucha tenaz, con batallas en las calles, manifestaciones y desfiles reivindicando el voto femenino, duró muchos años. Las feministas o sufraguistas, como también fueron llamadas, sufrieron toda clase de sarcasmos, burlas e ironías por parte, no sólo de los hombres, sino también de las mujeres de su época.

Hasta terminada la Guerra europea de 1918 las inglesas no consiguen el derecho al voto, mientras las americanas lo obtienen a finales del año 1919 quedando este derecho recogido y consagrado en la Constitución Americana en agosto de 1920.

Iniciado el período entre las dos guerras, en muchos países se va concediendo el voto a la mujer, pero el Movimiento Feminista como tal es arrinconado y pierde toda su fuerza. Las ideologías fascista y nazi, declaradamente antifeministas, tienen seguramente una fuerte influencia en esta situación.

El balance de esta aventura que duró 50 años fue ciertamente positivo. Las mujeres no sólo consiguieron el voto, sino que aprendieron a exigir sus derechos y a no renunciar a algunas de las conquistas alcanzadas: trabajo, libertad de movimientos, personalidad jurídica, etc. El movimiento quedaba aletargado, pero no muerto.

INICIOS DEL FEMINISMO EN NUESTRO PAIS

Etapa anterior a 1931

Para hablar del feminismo en nuestro país no tenemos que retroceder muchos años. El movimiento feminista vivió a la sombra del gran movimiento mundial y más concretamente del inglés. Existieron mujeres excepcionales, como Concepción Arenal o Emilia Pardo Bazán. La primera, gran escritora, defensora de los derechos de la mujer y reformadora del sistema penitenciario, para asistir a la Universidad tenía que disfrazarse de hombre, a pesar de su extraordinaria personalidad. Emilia Pardo Bazán, una de las mejores escritoras de su época, no pudo ocupar un sillón en la Academia de la Lengua por el hecho de ser mujer.

La condesa de Campo Alange en su libro titulado *La mujer en España, cien años de historia 1860-1960*, dice: «Nuestro feminismo no llegó nunca a formar lo que se llama un movimiento y tuvo siempre un carácter vergonzante. La resignación fue el rasgo dominante de nuestras mujeres. Hubo, es cierto, una Concepción Arenal, una Emilia Pardo Bazán... Pero parecían clamar en el desierto». María Lafitte afirma, asimismo, que sólo existió un feminismo oportunista y conservador.

En cuanto al voto, que fue la reivindicación feminista más importante de aquella época, a la mujer española no se le otorga hasta la Segunda República. Pero la situación de alienación de la mujer era tal que las mujeres más avanzadas como eran Victoria Kent y Margarita Nelken se oponen a este voto ya que son conscientes que será para las derechas.

En Cataluña aparece un movimiento feminista que hoy es considerado por muchas feministas como burgués y lo descalifican. Es evidente que es un movimiento que nace de la burguesía, que no es revolucionario y que su finalidad es elevar el nivel cultural de la mujer catalana y la formación de la joven. Creo que los planteamientos que se hacen en contra de las que en aquel momento trabajaron para este fin son muy discutibles, pero no siendo posible profundizar más en este aspecto no hago más que señalarlo.

EL ESTATUTO DE AUTONOMIA DEL 32. BREVE PERIODO DE IGUALDAD Y DE JUSTICIA PARA LA MUJER CATALANA

Año 1932

Hace 48 años, el Estatuto de Autonomía del 32 permitió al Parlamento de Cataluña legislar para la mujer catalana una de las leyes más progresistas de aquella época. Leyes que más tarde fueron recogidas por la legislación de otros países europeos. Al referirme a las leyes progresistas promulgadas por el Parlamento catalán, quiero dejar muy claro que la Ley Eugenésica del Aborto no fue legislada por el Parlamento, como muy a menudo se dice, sino que fue un Decreto Ley de enero de 1937, promulgado por el Gobierno de la Generalitat, en plena guerra civil.

Una política educativa y una pedagogía muy avanzada a todos los niveles, desde la escuela a la modélica Universidad Autónoma y la instauración de la coeducación, representaron para la mujer catalana un gran paso hacia adelante.

Año 1939

La derogación del Estatuto del 32 por el general Franco representó para la mujer catalana, no sólo la pérdida de sus libertades como ciudadana, al igual que el resto de los ciudadanos, sino la pérdida de sus derechos como persona, al retroceder a unas leyes que la equipararon, especialmente a la mujer casada, a los subnormales o a los menores de edad.

Durante los 40 años que duró el régimen la situación de la mujer fue especialmente grave en nuestro país:

— Discriminada en las leyes, en la educación, en la familia, en el trabajo, en la política, la mujer fue el ser más marginado de aquella sociedad.

— Dada la situación política, sólo existió como movimiento femenino el oficial: la *Sección Femenina de Falange* que, a mi modo de ver, fue nefasto para la mujer.

PRIMER MOVIMIENTO A FAVOR DE LA MUJER DE LA POSTGUERRA

En Barcelona, en 1970, nace el primer Movimiento a favor de la Mujer de la postguerra. 17 asociaciones católicas femeninas miembros, algunas de ellas de la Organización Internacional UMOFC (Unión Mundial de Organizaciones Femeninas Católicas) decidieron coordinarse para trabajar en un programa de mentalización y de acción para luchar contra las discriminaciones que existían en nuestro país en todos los ámbitos de la sociedad: en las leyes, educación, familia, trabajo... Después de 30 años de silencio, impuesto por el franquismo, fueron las mujeres católicas de la Coordinadora de Barcelona las primeras en iniciar un Movimiento de Liberación de la Mujer.

Las conferencias, encuestas, mesas redondas y coloquios que se celebraron en nuestra ciudad durante varios años, fueron organizados y realizados por la Coordinadora de la UMOFC.

En el año 1975, con ocasión del Año Internacional de la Mujer, se forma un Secretariado en la sede de la Asociación de Amigos de las Naciones Unidas para preparar unas Jornadas Catalanas de la Mujer. Durante todo el año, un grupo amplio de mujeres trabajamos en la preparación de estas Jornadas.

A lo largo del año se incorporan vocalías de mujeres de asociaciones de barrio, la Asociación de Mujeres Universitarias, algunas asociaciones de la Coordinadora de la UMOFC, ANCHE, Colectivo Feminista, escritoras feministas a nivel individual, mujeres de partidos políticos de izquierda y de extrema izquierda, de grupos más o menos revolucionarios, etc.

Se preparan Ponencias y se presentan Comunicaciones a las Ponencias. De las 300 mujeres que, según los cálculos, asistirían a las Jornadas, se pasa a 4.000 inscripciones. Tanto por el contenido de las intervenciones como por el ambiente, las *Jornades Catalanes de la Dona* se convierten en una verdadera revolución. Y de esta revolución nacen unos Movimientos de Liberación de la Mujer.

Varios grupos, unos muy radicales, otros más moderados, se unen formando la *Coordinadora Feminista*. Debido a la desigualdad de planteamientos, la Coordinadora tiene desde su formación muchos problemas.

Por otro lado se crea la *Associació Catalana de la Dona*, Asociación legalizada, la Coordinadora no se ha legalizado, y con unos planteamientos feministas aparentemente más realistas y más moderados. Esta Asociación, que podía haber hecho un gran trabajo a favor de la mujer, es manipulada completamente por un partido político.

Los partidos políticos empiezan a ser legalizados. Mujeres procedentes del Feminismo se incorporan a ellos. Incorporación criticada por los grupos más radicales.

Las mujeres que han ingresado en los partidos políticos se encuentran a menudo con incomprensiones y dificultades, tanto dentro de los partidos como fuera de ellos, ya que muchas feministas no comprenden esta doble militancia. Y los mismos partidos, aun deseando su incorporación como simple militante, no están dispuestos a ceder en cuanto se trata de ocupar sitios de relieve (Cortes, Senado, etc.), donde la mujer, en general y salvo pequeñas excepciones, sigue estando marginada.

PLANTEAMIENTO DE LA PLANIFICACION FAMILIAR SEGUN LOS MOVIMIENTOS FEMINISTAS

Con excepción de los grupos más radicales, el planteamiento que hacen las feministas de la Planificación Familiar es muy parecido.

— La mayoría de grupos integrados en la Coordinadora cuestionan el nombre, porque presupone la aceptación de la familia como forma de organización de la sociedad. Forma que muchas de ellas no aceptan.

— Algunos grupos piden la libertad de elegir la forma de convivencia que se desee para satisfacer las necesidades afectivas y sexuales.

— Un grupo reivindica el lesbianismo como relación sexual. Rechazan los anticonceptivos y en algunos casos reclaman la fecundación artificial.

— La mayoría reclama el derecho al propio cuerpo, lo que equivale a disponer en caso de fecundación de la libertad de abortar.

— Una educación sexual, libre de prejuicios. El conocimiento de la propia sexualidad.

Todos los grupos, quizás con la excepción de las lesbianas, piden:

a) Centros de Planificación Familiar en los barrios y las comarcas.

b) Amplia divulgación de los sistemas o métodos anticonceptivos.

c) Distribución gratuita de los anticonceptivos y que éstos sean a cargo de la Seguridad Social.

d) Que la Planificación Familiar en todas sus facetas esté en manos de mujeres.

He procurado a lo largo de mi exposición ser lo más objetiva posible. Pero es difícil ser neutral en un tema tan importante para la mujer y para la sociedad como es el de la Planificación Familiar.

Por este motivo, como mujer feminista que ha trabajado muchos años a favor de los derechos de la mujer, como impulsora y responsable del Primer Grupo Feminista de Barcelona, como integrante de una Organización

Internacional de mujeres y como persona que ha luchado muchos años a favor de los Derechos Humanos, tengo que decir que la situación que se ha vivido durante 40 años en nuestro país, en el tema de la Planificación Familiar, ha sido una constante vulneración de los derechos humanos fundamentales proclamados por las Naciones Unidas, aceptados y suscritos por la mayoría de países del mundo entre ellos España.

No se trata ahora de entrar en detalles que nos alejarían del tema de hoy, pero sí quiero detenerme a analizar cómo fue tratado en el contexto sociopolítico español la cuestión de la Planificación Familiar.

Durante 40 años los españoles, hombres y mujeres, hemos estado sujetos al artículo 416 del Código Penal. Este artículo, ignorado por la mayoría de la población, es el que ha controlado, bajo pena de sanciones más o menos importantes, el que los ciudadanos tuvieran acceso a cualquier tipo de información que les permitiera regular de una manera responsable el número de hijos que quisieran tener.

Creo que es importante copiar textualmente este artículo del Código que tan penosas consecuencias ha tenido en los miles de abortos clandestinos que anualmente se producen en nuestro país.

Artículo 416 del Código Penal

«Serán castigados con arresto mayor y multa de 5.000 a 100.000 pesetas los que con relación a medicamentos, sustancias, objetos, instrumentos, aparatos, medios o procedimientos capaces de provocar o facilitar el aborto o *de evitar la procreación*, realicen cualquiera de los actos siguientes:

1. Los que en posesión del título facultativo sanitario meramente lo indicaren, así como los que, sin dicho título, hicieran la misma indicación o con ánimo de lucro.
2. El fabricante o negociante que los vendiera a personas no pertenecientes al Cuerpo Médico o a comerciantes no autorizados para su venta.
3. El que los ofreciera en venta, vendiere, expendiere, suministrare o anunciare en cualquier forma.
4. *La divulgación en cualquier forma que se realizare de los destinados a evitar la procreación*, así como su exposición pública y ofrecimiento en venta.
5. *Cualquier género de propaganda anticonceptiva.*»

Para evitar posibles salidas legales, el 24 de enero de 1941 se promulga una Ley: «Para la protección de la natalidad contra el aborto y la propaganda anticoncepcionista». En el artículo 14 se indica:

«La divulgación pública, en cualquier forma que se realizare, de medios o procedimientos para evitar la procreación, así como todo género de propaganda anticoncepcionista, será castigado con la pena de arresto mayor en su grado mínimo y multa de 500 a 5.000 pesetas. Será castigada: con igual pena la exposición pública y ofrecimiento en venta de objetos destinados a evitar la concepción.»

Más adelante, en agosto de 1965, una Orden Ministerial y otra Orden de la Presidencia del Gobierno excluía del delito a los médicos que recetasen anovulatorios con finalidad terapéutica. A partir de aquel momento, las mujeres españolas podrían consumir estos productos sólo con el objeto de «tratamiento necesario en determinadas enfermedades.»

Según un informe del Tribunal Supremo de 1974, 800.000 españolas recibían *tratamiento*. Actualmente la cifra llega a los dos millones. Las mujeres que recibían *tratamiento* era tan elevado que la OMS, al realizar su informe, se sintió preocupada al constatar el creciente número de determinadas *enfermedades* en las mujeres españolas.

¿Cuáles han sido las consecuencias sociológicas del desgraciado artículo 416?

Una desinformación general de la población, en todo lo referente a Orientación y Planificación Familiar, con el escalofriante número de 300.000 abortos clandestinos anuales (según datos facilitados por el Ministerio de Justicia). Abortos realizados en unas condiciones terribles para la mujer: grave riesgo de su vida y riesgo de perder su libertad en el caso de que el aborto fuese descubierto por las autoridades.

Pero a pesar de la gravedad de la situación, esta falta de información no ha sido todavía resuelta. Después de la reforma del artículo 416 y de las promesas hechas por el Ministerio de Sanidad y por la *Conselleria de Sanitat de la Generalitat* en cuanto a poner en marcha, en plan de urgencia, Centros de Planificación en todo el país, la situación sigue igual. Los Centros, salvo alguno que sirve en parte para cubrir el expediente, siguen sin crearse. Unos Medios de Comunicación tan importantes como son la Radio y la Televisión, no son utilizados. Esta actitud de indiferencia por parte de la Administración es muy grave. Grave y preocupante si tenemos en cuenta que esta falta de información es la causa principal de los miles y miles de abortos que, como ya hemos señalado, tienen lugar en España.

Por tanto, creo que es necesario presionar a los Organismos correspondientes del Gobierno y de la Generalitat, para que tomen conciencia de la necesidad de desarrollar con carácter urgente un amplio programa de información a toda la población, utilizando para ello todos los medios disponibles que se consideren más eficaces.

Hay que explicar con mucha claridad a los responsables de estos Organismos que inhibirse de este problema es contribuir a los miles de abortos que, por falta de información, se realizan anualmente en nuestro país.

No basta con clamar contra el aborto, hay que actuar positivamente para que desaparezca, o al menos disminuya, el aborto ocasionado por la ignorancia a que se ha sometido a la población, procurando que las parejas tengan conocimiento de los diferentes métodos que existen, para que de una manera responsable puedan decidir el número de hijos que deseen tener.

DIMENSION PSICOLOGICA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

FERNANDO ANGULO

LA COMUNICACION Y SU PROBLEMATICA

Al reflexionar sobre los aspectos psicológicos de la Planificación Familiar, se me hace manifiesto en primer término la comunicación y su problemática. En la labor de Planificación Familiar, el conocimiento de las vías de comunicación y sus límites es muy importante para poder controlar los errores derivados de este tema.

Las palabras dichas por una persona tienen significados diversos, para la propia persona y para terceros: se empieza a multiplicar su número de significados, la relación entre significado y significante se disocia, se distancia, resultando que cuando queremos transmitir una cosa, raramente sabemos lo que los demás oyen; por tanto, no tenemos derecho a afirmar, y debemos tener presente lo relativo que es la comunicación humana. Debemos saber lo que queremos transmitir, pero también debemos tomar las precauciones necesarias para neutralizar al máximo estos fenómenos de distorsión de la comunicación, tanto desde el especialista al solicitante, como viceversa.

La formación profesional correcta y la experiencia obliga al voto de humildad, de relatividad, a evitar dogmatismos y conocimientos omnipotentes, muy peligrosos en este terreno que hablamos hoy. Sin embargo, si la experiencia es viva, si el aparato mental del especialista está abierto para aprender de la experiencia, que significa poder oír y pensar, no sólo los pensamientos propios, sino los ajenos y poder, a la vez, pensar esos pensamientos. Estas son las líneas básicas e imprescindibles para cualquier comunicación. Les puedo asegurar que de lo que voy a decir aquí, sólo un porcentaje muy pequeño del significado de las palabras que yo diga y de las que se habrán dicho aquí, quedarán como tales en las mentes. Si cada palabra, cada frase y cada concepto sirve para movilizar en el otro pensamientos opuestos, similares, distintos, asociaciones que no tengan nada que ver, etc., ya me daría por satisfecho; creo que la finalidad de estos cursillos y de estas reuniones es realmente el obligarnos a todos a pensar. Pero, ¿de qué forma?: oponiéndonos al conferenciante, dándonos la razón, disintiendo absolutamente, indignándonos a veces, sometiéndonos, etc. Pero, no obstante, todas ellas son motivo de que una dialéctica o una posibilidad dialéctica se abra, no solamente entre personas, sino en el interior de cada persona y que ello nos permita el llegar por lo menos a estar abiertos a conceptos y no encerrarnos en un dogmatismo. Hay que tener también mucho cuidado con el idealismo; los ideales se confunden fácilmente con los imposibles, la idealización a la que todos estamos expuestos tiene como fenómeno grave que nadie es consciente de ella, y por lo tanto todos somos capaces con la mayor modestia, a veces con la mayor ligereza, de imponer, o pretender imponer a los demás nuestra verdad, cuando de hecho para lo único que sirve este intento es para descargar a veces la mala conciencia, a veces la pretendidamente buena, otras veces la ansiedad y, a veces, las finalidades subterráneas ocultas del que pretende convencer al otro.

NORMALIDAD PSICOLOGICA

Para continuar en la línea que he iniciado tengo que incluir un nuevo concepto que está estrechamente relacionado con el de comunicación y Planificación Familiar: es el de la normalidad Psicológica, sin confundirlo con la adaptación o la normativa moral-social de un grupo determinado, sino que se percibe esta normalidad en el dinamismo y la capacidad dialéctica de desarrollo y crecimiento.

Así, la normalidad de la transmisión y de la comunicación, posible gracias a la normalidad psicológica de los sujetos que intervienen en la misma, son la base de la relación médico-enfermo, solicitante, solicitado, en el plano de la Planificación Familiar en la que la comunicación debe estar expedita, libre y abierta, no solamente por parte del que pide, sino por parte del que recibe esta solicitud.

En Planificación Familiar, el que recibe las demandas es el equipo, y como tal evita las visiones parceladas de las situaciones frente a las que se encuentra, no solamente por la diversidad de conocimientos de los distintos especialistas que lo integran, sino por la posibilidad de intercambio en el interior del mismo.

El que este intercambio sea coherente y considere al individuo como un todo dinámico y no como un conjunto de partes yuxtapuestas, es facilitado por el papel que puede ofrecer el psiquiatra (psicólogo o psicodinamista) de sensibilización en el interior del equipo de Planificación Familiar, y que no debe estar limitado éste al campo de la exploración psicológica en su aspecto normal y patológico. Quiero decir con esto que el psiquiatra no puede limitarse a orientar matrimonios. La Planificación Familiar atañe al adolescente que nos pregunta sobre su presente y su futuro sexual, sobre su problemática sexual concreta, a las parejas, constituidas o no, previas o posteriores al matrimonio, etc., sino que debe alertar a los demás componentes del equipo sobre el significado de las

demandas y sobre los aspectos psicológicos y relacionales que lógicamente desencadenan el tipo de consultas que se plantean a un Equipo de Planificación Familiar.

LA RELACION PROFESIONAL

El papel del psiquiatra dentro del equipo lo marcará la madurez y el momento histórico de cada grupo.

Antes de madurar el equipo es frecuente el que los distintos especialistas pasen por una etapa de revisión, de desconfianza ante la psiquiatría; llega un momento en que aparece la fase de entusiasmo hacia la psiquiatría o hacia la sociología o hacia la política, pero entonces, como moda en esta fase de entusiasmo, se empieza a creer en la psiquiatría, pero no a conocerla todavía. Si bien la creencia puede ser una etapa final de razonamiento, a la vez puede ser la mistificación de la ciencia. Cuando la metafísica está más allá de la física y la física ha recorrido y sigue recorriendo el terreno que debe recorrer, allí empieza la auténtica metafísica; por tanto, para llegar a la metafísica, como para llegar a la psicología, a la metapsicología, hay que haber recorrido un terreno no de convicciones *a priori*, sino de crítica, de dialéctica, de conocimientos, de afirmaciones y de votos de humildad, muy importantes en el sentido que yo decía al principio; es decir, el voto de humildad a nivel científico significa: ser conocedor de la metodología general, conocer los límites; dicho en otro lenguaje, de nuestros conocimientos, que si bien no sabemos hasta dónde pueden llegar, sí a veces podemos definir con mayor o menor exactitud hasta dónde no pueden llegar; por lo tanto, la psicología, como cualquier otra rama u otra ciencia, tiene la obligación de tener noción de sus límites.

El psiquiatra debería estar en condiciones de informar a los demás componentes del equipo de qué es lo que deben oír cuando oyen, de iniciarles y ayudarles en aspectos casi puramente técnicos de las entrevistas que ellos no tienen por qué conocer en su rama. El diálogo a nivel psicológico no puede convertirse, ni confundirse con el diálogo de la calle. El psiquiatra psicoanalista tiene que tener una tercera oreja, un ojo de más. Como dice A. Green, el psicoanalista, por curiosidad, se mete entre bastidores, se entera del montaje de la obra, y muchas veces pierde la ilusión del espectador teatral; sin embargo, esta ilusión está constituida, a veces, por el conocimiento; poder recuperar la ilusión después es una ilusión. Como dice C. Parat, hacerse ilusiones no es vivir con ilusión: si es importante que el hombre llegue a tener ilusión, es muy importante que no viva de ilusiones o haciéndose ilusiones. De ahí resulta que vender ideales de lo que debería ser el final último de un desarrollo, es conseguir una admiración facilona y falsa; el decir la verdad a las personas es hacerse antipático, atacar la moda es ponerse a la gente en contra; seguirla, sin más, es no reflexionar. Todo esto está estrechamente relacionado con la psicología del fenómeno Planificación Familiar, son estos hechos desencadenantes de distorsiones relacionales y de comunicación tanto por parte del demandante como del especialista.

DEMANDA MANIFIESTA, DEMANDA LATENTE

Volviendo al tema de la comunicación, veremos que si el solicitante pide y no escucha, realmente seremos unos monstruos, si le negamos lo que pide. Si se le hace ver a la persona que pide que está pidiendo una cosa, pero que quizás quiere otra, creo que estamos cumpliendo con nuestro deber. Por ejemplo, demandas de ligaduras de trompas en mujeres jóvenes con un cuadro de neurosis fóbica, demandas de anticonceptivos en adolescentes que presentan problemas de abandonismo y de comportamiento graves, etc.

¿Qué le llega al psiquiatra, como restos, como retazos de lo que sería la Información pública o la opinión general de la Planificación Familiar? (Distinto es cuando éste está inserto en un equipo interdisciplinario.) Llegan madres preguntando si le han de dar la píldora a sus hijas de 14 ó 15 años, sin traer a la hija y sin que ésta haya solicitado nada. Luego, nos llega la hija diciéndonos que ella hace tiempo que tiene relaciones sexuales, a los 16 ó 17 años, que si ha de tomar o no la píldora, que no ha hablado de ello a sus padres, porque no la entenderían, etcétera; me refiero sólo a los casos conflictivos, lógicamente...

Otro aspecto evolutivo formativo del equipo consiste en conocer y aceptar las limitaciones de cada especialista, especialmente del psiquiatra, al que a menudo se le solicita un trabajo omnipotente. Hay muchos casos en los que, si bien la comprensión intelectual de la dinámica psicológica de una persona, una pareja o una familia es clara y rápida, cualquier actuación sobre la misma es imposible o de resultados paradójicos.

Otros aspectos tópicos y peligrosos son la influencia de la sociedad en lo psíquico, el descompensado psíquico como víctima de la sociedad y el derecho a la libertad. La incidencia de la sociedad en el individuo es un fenómeno complejo que no puede simplificarse en una relación de causalidad directa.

DERECHO A LA LIBERTAD. REPRESION. IDENTIDAD

El derecho a la libertad es un hecho fundamental en el hombre; ahora bien, no toda demanda o manifestación comportamental es necesariamente libre, y justamente el estado psíquico de la persona tiene un valor alto en el ejercicio de una libertad verdadera.

La influencia de la sociedad sobre el siquismo del individuo aparece frecuentemente relacionada con el concepto de represión, sobre el que querría aclarar unos puntos que están en el origen de las confusiones con que se maneja el término. La represión puede ser de dos tipos: la represión externa y la represión interna, que es función en parte de la primera y en parte de las evoluciones autoctorias de la persona; es decir, que no basta la represión sexual en la infancia para destrozar la sexualidad de un adolescente y de un adulto, aunque se crea a menudo en la evolución lineal de los fenómenos. Sin embargo, además de este factor de la represión sexual que he citado a modo de ejemplo, hay infinidad de factores más graves, que repercuten en el futuro de la integridad sexual de los adolescentes y de los adultos. Serían éstos factores de relación, de aprendizaje a través de las identificaciones. Las personas no aprendemos a través de lo que nos dicen, sino que aprendemos por lo que son las personas que nos rodean (padres, pedagogos, etc.). Identificándonos, obte-

(Termina en la página siguiente)

EDUCACION Y MADURACION SEXUAL

MARIANO GALVE

FENOMENOLOGIA DE LA SEXUALIDAD

La sexualidad como hecho universal, intensivo e interpelación

Si un animal tuviera capacidad de reflexionar sobre su sexualidad constataría, durante un tiempo muy largo, una atonía total; después, de repente, una invasión de la sexualidad irrepresible, que exige una satisfacción inmediata, durante un tiempo muy breve y limitado.

En el hombre, respecto a la sexualidad, las cosas son diferentes: más libre, en un cierto sentido, porque puede dominarse y reprimirse, está más esclavizado en otro sentido, porque toda su vida está invadida y afectada por la sexualidad. El instinto sexual, ramificado por todo el ser humano, interviene a tiempo y a destiempo; colorea, resuena y puede asociarse a toda función psíquica y espiritual; puede animarlo todo y pervertirlo todo; desborda, con mucho, las necesidades vitales, al contrario que los animales; el impulso sexual, en el hombre, se ha separado de la pura necesidad. Por eso, como dice Jean Guitton, en su libro *El amor humano*, «La economía humana, desde el punto de vista sexual, es desordenada, ambigua y paradójica».

Esta universalidad de la sexualidad en el hombre, que afecta a todo y lo invade todo, impone frente a ella dos actitudes contrarias: el pudor vergonzoso o la manifestación descarada; hay épocas y personas que la intentan reducir a una parte mínima de la realidad humana y otras épocas y personas que la convierten en el ingrediente único de toda existencia del hombre.

Lo cierto es que la sexualidad, por su carácter universal, da pie para muchos mitos que, fundamentalmente, son de doble especie: los mitos de la inhibición y de la culpa y los mitos de la euforia y del orgasmo.

Lo cierto es, también, que es muy difícil hablar de la sexualidad humana desde un punto de vista sereno, porque la sexualidad tiene, en sí misma, demasiada intensidad vivencial, demasiada extensión por la geografía y el tiempo de los hombres y demasiada representación mítica.

Lo cierto es, finalmente, que si la sexualidad humana es tan superabundante hay, en ella, algo que nos interroga, algo que nos interpela; algún sentido oculto que es importante descubrir. Lo que quiero decir es que, más allá de la constatación fenoménica, la sexualidad esconde un sentido y una significación para el hombre.

ANALITICA DE LA SEXUALIDAD

Un fenómeno tan complejo como la sexualidad humana necesita ser desmontado en sus elementos esenciales: lo genital, lo erótico, lo amoroso y lo trascendente. En una sexualidad, más o menos madura, aparecen todos estos componentes en diferente grado y con características individuales; en una sexualidad inmadura, uno de los elementos puede anular todos los demás.

a) El elemento *genital* de la sexualidad hace referencia al instinto posesivo y reproductivo. Es una energía fuerte en impulsividad que acerca a dos seres en una unión física, que produce placer. Lo negativo, aquí, no es ni su fuerza, ni la unión buscada, ni el placer experimentado, sino disgregar este elemento de todos los demás. El individuo, en este caso, se deja guiar por un puro principio de placer, fijo sobre el objeto sexual. Ni siquiera se llega a un esbozo de encuentro interpersonal;

(Viene de la página anterior)

nemos la propia identidad. Esta identificación se obtiene mediante introyecciones, que significa poder meter dentro, no por el sistema del alimento en la boca o de la lectura en los ojos, sino que además para leer, por ejemplo, hace falta que en la corteza signifique algo. Por esto, jamás puede haber información si no se considera este punto de que pueda ser significativa para el que la recibe. No puede ser una lista de *lo que hay que hacer*, sino que tiene que constituir un intercambio más matizado que considere los factores que he apuntado hasta aquí.

Así, el inducir activamente y desde fuera a la *desrepresión* sexual de los niños, no es más que la respuesta en péndulo de la *represión* sexual desde fuera de antaño. El niño sólo comprenderá la información cuando pueda formular la pregunta. El discurso externo sobre la sexualidad no basta para conseguir la integración sexual ni en niños, ni en adolescentes, ni en adultos.

Para terminar este capítulo, citaremos que en el campo psicológico, además del conocimiento sobre psicología experimental, evolutiva y psicodinámica, es importante el conocer los aspectos de dinámica de pareja, de familias y las técnicas de terapias de grupo y psicodrama, etc., si bien estos sí son trabajos más específicos del especialista psiquiatra.

EDUCACION Y MADURACION SEXUAL

MARIANO GALVE

FENOMENOLOGIA DE LA SEXUALIDAD

La sexualidad como hecho universal, intensivo e interpelación

Si un animal tuviera capacidad de reflexionar sobre su sexualidad constataría, durante un tiempo muy largo, una atonía total; después, de repente, una invasión de la sexualidad irrepresible, que exige una satisfacción inmediata, durante un tiempo muy breve y limitado.

En el hombre, respecto a la sexualidad, las cosas son diferentes: más libre, en un cierto sentido, porque puede dominarse y reprimirse, está más esclavizado en otro sentido, porque toda su vida está invadida y afectada por la sexualidad. El instinto sexual, ramificado por todo el ser humano, interviene a tiempo y a destiempo; colorea, resuena y puede asociarse a toda función psíquica y espiritual; puede animarlo todo y pervertirlo todo; desborda, con mucho, las necesidades vitales, al contrario que los animales; el impulso sexual, en el hombre, se ha separado de la pura necesidad. Por eso, como dice Jean Guitton, en su libro *El amor humano*, «La economía humana, desde el punto de vista sexual, es desordenada, ambigua y paradójica».

Esta universalidad de la sexualidad en el hombre, que afecta a todo y lo invade todo, impone frente a ella dos actitudes contrarias: el pudor vergonzoso o la manifestación descarada; hay épocas y personas que la intentan reducir a una parte mínima de la realidad humana y otras épocas y personas que la convierten en el ingrediente único de toda existencia del hombre.

Lo cierto es que la sexualidad, por su carácter universal, da pie para muchos mitos que, fundamentalmente, son de doble especie: los mitos de la inhibición y de la culpa y los mitos de la euforia y del orgasmo.

Lo cierto es, también, que es muy difícil hablar de la sexualidad humana desde un punto de vista sereno, porque la sexualidad tiene, en sí misma, demasiada intensidad vivencial, demasiada extensión por la geografía y el tiempo de los hombres y demasiada representación mítica.

Lo cierto es, finalmente, que si la sexualidad humana es tan superabundante hay, en ella, algo que nos interroga, algo que nos interpela; algún sentido oculto que es importante descubrir. Lo que quiero decir es que, más allá de la constatación fenoménica, la sexualidad esconde un sentido y una significación para el hombre.

ANALITICA DE LA SEXUALIDAD

Un fenómeno tan complejo como la sexualidad humana necesita ser desmontado en sus elementos esenciales: lo genital, lo erótico, lo amoroso y lo trascendente. En una sexualidad, más o menos madura, aparecen todos estos componentes en diferente grado y con características individuales; en una sexualidad inmadura, uno de los elementos puede anular todos los demás.

a) El elemento *genital* de la sexualidad hace referencia al instinto posesivo y reproductivo. Es una energía fuerte en impulsividad que acerca a dos seres en una unión física, que produce placer. Lo negativo, aquí, no es ni su fuerza, ni la unión buscada, ni el placer experimentado, sino disgregar este elemento de todos los demás. El individuo, en este caso, se deja guiar por un puro principio de placer, fijo sobre el objeto sexual. Ni siquiera se llega a un esbozo de encuentro interpersonal;

(Viene de la página anterior)

nemos la propia identidad. Esta identificación se obtiene mediante introyecciones, que significa poder meter dentro, no por el sistema del alimento en la boca o de la lectura en los ojos, sino que además para leer, por ejemplo, hace falta que en la corteza signifique algo. Por esto, jamás puede haber información si no se considera este punto de que pueda ser significativa para el que la recibe. No puede ser una lista de *lo que hay que hacer*, sino que tiene que constituir un intercambio más matizado que considere los factores que he apuntado hasta aquí.

Así, el inducir activamente y desde fuera a la *desrepresión* sexual de los niños, no es más que la respuesta en péndulo de la *represión* sexual desde fuera de antaño. El niño sólo comprenderá la información cuando pueda formular la pregunta. El discurso externo sobre la sexualidad no basta para conseguir la integración sexual ni en niños, ni en adolescentes, ni en adultos.

Para terminar este capítulo, citaremos que en el campo psicológico, además del conocimiento sobre psicología experimental, evolutiva y psicodinámica, es importante el conocer los aspectos de dinámica de pareja, de familias y las técnicas de terapias de grupo y psicodrama, etc., si bien estos sí son trabajos más específicos del especialista psiquiatra.

el otro no es más que un medio, un objeto o un pretexto. La sexualidad, en este caso, se degrada a la categoría de lo infrahumano, pues rechaza ser integrada en un proyecto específicamente humano. La violación, prostitución, ninfomanía y la obsesión sexual son los representantes de esta ruptura.

b) El elemento *erótico* de la sexualidad quiere expresar aquí la entrada en el mundo del sentimiento, de la pasión amorosa, de la afectividad y del enamoramiento. Aquí, como en la genitalidad, lo inmaduro no está en su reconocimiento (toda sexualidad tiene un componente erótico), sino en querer convertirlo en elemento absoluto. En este sentido, existe un texto revelador, el de Brigitte Bardot, en una entrevista concedida al periodista Jean Cau:

«Yo he tenido muchos amantes en mi vida. Por eso, se ha dicho de mí que era perversa. Le aseguro, Monsieur Cau, que no es un problema de perversidad, sino un problema de ternura. Para mí, la sola presencia que cuenta, cerca de mí, sobre la cual yo pueda apoyarme, es la de un hombre. Pero, dígame, ¿de qué hombre?; yo no encuentro a nadie; son los mismos los que pasan y vuelven a pasar, como la lanzadera. Entonces, cuando estoy en plena depresión, cuando me estoy hundiendo en el pantano, me agarro a un madero, el primero que pasa... Creo que no hay más que maderos. A pesar de todas las caricias que he recibido, yo sólo creo esto; y si no lo creyera, sería atroz».

Esta reducción de lo sexual a sólo erotismo habría, pienso, que meditarla hoy con detenimiento. El enamoramiento romántico, con sus consecuencias de depresión e incluso de suicidio, es más abundante hoy en nuestra cultura de lo que parece. Y pienso, también, que habría que meditar en los mitos del Don Juan y de Tristán. Don Juan, el seductor de las mil y una conquistas. No se trata, en su caso, de un desencadenamiento animal. A su manera, Don Juan es un espiritual que no cree alcanzar lo absoluto del amor más que a través de lo múltiple (comunas, alergia a un compromiso interpersonal, aventuras y conquistas).

Tristán, enamorado de la bella Isolda, casada con el rey Marcos, conoce a la vez la pasión y el drama. El amor de Tristán es un amor del amor, más que el amor a alguien; amor romántico que saborea la distancia y lo imposible, que testimonia a su manera la alianza extraña entre el amor y la muerte. (El Servicio de Psiquiatría Infantil de San Juan de Dios, responsable de este día, podría hablar de esos adolescentes con enamoramientos románticos, que incluso llegan al suicidio).

c) El elemento *amoroso* hace entrar a la sexualidad en una relación auténticamente personal. El *otro* aparece como rostro particular y como destino único e irreemplazable. Respondería a esta sencilla cuestión: ¿Por qué le amas? Porque es él y porque soy yo.

La dificultad de este elemento va en la misma dirección: prescindir, en la sexualidad, de los elementos genitales y eróticos. El amor puramente oblativo (sin lo posesivo y reproductivo) se transforma en superioridad teñida de piedad y que, en definitiva, conduce al desprecio.

En este sentido es significativo un texto de un teólogo luterano:

«Por naturaleza, la sexualidad es siempre fornicación, incluso en el matrimonio, porque la codicia sexual no se dirige nunca a un solo y único amante, sino siempre al otro sexo, en su generalidad impersonal. La esposa o el esposo se degrada al rango de representante fortuito, que otro hubiera podido o podría reemplazar. En el lecho conyugal, la santidad del matrimonio se anula en todos los casos».

Si acudimos a nuestra memoria, sería fácil encontrar esta actitud que, consciente o inconscientemente, se nos ha filtrado en nuestra formación cristiana. Muchas mujeres cristianas han abordado el matrimonio y su realidad total llevando en su mente aquel manifiesto escrito en el camisón de las muchachas del Piamonte en su noche de bodas: «No lo hago para mi placer, sino para proporcionar hijos a Dios».

d) El elemento *trascendente* quiere expresar el hecho de que la sexualidad, que es deseo y placer, pasión amorosa y encuentro del otro, desborda lo limitado y encuentra y potencia la comunicación con los demás y, en última instancia, alcanza lo universal.

La inmadurez en este elemento puede tomar dos formas contrarias:

— Se puede pretender vivir un amor humano cerrado y replegado sobre sí mismo, rechazando la creatividad y la apertura a los demás. Es la pretensión de la esposa o del esposo que obliga al otro a abandonar a sus amigos o sus empresas y proyectos, diciendo: «Soy yo ahora tu mundo y tu plenitud». (Aquí se podría situar toda la problemática del Curso de Planificación Familiar. Cuántos esposos se cierran, por miedo o avaricia, a la trascendencia; incluso a la más elemental trascendencia de su sexualidad, que son los hijos, y convierten su matrimonio en una unión dual seca, áspera e improductiva).

— La otra vía de inmadurez va en dirección contraria: «puesto que yo amo a todos, no tengo capacidad para amar a alguien, en concreto». De esto yo, como cura, que atiende vocaciones, sé bastante. Hay planteamientos vocacionales con contenido de amor universal que nacen de un temor al enfrentamiento corporal con el otro y de una no asunción de lo genital, de lo erótico y del amor.

DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD

Hemos visto cómo la sexualidad era un fenómeno universal, intensivo e interpelante. También, a la hora de analizarla en sus elementos, hemos visto que la madurez sexual era la resultante de una armonía básica entre lo genital, lo erótico, lo amoroso y lo trascendente. Pero hemos visto también qué fácil es desviarse y cuántos modos diversos se presentan en las desviaciones: la obsesión puramente sexual, el enamoramiento romántico con sus componentes de ternura y depresión, el amor desencarnado que rechaza el deseo y la pasión, el amor de estanque, cerrado sobre sí mismo, y el amor caótico, que no alcanza ni se refiere a nadie.

Por eso, no les extrañará que, en materia tan importante y tan difícil, como es la sexualidad, todos los individuos pasemos por largas etapas de adiestramiento y de maduración. Desde la primera fijación de la sexualidad en la boca del niño hasta la potencia orgiástica-reproductora-trascendente, existe un largo proceso de maduración.

Me perdonarán que les exponga brevemente este largo recorrido, que daría materia para todo un curso y que, por tanto, tendrá muchas lagunas. En este recorrido me importará más presentarles la sexualidad en su dinamismo, como la energía que estimula múltiples potencialidades

humanas que como una descripción puramente sexual. Importa, sobre todo, señalar los encuentros decisivos entre la excitabilidad nerviosa, la coordinación de los órganos erógenos y la reactividad selectiva de las personas significativas en el medio ambiente.

La boca y los sentidos:
Confianza básica o desconfianza

El primero de esos encuentros decisivos se produce cuando se pone al pecho al recién nacido, que ahora está privado de su simbiosis con el cuerpo materno. Su capacidad congénita para incorporar a través de la boca se encuentra con la capacidad y la intención del pecho, la madre y la sociedad, de alimentarle y darle la bienvenida. En este momento, él vive a través de la boca y ama con ella; y la madre hace lo mismo con sus senos. El firme establecimiento de patrones perdurables para la solución del conflicto nuclear confianza básica-desconfianza básica se desarrolla en este diálogo de boca y pecho. Pero conviene señalar que la cantidad de confianza en esta temprana experiencia infantil no parece depender de cantidades absolutas del alimento o demostraciones de cariño, sino más bien de la cualidad de la relación materna. Las madres crean en sus hijos un sentimiento de confianza mediante ese tipo de manejo que combina el cuidado sensible de las necesidades del niño y un firme sentido de confiabilidad personal, dentro del marco seguro del estilo de vida de su cultura. Los padres no sólo deben de contar con ciertos métodos de guiar a través de la prohibición o del permiso, sino que también deben estar en condiciones de representar para el niño una convicción profunda, casi somática, de que todo lo que hacen tiene un significado. Si se da esta significación existencial, en esta etapa y en las siguientes, hay pocas frustraciones que el niño no pueda superar. En última instancia, los niños no se vuelven neuróticos a causa de frustraciones, sino de la falta o la pérdida de significado social en esas frustraciones.

Lo muscular y lo anal:
Autonomía o vergüenza y duda

La maduración muscular prepara el escenario para que la fuerza vital —llámese libido o sexualidad— se experimente en un ejercicio de autonomía: el control de sus intestinos, desde el punto de vista corporal y el control de aferrar y soltar, desde el punto de vista social. Para este ejercicio de autonomía el niño debe llegar a sentir que la fe básica en la existencia, que es el tesoro perdurable salvado de las rabietas de la etapa anterior, no correrá peligro ante su súbito cambio de actitud, este deseo repentino y violento de elegir por su propia cuenta, de apoderarse de cosas con actitud exigente y de eliminar con terquedad. El conflicto decisivo en esta etapa es la oscilación entre las actitudes hostiles o las actitudes bondadosas y el medio más eficaz para resolverlo es la firmeza. La firmeza debe protegerlo contra la anarquía potencial y su incapacidad para retener y soltar con discreción.

Lo contrario de la autonomía es la vergüenza, como experiencia de estar desnudo y consciente de ser mirado: en una palabra, consciente de uno mismo. La provocación excesiva de vergüenza no lleva al niño a una corrección genuina, sino a una secreta decisión de tratar hacer las cosas impunemente, sin que nadie lo vea. También puede provocar lo contrario: una desafiante desvergüenza. Hay un límite en la capacidad del niño y del adulto para soportar la exigencia de que se considere a sí mismo, su cuerpo y sus deseos, como malos y sucios.

Esta etapa, por tanto, se vuelve decisiva para la proporción de amor y odio, cooperación y terquedad, libertad de autoexpresión y vergüenza.

La locomoción y la genitalidad:
Iniciativa o culpa

En todas las etapas hay en cada niño un milagro de desenvolvimiento vigoroso, que constituye una nueva esperanza y una nueva responsabilidad para todos. Tal es el sentido y la cualidad esencial de la iniciativa. La iniciativa agrega a la etapa anterior, la autonomía, la cualidad de la empresa, el planeamiento y el *ataque* de una tarea por el mero hecho de estar vivo y en movimiento. La etapa ambulatoria y la de la genitalidad infantil suman la modalidad social básica de *conquistar*, primero en el sentido de *buscar el propio beneficio;* no hay para expresarlo ninguna palabra más simple y más intensa: sugiere placer en el ataque y la conquista. En el varón, el acento permanece puesto en los modos fálicos-intrusivos; en la niña, se vuelca a modos de *atrapar* con una actitud más agresiva de arrebatar o en la forma más sutil de hacerse atractiva y despertar afecto.

El peligro de esta etapa radica en un sentimiento de culpa frente al placer exhuberante ante el nuevo poder locomotor y mental. Si la autonomía encontraba sus enemigos en los iguales, en los celos de hermanos, la iniciativa encuentra los rivales en los que han llegado antes (los padres). Los celos y las rivalidades infantiles que pretendían delimitar una esfera de privilegio indiscutido, alcanzan ahora su culminación en una lucha final por una posición de privilegio frente a la madre. En esta lucha, el niño será vencido.

Aquí se provoca esa crisis específicamente humana durante la cual el niño debe dejar atrás su apego exclusivo y pregenital a los padres e iniciar el lento proceso de convertirse en un progenitor y en un portador de la tradición.

La etapa larga de latencia:
Industria o inferioridad

Después de esta crisis edípica, el escenario interior parece preparado para la *entrada en la vida.* Pero la vida debe ser primero vida escolar, sea la escuela una pradera, una selva o un aula. El niño debe olvidar las esperanzas y deseos pasados, al paso que su exhuberante imaginación se ve domesticada y sometida a las leyes de las cosas impersonales. Pues antes de que el niño, que ya es psicológicamente un progenitor en potencia, pueda ser un progenitor biológico, debe comenzar por ser un trabajador y un proveedor potencial.

Con el período de latencia que se inicia, el niño de desarrollo normal olvida, o más bien sublima, sus modos arcaicos de satisfacción y de conquista y aprende a obtener reconocimiento mediante la producción de cosas. Para ello ha tenido que dominar el campo ambulatorio y los modos orgánicos y experimentar el hecho de que no hay un futuro practicable dentro del vientre de su familia.

El peligro en esta etapa radica en un sentimiento de inadecuación e inferioridad. Si desespera de sus herra-

mientras y habilidades o de su status entre su compañeros, puede renunciar a la identificación con ellos y con un sector del mundo de las herramientas. Se trata de una etapa decisiva desde el punto de vista social: puesto que la industria implica hacer cosas junto a los demás y con ellos, aunque no lo sea desde el punto de vista emocional, porque los impulsos violentos están normalmente inactivos. Pero se trata de un momento de calma —latencia— antes de la tormenta de la pubertad, cuando todos los impulsos emergen para caer bajo el dominio de la genitalidad.

Pubertad y adolescencia:
Identidad o confusión de rol

Con el establecimiento de una buena relación con el mundo de las habilidades y las herramientas y con el advenimiento de la pubertad, la infancia propiamente dicha llega a su fin. La juventud comienza. Pero en la pubertad y la adolescencia todo lo conseguido hasta ahora y en lo que se confiaba, vuelve a ponerse hasta cierto punto en duda, debido a una rapidez del crecimiento corporal y a causa del nuevo agregado de la madurez genital.

Los jóvenes que crecen y se desarrollan, enfrentados con esta revolución fisiológica en su interior, y con tareas adultas tangibles que les aguardan, experimentan el conflicto fundamental de armonizar lo que parecen ser los ojos de los demás en comparación con lo que ellos mismos sienten que son.

El peligro, en esta etapa, es la confusión de rol. Cuando esta se basa en una duda frente a la propia identidad sexual, los episodios delincuentes y abiertamente psicóticos no son raros.

La pubertad y adolescencia inicia la modalidad del *enamoramiento*, que no es en modo alguno total o exclusivamente sexual, salvo cuando las costumbres así lo exigen. En grado considerable, el amor adolescente es una búsqueda de su identidad; por eso, se proyecta en el otro para reflejarse y aclararse a sí mismo. A ello se debe que una parte tan considerable del amor juvenil consista en conversación.

Lo juvenil:
Intimidad o aislamiento

La fortaleza adquirida en cualquier etapa se pone a prueba ante la necesidad de superarla y trascenderla en la siguiente. Así, el adulto joven, que surge de la búsqueda de sí mismo, está preparado para la intimidad, esto es, la capacidad de entregarse a afiliaciones concretas y cumplir con sus compromisos, aun cuando éstos pueden exigir sacrificios significativos. Ahora el cuerpo y el yo deben de ser lo suficientemente fuertes para la experiencia de pruebas decisivas: la solidaridad de las afiliaciones estrechas, los orgasmos y las uniones sexuales, la amistad íntima, el combate físico y el traducir las intuiciones surgidas de las profundidades del sí mismo.

El peligro, en esta etapa, es el aislamiento: no atreverse a realizar y traducir en experiencia la masa energética del cuerpo y de la mente.

En términos estrictos, es ahora cuando puede desarrollarse plenamente la verdadera genitalidad. Anteriormente, gran parte de la vida sexual corresponde a la búsqueda de identidad, o está dominada por las tendencias fálicas o vaginales. La genitalidad, en su madurez, consiste en la capacidad plena para desarrollar una potencia orgiástica tan libre de interferencias pregenitales que se exprese en la mutualidad heterosexual, con plena sensibilidad tanto del pene como de la vagina, y con una descarga de tipo convulsiva de la tensión en todo el cuerpo. Esta es una manera bastante concreta de decir algo sobre un proceso que en realidad no comprendemos. Para expresarlo en términos más situacionales: el hecho de encontrar, a través del torbellino culminante del orgasmo, una experiencia suprema de la regulación mutua de dos seres, de alguna manera anula las hostilidades y la rabia potenciales provocadas por la oposición entre masculino y femenino, realidad y fantasía, amor y odio. Así, las relaciones sexuales satisfactorias hacen el sexo menos obsesivo, la sobrecompensación, menos necesaria y los controles sádicos, superfluos.

Todo el mundo sabe que se ha ido demasiado lejos en la importancia que se atribuye a la genitalidad como cura universal para el individuo y la sociedad. También todo el mundo sabe que se ha agregado, de esta manera, una nueva adicción (como en la droga) y un nuevo bien de consumo, que se explota rentablemente de muchas maneras.

Pero, a fin de describir todas las metas que la genitalidad, de modo utópico, debería incluir, vamos a ir hasta el final. La utopía de la genitalidad debería incluir:

— Mutualidad del orgasmo.
— Con un compañero amado.
— Del otro sexo.
— Con quien uno puede y quiere compartir una confianza mutua.
— Y con el que uno puede y quiere regular los ciclos de trabajo, procreación y recreación.
— A fin de asegurar también a la descendencia todas las etapas de un desarrollo satisfactorio.

Es evidente que semejante logro utópico en gran escala no puede constituir una tarea individual ni terapéutica. Tampoco se trata de un problema puramente sexual. Es parte integral del estilo que una cultura tiene para la selección, cooperación y competencia sexuales.

Lo adulto:
Generatividad o estancamiento

Los estudiosos de la sexualidad humana necesitaron algún tiempo para comprender que la capacidad de perderse en el encuentro entre dos cuerpos y dos mentes lleva a una expansión gradual de los intereses del individuo y a una inversión libidinal en aquéllos que se genera en esa forma. La generatividad constituye una etapa esencial en el desarrollo psicosexual y también en el psicosocial. Cuando tal enriquecimiento falta por completo, tiene lugar una regresión, con un sentimiento general de estancamiento y empobrecimiento personal. Los individuos, en ese caso, comienzan a tratarse a sí mismos como si fueran su propio y único hijo.

Ahora bien, el mero hecho de tener o desear tener hijos no basta para alcanzar la generatividad. En primer lugar, y volvemos al principio, es necesaria una fe, alguna *creencia en la especie* que proporcionara la confianza de que el niño es una responsabilidad que la comunidad acoge con agrado. En segundo lugar, la insistencia —muy de

moda hoy en día— en dramatizar la dependencia de los niños con respecto a los adultos a menudo nos hace pasar por alto la dependencia que la generación más vieja tiene con respecto a la más joven. El hombre maduro necesita sentirse necesitado, y la madurez necesita la guía y el aliento de aquéllos que ha producido y que debe cuidar.

La madurez:
Integridad o desesperación

Sólo en el individuo que ha cuidado de cosas y personas y se ha adaptado a los triunfos y desilusiones de ser el generador de otros seres humanos o el generador de productos o ideas, puede madurar gradualmente el fruto de las siete etapas anteriores. A esto se llama: *integridad de uno mismo* y también madurez. La madurez es un amor postnarcisista del yo humano, como una experiencia que transmite un cierto orden del mundo y le da un sentido espiritual, por mucho que se haya debido pagar por esta experiencia. Es la aceptación del propio y único ciclo de vida como algo que debía ser y que, necesariamente, no permitía sustitución alguna. Es una camaradería con las formas organizadoras de épocas remotas y una atención serena hacia actividades nuevas.

La falta o la pérdida de esta integración acumulada se expresa en el temor a la muerte: no se acepta el único ciclo de vida como esencial de la vida. La desesperación expresa el sentimiento de que ahora el tiempo que queda es corto, demasiado corto para intentar otra vida y para probar caminos alternativos hacia la integridad.

PEDAGOGIA DE LA SEXUALIDAD

Podemos, ahora, comprender y enfrentarnos con los datos que nos ha proporcionado la fenomenología de la sexualidad: era un fenómeno universal, intensivo e interpelante; con los datos de la analítica de la sexualidad: el polo genital, erótico, amoroso y trascendente y los datos del desarrollo sexual: lo pregenital, esbozo embrionario, genital, latencia, adolescencia, juventud y madurez.

En síntesis, la sexualidad es una energía vital que se impone, que afecta a todos los seres vivos pero que tiene su expresión diferente según el desarrollo de una historia biográfica. Si la sexualidad, por la razón que fuere, se ha estancado en zonas parciales del cuerpo o en modos arcaicos de comportamiento, tendremos la compulsión repetitiva de lo sexual, la referencia constante a lo genital, sin que la sexualidad riegue y alimente las ideas y las imágenes (elemento erótico); sin que la sexualidad afectivice el encuentro interpersonal (elemento amoroso); y sin que la sexualidad nos abra el mundo (elemento trascendente).

Si la sexualidad, por la razón que fuere, se estanca en las ensoñaciones, en las ideologías y los sueños, buscando compulsivamente la propia resonancia y la propia identidad, no será posible la síntesis entre la potencia pulsional y lo concreto, entre el deseo (genital), el encuentro amoroso y la trascendencia en la generatividad.

Y si la sexualidad, por la razón que fuere, es todo eso: pulsión, placer, encuentro genital orgiástico, pero cerrada sobre sí misma, esa sexualidad acaba por degradarse en la medida que provoca un empobrecimiento personal.

SEXUALIDAD Y PLANIFICACION

En principio, diré brutalmente que la sexualidad es bastante refractaria a la planificación. En sexualidad, decía mi viejo profesor, todo el mundo miente. La sexualidad siempre desborda los planes y todo individuo tiene, respecto a ella, su rito privado y su pequeña perversión.

Pero también es necesario decir que la sexualidad interviene en los momentos y situaciones más importantes del hombre; también en el momento y situación de una planificación familiar. Sobre ello, baste decir de modo general que hay que contar con la sexualidad, y de modo importante, a la hora de una correcta planificación familiar.

Desde mi punto de vista, a partir de la exposición teórica del tema sexual, debo insistir y resaltar en varias modalidades actitudinales que influyen decisivamente en el tema de la planificación:

a) La actitud de confianza en uno mismo, en la especie y en el mundo que es el capital inicial con que la madre alimenta al niño que mama.

b) La actitud de cooperación y de amor, que debe sobreabundar sobre la rabia y la vergüenza, cuando el niño *se pone de pie* y empieza a explorar su mundo.

c) La actitud de tenacidad laboriosa, que es capaz de superar los desencantos y frustraciones de la vida, cuando el niño, aquietado emocionalmente en su latencia, es capaz de prolongarse en sus habilidades y herramientas.

d) Particular importancia, la actitud de dominio y claridad en la identificación sexual, cuando el adolescente puede ser cualquier cosa y emerge de esta crisis con su rol sexual definido.

e) La actitud de relajamiento corporal, cuando el amor juvenil descarga su energía sobre el amante y encuentra placer y aquietamiento.

f) Pero, sobre todo, insistiría en la actitud de prolongarse en los demás y, fundamentalmente, prolongarse en la propia descendencia. Gustar de la generatividad, porque es una expansión del individuo, que le evita el trágico enfrentamiento con su soledad.

USO DE ANTICONCEPTIVOS Y REPERCUSION PSICOLOGICA

MARGARITA IBAÑEZ

REPERCUSION DE LOS AVANCES TECNICOS EN EL CAMPO DE LA CONTRACEPCION SOBRE LA SEXUALIDAD

Me referiré, principalmente, a la vivencia de contracepción, no a las posibles influencias de los preparados químicos, en los anticonceptivos orales por ejemplo, sobre el psiquismo, estudios que de todas formas están iniciándose y que recogen datos poco definitivos y difícilmente deslindables de los aspectos psicológicos más globables de la persona.

Vamos a formular una primera pregunta: ¿Qué puede desencadenar en el psiquismo y en el mundo afectivo de una mujer, un hombre, o una pareja, el aparentemente simple hecho de poder decidir y controlar con un nivel elevado de garantías su capacidad reproductora?

No vamos a poder dar un respuesta exhaustiva y determinativa, sino que sólo podremos apuntar algunos aspectos que podemos encontrar y que debemos valorar y tener en consideración cuando orientamos a alguien sobre la anticoncepción.

Empezaré refiriéndome a una de las modificaciones más importantes que han producido los avances técnicos en el campo de la contracepción, al poder ofrecer sistemas seguros y poco molestos. Se trata de la separación de dos aspectos de la sexualidad que hasta entonces habían estado íntimamente relacionados: la comunicación, la relación y el placer sexual por un lado, y la reproducción por otro.

Esta nueva situación repercute de forma distinta sobre la sexualidad, tanto femenina, como masculina y en la proyección social de ambas.

Me referiré primero a la mujer, ya que le afecta de una manera especial por su papel digamos más dilatado (no me atrevo a decir más importante) en cuanto a tiempo, espacio y repercusión psicológica en la procreación.

Mediante la anticoncepción se ve por primera vez separada de su doble papel, sexual y maternal, situación que como todas las situaciones podrá tener sus aspectos progresivos y maduros y sus aspectos defensivos y regresivos.

La sexualidad femenina (haré referencia a la de nuestro país, por ser con la población que trabajamos) había tenido una vía de silenciación muy práctica y socialmente aceptada que era la maternidad (no hablamos lógicamente de todos los casos, sino en los que la maternidad era utilizada de forma distorsionada). Algunas mujeres se casaban y tenían hijos; ello les daba ya derecho a tener una pareja masculina, dentro de una relación específica y una comunicación específica (la crianza de los hijos), pero una relación y comunicación finalmente, pudiendo pasar por el lado de la sexualidad, y sin llegar a saber nunca de qué se trataba.

Muchas mujeres pasaban y pasan del papel de hijas al de madres, sin pasar nunca por el de pareja sexual.

Por el contrario, la mujer que quiere regular y planificar el nacimiento de sus hijos y acude a sistemas anticonceptivos, renuncia por lo menos temporalmente a su papel maternal y se encuentra con su papel sexual de una forma franca y sin obstáculos. Lo que puede desencadenar este nuevo hecho dependerá de la madurez sexual de cada mujer, de su partener o de la relación de pareja de ambos. Al hablar de madurez la concebimos incluida dentro de una madurez personal, siendo dos aspectos imposibles de disociar. Por ejemplo, podemos encontrar (y es de hecho uno de los casos más frecuentes) que detrás de aparentemente justificados temores de embarazo y utilización de métodos poco prácticos de anticoncepción, se escondan miedos y temores fóbicos, problemas de inmadurez, de frigidez, etc., que se ven defendidos por la vida sexual restringida, consecuencia de las precauciones ante un posible embarazo, que se pueden descompensar cuando el médico ofrezca sistemas más razonables de control, apareciendo los subsecuentes rechazos al sistema elegido o complicaciones más graves.

Otro punto a considerar sería la respuesta, las fantasías conscientes o inconscientes frente a la contracepción misma.

En la mujer hacen referencia principalmente a su problemática de castración y a la culpabilidad. La mujer renuncia temporalmente a una función creativa y de complementariedad narcisista, íntimamente relacionada con las relaciones amorosas con su partener. Podemos decir que, en una sexualidad madura, la mujer no necesita engendrar un hijo en cada coito, sino que puede relegarlo a un plano fantasmático, relegando así una parte instintiva que interviene en el deseo.

Pueden aparecer también fantasías de falta de consideración sobre su cuerpo, de falta de delicadeza de su pareja hacia ella, que se *aprovecha* más fácilmente de ella; vemos aquí que es importante ver de dónde surge la decisión de administrar anticonceptivos: de la mujer, del hombre, de la pareja, del especialista que desde su posición técnica y cultural puede verlo como un hecho banal, o bien creer que está liberando a una pobre mujer de una situación inhumana. Así podemos ayudar a alguien a que acepte situaciones nuevas trabajando y conociendo estas

reacciones y vivencias subterráneas que pueden convertir en desafortunado el acto más generoso.

Puede ser vivida como un poder, como una asimilación a la conducta sexual masculina, que puede funcionar *impunemente* sin el castigo del embarazo, anulando totalmente el aspecto y el sentimiento maternal y cargando el aspecto sexual, pero de forma fálica. Sería esta situación una formación reactiva a sentimientos de castración mal elaborados y asociados fatídicamente a la imagen femenina y a la feminidad, ello sería consecuencia de la evolución y maduración psico-sexual y lógicamente repercute en la vida de la pareja y en la conducta sexual.

Las fantasías de transgresión a unas normas y a una educación recibida son también muy frecuentes, desencadenando sentimientos de culpabilidad.

Aparecen muchas más fantasías que no vamos a enumerar, ya que constituirían una lista amplia, con matices particulares de cada caso; recordaremos, no obstante, que nos referimos ahora a las fantasías que subyacen en el rechazo o en problemas desencadenados por la contracepción.

Los distintos problemas que encontraremos estarán estrechamente relacionados con la biografía de cada persona, y así tendrán que ser comprendidos y ayudados.

Las labores de educación e información pueden ser de gran ayuda para evitar estas reacciones aparentemente contradictorias, que encontramos a menudo entre la demanda manifiesta de un deseo de control de natalidad adecuado y las reacciones negativas frente al mismo, incomprensibles muchas veces para el especialista poco familiarizado con el campo de la psicología; incomprensible, incluso, a veces por la propia mujer; es en estas situaciones en las que el psicólogo o el psiquiatra puede hacer una labor positiva de ayuda.

El hombre ante los contraceptivos se encuentra con una mujer sexualizada. Esto tendrá resonancias distintas según su propia sexualidad. Aumentan las posibilidades de unir el amor con la sexualidad, rompiéndose la disociación que había sido frecuente y que tantas dinámicas de pareja había perturbado.

Un miedo frecuente en el hombre, especialmente en niveles culturales primitivos, es el de creer que la mujer propia al no tener el *handicap* del peligro del embarazo puede ser más propensa a las aventuras fuera de la pareja, pudiendo aparecer episodios celotípicos y de desconfianza, hechos que hemos visto en clínica.

Podemos encontrar también en el hombre una confusión entre potencia sexual y fecundidad, apareciendo rechazo o incluso prohibición del uso de anticonceptivos a la mujer. Estos casos aparecen principalmente en niveles socioculturales bajos o bien en hombres con problemas psicológicos importantes, y están estrechamente relacionados con la falta de información y el machismo.

En la proyección social de la sexualidad encontramos que los individuos, gracias a la seguridad de la anticoncepción, inician su vida sexual cada vez más jóvenes, cuando su madurez personal no les permite (ni sería lógico que lo hicieran) el pensar o incluir en las relaciones sexuales la idea de procreación. Este fenómeno marca su evolución y madurez sexual de forma distinta a la que pudieran tener otras generaciones que iniciaban la vida sexual en la supuesta madurez de pensar ya en la procreación, hablándose ya actualmente de la sexualidad adolescente, que tiene unas características especiales, como los otros fenómenos que aparecen en esta época tan específica de crecimiento. Se caracteriza esta sexualidad por cambios de pareja frecuentes, con un nivel superficial de relación, en el que predomina la curiosidad y el juego. Es, pues, un punto delicado el que se nos propone, el de contracepción y adolescencia, que retomaremos más adelante.

En adultos, a veces, como una continuación del comportamiento adolescente, encontramos una banalización, una operativización y una perversización socio-cultural del acto sexual, que se puede considerar también en algunos aspectos como un resultado de esta desvinculación a que hemos aludido, entre el acto sexual y la procreación, que no debe ser valorada moralmente, pero sí comprendida y captada por el especialista cuando se trasluce en la consulta la insatisfacción resultante de este comportamiento sexual.

DEMANDA DE ANTICONCEPTIVOS EN LAS CONSULTAS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Esta problemática que transciende al individuo y se integra en una normativa social manifiesta o subterránea, hace mella lógicamente, de manera especial en los adolescentes que han de empezar a enfrentarse con su sexualidad y ejercerla, abriéndose en este punto multitud de interrogantes que difícilmente pueden ser respondidos simple y uniformemente: ¿Qué hacemos con una adolescente que pide anticonceptivos?, ¿qué factores juegan en su demanda?, ¿a nivel médico están indicados para jovencitas que inician su cambio sexual y que todavía no han cumplido su ciclo de desarrollo? ¿Cuándo la demanda es equilibrada?; ¿cuándo es una conducta autodestructiva? ¿Cuándo es una demanda lícita para entrar en la vida con experiencia y un desarrollo psico-sexual armónico y positivo?, etcétera, y muchas otras cuestiones que se nos plantean ante estas demandas que están ahí y que no se pueden negar. En estas situaciones la entrevista psicológica con la adolescente sería recomendable para saber exactamente qué hacemos cuando le ofrecemos un sistema anticonceptivo.

Pasaremos a hablar ya de la situación concreta en que se pueden encontrar los distintos especialistas que trabajan en Planificación Familiar, y diré que si bien he apuntado algunos de los complejos factores, conscientes e inconscientes, culturales, sociales, etc., que modulan e inciden en la respuesta psicológica frente a los anticonceptivos y que desvía en cierta manera las recomendaciones asépticas del especialista, no los hemos enumerado todos, ya que no es una cuestión de retentiva memorística, sino de sensibilización a aspectos sutiles pero importantes y que han de aprenderse en la práctica y a través de la labor de formación del equipo de Planificación Familiar por parte del psicodinamista.

Querría, no obstante, citar algunos ejemplos característicos como: algunos problemas de intolerancia en los anticonceptivos orales (irritabilidad, jaquecas...), fantasías temerosas sobre los D.I.U., temores hipocondríacos, etc.

Otros problemas, más banales aparentemente, como el seguir las normas médicas para que sea eficaz el sistema escogido, se ven contaminados también por estos duendes subterráneos que trabajan desde el inconsciente humano. Por ejemplo, en la píldora los olvidos de una pastilla, el seguir un control médico adecuado, etc., puede verse,

(Termina en la página siguiente)

LAS RELACIONES PREMATRIMONIALES

JUANA MOLL

INICIO SEXUAL. NORMALIDAD DE LA MADUREZ

Hablar de relaciones sexuales prematrimoniales no es tarea fácil. Sobre todo, teniendo en cuenta que el tema ya ha sido enormemente comentado, tanto en sentido religioso, como en sentido social. Naturalmente, no voy a hablar del tema desde el punto de vista ético, ya que no tengo criterio suficiente para esto, y además, será tratado en otro lugar por personas autorizadas. Yo voy a hablar como médico, y por lo tanto desde el punto de vista *natural* que tiene todo lo que es humano. Quiero decir, que mi opinión no implica en modo alguno juicio; y visto desde este enfoque, lo primero de lo que tenemos que hablar es de que no podemos seguir rigiéndonos por una clasificación, que no es más que social. Es decir, que no podemos seguir hablando de relaciones sexuales, *permitidas* antes o después de haberse instituido, a partir de una fecha concreta: un *matrimonio*. Las relaciones sexuales son, o deberían ser, por definición, una forma de relación más, entre una pareja que se quiere y, por lo tanto, provenientes de un *deseo mutuo* interno de los dos. Encuadrarlo, ordenarlo, instituirlo desde fuera, es dar un carácter de voluntad, de ordenanza, a lo que debe salir de dentro, a lo que debe ser deseo interno. Es un decir *hay que*, en lugar de que las cosas *sean*. Creemos que es mucho más pertinente, pues, que desde nuestra profesión y desde nuestro punto de vista, hablemos de *inicio sexual*.

Todos tenemos una idea, y esta misma mañana mis colegas les han hablado, de una forma muy brillante y completa, de lo que es la maduración sexual corporal y psicológica. Todos sabemos que en la adolescencia hay una serie de cambios morfológicos en el cuerpo y psicológicos en la personalidad, que nos llevan a desear formar pareja con alguien de sexo contrario, con quien podamos establecer lazos de relación completos, que nos complementen y que complementen al otro. El establecimiento de esta pareja, su solidez, su armonía, su placer de funcionamiento en conjunto, nos vendrá dada por la madurez total de cada uno de los miembros que la componen. La pareja humana se une, o debería unirse, básicamente por amor, siendo el amor un sentimiento muy complejo que se compone a partes iguales de instintividad y de adquisiciones, y por el cual deseamos el bien del otro, consiguiendo así nuestro propio bien.

Hablamos, pues, de fuerzas instintivas, naturales, que nos nacen del interior de nuestro cuerpo y que llevamos en nosotros desde el nacimiento; y de aprendizajes, o sea, de modificaciones de nuestro sistema interno de funcionamiento, a partir de nuestros contactos con la realidad exterior, vivida en un tiempo y un espacio determinado, adquiriendo así, lo que llamamos criterios propios; dicho de otra manera, adquiriendo el grado de madurez personal de cada uno, que es absolutamente imprescindible para el estado de adulto pero, esto es importante, que necesita un tiempo para adquirirse.

SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES

Esta idea, la del tiempo, nos lleva a considerar la sexualidad de los adolescentes, que si bien es la base de la sexualidad de los adultos, tiene enormes diferencias de

---

(Viene de la página anterior)

y de hecho se ve, interferido por la aceptación profunda de la anticoncepción.

Citaré algunos puntos importantes a tener presentes para valorar la demanda de anticonceptivos:

— La motivación profunda de la demanda.
— Quién hace la demanda.
— Las posibles interferencias psicológicas que surgirán (siempre y cuando presumamos un caso conflictivo).
— Ver nivel de pareja.
— Explorar la sexualidad.
— Explorar el nivel cultural.

Todos ellos nos informarán sobre la personalidad de quien hace la demanda.

— Valoración del significado que adquiere la anticoncepción en cada caso.

Cuando citamos estos aspectos, pensamos en la gran variedad de casos que se presentan en una consulta de Planificación Familiar por iniciativa propia, remitidos por otro centro y otro especialista y que comportan niveles de motivación, información y responsabilidad variados.

LAS RELACIONES PREMATRIMONIALES

JUANA MOLL

INICIO SEXUAL. NORMALIDAD DE LA MADUREZ

Hablar de relaciones sexuales prematrimoniales no es tarea fácil. Sobre todo, teniendo en cuenta que el tema ya ha sido enormemente comentado, tanto en sentido religioso, como en sentido social. Naturalmente, no voy a hablar del tema desde el punto de vista ético, ya que no tengo criterio suficiente para esto, y además, será tratado en otro lugar por personas autorizadas. Yo voy a hablar como médico, y por lo tanto desde el punto de vista *natural* que tiene todo lo que es humano. Quiero decir, que mi opinión no implica en modo alguno juicio; y visto desde este enfoque, lo primero de lo que tenemos que hablar es de que no podemos seguir rigiéndonos por una clasificación, que no es más que social. Es decir, que no podemos seguir hablando de relaciones sexuales, *permitidas* antes o después de haberse instituido, a partir de una fecha concreta: un *matrimonio*. Las relaciones sexuales son, o deberían ser, por definición, una forma de relación más, entre una pareja que se quiere y, por lo tanto, provenientes de un *deseo mutuo* interno de los dos. Encuadrarlo, ordenarlo, instituirlo desde fuera, es dar un carácter de voluntad, de ordenanza, a lo que debe salir de dentro, a lo que debe ser deseo interno. Es un decir *hay que*, en lugar de que las cosas *sean*. Creemos que es mucho más pertinente, pues, que desde nuestra profesión y desde nuestro punto de vista, hablemos de *inicio sexual*.

Todos tenemos una idea, y esta misma mañana mis colegas les han hablado, de una forma muy brillante y completa, de lo que es la maduración sexual corporal y psicológica. Todos sabemos que en la adolescencia hay una serie de cambios morfológicos en el cuerpo y psicológicos en la personalidad, que nos llevan a desear formar pareja con alguien de sexo contrario, con quien podamos establecer lazos de relación completos, que nos complementen y que complementen al otro. El establecimiento de esta pareja, su solidez, su armonía, su placer de funcionamiento en conjunto, nos vendrá dada por la madurez total de cada uno de los miembros que la componen. La pareja humana se une, o debería unirse, básicamente por amor, siendo el amor un sentimiento muy complejo que se compone a partes iguales de instintividad y de adquisiciones, y por el cual deseamos el bien del otro, consiguiendo así nuestro propio bien.

Hablamos, pues, de fuerzas instintivas, naturales, que nos nacen del interior de nuestro cuerpo y que llevamos en nosotros desde el nacimiento; y de aprendizajes, o sea, de modificaciones de nuestro sistema interno de funcionamiento, a partir de nuestros contactos con la realidad exterior, vivida en un tiempo y un espacio determinado, adquiriendo así, lo que llamamos criterios propios; dicho de otra manera, adquiriendo el grado de madurez personal de cada uno, que es absolutamente imprescindible para el estado de adulto pero, esto es importante, que necesita un tiempo para adquirirse.

SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES

Esta idea, la del tiempo, nos lleva a considerar la sexualidad de los adolescentes, que si bien es la base de la sexualidad de los adultos, tiene enormes diferencias de

---

(Viene de la página anterior)

y de hecho se ve, interferido por la aceptación profunda de la anticoncepción.

Citaré algunos puntos importantes a tener presentes para valorar la demanda de anticonceptivos:

— La motivación profunda de la demanda.
— Quién hace la demanda.
— Las posibles interferencias psicológicas que surgirán (siempre y cuando presumamos un caso conflictivo).
— Ver nivel de pareja.
— Explorar la sexualidad.
— Explorar el nivel cultural.

Todos ellos nos informarán sobre la personalidad de quien hace la demanda.

— Valoración del significado que adquiere la anticoncepción en cada caso.

Cuando citamos estos aspectos, pensamos en la gran variedad de casos que se presentan en una consulta de Planificación Familiar por iniciativa propia, remitidos por otro centro y otro especialista y que comportan niveles de motivación, información y responsabilidad variados.

matices con respecto a ella. Una de las características importantísimas, que ocurren en el adolescente, es el descubrimiento de su propio cuerpo y del mundo a través de su cuerpo; me estoy refiriendo al descubrimiento, por parte del adolescente, del lugar que él, con su cuerpo y sus contenidos fisiológicos y psicológicos, ocupa en el mundo y en el tiempo. Diría que es el descubrimiento del *aquí y ahora* en función del sí mismo, este sí-mismo surgido como una unidad cuerpo-mente. El descubrimiento del propio cuerpo-mente lleva invariablemente al descubrimiento del otro, de otro cuerpo-mente del mismo sexo y del sexo contrario. Me interesa recalcar que hablo de descubrimiento, palabra que implica novedad, asombro, ilusión, curiosidad, necesidad, adaptación. Es decir, para ser exactos, el adolescente descubre que su conocido cuerpo, además de modificarse y volverse desconocido, adquiere un relieve y un sentido nuevos, en función de una fisiología y una psicología nuevas, que a la vez que le empujan hacia adelante, le llenan de temor. Quiero decir, por tanto, y centrándome en nuestro tema, que el deseo sexual normal del adolescente normal es tímido y osado a la vez, es una mezcla de erotismo inocente, de ternura sexualizada, de poesía de la realidad, y de realidad llena de ensueños; yo diría, si me está permitido, que es una sexualidad limpia de fracasos y de desilusiones, limpia especialmente de las disociaciones del adulto. Me refiero a las divisiones internas, que posteriormente tiene a veces el adulto, en función del miedo a su propio fracaso y que suele abocar sobre el adolescente para preservarlo. De ello hablaré luego, cuando me refiera a la patología.

MADURACION DE LA RELACION DE LA PAREJA

Volviendo pues a lo anterior, en este medio, con esta personalidad propia, con esta forma particular de ser y de estar en el mundo, más o menos tarde, suele ocurrir el comienzo de las relaciones sexuales. He hablado, a propósito, de comienzo. Empezar una cosa nueva tiene su propia problemática, tiene su margen de error, tiene su parte de aprendizaje y su adquisición de experiencia, cosas todas ellas que nos conducen a pensar que la pareja como tal, como entidad, también tiene su propia maduración, aunque sus miembros ya hubieran madurado, por separado, y a pesar de ello.

Pienso con esto que la conflictiva normal de un inicio sexual, que se engloba dentro de la conflictiva normal, del inicio de la vida de adulto (que eso es el adolescente) me lleva a considerar que la tendencia a encauzar este inicio sexual, bajo aspectos educativos, por parte de los adultos, es tratar de simplificar mucho; me atrevería a decir que es tratar de no sentirnos culpables los adultos de nuestros propios errores.

Es la propia experiencia personal la que hace que el individuo madure; es la convivencia en común la que hace que la pareja madure; es la sexualidad vivida en común la que hace que la sexualidad madure.

El Dr. Gálvez ha dicho esta mañana que la sexualidad de cada cual tiene su forma particular, y no sabe de normas. Antes también yo he hablado del tiempo. Un joven y una joven que inician una relación en común, se sienten atraídos y enamorados, inician un proceso del descubrimiento. El noviazgo es, creo yo, la confirmación de la propia identidad a partir del descubrimiento, de la novedad del otro, cotejado continuamente con el sí mismo, justo recién afirmado, a través de un esbozo de convivencia. Hablo de esbozo, porque en el noviazgo aún no existe la convivencia en común, yo diría que aún toda la relación se compone a partes iguales de idealización y de realidad.

Mariano Gálvez también ha dicho esta mañana, refiriéndose a la latencia, que el niño, antes de ser progenitor, procreador de seres de su misma especie, es genitor, creador de industria, de trabajo. He pensado que quizás debe estar preparado para subvenir a las necesidades de los que genera, si uno de sus objetivos es la paternidad. En este sentido, si otro de los objetivos del individuo es la relación de pareja, y esta relación, tanto sexual como no, se hace a partir de un desconocimiento hacia un conocimiento, es forzoso que en la pareja que se inicia, durante el noviazgo, haya una relación en rodaje, quiero decir, de prueba y que no puede ser definitiva siempre, aunque la intención sea de establecer una pareja definitiva.

INICIO SEXUAL EN FUNCION DE LA PATOLOGIA

Estamos hablando de normalidad, de madurez quizá un poco teóricamente o idealmente. Pero no siempre encontramos normalidad y madurez ni en los individuos ni en la relación.

Todos tenemos claro el concepto de que alcanzar un cierto grado de madurez global es difícil. Muy a menudo la madurez del cuerpo, que se alcanza mucho más fácilmente, de una manera natural, en su tiempo adecuado, no coincide con la madurez psicológica, que por diversas razones que no vienen ahora al caso, queda detenida en algún punto, que, cronológicamente, no corresponde a la edad del cuerpo; nos aparece entonces la disociación, es decir, la división entre el cuerpo y los sentimientos. Por lo tanto, el inicio de la sexualidad, vivido en función de una división interna y no de una madurez, en lugar de ser un triunfo de la vida y de la relación, se convierte en un conflicto que en general aboca al fracaso y a la desilusión. El individuo sufre y hace sufrir. El amor se convierte en lucha, el placer se convierte en sufrimiento. Anteriormente he dicho que no iba a hablar de ética, y no lo haré. Sin embargo, sí que quisiera hablar de la falsa ética; me refiero a los aspectos de la patología que muchas veces se esconden en nombre de la ética. No es lo mismo hablar de prohibición que de abstinencia. No es lo mismo hablar de represión inconsciente que de continencia voluntaria de la sexualidad. La abstinencia voluntaria de la sexualidad, se dé a la edad que se dé, es un concepto y un estado, fruto de un criterio maduro y personal y, por lo tanto, fruto de una buena adquisición de experiencias y de un cierto control de la instintividad; en cambio, el concepto que Freud describió bajo el nombre de represión, se refiere a un mecanismo inconsciente, mediante el cual el yo se defiende de impulsos que no sabe o no puede controlar. No es lo mismo, por lo tanto, una prohibición de las relaciones sexuales, desde fuera, en función de unas normas establecidas, que la abstinencia de las relaciones sexuales en función de un criterio propio, que la represión inconsciente de los deseos sexuales, en función de aspectos neuróticos o psicóticos de la personalidad.

Subrayo estos aspectos, porque creo que existen grandes confusiones al respecto, y que me llevarían a comentar, pero quizá este no es el momento adecuado, los conceptos de autoridad y libertad. Sin embargo, el hablar de libertad me hace pensar en otro equívoco, muy frecuente en la actualidad y que es la confusión entre el dentro y el fuera: Quiero decir entre la libertad interna de «sentir y pensar lo que sea» y la libertad externa de «hacer lo que sea». Confundir el pensamiento con la acción; es obvio que somos libres, dentro de nosotros mismos, en nuestra capacidad de pensar y sentir y que nuestros límites internos vienen a menudo dados en función de aspectos patológicos de la personalidad, pero sin embargo, sólo podemos actuar libremente en el exterior de nosotros mismos, mientras no limitemos o choquemos con la libertad de los demás; ya he hablado del adolescente que comienza y, por tanto, que balbucea en su sentido de la identidad. Al adolescente le cuesta reconocerse, y en esta búsqueda *de espejo* (de identidad), a veces, le es más fácil imitar costumbres establecidas, que bucear en sí mismo, en busca de criterios propios que, por otra parte, aún no tiene muy bien definidos. No es de extrañar, por lo tanto, que el adolescente, casi de un modo normal (en el adulto siempre es patológico), mimetice, es decir, imite comportamientos sociales establecidos como costumbre, a falta de criterios propios; y a esto me refiero cuando hablo de inicios patológicos. Cuando el inicio sexual en lugar de provenir del deseo interno fruto de una maduración fisiológica y psicológica, se hace como imitación de modelos adultos, por una especie de necesidad de parecer como los demás, encontramos las disociaciones, me estoy refiriendo a la relación de pareja, basada en el afecto sin sexo, o la basada en la relación sexual sin ternura.

DIVISION ENTRE SEXO Y TERNURA

Hoy en día está de moda hablar de sexo y exhibirlo. El erotismo y las formas eróticas están al alcance de todos. Se busca el placer casi con obsesión; sin embargo, pienso que el placer y el erotismo son muy a menudo tomados como objetivos para evitar el sentimiento; que es precisamente lo que impide la utilización y manejo del otro. Quiero decir, que mientras el otro sólo sea un objeto sexual, se puede utilizar y manejar sin culpa. El amor, el sentimiento amoroso, hace sentir los propios límites y da una medida exacta de la generosidad de cada cual. En un tipo de relación de este estilo se cambia el *sentimiento* que es profundo, por la sensación que es superficial. La búsqueda de sensaciones aboca a la repetición, que no sirve nunca de experiencia gratificante.

La repetición conduce a la desvalorización de las sensaciones conocidas y a la eterna búsqueda de otras nuevas. Se limitan las sensaciones eróticas a las zonas erógenas del cuerpo, que como se viven disociadas, es decir, como partes, generalmente se anestesian; cosas como mirarse a los ojos, o cogerse las manos, pasan a ser ridículas o poco importantes, y la relación sexual se vuelve mecánica y poco satisfactoria; y como que es frustrante en el fondo, se busca con avidez.

Otra forma de relación disociada hemos dicho que es la que trata de evitar el sexo, es decir, el cuerpo; entonces el amor se transforma en idealización, el cuerpo desaparece, sumergido en una *espiritualidad* tan sensible, que los verdaderos aspectos sensibles y erógenos del cuerpo se anestesian. Uno llora y se emociona en una película, o leyendo un poema y, sin embargo, parece como si la piel no tuviera importancia. Se evita cuidadosamente el sentirse a sí mismo, con placer, en su integridad corporal y sentir al otro.

He tratado, con todo esto, de dar una pequeña idea de algunos de los aspectos de la personalidad que pueden incidir en que el comienzo de la relación sexual sea más o menos satisfactorio y enriquecedor para la persona. Está claro que hay otros muchos aspectos que podríamos añadir, pero lo que me parece importante señalar es que un Servicio de Planificación Familair no puede olvidar en ningún momento los aspectos y características de la sexualidad adolescente; yo diría que la verdadera Planificación debería empezar en la adolescencia, y aun antes, en el sentido de una buena formación, no educación. Los Servicios de Planificación deberían *cuidar* en particular al adolescente, cuidar de su buena información. Una buena información no puede ser parcializada, no me refiero a dar una parte, olvidando la otra, sino que, muchas veces, al informar, y justamente porque informamos según las preguntas, no damos una idea global, de conjunto, de todos los aspectos de la cosa informada.

LAS CRISIS EN EL MATRIMONIO

FRANCISCO PALOMERO

LA FAMILIA Y LA ORGANIZACION SOCIAL

Al *matrimonio* se le define normalmente —en la mayoría de las sociedades— como la unión de dos cónyuges heterosexuales.

Aunque hay quien dice, o admite, que una familia comienza con el matrimonio, o cuando dos individuos establecen un hogar común; otros dicen que un marido y una mujer no son considerados una verdadera unidad familiar hasta que tienen un hijo, haciéndose pues una distinción entre *pareja* y *familia*.

Malinowski insiste en la imposibilidad de imaginarse cualquier forma de organización social, carente de *estructura familiar*. Esta constituye la unidad indispensable de toda organización social, a través de la historia del hombre. La familia adquiere esta significación dinámica para la humanidad, porque mediante su funcionamiento provee el marco adecuado para la definición y conservación de las diferencias humanas, dando forma objetiva a los roles distintivos, pero mutuamente vinculados —los del padre, la madre y los hijos—, que constituyen los roles básicos en todas las culturas. Desde un punto de vista social, el matrimonio es, sin duda, valioso y, por tanto, no es sorprendente que concepciones como el amor libre, matrimonio de prueba, matrimonio temporal, apareamiento, etc., no sobrevivan mucho tiempo como *instituciones sustitutivas*.

Ahora no es fácil definir a la familia como un fenómeno (o institución estable), ni que el objetivo principal de la familia sea la autorregulación, o el mantenimiento de un equilibrio, o que funcione como una unidad totalizada (Ackerman).

INFLUENCIA DE LAS DIFERENTES ETAPAS DEL DESARROLLO INDIVIDUAL EN LA VIDA ADULTA

Psicológicamente no es posible definir un matrimonio feliz, pues aunque la unión de un hombre y una mujer se debe caracterizar en su forma *más madura* por el deseo de poseer a la otra persona e identificarse con ella, por sentimientos de ternura, de cuidar, dar satisfacciones amorosas y sexuales, y de ser amado en correspondencia, sin embargo, a esa unión matrimonial *se llega* con una serie de fantasías conscientes e inconscientes (la elección misma ya está fundamentada en esas fantasías: una serie de prejuicios y temores individuales y sociales, unas ilusiones, como puede ser familia, hijos, etc., o unos problemas psicológicos individuales o de elección de pareja).

Sabemos que la vida de familia, plenamente amorosa, no es un caso corriente; depende de una feliz coincidencia de circunstancias, de factores psicológicos, éticos, sociales y, principalmente, de *una capacidad de amor bien desarrollada* en ambos cónyuges.

Una de las más importantes realizaciones de Freud, fue su descubrimiento y descripción de las diferentes etapas del desarrollo en su primera época. Pudo demostrar que estas etapas del desarrollo tienen una influencia fundamental en la formación de la personalidad del adulto. El individuo puede fijarse en estas etapas, y con el tiempo esas fijaciones afectan mucho a los ajustes individuales en la vida adulta.

Son estas primeras experiencias y las sucesivas las que van formando nuestra personalidad, y van a determinar nuestro carácter en el sentido más amplio; y aunque no cabe duda que muchos problemas maritales están causados por manifestaciones neuróticas, como frigidez, promiscuidad, impotencia, alcoholismo, etc., se ha de admitir incluso que las personas normales pueden ser infelices en su matrimonio.

De todos modos, las condiciones patológicas pueden, de hecho, ser responsables de un matrimonio infeliz; pueden los cónyuges —como admite Freud— cambiar su neurosis por un matrimonio infeliz, o cambiar el perfil inicial de las funciones familiares, con el nacimiento de un niño.

ELECCION DEL COMPAÑERO DE AMOR

Profundos motivos inconscientes participan en la elección de la pareja.

Los sentimientos de un hombre y una mujer hacia su opuesto sufren la influencia del vínculo temprano que se estableció con sus progenitores. No debemos olvidar que los recuerdos, sentimientos y fantasías inconscientes, entran en la nueva ligazón de amor y amistad, aunque sea en forma completamente disfrazada. Pero además de las primeras influencias, muchos otros factores actúan en los complicados vínculos que cimentan una relación amistosa o amorosa. En las relaciones normales adultas, las circunstancias, la personalidad del otro, su respuesta a las actividades emocionales y a las respuestas prácticas del otro aportan otros elementos a la nueva situación.

El carácter de una persona consiste en *hábitos*, en gran parte. Normalmente no somos conscientes de estos hábitos,

porque los impulsos que nos hacen comportar de una manera determinada son obedecidos automáticamente, y en gran parte ya estaban armonizados con las exigencias sociales.

Las personas, sabemos, nos distinguimos por una manera peculiar de reaccionar frente a los estímulos, tanto internos como externos. Si seguimos el transcurso del desarrollo, paso a paso, desde el momento del nacimiento, veremos que cada una de las fases deja su marca en el niño y, como las nuevas experiencias, agregan algo a las pautas de conducta ulterior, o la modifican.

ALGUNAS CARACTERISTICAS DEL CARACTER

La constante insatisfacción por los logros de la vida adulta y el sentimiento de ser siempre defraudado, o el tipo contrario de carácter manifestado por el individuo que desea todas las cosas, pero solamente está dispuesto a hacer el mínimo esfuerzo para obtenerlas, lo encontramos en personas que probablemente estuvieron acostumbradas en su niñez a hacer siempre su voluntad o a ser satisfechas siempre. Sabemos que el hecho de seguir instrucciones y obedecer a ser limpio, implica la necesidad de amor a los padres y obedecer sus órdenes; el niño aceptará los métodos educativos utilizados y cumplirá órdenes porque ama a sus padres y trata de complacerles; pero también puede ocurrir que se utilicen y sólo acepten métodos educativos por el resultado puro y simple de la fuerza y coacción.

También el detallismo excesivo, las fuertes tendencias agresivas, la obstinación, el exceso de escrúpulos de conciencia, la capacidad de manejo del trabajo, la seguridad sexual y el éxito en la vida social, son aspectos del carácter que van a tener influencia en la adaptación de la pareja.

Las dificultades de carácter son siempre el resultado de un ajuste deficiente en la infancia. Casi siempre son una consecuencia directa de la incapacidad para resolver las relaciones de amor y odio con los padres. La solución favorable de esos aspectos dará origen al proceso de identificación y adaptación. Hablamos de un carácter ansioso, un carácter histérico, un carácter compulsivo, etc., según las características más salientes de la combinación de síntomas. Todos tenemos, hasta cierto punto, esas mismas características, pero si aparecen más abundantemente producen dificultades y obstaculizan el establecimiento de una vida social armoniosa. Son las características del carácter individual o las comparaciones e identificaciones con los padres, amigos, educadores, líderes las que van a determinar la elección en términos de relación.

NOCIONES DE TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

Vínculo e identificación proyectiva son utilizados por algunos para dar cuenta de la relación existente entre los miembros de una pareja.

Melanie Klein opina entre otras cosas que los conflictos, los vínculos y redes de comunicación se encuentran relacionados más con los objetos internos que con los externos; que el objeto o persona actúa en dos direcciones: hacia la *gratificación* (constituyéndose así el vínculo bueno), y hacia la *frustración* (constituyéndose el vínculo malo); que lo que ponemos en las personas, o lo que éstas ponen en nosotros, a veces no son más que deseos nuestros o partes nuestras que no corresponden a la realidad; que en las personas a veces no podemos *diferenciar* lo que nos gusta y lo que no, lo que queremos y no queremos, por lo que exigimos que todo sea bueno, y si no lo es, ya no es el ideal, convirtiéndose en malo y persecutorio.

Todos estos aspectos se van concienciando en la historia familiar, siendo aquí donde se pondrá más de manifiesto el carácter, y de ahí que en muchos casos lo que había sido ideal, amor, etc., se convierte en no ideal, en no amor, frustración.

No es fácil comprender lo que puede representar este cambio en el modo de percibir las relaciones, y su repercusión en la forma de pensar, o reformular nuevas teorías de las relaciones familiares.

DETERMINANTES ETICOS DEL COMPORTAMIENTO HUMANO

Quizá la evolución actual de las relaciones humanas esté enmarcada dentro de las nuevas concepciones de maduración personal. Hoy sabemos que el niño experimenta fuertes sensaciones de placeres libidinosos, y que estos placeres son auto-eróticos. En la adolescencia hay una tendencia hacia el otro sexo. La íntima seguridad que entraña la relación del niño con su padres, desaparece, y el individuo pasa al campo abierto de la sociedad.

Encontrar pareja entre los seres pertenecientes a otro sexo tiene su importancia en la configuración social de las personas; en muchos casos, de su éxito o fracaso depende la normalidad o la desadaptación.

Lo *instintivo*, lo *educacional* y *social*, son aspectos en los que el individuo se ve inmerso. La obra de la educación no es más que la superación ética de lo instintivo; el cambio básico que se produce en la finalidad instintiva y la gratificación instintiva, es imprescindible en el proceso del desarrollo.

La maduración y educación conlleva a la diferenciación de los aspectos individuales y de los individuos. Consideramos que es contraproducente y destructivo basar la teoría motivacional exclusivamente en configuraciones de necesidades endógenas o internalizadas. Las determinantes éticas del comportamiento humano deben ser restituidas al rango de factores motivacionales de primer orden; aceptar y asimilar las normas éticas que la familia primero, y luego otras personas a las que el niño considera como autoridades, líderes, educadores, etc., forma parte del proceso de socialización.

De ninguna manera utilizamos o empleamos la palabra ética con connotaciones moralistas; más bien pretendemos subrayar el significado relacional, por el cual se alude a la responsabilidad recíproca que liga a las personas. A nuestro juicio, cualquier enfoque que trate a las personas en estrecha relación, como simples objetos de sus respectivas necesidades, es incompleto. La genuina preocupación por las necesidades del otro, como ser humano integral, como sujeto, es un elemento esencial de la estructura motivacional profunda, de cada miembro, en una relación estrecha.

No obstante, el significado relacional topa con sus lími-

tes, cuando bajo lo ético se esconden excesos de escrúpulos de conciencia, o una conciencia neurótica, y cuando toda la responsabilidad esté enmarcada en ese contexto.

RELACIONES CONSIGO MISMO Y CON LOS DEMAS

Todo lo que hemos recibido del mundo externo, y sentido en el mundo interno —las experiencias felices y desdichadas, los vínculos gratificantes o frustrantes, nuestras actividades y pensamientos, etc.—, forma parte de nosotros; pero si por razones internas o externas, que desde el principio varían en cada persona; si la rabia, odio, temores y sentimientos de culpa son muy intensos, la mente humana puede deformar la relación externa —la realidad del otro—. Muchos no pueden hacerse cargo, o intentan evitar las experiencias dolorosas o las contradictorias; un simple no, el no me gusta, no es así, ahora no, después, aquí o allí, la enfermedad, el dolor, la muerte, las diferencias de actitud o criterio, la separación, el orden no estricto, el éxito del otro, es conflicto insalvable en muchas personas.

Algunas personas, a medida que crecen o se conocen, se vuelven cada vez más desagradables; otras, en cambio, se suavizan y se vuelven más comprensivas y tolerantes. Es bien sabido que tales variaciones no corresponden exactamente a las experiencias adversas o desfavorables.

La persona en el crecimiento debe ir familiarizándose con todos sus contenidos y los de los demás; un buen conocimiento, una buena relación consigo mismo, condiciona la buena disposición y tolerancia o exigencia hacia los demás.

Una buena relación consigo mismo lleva a la diferenciación individual, necesaria para el establecimiento de relaciones interpersonales; de lo contrario, estaríamos ante un apareamiento o una relación indiferenciada —como se da en las primeras etapas de la relación madre-hijo pequeño—.

DESARROLLO DE LA FAMILIA

El término desarrollo designa una secuencia ordenada de cambios, que tienen lugar a lo largo del tiempo.

¿Existen patrones claramente perfilados, que podamos describir como estadios del desarrollo de una familia? Pienso que en toda interacción personal es difícil el delimitarlos, y más en el desarrollo familiar, que es un proceso en el que encontramos a unos sujetos que están, a la vez, inmersos en un conjunto de fuerzas familiares, sociales y psicológicas.

Hay, sin embargo, una serie de funciones básicas, que deben establecerse en la primera fase del desarrollo de la familia, como son: alojamiento, alimentación, finanzas, empleo y salud familiar, que pueden tener su influencia psicológica en la adaptación y evolución familiar.

El establecimiento de la relación de la pareja recién formada es sumamente crítica e idealizada, durante la fase inicial del desarrollo familiar. Sus rasgos interpersonales fundamentales, que incluyen el establecimiento o consolidación de la sexualidad, el desarrollo de los vínculos afectivos y los patrones manifiestos o encubiertos de autoridad, tienen suma importancia para crear el ambiente inicial de la familia. Además, la forma y eficacia de estas relaciones, aunque inicialmente es un problema de pareja, tiene considerable importancia para el desarrollo de la familia, como unidad, cuando los hijos entran a formar o modificar esa dinámica.

Análogamente, es importante señalar que la familia, en cuanto unidad, desarrolla patrones de relación con el mundo externo, de parientes, amigos y sociedad (organizaciones, religión, política, trabajo, etc.), aspectos que son importantes para definir la identidad.

Hemos de tener en cuenta cierta tendencia al alejamiento de la organización familiar en clanes; promoviéndose una imagen idealizada de la familia nuclear (compuesta por padres e hijos). Muchos factores de nuestra cultura contemporánea han contribuido a ello. Es probable que la principal ideología de esta tendencia se base en una definición de concepto de libertad respecto de cualquier autoridad, así como de escapar de la dependencia confinatoria, y de las implicaciones sexuales o emocionales de la familia nuclear original. Pero también el modelo de familia nuclear no sólo priva a los jóvenes padres de una dependencia necesaria, sino que también suprime la oportunidad de que los jóvenes adultos se preocupen de las necesidades reales de sus padres o abuelos.

De cómo se resuelven estos conflictos, y de cómo se va organizando la familia, a medida que vienen los hijos —ya que se pueden formar subgrupos familiares, ej. marido-mujer, madre-hijos, padre-hijos, etc.—, se derivará la adaptación, desadaptación, conflictualización individual de la familia, desde un punto de vista individual o social, de un miembro, de su descendencia, o de su conjunto.

¿QUE SON Y QUE REPRESENTAN LOS HIJOS?

¿Por qué, no sólo para nuestro placer, sino para nuestra tranquilidad, necesitamos niños que generen nietos, etc.?

Pienso que en cierto sentido el hijo es como recrear la vida de uno en otro, semejante al porqué en nuestras ambiciones, estamos tan apasionadamente ansiosos de que algo nuestro, una obra de arte, una contribución científica, una empresa, o tan sólo nuestro nombre, sea aceptado para que nos sobreviva. En este contexto nos servirán para dar vida, recrear nuestras ilusiones y hasta para superar nuestros temores básicos de la muerte; creo que en esto reside la importancia vital de ellos y la creatividad normal del hombre, pero también, dada su importancia, ellos serán consecuencia y causa de muchas dificultades familiares.

DIFICULTADES EN LAS RELACIONES FAMILIARES

La vida matrimonial se debe apoyar en el amor, la comprensión, la lealtad y en poderosos mecanismos de solidaridad. El marido disfrutará de la relación con su mujer diferenciada y diferente y de la relación de ésta con sus hijos; ella sentirá placer de la comprensión y ayuda que el marido les presta en correspondencia e interés común.

Pero aparecen dificultades de todo tipo, tanto en la relación marido-mujer, como de éstos con sus hijos, que serán

consecuencia de todo lo que acabo de exponer: una mala elección, concepciones éticas diferentes, inmadurez individual o mutua, por modificación de la organización familiar que acarrea el nacimiento de hijos, problemas educacionales o psicológicos de éstos, por problemas económicos, salud física o psíquica, etc.

Más que hablar de los grandes problemas psicológicos: depresión, psicosis, alcoholismo, problemas sexuales (frigidez, impotencia, etc.), desarrollaré aspectos que interfieren el funcionamiento familiar. La familia no puede funcionar sino mediante las diferencias individuales que existen entre sus miembros: padre, madre, hijos, pero lo curioso es que, muchas veces, esas diferencias son *negadas*, *atacadas* o *desatendidas*, modificando así la configuración esencial que condiciona la vida normal. Los motivos de esas dificultades residirán en los problemas psicológicos que presenta la pareja o en las dificultades de relación y concepción de esa con los hijos. Así, podremos observar:

— Que la individualidad del niño no corresponde a lo que los padres desearon; cada uno de ellos pudo inconscientemente haber querido que el hijo se parezca a ellos y, naturalmente, uno de los dos queda defraudado. Es muy importante ese juego proyectivo, «poner en los otros lo que uno desea y separar los aspectos buenos y malos con arreglo al capricho o la necesidad imperante» (ej. problemas que plantea el diagnóstico de enfermedades hereditarias).

— Si ha habido en los padres una fuerte rivalidad e intensos celos en relación con los hermanos, esta situación puede repetirse ante el desarrollo de las relaciones de pareja con sus propios hijos.

— Cuando los padres son muy ambiciosos utilizan los logros de los hijos para obtener seguridad.

— Mujeres incapaces de gozar y amar del hecho de tener hijos porque se sienten en la fantasía demasiado culpables de ocupar el lugar de sus propios padres. Una mujer de este tipo tal vez no pueda atender a sus hijos debiéndolos entregar al cuidado de niñeras u otras personas.

— Este temor de amar a sus hijos puede ocurrir igual en los hombres, siendo probable que afecte a las relaciones entre hombre y mujer.

— Los sentimientos de culpa y el impulso de reparación están íntimamente ligados a la emoción amorosa. Si el primitivo conflicto entre amor y odio no ha sido satisfactoriamente resuelto o si la culpa es demasiado fuerte, puede producirse una reacción de alejamiento ante el ser amado o un rechazo ante él (ej.: búsqueda de un depositario de la mala relación familiar: Emi).

— Muchas personas buscan solución a estos conflictos mediante el recurso de reducir su capacidad de amor, negándolo, suprimiéndolo o evitando toda emoción fuerte. Otras se escapan a los peligros del amor desplazándolos predominantemente de las personas a los objetos. Todos conocemos al individuo que se rodea de animales y al coleccionista apasionado, al científico, etc., escatimando su interés y amor hacia los demás seres humanos.

— Una evolución muy distinta se produce en los que pasan a depender enteramente de las personas con quien establecen vínculos muy intensos. El miedo a la muerte del ser amado fomenta esta dependencia excesiva.

— Estas ligaduras extremas son especialmente perturbadoras en la relación de la madre con sus hijos. Si a causa de un conflicto no resuelto en el pasado la madre se siente culpable en relación con su hijo, puede necesitar su amor tan intensamente que utiliza varios recursos para mantenerlo estrechamente ligado a ella, o quizá se dedique a él hasta el punto de transformarlo en eje de toda su vida (ej.: los hijos son lo más importante: Juani).

Podríamos continuar enumerando dificultades que determinan la *configuración esencial* de las familias y que determinarán su concepción, forma de vida, número de hijos, etc.

Nos encontraremos familias sin ningún hijo, con uno, dos o quince, que no tienen noción de por qué se han constituido así, adaptándose pasivamente a todo acontecer, sin conciencia de su buen o mal funcionamiento y sin llegarse a plantear su felicidad o infelicidad, logros, objetivos que representan los hijos, sus índices de adaptación o una crisis matrimonial, de hijos, etc., utilizando todos los recursos, médicos, educacionales, asistenciales, etc., de una forma pasiva.

CRISIS MATRIMONIALES

La pareja no es un proceso pasivo. El matrimonio o el apareamiento es empezar una nueva dimensión relacional y todo cuanto ocurra tendrá que ser manejado externamente e internamente.

En el devenir puede acontecer de todo. Indices de adaptación pasiva, cómo comer bien, vestirse correctamente, presentar una conducta aparentemente normal constituyen estereotipos en los cuales se manejan muchas familias, produciéndose un *estancamiento* de las relaciones que son la antítesis de las relaciones sanas. Los sujetos pueden dormir, tener relaciones sexuales, pero no se dan en ellos modificaciones profundas. Sin embargo, en la adaptación activa el sujeto se transforma, modifica el medio y al modificar el medio se modifica a sí mismo.

Este proceso de modificación activa es lo que permitirá dar sentido y valor a la resolución de tensiones y no caer en este *estancamiento* e infelicidad, superar las experiencias dificultosas, la enfermedad, comprender las dificultades de carácter y los mecanismos más o menos neuróticos, asumirlos o buscar tratamiento.

Es difícil englobar la familia dentro de una teoría científica, dado el nivel de complejidad de las relaciones familiares; pero se hace necesario, dentro de este campo, acercarnos a la comprensión de las relaciones familiares, no del aparato psíquico del sujeto, aspectos que aunque son interdependientes es necesario diferenciar y poner de manifiesto.

Cuando hablamos de crisis, tanto podemos hacerlo desde el punto de vista positivo como negativo. Puede surgir cuando la cantidad de angustia tolerable por sus miembros rebasa los mecanismos de regulación que puede mantener el individuo o la pareja. Por ausencia del verdadero amor; este descubrimiento puede representar un aspecto evolutivo sano y normal de uno de los dos miembros, pudiendo legitimar libre y voluntariamente otros destinos amorosos.

En este sentido la infidelidad, ¿es o no una crisis? La infidelidad en sus distintas formas tiene un fenómeno común: el repetido alejamiento de una persona amada motivado en parte por el temor a la dependencia. Por este miedo se está probando a sí mismo que su esposa, marido, uno y muy amado, no le es, después de todo, indispensable, ya que siempre podrá volcar en otra persona sentimientos apasionados.

Se puede caer en la infidelidad por la inseguridad de resolver conflictos individuales o de relación, porque el matrimonio se vive como una falta *de sentido de la libertad*, aceptando como libertad la libre acción o actuación sexual, o porque realmente se toma conciencia de que lo que eligió no era o no representa amor (ej.: una frigidez, alteraciones sexuales). También en este último contexto podremos hablar de crisis, por resolución de problemas profundos.

LA PLANIFICACION FAMILIAR EN LA ORGANIZACION FAMILIAR

¿Debe plantearse la Organización Familiar o la Planificación Familiar como un deseo individual, o debe estar amparado y protegido por una conciencia social o colectiva?

Pienso que la Planificación Familiar no es un hecho pasivo, sino que debe plantearse desde una perspectiva individual y social activa.

En la mayoría de los casos se vive como un nuevo recurso técnico (anticonceptivos, aborto, etc.), no como un hecho en que los deseos individuales de la pareja deben de estar presentes con todo lo que esto puede significar.

Desde el punto de vista médico, vemos que lo que comenzó siendo un mero recurso técnico se ha ido transformando en un modo de comprender las relaciones, englobándolo dentro de unos fines y objetivos. A la Planificación Familiar se puede recurrir por diversos motivos: Planificación, número de hijos, como recurso ante enfermedades genéticas, médicas o psicológicas, por problemas de estancamiento afectivo e infidelidad matrimonial, como criterio que la sociedad debe amparar cualquier posibilidad.

Si observamos detenidamente los planteamientos sobre Planificación Familiar veremos que en un extremo están los que recurren a ella como recurso individual ante problemas de organización familiar y en el otro los que reivindican un modo de *apoyo social y colectivo*. Los del primer grupo intentan tomar conciencia que la vida de la familia está enmarcada en un contexto individual de pareja; a este grupo pueden pertenecer los que de alguna manera han tomado conciencia de las circunstancias colectivas —sin protagonismos— de la forma de vida, de la demografía, de la organización económica y vivienda; utilizan los recursos técnicos de una manera natural y aconflictiva. Los otros buscan el apoyo social con protagonismos de libertad de acción, etc., quizá olvidándose del aspecto individual y sus repercusiones psicológicas.

¿Cómo puede ser *interpretado el aborto* (como método más complejo en muchos aspectos) *desde un punto de vista psicológico?*

¿Es necesaria esa posibilidad desde un punto de vista psicológico o social?

Yo diría que es factible en los que se creen esa conciencia.

Desde un punto de vista, pues, sólo en la libertad psicológica cabe la decisión y la madurez; sabemos, incluso, que los aspectos agresivos, los aspectos destructivos y autodestructivos (encontrar la muerte y el miedo a la muerte) deben ser superados individualmente para encontrar la libertad de amor y de vida; pero desde otro punto también está el peligro (el hombre es limitado y conflictivo) de que esa libertad se convierta en conducta destructiva, peligrosa e inconsciente y que todos los recursos técnicos se utilicen inconscientemente, olvidándose los métodos más adecuados y con menos repercusión psicológica y emocional; cabe también que esos recursos abortivos mediaticen a las personas y sus actitudes ante la vida, la sexualidad, la relación indiferenciada, y que en vez de enriquecer a la persona hacia la madurez, ésta quede coartada a momentos de placer indiferenciado; ej.: adolescentes, parejas, enfermos, drogadictos, etc., en los que predominan las conductas evacuatorias y de hechos consumados sin poder ver la posibilidad de introducir una posibilidad de espera o relaciones no arriesgadas que favorezcan la relación afectuosa diferenciada y la *madurez* personal que lleve al trato adulto, donde la relación disciplinada y leal con todo lo que implica de cariño, temores a lo que no va y sus soluciones, planteamientos emocionales a la vida, a los hijos, la enfermedad, con sus connotaciones de alegría-pena, amor-dolor, pueda ser resuelto satisfactoriamente.

DIMENSION ETICA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR: LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

MANUEL CUYAS

La Planificación Familiar, no solamente en el *objetivo* concretamente perseguido, sino también en las *motivaciones* que inducen a su prosecución y en las *actuaciones prácticas* para conseguirlo, afecta a multitud de valores éticos y puede involucrar muchos contravalores, tanto en el planteamiento mismo como en su realización. Para no reducir mi aportación a una simple enumeración de posibilidades deontológicamente positivas o negativas, habré de empezar por delimitar el campo al que reduzco mi reflexión, para pasar luego a exponer, en primer lugar, los imperativos éticos que se siguen de una reflexión antropológica aconfesional y, en segundo lugar, los que, interviniendo una perspectiva confesionalmente católica por parte del consejero o de quien accede a la consulta, deben ser especialmente considerados.

Pero, antes ya de delimitar el tema, deseo explicitar el sentido que para mí tiene su misma formulación:

Al hablar de *dimensión ética* me refiero a los aspectos de la planificación familiar, que otorgan o pueden otorgar a ésta un valor positivo (o negativo) en orden a la perfección del ser humano, entendida ésta como realización plena del mismo, individual y colectivamente considerado, es decir, mirando tanto a la persona, como a la humanidad entera, sin fronteras geográficas ni históricas. De todos modos, por razón del mismo curso en que se inserta este trabajo y del título del mismo, la consideración universalizada del tema sólo es tenida en cuenta aquí —y muy de paso— desde la familia y en la familia.

Al formular el tema acepto, ya de antemano, que una determinada voluntad de limitar el número de hijos biológicamente posible, puede ser honesta en el objetivo perseguido, en sus motivos y en las actuaciones practicadas para ello.

En cuanto al *objetivo*, aunque no es fácil determinarlo cuantitativamente, existe una tasa óptima de crecimiento demográfico, capaz de conjugar armónicamente y en acertado equilibrio, el bien de cada persona, individualmente considerada, con el del conjunto de ellas, a lo ancho de la geografía y a lo largo de la historia por venir. Pertenece al progreso de las ciencias de la población, y de la econometría en particular, fijar, siempre con mayor precisión, la tasa óptima de crecimiento demográfico para cada nación y para el mundo entero. Pertenece al progreso técnico-político y a una mejor organización nacional e internacional, arbitrar la normativa económico-jurídica adecuada para encauzar el ejercicio de la libertad individual y familiar por los cauces requeridos para el bien común nacional e internacional.

En cuanto a los *motivos*, doy por supuesto que nadie se toma la molestia de planificar su familia, desvinculando para ello de alguna manera los significados unitivo y fecundo de la relación sexual, vivida en su plenitud, si no es impelido por algún motivo. Adentrarme en valorar la necesaria dimensión de éste, me obligaría a tomar partido, en el plano internacional, entre las diferentes ideologías y opciones políticas enfrentadas al respecto y, en el plano familiar (el propio de la ponencia), entre las diversas antropologías que determinan la posición de unos y otros autores católicos en el tema. Tocaré, sólo de paso, en la tercera parte de la exposición, este problema, con el fin de explicar la mayor o menor facilidad experimentada entre los autores confesionales para aceptar o rechazar, en principio, los medios técnicamente denominados *artificiales*.

Finalmente, la referencia explícita a la planificación *familiar*, centra las reflexiones de este trabajo a la limitación del número de hijos en la vida sexual activa de una pareja estable, equivalente, al menos, a la institucionalmente regulada y reconocida. Sin estos requisitos, carece de sentido hablar de familia o de Planificación Familiar. En el sentido aquí indicado emplearé las palabras matrimonio y vida conyugal a lo largo del trabajo.

Suena a poco humana, para los interesados, la expresión *planificación*, suponiendo por una tarea tan personalizada como la que tiende a regular el número de sus propios hijos. Se trata de una expresión consagrada por el uso, y no del todo criticable, si se advierte apunta en los estudios a la tarea indirecta, que deben realizar, al respecto, las autoridades públicas y los consejeros. Cuando nos referimos a la misma acción conyugal, empleamos la expresión «procreación responsable» con preferencia a cualquier otra. El sustantivo *procreación* apunta a la presencia trascendente de la causa primera, Dios quien no interfiere al nivel predicamental, el de las causas segundas, inmediatas, dejando íntegra la *responsabilidad* de éstas, mediante la acción personal de los cónyuges.

DELIMITACION DEL TEMA

Por lo dicho hasta aquí, queda ya claro que limito mi consideración a la dimensión ética en la *realización práctica* de la planificación familiar, dejando para otros estudios la de los objetivos concretos éticamente perseguibles con ella y la de las motivaciones posibles. Pero no podría reflexionar, en una sola ponencia, sobre los diversos valores éticos involucrados en todas y cada una de las prácticas, posiblemente empleadas para conseguir una reducción determinada en el número de hijos. Entre estas prácticas podrían enumerarse desde el infanticidio hasta la continencia virginal, pero centraré mi reflexión ética a los medios propiamente *anticonceptivos*.

Dejo, pues, de considerar aquí, por un extremo, el *infanticidio* y el *aborto*, porque no los considero éticamente aceptables como medio para planificar la familia,

así como los métodos *probablemente abortivos* y la *esterilización*, porque la discusión ética respecto a ellos exigiría una exposición tan larga como la presente[1]. Tampoco voy a considerar, en el otro extremo, como medios para la planificación familiar, la *continencia virginal*, la *continencia definitiva* después de un tiempo determinado de vida sexual activa y el retraso de ésta última mediante un *matrimonio tardío*, aunque los dos últimos métodos han sido y son aún preconizados y llevados a la práctica con este fin.

Centro, pues, mi estudio en la *anticoncepción*. Esta, en su sentido más estricto, busca imposibilitar la unión de espermatozoide y óvulo como resultado de un determinado acto sexual o de una serie de ellos. Con este único fin se recurre a los *métodos hormonales* —píldoras anovulatorias y tratamientos equivalentes—; por este motivo las tomo aquí en consideración, aunque, propiamente hablando, al no actuar en el mismo acto sino en la facultad generativa, responden más a la definición estricta de una esterilización temporal[2]. Tampoco el *método del ritmo*, o continencia periódica, interfiere en el mismo acto, desvinculando en él la vertiente unitiva de la procreadora, pero no hay duda de que, con la elección de los días agenésicos, se busca, como en el caso anterior, evitar que el acto, o una serie de ellos, dé lugar a la posible unión de algún espermatozoide con un óvulo maduro, y esto hasta para definir la anticoncepción en sentido propio.

PRINCIPIOS ETICOS GENERALES

Al margen de toda confesión, el recurso honesto a la Planificación Familiar presupone el cumplimiento de tres imperativos generales, que podemos formular del siguiente modo:

1.º El matrimonio, como comunidad de vida y amor, debe enmarcar cualquier preocupación por la planificación de los hijos en el contexto de un amor mutuo, de suerte que los medios empleados salvaguarden la adecuada expresión y fomento del amor conyugal. Atenta contra este principio la falta de amor, y la simple merma de éste en sus manifestaciones, si, por falta de cantidad o de calidad en ellas, resultan insuficientes para mantenerlo vivo y creciente.

Es preciso decir que sería éticamente inaceptable cualquier uso de la sexualidad huérfano de amor y, sobre todo, el uso más completo de la misma: la unión íntima. Todo empleo no amoroso de la dimensión sexual humana, aun supuesto un acuerdo mutuo previamente establecido entre los interesados, supone una degradación a nivel orgánico de lo que debe ser *expresión personal del amor;* entraña, por consiguiente, una cosificación del otro y una regresión egoísta, que transforma la dinámica altruista, propia del diálogo conyugal, en una búsqueda empobrecida del propio placer. Toda cosificación de la persona convierte en objeto al que esencialmente es sujeto. La cosificación de alguien entraña la negación o el olvido de su dimensión más noble: la que lo constituye sujeto de propio derecho, con experiencia y responsabilidad propias del sentido del ser y de la vida, en camino hacia la realización perfecta de cuanto es y puede ser.

La estructura dialogal del acto íntimo del amor conyugal pide, además, una elección del tiempo y modo de acceder al otro, respetuosos para con su personalidad, atentos a no exigir nada antes de haberse hecho desear, solícitos en la elección de elementos preparatorios, próximos y remotos, para acertar con aquéllos que serán percibidos, aquí y ahora, como expresión sincera de amor. Todo diálogo exige emplear siempre un idioma comprensible para el interpelado.

La continuidad exigida en las expresiones mutuas de amor postula, por una parte, algún esfuerzo por *mantener rico el vocabulario*, entendiendo éste como capacidad de expresar con diversos gestos y palabras, de modo fácil y gustoso, el afecto sinceramente sentido y alentado; por otra parte, exige conocer la psicología propia del otro sexo, y el modo de ser particular del cónyuge, para *acertar aquí y ahora con la manifestación* que permitirá a éste sentirse amado y/o correspondido. El tipo y la frecuencia de las expresiones, en un diálogo de amor vivo, cambia necesariamente con la edad y las circunstancias, tanto temporales como espaciales del encuentro, de acuerdo con el sitio y la soledad o compañía en que éste tiene lugar.

De acuerdo con todo esto, podríamos desdoblar el principio ético general de una adecuada expresión y fomento del amor conyugal en estos tres imperativos particulares: *a)* toda relación sexual debe ser manifestación de amor; *b)* es preciso mantener con el cónyuge un diálogo continuado con un vocabulario suficientemente rico y variado, y *c)* conociéndole, emplear siempre el gesto o la palabra que aquí y ahora le hará sentirse amado o/y correspondido. Por consiguiente, amor, continuidad y riqueza de expresión, acierto en la elección de ésta, condicionan el cumplimiento del primer principio general enunciado: adecuada manifestación y fomento del amor conyugal. Esto es imposible sin acuerdo previo en el modo de proceder general y, concretamente, en aquél con el cual se intenta planificar la familia. El esfuerzo por sintonizar o llegar a avenirse sinceramente con el parecer del cónyuge es esencial al amor matrimonial y se halla a la base de un diálogo continuado en el idioma asequible a la comprensión del mismo.

Aunque se hallaba ya implícito en los tres imperativos dichos, he querido formular la necesidad de un *acuerdo mutuo entre los esposos*, especialmente al tratar de planificar la familia. Sin él sería imposible evitar resquemores y frustraciones, a corto o a largo alcance, como efecto ineludible de disociaciones internas conscientes o inconscientes, pues toda actividad sexual moviliza zonas muy

[1] En el *infanticidio* se hace patente la violación de un derecho a la vida, incluso jurídicamente protegido; en el *aborto* y en la acción de métodos *probablemente abortivos* —antinidatorios, por ejemplo— es, al menos, probable, que se priva a un ser ya existente de ese mismo derecho, aunque el Derecho positivo no se haya comprometido aún a protegerlo; en la *esterilización* tiene lugar un atentado contra la integridad corporal —orgánica o meramente funcional— de una persona. En los cuatro casos interfieren valores éticos específicos.

[2] También se aduce, por parte de algunos, contra estos métodos, como anticoncepitvos, la dificultad de que, tal vez, su eficacia no se deba solamente a la acción de los fármacos a nivel de ovarios y cuello de matriz, sino también en el endometrio, dejándolo sin la preparación necesaria para acoger al óvulo fecundado, acción que sería, al menos, probablemente abortiva. Aunque sé existen datos clínicos de algún embarazo ectópico durante el tratamiento y no está totalmente excluida la dificultad indicada, sobre todo con determinados preparados, los datos científicos hasta hoy conocidos no permiten a los moralistas sacar los anovulatorios de las consideraciones propias de un método anticonceptivo.

profundas de la afectividad y de la psicología, donde a veces juegan —al margen e incluso contra lo que uno conscientemente cree opinar— deseos de maternidad o paternidad, rechazo del hijo, etc. Se impone, por consiguiente, un diálogo previo sincero y abierto, nutrido de mutua comprensión, confianza verdadera, ternura, etc.

2.º El matrimonio, como comunidad de vida y amor caracterizada por el papel que en su relación íntima juegan las fuentes de la vida, debe enmarcar cualquier preocupación por la planificación familiar en una intención global de tener hijos en la medida y en el tiempo requeridos por las exigencias de una procreación responsable.

También este segundo principio ético general, el de la fecundidad responsable, incluye tres imperativos: *a)* el de la intención global de tener hijos; *b)* el de tenerlos en la medida óptima de cantidad y calidad, y *c)* el de procurar que cada uno de ellos nazca en el momento más oportuno. Razonemos estas tres afirmaciones.

El planteamiento honesto de la planificación familiar presupone en los cónyuges una *intención global de tener hijos*, no solamente porque ella viene postulada en el mismo significado biológico de las estructuras puestas en juego con el uso genital del sexo, sino también porque, psicológicamente hablando, una intención global contraria a toda procreación frustra la dinámica altruista del amor y priva a las personas que se aman de la realización vicaria, en el hijo, de su utópica aspiración más característica: la de unirse profundamente y permanecer unidos. El amor que, contradiciendo su propia dinámica, se niega a procrear, al replegarse sobre sí mismo, se convierte en regresivo, y empequeñece a quienes hacen gala de él hasta infantilizarlos [3].

Por otra parte, ni la dinámica altruista del amor, ni el utópico deseo de fundirse en la unidad con el amado, pueden darse por satisfechos con el mero acto de engendrar y dar a luz una nueva vida. Al margen incluso del derecho que posee el nuevo ser a devenir hombre-en-sociedad, la dinámica misma del amor, y su radical deseo de mantener unidos a los que se aman, postulan transmitir a ese nuevo ser lo más personal y maduro de ellos mismos: su cultura, escala de valores, poder de decisión en la libertad, etc.; la educación de los hijos, en una palabra, con las posibilidades que ello requiere y con la necesidad consiguiente de determinar su número y el momento oportuno para recibirlos.

La «Planificación Familiar», como tal, sólo puede entenderse a partir de determinados objetivos o puntos de referencia, en función de los cuales se traza el plan. Entre estos puntos destaca, ante todo, el ejercicio adecuado del papel confiado a la familia en una sociedad determinada, el cual incluirá, en proporción más o menos notable, siempre principal y privilegiada, la socialización de los hijos, con la previa individuación requerida de éstos.

[3] Han surgido en los últimos lustros grupos, bastante proselitistas, que pretenden alentar las parejas a privarse, incluso totalmente, de hijos por la razón *altruista* de defender así la ecología y el bien común. No quisiera negar, ni el valor ético subjetivo de tal proceder, ni la posibilidad de que, en algún caso extraordinario y suficiente motivado, tal objetivo dé lugar a la sublimación, en forma expansiva, de la tendencia innata del amor conyugal a la procreación. En el orden objetivo, opino que tal proceder sólo podría ser razonable en tan pocos casos, como lo hubiese sido la virginidad en una hipótesis meramente natural de la existencia humana (véase, SANTO TOMÁS: *Suma teológica*, II, II, q. 152, a, 2).

No puede considerarse a la familia como unidad aislada en el desempeño de su tarea socializadora. Su acción se conjuga, necesaria y muy convenientemente, con la de la escuela, el vecindario y las demás unidades, tanto eclesiales como civiles, que la envuelven: parroquia o servicio religioso más frecuentado, municipio, nación, Estado, conjunto de naciones.

No es éste el lugar de ponderar la importancia de la familia, sola o relacionada, en el proceso de individuación, entendido como adquisición de la propia identidad, y de inserción en la trama de relaciones sociales, dentro de las cuales deberán realizarse el niño o la niña que accedan a la vida. Baste advertir que en este proceso no son indiferentes, ni el número de miembros que completan una familia determinada (debe acomodarse a la salud y cualidades pedagógicas de los esposos, así como a los medios, tanto privados como comunitarios, de que dispondrán en el ejercicio de esa función), ni el promedio de hijos en determinado lugar, municipio, nación; tampoco el del conjunto de las naciones.

Se habla de Planificación «familiar», y los moralistas solemos centrar nuestra atención a este nivel, porque en él se dan los datos hoy accesibles para el ejercicio de la responsabilidad también ciudadana. Los moralistas nos movemos, además, con más soltura en el terreno de la ética individual o de las relaciones privadas de la familia. No dejamos, con todo, de urgir, cuando es preciso, al Estado para que establezca aquel juego de estímulos y elementos disuasorios que, junto con adecuadas medidas de política fiscal y de enseñanza, de política sanitaria, laboral y de vivienda, faciliten a los particulares mantenerse dentro de los límites de una procreación responsable [4]. Por otra parte, miramos con recelo y descalificamos, cualquier pretensión estatal de fijar el número exacto de hijos por familia, o de determinar los métodos que para ello haya de seguir, porque intervienen elementos singulares (salud y manera de ser de los padres, dotes pedagógicas, convicciones éticas, etc.) y porque se adentraría en el marco privado de la intimidad personal y conyugal.

En la fijación de la tasa óptima de crecimiento nacional interfieren tantos factores —algunos de ellos aleatorios—, que resulta hoy imposible señalarla con precisión. Basta, con todo, que las ciencias demográficas la hayan colocado dentro de ciertos márgenes, para que la Planificación Familiar honesta no pueda dejar de considerar esos límites al mismo nivel que los datos singulares de la familia, de suerte que todo desplazamiento, por más o por menos, deba verse justificado por motivos especiales y pueda estribar en la esperanza fundada de que otras razones complementarias restablecerán el equilibrio en el conjunto de las familias.

Cuando hablamos de la tasa óptima de crecimiento, centramos nuestra atención en la cantidad de hijos por familia, pero corresponde a las ciencias de la población la responsabilidad de haber calculado ese número, atendiendo al óptimo en cantidad y calidad, que ha de permitir a cada uno de los ciudadanos la mayor actualización posible de sus propias cualidades. Esta misma consideración supone toda planificación éticamente responsable a nivel de familia.

[4] En este sentido se manifiesta también la encíclica *Humanae vitae*, n.º 23, citando, además, expresiones anteriores del Magisterio.

Porque, ni el mero aumento numérico obstaculiza necesariamente la mejor humanización posible, ni la atención centrada unilateralmente en el aumento de posibilidades para los menos garantiza la realización de tales posibilidades y la calidad consiguiente de estos pocos. A nivel familiar, como a niveles sociales más amplios, el punto de referencia adecuado es el *óptimo prudencial que conjuga cantidad y calidad* en la proporción debida para la mejor realización de todos y cada uno de los miembros.

Entienden mal este segundo imperativo, quienes piensan conviene, y aun es preciso, definir de una vez para siempre el número total y el prudente espaciado de los hijos. No negamos pueda ser útil acceder al matrimonio y a la vida familiar con una razonable opinión sobre todo ello; pero no es la decisión apriorística, sino el mantenimiento del ritmo, postulado en concreto por la historia viva de un determinado amor conyugal, lo que mantiene la espontaneidad y conjuga acertadamente el sentido fecundo del amor sexual con la realización prudente de esta fecundidad, de suerte que, cada uno de los hijos, venga a engrosar la familia en *el momento más oportuno* para bien de todos sus miembros. También esto depende de muchos factores culturales y sociopolíticos, pero muy especialmente de las condiciones personales de los cónyuges e hijos ya nacidos.

3.º El tercer principio ético general ha quedado ya, en su sentido afirmativo, implícitamente formulado con el enunciado de los dos primeros: el matrimonio, como comunidad de vida y amor, al preocuparse de la Planificación Familiar, debe mantener unidos, en el arco, al menos, de toda la convivencia conyugal, la expresión-fomento del amor y la procreación responsable.

En su sentido negativo, como condena de relaciones sexuales gratificantes y/o de una posible procreación responsable, desvinculadas y al margen de una misma comunidad matrimonial, este tercer principio es hoy cuestionado, y aun abiertamente negado, por bastantes autores. Adentrarme en la discusión, con quienes pretenden disociar totalmente el uso erótico-placentero y el uso procreador del sexo, supondría salirme del tema propio de la ponencia: la Planificación Familiar.

Quiero solamente dejar bien claro que, si bien no se ha conseguido hasta hace poco un notable grado de seguridad en los métodos anticonceptivos, a excepción de los hormonales [5], eran todos conocidos ya substancialmente desde bastantes siglos antes de Cristo [6], y que la práctica separación, presentada por algunos como conquista reciente y progresiva, de las relaciones fecundas y eróticas, fue siempre combatida por la Iglesia católica como abuso, extendido ya en la civilización burguesa con el binomio esposa-amante, en la medieval con la exaltación del amor cortesano y en la greco-romana con el modo de proceder pagano. Un discurso, durante largo tiempo atribuido a Demóstenes, demuestra además que cinco siglos antes de Cristo se realizaba ya esta separación [7], que considero éticamente inaceptable, por desintegrar la actividad personal y deshumanizar, consiguientemente, los diversos aspectos de la relación sexual en una u otra práctica.

La necesaria unión, en el conjunto de la vida matrimonial al menos, de la vida sexual amorosa y de la fecundidad responsable viene impuesta éticamente por la simple obligación de asumir humanamente las estructuras biológicas, que pone en juego el amor sexual y, más aún, por consideraciones psicológicas y de filosofía existencial. Hasta aquí estarían de acuerdo todos los deontólogos autorizados. Los cristianos añadimos, a las anteriores reflexiones, el imperativo que, en el mismo sentido, se sigue de los datos revelados: el hombre fue creado a imagen y semejanza de un Dios que es amor (Gn 1, 26; 1 Jn 4, 8), y que, como tal, se realiza con una fecundidad interna en la Trinidad augusta, y se expansiona al exterior con la creación. La Encarnación del Verbo Divino, y el misterio de la Redención en su conjunto, no dejaron intacta la dimensión sexual humana: «a los que creen en su nombre, les dio potestad de ser hijos de Dios» (Jn 1, 12). Estas realidades sobrenaturales, o conocidas con certeza por la Revelación, añaden nuevas motivaciones al imperativo ético común: la de no deformar la imagen del Creador y la de cooperar con la obra redentora. No se trata de heteronomía alguna: pertenece intrínsecamente al ser y perfección de la imagen, asemejarse lo más posible a quien representa. A la responsabilidad frente a la sociedad civil se añade la que corresponde, para el cristiano, frente a la Iglesia. Sólo quien pueda responder ante Dios de su amor, y del número y calidad de sus hijos, cumplirá con éstos y con ambas sociedades.

También están todos los deontólogos de acuerdo, en que no queda privada de su valor ético una relación íntima, porque, en sí misma, sea infecunda. La Iglesia tuvo que luchar, en los primeros siglos, contra la tendencia a considerar inválido, o anulable, el matrimonio estéril, y ha bendecido siempre el matrimonio de ancianos. Si hubiese querido Dios la unión siempre efectiva del coito con la procreación, no hubiese reducido a treinta, o pocos más, los años fecundos de la mujer, y a muy pocos días los verdaderamente fértiles dentro de cada ciclo menstrual. Y es que todo amor conyugal es esencialmente fecundo, por lo menos, en cuanto enriquece mutuamente a los esposos; en el matrimonio cristiano, lo es, además, en gracia santificadora.

Lo único ampliamente discutido al respecto (será objeto de consideración en la tercera parte del trabajo) es la necesidad de que, en cada acto sexual íntimo, se mantengan unidos los significados unitivo y procreador del mismo; no precisamente la realización de este último. Se trata de una expresión técnica, que reconoce íntegro el

[5] Mantengo la afirmación, porque no eran reflejamente conocidos en su acción y porque no constaban en documento médico alguno. De todos modos, es cierto que la industrialización de los anovulatorios fue posible, a partir del momento en que se estudiaron químicamente unas raíces, usadas ya con resultados anticonceptivos por determinados pueblos indios de Méjico. La estructura química de las mismas resultó muy semejante a la hormonal y se abrió el paso a la producción masiva de esteroides progestacionales. Debo esta última reflexión al Dr. R. Llatjós, quien me la hizo al terminar yo mi exposición.

[6] Aludo a los papiros: *Kahum*, datado hacia el año 1850 a. C.; *Ebers*, aproximadamente del 1550 a. C.; *Berlín 3038*, en torno al 1500 a. C.; etc.; por no hablar de Soranos de Efeso, quien, en su preciada *Ginecología*, de la primera mitad del siglo segundo, expone abundantes fórmulas correspondientes a los diversos métodos anticonceptivos, no sin excluir, con sentido crítico, como ineficaces, algunos de los anteriormente recogidos por los autores más acreditados.

[7] En el discurso forense *In Neaeram*, considerado por los expertos muy útil para conocer las costumbres griegas del siglo IV a. C., se dice textualmente: «Pues tenemos las meretrices para el placer, las concubinas para el cuidado diario del cuerpo, las esposas para engendrar hijos legítimamente y para tener una custodia fiel de los asuntos familiares».

significado procreador del acto de amor, con tal de que las estructuras biológicas, puestas con él en juego, permanezcan intactas en su curso natural, sin intervención alguna extrínseca, orientada a bloquear la posibilidad de que ellas den lugar a una nueva vida. A esa intervención desde fuera se la llama *artificial*, sin negar con ello, ni que un determinado uso de los métodos denominados, por contraposición, *naturales* se deba, como aquéllos, al progreso en los conocimientos científicos, ni que la cultura sea algo propio de la misma naturaleza humana.

Para quienes no ven distinción ética alguna entre el uso de medios *naturales* y *artificiales* para conseguir el mismo fin de la Planificación Familiar, todos ellos son, en abstracto, indiferentes, y *su eticidad concreta* depende —como para quienes en determinados casos estimamos también honesto el recurso a métodos artificiales— de los factores personales de uno y otro cónyuge en relación con la eficacia, la inocuidad y la aceptabilidad del método, conjugadas con el grado de eupareunia, a que éste dé lugar.

La *eficacia* de los diversos métodos es perfectamente valorada mediante la fórmula de Pearl, que indica el número de «embarazos sorpresa», que durante cien años de hipotética vida sexual activa conocería una pareja, aunque usase siempre el método en cuestión con el fin de no tener hijos. No hay duda de que, según la importancia que tenga para un determinado matrimonio evitar el embarazo aquí y ahora, el coeficiente de seguridad tendrá una importancia mayor o menor. Nos referimos a la eficacia real y práctica del método, siempre inferior a la teórica (la que le correspondería en condiciones óptimas de motivación, conocimiento y uso efectivo por parte de la pareja).

La falta de *inocuidad*, tanto próxima como remota, en un determinado método, puede deberse al mismo, pero puede también responder a condiciones personales de alguno de los cónyuges (respuesta alérgica a las gomas, por ejemplo). La *aceptabilidad* en general puede depender de muchos factores: éticos, si se considera inhonesto el uso de determinado método; económicos, si resulta uno difícil de adquirir, o más caro que otro; cómodos, según se puedan usar con facilidad o engorro; etc. Denominamos *eupareunia* a la facilidad con que la cópula, no obstante la interferencia de una acción anticonceptiva, resulta gratificante y placentera para los dos miembros de la pareja.

No hay duda de que, traduciéndose en acto el amor como voluntad de hacer bien al amado, y dependiendo el valor de una unión íntima de la manifestación efectiva de esta voluntad, sólo las circunstancias concretas de un matrimonio y la incidencia en él de los cuatro factores indicados pueden dar a conocer qué método anticonceptivo resulta aquí y ahora más recomendable, desde el punto de vista ético, para armonizar la manifestación de amor con la procreación responsable.

CUESTIONES A TRATAR DESDE LA CONFESIONALIDAD CATOLICA

Una actitud positiva e ilustrada respecto a la planificación familiar mediante anticonceptivos —recordemos que hemos delimitado el tema a este aspecto del problema—, habida cuenta de la perspectiva católica, supone haberse hecho previamente cargo:

1.º De la dificultad que supone la *prevención*, manifestada contra ella por la doctrina oficial de la Iglesia romana hasta mediado este siglo.

2.º De la doctrina expuesta al respecto en la encíclica *Humanae vitae*, con la manifiesta *condena* en ella de todo medio anticonceptivo que se salga de los métodos naturales (continencia periódica), salvo los casos en que la infertilidad del acto se induzca sólo indirectamente, por una razón terapéutica proporcionada o por motivos de justa defensa contra una unión no debida y violentamente impuesta.

a) Cuando en el siglo pasado se le preguntó sobre la licitud del acto conyugal limitado a los días agenésicos, la Sagrada Penitenciaría se abstuvo de condenar ese modo de proceder (años 1853 y 1880), pero, hasta que Pío XII, el día 29 de octubre de 1951, pronunció su conocido discurso a las comadronas, carecimos de una afirmación clara, reconociendo la licitud del método, cuando existen «motivos morales suficientes y seguros». La alusión del mismo texto a la necesidad de un «grave motivo», se refiere al caso en que quiera uno sustraerse «siempre y deliberadamente», por todo el tiempo de la vida conyugal, al deber de tener hijos (AAS 3 [1951] 845-846).

Después del Concilio Vaticano II (G. S. 48-51) y de la publicación de la encíclica *Humanae vitae* (25 de julio de 1968) es claro que la Iglesia católica urge el cumplimiento del primero y segundo principios generales antes enunciados: los esposos deben manifestar y fomentar su amor mutuo, y responder, al mismo tiempo, al imperativo de una procreación responsable. El que hasta 1951 hubiese mostrado cierta prevención contra el segundo principio, se explica: *a)* porque en los primeros siglos del cristianismo, ni los conocimientos científicos, ni los conceptos jurídicos, ni la práctica, distinguían claramente entre los métodos anticonceptivos y los abortivos; *b)* porque, en ese mismo tiempo, se urgía la actitud anticonceptiva, partiendo del error maniqueo, según el cual, engendrando, se haría el juego al principio del mal o de la materia, que lucharía de continuo en el mundo contra el principio del bien, y esta doctrina no se podía aceptar, ni siquiera aparentemente con la práctica; *c)* porque, hasta muy recientes progresos médicos y socio-culturales, el bien de la humanidad exigía una abundante procreación para contrarrestar la mortandad infantil, y la que provocaban, periódicamente, epidemias y guerras; *d)* porque, de hecho, hasta mediado el siglo XVIII, no se acudía a la anticoncepción, sino por hedonismo egoísta o para ocultar las posibles consecuencias de relaciones extramatrimoniales; *e)* porque, cuando empezó a vislumbrarse la posibilidad de que el bien común pidiese limitar los nacimientos, empezaron por adoptar esta práctica, en el marco familiar, solamente: los nobles, para mantener en un círculo estrecho sus privilegios, y los burgueses, para retener en pocas manos el capital; motivos ambos, cristianamente inaceptables.

b) Más presente se halla en la mente de todos la condena, por parte de la Iglesia Católica, de «toda acción que, o en previsión del acto conyugal, o en su realización, o en el desarrollo de sus consecuencias naturales, se proponga, como fin o como medio, hacer imposible la procreación» (H. V. 14). Esta doctrina urge el cumplimiento del tercer principio general, con las acotaciones allí indicadas, no sólo en el conjunto de la vida matrimonial, sino también en cada acto sexual plenamente consumado. Des-

de la confesionalidad católica se imponen dos reflexiones al respecto: la primera, *doctrinal;* la segunda, *práctica.*

Aspecto doctrinal

Estaría fuera de lugar desarrollar aquí los cuatro argumentos aducidos por Pablo VI en favor de su tesis [8]. Aunque no se pronuncia con toda la autoridad de que se halla dotado el Romano Pontífice, está cierto de expresarse con verdad y en el mismo sentido que sus predecesores. La continuidad en una doctrina, expuesta auténticamente por el Ministerio ordinario, otorga a ésta un peso notable como fuente específica de la verdad teológica. De todos modos, no nos hallamos ante una enseñanza infalible de la Iglesia, y esto explica, junto con la dificultad que entraña la antropología subyacente, el disentimiento expresado por algunos teólogos católicos. Por otra parte, se trataría, en todo caso, de una norma objetiva, que sólo urge moralmente a través de la conciencia responsablemente formada. Naturalmente, atender al Magisterio, habida cuenta del grado de autoridad con que se ha pronunciado, forma parte de esta responsabilidad en todo católico, y, en cualquier caso, el valor ético de un proceder depende, en última instancia, del juicio práctico de la conciencia.

No se han hecho verdadero cargo de la enseñanza pontificia quienes la acusan de confundir las leyes biológicas con las morales. Tiene razón Pablo VI al decir se pronuncia «a la luz de una visión integral del hombre y de su vocación, no sólo natural y terrena sino también sobrenatural y eterna» (H. V. 7). Y parte de una antropología ciertamente acorde con la tradición y con la Biblia. El que los Libros Sagrados no contengan una concepción antropológica determinada y el que la subyacente en la encíclica no sea la única coordinable con el conjunto de verdades reveladas, explica el disentimiento de algunos, pero no nos excusa de hacer un esfuerzo por comprender su argumentación.

Lejos de subordinar la realización humana a la biología, la concepción antropológica del Magisterio apunta a una unidad tan grande, que impediría toda disociación entre la opción personal y cualquier estructura del propio ser. No permite colocar en el mismo rango que las demás realidades naturales —leyes físicas y biológicas extrínsecas— a las estructuras propias del ser humano. Estas no son algo más en el mundo, colocado bajo el dominio del hombre, sino que, como el cuerpo entero, forman parte de su ser y deben ser humanizadas, incorporadas en el conjunto de la razonable decisión personal. El recurso a las medidas anticonceptivas supone renunciar a la humanización del sentido procreador en un determinado gesto personal; mutilar, por consiguiente, de esta forma y en este acto, la totalidad del ser. Con este significado, y desde esta antropología, condena el Papa como inmoral —es decir, como no humanizante o como deshumanizadora en sí misma— la disociación, incluso en un acto singular, del doble significado de la unión sexual.

No pretendo haber expuesto el razonamiento con la claridad suficiente para convencer a quien discurre desde otra concepción antropológica. Me contentaría con haberlo hecho comprensible. Tengo para mí, que solamente pueden menospreciar la enseñanza oficial de la Iglesia, quienes no la han estudiado con la profundidad debida. Quien lo haya hecho, podrá, tal vez, disentir, pero no podrá menos de hacerlo con humildad y respeto; estará muy lejos de pronunciarse con autosuficiencia, contestatariamente y provocando escándalo.

Aspecto práctico

Quien, por docilidad al Magisterio en ausencia de una opinión más autorizada o por propia convicción desde la antropología en ella latente, considera inhonesto el uso de anticonceptivos *artificiales,* podrá, tal vez, planificar su propia familia con el recurso exclusivo a la continencia periódica, no sin esfuerzo ascético pero con notable calidad en el diálogo de amor, si tiene en cuenta las observaciones hechas con ocasión del principio general primero: amor, riqueza de vocabulario y atención a la psicología propia del cónyuge, previo acuerdo sincero de los dos respecto al modo de expresarse, que aquí incluye concretamente la elección del método.

En estas condiciones cae por su base la dificultad, de quienes estiman *antinatural* la continencia periódica, porque dejaría de lado a la esposa, los días en que ella desearía más cariño, y la haría sentirse *usada,* tan sólo en los otros, con notable egoísmo. Con las condiciones dichas, ella se siente amada e invitada al diálogo con signos de amor todos los días; el calendario, el termómetro, la sequedad de las secreciones vulvo-vaginales, al revelar la condición genésica o agenésica de sus días, lejos de acantonar las expresiones de amor del esposo, obligan a que éste las aquilate, atemperándolas, no ya a su apetencia subjetiva, sino a la realidad objetiva de hacer que redunden, aquí y ahora, de verdad, en bien de ella, ya sea con la simple manifestación gratificante de amor, si no le conviene ahora devenir madre, ya sea buscando además la fecundidad del acto, si con ella la ha de ayudar a realizarse más plenamente. Con experiencias y testimonios tan delicados, el método no puede frustrar nunca a la esposa.

No es fácil, en cambio, responder a la dificultad más frecuentemente aducida contra la continencia periódica: su *inseguridad.* Incluso cuando la mujer tiene un ciclo regular y fácilmente constatable, es posible que el sentido de la responsabilidad urja una pareja a retrasar con mayor seguridad la venida del próximo hijo, o a evitarlo para adelante de forma indefinida. En parejas menos cuidadosas, o con ciclo irregular y curvas térmicas difícilmente reconocibles, la dificultad suele presentarse con mayor frecuencia.

Una interpretación que estimo unilateral de la *Humanae vitae* apelaría, sin más, en este caso, al heroísmo conyugal de la continencia completa [9], que nadie duda puede llevar, a parejas con especial vocación para ello, a una manera nueva de entender y fomentar su mutuo amor,

[8] Véase, Cuyás, M.: *La encíclica «Humanae vitae», sus razones y su sentido,* en Apostolado Sacerdotal 24 (1968), 61-74; o bien, *Ocasión, motivos y consecuencias prácticas de la encíclica «Humanae vitae»,* en Cuadernos de Orientación Familiar, n.º 33 (1969), 39-56.

[9] La repulsa de la encíclica (n.º 14) a invocar el mal menor, no puede, ciertamente, pretender privar de eficacia en todo caso el recurso a un principio generalmente admitido por los teólogos moralistas. Se inicia el párrafo, teniendo presente solamente la dimensión fecunda del acto, y no podemos interpretar su segunda parte, de suerte que suponga una petición de principio. Véase, cuanto expongo en el texto a continuación.

dando una específica calidad a éste. Las personas que no sepan, no puedan o crean no deber entablar el diálogo conyugal, excluyendo de entrada la manifestación, no siempre más sincera, pero sí la más expresiva, de amor, tan en contra de la H. V., literalmente entendida, se pondrían, al descuidar la expresión y fomento adecuado del amor, como aceptando irresponsablemente todos los hijos biológicamente posibles, o interfiriendo de algún modo para desvincular, en un acto concreto, su significado unitivo del procreador. Porque es preciso dejar claro que a estos tres imperativos: fomento del mutuo amor, procreación responsable, unión de ambos significados en todo coito, se refiere explícita y claramente la encíclica de Pablo VI. Los términos en que Su Santidad se expresa, dejan muy claro que, si se alarga en la exposición del tercer principio, no es porque le dé más importancia que a los dos primeros, sino porque éstos habían quedado ya ampliamente desarrollados en la Constitución Pastoral sobre la Iglesia en el mundo actual del Concilio Vaticano II (G. S. 47-52). Bastaba, pues, aludir brevemente a ellos.

No es raro que bastantes Conferencias Episcopales Nacionales, asesoradas por moralistas de notable autoridad, al hacer suyas las enseñanzas doctrinales de la H. V., subrayasen la importancia del triple imperativo y, al aplicarlo pastoralmente a las necesidades de sus fieles, reconociesen la posibilidad de que algunos matrimonios, en determinados periodos de su vida conyugal, sintiesen la imposibilidad práctica de cumplir los tres imperativos [10]. Yo no dudo de que esta posibilidad se halló presente en la mente de Pablo VI, cuando pide, en la misma encíclica, a los hombres de ciencia, el progreso en los conocimientos que habrían de dar «una base, suficientemente segura para una regulación de nacimientos, fundada en el conocimiento de los ritmos naturales» y contribuirían así a demostrar que «no puede haber verdadera contradicción entre las leyes divinas que regulan la transmisión de la vida y aquéllas que favorecen un auténtico amor conyugal» (H. V. 24; cita G. S. 51); cuando urge, a los medios de comunicación social, que dejen de crear un clima contrario a la castidad (H. V. 22); cuando exhorta, a los poderes públicos, a una mejor política familiar (H. V. 23); etc. El se reduce a exponer los principios doctrinales. Correspondía a los Obispos una aproximación pastoral de los mismos a las circunstancias concretas de sus diocesanos [11]. Lo hicieron, generalmente, recurriendo, en una u otra forma, a la solución ética del mal menor: en la necesidad de violar alguno de los tres imperativos, puede dejarse de cumplir el que, en esa situación concreta, parezca en conciencia menos grave. Ese mal menor necesario se convierte, para este caso, en mal meramente físico, y no hay falta moral alguna. La solución es técnicamente impecable y éticamente segura. A los iniciados en la terminología de los especialistas, la expresión nos satisface plenamente, pero tiene el peligro de no dejar tranquilas las conciencias de aquéllos, a quienes el *mal menor* les suena siempre a *pecado*, aunque sea más pequeño.

Para evitar, en lo posible, ese inconveniente, aconsejo exponer la doctrina de la encíclica a los matrimonios interesados, presentándoles el triple imperativo aludido, como obligación de actuar, siempre y a lo largo de toda su vida conyugal, los tres valores en ellos propugnados: expresión y fomento del amor, procreación responsable y unión del significado unitivo con el procreador en cada relación íntima. Caso de no poder actuar los tres bienes aquí y ahora, realicen aquéllos que se les presenten, en este momento, como más importantes o mayores. Puede uno sentirlo, pero nadie debe arrepentirse de no haber hecho aquel *plus* de bien, que no podía realizar sin detrimento de otro mayor en importancia o volumen.

Considero segura mi exposición de la encíclica, aunque me convierta frecuentemente en objeto de indignación, tanto por parte de quienes prefieren dar por superada su enseñanza, para no tenerse que preocupar más de ella, como por parte de quienes se sienten más ortodoxos, ateniéndose a la letra del documento y sospechando de toda pretensión de salvaguardar su espíritu. «La letra mata, mas el Espíritu da vida» (2 Cor 3, 6).

Quiero hacer constar, para terminar, que, sin sentirme totalmente vinculado por la antropología subyacente a la H. V., discurro a partir de ella y es, hoy por hoy, la que más me convence. Considero verdadera —más probable, al menos— la doctrina expuesta por el Papa y no me siento infiel a ese modo de pensar, al adoptar la solución pastoral indicada para los casos conflictivos. Creo interpretar bien el parecer de Pablo VI y no apartarme del Magisterio eclesiástico, al pronunciarme en el mismo sentido que lo hicieron muchos Obispos en comunión con la Santa Sede. En el Colegio Episcopal, con el Papa, se actúa plenamente la potestad magisterial de la Iglesia. Los tres imperativos, contenidos en la H. V., siguen siendo para mí norma objetiva de moralidad y deben permanecer siempre como puntos de referencia, con el deseo, al menos, de hacer posible mañana el cumplimiento de todos ellos, cuando en un caso concreto el bien mayor posible no permite actuar los tres.

[10] Véase, CUYÁS, M.: *En torno a la «Humanae vitae»*, en Selecciones de Libros 6 (1969), 11-46 y 249-390. En las pp. 249-318 se estudia el contenido de 38 Declaraciones de otras tantas Conferencias Episcopales Nacionales con ocasión de la encíclica.

[11] En su discurso a los Obispos de Estados Unidos de América (5 de octubre, 1979), con ocasión del viaje a esta nación, Juan Pablo II les dijo textualmente: «Al exaltar la belleza del matrimonio, habéis tomado justamente posiciones tanto contra la teoría de la contracepción como contra los actos anticonceptivos, como hizo la encíclica *Humanae vitae*. Y yo mismo hoy, con el propio convencimiento de Pablo VI, ratifico la enseñanza de la encíclica, publicada por mi predecesor «en virtud del mandato que nos ha sido confiado por Cristo». Los obispos americanos, al confirmar la doctrina pontificia, no habían dejado de insinuar soluciones pastorales. De su Declaración (15 de noviembre de 1968) son unas palabras, que hizo suyas la Sagrada Congregación del Clero (26 de abril de 1971), en esta forma: «Las particulares circunstancias que intervienen en un «acto humano objetivamente malo», mientras no pueden transformarlo en objetivamente virtuoso, pueden hacerlo sin embargo «no culpable, o menos culpable, o subjetivamente defendible». El texto es en su integridad de la Sagrada Congregación del Clero; las palabras entrecomilladas, dentro de él, pertenecen a la Pastoral Colectiva del Episcopado Norteamericano, alabada por el actual Sumo Pontífice. Es preciso reconocer que, tratándose de grandes números, nos causa desazón e intranquilidad la tensión dialéctica existente entre doctrina y aplicación pastoral de la misma, pero la realidad se impone. A nivel individual, todo director espiritual, consciente de la longanimidad y misericordia con que el Creador encamina a cada hombre y a la humanidad entera hacia la perfección, resuelve los problemas concretos con mucha mayor seguridad y tranquilidad de conciencia. Es frecuente también la referencia pastoral al lento caminar del alma hacia la plena moralidad objetiva, de acuerdo con la «ley del progreso espiritual», por parte de varias Conferencias Episcopales Nacionales, tratando de la H. V. Véase el trabajo citado en la nota 10.

DIMENSION SOCIOLOGICA DEL ABORTO

FRANCISCO ABEL

DEFINICION DE ABORTO

El aborto se ha definido siempre en función de un criterio relativo, cuando no arbitrario. Se ha definido en función de la viabilidad fetal, es decir, la capacidad del feto para vivir fuera del seno materno o, mejor dicho, para sobrevivir fuera del seno materno.

La determinación de cuándo un feto es viable depende de una multiplicidad de factores, siendo uno de los más importantes el peso y el tiempo de la gestación. La línea divisoria entre feto viable y parto prematuro es fluctuante, según tiempo y circunstancias. Hace unos años esta línea se situaba en la semana 28 del embarazo. Hoy, ha retrocedido. Hace unos años un feto de 25 semanas de gestación y con un peso de 650 gramos era inviable. Hoy, aunque de manera muy remota tiene posibilidades de sobrevivir. No las tiene, sin duda allí donde no haya una tecnología médica suficientemente avanzada. Hace unos años decíamos: este feto es inviable. Hoy la pregunta es: ¿vale la pena intentar salvarlo cuando las posibilidades son tan exiguas* y los costos para intentarlo tan sumamente elevados? Dentro de unos años más la línea divisoria retrocederá sin duda alguna.

La definición de aborto pues, se basa en un criterio tan relativo como el de la viabilidad y no sobre una pregunta de valor. En la definición de aborto no se define qué es lo que se aborta sino qué posibilidades tiene de supervivencia.

La única definición en la que hay un consensus internacional hace referencia al término de muerte fetal. La definición del Comité de Estadística Sanitaria de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la misma Organización, llama *muerte fetal:* la expulsión o extracción de la madre del producto de la concepción, independientemente del tiempo del embarazo. El mismo comité recomendó dividir o clasificar las muertes fetales en tres categorías:

Temprana. Desde la concepción hasta la semana 19.
Intermedia. Desde la semana 20 a la 28.
Tardía. Después de la semana 28.

La muerte fetal temprana y la intermedia corresponden al concepto de aborto, mientras la tardía al de *feto muerto al nacer* (stillbirth).

* En el momento de escribir estas líneas, no existen casos documentados de ningún feto nacido antes de la semana 24 de gestación y pesando menos de 600 gramos que haya sobrevivido. Las posibilidades de supervivencia después de la semana 25 del embarazo se calcula que es:

De 601 a 650 gramos: 3,6 posibilidades en un millón.
De 651 a 750 gramos: 10,8 posibilidades en un millón.
De 901 a 1000 gramos: las probabilidades son mucho mayores, tanto más cuanto están cercanos a la semana 28 del embarazo.

La OMS hizo una encuesta dirigida a 86 naciones para conocer la definición que oficialmente se daba al término *aborto.* Treinta y ocho no tenían definición alguna y el resto utilizaba una variedad de criterios. Algunos países consideraban aborto cualquier expulsión del feto antes de las 16 primeras semanas; otros a las 28 semanas; incluso hubo un país que daba el nombre de aborto a determinados tipos de parto a término con feto muerto. Un país de cada diez utilizaba el criterio fisiológico de viabilidad; tres, la longitud fetal; uno, el peso, sin tener en cuenta la edad o la viabilidad.

No creemos que la propuesta de la OMS en utilizar otra terminología consiga resultados, por lo menos a corto plazo. El término aborto está profundamente enraizado en el lenguaje, a pesar de lo impreciso de la definición.

Aceptando el carácter de relatividad en que se funda la definición de aborto, al hacerla depender del criterio de viabilidad, creo que la definición más ajustada a los conocimientos actuales es la del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos:

«Expulsión o extracción de toda o de cualquier parte de la placenta o de las membranas, sin un feto identificable o con un recién nacido vivo o muerto que pese menos de 500 gramos. En ausencia del conocimiento del peso, una estimación de la duración de la gestación de menos de 20 semanas completas —139 días—, contando desde el primer día del último período menstrual normal, puede ser utilizada.»

NUMERO DE ABORTOS; TASAS Y PROPORCIONES

(Damos por sabido aquí que llamamos abortos inducidos o provocados aquellos abortos iniciados voluntariamente con la intención de terminar el embarazo suprimiendo el producto de la concepción. Los demás tipos de aborto se llaman espontáneos).

No es posible saber con exactiud ni con una suficiente aproximación el número de abortos que hay en el mundo anualmente. Sumando los datos nacionales, de precisión variada, se puede estimar que cada año se provocan en el mundo de 30 a 55 millones de abortos. La cifra menor significa una relación de aborto/nacimiento del orden de uno por cada cuatro, y la cifra mayor significa una relación de uno por cada dos. Quizá la mitad de estos abortos son realizados legalmente: es imposible estar seguros porque incluso algunos países con leyes realmente permisivas, entre ellos la URSS y China, o no disponen de cifras exactas o prefieren no hacerlas públicas.

El número de abortos ilegales, por otra parte, es imposible conocerlo. Los datos estadísticos son muy difíciles de compilar con referencia a este sujeto. Incluso las esta-

dísticas de abortos legales son muy difíciles de obtenerlas con cierta precisión. El ejemplo clásico es el del Estudio sobre la Fecundidad en Hungría y su Planificación Familiar. En este Estudio, tipo survey o encuesta, el número de abortos declarados por los que respondieron representa sólo el 50-60 % de los abortos realizados en los hospitales según sus historias clínicas. El survey cubría el período 1960-1965.

Al estudiar estadísticamente el aborto se dan como índices: tasas y proporciones, según utilicemos en el denominador la población total —o la población femenina, o la población femenina en edad reproductora—, o el número de embarazos o partos. En el numerador de la fracción figura siempre el número de abortos:

A × 1000 habitantes:
Número de abortos × 1000 habitantes
= Tasa bruta de abortos

A × 1000 mujeres de 15-44 años de edad:
Número de abortos × 1000 mujeres de 15-44 años de edad
= *Tasa general* de abortos

A × 1000 niños:
Número de abortos × 1000 niños nacidos vivos
= *Proporción* de abortos por nacimientos

A una determinada *tasa* corresponde una proporción más alta cuando los nacimientos son pocos que cuando son muchos.

ABORTO ESPONTANEO Y ABORTO PROVOCADO

No deseo extenderme en este punto. Me basta indicar que de cada 3 óvulos fecundados, uno muere antes de que pueda diagnosticarse el embarazo; y uno de cada cuatro o cinco, una vez se ha hecho el diagnóstico del embarazo. En resumen podemos decir que un *óvulo fecundado (huevo) de cada dos se aborta espontáneamente, es decir: un 50 %*. Si se analizan estos huevos abortados se encuentra un elevado porcentaje de anomalías, con lo cual podemos decir que el aborto espontáneo puede considerarse como un *mecanismo biológico de eliminación de defectos embrionarios*.

Ya hemos indicado que el número de abortos en el mundo podía estimarse en unos 30-55 millones con tasas de 40 a 70 por 1000 mujeres de edades 15-44 años.

Aunque falten estudios socioeconómicos, dignos de confianza, y sin que queramos generalizar, podríamos decir que a menudo las proporciones de *abortos inducidos* es directamente proporcional a la situación socioeconómica de las embarazadas. En las mujeres solteras encontramos más abortos en las mujeres más cultas, y en las casadas, sucede al revés: a menor cultura, más abortos.

Desde que en los años sesenta hubo liberalización de la legislación sobre el aborto en muchos países, el número de abortos provocados ha aumentado considerablemente. En el año 1973, hubo 750.000 abortos legales en EE.UU.; en el Japón hubo 3,5 millones de abortos en 1960; y, en Rumania, en el año 1965, hubo cuatro abortos por cada recién nacido vivo, lo cual representa una tasa de 252,3, una de las mayores que se conocen.

Un problema grave es el número de adolescentes que buscan abortar. Los abortos de mujeres de 13-19 años representa la tercera parte de los abortos en Estados Unidos; la mitad de los de Australia; la cuarta parte de los de Gran Bretaña y Suecia. Dinamarca, Finlandia, Corea, Singapur, Suecia, son los únicos países en los que los abortos en mujeres de 40 años o más exceden el 10 % de los abortos del país.

EL ABORTO LEGAL

Podemos afirmar que un tercio de la población mundial vive en países donde hay leyes no restrictivas en cuanto al aborto; un tercio, en países con leyes moderadamente restrictivas y, finalmente, el tercio restante, en países donde el aborto sólo está legalmente permitido a fin de salvar la vida de la madre, o es simplemente ilegal.

En estos últimos años han liberalizado sus leyes respecto al aborto: Austria, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania Oriental, Gran Bretaña, India, Italia, Corea, Singapur, Suecia, Túnez.

Han restringido en cambio sus leyes: Bulgaria, Checoslovaquia, Hungría, Rumania.

Es muy difícil saber el número de abortos legales como ya indicamos y casi imposible conocer el número aproximado de abortos ilegales. Es cierto, sin embargo, que después de la liberalización del aborto en un país, muchos abortos que antes se efectuaban ilegalmente empiezan a efectuarse dentro de la ley y, paradójicamente, parece ser que a la vez aumenta también el número de abortos ilegales. El paso del aborto ilegal a legal tiene como primera consecuencia la disminución del número de muertes maternas debidas al aborto. Algunos creen que muchas parejas dejan de practicar la contracepción para recurrir al aborto una vez éste ha sido liberalizado. No existen datos suficientemente válidos para esta afirmación pero es posible. Muchos factores intervienen; uno de ellos consiste en la posibilidad de la población en conseguir una información contraceptiva adecuada y el arraigo de esta práctica.

Los países que últimamente han restringido la legislación contra el aborto lo han hecho por razones de tipo demográfico. Sólo debemos fijarnos en las tasas de natalidad en tiempo de liberalización y de prohibición del aborto legal para comprender la incidencia demográfica de una ley liberalizadora del aborto en un determinado país.

Tasa de natalidad (por mil)

	Hungría	Polonia	Checoslovaquia	Rumania
1952	20,0			
1954	18,0	29,1		
1955		liberaliz.	20,3	25,6
1956	liberaliz.			
1957			liberaliz.	liberaliz.
1960	14,7	22,6	15,9	19,0
1965	13,5	17,4	16,4	14,6
1966				prohibi.
1970	14,7			27,4
1971				
1972		16,3	15,5	23,3
1973	14,6			

Amour et Famille. C.L.E.R. Fiches Documentaires n.º 87, 1974.

INDICACIONES PSICOLOGICAS Y SOCIALES DEL ABORTO

Un porcentaje muy elevado de peticiones de aborto se quiere justificar por razones de tipo psiquiátrico y por razones de tipo social. Uno de los primeros y mejores estudios sistemáticos sobre las consecuencias psicológicas del aborto es de origen escandinavo. Fue elaborado por Ekblad en 1955, que siguió el curso de 459 mujeres autorizadas a abortar por razones de tipo psiquiátrico. La cuarta parte de estas mujeres expresaron sentimiento de culpabilidad y pena por su decisión, y las más afectadas psicológicamente con trastornos de diversos tipos, eran precisamente las que antes del aborto estaban más enfermas. De 427 mujeres que no fueron esterilizadas al mismo tiempo del aborto, el 37 % de mujeres quedaron embarazadas nuevamente, en el curso de los tres años siguientes [1].

En un informe del Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos de Londres se ofrece un resumen de la literatura hasta el año 1966 y se concluye «que la incidencia de las secuelas de tipo psiquiátrico después de un aborto» varía según los diferentes informes desde un 9 % hasta un 59 %. Esto obedece a los diversos patrones que los países utilizan para definir un trastorno psiquiátrico como serio y también a los diferentes tipos de mujeres a las que se autoriza el aborto. Está claro que, si sólo se autoriza el aborto a mujeres con serios problemas psiquiátricos, la incidencia de enfermedad mental después del aborto también será alta [2].

Pare y Raven en un estudio de 250 mujeres que obtuvieron el aborto, encontraron que sólo había ligeros trastornos de tipo psicológico, después del aborto, si la petición había sido hecha sin dudas o ambivalencias de tipo afectivo [4]. Estudios más recientes nos dicen que hay trastornos psiquiátricos después del aborto cuando hay ya una historia de enfermedad psiquiátrica previa (Lask, 1975) y que después de un aborto aparece una depresión que dura unos tres meses más o menos (Talan y Kimball, 1975) [3].

Según un estudio efectuado últimamente en Inglaterra, la incidencia de las psicosis posteriores al aborto es muy baja (0,3 por mil abortos legales) si la comparamos con las psicosis puerperales (1,7 por 1.000 partos).

La evaluación de las consecuencias psicológicas del aborto provocado se han de hacer teniendo en cuenta las tensiones que comporta un embarazo no deseado y las consecuencias que se seguirían de la imposibilidad de conseguir el aborto, tal como hizo Ekblad, que hemos citado antes. Ahora bien, la comparación directa de las consecuencias psicológicas con la obtención o denegación del aborto resulta imposible por las razones siguientes:

1. Las mujeres a las que se deniega el aborto, a menudo están más sanas y se hallan en mejor condición social que aquellas a las que se les concede el aborto legal.
2. No se puede considerar como grupo suficientemente representativo el de las mujeres a las que se les ha negado el aborto y continúan el embarazo hasta el término, ya que buena parte de ellas recurren al aborto clandestino.
3. Como es lógico no resulta nada fácil que estas últimas mujeres tengan una actitud cooperativa para poder efectuar el estudio.

Una revisión más a fondo de la literatura sobre el tema no añadiría demasiadas cosas a lo que hemos dicho hasta ahora, aunque no podemos olvidar la dificultad de una enferma mental para hacerse cargo del niño en caso de que lleve a término el embarazo. Esto es otro problema y a pesar de que es de gran importancia es semejante al de otras mujeres y familias que no tienen la capacidad para cuidarse responsablemente de sus hijos. No creo que pueda aceptarse como válida la llamada *indicación psiquiátrica del aborto* si se tiene la pretensión de que cure o mejore la patología psiquiátrica materna.

Resumiendo podríamos afirmar que: 1) en una minoría de mujeres que obtienen el aborto legal aparecen desórdenes de tipo psicológico de diversa naturaleza, principalmente de carácter depresivo y también en otras que no consiguieron obtenerlo, a pesar de haberlo solicitado; 2) la enfermedad psiquiátrica post-aborto tiene relación con la enfermedad crónica de la paciente y no con el mismo hecho de abortar o de no conseguirlo. Es curioso, sin embargo, que a pesar de no quedar la mujer psíquicamente afectada por el hecho de abortar o no abortar, en muchos países, la mayoría de mujeres consiguen abortar legalmente por razones de tipo psiquiátrico y con la esperanza que el aborto no empeorará el cuadro clínico. Al no existir, pues, una fundamentación psiquiátrica clara para esta indicación se la asocia corrientemente con la indicación social.

El pretexto que se da para solicitar el aborto por razones de tipo social va encaminado a justificar el aborto «por el bien del futuro pequeño que no podría tener la calidad de vida que permite crecer y desarrollarse en condiciones mínimas de seguridad». Esta afirmación resulta algo impredecible y la media estadística no resulta un parámetro suficientemente válido ya que entra en juego la vida misma. Recordemos que son infinidad las personas que con taras serias como las que resultaron del uso de la talidomida nos dicen que para ellos el hecho importante es vivir y aceptar el reto de la existencia. No queremos minimizar los problemas, sólo queremos evitar los caminos simplistas y pensar que se resuelven eliminando a los defectuosos. Ciertamente que abogamos por una paternidad responsable y cierto que en el problema del aborto habrá divergencias muy notables —incluso utilizando las mismas palabras—. Por esto, dejaremos ahí este punto para retomarlo más tarde cuando hablemos de las dificultades y problemas éticos del aborto.

Una cosa, sin embargo, quiero avanzar y es que hasta ahora la sociedad se ha mostrado cruel en los casos de *indicación social del aborto*. A veces, por una compasión mal entendida hacia la madre en dificultad, se cierran los ojos y los oídos a la verdadera queja de la madre y se le aconseja el aborto como posibilidad liberadora. En otras se condena a la mujer y se le hacen reflexiones sin número y el nombre de Dios es pronunciado en vano. La primera solución evita el problema real. La segunda es una burla doblemente cruel, ya que se hace en nombre del amor. Creo que todo el mundo podrá coincidir en un hecho: en que todos juntos hemos de trabajar para hacer que el aborto sea lo menos perentorio posible, creando condiciones más justas para todos.

TECNICAS, MORTALIDAD Y MORBILIDAD DEL ABORTO

Ocurren pocos abortos en mujeres gestantes de 20 ó más semanas incluso en países donde no está prohibido

por la ley (0,8 % de todos los abortos legales de Suecia; 1,1 % en Inglaterra y Gales; 1,7 % en Estados Unidos [1973]).

El número de abortos que se realizan en el segundo semestre de gestación tiende a disminuir. Se dan principalmente en Inglaterra, Gales, Estados Unidos y Suecia; mucho menos en Japón y Dinamarca. Las cifras más bajas se obtienen en Checoslovaquia y en Hungría.

Tanto en Suecia como en otros países el número de abortos en el curso del segundo trimestre ha bajado considerablemente. En Suecia, de un término medio de abortos de 14,1 semanas el año 1968, se baja a un término medio de 11,1 semanas el año 1974.

Las mujeres más pobres, las más jóvenes y aquellas cuya razón de aborto es el diagnóstico prenatal de una anomalía congénita, son las que forman el grupo que aborta durante el segundo semestre de la gestación. En los dos primeros casos puede darse una mayor dificultad en conocer que hay un embarazo o se da una mayor ambivalencia efectiva.

Sin entrar en detalle indiquemos que los *procedimientos* para inducir el aborto son: evacuación por medio del legrado; aspiración uterina o succión; minisucción —«regulación menstrual»— a las dos semanas del retardo del período con miedo de estar embarazada; solución hipertónica en el líquido amniótico; prostaglandinas en el saco amniótico o por infusión venosa.

Si llamamos *complicaciones serias* a aquellos tipos de evolución postabortiva que se caracterizan por fiebre alta, durante unos cuantos días; necesidad de una laparatomía para revisar una intervención; de una histerectomía; de una o varias transfusiones, etc., el «Joint Program for the Study of Abortion» (1970-1971), encontró que se daban en el 1 % de todas las pacientes y en el 11 % de aquellas que ya tenían complicaciones sin abortar.

Las *complicaciones* son más frecuentes en el segundo trimestre del embarazo que en el primero, siendo el número más elevado a partir de la semana 15.

La *mortalidad* por aborto ha bajado en estos últimos años. Hablamos de mortalidad de mujeres que abortan legalmente. Así en:

Suecia (1946-1950) hubo 250 muertes por 100.000 abortos legales
Suecia (1964-1974) hubo 5 muertes por 100.000 abortos legales
Dinamarca (1940-1950) hubo 195 muertes por 100.000 abortos legales
Dinamarca (1967-1974) hubo 4 muertes por 100.000 abortos legales
EE.UU. (1973) hubo 3 muertes por 100.000 abortos legales
EE.UU. (1973) hubo 0,4 muertes por 100.000 abortos legales a las 8 semanas del embarazo
EE.UU. (1973) hubo 17 muertes por 100.000 abortos legales a partir de la semana 16 del embarazo

RELACION ENTRE ABORTO Y CONTRACEPCION

Es un hecho que entre aborto y contracepción hay una relación pero es muy difícil señalar la dirección de dicha relación. El uso de la contracepción ¿aumenta o disminuye la frecuencia del aborto? A primera vista parece que una contracepción bien hecha ha de conducir a una disminución del número de abortos provocados. De hecho, esto no es demasiado claro. Una pareja que acepta tecnificar la esfera más íntima de su vida conyugal puede recurrir con más facilidad al aborto si aquella tecnificación era debida a motivos egoístas y sin una verdadera motivación de paternidad responsable. Es por esto que, una vez más, el problema estriba en las motivaciones y actitudes de la pareja o de los individuos.

Cuando se analizan diferentes variables la relación contracepción-aborto parece que depende, en parte, de la situación socio-económica-cultural de la población. Al menos para algunos grupos parece que a un nivel socioeconómico alto corresponde una reducción de los nacimientos, un descenso del número de abortos y un aumento notable de la contracepción. A un nivel socio-económico-cultural bajo, la natalidad será elevada y los abortos y la contracepción quedarían en un nivel reducido. La clase media sería la que tendría una natalidad relativamente elevada, un relativo recurso a la contracepción con un elevado índice de abortos [5].

No es posible hacer ninguna generalización, dado que los datos son excesivamente fragmentarios, responden a diversos países y en diversos momentos de su transición demográfica y con ritmos diversos de cambio en su organización social y familiar.

Todo el mundo, sin embargo, estará de acuerdo con la necesidad de una buena educación sexual a nivel de familia y escuela; con la necesidad de despertar a los individuos a asumir sus responsabilidades individuales, familiares y sociales, de forma que la educación sexual quede integrada en un contexto de formación del individuo y de preparación para el amor. Creo, también, que todo el mundo estará de acuerdo en la necesidad de la integración de la mujer en todas las tareas de la vida social y política. La conveniencia de una información sobre los medios de contracepción, tampoco creo que se discuta. Será más discutible, para algunos, que la facilitación de estos medios contraceptivos sea positiva. Personalmente creo que si se tienen en cuenta los elementos que he indicado la contracepción puede evitar muchos embarazos no deseados y disminuir el número de posibles abortos.

LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

Quisiera finalizar este breve repaso epidemiológico con unas palabras sobre el hecho de la embarazada adolescente. Cada vez se ven más niñas que son madres antes de entrar plenamente en la adolescencia y adolescentes que casi no han salido de la infancia psicológica y tienen menos de 18 años que buscan en el aborto una solución a sus problemas. Otras veces son los padres los que quieren el aborto de la hija adolescente y parece que ésta no cuente en el momento de tomar una decisión de futuro.

La adolescente embarazada presenta riesgos médicos, sociales y educativos. Sin una adecuada atención tiene la mayor incidencia en toxemia, prematuridad, mortalidad y morbilidad. Si se casa es muy probable que se divorcie. Si no se casa y aborta se expone a un nuevo embarazo en una proporción elevada de casos. Un estudio de 100 embarazadas solteras adolescentes mostró que al cabo de cinco años un 95 % habían quedado embarazadas de nuevo; 91 % seguían solteras y 60 % vivían de la asis-

tencia social. Entre las 100 adolescentes sumaron 249 embarazos repetidos [6].

Frecuentemente el problema de la adolescente es complejo y necesita ser tratado desde diversas perspectivas. Son necesarios obstetras, educadores, psicólogos, pediatras y consejeros preparados.

En Connecticut, New Haven, está en marcha un programa orientado de manera interdisciplinar. La adolescente es aconsejada y apoyada emocionalmente procurando que ella asuma su responsabilidad. El hijo es su responsabilidad y no puede abdicarla descargándola en otros. Se recomienda el matrimonio en casos muy raros y cuando se hace se recomienda que no se celebre hasta que la adolescente sea capaz de hacer frente al futuro y mejorando la imagen que tiene de sí misma. La adolescente no es coaccionada y se le explican las cuatro alternativas que tiene: aborto legal; adopción del hijo después de nacer; matrimonio con el padre del hijo; quedarse soltera con el hijo, asumiendo esta responsabilidad.

El mejor logro de este centro consiste en evitar la frecuencia de repetición de abortos liberando a la niña de una marginación que la llevaría a caminos deshumanizadores.

Creo que a nivel cristiano se han de hacer grandes esfuerzos para potenciar al máximo el trabajo de todas aquellas personas que tienen el entusiasmo, la entrega o la vocación de ayuda a la adolescente embarazada, fuera de todo paternalismo y potenciando al máximo las capacidades de adaptación de la adolescente en el mundo que la rodea.

Ninguna de las posibilidades antes citadas y que se ofrecen como un abanico de posibilidades a la adolescente es en sí misma «la» solución, ni ninguna de ellas es «la mejor» que puede aplicarse a todas las adolescentes en todos los casos. Hay que ver con la misma adolescente y también, en algunos casos, con sus padres qué es lo que puede ayudarla mejor a conseguir una mayor maduración y no la deshumanice. Una buena tarea educativa es primordial.

BIBLIOGRAFIA

Nota: Cuando no se indica otra cosa, los datos están sacados de: Tietze, C; Murstein, M. C.: Induced Abortion: 1975 Factbook. *Reports on Population / Family Planning.* Diciembre 1975, n.º 14 (2nd. edition).

1. Ekblad, M.: Induced abortion on psychiatric grounds: a follow up study of 479 women. *Acta Psychiat. Scand.* Supplement 1955, n.º 99.
2. Report by the Council of Royal College of Obstetricians and Gynecologists. *Brit. Med. J.* i. 850, 1966.
3. Cita de Bagley, C.: On the sociology and social ethics of abortion. *Ethics in Science and Medicine* 3 (1976) 21-32, pág. 24.
4. OMS. Aborto. Serie de Informes Técnicos, 1975. Talan, K., Kimball, C. Characterization of 100 women psychiatrically evaluated for therapeutic abortion. *Arch. gen. Psychiatr.* 26 (1972) 571-577.
   Lask, B.: Short-term psychiatric sequelae to therapeutic termination of pregnancy. Brit. J. Psychiatr. 126 (1975) 173-177.
5. Bonal, J.: *Aspectos sociológicos del aborto.* Ponencia presentada en el Hospital de San Juan de Dios en un Simposio sobre el aborto en el año 1977. Publicada en *Papers: Revista de sociología* (1979) n.º 10, 147-176.
6. Sarrel, P.: Teen-age pregnancy. *Pediatr. Clin. N. Amer.* 16 (1969) 347, 349.

PROBLEMATICA ETICA Y SOCIAL DEL ABORTO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA TEOLOGIA MORAL*

FRANCISCO ABEL

UNA VISION GLOBAL

«El aborto es un asunto moralmente problemático, pastoralmente delicado, jurídicamente espinoso, que divide a nivel ecuménico, sin normas claras desde la perspectiva médica, humanamente angustioso, periodísticamente sujeto a abuso, tratado con prejuicio a nivel de los individuos y ampliamente realizado» [1].

El problema del aborto despierta apasionadas discusiones cuando se habla de la posibilidad de liberalizar las leyes que lo prohíben en un determinado país. El tema desborda la discusión académica y se convierte en terreno de lucha y encontradas opiniones en favor de unos derechos humanos: los del feto, los de la madre, los del médico, los de la sociedad en general. Todos los que entran en el tema despliegan un fervor religioso al defender su credo ético. Incluido el que se proclama humanista ateo.

En la discusión, partidarios de distintas posiciones pueden utilizar prácticamente el mismo vocabulario en tanto no se llegue a la pregunta básica: *cuándo comienza la vida humana y qué protección hay que dar al feto cuando hay diversos valores en conflicto.* Los principios generales pueden reunir en un mismo acuerdo a represen-

* Ponencia presentada en el «Simposi sobre l'avortament» que va promoure el Grup Cristià de Promoció i Defensa dels Drets Humans el dia 2 de febrer de 1980.

tencia social. Entre las 100 adolescentes sumaron 249 embarazos repetidos [6].

Frecuentemente el problema de la adolescente es complejo y necesita ser tratado desde diversas perspectivas. Son necesarios obstetras, educadores, psicólogos, pediatras y consejeros preparados.

En Connecticut, New Haven, está en marcha un programa orientado de manera interdisciplinar. La adolescente es aconsejada y apoyada emocionalmente procurando que ella asuma su responsabilidad. El hijo es su responsabilidad y no puede abdicarla descargándola en otros. Se recomienda el matrimonio en casos muy raros y cuando se hace se recomienda que no se celebre hasta que la adolescente sea capaz de hacer frente al futuro y mejorando la imagen que tiene de sí misma. La adolescente no es coaccionada y se le explican las cuatro alternativas que tiene: aborto legal; adopción del hijo después de nacer; matrimonio con el padre del hijo; quedarse soltera con el hijo, asumiendo esta responsabilidad.

El mejor logro de este centro consiste en evitar la frecuencia de repetición de abortos liberando a la niña de una marginación que la llevaría a caminos deshumanizadores.

Creo que a nivel cristiano se han de hacer grandes esfuerzos para potenciar al máximo el trabajo de todas aquellas personas que tienen el entusiasmo, la entrega o la vocación de ayuda a la adolescente embarazada, fuera de todo paternalismo y potenciando al máximo las capacidades de adaptación de la adolescente en el mundo que la rodea.

Ninguna de las posibilidades antes citadas y que se ofrecen como un abanico de posibilidades a la adolescente es en sí misma «la» solución, ni ninguna de ellas es «la mejor» que puede aplicarse a todas las adolescentes en todos los casos. Hay que ver con la misma adolescente y también, en algunos casos, con sus padres qué es lo que puede ayudarla mejor a conseguir una mayor maduración y no la deshumanice. Una buena tarea educativa es primordial.

BIBLIOGRAFIA

Nota: Cuando no se indica otra cosa, los datos están sacados de: Tietze, C; Murstein, M. C.: Induced Abortion: 1975 Factbook. *Reports on Population / Family Planning.* Diciembre 1975, n.º 14 (2nd. edition).

1. Ekblad, M.: Induced abortion on psychiatric grounds: a follow up study of 479 women. *Acta Psychiat. Scand.* Supplement 1955, n.º 99.
2. Report by the Council of Royal College of Obstetricians and Gynecologists. *Brit. Med. J.* i. 850, 1966.
3. Cita de Bagley, C.: On the sociology and social ethics of abortion. *Ethics in Science and Medicine* 3 (1976) 21-32, pág. 24.
4. OMS. Aborto. Serie de Informes Técnicos, 1975. Talan, K., Kimball, C. Characterization of 100 women psychiatrically evaluated for therapeutic abortion. *Arch. gen. Psychiatr.* 26 (1972) 571-577.
   Lask, B.: Short-term psychiatric sequelae to therapeutic termination of pregnancy. Brit. J. Psychiatr. 126 (1975) 173-177.
5. Bonal, J.: *Aspectos sociológicos del aborto.* Ponencia presentada en el Hospital de San Juan de Dios en un Simposio sobre el aborto en el año 1977. Publicada en *Papers: Revista de sociología* (1979) n.º 10, 147-176.
6. Sarrel, P.: Teen-age pregnancy. *Pediatr. Clin. N. Amer.* 16 (1969) 347, 349.

PROBLEMATICA ETICA Y SOCIAL DEL ABORTO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA TEOLOGIA MORAL*

FRANCISCO ABEL

UNA VISION GLOBAL

«El aborto es un asunto moralmente problemático, pastoralmente delicado, jurídicamente espinoso, que divide a nivel ecuménico, sin normas claras desde la perspectiva médica, humanamente angustioso, periodísticamente sujeto a abuso, tratado con prejuicio a nivel de los individuos y ampliamente realizado» [1].

El problema del aborto despierta apasionadas discusiones cuando se habla de la posibilidad de liberalizar las leyes que lo prohíben en un determinado país. El tema desborda la discusión académica y se convierte en terreno de lucha y encontradas opiniones en favor de unos derechos humanos: los del feto, los de la madre, los del médico, los de la sociedad en general. Todos los que entran en el tema despliegan un fervor religioso al defender su credo ético. Incluido el que se proclama humanista ateo.

En la discusión, partidarios de distintas posiciones pueden utilizar prácticamente el mismo vocabulario en tanto no se llegue a la pregunta básica: *cuándo comienza la vida humana y qué protección hay que dar al feto cuando hay diversos valores en conflicto.* Los principios generales pueden reunir en un mismo acuerdo a represen-

* Ponencia presentada en el «Simposi sobre l'avortament» que va promoure el Grup Cristià de Promoció i Defensa dels Drets Humans el dia 2 de febrer de 1980.

tantes de diferentes tendencias. Así, probablemente, todo el mundo estará de acuerdo en afirmar que la persona ha de seguir su propia conciencia; que la mujer es dueña de su propio cuerpo; que los médicos han de realizar la mejor medicina posible; que las leyes han de proteger el bien común; que se ha de respetar la dignidad de la vida humana y la libertad de las personas. Las diferencias aparecen cuando se trata de determinar qué expresión de conciencia ha de ser legitimada por la ley; si el fruto de la concepción ha de ser considerado *parte del cuerpo* de la mujer; si el aborto puede ser, en ocasiones, la mejor medicina posible que el médico pueda realizar; si una legislación pro-abortiva defiende o lesiona el bien común y finalmente si la dignidad y la libertad exigen o no la defensa del feto como persona.

¿Hay o no una vida humana implicada en un aborto? ¿Qué nos dice la biología al respecto? La biología es ciencia descriptiva. No puede decirnos más sobre la vida fetal de lo que nos dice sobre la vida vegetal o sobre la vida humana adulta. Desde el punto de vista estrictamente biológico, la vida humana intrauterina es reconocida como vida humana desde el momento en que se encuentran espermatozoide y óvulo. Una clara frontera separa la contracepción y el aborto. Con la fertilización la biología nos enseña que comienza una vida humana, es decir, perteneciente a la especie humana. A diferencia del espermatozoide y del óvulo que mueren si no se produce la fertilización, el cigoto resultante de la unión de los dos gametos tiene la facultad de autorreplicarse y apunta a una creciente complejidad, a la creación de formas más elevadas de vida programado por la dotación genética a través de los estadios embrionarios y fetales. El huevo fertilizado tiene la dotación cromosómica del ser humano. Si la mitad de estos cromosomas deriva de cada uno de los padres, la nueva vida concebida difiere genéticamente de sus padres como una única y singular combinación de genes. En el orden moral la distinción entre contracepción y aborto es una distinción cualitativa y esencialmente diferenciada. En un caso se trata de una decisión moral de engendrar o no engendrar una vida nueva. En el otro caso se trata de la responsabilidad moral de proteger una vida humana en desarrollo.

La vida humana es un don continuo que empieza en el momento de la concepción y termina con la muerte. En cada etapa del ciclo de la vida de cada ser humano es la misma vida que se desarrolla y evoluciona. Hemos de admitir honradamente que en el debate sobre el complejo problema del aborto la cuestión de cuándo comienza la vida humana no es el problema principal que se discute. Más bien la cuestión principal es *cómo la sociedad debe valorar la vida humana no nacida*, que se halla ya presente desde el momento de la concepción. El problema será dilucidar cómo se compara la vida humana fetal a la vida adulta. ¿Se puede decir que la vida humana en gestación será tanto más inviolable cuanto más se asemeja a la vida adulta? Muchos perciben el infanticidio peor que el aborto, y el aborto de un feto viable peor que el aborto embrionario. ¿Hay alguna etapa en la que el feto debe considerarse igual en valor a la vida extrauterina? ¿Es el feto una persona? ¿No repugna un tanto a la sensibilidad hablar del prójimo en vida intrauterina como *hermano* feto? ¿Se trata de un problema de sensibilidad o de valoración? Al hablar del feto, ¿hablamos de persona?

Hasta que no se decida a nivel filosófico lo que ha de figurar para que alguien sea considerado como persona es inútil esperar que la ciencia empírica pueda dilucidar criterios operativos para su identificación. Uno tiene que saber qué es lo que quiere medir antes de comenzar a medirlo. Ningún criterio científico puede darnos la prueba de la existencia de persona hasta que se haya decidido lo que es la persona. Algunos afirman que para poder hablar de persona se ha de tener un determinado grado de racionalidad, de autoconsciencia, de acción autónoma, de autodeterminación, de posibilidad de dar y recibir afecto, de relacionabilidad social y no meramente biológica. La reflexión sobre la muerte cerebral nos ha llevado a una distinción entre lo *humano-personal y la vida humana biológica*. Se considera que un determinado grado de conocimiento, voluntad, sensibilidad es necesario para que pueda hablarse de persona. El criterio de racionabilidad, autoconciencia, conciencia del yo, etc., como criterio de protectibilidad deja de lado a los niños más pequeños, a los subnormales, a los ancianos. El criterio de valor por el rol social: recibir y dar respuesta al amor es muy peligroso. Joshua Lederberg afirmará que no puede hablarse de ser humano-personal hasta pasado el primer año de vida extrauterina. Si se toma la posición de que los valores humanos son creados y validados solamente por consenso social, entonces cualquier tipo de discusión teológica está fuera de órbita. Si, por el contrario, creemos que ser persona y ser humano significa algo trascendental, es decir, ser imagen y semejanza de Dios, entonces somos usufructuarios de nuestras vidas y *toda decisión que afecta a la vida humana ha de ser orientada al servicio de la vida*, no pudiéndose potenciar una vida humana al precio de otra vida humana.

Los términos persona, personalidad, conciencia del yo, etcétera, son palabras en código para significar una realidad transempírica. No hay que buscar, pues, el momento mágico en el cual uno ya es persona. Toda la existencia es un proceso con un eje longitudinal que lleva al mismo Dios.

Las graves proporciones que alcanza el aborto inducido y las justificaciones que se dan para ello, nos fuerzan a admitir que nos encontramos ante una realidad trágica. Aceptado que el aborto es un problema muy grave y muy complejo y que hay que evitar soluciones o respuestas simplistas. El aborto provocado aparece como un desafío a la concepción ética y humana de la vida. Todo debate sobre el aborto implica un juicio ético, social y jurídico sobre la vida humana y el respeto que se le debe.

El aborto inducido es un *reflejo de la moralidad social* de una comunidad. Lo que está en juego es el derecho a la vida del más vulnerable y necesitado. El feto, en realidad, simboliza la situación humana de toda persona. Todos dependemos los unos de los otros, a diferentes niveles, y la cualidad de vida que compartimos es el reflejo del respeto que tenemos a nuestras relaciones individuales. La vida humana está en peligro y los valores que entran en conflicto, las más de las veces, son la vida misma, por un lado, y la utilidad de una vida, por otro lado. Hemos de afirmar que la vida, el valor de la vida en sí misma, no depende de su utilidad. Si este principio no se acepta, la diferencia entre nosotros y la de aquellos que defendieron la ética de *vidas sin valor* de los campos de concentración nazis, queda borrada.

En repetidas ocasiones la Iglesia ha hablado en defensa

de la vida desde el primer instante de la concepción. Recordemos aquí la Constitución pastoral *Gaudium et Spes* que en el párrafo sobre la vida matrimonial y el respeto a la vida humana, dice: «Pues Dios, Señor de la vida, ha confiado a los hombres la insigne misión de conservar la vida, misión que ha de llevarse a cabo de modo digno del hombre. Por tanto la vida, desde su concepción, ha de ser salvaguardada con el máximo cuidado; el aborto y el infanticidio son crímenes abominables» (G. S. 51).

No hay que esconder aquí la acusación que se hace con frecuencia a los católicos y de manera especial a la Jerarquía de defender inquebrantablemente las vidas de quienes no han llegado a ocupar un lugar en la sociedad, y sin embargo, reaccionan con debilidad ante otras amenazas de vida, por ejemplo, guerras, pena de muerte, etc. No hay que negar que en el curso de la historia el hombre y la Iglesia han ido tomando una conciencia cada vez más viva del carácter único de la persona y su inviolabilidad. Pero la Iglesia es consecuente en su actitud de defender la vida desde el momento de su concepción. No podemos hablar aquí del problema que representa o ha representado el intento de justificación de la llamada guerra justa y la pena de muerte, ya que rebasan el objetivo de estas líneas. Basta recordar, de todos modos, que la postura de la Iglesia aparece claramente expresada en la Constitución Gaudium et Spes: «Cuanto atenta contra la vida —homicidios de cualquier clase, genocidios, aborto, eutanasia y el mismo suicidio deliberado—; cuanto viola la integridad de la persona humana, como, por ejemplo, las mutilaciones, las torturas morales o físicas, los conatos sistemáticos para dominar la mente ajena; cuanto ofende a la dignidad de la persona humana, como son las condiciones infrahumanas de vida, las detenciones arbitrarias, las deportaciones, la esclavitud, la prostitución, la trata de blancas y de jóvenes, o las condiciones laborales degradantes, que reducen al operario al rango de mero instrumento de lucro, sin respeto a la libertad y a la responsabilidad de la persona humana: todas estas prácticas y otras parecidas son en sí mismas infamantes, degradan la civilización humana, deshonran más a sus autores que a sus víctimas y son totalmente contrarias al honor debido al Creador» (G. S. 27).

ALGUNOS ASPECTOS ETICOS

La Iglesia ha rechazado siempre y decididamente la praxis del aborto. A ello le ha movido el derecho del feto a la vida. Han tenido lugar, a través de la historia, discusiones entre teólogos y científicos sobre el instante al que se puede atribuir al feto un valor personal pleno y total. La Iglesia admite el llamado aborto indirecto y condena el llamado aborto directo, que supone una directa y deliberada disposición sobre una vida humana.

En caso de colisión entre la vida de la madre y la del feto aún no viable se consideran lícitas las intervenciones quirúrgicas o medicamentosas que vayan a curar a la madre, aun cuando tengan como consecuencia indirecta, aunque prevista, la muerte del feto. En la práctica médica puede resultar difícil establecer en algunos casos si se trata de aborto directo o indirecto. El principio moral que debe regir la solución del caso podría resolverse así: estando en juego dos vidas, haciendo lo posible para salvar a ambas, hay que esforzarse por salvar una más bien que dejar perderse las dos; resulta obvio que ordinariamente la vida que habrá de salvarse es la de la madre. Los caminos de solución teórica son diferentes y quizás no vienen al caso. Algunos teólogos, como Zalba, con una fidelidad extraordinaria a las formulaciones más tradicionales, llega a la conclusión de que el aborto terapéutico no cae bajo la condena del aborto directo y tiene la calificación de aborto indirecto [2]. Otros teólogos (Schüller, Knauer, McCormick, Janssens) abandonan esta terminología y se enfrentan al problema con la doctrina de la razón proporcionada y conflicto de valores: cuando alguien se enfrenta con dos opciones y ambas implican un mal inevitable (no moral), debe elegir el mal menor. Defender que la acción es moralmente buena por ser *indirecta* es, en esta perspectiva, utilizar una noción adventicia, innecesaria y, en definitiva, no decisiva. En este caso se elige salvar la vida salvable, ya que en tales circunstancias es éste un mal menor; está apoyado en un fundamento proporcionado» [3].

Es posible que hayamos dado una extensión indebida al llamado aborto terapéutico, en el caso de conflicto inmediato entre dos vidas. Para algunos, estos casos han pasado ya a la historia y no se dan en la actualidad en la práctica médica. El caso más frecuente de aparente conflicto y que no tiene tal inmediatez se resuelve simplemente con el principio del aborto indirecto (extirpación de una trompa con una gestación ectópica). El conflicto puede resultar aparente ya que este caso se resuelve así por ser esta buena medicina, además de ser buena moral. No hay que olvidar, a pesar de todo, que el llamado aborto terapéutico puede tener una extensión mayor de aplicación de la que creen algunos. Ramsey nos proporciona un par de ejemplos en los que una mayoría de autores darían una respuesta negativa, calificándolo de aborto directo y que, en cambio, la decisión de aborto es justificada, sea por una concepción menos estricta de aplicación del principio del doble efecto, sea por la doctrina del conflicto de valores y razón proporcionada. Exponemos brevemente los dos casos y los sometemos a la reflexión de los lectores. Uno de ellos es el de una embarazada con una apendicitis aguda desplazada, que morirá en caso de perforación, a menos que un cirujano intervenga directamente sobre el útero (es decir, prive primero de vida al niño y salve después la vida de la madre). Otro ejemplo es el de un aneurisma de aorta en el que la pared de ésta se encuentra tan dañada que se inflama detrás del útero embarazado. Para tratar el aneurisma, el cirujano debe en primer lugar dar muerte al feto [4].

Parece propio del sentido común la resolución de estos casos sin necesidad de buscar la racionabilidad de una argumentación. Esta observación, que tiene su mérito, puede correr el riesgo de subjetivismo y relativismo más extremos. La Iglesia al mantener el principio de la inviolabilidad de la vida humana y de su respeto no defiende un principio descarnado por amor al principio. Lo hace por amor al hombre para impedir que la vida se trivialice y surja de nuevo el triste principio de *vidas sin valor*. Al analizar cuidadosamente los casos extremos lo hace para ver si el mantenimiento del principio permite su aplicación en todos los casos o ha de permitirse la excepción para prevenir un mal mayor al que se pretende evitar.

CASOS DE SOLICITUD DE ABORTO

Si agrupamos los casos de solicitud de aborto por orden de frecuencia obtendremos, con toda probabilidad, una curva de distribución normal de frecuencias (curva de Gauss) que como se recordará tiene la forma de una campana invertida. En uno de sus extremos aparecerán los casos más conflictivos: vida de la madre o vida del hijo. En el otro lado tendremos los casos difíciles y desgarradores que hieren la sensibilidad del ser humano. Son los casos de violación, incesto, diagnóstico prenatal de una anomalía congénita grave. ¿No estará autorizado el aborto en estos casos? ¿Se mostrará la Iglesia tan cruel para encerrarse en el principio de la inviolabilidad de la vida humana sin prestar ayuda a las personas que se encuentran en situaciones extremas tan difíciles? ¿Cargará todavía la conciencia de las personas que presas de desesperación intentan el aborto, amenazándolas con la pena eterna?

Estos casos han preocupado y mucho. Cada uno de ellos tiene su propia dificultad y puede ser distinto cada caso individual. Repugna a la conciencia y a la sensibilidad que pueda darse el caso de que quien debiera ser fruto de un amor recíproco entre hombre y mujer sea concebido como resultado de la violencia. Y, en el caso del incesto, pueden aparecer problemas psicológicos graves para la madre y el hijo, además de otros de tipo genético. En el caso de diagnóstico cierto de una anomalía congénita grave en el período prenatal puede darse la vivencia de imposibilidad moral de dar a luz a quien no podrá desplegar un potencial humano a niveles considerados como mínimamente aceptables.

Cada caso ha de resolverse a nivel individual, y no hay nadie, absolutamente nadie, que tenga una respuesta clara, definitiva y universalizable a estas situaciones existencialmente dramáticas. Con todo, la Iglesia deberá defender el principio de defensa de la vida y su primacía, colocándose al lado del más indefenso y débil. De no hacerlo así y con fortaleza se introduciría en nuestra sociedad, que se muestra tan poco respetuosa con la vida, el principio de vidas sin valor o vidas inútiles, que tanto daño ha causado en nuestro siglo. Llegados a este punto, creo que se impone una distinción: la de una postura moral y la conducta pastoral.

LA NECESARIA DISTINCION: NORMA ETICA Y CONDUCTA PASTORAL

El aborto como todo contravalor causado humanamente, ha de considerarse no sólo a la luz de la razón sino en un contexto cultural que, sancionando o no la razón, puede influir o no, cambiando las condiciones que causan las peticiones de aborto. Como dice McCormick «una de las más importantes funciones de la moral es la de proporcionar a la cultura la constante posibilidad de autocrítica y de trascenderse a sí misma y a sus limitaciones. Así, una moral genuina ha de mostrarse comprensiva y compasiva ante la angustia personal (conducta pastoral) pero ha de permanecer profética y existente en aquellas normas con las que invita a construir una humanidad mejor» [5]. Si cesa de hacerlo así, continúa McCormick, colapsa la pastoral y mina la moral. Cesaría de ser verdaderamente humana porque negociaría el bien que libera y humaniza con el compromiso que meramente consuela. Una cosa es la norma que protege un bien y que es recta y otra cosa son las dificultades que puede suponer su observancia al ser propuesta como norma de aspiración tanto a nivel de individuo como de sociedad.

La vida humana es un bien básico y el fundamento de todos los demás bienes y derechos y sólo puede ser arrebatada cuando aparece como el menor de dos males, considerando la totalidad del problema. La vida humana hay que considerarla como individual desde el momento de la concepción —o desde el momento en que queda claro que habrá uno o dos distintos individuos—. En tanto este problema esté en estudio y prosiga el mejor conocimiento de la etapa preimplantatoria del huevo humano, el beneficio de la duda habrá que concederse a la postura más segura. Explicaremos mejor este punto en una nota final.

Para poder hablar de mal menor al comparar la vida a otro valor tendremos que tener la seguridad de que este valor será el de la posibilidad de relacionabilidad del nuevo ser: es decir, la posibilidad de dar y recibir afecto. Esto es lo que daría a la vida humana biológica su valor de vida humana personal o vida humana humanizada. No hay que subrayar el peligro que esta posición encierra al desplazar el criterio de protectibilidad desde el individuo en sí mismo considerado al criterio extrínseco de valoración. El mismo razonamiento que resultaría válido para justificar el aborto en las primeras semanas de la gestación sería válido para el feticidio y después para el infanticidio. A nivel de principios esta postura parece insostenible.

Los argumentos que se aducen para el análisis de los casos límite y que constituyen un 2 % aproximado de los casos de solicitud de aborto, en los países que lo tienen legalizado, se extrapolan y generalizan indebidamente a todos los casos restantes de solicitud de aborto y que reconocen como causa situaciones socioeconómicas difíciles; conflictos sexuales no resueltos; actitudes de egoísmo. Estos casos se distribuirían a lo largo de la curva de Gauss ocupando el problema de la gestante soltera un 25 % o un 50 % de los casos —según los países quizás un 10 % de mujeres de más de 40 años que habiendo llegado al tamaño de la familia deseado se ven sorprendidas con un embarazo no deseado; el resto de casos constituiría la mayoría de las llamadas indicaciones sociales—.

Vivimos en un mundo y en un contexto social que tiene una provisión mínima para los casos difíciles y existen unos considerables núcleos de pobreza y de injusticia estructural en la que se da la más completa falta de atención a los más necesitados. Esto hace de la gestación una auténtica cruz. La falta de ayuda económica, psicológica, asistencial, médica, escolar, etc., lleva a muchas mujeres a buscar el aborto como solución o como mal menor. No porque desprecien la vida sino porque la sociedad no los admite. No por crueldad sino por impotencia ante la crueldad y violencia sociales. Los marginados de la sociedad requieren mejor ayuda que la *humanitaria* de facilitarles el aborto. Una sociedad que mantiene estructuras injustas es una sociedad que merece el nombre de criminal si sus ciudadanos han de buscar el aborto como necesidad de subsistencia. No es lícito mezclar aquí argumentos válidos para los casos límite anteriormente expuestos (violación, incesto, diagnóstico prena-

tal de una anomalía congénita grave) para intentar conseguir con una manipulación de sentimientos una respuesta unánime de solicitud de aborto legalizado como respuesta *humanizante*. Se conocen las causas. A ellas hay que aplicarles el remedio: desde la protección a todos los niveles de los más necesitados a la eliminación de la injusticia institucionalizada.

La Iglesia ha de levantarse enérgicamente urgiendo la justicia social, condenando severamente el pecado de omisión de los cristianos y urgiendo a todos la defensa de la vida de manera eficaz y sin hipocresías.

No se trata de negar los problemas inherentes a embarazos no deseados o que se convierten en no deseados por diversas circunstancias. Existen estos problemas reales. La constatación de la dimensión de estos problemas debe *imponer a la sociedad el deber de poner todos los medios a su alcance para resolverlos*. «La misma conciencia cristiana que obliga a los creyentes a respetar la vida humana en su estadio embrionario, les obliga también a ayudar eficazmente a la futura madre, personalmente o por instituciones, a fin de que pueda acabar su embarazo sin graves perjuicios para ella o para su familia. El anuncio cristiano ha de exigir ambas obligaciones. Y es que cristianamente nadie puede defender el derecho a la vida del feto, si no está dispuesto a sacrificarse lo que fuera necesario por el prójimo que se encuentre en situación difícil. Existe pues la grave obligación de crear aquellas condiciones sociales que hagan que el recurso al aborto sea lo menos perentorio posible» [6].

A nivel de principios, pues, la vida humana ha de ser protegida a ultranza. La inducción del aborto ha de considerarse insostenible moralmente, ya que destruye intencionalmente una vida humana que tiene derecho fundamental a la vida y que es imagen y semejanza del Creador. Nuestra fe cristiana nos enseña que desde el comienzo de la vida humana Dios le reconoce como persona que posee un destino temporal y eterno. El poder creador de Dios se halla presente en todo ser humano desde sus inicios.

Desde una perspectiva pastoral hay que abordar caso por caso con la debida competencia y siempre con el máximo respeto a la persona. Es muy conveniente analizarse personalmente y descubrir los propios miedos, angustias y, quizás, falsas seguridades. Especialmente peligrosa es la persona rigorista —en general, poco apta para el consejo pastoral—. Ninguna solución preestablecida puede entrar en el diálogo pastoral si ha de ser honesto. Ninguna solución puede ser impuesta desde fuera. Hay que estar muy atentos a la dimensión individual del que vive su problema, sepa formularlo mejor o peor a nivel conceptual. Se han de facilitar al que busca apoyo, todos los medios para que pueda descubrir su propia verdad y explorar en su interior llegando a la decisión más conforme con su escala de valores. El consejo de abortar puede mostrarse tan desgraciado como el consejo de no abortar. Los hechos en sí mismos, y las alternativas que puedan ofrecerse realmente, han de presentarse con sencillez y claridad, mostrando, además, sus ventajas e inconvenientes en el contexto social actual. La decisión última queda reservada a la *conciencia personal*. *«Es un derecho de nuestra condición libre*. Aunque este derecho lleve consigo la posibilidad de una decisión que contradiga a la auténtica condición humana. Prescindiendo del caso extremo de una mujer incapaz de tomar una decisión responsable, es a la madre a quien le toca la última decisión. Entre otras cosas porque es ella la que mejor verá las dificultades que pueden seguirse de su elección» [6].

OTRA DISTINCION NECESARIA: LA DIMENSION ETICA Y LA LEGAL

Para toda persona acostumbrada a discutir problemas de tipo ético no le resultará nada nuevo la observación de que con frecuencia en ambientes doctos y menos doctos se crea una confusión entre los aspectos éticos y los legales de una acción determinada que es contemplada por la ley en una sociedad pluralista.

Ni todo lo que es moralmente aceptado por un grupo de ciudadanos ha de ser legislado. Ni todo aquello que es legislado tiene la misma valoración ética para los diferentes grupos de ciudadanos y diferentes confesiones.

Formulando sencillamente lo que acabamos de decir, y a título de ejemplo, puede darse el caso de que un crimen severamente penado por la ley no sea imputable de pecado subjetivo a una persona cristiana y puede darse el caso de que un pecado grave como el aborto directo no sea penado por la ley.

Parece que un comportamiento merece legislarse cuando lesiona el bien común de manera sustancial; cuando la ley pueda urgirse de manera equitativa y la urgencia del cumplimiento de la ley no ocasione mayores males que los que intenta reprimir.

El problema de la despenalización y de la legislación permisiva sobre el aborto es el que levanta mayores polémicas en la actualidad. Varias posturas pueden delinearse. La de los que creen que el derecho a la vida es el derecho de todos los fundamentos legales y que este derecho ha de reconocerse ya al feto según el viejo adagio jurídico, heredado del derecho romano «Infans conceptus pro nato habetur» y que implica que el feto y el embrión se benefician ya de los privilegios de la personalidad, es decir: la capacidad de ser sujeto de derechos. Como dice un renombrado jurista: «Aquel que está ya concebido en el momento del comienzo de la sucesión existe en el sentido jurídico del término. Es capaz de ser sujeto de derechos en la medida de sus intereses». Es, por consecuencia, persona. Resulta obvio que el más fundamental de los propios intereses es la misma existencia [7].

Otra postura sostendrá que la plenitud de los derechos sólo puede darse, según el derecho, en el momento del nacimiento o a las veinticuatro horas después de haber nacido y que la protección del bienestar general de la madre ha de tener prioridad ante la vida del no nato. La ley debería proteger el derecho de la libre elección de la mujer, concediendo primacía, por tanto, a la decisión de conciencia individual que debería poder ser sancionada por la ley. Según esta perspectiva algunos sostendrán la necesidad de regular el aborto en determinadas condiciones y otros solicitarán la despenalización o la legalización del aborto a petición. Finalmente, habrá quienes defiendan la posición de que el aborto es un asunto privado entre la mujer y el médico y que no compete a la sociedad interferir en el derecho de la mujer a tomar sus decisiones sobre la vida embrionaria o fetal.

Es un hecho que en la sociedad pluralista de nuestros tiempos «ninguna ética puede aspirar a determinar ella sola el orden jurídico, pero ninguna Iglesia, ninguna asociación civil y ningún ciudadano puede dejar de aportar

sus propias convicciones y creencias al diálogo que ha de abocar a una determinada formulación de la ley, cuando ésta ordene valores morales. No es ocultando o callando valores éticos como se promueve un orden más humano y más justo, sino sensibilizando para el conjunto de ellos a todos los ciudadanos y al mismo poder político, de suerte que se vea este forzado a promulgar la decisión que, aquí y ahora, tutela y promueve, con el orden de prevalencia adecuado, el mayor número de valores éticos en juego» [8].

Aceptando que en determinadas circunstancias la despenalización del aborto puede representar un régimen de tolerancia para evitar males mayores y que, por lo tanto, no podría declararse esencialmente inmoral, creo, que en el momento actual de nuestro país esto sería erróneo por tres motivos principales. El primero porque no creo que corrigiera ninguno de los males que pretende evitar. El segundo porque creo que actuaría de válvula de escape de los poderes públicos y de los individuos para evadir mayores responsabilidades sociales. Finalmente por el grave peligro de que, enfocándose el problema del aborto como asunto de moralidad privada, se lesionen con facilidad otros derechos humanos. Es fácil reconocer los derechos de los fuertes pero sólo una sociedad sensible a los valores morales reconoce y defiende los derechos de los débiles. Creo que en el momento actual la despenalización del aborto entrañaría el peligro de lesionar precisamente los derechos de los más débiles, de los pobres, de las minorías y que, con facilidad, podría extenderse hacia todos aquellos seres no deseados. Cierto que con los debidos controles y regulaciones podrían evitarse algunos de estos males a corta distancia. A la larga, de todos modos, creo que es extremadamente peligrosa toda despenalización que suponga una dimisión de la función educativa de la ley en la defensa de los valores por los que vale la pena luchar, de forma que, «si bien no puede exigir a nadie el heroísmo y ha de tener una buena dosis de flexibilidad, de ninguna forma puede contribuir al oscurecimiento de principios que suponen pasos irreversibles en el progreso moral de la conciencia humana» [9].

Creo que como dice D. José Jiménez Villarejo en un claro artículo aparecido en *El Ciervo:* «La penalización de estas conductas (abortivas) habrá de hacerse con mucha prudencia, limitándola a los casos que no sean en absoluto problemáticos desde el punto de vista ético, sancionando mucho más levemente —como hace nuestra Ley— la destrucción de la vida del feto que el atentado contra la vida independiente, ponderando como causas de atenuación, junto al ya admitido ánimo de ocultar la deshonra, toda una serie de circunstancias de posible incidencia (pobreza, enfermedades, abandono), concediendo quizá a los Tribunales un mayor arbitrio para ajustar sus resoluciones a las especiales o especialísimas circunstancias de cada caso. Pero reforzando siempre con el mandato legal el valor decisivo del respeto a la vida humana...» [10].

Creo que de esta manera se evitarían dos posibles grandes daños: la banalización del aborto y la trivialización de la Ley.

DOS NOTAS FINALES Y UNAS CONCLUSIONES

No quisiera extender más esta comunicación, pero quedaría excesivamente incompleta si no incluyéramos unas reflexiones sobre los males que pretende evitar el aborto legalizado o el aborto despenalizado y sobre algunos hechos de las primeras etapas del desarrollo que hacen pensar en la posibilidad de desplazar el comienzo de la vida humana protegible, con carácter de protectibilidad debida a la persona, desde el primer momento de la concepción al momento de la individuación.

SOBRE LOS MALES SOCIALES QUE PRETENDE SOLVENTAR LA DESPENALIZACION DEL ABORTO

Reducción del número de abortos clandestinos y degradantes

Nada tan manipulable como las estadísticas, sobre todo cuando no existen buenos servicios de registro y donde los métodos de refinamiento estadístico permiten estimaciones creíbles. Resulta muy difícil saber el número de abortos legales donde el aborto está legalizado. Prácticamente imposible tener un estimado aproximado donde el aborto es ilegal. Y, en aquellos sitios donde la legislación permite una cierta libertad interpretativa, la zona entre los números que se dan como abortos legales y espontáneos y entre legales e ilegales acostumbra a ser bastante confusa. Parece, en principio, que allí donde se legaliza el aborto éste tiende a incrementarse notablemente, tardándose algunos años antes de que se estabilice la cifra y comience un descenso. Este descenso dependerá de múltiples causas, al igual que el ritmo de incremento post-legalización del aborto. Entre estas causas hay que contar el nivel de transición demográfica en que se encuentra el país; el grado de práctica contraceptiva y educación sexual de la población; la rapidez con que ha pasado de una cultura predominantemente agrícola a otra predominantemente industrial; de las actitudes profundamente enraizadas a nivel de conciencia colectiva; del acceso de la mujer a la cultura; del conjunto de medidas de gobierno que hagan factible o no un mayor acceso a los bienes materiales; del índice de paro; del nivel de analfabetismo; de la proporción entre minorías muy ricas y mayorías muy pobres, etc.

Las actitudes más profundamente enraizadas pueden ser causa de que una parte de la población (en general la más pobre culturalmente o en núcleos de inmigración o a nivel de minorías étnicas) no quiera beneficiarse de la permisividad de la ley y prefiera recurrir al aborto ilegal. La demanda de la población ante la legalización del aborto puede desencadenar una respuesta negativa a nivel de gobierno que puede verse amenazado al descender los índices de natalidad a niveles no previstos y forzado a restringir la ley, a los pocos años, creándose una situación en la que los abortos clandestinos aumenten a niveles jamás sospechados (conocidos sólo indirectamente por los ingresos en clínica de mujeres con sepsis postabortiva, muerte materna u otras afecciones y lesiones como perforación uterina, hemorragias, etc.).

Todo estudio estadístico tiene que ponderarse cuidadosamente, controlando diversas variables y seguirse en un período de tiempo. Haciendo una revisión de la literatura sobre los resultados de legislaciones permisivas del aborto y su incidencia sobre los abortos ilegales y los abortos legales, podremos observar que no pocas veces la legisla-

ción permisiva ha hecho incrementar el número de abortos legales y también los abortos ilegales, al escoger este aborto como medida de regulación de la natalidad, una parte de la población que no puede o no quiere o le resulta violento acudir al centro público donde se realiza el aborto legal. Cinco años de aborto legalizado es un tiempo que puede permitir unos estudios comparativos. Pocas veces el número de abortos legales bajará al número de abortos que se estimaba se producían antes de la legalización.

No puede dudarse que disminuirán los hijos no deseados. Su proporción de todas maneras no puede medirse con los embarazos no deseados. Un embarazo no deseado se convierte frecuentemente en un hijo deseado.

Disminución de mortalidad materna debida al aborto clandestino

Esto es verdad en la medida en que los abortos clandestinos se conviertan todos en abortos legales, realizados en las primeras semanas del embarazo —especialmente dentro de las ocho primeras semanas—, realizados en condiciones higiénicas y de atención médica adecuada. En el caso de que la red sanitaria se vea sujeta a una demanda que desborda todas sus posibilidades faltaría comprobar si realmente se produce una disminución de mortalidad materna. No creo que en nuestro país se esté en condiciones de poder ofrecer unos servicios adecuados. El problema no es la competencia médica sino la masificación de la asistencia que se da en todos los niveles. Probablemente muchos abortos se realizarán más tarde de la semana doce, con lo que la mortalidad aumenta, si bien no demasiado. En la espera, de todas maneras, una parte de la población acudiría al aborto clandestino. Al aumentar el número probablemente aumentaría el número absoluto de muertes, si bien la proporción podría descender.

Discriminación contra los pobres

La peor discriminación contra los pobres es la de un reparto injusto de riquezas; la no provisión de servicios de salud adecuados; la ausencia de centros adecuados para subnormales, pequeños y adolescentes; la falta de protección de la joven gestante soltera; la discriminación de acceso cultural por insuficiencia de medios económicos. En éstas y otras áreas es donde hay que superar la discriminación. En el contexto de injusticia estructural en que nos movemos habría que confesar la presente discriminación como un hecho. Me resulta muy difícil de creer que esta discriminación no se mantendría o aumentaría con la despenalización del aborto, debido a la masificación asistencial actual. Muchas mujeres acudirían a médicos *de pago* para conseguir a cualquier precio la terminación del embarazo.

Reducción de la hipocresía existente ante leyes restrictivas

Ya hemos apuntado antes el camino de solución. Una cláusula en la vigente legislación que permitiera la atenuación de la pena según el conjunto de circunstancias excusantes que hemos mencionado y que permitiera la cláusula de conciencia en regulados casos de la llamada *indicación* médica. Creo que se evitaría el peligro de trivialización de la ley y del cumplimiento discriminatorio.

Junto con estos males que se desean evitar habría que considerar un conjunto de males que podrían originarse. En efecto: puede darse el caso de un incremento serio de la morbilidad materna en el curso de abortos repetidos; un incremento de prematuridad en el nacimiento de niños después de varios abortos; un incremento de anomalías congénitas; etc. Todos estos factores no han quedado descartados aunque no sean del todo evidentes. Un análisis coste beneficio ha de ponderarlos, de la misma manera que un análisis riesgo-beneficio ha de valorar los bienes que se comprometen en un momento determinado de un país determinado.

Resulta interesante contemplar lo que puede representar para la profesión médica una orientación al servicio de la muerte de la que hasta el presente ha sido servicio a la vida. Los colegios profesionales harán bien en utilizar todo su poder para exigir la cláusula de conciencia para todos los médicos que lo deseen y ocupen cargos públicos o estén en la Seguridad Social, defendiendo el principio de que bajo ninguna circunstancia serán obligados a actuar contra su conciencia provocando abortos ni serán discriminados en la provisión de puestos de trabajo.

La reacción del cuerpo médico oscila desde la militancia proaborto con la sana intención de que disminuyan el número de peligrosas intervenciones abortivas ilegales, hasta la actitud más enérgica de repulsa contra el aborto en cualquier caso. Entre este abanico de posibilidades hay que confesar que no siempre todas las motivaciones son igualmente nobles. Algunos no pueden admitir ser servidores de decisiones que les vienen ya dadas y que escapan al campo de su competencia; otros evolucionan con el paso del tiempo. El caso del Dr. Nathanson, pionero del aborto en el Estado de Nueva York resulta aleccionador: «...después de un año y medio de Director, en propiedad de la plaza, del *Center for Reproductive and Sexual Health* resigné. El Centro había provocado 60.000 abortos sin ninguna muerte materna —un récord maravilloso del que me siento orgulloso—. Sin embargo, me siento profundamente turbado por mi certeza progresiva de que soy responsable de 60.000 muertes. No hay duda para mí que la vida humana existe ya en el útero desde el inicio del embarazo, a pesar de que la naturaleza de la vida intrauterina ha sido objeto de considerable disputa en el pasado... Nuestro sentido de los valores ha hecho destacar la gran importancia de la vida misma como valor. Con una atmósfera de permisividad jurídica del aborto (y creo que hemos de tener este clima y que el aborto no ha de ser regulado por la ley) nos exponemos al peligro de que la sociedad perderá un cierto grado del nervio moral que ha sido parte importante y vital en su fundación. No podemos permitirnos, en una carrera de abortos ilimitados e incontrolados, que en el transcurso de los próximos años caigamos en un envilecedor grado de semiinconsciencia utilitarista... Pido una visión lúcida y honesta del problema del aborto, el fin de una polarización ciega. Hemos soportado ya demasiadas marchas inútiles y pancartas chillonas. El problema de la vida humana es el auténtico problema y merece una consideración profunda y una serenidad reverente. Tenemos que colaborar juntos para crear un clima moral lo suficientemente abierto para proporcionar servicios de aborto pero lo suficientemente sensible al valor de la vida para que dé cabida a un profundo sentimiento de pérdida...» [11].

DESDE LA FERTILIZACION HASTA LA INDIVIDUALIZACION

Se debe al Dr. André Hellegers, recientemente fallecido, la formulación del principio según el cual la posible formación de quimeras en la especie humana podría hacer pensar en la posibilidad de trasladar el principio de protectibilidad de la persona desde el primer momento de la concepción hasta el momento en que la formación de quimeras ya no fuera posible (unas dos semanas después de la fertilización del óvulo). Se afirma, dice, que no puede hablarse de animación hasta que conste si el huevo fecundado va a dar lugar a la formación de gemelos. Puede afirmarse, sin embargo, lo contrario, es decir: fuere cual fuere el valor actual de los gemelos, éste se hallaba ya presente en el momento de la fecundación. En cuanto a individuos animados la pérdida podría considerarse doble en lugar de pérdida única. El problema de las quimeras, conocido desde hace poco tiempo, presenta el problema inverso de los gemelos. En la quimera se trata de la fusión de material genético, proveniente de diversas fecundaciones, en un único individuo. Se trata de una recombinación de gemelos y que puede tener diversos grados, desde la presencia de material hemático que sólo puede explicarse por la persistencia de material proveniente de otro origen ovular, distinto al que presenta el resto del individuo, hasta la presencia de quimeras corporales totales espontáneas. Este fenómeno tiene una significación inversa a la gemelación. Si dos fecundaciones producen dos cigotes animados y estos dos cigotes animados pueden fundirse en uno solo, el problema es el de saber, en términos tradicionales, si un solo individuo tiene dos almas en un solo cuerpo o que un alma pueda desaparecer sin que desaparezca su cuerpo. Grisez al estudiar el caso no duda en afirmar que desaparecen dos almas y dos cuerpos y que se forma un nuevo individuo y probablemente un alma nueva en un cuerpo originado asexuadamente por partenogénesis. Esta posibilidad está en contradicción con la ciencia si se trata de individuo varón, ya que el varón sólo puede originarse por la presencia del cromosoma Y [12].

Hellegers, que siempre propugnó que el problema de la discusión sobre el aborto estaba en preguntarse cuándo la dignidad de persona comenzaba, creyó firmemente que la solución más segura estaba en la línea que valoraba el producto de la concepción desde sus comienzos y esto por coherencia genético-evolucionista. Genial en la presentación de los problemas y único en hacer las preguntas adecuadas, vio que esta línea de trabajo valía la pena de ser explotada por las consecuencias prácticas que podría tener en el juicio moral de los dispositivos intrauterinos y preparados hormonales antiimplantatorios, amén de los problemas que podrían estudiarse teniendo en cuenta la fertilización in vitro. Mostró siempre un espíritu abierto a la investigación y urgió de manera punzante la coherencia científica y filosófica. ¿Por qué, preguntó en más de una ocasión a alguien que defendía la licitud del aborto en términos de minusvaloración de la vida humana incipiente juzgándola meramente vegetativa y sin derecho a la protección, se opone usted simultáneamente a la licitud de experimentación con fetos vivos, viables o no viables? ¿Qué le impide obtener de un conjunto de fetos vivos el material suficiente para poder proveer a un niño sin defensas inmunológicas de extractos de timo provenientes de fetos? ¿Se atrevería a industrializar la extracción de este material teniendo como materia prima, fetos vivos?...

A modo de *conclusiones* esbozaríamos las siguientes:

— No es lícito extrapolar los argumentos de los casos límite a la mayoría de las causas responsables de demanda de aborto y que son de tipo socioeconómico.

— Es imprescindible distinguir los niveles éticos (principios) de los niveles pastoral (actitud receptiva y compasiva) y jurídico (valores que protege la ley).

— La Iglesia ha de defender con fortaleza el derecho a la vida desde el primer momento de la concepción y ha de condenar con severidad a quienes pudiendo hacerlo y por omisión no crean aquellas condiciones sociales que hagan innecesario el recurso al aborto.

— Ha de urgir una pronta e inmediata creación de centros de acogida de la madre soltera, las parejas con dificultad, de prevención de anomalías congénitas en el contexto de una planificación familiar cristiana y ha de potenciar los esfuerzos que se hagan en este sentido.

— No creemos que la despenalización general del aborto en nuestro país, aquí y ahora, lograra reducir los males que intentaría evitar. Al contrario, creo que los aumentaría. Pienso que por el momento bastaría apartar del código penal aquellos casos límite más angustiosos que hemos descrito, evitando sumar al drama personal la siempre traumatizante intervención judicial.

BIBLIOGRAFIA

1. Mc Cormick, R.: Notes on Moral Theology: The Abortion Dossier. Theological Studies, 35 (1974) 312-359, página 313.
2. Zalba, M.: El aborto terapéutico. ¿Aborto indirecto? *Estudios Eclesiásticos*, 52 (1977) 9-38.
3. Mc Cormick, R.: El principio del doble efecto. *Concilium* (1976) 12, pág. 578.
4. Mc Cormick, R.: Ib. pág. 576.
5. Mc Cormick, R.: Notes on Moral Theology: The Abortion Dossier. Theological Studies, 35 (1974) 312-359, página 356.
6. Obispos Escandinavos: Declaración de los obispos escandinavos sobre el aborto. *Selecciones de Teología*, 11 (1972) 43, 271-283.
7. Foyer, Jean: Citado por Gustave Martelet en: Nouvelles reflexions sur l'avortement. *Esprit et Vie*, 89 (1979) 39, 497-508.
8. Cuyás, M.: La Iglesia ante una ley civil sobre el aborto. *Razón y Fe*. Sept-oct. 1978. N.º 968-969. 175-185, pág. 179.
9. Jiménez Villarejo, J.: La ley tiene una función educativa. *El Ciervo*, 27 (1978) 323, pág. 28.
10. Jiménez Villarejo, J.: La ley tiene una función educativa. *El Ciervo*, 27 (1978) 323, pág. 28.
11. Nathanson, B. N.: Deeper into abortion. *The New England Journal of Medicine*, 291 (1974), 22, 1189 s.
12. Hellegers, A.: Cfr. «Fetal Development». *Theological Studies*, 31 (1970) 3-9.

COMUNICACION A LA PONENCIA SOBRE ETICA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

JUAN ARAGONES LLEBARIA

Mi aportación quiere tener sólo un valor testimonial, de una persona que está en contacto diario con gentes de todas clases. Ni soy moralista ni técnico en estas materias.

Llevo 20 años de Capellán en un hospital que tiene maternidad. Pues bien, en contadísimas ocasiones se me han presentado espontáneamente consultas sobre el problema de la Planificación Familiar. Aparentemente da la impresión que ha dejado de ser problema moral para el matrimonio. Ahora bien, cuando, dada la ocasión, he provocado yo la cuestión, en poquísimos casos me he encontrado con parejas que tengan el problema resuelto conscientemente. Muchos, cada vez más, lo han solucionado eliminándolo, saltándose toda norma moral. Otros practican el control —anticonceptivos, coitus interruptus, DIU, etc.— con más o menos sentido de culpabilidad.

A la misma conclusión he llegado a través del ministerio sacerdotal fuera del hospital. El «hacer mal uso del matrimonio» es una expresión que se dice como se acusa el niño de haber desobedecido a los padres: es algo que le han dicho que está mal —aunque no siempre ni en todas las ocasiones esté de acuerdo— pero es inevitable. No se tiene conciencia de cuándo está bien y de cuándo está mal, de cuándo se es culpable, cuándo no se es y cuándo se es a medias. Ni mucho menos se ha pensado —quizá por creerlo imposible— en qué actitud se debe tomar para encontrar una solución moralmente aceptable al problema.

La participación durante varios años en cursillos prematrimoniales me ha demostrado que los jóvenes de hoy, incluso los más preparados cristianamente, miran con recelo la «doctrina de la Iglesia». Es raro el cursillo en el que una o varias parejas no confiesen que están plenamente de acuerdo con lo que se les ha dicho pero no con lo que dice la Iglesia respecto a la natalidad. ¡Y lo único que se les ha enseñado es la paternidad responsable!

Los tres casos mencionados me parece que coinciden en una cosa: el pueblo cristiano cree que la Iglesia —es decir, la jerarquía eclesiástica— no les da una solución válida y aceptable del problema. Y esta opinión se ve en parte confirmada por la propia experiencia. Cuando al preparar una charla sobre esta materia uno busca apoyo en documentos eclesiásticos tiene que recurrir a alguna cita de alguna Conferencia Episcopal extranjera, a una o dos citas del Vaticano II y, para sentirse un poco más seguro, al testimonio de algún moralista. (Aprovecho la ocasión para agradecer aquí la ayuda que para mí ha sido el padre Cuyás.) Pero todo esto es insignificante al lado de todo lo que se ha dicho y escrito, se dice y se escribe sobre la inmoralidad de los métodos anticonceptivos en documentos eclesiásticos.

Creo, pues, que es urgente que la Jerarquía eclesiástica hable claro sobre la paternidad responsable. Con la misma insistencia y la misma claridad con que habla sobre los anticonceptivos. Y a todos los niveles, no excluyendo la autoridad suprema. De otra forma el pueblo sencillo continuará sin entender, o peor, entendiendo mal. *Continuará creyendo que según la Iglesia:*

— Es siempre peor el uso de anticonceptivos que el nacimiento de un nuevo hijo, por más que se tengan.

— Cualquier método anticonceptivo, excepto el Ogino, es siempre moralmente ilícito.

— No hay otra solución para el problema de la natalidad que: cargarse de hijos, la continencia absoluta y la culpabilidad moral.

— Es más importante ser fieles a las leyes de la generación que al aumento del amor y de la compenetración del matrimonio.

— Cuantos más hijos se tengan siempre es mejor.

Porque si el pueblo ha entendido esto de lo que ha dicho la Jerarquía eclesiástica, ¿ha sido sólo porque es duro de oído o corto de entendederas?

Durante muchos años los matrimonios cristianos han vivido angustiados por este problema moral. No es de extrañar que las nuevas generaciones de matrimonios rechacen una Iglesia que no les predica ningún *evangelio*, buena noticia en este punto. No quiero ser tan simplista de pensar que todo el problema del rechazo actual de la Iglesia radique aquí, pero sin duda éste ha sido y es un punto importante. Cuando la autoridad pierde credibilidad en algún punto, toda ella se ve afectada gravemente.

No pretendo tampoco decir que «rebajando la cuota» tendremos más *socios*. No es para ver cómo escamotear la verdad que hemos de replantearnos el problema, sino por fidelidad a la verdad. Cuando el rechazo de las normas *oficiales* eclesiásticas en este punto es tan general, ¿podemos quedarnos tranquilos pensando que es exclusivamente debido a la ola de hedonismo que sufre nuestro mundo? ¿No tendrán algo de razón aunque no encuentren razones totalmente válidas para justificar su actuación? ¿Y no le sobrarán a la Jerarquía razones y le faltará buena parte de razón?

Además, estas normas creo que han surtido generalmente un efecto contrario al que pretendían: han ayudado a muy pocos a esforzarse en el dominio de la sexualidad, han llevado a los más a prescindir de toda norma y han provocado en algunos complejos de culpabilidad que han esterilizado toda su vida cristiana.

Es cierto que éste es sólo un punto de la moral sexual *tradicional* que urge revisar. Pero es un punto básico para el matrimonio. Y no digo urgente porque por más prisa que nos demos habremos llegado ya tarde. No se trata, pues, de oportunismo. Se trata de sinceridad y de valentía. No sea que con razón también de nosotros se pueda decir: «Atan pesadas cargas y las ponen sobre las espaldas de los hombres, pero ellos ni con un dedo hacen por moverlas» (Mt 23, 4).

AMOR FECUNDO Y RESPONSABLE

DIEZ AÑOS DESPUES DE LA ENCICLICA HUMANAE VITAE

FRANCISCO ABEL

PABLO VI Y LA HUMANAE VITAE

Diez años han transcurrido desde que el papa Pablo VI escribió la encíclica *Humanae Vitae*. Diez años han pasado desde el día en que sorprendió al mundo entero por su coraje al hacer frente a la opinión pública, a una mayoría de teólogos, a la presión ejercida por la prensa y los medios de comunicación social. El Papa progresista y clarividente de la *Populorum Progressio* era el mismo hombre de Dios que escribía el documento *reaccionario* de la *Humanae Vitae*.

El mismo Papa que, después de una serie de consultas, escribía un documento no colegial como la *Populorum Progressio*, escribía otro documento no colegial tomando, de nuevo, personalmente toda la responsabilidad. La *Populorum Progressio* fue aceptada con admiración. La *Humanae Vitae* no tuvo la misma aceptación. Y los teólogos reprocharon esta vez al Papa que la encíclica no tuviera la impronta de la colegialidad. Pablo VI, habiendo considerado todos los argumentos y con plena conciencia de lo que hacía, desafiaba la opinión mundial por fidelidad a la misión encomendada por Dios al Papa de velar por el bien de la Iglesia.

La imagen que tenemos de Pablo VI nos queda, a veces, un tanto deformada. No tiene, en verdad, aquel carisma de atracción popular que tenía su predecesor Juan XXIII, que todo el mundo recuerda con tanto cariño. El trabajo de Pablo VI ha sido más ingrato, más duro y lamentablemente olvidado por muchos de sus críticos. Pablo VI demuestra nobleza y valor desde los comienzos de su pontificado al llevar a término, por fidelidad al Espíritu, un Concilio que él no convocó. Siendo para muchos *conservador* es el hombre que logra borrar con sus viajes y presencia en el mundo entero la imagen del *prisionero del Vaticano;* internacionaliza la conciencia de la Iglesia despertándola al compromiso con el Tercer Mundo; afirma que el desarrollo es el nuevo nombre de la paz; es Pablo VI quien comienza las relaciones con las naciones comunistas del Este de Europa y con la China comunista; es él quien reforma la Curia romana; quien establece la jubilación obligatoria de los obispos a los 75 años; quien amplía, universalizándolo, el Colegio de Cardenales; quien suprime el derecho del voto para la elección de Papa a los cardenales mayores de 80 años. Además, simplifica el ceremonial vaticano; emprende la tarea de descentralizar el poder; recibe a Betty Friedan, animándola a trabajar por la promoción de la mujer. Es Pablo VI el Papa *conservador* quien abre un Museo en el Vaticano donde pueden admirarse las obras de Picasso, Klee, Matisse, Ben Shahn, Jack Levine y otros.

Es el mismo que firma el documento conservador de la H. V. El mismo que toma unas actitudes tan firmes y decididas contra la ordenación de la mujer y de los casados; es el mismo que no renuncia al papado al cumplir los 80 años. Es el mismo que cierra las puertas a todo movimiento progresista de los progresistas, después que las ha entreabierto con un gesto, un signo, una señal luminosa que anuncia y que parece deja extinguir.

La Historia hablará de Pablo VI como del Papa que ha hecho de su gobierno un ejercicio de amor con el garbo de un diplomático consumado y con la elegancia de un artista. Un artista que por ser profeta no ha sido comprendido.

LA HUMANAE VITAE, GRITO DE ANGUSTIA Y POEMA DE AMOR

El papa Pablo, que desafía la opinión pública con la encíclica H. V., es el hombre que percibe con nítida claridad, como nadie lo ha hecho, que la aceptación de un principio, que puede ser útil a nivel de pareja, puede resultar pernicioso para los más necesitados: los pueblos del Tercer Mundo, víctimas de la opresión de sistemas injustos. Es por ello que lanza al mundo este grito de angustia que es la H. V. Grito de angustia y poema de amor a la humanidad entera. Poema poco convincente en el razonamiento pero que se mueve dentro de las coordenadas de un amor noble, fiel y universal. Quizás muchos tardarán en descubrirlo.

Hace diez años nos preguntamos cómo era posible que el Papa no viera claro que el dominio del hombre sobre la naturaleza ha de permitir la justificación de la contracepción, tanto la natural como la artificial. Quizás no valoramos suficientemente una doble preocupación del Papa: la de apartarse de la doctrina tradicional, con una concepción antropológica que considera que una libertad responsable ha de integrar las energías humanas respetando en las relaciones sexuales, la estructura de la función cíclica procreadora; la otra preocupación fue, sin duda, la de aquellos principios que podrían resultar en perjuicio de los más pobres y de los países subdesarrollados.

Una profunda preocupación: contribuir a la instauración de una civilización verdaderamente humana

El Papa está profundamente preocupado, no sólo por el abuso egoísta de la sexualidad, sino también porque comprende que, si autoriza la disociación de los significados unitivo y procreador del acto conyugal —con una intervención técnica—, a los matrimonios, para evitarles dificultades individuales, familiares o sociales que encuen-

tran en el cumplimiento de la ley divina, aprobaría la política antinatalista y egoísta de los países que oprimen a otros países más pobres. Pues, ¿Quién podría reprochar a un gobierno el aplicar a la solución de los problemas de la colectividad lo que hubiera sido reconocido lícito a los cónyuges para la solución de un problema familiar? (H. V. 17). ¿Quién impediría a los gobernantes favorecer y hasta imponer a sus pueblos, si lo consideran necesario, el método anticonceptivo que ellos juzgaren más eficaz? (H. V. 17). El resultado sería que los hombres «llegarían a dejar a merced de la intervención de las autoridades públicas el sector más personal y más reservado de la intimidad conyugal» (H. V. 17). Con ello la plaga de abortos, esterilizaciones masculinas y femeninas por razones demográficas, aumentaría atentándose contra la dignidad de los cónyuges. Una civilización construida sobre estas bases no sería verdaderamente humana.

Su misión y deseo es de «contribuir a la instauración de una civilización verdaderamente humana, que comprometa al hombre a no abdicar la propia responsabilidad para someterse a los medios técnicos» (H. V. 18), considerando el problema demográfico a la luz de «una visión integral del hombre y de su vocación, no sólo natural y terrena, sino también sobrenatural y eterna (H. V. 7).

La solución del problema demográfico ha de basarse en «una cuidadosa política familiar y en una sabia educación de los pueblos, que respete la ley y la libertad de los ciudadanos» (H. V. 23). El pensamiento del Papa está impregnado de amor y preocupación por los países en vías de desarrollo. Una aplicación indebida del principio de totalidad podría retardar la creación de un nuevo orden económico internacional, tal como propugnó en la encíclica *Populorum Progressio*, en la que subraya la «gravísima obligación de los pueblos ya desarrollados en ayudar a los países en vías de desarrollo» (Cfr. *Populorum Progressio* 48 y *Gaudium et Spes* 86) actuando de tal manera «que el pan sea suficientemente abundante en la mesa de la Humanidad y no la de favorecer un control artificial de nacimientos recurriendo a métodos que sean indignos del hombre» (Discurso de Pablo VI en la O.N.U. el 8 de octubre de 1965).

Así, el Papa decide pronunciarse haciendo uso del magisterio ordinario y dice, como sabemos: que todo acto conyugal debe quedar abierto a la transmisión de la vida (H. V. 11); que no pueden separarse artificialmente los aspectos unitivo y procreador del acto conyugal (H. V. 12, 16); que el principio de totalidad no puede aplicarse para justificar un acto conyugal, hecho voluntariamente infecundo (H. V. 14), etc. El Papa habla, además, de las exigencias características del amor conyugal, amor plenamente humano, sensible y espiritual al mismo tiempo, que ha de mantenerse y crecer a través de las alegrías y dolores de la vida cotidiana, de forma que los esposos se conviertan en un solo corazón y en una sola alma y juntos alcancen su perfección humana. Habla emocionado del amor fiel y exclusivo y del amor fecundo que ha de ser una totalidad de entrega al otro.

Reacción del episcopado.
Orientaciones pastorales y comunicación deficiente

Los obispos reaccionaron ante la H. V. a nivel de las conferencias episcopales y a nivel privado. Es lo que el Papa esperaba, aunque no todos lo entendieron, es decir: que los obispos ayudaran en la aplicación de los casos concretos a poner en práctica las normas universales. En otras palabras: que dieran unas directrices pastorales claras. Algunas conferencias episcopales fueron mucho más claras e iluminadoras que otras. Podemos aducir como modelos de claridad las declaraciones de las conferencias episcopales francesas, belgas, canadienses, alemanas y algunas otras declaraciones a nivel privado.

Con ligeras diferencias de matices podríamos resumir las orientaciones pastorales en la siguiente proposición: Si los fieles, después de una atenta consideración a la enseñanza del magisterio, ven que no pueden seguir o estar de acuerdo con la enseñanza de la encíclica, no han de sentirse apartados por ello del amor divino. Los obispos franceses, por ejemplo, nos dicen: «La contracepción nunca puede ser un bien. Siempre es un desorden, pero tal *desorden no siempre es culpable*». Y, más recientemente, los obispos mejicanos: «Tomando en cuenta la norma que se deriva de este Magisterio, corresponde a los esposos analizarla —junto con los elementos de su situación concreta— para encontrar la voluntad de Dios. La decisión que tomen acerca de los medios siguiendo lealmente el dictado de su conciencia, los debe dejar tranquilos, ya que no tienen por qué sentirse alejados de la amistad divina». En la base de estas declaraciones late la conciencia de que muchos esposos cristianos se enfrentan ante un auténtico *conflicto de deberes* con la imposibilidad moral de cumplir con todos ellos a la vez.

Con estas orientaciones pastorales se salva lo que el Papa quiere afirmar en contra de la pretensión de muchos teólogos, es decir: que la contracepción no es en sí misma un bien. También se salva el problema de conciencia de los esposos, que por diferentes razones se encuentran en circunstancias difíciles, y que necesitan armonizar los deberes de paternidad responsable y fidelidad conyugal con la comunicación amorosa y el uso de medios eficaces para conseguir una limitación de nacimientos.

Llegados a este punto creo que podemos afirmar que son muchas las parejas que han sufrido en estos últimos diez años por una doble razón. En primer lugar ha faltado una comunicación clara, precisa y pedagógica del principio que he anunciado anteriormente, es decir: *que el desorden objetivo no siempre es un acto culpable*. En segundo lugar, se ha hablado demasiado de alguno de los aspectos que trata la H. V. y, en cambio, se ha hablado demasiado poco de las directrices pastorales de los diferentes episcopados.

Justo es reconocer que ha habido una lamentable deficiencia en la comunicación. Se ha repetido en demasía lo que la H. V. ha dicho y no se ha explicado lo que la encíclica no ha dicho, pero que muchos creen que ha dicho. De esta manera muchos *han visto lo que no es y no han visto claramente lo que es*. En lugar de un camino, los esposos han encontrado una pared: en vez de animarse a crecer en el amor, muchos se han visto desanimados y abandonados por la Iglesia, que les parecía no comprendía su situación real. La Eucaristía les ha parecido vedada por una ley que ahogaba el amor, y la Penitencia, concebida como un tribunal, les ha parecido demasiado condenatoria. Ha fallado una educación para el amor auténtico, acompañada de una actualización sacramental y eclesial. El lenguaje tradicional que se ha utilizado tampoco ha facilitado la comprensión.

Factores de tipo psicológico, a nivel de las parejas y de los mismos sacerdotes, han creado, a menudo, barreras en lugar de puentes. Los cambios de nuestra época han sido una sacudida para todos. Aquellas personas educadas con una visión dinámica e integradora de la sexualidad, que acentúa la intencionalidad y la vida como proceso en el enfoque moral, han visto en la H. V. un retroceso respecto a la *Gaudium et Spes*. Aquéllos que habían comprendido que la generosidad con Dios exigía el *número máximo de hijos*, se han visto sorprendidos al escuchar que la misma generosidad con Dios exige, ahora, el *número óptimo de hijos*.

Quisiera, ahora, esclarecer algunos puntos que mucha gente ha pensado que la H. V. había dicho, pero que, en realidad, no ha dicho.

LO QUE LA HUMANAE VITAE NO HA DICHO

El desorden objetivo es un acto culpable.
La Humanae Vitae no ha dicho esto

Muchas personas han creído que al afirmar la H. V. que la contracepción no puede ser nunca un bien, quería afirmar también que siempre que se recurría a la contracepción se cometía un acto culpable. Lo que la encíclica quiere decir queda expresado muy claramente en la ya mencionada declaración de los obispos franceses.. Vale la pena transcribir el párrafo aunque sea algo extenso: «Nadie ignora las angustias espirituales con que luchan los esposos sinceros, especialmente cuando la observancia del ritmo natural no logra dar una base suficientemente segura para una regulación de los nacimientos (H. V. 24). Por una parte se percatan de que deben respetar la apertura a la vida en cada acto conyugal; al mismo tiempo estiman que deben evitar en conciencia o deben retrasar un nuevo nacimiento y no disponen de la posibilidad de recurrir al ritmo biológico. Por otra parte no ven, en su caso, cómo pueden renunciar actualmente a la expresión física de su amor sin amenazar con esto la estabilidad de su hogar. A este respecto recordamos precisamente la enseñanza de la moral: cuando existe una alternativa de deberes, en los cuales, cualquiera que sea la decisión que se toma, uno no puede evitar el mal, la sabiduría tradicional dice que se busque ante Dios el deber que, en el caso concreto, resulta ser el más importante. Los esposos tomarán una decisión después de haberlo pensado juntos con todo el cuidado que la grandeza de su vocación conyugal requiere. Ellos no pueden olvidar ni despreciar jamás ninguno de los deberes en conflicto. Conservarán, pues, su corazón abierto a la gracia de Dios, dispuestos a aceptar toda nueva posibilidad que ponga en discusión su fe o su conducta actual. Sin perder nunca de vista la misión que Dios les ha confiado y que ellos persiguen humildemente, escucharán como es debido y con agradecimiento las palabras que san Agustín, en otras circunstancias, dirigía a los fieles de su tiempo: Paz a los esposos de buena voluntad (PL, 44, 419)» (Nota Pastoral de los obispos franceses sobre la H. V. n.º 16).

La encíclica Humanae Vitae
no ha negado el principio de que el cristiano
ha de regirse por la conciencia bien formada

La encíclica supone que la fidelidad del hombre a su conciencia es sagrada. Cierto que ha de superarse la arbitrariedad subjetiva, pero la convicción que se tiene en conciencia, seria y responsable, ha de ser respetada.

Tampoco ha dicho:
Que el cumplimiento de la norma propuesta
sea realizable hoy y ahora por todos

Al contrario, supone que la vida es camino, que en el camino con la gracia de Dios hay progreso y crecimiento. Los esposos, sin embargo, no quedan dispensados del esfuerzo para realizar su vocación hasta la perfección. El Papa estimula a los médicos, a las autoridades, a los obispos y a los matrimonios para crear las condiciones, que hagan posible la observancia de la norma dada, por medio de la investigación y la mejora de las condiciones humanas, culturales, económicas y sociales.

Tampoco ha dicho que los esposos que practican
la continencia periódica sean mejores que los otros

Ciertamente los esposos que utilizan los medios naturales de regulación de nacimientos, no son, por este hecho, mejores que otros que se encuentran forzados a utilizar otros métodos, más aptos para ellos, para procrear responsablemente. Conviene no olvidar que relaciones sexuales perfectas en su estructura —continencia periódica incluida— pueden esconder un egoísmo fundamental y no afirmar el sentido integral del don mutuo y de la procreación humana en un contexto de amor verdadero.

No ha dicho: que los esposos han de confesarse de pecado
si han actuado con conciencia cierta
al utilizar un método contraceptivo diferente
de los llamados métodos naturales

Donde no hay egoísmo sino la búsqueda sincera de la voluntad de Dios en los casos de conflictos de valores, no hay culpa, si se ha hecho todo el bien, posible aquí y ahora, aunque no se halle una solución ideal.

No ha dicho:
que los gobiernos no tienen una responsabilidad
en el crecimiento adecuado de la población

La encíclica presupone la *Gaudium et Spes* y la *Populorum Progressio*, así como el discurso del Papa a la O.N.U del 8 de diciembre de 1965. En este discurso el Papa va contra un control de natalidad que sea irracional. De una manera explícita en la H. V. dice que los poderes públicos pueden y deben contribuir a la solución del problema demográfico con una cuidadosa política familiar y una sabia educación de los pueblos, que respete la justicia y la libertad de los ciudadanos (Cfr. H. V. 23).

No ha dicho:
que la doctrina expuesta sea infalible o no reformable

Este fue el caballo de batalla en los primeros días de la publicación de la encíclica. Hoy, todo el mundo sabe que la H. V. no pretende definir dogmáticamente y que es reformable.

Diez años han pasado. Muchos han sufrido. Muchos han llegado, en el transcurso de estos años, a una conclusión personal —a modo de intuición muy correcta sobre su actitud ante Dios y la Iglesia— y han com-

(Termina en la página siguiente)

TEXTOS Y DOCUMENTOS PARA LA REFLEXION

DEMOGRAFIA Y DESARROLLO ECONOMICO

MATER ET MAGISTRA

Desnivel entre población y medios de subsistencia

En estos últimos tiempos se plantea a menudo el problema de cómo coordinar los sistemas económicos y los medios de subsistencia con el intenso incremento de la población humana, así en el plano mundial como en relación con los países necesitados.

En el plano mundial observan algunos que, según cálculos estadísticos, la humanidad, dentro de algunos decenios, alcanzará una cifra total de población muy elevada, mientras que la economía avanzará con mucha mayor lentitud. De esto deducen que, si no se pone freno a la procreación humana, aumentará notablemente en un futuro próximo la desproporción entre la población y los medios indispensables de subsistencia.

Como es sabido, las estadísticas de los países económicamente menos desarrollados demuestran que, a causa de la general difusión de los modernos adelantos de la higiene y de la medicina, se ha prolongado la edad media del hombre al reducirse notablemente la mortalidad infantil. Y la natalidad en los países en que ya es crecida permanece estacionaria, al menos durante un no corto periodo de tiempo. Por otra parte, mientras las cifras de la natalidad exceden cada año a las de la mortalidad, los sistemas de producción de estos países no experimentan aumento proporcionado al incremento demográfico. Por ello, en los países más pobres lo peor no es que no mejore el nivel de vida, sino que incluso empeore continuamente. Hay así quienes estiman que, para que tal situación no llegue a extremos peligrosos, es preciso evitar la concepción o reprimir, del modo que sea, los nacimientos humanos.

Situación exacta del problema

A decir verdad, en el plano mundial la relación entre el incremento demográfico, de una parte, y los medios de subsistencia, de otra, no parece, a lo menos por ahora e incluso en un futuro próximo, crear graves dificultades. Los argumentos que se hacen en esta materia son tan dudosos y controvertidos que no permiten deducir conclusiones ciertas.

Añádese a esto que Dios, en su bondad y sabiduría, ha otorgado a la naturaleza una capacidad casi inagotable de producción y ha enriquecido al hombre con una inteligencia tan penetrante que le permite utilizar los instrumentos idóneos para poner todos los recursos naturales al servicio de las necesidades y del provecho de su vida. Por consiguiente, la solución clara de este problema no ha de buscarse fuera del orden moral establecido por Dios, violando la procreación de la propia vida humana, sino que, por el contrario, debe procurar el hombre, con toda clase de procedimientos técnicos y científicos, el conocimiento profundo y el dominio creciente de las energías de la naturaleza. Los progresos hasta ahora realizados por la ciencia y por la técnica abren en este campo una esperanza casi ilimitada para el porvenir.

No se nos oculta que en algunas regiones, y también en los países de escasos recursos, además de estos problemas se plantean a menudo otras dificultades, debidas a que su organización económica y social está montada de tal forma que no pueden disponer de los medios precisos de subsistencia para hacer frente al crecimiento demográfico anual, ya que los pueblos no manifiestan en sus relaciones mutuas la concordia indispensable.

Aun concediendo que estos hechos sean reales, declaramos, sin embargo, con absoluta claridad, que estos problemas deben plantearse y resolverse de modo que no recurra el hombre a métodos y procedimientos contrarios a su propia dignidad, como son los que enseñan sin pudor quienes profesan una concepción totalmente materialista del hombre y de la vida.

Juzgamos que la única solución del problema consiste en un desarrollo económico y social que conserve y aumente los verdaderos bienes del individuo y de toda la sociedad. Tratándose de esta cuestión hay que colocar en primer término cuanto se refiere a la dignidad del hombre en general y a la vida del individuo, a la cual nada puede aventajar. Hay que procurar, además, en este punto la colaboración mutua de todos los pueblos, a fin de que, con evidente provecho colectivo, pueda organizarse entre todas las naciones un intercambio de conocimientos, capitales y personas.

El respeto a las leyes de la vida

En esta materia hacemos una grave declaración: la vida humana se comunica y propaga por medio de la familia, la cual se funda en el matrimonio uno e indisoluble, que para los cristianos ha sido elevado a la dignidad de sacramento.

(Viene de la página anterior)

prendido, sin demasiadas lecciones y discursos, que no es posible amar mucho a Dios, en verdad, y al mismo tiempo cometer faltas graves constantemente, cuando realizaban el acto conyugal como expresión de amor y de entrega al cónyuge.

Ciertamente ha faltado una buena pedagogía y una buena comunicación. Hoy, al cabo de diez años, vemos que ha habido un cierto progreso teológico en la interpretación de los principios pastorales. Pero hay que decir también, y no podemos esconderlo, que permanecen en la misma oscuridad las razones que se dan en la encíclica para esclarecer la respuesta del magisterio al problema de la regulación de la natalidad. En efecto, no se ve nada claro por qué la estructura natural de una sola facultad humana particular imponga por sí misma al hombre una exigencia moral.

El Papa conocía perfectamente la debilidad de su argumentación. Este es el misterio.

TEXTOS Y DOCUMENTOS PARA LA REFLEXION

DEMOGRAFIA Y DESARROLLO ECONOMICO

MATER ET MAGISTRA

Desnivel entre población y medios de subsistencia

En estos últimos tiempos se plantea a menudo el problema de cómo coordinar los sistemas económicos y los medios de subsistencia con el intenso incremento de la población humana, así en el plano mundial como en relación con los países necesitados.

En el plano mundial observan algunos que, según cálculos estadísticos, la humanidad, dentro de algunos decenios, alcanzará una cifra total de población muy elevada, mientras que la economía avanzará con mucha mayor lentitud. De esto deducen que, si no se pone freno a la procreación humana, aumentará notablemente en un futuro próximo la desproporción entre la población y los medios indispensables de subsistencia.

Como es sabido, las estadísticas de los países económicamente menos desarrollados demuestran que, a causa de la general difusión de los modernos adelantos de la higiene y de la medicina, se ha prolongado la edad media del hombre al reducirse notablemente la mortalidad infantil. Y la natalidad en los países en que ya es crecida permanece estacionaria, al menos durante un no corto periodo de tiempo. Por otra parte, mientras las cifras de la natalidad exceden cada año a las de la mortalidad, los sistemas de producción de estos países no experimentan aumento proporcionado al incremento demográfico. Por ello, en los países más pobres lo peor no es que no mejore el nivel de vida, sino que incluso empeore continuamente. Hay así quienes estiman que, para que tal situación no llegue a extremos peligrosos, es preciso evitar la concepción o reprimir, del modo que sea, los nacimientos humanos.

Situación exacta del problema

A decir verdad, en el plano mundial la relación entre el incremento demográfico, de una parte, y los medios de subsistencia, de otra, no parece, a lo menos por ahora e incluso en un futuro próximo, crear graves dificultades. Los argumentos que se hacen en esta materia son tan dudosos y controvertidos que no permiten deducir conclusiones ciertas.

Añádese a esto que Dios, en su bondad y sabiduría, ha otorgado a la naturaleza una capacidad casi inagotable de producción y ha enriquecido al hombre con una inteligencia tan penetrante que le permite utilizar los instrumentos idóneos para poner todos los recursos naturales al servicio de las necesidades y del provecho de su vida. Por consiguiente, la solución clara de este problema no ha de buscarse fuera del orden moral establecido por Dios, violando la procreación de la propia vida humana, sino que, por el contrario, debe procurar el hombre, con toda clase de procedimientos técnicos y científicos, el conocimiento profundo y el dominio creciente de las energías de la naturaleza. Los progresos hasta ahora realizados por la ciencia y por la técnica abren en este campo una esperanza casi ilimitada para el porvenir.

No se nos oculta que en algunas regiones, y también en los países de escasos recursos, además de estos problemas se plantean a menudo otras dificultades, debidas a que su organización económica y social está montada de tal forma que no pueden disponer de los medios precisos de subsistencia para hacer frente al crecimiento demográfico anual, ya que los pueblos no manifiestan en sus relaciones mutuas la concordia indispensable.

Aun concediendo que estos hechos sean reales, declaramos, sin embargo, con absoluta claridad, que estos problemas deben plantearse y resolverse de modo que no recurra el hombre a métodos y procedimientos contrarios a su propia dignidad, como son los que enseñan sin pudor quienes profesan una concepción totalmente materialista del hombre y de la vida.

Juzgamos que la única solución del problema consiste en un desarrollo económico y social que conserve y aumente los verdaderos bienes del individuo y de toda la sociedad. Tratándose de esta cuestión hay que colocar en primer término cuanto se refiere a la dignidad del hombre en general y a la vida del individuo, a la cual nada puede aventajar. Hay que procurar, además, en este punto la colaboración mutua de todos los pueblos, a fin de que, con evidente provecho colectivo, pueda organizarse entre todas las naciones un intercambio de conocimientos, capitales y personas.

El respeto a las leyes de la vida

En esta materia hacemos una grave declaración: la vida humana se comunica y propaga por medio de la familia, la cual se funda en el matrimonio uno e indisoluble, que para los cristianos ha sido elevado a la dignidad de sacramento.

(Viene de la página anterior)

prendido, sin demasiadas lecciones y discursos, que no es posible amar mucho a Dios, en verdad, y al mismo tiempo cometer faltas graves constantemente, cuando realizaban el acto conyugal como expresión de amor y de entrega al cónyuge.

Ciertamente ha faltado una buena pedagogía y una buena comunicación. Hoy, al cabo de diez años, vemos que ha habido un cierto progreso teológico en la interpretación de los principios pastorales. Pero hay que decir también, y no podemos esconderlo, que permanecen en la misma oscuridad las razones que se dan en la encíclica para esclarecer la respuesta del magisterio al problema de la regulación de la natalidad. En efecto, no se ve nada claro por qué la estructura natural de una sola facultad humana particular imponga por sí misma al hombre una exigencia moral.

El Papa conocía perfectamente la debilidad de su argumentación. Este es el misterio.

Y como la vida humana se propaga a otros hombres de una manera consciente y responsable, se sigue de aquí que esta propagación debe verificarse de acuerdo con las leyes sacrosantas, inmutables e inviolables de Dios, las cuales han de ser conocidas y respetadas por todos. Nadie, pues, puede lícitamente usar en esta materia los medios o procedimientos que es lícito emplear en la genética de las plantas o de los animales.

La vida del hombre, en efecto, ha de considerarse por todos como algo sagrado, ya que desde su mismo origen exige la acción creadora de Dios. Por tanto, quien se aparta de lo establecido por El, no sólo ofende a la majestad divina y se degrada a sí mismo y a la humanidad entera, sino que, además, debilita las energías íntimas de su propio país.

Educación del sentido de la responsabilidad

Por estos motivos es de suma importancia que no sólo se eduque a las nuevas generaciones con una formación cultural y religiosa cada día más perfecta —lo cual constituye un derecho y un deber de los padres—, sino que, además, es necesario que se les inculque un profundo sentido de responsabilidad en todas las manifestaciones de la vida y, por tanto, también en orden a la constitución de la familia y a la procreación y educación de los hijos. Estos, en efecto, deben recibir de sus padres una confianza permanente en la divina Providencia y, además, un espíritu firme y dispuesto a soportar las fatigas y los sacrificios, que no puede lícitamente eludir quien ha recibido la noble y grave misión de colaborar personalmente con Dios en la propagación de la vida humana y en la educación de la prole. Para esta misión trascendental nada hay comparable a las enseñanzas y a los medios sobrenaturales que la Iglesia ofrece, a la cual, también por este motivo, se le debe reconocer el derecho de realizar su misión con plena libertad.

Al servicio de la vida

Ahora bien, como se recuerda en el Génesis, el Creador dio a la primera pareja humana dos mandamientos, que se complementan mutuamente: el primero, propagar la vida, *crecer y multiplicaos*[1]; el segundo, dominar la naturaleza: *Llenad la tierra y enseñoreaos de ella*[2].

El segundo de estos preceptos no se dio para destruir los bienes naturales, sino para satisfacer con ellos las necesidades de la vida humana.

Con gran tristeza, por tanto, de nuestro espíritu observamos en la actualidad una contradicción entre dos hechos: de una parte las estrecheces económicas se presentan a los ojos de todos con tal cerrazón que parece como si la vida humana estuviese a punto de fenecer bajo la miseria y el hambre; de otra parte, los últimos descubrimientos de las ciencias, los avances de la técnica y los crecientes recursos económicos se convierten en instrumentos con los que se expone a la humanidad a extrema ruina y horrible matanza.

Dios, en su providencia, ha otorgado al género humano suficientes recursos para afrontar de forma digna las cargas inherentes a la procreación de los hijos. Mas esto puede resultar de solución difícil o totalmente imposible si los hombres, desviándose del recto camino y con perversas intenciones, utilizan tales recursos contra la razón humana o contra la naturaleza social de éstos últimos y, por consiguiente, contra los planes del mismo Dios.

POPULORUM PROGRESSIO

• Es cierto que muchas veces un crecimiento demográfico acelerado añade sus dificultades a los problemas del desarrollo; el volumen de la población crece con más rapidez que los recursos disponibles, y nos encontramos, aparentemente, encerrados en un callejón sin salida. Es, pues, grande la tentación de frenar el crecimiento demográfico con medidas radicales. Es cierto que los poderes públicos, dentro de los límites de su competencia, pueden intervenir, llevando a cabo una información apropiada y adoptando las medidas convenientes, con tal de que estén de acuerdo con las exigencias de la ley moral y respeten la justa libertad de los esposos. Sin derecho inalienable al matrimonio y a la procreación, no hay dignidad humana. Al fin y al cabo es a los padres a los que les toca decidir, con pleno conocimiento de causa, el número de sus hijos, aceptando sus responsabilidades ante Dios, ante los hijos que ya han traído al mundo y ante la comunidad a la que pertenecen, siguiendo las exigencias de su conciencia, instruida por la ley de Dios auténticamente interpretada y sostenida por la confianza en El.

[1] Gen 1, 28.
[2] Ibid.

SOBRE EL MATRIMONIO Y SU DIGNIDAD

CONSTITUCION GAUDIUM ET SPES

El matrimonio y la familia en el mundo actual

• El bienestar de la persona y de la sociedad humana y cristiana está estrechamente ligado a la prosperidad de la comunidad conyugal y familiar. Por eso los cristianos, junto con todos los que tienen en gran estima a esta comunidad, se alegran sinceramente de los varios medios que permiten hoy a los hombres avanzar en el fomento de esta comunidad de amor y en el respeto a la vida y que ayudan a los esposos y padres en el cumplimiento de su excelsa misión; de ellos esperan, además, los mejores resultados y se afanan por promoverlos.

Sin embargo, la dignidad de esta institución no brilla en todas partes con el mismo esplendor, puesto que está oscurecida por la poligamia, la epidemia del divorcio, el llamado amor libre y otras deformaciones; es más, el amor matrimonial queda frecuentemente profanado por el egoísmo, el hedonismo y los usos ilícitos contra la generación. Por otra parte, la actual situación económica, socio-psicológica y civil son origen de fuertes perturbaciones para la familia. En determinadas regiones del universo, finalmente, se observan con preocupación los problemas nacidos del incremento demográfico. Todo lo cual suscita angustia en las conciencias. Y, sin embargo, un hecho muestra bien el vigor y la solidez de la institución matrimonial y familiar: las profundas transformaciones de la sociedad contemporánea, a pesar de las dificultades a que han dado origen, con muchísima frecuencia manifiestan, de varios modos, la verdadera naturaleza de tal institución.

Por tanto, el Concilio, con la exposición más clara de algunos puntos capitales de la doctrina de la Iglesia, pretende iluminar y fortalecer a los cristianos y a todos los hombres que se esfuerzan por garantizar y promover la intrínseca dignidad del estado matrimonial y su valor eximio.

El carácter sagrado del matrimonio y de la familia

• Fundada por el Creador y en posesión de sus propias leyes, la íntima comunidad conyugal de vida y amor se establece sobre la alianza de los cónyuges, es decir, sobre su consentimiento personal e irrevocable. Así, del acto humano por el cual los esposos se dan y se reciben mutuamente, nace, aun ante la sociedad, una institución confirmada por la ley divina. Este vínculo sagrado, en atención al bien tanto de los esposos y de la prole como de la sociedad, no depende de la decisión humana. Pues es el mismo Dios el autor del matrimonio, al cual ha dotado con bienes y fines varios[1], todo lo cual es de

[1] Cf. San Agustín: *De bono coniugii*. PL 40, 375-376 y 394; Santo Tomás: *Summa Theol.* Suppl. q. 49, a. 3, ad 1; *Decretum pro Armenis*: Denz.-Schon. 1327; Pío XI, enc. *Casti connubii*: AAS 22 (1930), 547-548; Denz.-Schon. 3703-3714.

suma importancia para la continuación del género humano, para el provecho personal de cada miembro de la familia y su suerte eterna, para la dignidad, estabilidad, paz y prosperidad de la misma familia y de toda la sociedad humana. Por su índole natural, la institución del matrimonio y el amor conyugal están ordenados por sí mismos a la procreación y a la educación de la prole, con las que se ciñen como con su corona propia. De esta manera, el marido y la mujer, que por el pacto conyugal *ya no son dos, sino una sola carne* (Mt 19, 6), con la unión íntima de sus personas y actividades se ayudan y se sostienen mutuamente, adquieren conciencia de su unidad y la logran cada vez más plenamente. Esta íntima unión, como mutua entrega de dos personas, lo mismo que el bien de los hijos, exigen plena fidelidad conyugal y urgen su indisoluble unidad [2].

Cristo nuestro Señor bendijo abundantemente este amor multiforme, nacido de la fuente divina de la caridad y que está formado a semejanza de su unión con la Iglesia. Porque así como Dios antiguamente se adelantó a unirse a su pueblo por una alianza de amor y de fidelidad [3], así ahora el Salvador de los hombres y Esposo de la Iglesia [4] sale al encuentro de los esposos cristianos por medio del sacramento del matrimonio. Además, permanece con ellos para que los esposos, con su mutua entrega, se amen con perpetua fidelidad, como El mismo amó a la Iglesia y se entregó por ella [5]. El genuino amor conyugal es asumido en el amor divino y se rige y enriquece por la virtud redentora de Cristo y la acción salvífica de la Iglesia para conducir eficazmente a los cónyuges a Dios y ayudarlos y fortalecerlos en la sublime misión de la paternidad y la maternidad [6]. Por ello los esposos cristianos, para cumplir dignamente sus deberes de estado, están fortificados y como consagrados por un sacramento especial [7], con cuya virtud, al cumplir su misión conyugal y familiar, imbuidos del espíritu de Cristo, que satura toda su vida de fe, esperanza y caridad, llegan cada vez más a su propia perfección y a su mutua santificación, y, por tanto, conjuntamente, a la glorificación de Dios.

Gracias precisamente a los padres, que precederán con el ejemplo y la oración en familia, los hijos y aun los demás que viven en el círculo familiar encontrarán más fácilmente el camino del sentido humano, de la salvación y de la santidad. En cuanto a los esposos, ennoblecidos por la dignidad y la función de padre y de madre, realizarán concienzudamente el deber de la educación, principalmente religiosa, que a ellos, sobre todo, compete.

Los hijos, como miembros vivos de la familia, contribuyen, a su manera, a la santificación de los padres. Pues con el agradecimiento, la piedad filial y la confianza corresponderán a los beneficios recibidos de sus padres y, como hijos, los asistirán en las dificultades de la existencia y en la soledad de la senectud. La viudez, continuidad de la vocación conyugal, aceptada con fortaleza de ánimo, será honrada por todos [8]. La familia hará partícipes a otras familias, generosamente, de sus riquezas espirituales. Así es como la familia cristiana, cuyo origen está en el matrimonio, que es imagen y participación de la alianza de amor entre Cristo y la Iglesia [9], manifestará a todos la presencia viva del Salvador en el mundo y la auténtica naturaleza de la Iglesia, ya por el amor, la generosa fecundidad, la unidad y fidelidad de los esposos, ya por la cooperación amorosa de todos sus miembros.

[2] Cf. Pío XI, enc. *Casti connubii:* AAS 22 (1930), 546-547: DENZ.-SCHON. 3706.

[3] Cf. Os 2; Ier 3, 6-13; Ez 16 y 23; Is 54.

[4] Cf. Mt 9, 15; Mc 2, 19-20; Lc 5, 34-35; Io 3, 29; cf. también 2 Cor 11, 2; Eph 5, 27; Apoc 19, 7-8; 21, 2 y 9.

[5] Cf. Eph 5, 25.

[6] Cf. CONC. VAT. II, const. dogm. *Lumen gentium:* AAS 57 (1965), 15-16, 40-41, 47.

[7] Pío XI, enc. *Casti connubii:* AAS 22 (1930), 583.

[8] Cf. 1 Tim 5, 3.

[9] Cf. Eph 5, 32.

Del amor conyugal

• Muchas veces a los novios y a los casados les invita la palabra divina a que alimenten y fomenten el noviazgo con un casto afecto, y el matrimonio con un amor único [10]. Muchos contemporáneos nuestros exaltan también el amor auténtico entre marido y mujer, manifestado de varias maneras según las costumbres honestas de los pueblos y las épocas. Este amor, por ser eminentemente humano, ya que va de persona a persona con el afecto de la voluntad, abarca el bien de toda la persona, y, por tanto, es capaz de enriquecer con una dignidad especial las expresiones del cuerpo y del espíritu y de ennoblecerlas como elementos y señales específicas de la amistad conyugal. El Señor se ha dignado sanar este amor, perfeccionarlo y elevarlo con el don especial de la gracia y la caridad. Un tal amor, asociando a la vez lo humano y lo divino, lleva a los esposos a un don libre y mutuo de sí mismos, comprobado por sentimientos y actos de ternura, e impregna toda su vida [11]; más aún, por su misma generosa actividad crece y se perfecciona. Supera, por tanto, con mucho la inclinación puramente erótica, que, por ser cultivo del egoísmo, se desvanece rápida y lamentablemente.

Este amor se expresa y perfecciona singularmente con la acción propia del matrimonio. Por ello los actos con los que los esposos se unen íntima y castamente entre sí son honestos y dignos, y, ejecutados de manera verdaderamente humana, significan y favorecen el don recíproco, con el que se enriquecen mutuamente en un clima de gozosa gratitud. Este amor, ratificado por la mutua fidelidad y sobre todo por el sacramento de Cristo, es indisolublemente fiel, en cuerpo y mente, en la prosperidad y en la adversidad, y, por tanto, queda excluido de él todo adulterio y divorcio. El reconocimiento obligatorio de la igual dignidad personal del hombre y de la mujer en el mutuo y pleno amor evidencia también claramente la unidad del matrimonio confirmada por el Señor. Para hacer frente con constancia a las obligaciones de esta vocación cristiana, se requiere una insigne virtud; por eso los esposos, vigorizados por la gracia para la vida de santidad, cultivarán la firmeza en el amor, la magnanimidad de corazón y el espíritu de sacrificio, pidiéndolos asiduamente en la oración.

Se apreciará más hondamente el genuino amor conyugal y se formará una opinión pública sana acerca de él si los esposos cristianos sobresalen con el testimonio de su fidelidad y armonía en el mutuo amor y en el cuidado por el educación de sus hijos y si participan en la necesaria renovación cultural, psicológica y social en favor del matrimonio y de la familia. Hay que formar a los jóvenes, a tiempo y convenientemente, sobre la dignidad, función y ejercicio del amor conyugal, y esto preferentemente en el seno de la misma familia. Así, educados en el culto de la castidad, podrán pasar, a la edad conveniente, de un honesto noviazgo al matrimonio.

Fecundidad del matrimonio

• El matrimonio y el amor conyugal están ordenados por su propia naturaleza a la procreación y educación de la prole. Los hijos son, sin duda, el don más excelente del matrimonio y contribuyen sobremanera al bien de los propios padres. El mismo Dios, que dijo: *No es bueno que el hombre esté solo* (Gen 2, 18), y *el que los creó desde el principio los hizo varón y hembra* (Mt 19, 4), queriendo comunicarle una participación especial en su propia obra creadora, bendijo al varón y a la mujer diciendo: *Creced y multiplicaos* (Gen 1, 28). De aquí que el cultivo auténtico del amor conyugal y toda la estructura de la vida familiar que de él deriva, sin dejar de lado los demás fines del matrimonio, tienden a capacitar a

[10] Cf. Gen 2, 22-24; Prov 5, 15-20; 31, 10-31; Tob 8, 4-8; Cant 1, 2-3; 1, 16; 4, 16-5, 1; 7, 8-14; 1 Cor 7, 3-6; Eph 5, 25-33.

[11] Cf. Pío XI, enc. *Casti connubii:* AAS 22 (1930), 547 y 548: DENZ.-SCHON. 3707.

los esposos para cooperar con fortaleza de espíritu con el amor del Creador y del Salvador, quien por medio de ellos aumenta y enriquece diariamente a su propia familia.

En el deber de transmitir la vida humana y de educarla, lo cual hay que considerar como su propia misión, los cónyuges saben que son cooperadores del amor de Dios Creador y como sus intérpretes. Por eso, con responsabilidad humana y cristiana cumplirán su misión y con dócil reverencia hacia Dios se esforzarán ambos, de común acuerdo y común esfuerzo, por formarse un juicio recto, atendiendo tanto a su propio bien personal como al bien de los hijos, ya nacidos o todavía por venir, discerniendo las circunstancias de los tiempos y del estado de vida tanto materiales como espirituales, y, finalmente, teniendo en cuenta el bien de la comunidad familiar, de la sociedad temporal y de la propia Iglesia. Este juicio, en último término, deben formarlo ante Dios los esposos personalmente. En su modo de obrar, los esposos cristianos sean conscientes de que no pueden proceder a su antojo, sino que siempre deben regirse por la conciencia, la cual ha de ajustarse a la ley divina misma, dóciles al Magisterio de la Iglesia, que interpreta auténticamente esa ley a la luz del Evangelio. Dicha ley divina muestra el pleno sentido del amor conyugal, lo protege e impulsa a la perfección genuinamente humana del mismo. Así, los esposos cristianos, confiados en la divina Providencia y cultivando el espíritu de sacrificio [12], glorifican al Creador y tienden a la perfección en Cristo cuando con generosa, humana y cristiana responsabilidad cumplen su misión procreadora. Entre los cónyuges que cumplen de este modo la misión que Dios les ha confiado, son dignos de mención muy especial los que de común acuerdo, bien ponderado, aceptan con magnanimidad una prole más numerosa para educarla dignamente [13].

Pero el matrimonio no ha sido instituido solamente para la procreación, sino que la propia naturaleza del vínculo indisoluble entre las personas y el bien de la prole requieren que también el amor mutuo de los esposos mismos se manifieste, progrese y vaya madurando ordenadamente. Por esto, aunque la descendencia, tan deseada muchas veces, falte, sigue en pie el matrimonio como intimidad y comunión total de la vida y conserva su valor e indisolubilidad.

El amor conyugal debe compaginarse con el respeto a la vida humana

• El Concilio sabe que los esposos, al ordenar armoniosamente su vida conyugal, con frecuencia se encuentran impedidos por algunas circunstancias actuales de la vida, y pueden hallarse en situaciones en las que el número de hijos, al menos por cierto tiempo, no puede aumentarse, y el cultivo del amor fiel y la plena intimidad de vida tienen sus dificultades para mantenerse. Cuando la intimidad conyugal se interrumpe, puede no raras veces correr riesgos la fidelidad y quedar comprometido el bien de la prole, porque entonces la educación de los hijos y la fortaleza necesaria para aceptar los que vengan quedan en peligro.

Hay quienes se atreven a dar soluciones inmorales a estos problemas; más aún, ni siquiera retroceden ante el homicidio; la Iglesia, sin embargo, recuerda que no puede haber contradicción verdadera entre las leyes divinas de la transmisión obligatoria de la vida y del fomento del genuino amor conyugal.

Pues Dios, Señor de la vida, ha confiado a los hombres la insigne misión de conservar la vida, misión que ha de llevarse a cabo de modo digno del hombre. Por tanto, la vida desde su concepción ha de ser salvaguardada con el máximo cuidado; el aborto y el infanticidio son crímenes abominables. La índole sexual del hombre y la facultad generativa humana superan admirablemente lo que de esto existe en los grados inferiores de vida; por tanto, los mismos actos propios de la vida conyugal, ordenados según la genuina dignidad humana, deben ser respetados con gran reverencia. 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. No es lícito a los hijos de la Iglesia, fundados en estos principios, ir por caminos que el Magisterio, al explicar la ley divina, reprueba sobre la regulación de la natalidad [14].

Tengan todos entendido que la vida de los hombres y la misión de transmitirla no se limita a este mundo, ni puede ser conmensurada y entendida a este solo nivel, sino que siempre mira el destino eterno de los hombres.

El progreso del matrimonio y de la familia, obra de todos

• La familia es escuela del más rico humanismo. Para que pueda lograr la plenitud de su vida y misión se requieren un clima de benévola comunicación y unión de propósitos entre los cónyuges y una cuidadosa cooperación de los padres en la educación de los hijos. La activa presencia del padre contribuye sobremanera a la formación de los hijos; pero también debe asegurarse el cuidado de la madre en el hogar, que necesitan principalmente los niños menores, sin dejar por eso a un lado la legítima promoción social de la mujer. La educación de los hijos ha de ser tal, que al llegar a la edad adulta puedan, con pleno sentido de la responsabilidad, seguir la vocación, aun la sagrada, y escoger estado de vida; y si éste es el matrimonio, puedan fundar una familia propia en condiciones morales, sociales y económicas adecuadas. Es propio de los padres o de los tutores guiar a los jóvenes con prudentes consejos, que ellos deben oír con gusto, al tratar de fundar una familia, evitando, sin embargo, toda coacción directa o indirecta que les lleve a casarse o a elegir a determinada persona.

Así, la familia, en la que distintas generaciones coinciden y se ayudan mutuamente a lograr una mayor sabiduría y a armonizar los derechos de las personas con las demás exigencias de la vida social, constituye el fundamento de la sociedad. Por ello todos los que influyen en las comunidades y grupos sociales deben contribuir eficazmente al progreso del matrimonio y de la familia. El poder civil ha de considerar obligación suya sagrada reconocer la verdadera naturaleza del matrimonio y de la familia, protegerla y ayudarla, asegurar la moralidad pública y favorecer la prosperidad doméstica. Hay que salvaguardar el derecho de los padres a procrear y a educar en el seno de la familia a sus hijos. Se debe proteger con legislación adecuada y diversas instituciones y ayudar de forma suficiente a aquellos que desgraciadamente carecen del bien de una familia propia.

Los cristianos, rescatando el tiempo presente [15] y distinguiendo lo eterno de lo pasajero, promuevan con diligencia los bienes del matrimonio y de la familia así con el testimonio de la propia vida como con la acción concorde con los

[12] Cf. 1 Cor 7, 5.

[13] Cf. Pío XII, aloc. *Tra le visite*, 20 enero 1958: AAS 50 (1958) 91.

[14] Cf. Pío XI, enc. *Casti connubii*: AAS 22 (1930), 559-561: Denz.-Schon. 3716-3718; Pío XII, *Alocución al Congreso de la Unión Italiana de Obstetricia*, 29 oct. 1951: AAS 43 (1951), 835-854; Pablo VI, *Alocución al S. C. Cardenalicio*, 23 junio 1964: AAS 56 (1964), 581-589. Ciertas cuestiones que necesitan más diligente investigación, han sido confiadas, por orden del Sumo Pontífice, a la Comisión pro Estudio de Población, Familia y Natalidad, para que, cuando ésta acabe su tarea, el Sumo Pontífice dé su juicio. Permaneciendo así firme la doctrina del Magisterio, el santo Sínodo no pretende proponer inmediatamente soluciones concretas.

[15] Cf. Eph 5, 16; Col 4, 5.

hombres de buena voluntad, y de esta forma, suprimidas las dificultades, satisfarán las necesidades de la familia y las ventajas adecuadas a los nuevos tiempos. Para obtener este fin ayudarán mucho el sentido cristiano de los fieles, la recta conciencia moral de los hombres y la sabiduría y competencia de las personas versadas en las ciencias sagradas.

Los científicos, principalmente los biólogos, los médicos, los sociólogos y los psicólogos, pueden contribuir mucho al bien del matrimonio y de la familia y a la paz de las conciencias si se esfuerzan por aclarar más a fondo, con estudios convergentes, las diversas circunstancias favorables a la honesta ordenación de la procreación humana.

Pertenece a los sacerdotes, debidamente preparados en el tema de la familia, fomentar la vocación de los esposos en la vida conyugal y familiar con distintos medios pastorales, con la predicación de la palabra de Dios, con el culto litúrgico y otras ayudas espirituales; fortalecerlos humana y pacientemente en las dificultades y confortarlos en la caridad para que formen familias realmente espléndidas.

Las diversas obras, especialmente las asociaciones familiares, pondrán todo el empeño posible en instruir a los jóvenes y a los cónyuges mismos, principalmente a los recién casados, en la doctrina y en la acción y en formarlos para la vida familiar, social y apostólica.

Los propios cónyuges, finalmente, hechos a imagen de Dios vivo y constituidos en el verdadero orden de personas, vivan unidos, con el mismo cariño, modo de pensar idéntico y mutua santidad [16], para que, habiendo seguido a Cristo, principio de vida [17], en los gozos y sacrificios de su vocación por medio de su fiel amor, sean testigos de aquel misterio de amor que el Señor con su muerte y resurrección reveló al mundo [18].

PATERNIDAD RESPONSABLE

• «El amor conyugal exige de 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.

En relación con los procesos biológicos, paternidad responsable significa conocimiento y respeto de sus funciones; la inteligencia descubre, en el poder de dar la vida, leyes biológicas que forman parte de la persona humana.

En relación con las tendencias del instinto y de las pasiones, la paternidad responsable comporta el dominio necesario que sobre aquéllas han de ejercer la razón y la voluntad.

En relación con las condiciones físicas, económicas, psicológicas y sociales, la paternidad responsable se pone en práctica, ya sea con la deliberación ponderada y generosa de tener una familia numerosa, ya sea con la decisión, tomada por graves motivos y en el respeto de la ley moral, de evitar un nuevo nacimiento durante algún tiempo o por tiempo indefinido.

La paternidad responsable comporta sobre todo una vinculación más profunda con el orden moral objetivo, establecido por Dios, cuyo fiel intérprete es la recta conciencia. El ejercicio responsable de la paternidad exige, por tanto, que los cónyuges reconozcan plenamente sus propios deberes para con Dios, para consigo mismos, para con la familia y la sociedad, en una justa jerarquía de valores.

En la misión de transmitir la vida, los esposos no quedan, por tanto, libres para proceder arbitrariamente, como si ellos pudiesen determinar de manera completamente autónoma los caminos lícitos a seguir, sino que deben conformar su conducta a la intención creadora de Dios, manifestada en la misma naturaleza del matrimonio y de sus actos y constantemente enseñada por la Iglesia.»

(PABLO VI, *Humanae vitae*, número 10.25, julio de 1968)

• «Al tratar 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 de criterios objetivos, tomados de la naturaleza de la persona y de sus actos, que guardan íntegro el sentido de la mutua entrega y de la humana procreación, entretejidos con el amor verdadero; eso es imposible sin cultivar la virtud de la castidad conyugal sinceramente. No es lícito a los hijos de la Iglesia, fundados en estos principios, ir por caminos que el Magisterio, al explicar la ley divina, reprueba, sobre la regulación de la natalidad.

Tengan todos entendido que la vida de los hombres y la misión de transmitirla no se limita a este mundo ni puede ser conmensurada y entendida a este solo nivel, sino que siempre mira al destino eterno de los hombres.»

(VATICANO II, *Gaudium et spes*, número 51)

• «Con responsabilidad humana y cristiana cumplirán su obligación con dócil reverencia hacia Dios; de común acuerdo y propósito se formarán un juicio recto, atendiendo tanto al bien propio como al bien de los hijos, ya nacidos o todavía por venir, discerniendo las circunstancias del momento y del estado de vida, tanto materiales como espirituales, y, finalmente, teniendo en cuenta el bien de su propia familia, de la sociedad y de la Iglesia. Este juicio, en último término, lo deben formar ante Dios los esposos personalmente. En su modo de obrar, los esposos cristianos tengan en cuenta que no pueden proceder a su arbitrio, sino que siempre deben regirse por la conciencia que hay que ajustar a la ley divina misma, dóciles al magisterio de la Iglesia, que interpreta auténticamente aquélla a la luz del Evangelio.»

(VATICANO II, *Gaudium et spes*, número 50)

• «Para hacer frente a esta vocación cristiana se requiere una insigne virtud; por eso los esposos, capaces ya de llevar una vida santa por la gracia, fomentarán la firmeza en el amor, la generosidad de corazón y el espíritu de sacrificio, pidiéndolo asiduamente en la oración.»

(VATICANO II, *Gaudium et spes*, número 49)

• «La Iglesia, al exigir que los hombres observen las normas de la ley natural interpretada por su constante doctrina, enseña que cualquier acto matrimonial debe quedar abierto a la transmisión de la vida.»

(PABLO VI, *Humanae vitae*, número 11)

• «Quien reflexiona rectamente deberá también reconocer que un acto de amor recíproco que prejuzgue la disponibilidad a transmitir la vida que Dios Creador, según particulares leyes, ha puesto en él, está en contradicción con el designio constitutivo del matrimonio y con la voluntad del Autor de la vida. Usar este don divino destruyendo su significado y su finalidad, aun sólo parcialmente, es contradecir la naturaleza del hombre y de la mujer y sus más íntimas relaciones, y por lo mismo es contradecir también el plan de Dios y su voluntad. Usufructuar, en cambio, el don del amor conyugal respetando las leyes del proceso generador significa reconocerse, no árbitros de las fuentes de la vida humana, sino más bien administradores del plan establecido por el Creador. En efecto, al igual que el hombre no tiene un dominio ilimitado sobre su cuerpo en general, del mismo modo tampoco lo tiene, con más razón, sobre las facultades generadoras en cuanto tales, en virtud de su ordenación intrínseca a originar la vida, de la que Dios es principio.»

(PABLO VI, *Humanae vitae*, número 13)

[16] Cf. *Sacramentarium Gregorianum*: PL 78, 262.
[17] Cf. Rom 5, 15 y 18; 6, 5-11; Gal 2, 20.
[18] Cf. Eph 5, 25-27.

• «En conformidad con estos principios fundamentales de la visión humana y cristiana del matrimonio, debemos una vez más declarar que hay que excluir absolutamente, como vía lícita para la regulación de los nacimientos, la interrupción directa del proceso generador ya iniciado, y sobre todo el aborto directamente querido y procurado, aunque sea por razones terapéuticas.

Hay que excluir igualmente, como el Magisterio de la Iglesia ha declarado muchas veces, la esterilización directa, perpetua o temporal, tanto del hombre como de la mujer; queda además excluida toda acción que, o en previsión del acto conyugal, o en su realización, o en el desarrollo de sus consecuencias naturales, se proponga, como fin o como medio, hacer imposible la procreación.

Tampoco se pueden invocar como razones válidas, para justificar los actos conyugales intencionadamente infecundos, el mal menor o el hecho de que tales actos constituirían un todo con los actos fecundos anteriores o que seguirían después, y que, por tanto, compartirían la única e idéntica bondad moral. En verdad, si es lícito alguna vez tolerar un mal moral menor a fin de evitar un mal mayor o de promover un bien más grande, no es lícito, ni aun por razones gravísimas, hacer el mal para conseguir el bien, es decir, hacer objeto de un acto positivo de voluntad lo que es intrínsecamente desordenado y, por lo mismo, indigno de la persona humana, aunque con ello se quisiese salvaguardar o promover el bien individual, familiar o social. Es, por tanto, un error pensar que un acto conyugal hecho voluntariamente infecundo, y por esto intrínsecamente deshonesto, pueda ser cohonestado por el conjunto de una vida conyugal fecunda.»

(PABLO VI, *Humanae vitae*, número 14)

• «La familia es el ámbito en el que se recibe la vida. Una tarea urgente es la de preparar a los esposos para una paternidad o maternidad responsables, ayudarles sobre todo a vivirla.

Hoy día parece muy difícil vivir una responsabilidad de este género: no se trata, en efecto, de desviar artificialmente de su fin el acto de procreación, y mucho menos de quitar la vida a un ser humano ya concebido: los cristianos deben mantenerse muy firmes en estas cuestiones.»

(PABLO VI,
Discurso al Comité para la Familia, 13 marzo 1974)

¿SON LOS CATOLICOS CONTRARIOS A LA PLANIFICACION FAMILIAR?

CONFERENCIAS EPISCOPALES

Conferencia Episcopal Canadiense

Es un hecho que un cierto número de católicos, aun profesando sumisión a la enseñanza de la encíclica, encuentran muy difícil —e incluso imposible— apropiarse todos los elementos de esta doctrina. Particularmente la argumentación y el fundamento racional de la encíclica, indicados sólo brevemente, no han logrado, en algunos casos, conquistar el asentimiento de los hombres de ciencia y también de algunos pedagogos, que condividen el modo de pensar, empírico y científico, de nuestro tiempo. Tenemos que darnos cuenta de la dificultad que el hombre de hoy experimenta para entender y asimilar algunos puntos de esta encíclica, y debemos hacer toda clase de esfuerzos para informarnos de los estudios de los científicos e intelectuales católicos leales a la verdad cristiana, la Iglesia y la autoridad de la Santa Sede. Puesto que ellos no niegan ningún punto de fe divina y católica, no rechazan el magisterio de la Iglesia, estos católicos no han de ser considerados, o considerarse, alejados de la comunión de los fieles. Deberían recordar, sin embargo, que su buena fe dependerá de un examen sincero de sí mismos con el cual pueden determinar las verdaderas razones y bases para llegar a tal suspensión de asentimiento así como de un esfuerzo continuado por comprender y profundizar el propio conocimiento de la enseñanza de la Iglesia...

Los directores de espíritu pueden toparse con otros que, aun aceptando la enseñanza del Santo Padre, advierten empero que —por causa de circunstancias particulares— se hallan envueltos en una situación que les parece una verdadero conflicto de deberes, como, por ejemplo, el conciliar el amor conyugal y la paternidad responsable con la educación de los hijos ya nacidos o bien con la salud de la madre. En conformidad con los principios aceptados de la teología moral, en la medida en que estas personas han intentado sinceramente, pero sin conseguirlo, seguir una línea de conducta conforme con las directrices dadas, pueden tener la certidumbre de que no están separados del amor de Dios, desde el momento que eligen honradamente el camino que estiman mejor.

Conferencia Episcopal Alemana

Quien piensa que puede disentir, en su teoría y praxis privada, de una enseñanza doctrinal no infalible del magisterio eclesiástico —y un caso de esta especie es también admisible por principio— debe preguntarse con plena conciencia, con ánimo desapasionado y sentido de autocrítica, si puede asumir esa responsabilidad ante Dios...

Nosotros sabemos muy bien que muchos creen que no pueden aceptar las prescripciones dadas por la encíclica acerca de los métodos de regulación de los nacimientos. A nuestro parecer, son atendibles las siguientes consideraciones: hay que preguntarse si en este problema la tradición doctrinal es verdaderamente obligatoria en relación a la decisión tomada por la encíclica, si ciertos aspectos del matrimonio y de su actuación, subrayados últimamente de manera especial y mencionados también en la encíclica, no hacen aparecer problemática su decisión sobre los diversos métodos de regulación de los nacimientos.

Quien está convencido de que debe pensar de este modo, tiene que preguntarse con plena consciencia si —inmune de todo orgullo subjetivo y de toda precipitada presunción— está verdaderamente en grado de cargarse con la responsabilidad plena de este su comportamiento delante del juicio de Dios. Al sostener este punto de vista, deberá empero guardar el máximo respeto a las leyes del diálogo intraeclesial, tratando de evitar todo escándalo. Sólo quien obra de este modo no se opone a la autoridad debidamente entendida y a su deber de obediencia. Unicamente estas condiciones prestan un buen servicio también a la comprensión cristiana de tal autoridad y a su afirmación.

(Königstein/Taunus, 30 de agosto de 1968)

Conferencia Episcopal Francesa

A este respecto, recordaremos simplemente la enseñanza constante de la moral: cuando se está en una alternativa de deberes, en la que cualquiera que sea la decisión tomada, no puede evitarse un mal, la sabiduría tradicional prevé buscar delante de Dios cuál es, en tal coyuntura, el deber mayor.

Los esposos tomarán una determinación, después de una reflexión en común, efectuada con todo el cuidado que exige la grandeza de su vocación conyugal.

Ellos no pueden olvidar nunca ni infravalorar ninguno de los deberes en conflicto. En consecuencia, conservarán su corazón disponible a la llamada de Dios, atentos a la posibilidad nueva que haría objeto de revisión su opción o comportamiento de hoy. Sin perder nunca de vista la misión que Dios les ha confiado y que ellos aman humildemente, escucharán como conviene y con gratitud la palabra que san Agustín, en otras circunstancias, dirigiera a los fieles de su tiempo: «Paz a los esposos de buena voluntad».

MORALISTAS

Tullo Goffi

El uso del matrimonio, su frecuencia y modalidad exigen ser valorados en relación a las exigencias bio-psíquico-espirituales ínsitas en la vida comunitaria conyugal en cuanto tal. Para juzgar de la bondad de un gesto o de un acto sexual conyugal es necesario considerarlo no aislado en sí mismo, en su entidad bio-psíquica, sino inserto en la dimensión personal-comunitaria de la pareja matrimonial.

Sentimientos, actitudes, placeres y actos conyugales deben juzgarse según su propia finalidad, comprometida a crear, favorecer, conservar, manifestar y desarrollar la comunidad de vida matrimonial entre los esposos. Serán buenas aquellas actitudes sexuales por las que los esposos «adquieren conciencia de su unidad y la logran cada vez más plenamente»; pecaminosas, por el contrario, las que fomenten la separación, la frialdad o la posesión egoísta de un goce. Toda la vida interpersonal de los cónyuges (afectiva, sensual, genital) tiene como fin inmediato constituir y profundizar su *consortium omnis vitae*, el vivir juntos y en sintonía toda la realidad sexual y afectiva...

¿Es verdaderamente inadmisible cualquier manipulación de la propia facultad sexual? Según la enseñanza bíblica, el universo creado no se terminó hace miles de años, sino que continúa formándose todavía; no es un evento, sino un proceso; es un producto de la cosmogénesis perpetua en el tiempo. La evolución es igualmente un proceso creador. Y el hombre tiene un papel activo en la selección de la potencialidad creadora... El hombre es llamado a cooperar con Dios en la tarea de llevar a su perfección su ser biopsíquico; y ha de preocuparse de su facultad sexual, haciéndola cada día más humana...

Etica sexual cristiana, 1974 (págs. 59-65)

Alfons Auer

Lo que provoca la oposición es la exigencia de la encíclica de que «cualquier acto matrimonial debe quedar abierto a la transmisión de la vida». Es verdad que, por lo general, la manifestación del amor conyugal lleva consigo, consciente o inconscientemente, la existencia o la esperanza de prole; pero eso no significa de ninguna manera que no tenga sentido en sí misma, como demostración de la unión personal entre los esposos. Cuando un determinado acto matrimonial, en virtud de su constitución biológica —por ejemplo, la ausencia de óvulo maduro—, permanece infecundo, no está «abierto a la transmisión de la vida» y ninguna intención subjetiva podrá suplir esta falta de apertura...

La ciencia actual habla precisamente de una disociación esencial entre la sexualidad y fertilidad: la dimensión sexual y la fecunda constituyen en todas las especies mamíferas (por tanto, también en el hombre) «dos realidades distintas, en su disociación sólo condicionalmente acopladas» (Miran Vodopovic). Así, pues, la tesis de que «cualquier acto matrimonial debe quedar abierto a la transmisión de la vida», que ya resulta insostenible desde el punto de vista biológico, tampoco puede apoyarse en la antropología.

Esto demuestra que la concepción tradicional extrae el criterio genuinamente moral para una realización conforme a la naturaleza del acto de entrega matrimonial, no del ámbito específicamente humano —o sea personal y social—, sino del ámbito genérico animal definido por Ulpiano: «Naturale est quod natura omnia animalia docuit». Naturalismo fisiológico que carece de consistencia aunque se le inserte en el contexto de una abstracción metafísica (a saber: la tesis de la conexión inseparable entre los dos significados del matrimonio).

En *Etica y medicina*, 1973 (págs. 170-171)

Sociedad teológica católica de América

Los pastores y los consejeros han de insistir en el *consenso básico* que existe hoy en la Iglesia sobre el significado fundamental y los valores más importantes en relación con la paternidad responsable. El Papa, los obispos, teólogos, sacerdotes y el sentir común de los fieles coinciden en que:

a) La misión procreativa ha de cumplirse responsablemente.

b) Ello exige a veces limitar el número de hijos.

c) Los padres son en definitiva los que deberán tomar una decisión al respecto.

d) Esta decisión ha de tener en cuenta diversas consideraciones médicas, psicológicas, personales, familiares, sociales y religiosas.

e) El método elegido para llevar a cabo la limitación familiar responsable deberá respetar la naturaleza total de la persona humana y sus actos.

El mero hecho de que una pareja use medios artificiales para el control de la natalidad no constituye base suficiente para formular un juicio acerca de la moralidad o inmoralidad de su vida conyugal y de sus expresiones sexuales. Cuando la decisión de limitar el número de hijos es moralmente correcta, la atención pastoral ha de orientarse a ayudar a las parejas para que vean en su sexualidad un medio de realizar esos valores capaces de edificar una comunidad de amor, una conyugalidad íntima, una participación y una comunicación de sus vidas hasta formar un todo. Si su sexualidad sirve a estos fines, haciéndolos más sensibles, prudentes, comprensivos, considerados y afectuosos el uno para el otro, ha de juzgarse correcta y moral. Si, por el contrario, el uso de recursos anticonceptivos lleva a un mayor aislamiento, a una preocupación exclusiva por el placer, a la manipulación o explotación del otro, a la quiebra de la moral y de la fidelidad, es obvio que debe considerarse inmoral.

La sexualidad humana, 1978 (págs. 149-150)

COMITE DE ORGANIZACION FAMILIAR Y TERAPEUTICA

LUIS CAMPOS

Fundación

En enero de 1975, se fundó en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona el Comité de Orientación Familiar y Terapéutica, dentro del Departamento de Obstetricia y Ginecología (Clínica Maternal) de este hospital. A modo de resumen comentaremos los principales objetivos.

Planificación Familiar

Supone una prestación de ayuda adecuada, a todas aquellas personas que presenten una problemática más o menos compleja que haga aconsejable una regulación de la natalidad, y en este sentido una información completa de todos los procedimientos, naturales, medicamentosos, etc., con el conveniente consejo en cada caso y respetando la conciencia y principios ético-morales de cada pareja. Hoy está ya en marcha esta sección de Planificación Familiar a nivel de las pacientes que son asistidas por nosotros en Clínica Maternal con una gradual información que comienza en su embarazo (Enseñanzas del Procedimiento Psicoprofiláctico para Embarazo y Parto) seguidas de charlas de puericultura básica y de información sobre regulación de la natalidad (con información de todos los procedimientos anticonceptivos), la cual se hace en los días en que la paciente está ingresada después del parto y que se complementa más tarde cuando la paciente vuelve a la visita de reconocimiento post-partum, es decir, a los 40 ó 50 días después del mismo.

Ayuda a los facultativos

Frente a problemas en que han de tomarse decisiones dificultosas, por ejemplo determinadas operaciones excepcionales o procedimientos para prolongar la vida sin posibilidades de que persista en condiciones dignas, etc., situaciones extremas, en las que se hace preciso un informe previo interdisciplinar.

Educación sanitaria

Abierta y expansiva a todos los niveles (médicos, madres, escuelas, etc.) intra y extra hospitalarias, cursillos, proyección de películas formativas, sobre temas biológicos, morales, etc.

Sesiones clínicas

Estimular la realización de las mismas para coadyuvar a que se consiga la meta de una asistencia *integral* a los pacientes, estableciendo además contacto con otros centros similares.

Ideario

Elaboración de un *ideario* que formule y explique todos aquellos principios éticos que permitan definir y conservar la identidad católica del hospital, teniendo en cuenta el pluralismo religioso de la comunidad a la que asiste. Invitar y aceptar el diálogo para hacer frente a los problemas técnicos, sociales y éticos de la asistencia sanitaria actual.

Adopción

Tratar en todos sus extremos y complejidad este problema, que siendo de una correcta finalidad cual es la de rodear al niño de unos padres que le den afecto y formación, ha ido siempre rodeada de un halo misterioso y como ilegalidad. Ya se está haciendo y con una perfecta intención y resultados muy loables.

COMPONENTES DEL C.O.F.T.

Está constituido por un presidente, un coordinador y varios vocales, a saber: Presidente, hermano Gabino Gorostieta, provincial; Coordinador, hermano Francisco Sola; Vocal de Toco-Ginecología, doctor Luis Campos N., jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología del hospital; Vocal de Psiquiatría, doctor F. Angulo, jefe del Servicio de Psiquiatría del hospital; Vocal de Genética, doctor J. Antich, jefe de la Sección de Genética del Servicio de Pediatría del hospital; Vocal Jurídico, señor don José María Ferré, abogado; Vocal Social, doña Rosa Florensa, asistente social del hospital; Vocales de Etica, padre Francisco Abel, S. J., médico y profesor de Moral, padre José Luis Redrado, jefe del Servicio Religioso, y Miquel Pessarrodona y Pilar Bara, adjuntos al mismo Servicio; Secretario, doctor Antonio Vela, médico adjunto de la Clínica Maternal de este hospital.

Aparte de todos los miembros citados, cuando es necesario se requiere la colaboración de otras personas competentes en la materia de que se trate, a ser posible del hospital y si no de fuera; han sido ya necesarios informes de algunos otros médicos (Cirujano, Cuidados Intensivos, etc.) de nuestro hospital y de otros pertenecientes a disciplinas diversas.

FORMA DE ACTUACION

Conocimiento de los casos

Si entre los pacientes o sus familiares que acuden a los consultorios de la Clínica Maternal, o del Hospital Infantil, alguno de ellos manifiesta la intención de someter su problemática al estudio del C.O.F.T., o bien, cuando el propio médico lo considere oportuno, estas personas son previamente entrevistadas por el Secretario del C.O.F.T., quien, según del problema de que se trata la orientará al especialista (vocal) que debe llevar el caso, sin perjuicio de que éste pueda solicitar la colaboración de otro u otros miembros del Comité. Si el caso resulta lo suficientemente complejo para requerirlo se llevará al C.O.F.T. para su estudio y discusión. En caso de que hubiera disparidad de criterios se someterá a votación de los miembros del C.O.F.T. y la decisión que ha de servir de consejo simplemente o ha de ser operante según los casos se tomará por mayoría simple.

Todas las actividades del C.O.F.T., tanto las actas de las reuniones, como las consultas llevadas a cabo quedan registradas consignándose en la Memoria del Hospital. Asimismo todos los informes remitidos al coordinador quedan archivados, constituyendo para el futuro un valioso material para orientación y divulgación profesional.

FUNCIONES ESPECIFICAS DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL C.O.F.T.

Vocal de Toco-Ginecología

Planificación familiar en su sentido más amplio de consejo, preparación, posibilidad de una regulación de la natalidad que valore y respete la dignidad humana. Reconocimiento prematrimonial (sexual, orgánico y funcional). Exploración ginecológica previa de toda paciente que consulte. Esterilización definitiva. Estudio, valoración de su licitud y realización si

procede. Problemas de infertilidad y esterilidad. Actuación frente al aborto provocado. Adopción y su problemática perinatológica.

Vocal de Psiquiatría

Problemas de conducta de ambos cónyuges (alcoholismo, psicopatías, desempleo, invalidez, neurosis, etc.). Alteraciones somáticas de orden funcional (impotencia, frigidez, hiperlibidinismo, etc.). Adopción, valoración de la capacidad de los futuros padres adoptivos para serlo. Situaciones conflictivas ante la actuación de cualquier otro miembro del Comité.

Vocal de Genética

Prevención y control de enfermedades genéticas (consejo genético). Entre ellas podemos citar: Malformaciones congénitas de etiología monofactorial: autosómica dominante, autosómica recesiva, recesiva ligada al cromosoma X y dominante ligada al cromosoma X. Síndromes polimalformativos, retraso mental idiopático, abortos de repetición. Estudio de los intersexos. Familias de alto riesgo. Consanguinidad. Consejo prematrimonial. Padres de edad avanzada. Problemas de infertilidad y esterilidad en que pueda existir una etiología genética.

Vocal Jurista

Derecho de familias (problemáticas de adopción, filiación, etcétera). Derecho matrimonial canónico y civil. Nulidades y separaciones matrimoniales, canónicas y civiles. Cualquier temática jurídica derivada de la actuación del C.O.F.T. o de alguno de sus miembros. Separaciones de hecho y uniones ilegales, su conformidad al respecto. Aspectos penales del aborto, salud pública, esterilización, suicidio, eutanasia, entre otras.

Vocal Social

Madres alcohólicas. Madres drogadictas. Adopción. Madres solteras. Orientación para familias con subnormales.

Vocal de Etica

Orientación y estudio de los casos bajo una perspectiva ética. Atención personal de aquellos pacientes que deseen ser informados de la problemática ética y religiosa derivada de la dificultad sometida a estudio.

Funcionamiento

Reunión mensual ordinaria de todos los miembros del C.O.F.T. Reuniones extraordinarias cuando la urgencia del caso lo requiera con un mínimo de 3 miembros, uno de los cuales debe ser el capellán del hospital. Para las reuniones ordinarias, el secretario, enviará con la debida antelación el orden del día con la adecuada documentación. Programación trimestral de sesiones clínicas interdisciplinares. Programación de sesiones interdisciplinares para los diversos «Centros de Formación» del hospital. El secretario elaborará la correspondiente acta de cada reunión que habrá de ser aprobada por los miembros del Comité y enviada a la Junta de Gobierno.

Este Comité se reúne normalmente una vez al mes de manera ordinaria y otra vez cada dos meses de promedio de forma urgente.

CASO N.º 1

Se trata de una paciente de 33 años de edad, casada hace 9 años, de profesión sus labores.

Acudió a nuestro Servicio para control de embarazo y parto.

Antecedentes familiares

Padre asmático.

Madre con patología hepática que no es aclarada en la anamnesis.

Es la mayor de 4 hermanos sanos.

Antecedentes personales

Apendicectomía a los 19 años.

Trastornos circulatorios venosos crónicos en extremidades inferiores.

Hipertensión esencial.

Antecedentes ginecológicos

Ha tomado anovulatorios hormonales durante cuatro meses siendo la última toma dos meses antes de su gestación.

Antecedentes obstétricos

Dos embarazos anteriores el primero de ellos con parto prematuro a las 36 semanas y un feto varón sano de 2.800 g y el segundo con parto a término y feto hembra de 4.950 g, sano.

Su tercer embarazo, controlado en N. Servicio desde la semana 33, cursa con un cuadro de hipertensión arterial con cifras que oscilan entre 16/12 - 14/9 y recibe tratamiento médico y dietético.

En la semana 36 de gestación se establece el diagnóstico de presunción de feto hidrocéfalo ante un DBP medido por ecografía de 105.

Ingresa en clínica en la semana 40 de gestación por iniciar trabajo de parto y después de una prueba de parto se le practica operación cesárea por desproporción fetopélvica, naciendo un feto varón con signos de hidrocefalia manifiestos y un peso de 4.050 g que es trasladado a la Unidad de Neonatología.

El postoperatorio transcurre con hipertensión moderada.

En la visita del puerperio se comprueba la normalidad del aparato genital y se prescriben anovulatorios hormonales con controles tensionales. A los tres meses de tratamiento se descubre una TA de 170/130 por lo que se suspende el tratamiento.

En este momento la paciente solicita una Esterilización definitiva, juntamente con su esposo.

CASO N.º 2

Paciente de 41 años de edad, casada hace 20 y de profesión sus labores.

Antecedentes familiares

Padres vivos y sanos.

Diez hermanos vivos y sanos.

Consanguinidad en tercer grado (primos segundos).

Antecedentes personales

Nefritis hace 7 años.

Historia sexual

Dispareunia, coitofobia y anorgasmia. Siempre ha practicado el coitus interruptus. Refiere que sus molestias y la coitofobia se iniciaron con el conocimiento de la enfermedad de la que son portadores su esposo y ella.

Antecedentes obstétricos

Siete embarazos de los que:

Dos partos prematuros con hijos varones de 15 y 6 años afectados de Mucopolosacaridosis tipo San Filippo.

Cuatro normales con hijos varones, el primero de ellos fallecido a los quince meses por apendicitis y el resto de 18, 12 y 5 años.

Un aborto espontáneo en 1963.

Nos es remitida por el Servicio de Neurología para planificación familiar. Después de la entrevista informativa sostenida con la pareja, solicita le sea practicada a la paciente una esterilización definitiva.

UN SERVICIO CRISTIANO DE PLANIFICACION FAMILIAR

FRANCISCO ABEL
MIGUEL BORRAS, ANTONIO VELA y ESTHER GEAN

HOSPITAL INFANTIL SAN JUAN DE DIOS
BARCELONA

ORGANIZACION DE UN SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR

La presente documentación forma parte de un grueso volumen preparado para el Hospital San Juan de Dios, en equipo, bajo la dirección del Dr. Francisco Abel, Jefe del Servicio de Planificación del Hospital.

La primera parte de este material, del Dr. Abel, esboza las características de un Servicio cristiano, la plantilla necesaria, destinatarios, fases en las que se llevaría a cabo, capacidades básicas y, por último, el ideario que regirá las acciones de los profesionales que integran el Servicio.

La segunda parte, la historia clínica, elaborada por los doctores Miguel Borrás y Antonio Vela, adjuntos al Departamento de Maternidad, y por la Dra. Esther Gean, del Servicio de Genética, es un valioso documento con datos referentes a la entrevista, métodos contraceptivos experimentados, antecedentes familiares, personales, ginecológicos, exploración, pruebas, etc.

Agradecemos a la dirección del Hospital el permiso que nos ha dado para la publicación de estos documentos, sabedores, como estamos, de que es un buen servicio que hacemos también a nuestros lectores. *(Nota de la Redacción.)*

Al margen de antiguos significados y luchas asociadas al concepto de Planificación Familiar, se considera hoy, con este término, el derecho que tiene la pareja de tener los hijos que desee y espaciarlos para poder atender debidamente las tareas de educación y formación de los hijos.

La Iglesia reconoce el derecho y el deber que tienen los esposos de hacer sus propias decisiones en la planificación de su familia, es decir: corresponde a los esposos decidir personalmente y de común acuerdo acerca del número y del momento oportuno de tener los hijos responsablemente para poder educarlos dignamente.

No es secreto alguno en nuestro país la proliferación de centros de Planificación Familiar, promovidos por intereses diversos y al servicio de diversas ideologías.

El Hospital San Juan de Dios está firmemente convencido de que ha de participar activamente en los programas que motiven, inspiren y propugnen una paternidad responsable, y por ello ha creado un servicio de orientación y Planificación Familiar cristiano.

CARACTERISTICAS DEL SERVICIO CRISTIANO DE PLANIFICACION FAMILIAR

Este servicio pretende dar una respuesta plenamente cristiana en un mundo pluralista a los graves problemas que plantea la Planificación Familiar y el embarazo no deseado.

Pretende ofrecer un conjunto de prestaciones que sumen a la competencia profesional, clínica o quirúrgica, el consejo terapéutico, el consejo moral y la asistencia psicosocial.

Todos los médicos, enfermeras y miembros del servicio han de comprometerse a respetar: la inviolabilidad de la vida humana desde el primer instante de la concepción y la incolumidad de la persona humana y, por lo tanto, se obligan a no dar consejos o llevar a cabo acción alguna que contradiga estos principios que presentamos resumidos en un ideario.

Todos los miembros del servicio han de ser responsables, interiormente motivados y capaces de respetar la decisión lúcida del consultante debidamente informado, absteniéndose de coaccionar presionar su libertad, sea abiertamente, sea de modo sutil.

Este servicio se concibe como centro de docencia, asistencial, de prevención y de investigación. También como centro coordinador e integrador de las actividades desarrolladas en dispensarios satélites que lo utilizarán como centro de referencia. La función primordial de los dispensarios satélites podría definirse como la de centros asistenciales de atención primaria de salud.

Tanto en la unidad hospitalaria como en las unidades extrahospitalarias, y según la dotación de las mismas, se atenderán problemas matrimoniales en relación con la planificación de la familia; problemas en relación con las gestantes solteras; *counseling* de adolescentes; consejo genético actuando siempre en la dimensión de promoción de la salud. Es en esta dimensión que el trabajo del asistente social merece un relieve especial.

Como es obvio, una red de dispensarios coordinados con el centro hospitalario requiere, ante todo, un servicio hospitalario suficientemente dotado en personal y medios para llevar a cabo su tarea. El Hospital San Juan de Dios ha delineado la unidad base para cumplir sus objetivos en íntima conexión con los servicios de obstetricia, ginecología, pediatría, psiquiatría, genética y medicina social.

Espera para ponerse en marcha la superación de dificultades económicas. Tenemos un modelo y un presupuesto relativamente reducido, si se considera la envergadura del proyecto y su radio de acción inmediato y a largo plazo.

Personal necesario a nivel intrahospitalario trabajando en planificación familiar

1 Jefe de Servicio.
3 Tocoginecólogos.
3 Enfermeras.
3 Comadronas.
3 Asistentes Sociales.
2 Psiquíatras.
4 Psicólogos clínicos.
1 Genetista.
2 Citólogos.
3 Educadoras familiares.
2 Sacerdotes con formación especializada.
1 Secretaria.
3 Auxiliares.
1 Recepcionista.

Personal necesario a nivel extrahospitalario
(Dispensario satélite)

1 Tocoginecólogo.
2 Comadronas y/o 2 ATS *.
1 Psicólogo clínico.
1 Asistente social.
2 Educadores Familiares.

La interacción y grado de autonomía de las unidades extrahospitalarias determinarán un mayor o menor número de especialistas. Se impone en cada unidad extrahospitalaria un análisis coste/beneficio en función de la demanda y mayor aprovechamiento de potencial humano. Probablemente será necesario un psiquíatra por cada dos o tres unidades extrahospitalarias atendidas por psicólogos clínicos. La multiplicación de unidades extrahospitalarias creará una mayor demanda de servicios en el dispensario que incidirá sobre el hospital. Este deberá proveerse de los especialistas necesarios al aumentar la demanda.

DESTINATARIOS DEL SERVICIO DE ORIENTACION Y PLANIFICACION FAMILIAR

El servicio está orientado primordialmente a:

1. Aquellas personas que necesiten orientación y docencia. En su dimensión docente el hospital trabajará en el área de su influencia con el servicio de medicina social, integrado por pediatras, asistentes sociales, tocoginecólogos y genetistas, además de toda la labor que se hace en el terreno de la psicoprofilaxis. Junto a esta irradiación dentro del área de influencia del hospital se desarrollarán programas de orientación y docencia en el hospital para las personas que acudan a los consultorios.

2. Personas que necesiten una labor asistencial. Por su integración en el Departamento de Maternidad y con los demás servicios del hospital, el Servicio de Orientación y Planificación Familiar está equipado en su estructura básica para atender competente y profesionalmente todos los casos que requieran asistencia médica.

* La conveniencia o no de tener comadronas en la unidad extrahospitalaria, dependerá de la presencia o no del tocoginecólogo. Si el tocólogo realiza visitas a días alternos, es conveniente que haya comadronas. Si, en cambio, está visitando a diario, no resultan tan imprescindibles.

3. Personas que necesitan un control de tipo preventivo. Esta área comprende tanto la prevención del cáncer uterino y mamario como la ayuda que requiere una parte de la población de elevado riesgo médico, obstétrico o social. Una atención especial va a ofrecerse a la gestante adolescente; a las personas cuyos antecedentes familiares hagan pensar en la posibilidad de ser portadores de taras genéticas importantes; a todas las personas en situación conflictiva o ambivalente respecto a una decisión a tomar.

No podemos descuidar aquí la importancia del tratamiento de las afecciones venéreas y su pronta detección.

Desarrollo del Servicio de Orientación y Planificación como centro docente y de coordinación integradora de una red de dispensarios satélites

Se concibe este desarrollo en tres fases sucesivas. El paso de una fase a la siguiente dependerá esencialmente del presupuesto y del tiempo que se requiera para la formación de personal. Allí donde haya personal formado, el tiempo de *puesta a punto* dependerá esencialmente del presupuesto. Siempre y en todo caso habrá que evitarse la masificación de la asistencia.

La primera fase corresponde a la entrada en acción de la unidad hospitalaria. Sólo el problema presupuestario hizo imposible su puesta en marcha el pasado día 3 de septiembre, fecha oficial de la inauguración del Servicio. Se había trabajado ya con un modelo de Historia Clínica que permitiría reunir una serie importante de datos tanto para los pacientes como para la sanidad local. Sin ser muy extensa recoge una cantidad de datos que hay que tener en cuenta desde la perspectiva de variables sociodemográficas.

Por razones presupuestarias, también, no se puso en práctica un plan de *audiovisuales y material escrito* de información para todos los interesados y, de modo especial, para los y las consultantes en nuestro servicio.

La segunda fase, que en principio podría simultanearse con la primera (en estos momentos en que la primera ya ha acabado a nivel teórico), consistiría en la apertura de *tres unidades extrahospitalarias* con las características señaladas en la página 3. Estas unidades podrían estar enclavadas en Sant Just, Cornellá y Hospitalet.

En esta segunda fase, además del control y perfeccionamiento de metodología para la selección de casos que han de pasar al hospital, se impondrá la *puesta en marcha de un programa de formación de personal:* médicos, ATS, y asistentes sociales. Entre ellos podrán surgir las personas que en un futuro podrán encargarse de dispensarios satélites o integrarse en el hospital.

La tercera fase consistiría en ampliar el radio de acción coordinando actividades de otros centros en Martorell, San Sadurní de Noya, Manresa, por ejemplo, debiéndose explorar las posibilidades y deseos de cooperación de los hospitales locales.

Siempre y en todo caso este centro desea estar encuadrado en la asistencia sanitaria nacional. Es decir, no se trata de hacer estructuras paralelas sino integradas.

CAPACIDADES FUNCIONALES

Máximas

12.000 Consultas tocoginecológicas
3.000 primeras } tasa/reiteración: 3
9.000 sucesivas }

2.450 Visitas Psiquiatría-Psicología
350 primeras } tasa/reiteración: 6
2.100 sucesivas }

Cada 1ª visita comprende 1 hora

Conjunta { 30 minutos de tocoginecólogo
30 minutos de enfermera
15 minutos de Trabajo Social
15 minutos de Servicio Religioso

Cada visita sucesiva comprende 55 minutos

Conjunta { 15 minutos de tocoginecólogo
15 minutos de enfermera
15 minutos de Trabajo Social
15 minutos de Educadora Familiar
10 minutos de Servicio Religioso

Cada visita de Psiquiatría-Psicología comprende 1 hora

Optimas

9.600 Consultas tocoginecológicas
2.400 primeras
7.200 sucesivas

1.960 Consultas Psiquiatría-Psicología
280 primeras
1.680 sucesivas

IDEARIO

Considerando que:

La educación prematrimonial, la difusión de conocimientos científicos sobre el sexo y el matrimonio, el respeto mutuo entre el hombre y la mujer, la paternidad responsable, constituyen una urgente exigencia de nuestra época.

En el deseo de transmitir la vida humana corresponde a los esposos decidir personalmente y de común acuerdo acerca del número y del momento oportuno de tener los hijos responsablemente para educarlos dignamente.

Cada pareja tiene el derecho y el deber de hacer sus propias decisiones en la planificación de su familia, de acuerdo con sus convicciones morales y religiosas.

El hospital ha de participar activamente en los programas que motiven, inspiren y propugnen una paternidad responsable y planificada.

El Comité de Gobierno
del Hospital de San Juan de Dios

DECIDE

La creación de un *Servicio de Orientación y Planificación Familiar*, dotándolo del personal y medios para que pueda llevar a cabo sus objetivos docentes, asistenciales, de investigación, consejo genético, *counseling* de adolescentes, gestantes solteras, matrimonios y promoción de la salud.

En los casos en que se tenga que limitar o espaciar el número de hijos, se podrán prescribir aquellos métodos contraceptivos, naturales o artificiales, que sean más apropiados para el logro de una paternidad responsable, de acuerdo con la indicación médica y la conciencia de los consultantes.

AFIRMA

— La inviolabilidad de la vida humana desde el primer instante de la concepción y considera un deber acogerla, defenderla y asistirla con amor por parte de los progenitores y de la comunidad.

— Que la última expresión personal del amor conyugal que se da en el acto marital, es el único contexto satisfactorio para la colaboración humana en el divino acto de la creación.

— La incolumidad de la persona humana.

RECHAZA

— El aborto, que no podrá inducirse bajo ningún concepto en el Hospital San Juan de Dios.

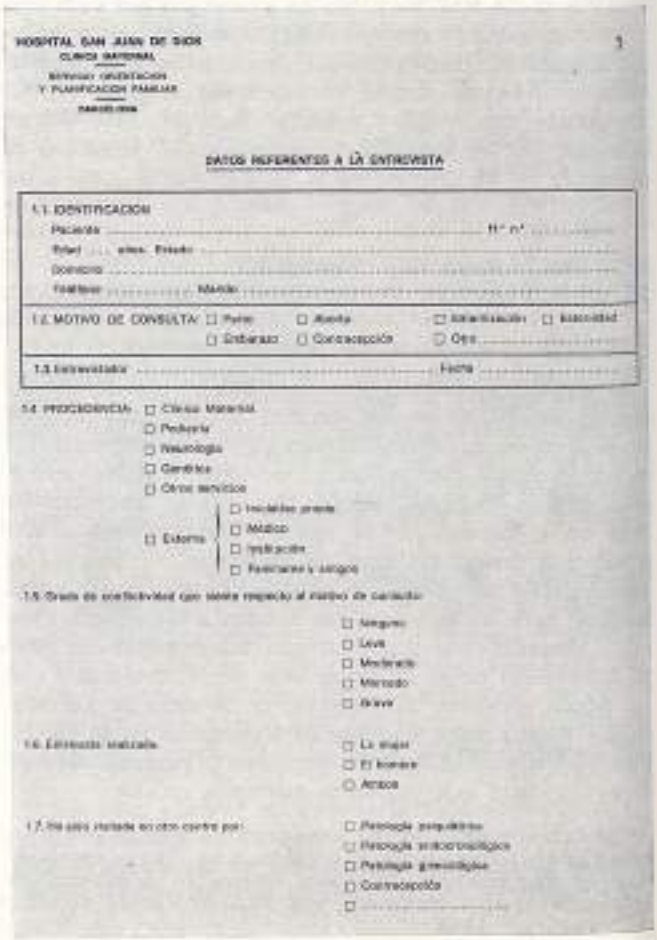
— Los dispositivos intrauterinos (D. I. Us) en tanto no se descarte con certeza su acción como abortiva.

— La inseminación artificial heteróloga.

ADVIERTE

Que como norma, la esterilización quirúrgica solamente puede realizarse en aquellos casos en que haya una clara indicación médica, teniendo en cuenta las normas de la Iglesia. Los casos conflictivos serán resueltos por un comité *ad hoc*.

HISTORIA CLINICA DEL SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR


HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
CLINICA MATERNAL
SERVICIO ORIENTACION Y PLANIFICACION FAMILIAR
BARCELONA

1

DATOS REFERENTES A LA ENTREVISTA

1.1. IDENTIFICACION
Paciente ..... H.C. n.º .....
Edad ..... años. Estado .....
Domicilio .....
Teléfono ..... Barrio .....

1.2. MOTIVO DE CONSULTA: ☐ Parto ☐ Aborto ☐ Esterilización ☐ Esterilidad
☐ Embarazo ☐ Contracepción ☐ Otro .....

1.3. Entrevistador ..... Fecha .....

1.4. PROCEDENCIA: ☐ Clínica Maternal
☐ Pediatría
☐ Neurología
☐ Genética
☐ Otros servicios
☐ Externa: ☐ Incidentes previos
☐ Médico
☐ Institución
☐ Familiares y amigos

1.5. Grado de conflictividad que siente respecto al método de contacepción
☐ Ninguno
☐ Leve
☐ Moderado
☐ Marcado
☐ Grave

1.6. Entrevista realizada
☐ La mujer
☐ El hombre
☐ Ambos

1.7. No pueden mantener un otro control por:
☐ Patología ginecológica
☐ Patología endocrinológica
☐ Patología gineco-obstétrica
☐ Contracepción
☐ .....

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
CLÍNICA MATERNAL
SERVICIO INVESTIGACIÓN
Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR
BARCELONA

2

H.ª Clínica N.º .....

Nombre: .....

DATOS GENERALES REFERENTES A LA MUJER

Datos analizados

2.1. Fecha de nacimiento: .....

2.2. Lugar de nacimiento:

País: ..... Ciudad: ..... Pueblo: .....

2.3. Año de llegada a Barcelona (si no ha nacido aquí): .....

2.4. Lugar donde se ha desarrollado la mayor parte de la infancia (a 14 años):

País: ..... Ciudad: ..... Pueblo: .....

2.5. Número de hermanos (incluida hermana): ..... de hermanas (incluida hermana): .....

2.6. ¿Por quién de una o más personas se ha criado la mayor parte de la infancia?

☐ Padre y madre ☐ Padre ☐ Abuelos
☐ Otros familiares ☐ Madre ☐ Institución

2.7. Número total de años de escolaridad (contando a partir de los cinco años):

☐ Ninguno ☐ Medianos ☐ Altos

2.8. Durante la infancia de la informante la familia:

☐ Siempre o casi siempre vivió con los padres
☐ Muchos de uno o de los dos ☐ Ninguno, en varios establecimientos

2.9. Trabajo más habitual de su padre: .....

2.10. Nivel educativo del padre:

☐ Ninguno estudios ☐ E. Primarios ☐ E. Medio ☐ E. Superior

2.11. Trabajo habitual de su madre: .....

2.12. Nivel educativo de su madre:

☐ Ninguno estudios ☐ E. Primarios ☐ E. Medio ☐ E. Superior

2.13. Según su propia apreciación ¿cómo funcionó afectivamente el matrimonio a grosso?

☐ Muy bien, muy satisfactoriamente ☐ Mal, insatisfactoriamente
☐ Bien, satisfactoriamente ☐ Muy mal, muy insatisfactoriamente
☐ Regular, no demasiado bien

2.14. ¿Quién es en su casa el cabeza de familia?

☐ Los maridos ☐ Su padre ☐ Su madre ☐ Tutor
☐ Otra persona (especificar) ..... ☐ Otra no personas (especificar) .....

2.15. ¿A cuál de las siguientes clases sociales sobre las que pertenecen?

☐ Alta alta ☐ Media alta ☐ Media media
☐ Media baja ☐ Trabajadora ☐ Alta baja o marginal

2.16. Ocupación actual:

Profesionales ☐ Ejecutivos ☐ Comercios ☐ Manuales ☐ Otros .....
☐ Ocupaciones ☐ Cuadros Medios ☐ Ninguna

2.17. Práctica religiosa:

Pública: ☐ Regularmente ☐ Irregularmente ☐ No practicante

2.18. Escolaridad actual (cursos, etc.):

☐ Ninguna ☐ Primarios ☐ Cuadros Medios ☐ Maestrías ☐ Otros .....

DATOS GENERALES REFERENTES A LA MUJER

Datos analizados

2.19. Recuerda en cuanto le que los padres de niños (menos dos) de consulta:

☐ Muy bien ☐ Medio bien
☐ Medio bien ☐ Desgraciado
☐ Mejor bien
☐ Otra posibilidad diferente (especificar) .....

2.20. Relación con el marido:

☐ Felicidad o calidad sentimentales ☐ Tiene otras cosas
☐ No le quiere tanto como ☐ Se van en mayor (después) menor edad
☐ Otra posibilidad diferente (especificar) .....

2.21. Relaciones:

☐ La pareja más valor, tanto que sentimentalmente ☐ La pareja precisa más y también acuerdo hacia
☐ La pareja más valor, sentimentalmente que sexo
☐ La pareja sentimentalmente sexo menor la pareja ☐ Las parejas pueden pero
☐ Otra posibilidad diferente (especificar) .....

2.22. Los demás le consideran (cualidades):

☐ Amiga, compañera ☐ Caballero, caballero
☐ Hija ☐ Comprensiva, apasionada
☐ Enfermera, cariñosa ☐ Inteligencia
☐ Otra posibilidad diferente (especificar) .....

2.23. Los demás le consideran (características):

☐ Muy valiosa ☐ Más valiosa
☐ Valiosa ☐ Superior
☐ Menos valiosa ☐ Muy superior
☐ Otra posibilidad diferente (especificar) .....

2.24. Lugar de consulta a un médico (especialista):

☐ Médico especialista ☐ Médico caballero
☐ Hija ☐ Comprensiva, apasionada
☐ Enfermera, cariñosa ☐ Inteligencia
☐ Otra posibilidad diferente (especificar) .....

2.25. Lugar de consulta a un médico (especialista):

☐ Muy valiosa ☐ Más valiosa
☐ Valiosa ☐ Superior
☐ Menos valiosa ☐ Muy superior
☐ Otra posibilidad diferente (especificar) .....

2.26. ¿Ha sufrido malos tratos?

☐ No ☐ Muy grave
☐ Poco grave ☐ Desgracia
☐ Regular

DATOS GENERALES REFERENTES A LA MUJER

Datos analizados

2.27. Su opinión CONCRETA DE MALTRATO ¿cuál de la siguiente que de consulta a parte ¿por qué de los siguientes?

	Ninguna	Poca importancia	Cierta importancia	Bastante importancia	Muy importancia	No sabe, no contesta
Ninguna	—	—	—	—	—	—
Poca importancia	—	—	—	—	—	—
Cierta importancia	—	—	—	—	—	—
Bastante importancia	—	—	—	—	—	—
Muy importancia	—	—	—	—	—	—
No sabe, no contesta	—	—	—	—	—	—

2.28. ¿Qué importancia se le concede a otros aspectos de la vida de la mujer? ¿Cuál de ellos es la más importante, en segundo lugar, etc.?

	Ninguna	Poca importancia	Cierta importancia	Bastante importancia	Muy importancia	No sabe, no contesta
Ninguna	—	—	—	—	—	—
Poca importancia	—	—	—	—	—	—
Cierta importancia	—	—	—	—	—	—
Bastante importancia	—	—	—	—	—	—
Muy importancia	—	—	—	—	—	—
No sabe, no contesta	—	—	—	—	—	—

DATOS GENERALES REFERENTES AL HOMBRE DE LA MUJER ESTA CASADA O AUNQUE SOLO TENGA NOVIO

Datos especiales

2.45. Fecha de nacimiento: _____

2.46. Nacionalidad: _____

2.47. Lugar de nacimiento:

País: _____ Ciudad: _____ Pueblo: _____

2.48. Año de llegada a Barbados (si no ha nacido aquí): _____

2.49. Lugar donde se ha desarrollado la mayor parte de la infancia (0-14 años):

País: _____ Ciudad: _____ Pueblo: _____

2.50. Número de hermanos nacidos vivos: _____, de hermanas nacidas vivas: _____

2.51. ¿Por quién ha sido criado durante la mayor parte de la infancia?

☐ Padre y madre ☐ Padre ☐ Abuelo
☐ Otros familiares ☐ Madre ☐ Individuo

2.52. Primera familia durante la infancia (antes de los 14 años) después de una separación:

☐ Sola ☐ Madre ☐ Mujer

2.53. Durante la infancia del individuo la familia:

☐ Vivió y abandonó de los padres
☐ Vivió de uno o de los dos ☐ Ninguna de estas anteriormente

2.54. Motivo de salida del individuo (hacia o antes): _____ (si no por muerte indica, nº de orfandad)

2.55. Religión actual:

Principales: ☐ Anglicana ☐ Luterana ☐ Metodista ☐ Otras _____
☐ Anglana ☐ Católica Romana ☐ Musulmana

2.56. Práctica religiosa:

Positiva: ☐ Regularmente ☐ Irregularmente ☐ No practicante

2.57. Educación religiosa (cuál/cuáles, cuál):

☐ Anglana ☐ Protestante ☐ Iglesia Pentecostal ☐ Musulmana ☐ Otra _____

2.58. Religión de la casadora de la casa, si la mujer está casada (en caso de convivencia otra, marcar esta religiosa):

☐ No practicante religiosa ☐ Protestante ☐ Católica Romana
☐ Musulmana ☐ Otra _____

2.59. Edad a la cual de la escuela (otra ocupación): _____

2.60. Última escuela frecuentada:

☐ Ninguna ☐ Primaria ☐ S. Elemental ☐ S. Superior
☐ Vocac. Prof. ☐ Universidad ☐ Otra _____

2.61. Empleo ejercido: _____

2.62. Título obtenido: _____

2.63. Primera profesión ejercida: _____

2.64. Profesión actual (si no cuenta porque, número de empleados): _____

2.65. ¿Ha tenido o tiene actualmente tiempo de ocio fuera de su hogar (si trabaja para perfeccionar sus conocimientos profesionales)?

☐ Sí ☐ No

2.66. ¿Es su cónyuge el de (cómo para mejorar su situación profesional)?

☐ Sí ☐ No

2.67. Número total de años de actividad profesional (aproximado aproximado): _____

2.68. Cantidad del salario mensual (semanal) de la mujer está casada:

☐ Menos de 30.000 ☐ De 30.000 a 50.000 ☐ De 50.000 a 70.000
☐ De 70.000 a 90.000 ☐ Más de 90.000

DATOS GENERALES REFERENTES AL HOMBRE DE LA MUJER ESTA CASADA O AUNQUE SOLO TENGA NOVIO

Datos especiales

2.69. El cuidado familiar de la mujer está casada (o convivida) desde el nacimiento de una familia:

☐ Muy importante ☐ Apreciado ☐ Desapercibido
☐ No importante ☐ No sabe

2.70. Cuántas habitaciones (salones, cocina, cocina al lugar) ha la mujer está casada: _____

2.71. Número de niños nacidos vivos del matrimonio actual (convivencia) de la mujer está casada: _____

2.72. Número de matrimonios anteriores del marido o novio: _____

2.73. Si ha existido de anteriores, número de hijos de estos matrimonios: _____ varones, _____ hembras

2.74. Fecha en que se conocieron los esposos o parejas (mes y año): _____

2.75. Fecha de las primeras relaciones sexuales con el marido o novio (mes y año): _____

☐ Relaciones respondidas

2.76. Separaciones anteriores (las mayor por el marido de los esposos desde el matrimonio):

☐ Sí ☐ No

El primero: Desde (mes/año): _____ Hasta: _____

Desde (mes/año): _____ Hasta: _____

2.77. Separaciones posteriores de los esposos casados del matrimonio (si la mujer está casada):

☐ Sí ☐ No

El primero: Desde (mes/año): _____ Hasta: _____

Desde (mes/año): _____ Hasta (nº de días medios de separación por semana): _____

2.78. Frecuencia de relaciones sexuales actualmente: ☐ Por semana ☐ Por mes

2.79. Frecuencia de relaciones sexuales en los primeros tiempos de matrimonio: ☐ Por semana ☐ Por mes

2.80. Relación:

☐ Normal ☐ Pocas ocasiones ☐ Pocas ocasiones

2.81. Sexualidad:

☐ Normal ☐ Poco, sólo orgasmo ☐ Poco, sólo placer ☐ Frígidas

2.82. Cuántos de sus hijos viven actualmente con la mujer: _____

OPINIONES FUNDAMENTALES A LA REPRODUCCION

2.83. Alguna pareja tiene algo que tener la posibilidad de su familia ¿Está de acuerdo con ella, en actitud?

☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

2.84. Si afirmativo, indique por orden de importancia, las razones que las parejas de mujeres que quieren tener hijos de hecho:

Número de orden:

☐ Para preservar la salud de la madre
☐ Para preservar la juventud y belleza de la madre
☐ Para que la madre pueda ejercitar una ocupación profesional que la interesa
☐ Para que los padres puedan tener tiempo suficiente para educar, sólo, sólo
☐ Para poder ocuparse menos de cada niño
☐ Para que los niños se relacionen menos entre ellos
☐ Para poder dar atención a un determinado número a cada hijo
☐ Para los preocupados por ganarse la dinero a vivienda
☐ Porque no me gustan los niños

DATOS GENERALES REFERENTES AL HOMBRE DE LA MUJER ESTA CASADA O AUNQUE SOLO TENGA NOVIO

Datos especiales

2.85. Hay muchas parejas que tienen una actitud favorable hacia los niños. Otras parejas que los niños causan serios problemas. ¿Qué piensan usted?

	Sí	No	No sabe
En la vida, tener hijos es lo más importante.	☐	☐	☐
Cuando nos convertimos en la familia, es muy feliz.	☐	☐	☐
Los niños traen más feliz a la pareja.	☐	☐	☐

2.86. Para solución de problemas (con los hijos o antes quedan) en el matrimonio, o hay que esperar que:

	Sí	No	No sabe
Los esposos sólo piensan de que se matrimonio es estable o feliz.	☐	☐	☐
El matrimonio tiene adquirido una situación económica segura.	☐	☐	☐
Los esposos tienen suficientemente satisfacciones de su pareja.	☐	☐	☐

2.87. A nuestro parecer, ¿cuál es el número ideal de hijos de una familia? _____

2.88. ¿A cuál es número mínimo tener que es posible tener de hijos suficiente? _____

2.89. Pensando en personas de nuestro entorno medio o que dispusieran de un número necesario aceptaríamos, ¿cuál es la dimensión ideal de la familia? _____

2.90. En el caso ideal ¿cuánto tiempo debería pasar entre el matrimonio y el nacimiento del primer hijo?

_____ meses

2.91. ¿Cuál número de meses se podría considerar mínimo por término medio entre las diferentes nacimientos?

_____ meses

OPINIONES SOBRE LA REPRODUCCION

(Para mujeres casadas o con novio solamente)

2.92. ¿Le gustaría tener más niños? ☐ Sí ☐ No ☐ Duda

2.93. Si contesta sí a la anterior, ¿cuántos? _____ Varones _____ Hembras ☐ indiferente

2.94. A su modo o vista, ¿le gustaría tener más niños? ☐ Sí ☐ No ☐ Duda

2.95. Si contesta sí a la anterior, ¿cuántos? _____ Varones _____ Hembras ☐ indiferente

2.96. Si contesta no a la nº ___ ¿Le gustaría tener nuevos embarazos?

☐ Algo ☐ Mucho ☐ Muchísimo

2.97. Si contesta no a la nº ___ ¿Le gustaría tener más hijos?

☐ Algo ☐ Mucho ☐ Muchísimo

2.98. ¿Cuántos hijos le hubiera gustado tener? _____

2.99. Y su marido, ¿cuántos le hubiera gustado tener? _____

2.100. Antes de casarse, ¿cuántos hijos pensaba tener? _____

2.101. Y su marido, ¿cuántos hijos le hubiera gustado tener? _____

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
CLINICA MATERNAL
SERVICIO ORIENTACION
Y PLANIFICACION FAMILIAR
BARCELONA

3

H.ª Clínica Nº .....

Nombre: .....

11. METODOS CONTRACEPTIVOS EXPERIMENTADOS
(Rija las mujeres nacidas o con edad suficiente los métodos experimentados por la pareja)

Métodos experimentados	Edad que tenía en el momento de utilizarlo	Duración de los tratamientos	Duración de utilización diaria	Motivos	Motivos por los que no los usa ahora	Ventajas e inconvenientes apreciados
A. Marcha atrás	.....	□ Cl. □ Mo	.....	□ Ir. □ M. □ Cont.	.....	.....
B. Preservativo	.....	□ Cl. □ Mo	.....	□ Ir. □ M. □ Cont.	.....	.....
C. Diafr.	.....	□ Cl. □ Mo	.....	□ Ir. □ M. □ Cont.	.....	.....
D. Espermicidas	.....	□ Cl. □ Mo	.....	□ Ir. □ M. □ Cont.	.....	.....
E. Duchas vagin.	.....	□ Cl. □ Mo	.....	□ Ir. □ M. □ Cont.	.....	.....
F. Jalea	.....	□ Cl. □ Mo	.....	□ Ir. □ M. □ Cont.	.....	.....
G. Espumas	.....	□ Cl. □ Mo	.....	□ Ir. □ M. □ Cont.	.....	.....
H. Duchas vagin.	.....	□ Cl. □ Mo	.....	□ Ir. □ M. □ Cont.	.....	.....
I. Dispositivo intr.	.....	□ Cl. □ Mo	.....	□ Ir. □ M. □ Cont.	.....	.....
J. Diafragma	.....	□ Cl. □ Mo	.....	□ Ir. □ M. □ Cont.	.....	.....
K. Dispositivo intrauterino	.....	□ Cl. □ Mo	.....	□ Ir. □ M. □ Cont.	.....	.....
L. Anticoncepciones hormonales						
compribidas L_1	.....	□ Cl. □ Mo	.....	□ Ir. □ M. □ Cont.	.....	.....
inyectables L_2	.....	□ Cl. □ Mo	.....	□ Ir. □ M. □ Cont.	.....	.....
M. Esterilización	.....	□ Cl. □ Mo	.....	□ Ir. □ M. □ Cont.	.....	.....
N. Periodo de abstinencia	.....		.....	□ Ir. □ M. □ Cont.		

Ruego que marque que de todos experimentados primero de primera vez, indique el número indicado de orden.

12. METODOS EXPERIMENTADOS EN CASO DE EVENTUALIDAD ANOMALIA, INTERRUPCION
(Rija las mujeres nacidas o con edad)

Motivo del cambio: .....

□ Ninguno □ Motivo médico .....

13. OTROS METODOS CONTRACEPTIVOS CONOCIDOS PERO NO EXPERIMENTADOS

Métodos conocidos	Motivo o inconveniente principal
A. Marcha atrás	.....
B. Preservativo	.....
C. Diafr.	.....
D. Espermicidas	.....
E. Duchas vaginales	.....
F. Jalea	.....
G. Espumas	.....
H. Duchas vaginales	.....
I. Dispositivo intrauterino	.....
J. Diafragma	.....
K. Dispositivo intrauterino	.....
L. Anticoncepciones hormonales	
compribidas L_1	.....
inyectables L_2	.....
M. Esterilización	.....

14. Opinión sobre los métodos conocidos para las mujeres que aún quedan en A, C, D a aconsejar la abstinencia: .....

15. Dentro parejas, y sin en cuenta cada, no conocer los métodos contraceptivos que usan actualmente o no disposición. La opinión en la que a continuación relacionan es:

- □ Aceptable, a excepción de unos métodos
- □ Totalmente conforme la mujeres
- □ No son seguros
- □ Son peligrosos para la salud de la mujer y de los hijos
- □ Su utilización es desagradable o demasiado complicada
- □ No saben

OPINIONES SOBRE EL ABORTO (Rija todas las mujeres)

16. El aborto es actualmente permanente para interrumpir un embarazo ¿Está usted de acuerdo en que el aborto debería ser?:

- □ Permanente prohibido
- □ Tolerado en algunas circunstancias particulares
- □ Reglamentado para de una forma restrictiva
- □ Es indiferente (Sea, pero con una reposición de los abortos
- □ No sabe

17. Sentimiento consecuencias desencadenadas por la práctica de un aborto, cada de que se haya realizado:

- □ Ninguno sentimiento especial
- □ Tranquilidad, alivio
- □ Depresión, tristeza
- □ Ansiedad, nuevamente embarazada
- □ Otros (especifique): .....
- □ Culpa, autodesprecio
- □ Miedo, desgracia
- □ Remordimiento

18. ¿Qué sentimiento piensa que sobre desencadenar en usted la práctica de una esterilización definitiva?:

- □ Ninguno sentimiento especial
- □ Tranquilidad, alivio
- □ Depresión, tristeza
- □ Ansiedad, nuevamente embarazada
- □ Otros (especifique): .....
- □ Culpa, autodesprecio
- □ Miedo, desgracia
- □ Remordimiento

19. Conocimiento actual en materia de contracepción cabría para proporcionar ahora asesoramiento y información de personas:

- □ Suficiente (en relación detallé) .....
- □ Lógicamente los conocimientos en relación (detallé) .....
- □ Lógicamente los conocimientos en relación (detallé) .....
- □ Me no preocupado nunca en relación con los métodos
- □ Para la mujer para tener un hijo al habitado: .....
- □ Para la mujer que vive sola al habitado: .....

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

Edad	Embarazos: Nacidos	Embarazos: Abortos	Partos y abortos: Nº	Tipo: Eutócicos	Tipo: Dist.	Tipo: Instrumentales	Puerperio	Lactancia	Relación madre-niño	Niños vivos
1º										
2º										
3º										
4º										
5º										
6º										
7º										
8º										
9º										
10º										
11º										
12º										

17. A RELLENAR POR EL (LA) ENTREVISTADOR(A) AL FINAL DEL CUESTIONARIO

¿La entrevista se ha desarrollado satisfactoria, y cree la entrevista de que todos los resultados son válidos?

□ Sí □ Dudoso □ No

NOTAS EVENTUALES

Nombre del de entrevistador: .....

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
CLINICA MATERNAL
SECCION CONSULTA EXTERNA
PLANIFICACION FAMILIAR
BARRANQUILLA

4

N° Clínica N.° .....

Nombre: .....

HISTORIA CLINICA

4.1. INFORMACIONES PERSONALES

Nombre: ..... Nacionalidad: .....
Fecha nacimiento: ..... Ocupación: .....
Domicilio: ..... Religión: .....

4.2. MOTIVO O PROCEDENCIA

Edad: ..... años ..... Grupo: ..... Rh: ..... ☐ Bogotana ☐ Local

Establecimiento procedente: .....

4.3. ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades: ..... Operaciones: ..... Rh: .....

Enfermedades generales

Tifoidea: ☐ Sí. ☐ No. Tuberculosis: ..... Cirugía: .....

Alergias: .....

¿Tiene bebidas alcohólicas con regularidad?

☐ Sí. ☐ No. Tipo: ..... Frecuencia: .....

¿Ha tenido alguna vez trastornos bajo estado nervioso?

☐ No. ☐ Ligeramente deprimida. ☐ Trastornada de cuidado.

Drogas

¿Ha tomado alguna vez alguna droga de el tipo? ☐ Sí. ☐ No. ¿Cuál? .....

¿Tiene con regularidad algún tipo de drogas: ☐ Sí. ☐ No. ¿Cuál? .....

4.4. HABITOS NOCIVOS

Localización: .....
Grado: .....
Fecha de inicio: .....
Tratamiento efectuado: .....

4.5. TROMBOFLEBITIS

Fecha: .....
Tratamiento realizado: .....

4.6. OTROS PROBLEMAS VASCULARES

Fecha de último acontecimiento

☐ Accidente vascular cerebral: .....
☐ Hipertensión: .....
☐ Infarto de miocardio: .....

4.7. ALTERACIONES MENTICAS

			Fecha
Periodo de cólicos	☐ Sí.	☐ No.	.....
Sintomatología cólica	☐ Sí.	☐ No.	.....
Cólicos cólicos	☐ Sí.	☐ No.	.....
Cólicos hepáticos	☐ Sí.	☐ No.	.....
Cólicos hepáticos	☐ Sí.	☐ No.	.....

Reposo: Hora: .....
Hospitalización: .....
Duración: .....
Otra patología hepática: .....

4.8. HABITOS

Fecha de inicio: .....
Tratamiento realizado: .....
Observaciones: .....

4.9. OPERACIONES QUIRURGICAS

☐ Generales ☐ Leves
Cirugía: .....

4.10. OTROS ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERES

.....

4.11. ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

4.11.1. Edad de la primera regla menstrual: .....
4.11.2. Sus reglas son:
☐ Regulares ☐ Irregulares
4.11.3. Tipo menstrual:
4.11.4. Sus reglas son:
☐ Cálidas ☐ Moderadas ☐ Fuertes ☐ Abundantes
4.11.5. ¿Sufre frecuentemente alguno de los síntomas siguientes?
☐ Dolor de cabeza ☐ Hinchazón de cara
☐ Depresión nerviosa ☐ Náuseas
☐ Irritabilidad o nerviosismo ☐ Hemorragia abdominal (Intestinal)
☐ Insomnio ☐ Cambio en el apetito
☐ Congestión dolorosa de senos ☐ Hormigueo en las piernas
☐ Retención de orina ☐ Cambio a nivel de las cribas o varicis
☐ Retención de heces
4.11.6. ¿Hace frecuentemente uso de la ropa en cambio de el deseo sexual?
☐ No. ☐ Sí. ☐ Ocasionalmente
4.11.7. ¿Tiene actualmente en la vida sexual y en las relaciones?
☐ No. ☐ El día de la regla solamente ☐ Antes de la regla
☐ Antes y durante ☐ Días antes.
4.11.8. Anticoncepción anteriores.

	Fecha	Duración
Dispositivo intrauterino	.....	.....
Metrotrigono	.....	.....

4.11.9. Datos personales.
Localización: .....
Dimensión: .....
Características: .....
4.11.10. Laboratorio:
Hígado: .....
Bilirrubina: .....
DDA: .....
Bazo: .....

4.11.11. Prueba genital.
Localización: .....
4.11.12. Dermatología anterior
☐ V.E. ☐ Estado anterior ☐ Obesidad ☐ Polipoides
☐ Telangiectasia ☐ Hirsutismo
4.11.13. Mamas
☐ Atrofias ☐ Mastodinia ☐ Modificaciones en la piel ☐ Modificaciones en el pezón
☐ Secreción por el pezón. Características: .....
4.11.14. Actividad sexual
Inicio: ..... Hace ..... años ..... meses
4.11.15. Orgasmo
☐ Satisfactorio siempre ☐ Sensibilidad sexual insatisfacción
☐ Con menos insatisfacción ☐ Siempre insatisfacciones
☐ Algunas veces insatisfacciones ☐ Indiferencia sexual al orgasmo
4.11.16. Disparenia (dolor en el coito)
☐ No existe ☐ Ocasional ☐ Frecuente ☐ Constante
4.11.17. Vaginismo
☐ No existe ☐ Ocasional ☐ Frecuente ☐ Constante
4.11.18. Masturbación (con o sin coito): .....
4.11.19. Tendencia sexual
☐ Heterosexualidad ☐ Homosexualidad ☐ Hetero y homosexualidad
4.11.20. Si no existe tener relaciones sexuales ¿cuál es la razón más importante que da?
☐ El quiere ☐ Religiosa
☐ Miedo ☐ Tiene o no tiene una relación sexual adecuada
☐ Temor al embarazo ☐ Temor a no ser satisfactoria
☐ Temor al contagio (herpes s/v, otro tipo) ☐ Temor a tener daño físico, palpitaciones o dolor
4.11.21. Localización vaginal
☐ Normal ☐ Falta consulta ☐ Normal (modificación) ☐ Excepto el cérvix
.....

EXPLORACION

Hora: .....
Fecha: .....

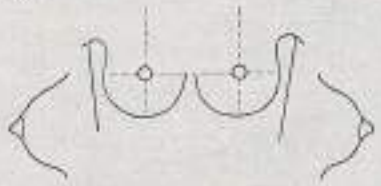
4.12. DATOS GENERALES.

Talla: ..... Peso: ..... T. A. ..... S. R. R. .....

4.13. EXPLORACION GENERAL.

.....

4.14. EXPLORACION MAMARIA



.....

4.9. EXPLORACIÓN GENITAL

4.9.1. Genitales externos: .....

4.9.2. Tocador: .....

4.9.3. Hallazgo ginecológico (Forma de Presentación)

☐ Ni ☐ Ma ☐ Triple Ma. ☐ Tres cuarta vaginal

4.9.4. Examen bacteriológico de la secreción vaginal ☐ Si ☐ No

4.9.5. Estudio colposcópico

4.10. TACTO VAGINAL

4.11. OBSERVACIONES

4.12. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Laboratorio: .....

Otros: .....

4.13. DIAGNÓSTICO

4.14. TRATAMIENTO

DESPEDIDA

Antes de terminar este encuentro de reflexión de cinco días, permitidme que de nuevo me dirija a vosotros, como lo hice al principio.
Os animé entonces a compartir el curso como una respuesta y un servicio que debemos al hombre de hoy. Quiero agradeceros sinceramente el que entre todos hayamos cumplido los objetivos que nos propusimos: estudio, reflexión, intercambio, clarificación de conceptos, etc.
Gracias, muchas gracias, a los profesores porque todos lo habéis hecho muy bien; gracias, porque no nos habéis dado un código de respuestas, sino que nos habéis señalado caminos; gracias, porque si bien veníamos con inquietudes nos vamos más inquietos todavía; gracias, porque si bien intuíamos que ninguna causa vale más que un hombre, nos habéis hecho ver que ya va siendo hora de que la compartamos, luchemos por ella sin partidismos, sin fanatismos, sin protagonismos, sino como un humilde servicio a una causa común: la del hombre, cualquier hombre, todos los hombres.
Gracias, muchas gracias a todos los participantes, a vosotros que habéis hecho realidad este curso, con vuestra presencia, con vuestro interés y responsabilidad, con vuestra participación activa. Gracias a cuantos en el anonimato y la oscuridad hacen que las cosas estén a punto.
El curso no acaba, sino que debe continuar ahora en la vida.
Yo os invito a que allí donde cada uno está sepa descubrir la riqueza y las posibilidades de acción. Uno de los propósitos del curso era sensibilizar, hacer tomar conciencia a un grupo de profesionales de las distintas diócesis, para que después sirvan de fermento y estímulo en sus respectivos lugares.
Me congratulo, porque esta idea quiere ser puesta en marcha a distintos niveles.
Queremos que este curso no termine ahora, sino que continúe de alguna forma.
Por ello, nos proponemos realizar dos cursos más breves, uno en Tarragona y otro en Lérida, en los meses de abril y junio respectivamente.
Ello será como una prolongación de lo que ahora estamos haciendo.
Por ello, no decimos: el curso queda calusurado, sino todo lo contrario: AHORA SE ABRE EL CURSO. *Muchas gracias.*

J. L. R.

CENTROS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Alicante: Plaza de España, 6.
Badajoz: Ronda Pilar, 28.
Barcelona: S. V. Pradera, 7.
Estella: Hospital Comarcal.
Granada: Carretera de Málaga.
Guadalajara: calle Iparraguirre.
Logroño: Villamediana, 19.
Madrid: Martínez de la Riva, 57.
Málaga: Puente Carmen, 30.
Murcia: A. I. Martín, 30.
Palma de Mallorca: C. Matelo, 40.
Pamplona: Leyre, 15.
Salamanca, Valencia, 12.
Santander: F. Vidal, 17.
Talavera de la Reina: S. Demostración.
Tenerife: General Franco, 47.
Valencia: M. Mascó, 35.
Valladolid: Ramón y Cajal, 63.
Sevilla: Centro Asesor de la Mujer (Junta de Andalucía, calle Mateos Gago, 9, 2.° derecha).
Valencia: Centro de Planificación Familiar. Plaza Xuquer, 4, puerta 4, Centro de Planificación Familiar, calle Abe. Alamar, s/n. 1.°, B. 8.
Zaragoza: Asociación Aragonesa de Planificación Familiar, Avenida San Juan de la Peña, 129 (Asociación de Vecinos Picarral).
Cornellá (Barcelona): Centro de Planificación Familiar Dr. Jaime Vera. Casa del pueblo. Avda. del Parque, 2, 2.°. Teléfono 377 62 51.
Barañain (Navarra): Asociación de Planificación Familiar. Plaza de los Tilos, 6, 2.° A. Tel. 25 62 96.
Barcelona: Centro Municipal de Planificación Familiar. Paseo Maragall, 242 bajos. Tel. 229 00 69.
Bilbao: Comisión de Planificación Familiar. Calle Villabaso, 24 lonja.
Málaga: Centro Asesor de la Mujer. Calle Calderería, 7, 4.°.

B.O.E.

PRESIDENCIA DEL GOBIERNO

24414. *REAL DECRETO 2275/1978, de 1 de septiembre, sobre establecimiento de servicios de orientación familiar.*

La evolución de la sociedad española hacia una consolidación democrática en donde la Administración es considerada como un instrumento al servicio de la comunidad, exige la prestación de un conjunto de servicios seria y urgentemente demandados.

La necesidad de adecuar los cometidos de la administración sanitaria y comunitaria a estas exigencias, de forma que respondan a las necesidades de la población, hace aconsejable la creación de servicios destinados a prestar los asesoramientos precisos en todos los aspectos relacionados con la salud y las implicaciones que sobre la misma pueda tener la procreación, la familia y su entorno.

La prestación de estos servicios debe inspirarse en los criterios y directrices de los Organismos internacionales competentes en el tema.

El establecimiento de estos servicios no pretende, en ningún caso, imponer directa ni indirectamente un control de la natalidad, sino permitir la adopción de decisiones racionales y libres sobre la misma.

En su virtud, a propuesta de los Ministros de Cultura y de Sanidad y Seguridad Social, y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día uno de septiembre de mil novecientos setenta y ocho.

Dispongo:

Artículo primero. — Uno. Los Ministerios de Sanidad y Seguridad Social y de Cultura, establecerán coordinadamente de conformidad con lo previsto en este Real Decreto servicios de orientación familiar, cuyas actuaciones se desarrollarán en los centros o instituciones dependientes de los Departamentos indicados, o de las Entidades u Organismos a ellos adscritos.

Dos. Las atenciones médico-sanitarias y parasanitarias para la orientación familiar serán prestadas de conformidad con lo previsto en el artículo cuarto y en las normas que al efecto dicte el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

Tres. Los servicios de asesoramiento, información y ayuda a la madre y al niño serán prestados indistintamente por personas dependientes de cualquiera de ambos Ministerios, según las instrucciones y directrices del de Sanidad y Seguridad Social en los aspectos específicos sanitarios.

Artículo segundo. — Los objetivos fundamentales de las acciones médico-sanitarias para la orientación familiar son, con carácter general, promocionar la salud individual y familiar y concretamente facilitar la información y asesoramiento sanitario precisos, en materia de educación sexual y de procreación; fomentar el reconocimiento médico prenupcial y el consejo genético; orientar sobre problemas de esterilidad; prevenir el aborto y la subnormalidad, y aproximar a la población los recursos médico-sanitarios que impidan los efectos patológicos que puedan derivarse de la ignorancia o marginación.

Artículo tercero. — Las acciones comunitarias dependientes del Ministerio de Cultura tendrán como objetivos fundamentales: realizar campañas de mentalización de la sociedad; informar por medio de entrevistas personales y acordes con las características de cada consultante, para que todo embarazo responda a una decisión responsable; promover la creación de unos servicios de atención a la madre y al niño hasta los dieciocho meses, que favorezcan la plena armonía entre el derecho del niño a una protección integral y el derecho de la madre a una plena integración en la sociedad; y, en general, colaborar y apoyar las acciones previstas en el artículo anterior.

Artículo cuarto. — Los servicios sanitarios para la orientación familiar que serán dirigidos por un médico, contarán con el personal sanitario y parasanitario del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social para garantizar no sólo las mínimas atenciones médicas, sino también sanitario-sociales. Tendrán, en todo caso, carácter gratuito.

Artículo quinto. — Para la realización de estas acciones a que se refiere este Real Decreto, se aprovecharán al máximo los Centros dependientes de los Ministerios de Cultura y de Sanidad y Seguridad Social y sus organismos dependientes, con vista a satisfacer de forma progresiva las necesidades de personal y consulta a nivel regional, las asistenciales en el ámbito provincial y las de información y consejo en el comarcal y local.

Artículo sexto. — Se faculta al Ministerio de Sanidad y Seguridad Social para que en el ámbito de su competencia dicte las normas precisas para la puesta en marcha de los servicios médico-sanitarios de orientación familiar y regule su funcionamiento, así como para señalar las exigencias aplicables a los servicios del mismo carácter no dependientes de la Administración del Estado ni de la Seguridad Social, como asimismo su posible coordinación.

Asimismo se faculta al Ministerio de Cultura para que en el ámbito de su competencia dicte las normas precisas para la puesta en marcha de las acciones enumeradas en el artículo tercero, así como para establecer conciertos para los fines previstos en el presente Real Decreto.

Disposición adicional

Las acciones médico-sanitarias para la orientación familiar previstas en el presente Real Decreto se iniciarán, con carácter experimental, a través de quince Centros, cuya localización geográfica se determinará por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

Disposición final primera

Por los Ministerios de Sanidad y Seguridad Social y de Cultura, en el ámbito de sus respectivas competencias, se dictarán las disposiciones necesarias para el desarrollo de lo previsto en el presente Real Decreto.

Disposición final segunda

El presente Real Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Dado en Palma de Mallorca a uno de septiembre de mil novecientos setenta y ocho.

JUAN CARLOS

El Ministro de la Presidencia,
JOSÉ MANUEL OTERO NOVAS

B. O. E. 25 de setiembre de 1978

BIBLIOGRAFIA SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR

ALEXANDER, F., BRILL, A. A. y otros: *Neurosis, sexualidad y psicoanálisis de hoy*. Buenos Aires, Paidós, 1963.

ALORCO GORBEA, J.: *El hombre, la mujer y el problema sexual. Barcelona*, Aymá, 1964.

ARAY, J.: *El aborto. Aspecto psicoanalítico*. Buenos Aires, Hormé, 1968.

AUSUBEL, D. P. y otros: *Familia y sexualidad*. Buenos Aires, Paidós, 1965.

BAUER, A.: *La mujer y la maternidad a través de la historia*. Buenos Aires, Poligráfica Argentina, 1964.

BENEDEK, T. y RUBINSTEIN, B. B.: *El ciclo sexual de la mujer*. Buenos Aires, Nova, 1950.

BERELSON, B.: *Programas de planeamiento familiar*. Buenos Aires, Paidós, 1972.

BRUGAROLA, M.: *Sociología y teología de la natalidad*. Madrid, Studium, 1967.

CALDERONE, M. S.: *Técnicas anticoncepcionales*. México, Interamericana, 1966.

CARLETON, R. O.: *Aspectos metodológicos y sociológicos de la fecundidad humana*. Buenos Aires, Paidós, 1970.

CARRASCO, EUGENIO: *Control de la natalidad en México y América Latina*. México, Porrúa, 1965.

COMFORT, A.: *La sexualidad en la sociedad actual*. Buenos Aires, Hormé, 1966.

CHAUCHARD, P.: *En contra de la píldora y la Planificación Familiar*. Santiago de Chile, Pomaire, 1967.

— *Amor y anticoncepción*. Madrid, Fax, 1968.

DEMAREST, R. J. y SCIARRA, J. J.: *Concepción, nacimiento y anticoncepción*. Buenos Aires, Paidós, 1971.

DRILL, V. A.: *Anticonceptivos orales*. Buenos Aires, Paidós, 1968.

DUPRÉ, L.: *Los católicos y la anticoncepción*. Buenos Aires, Paidós, 1966.

GARAT, L. y otros: *Problemas de la fecundidad. Embarazo y alumbramiento*. Buenos Aires, Escuela, 1966.

GOLSICHER, W. y WRAY, E. R.: *Anticoncepción por vía bucal*. Rosario, La Médica, 1966.

GUTTMACHER, A. F. y otros: *El control de la natalidad*. Buenos Aires, Hormé, 1968.

— *Anticoncepción, fertilidad y amor*. Buenos Aires, Paidós, 1970.

HAVEMANN, E. y otros: *Control de la natalidad*. México, Time Life, 1967.

HASTINGS: *Impotencia y frigidez*. Buenos Aires, Medina, 1966.

HORNSTEIN-FALLER-STRENG: *La vida conyugal*. Barcelona, Daimón, 1963.

— *Vida sexual sana*. Barcelona, Daimón, 1963.

HUNTER, T. A. A.: *El matrimonio moderno y la sexualidad*. Buenos Aires, Hormé, 1967.

JASPERS, K. y otros: *Sexología del matrimonio*. Buenos Aires, Escuela, 1966.

KELLY, G. A.: *El control de la natalidad y los católicos*. México, Diana, 1964.

LANGER, M.: *Maternidad y sexo*. Buenos Aires, Paidós, 1964.

LOMBARDO, L.: *La sensación sexual en el hombre y en la mujer*. México, Diana, 1963.

MAC AVOY, O.: *El amor humano y el control de nacimientos*. Barcelona, Nova Terra, 1965.

MALDONADO, A.: *La Iglesia y el control de la natalidad*. Buenos Aires, Paidós, 1970.

MASJUAN, J. L. de: *Comportamientos anticonceptivos en la familia marginal*. Buenos Aires, Troquel, 1970.

MATTELART, A.: *¿A dónde va el control de la natalidad?* Santiago de Chile, Universitaria, 1967.

MEARS, E.: *Manual médico de anticoncepción oral*. México, Pax, 1967.

MERTENS DE WILMARS, CH.: *Psicopatología de la anticoncepción*. Madrid, Fax, 1966.

NEUBART, S.: *Las técnicas anticonceptivas en la vida sexual*. Buenos Aires, Paidós, 1970.

RAINIER, J. y RAINIER, J. J.: *Aventura sexual en el matrimonio*. México, Grijalbo, 1967.

— *El placer sexual en el matrimonio*. Buenos Aires, Ed. Central, 1963.

REICH, W.: *La función del orgasmo*. Buenos Aires, Paidós, 1972.

REY, A. y CASTLE, J. E.: *El control de la natalidad*. Barcelona, Scientia, 1965.

ROCK, J.: *Control de natalidad*. Barcelona, Seix Barral, 1964.

ROMERO, H.: *El control de la natalidad; prejuicios y controversias*. Santiago de Chile, Universitaria, 1964.

RUSSEL, B. y otros: *La familia y la revolución sexual*. Buenos Aires, Hormé, 1968.

SALERMO, E. V.: *Fundamentos de la sexología*. Buenos Aires, Paidós, 1967.

— *Ginecología y psicosomática*. Buenos Aires, Paidós, 1968.

— *La frigidez sexual de la mujer*. Buenos Aires, Paidós, 1968.

AUER. CONGAR. RAHNER: *Etica y medicina*. Ed. Guarradama.

HARING: *Moral y medicina*. Ed. Perpetuo Socorro.

SPORKEN: *Medicina y ética en discusión*. Ed. Verbo Divino.

AUGUSTO LEÓN: *Etica en medicina*. Ed. Científico-médica.

CABALLERO: *Nueva pastoral del matrimonio*. Ed. Perpetuo Socorro.

MARCIANO VIDAL: *Moral del amor y de la sexualidad*. Ed. Sígueme.

HORTELANO: *El amor y la familia en las nuevas perspectivas cristianas*. Ed. Sígueme.

PRENAFETA: *Natalidad Regulada*. Ed. Vilamala.

FORCANO: *Por qué y cómo regular la natalidad*.

ENCÍCLICA: *Humanae Vitae*.

EL DOSSIER DE ROMA: *Control y regulación de nacimientos*. Ed. Nova Terra.

ARÓSTEGUI: *Persona, sexo y sociedad*. Ed. PPC.

L'OSSERVATORE ROMANO (ed. española, 28 julio 1974): *El respeto a la vida y los derechos humanos en la política mundial de la población*.

REV. VIDA NUEVA, n.º 949 (28 sep. 1974): *Dossier sobre el año de la población.*
DEXEUS-RIVIERE: *Anticonceptivos y control de natalidad.* Inst. Dexeus.
MANISOFF: *Planificación Familiar.* Interamericana. (Amplia bibliografía.)
UNESCO: *Población y educación.* Ed. Pax. México. (Amplia bibliografía.)
UNESCO: *La población mundial.* Ed. Promoción Cultural.
VALENTINE, G. H.: *Cromosopatías humanas.* E. JIMS, Barcelona.
ROZENBAUM, H.: *Anticoncepción: indicaciones y contraindicaciones.* Ed. Toray-Masson.
SIECUS: *Guía sexual moderna.* Granica, editor.
SUZANNE PARENTEAU-CARREAU: *Hacer el amor, hacer un hijo.* Ed. Tucán.
POPULATIONS COUNCIL: *Informes sobre población. Planificación familiar.* (Publicación periódica) Nueva York.
I.P.P.F.: *Europe Regional Information Bulletin.* (Publicación periódica). Londres.
NACIONES UNIDAS: *Social Welfare and Family Planning.* Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. 1976. Publ. n.º E.76.IV.6.
NACIONES UNIDAS: *Status of Women and Family Planning.* Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Publ. n.º E.75.IV.5.
O.M.S.: Informes técnicos, números 442-476-483-508-569-572-575-600. Organización Mundial de la Salud. 1.211 Ginebra, 27. Suiza.

Entidades que publican sobre Planificación Familiar:

O.M.S.
1.211 Ginebra - 27 (Suiza).

NACIONES UNIDAS
Departamento Asuntos Económicos y Sociales
Ginebra (Suiza).

INTERNATIONAL PLANNED PARENHOOD FEDERATION (I.P.P.F.)
Sección Europea
64 Sloan Street
London SWI. (Inglaterra).

UNESCO (Publications)
Place Fontenoy
Paris - 7 (Francia).

PLANNING FAMILIAL
2. Rue Colonnes
Paris - 2 (Francia).

MATERIAL AUDIOVISUAL

1. Laboratorios «Milupa»

Ser madre. Película de súper 8 y 16 mm. Duración 25 minutos. Sonora. Trata de las diversas circunstancias que inciden en el periodo de la gestación, cuidados físicos, psicológicos, etcétera.

Nacer. Película de 16 mm. Duración 20 min. Sin diálogos. Una película realizada bajo una técnica en que se evita todo el choque psicológico que puede ocasionar en el nacimiento en medio de luces, ruidos, etc.

Niño prematuro. Película de 16 mm, sonora, 20 min de duración. Entrevista con los padres y el pediatra. Consejos e instrucciones para el cuidado especial de estos niños.

2. Películas Wyeth-Orfi

Planificación Familiar. 16 mm, color; duración 10 min. Película de divulgación, realizada con la colaboración de IPPF destinada a candidatas a Planificación Familiar. A través de dibujos animados, divulga los diferentes métodos contraceptivos.

La píldora en tu vida. 16 mm, color; duración 10 min. Película instructiva, realizada con la colaboración de I.P.P.F., destinada a clínicas de Planificación Familiar para la información de las mujeres que comienzan a tomar la *píldora.* Describe, en términos familiares, la fisiología normal de la concepción, la forma en que se ve afectada por la *píldora* y los efectos secundarios que ésta puede producir. Además de enseñar a las pacientes cómo tomar correctamente la *píldora,* las tranquiliza en lo tocante a sus efectos secundarios leves.

El comienzo de la vida. 16 mm, color; duración 28 min. Mediante nuevas técnicas fotomicrográficas esta película destaca, en términos cinematográficamente impresionantes, las etapas de fertilización y concepción.

Efectos metabólicos de los anticonceptivos orales. 16 mm, color; duración 30 min. Se presenta en la pantalla una entrevista con el profesor Wynn, el Dr. Briggs y el profesor Plunkett sobre el tema de los efectos metabólicos a largo plazo de los anticonceptivos orales. A base de estudios comparativos efectuados en 49 pacientes, se demuestra que la asociación de 150 mcg de *d*-norgestrel y 30 mcg de etinilestradiol posee ventajas definidas con relación a la coagulación sanguínea, metabolismo lípido, niveles de colesterol y metabolismo hidrocarbonado.
(Ambos laboratorios disponen también de diverso material didáctico: libros, folletos, posters, etc.)

3. Otros

Educación para el amor. Colección de siete carpetas con sus correspondientes cassettes de CATEQUÉTICA SALESIANA, sobre el tema del amor, el cuerpo, la sexualidad...

Vida y Amor. Audiovisuales CLARET, tres montajes sobre fecundidad, despertar de la sexualidad y formación de la afectividad. Temas para educadores, padres y jóvenes.

Andrés y María. Audiovisuales sobre las relaciones prematrimoniales. Tema para discutir. PARÁBOLA.

Ahora, ¿un niño? Cuatro parejas se interrogan sobre la conveniencia de ser padres; un audiovisual de PARÁBOLA.

El arte de ser pareja. Audiovisual de Ed. PAULINAS. Reflexiones antropológicas sobre el matrimonio.

Matrimonio: ¿nos casamos por la Iglesia? Audiovisual de DINAMA. Tema para cursos prematrimoniales, grupos catequéticos.

Compañeros de alcoba en un día de lluvia. Filme en 16 mm. Examen sobre la vida matrimonial y su concepción hoy día. PARÁBOLA.

Sueños, amor, sacramento (matrimonio). Filme de 16 mm. Situaciones matrimoniales típicas de hoy. San Pablo Films.

Matachana responde a todas las necesidades hospitalarias.

Autoclaves de esterilización a vapor y gas (oxido de etileno). Esterilizadores de aire caliente. Mobiliario clinico: Vitrinas estériles, carros de transporte, ventanas de guillotina, etc. Mesas de operaciones. Lavacuñas. Cuñas de acero inoxidable. Esterilizadores de cuñas. Túneles de lavado y secado. Mesas de autópsias. Cámaras frigorificas para cadáveres. Transportadores motorizados y de gravedad...

Fabricamos, proyectamos, instalamos y continuamos preocupándonos del rendimiento de la instalación, a través de nuestro Servicio de Asistencia Técnica.

ANTONIO MATACHANA, S.A.
División Hospitales
Via Augusta, 11 - Tel. 218 46 05. BARCELONA-6
C/. San Bernardo, 110 - Tel. 445 20 75. MADRID-8

PAI construcciones

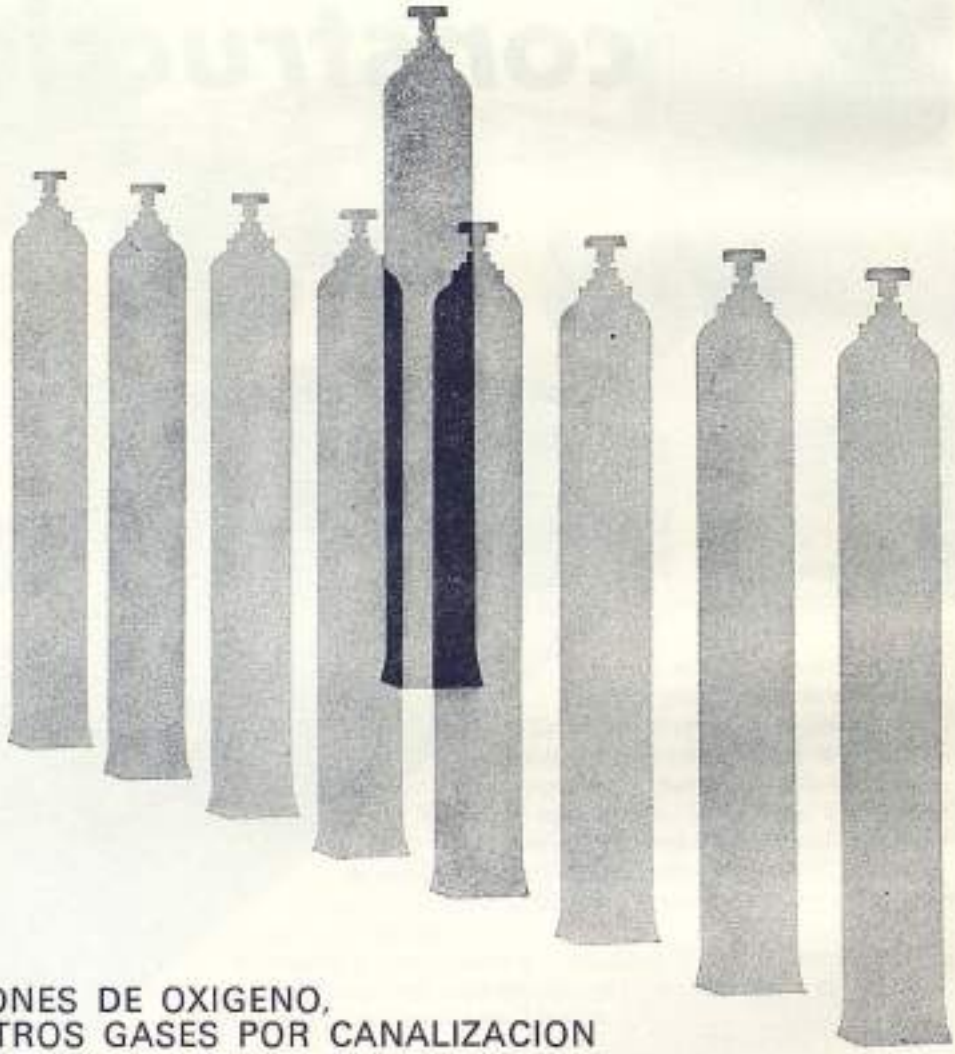
Actualmente está construyendo
un nuevo pabellón
en el Sanatorio Psiquiátrico
Nuestra Señora de Montserrat
en San Baudilio de Llobregat.

Guipúzcoa, 62, 11.º 2.ª - BARCELONA 20

Teléfonos 236 97 49 / 303 07 34

OXIFAR, S. A.

Más de 35 años de experiencia en el campo de la oxigenoterapia garantizan nuestras instalaciones y equipos



INSTALACIONES DE OXIGENO,
VACIO Y OTROS GASES POR CANALIZACION

BARCELONA (26)
Enamorados, 136
Teléfono *225 82 60

MADRID (4)
Amador de los Ríos, 1
Teléfono 419 28 00

ZARAGOZA (5)
Baltasar Gracián, 7
Teléfono *25 72 53

Dirección Telegráfica «OXIFAR»

Fagor Industrial
en hostelería, frío y lavandería tiene mucho que "enseñar"...

Sí, Fagor Industrial desea mostrar las múltiples instalaciones realizadas. Son más de 50.000 las referencias que actualmente están en pleno funcionamiento y que Ud. puede apreciar

Nuestra propia tecnología, más la experiencia adquirida (50.000 instalaciones) son la mejor garantía de unas prestaciones y rendimientos constatados en todos nuestros aparatos.

Fagor Industrial sabe de la importancia del servicio técnico para tener siempre "a punto" sus aparatos, por eso dispone del mejor servicio de asistencia técnica y es el único que proporciona este servicio a todos los aparatos de una instalación (hostelería, frío, lavavajillas, lavandería)

FAGOR INDUSTRIAL

La más completa gama de aparatos para cocinas, lavado de vajillas, frío y lavandería.

Fábrica y oficinas centrales: OÑATE (Guipúzcoa)
Teléfonos: (943) 78 01 51 – 09 00 – 09 90
Delegaciones, representaciones y asistencia técnica

GEVAERT AGFA-GEVAERT

Si necesita una máquina para el tratamiento de las radiografías, precise bien cuál es la que más le conviene. NOSOTROS TENEMOS 5.

Teniendo en cuenta que los departamentos radiográficos no tienen todos los mismos problemas ni idénticas necesidades en cuanto al equipo para el tratamiento de las radiografías, nuestro programa Gevamatic está compuesto actualmente de 5 máquinas cuyas características y resultados han sido cuidadosamente estudiados para responder a las diversas necesidades.
No obstante todas tienen en común, el ofrecer un alto nivel de calidad y una fiabilidad total en los resultados.

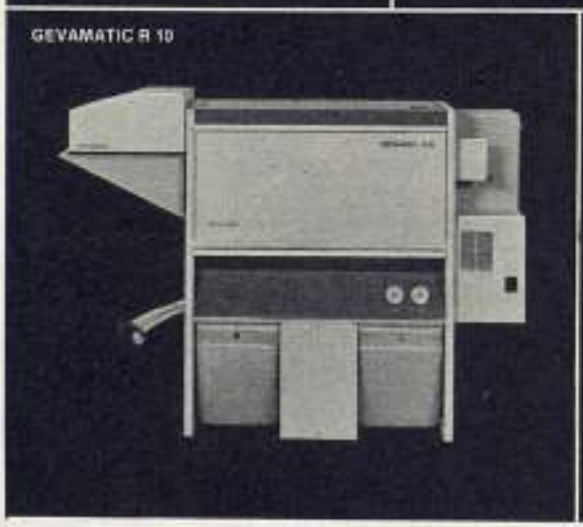
GEVAMATIC 110 U: Capacidad 110 películas/hora. Duración del tratamiento 90 seg. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. Transporte de la película enteramente horizontal. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.
GEVAMATIC 240 U: Capacidad 240 películas/hora. Duración del tratamiento 2 y 4 min. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.
GEVAMATIC 401: Capacidad 360 películas/hora. Duración del tratamiento 90 seg. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.
GEVAMATIC R 10: Modelo de mesa para el tratamiento de películas de 16, 35, 70, 90, 100 y 105 mm. y para películas de 10 x 10 cm. Conducción de agua fría. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.
GEVAMATIC 60: Modelo de mesa. Capacidad 60 películas/hora. Dispositivo economizador.

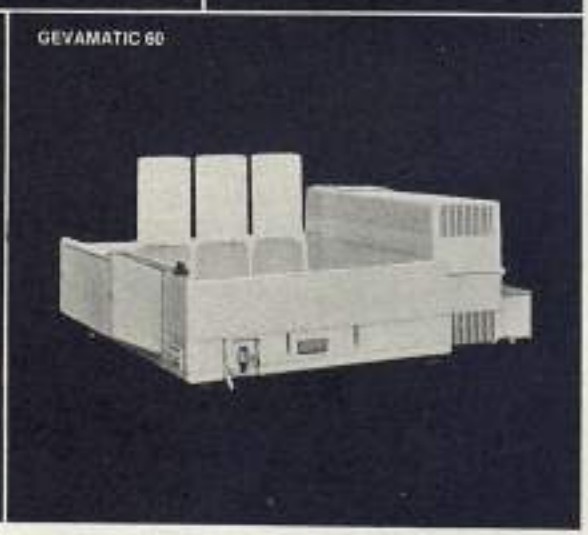
AGFA-GEVAERT, S.A.
Paseo de Gracia, 111
Barcelona-8

GEVAMATIC 110 U

GEVAMATIC 240 U

GEVAMATIC 401


GEVAMATIC R 10


GEVAMATIC 60

SMITH NEPHEW IBERICA, S. A.
INFANTA CARLOTA, 61
Teléfono 250 79 25 - BARCELONA-29

SN-79001

Solicite por escrito las Ediciones Especiales.

TECNICAS DE VENDAJES "TENSOPLAST"
"TECNICAS GYPSONA"

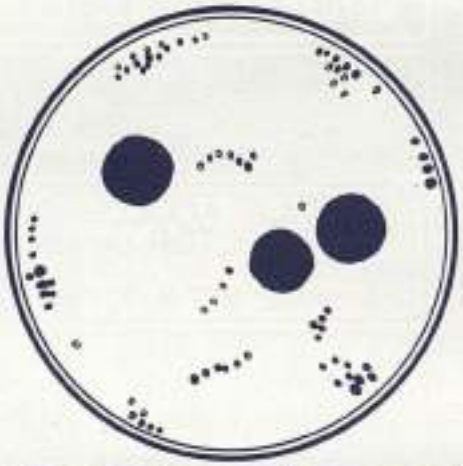
Crystona®	VENDA SINTETICA PARA ENYESADOS Activada por inmersión en agua. Rápido soporte de carga y resistente al agua. Ligera de peso y gran dureza. Fácil de aplicar y amoldar. Med.: 7,5/10/15/20 cm. x 2,70 m.
Crepe S.N.®	VENDA ELASTICA SIN HILOS DE GOMA 100% algodón - Color crudo Medidas: 5 cms. x 4 m./7 x 4/10 x 4/10 x 10
Gypsona®	VENDA DE YESO UNICA, CON GASA DE TEXTURA ENTRELAZADA Medidas: 5/10/15 / 20 cms. x 2,70 m.y medidas esp.
NYLEX® Tubinylex®	VENDA DE PAPEL CREPADO o VENDAJE TUBULAR EXTENSIBLE — PARA APLICAR ANTES DEL ENYESADO
Op-Site®	LAMINA TRANSPARENTE - ELASTICA - ADHESIVA - TRANSPIRABLE - AMOLDABLE Y ESTERIL. Indicaciones: Campo Quirúrgico. Ulceras por decúbito. Injertos de piel y áreas donantes. Quemaduras y escaldaduras. Sujeción de cánulas. Medidas útiles: 14 x 10 cm. 15/30/45 x 28. 45 x 56. 56 x 84 cm.
Soffban®	VENDAJE ACOLCHADO BLANDO, CONFORTABLE Y PROTECTOR para su colocación antes del enyesado. Medidas: 5/7,5/10/15/20 cms. x 2,70 m.
Stuca®	VENDA DE YESO Medidas: 5/10/15 / 20 cms. x 3 m. y medidas esp.
Tensocrepe®	VENDA ELASTICA, POROSA, NO ADHESIVA Color carne Medidas: 5/7,5 / 10 cms. x 4,5 m.
Tensoplast skin traction	EQUIPO DE TRACCION CONTINUA Modelo para adultos Modelo para niños
Tensoplast venda elástica	VENDA ELASTICA, ADHESIVA, POROSA DE ELASTICIDAD LONGITUDINAL Medidas: 5/7,5 / 10 cms. x 2,70 m.
Traumaflex	FAJA TORACICA ELASTICA: MASCULINA - FEMENINA - MUÑEQUERAS - TOBILLERAS - RODILLERAS FAJA TORACICA ABDOMINAL QUIRURGICA
Tensotub®	VENDAJE TUBULAR ELASTICO PROTECTOR PARA ANTES Y DESPUES DE UN ENYESADO

Nivel de

Contaminación bacteriana

Reducción 70 a 95%

de colonias por placa



Decontaminación

obtenida mediante nuestro servicio diario de Limpieza hospitalaria

SAEL

S. A. de Entretenimiento y Limpieza.

Enna. 157-Telf. 309 25 16*- BARCELONA-5

ISS INTERNATIONAL SERVICE SYSTEM

Dinamarca, Alemania F, Austria, Bélgica, España, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Inglaterra, Noruega, Suecia, Suiza, Australia, Brasil

FORET, S.A.
BARCELONA

les recuerda su especialidad

AGUA OXIGENADA
neutra estabilizada

DISTRIBUIDORA LAZURI, S. A.
Gerona, 55, entlo., 2.ª
Tels. 301 54 36 - 301 53 86
BARCELONA 9

Aparatos e instrumentos para diagnóstico, anestesia y reanimación

Mobiliario e instalaciones clínicas

Esterilización

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO
JERINGAS Y AGUJAS DESECHABLES

SUMINISTRO
A CLINICAS Y HOSPITALES DE LA IGLESIA, BOTIQUINES, COLEGIOS, ETC., ETC.

CECSA

COMPAÑIA DE ELECTRONICA Y COMUNICACIONES, S. A.

EMERSON

KOLSTER

Roberto Bassas, 34
Tel. 259 07 00*

Télex 54536
BARCELONA-28

COMO TU, PAPA

Quieres ser alto como papá, fuerte como papá, y saber tantas cosas como papá. Porque papá es el más alto, el más fuerte y el que más cosas sabe. En Nestlé nos gusta el lenguaje de los niños. Nos gustan los niños, porque ellos son los hombres altos, fuertes y sabios de mañana. Por eso en Nestlé tenemos tantos productos para niños. Y por eso nos esforzamos en que sean productos mejores, más nutritivos, más sanos. Porque son para niños y porque sus padres de pequeños ya conocían Nestlé.

Nestlé *más que una marca*

MAQUET

RASTATT/BADEN
(Alemania Occidental)

Primera Firma Europea en Mesas de Operaciones y Equipos Hospitalarios

Libros y revistas

Laboratorio

Instrumental quirúrgico

Mobiliario clínico

FUNDACION GARCIA MUÑOZ

LA ORGANIZACION COMERCIAL
MEDICA MAS COMPLETA DE ESPAÑA

Aparatos médicos

VALENCIA 8 - Lorca, 7 y 9 - Tel. 26 33 05*
ZARAGOZA - Paseo Calvo Sotelo, 31
Teléfono 21 34 46

Electromedicina

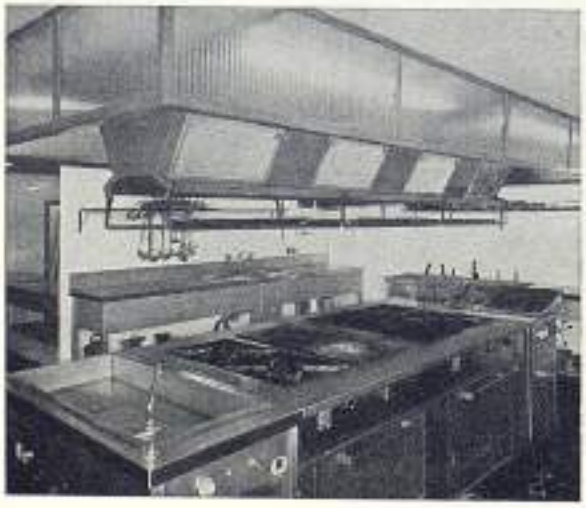
HOSTELERIA

Cafeterías • Autoservicios • Cocinas Industriales

Estudiamos las obras a realizar y estructuramos, en colaboración con el cliente, los planos adecuados para lograr una instalación práctica y de calidad.

Servicio cafeteria

Servicio cocinas

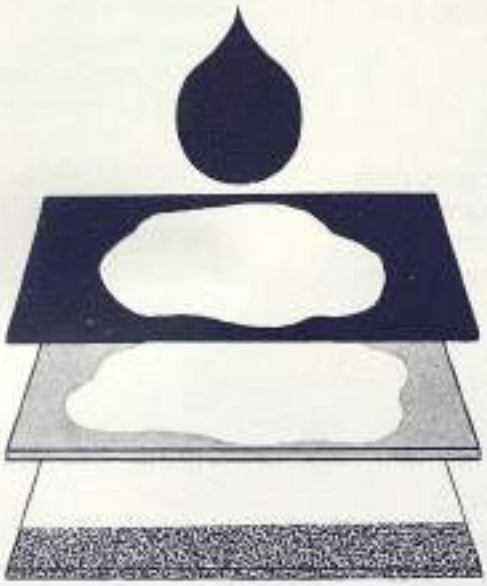


Antonio Matachana, s.a.

VIA AUGUSTA 11 - TELEFONOS 2270840 - 2270835 - BARCELONA-6

klinidrape®

La solución efectiva de los paños quirúrgicos



Material compuesto por:

1. Superficie de tejido no tejido de **gran absorción** con ausencia de partículas libres.
2. Un film de polietileno **impermeable** a la humedad y a las bacterias.
3. Una lámina de celulosa suave que absorbe la transpiración y da **confort** al paciente.
4. **Adhesivo** para fijación de zonas (según necesidades).

- **ABSORBENTE.**
- **ESTERIL.**
- **RESISTENTE.**
- **CONFORTABLE.**
- **FACIL FIJACION.**
- **DESECHABLE.**
- **Y ADEMAS IMPERMEABLE A LAS BACTERIAS.**

MEDHOSA SA
GRUPO MÖLNLYCKE

Carretera Madrid-Barcelona Km. 27,5
Apartado 68 - ALCALA DE HENARES (Madrid)
Tel. (91) 888 24 15 889 39 98

Roger de Flor, 5
BARCELONA-16 - Tel. (93) 309 92 79

INSTRUMENTAL MEDICO, S.A.

Córcega, 242 - Teléfono 218 72 44 - Barcelona-36
Exclusivas de material quirúrgico

Heinr. C. Ulrich

Diagnóstica de Rayos X
Instrumental para exposición angiográfica de órganos y vasos centrales y periféricos, para aortografía directa y selectiva.

Cirugía del Corazón
Instrumentos para operación de ductus arteriosos, de estenosis pulmonares y mitrales, defectos en el septum, para revascularización. Aparatos para circulación sanguínea extracorporal.

Cirugía del Tórax
Toracotomía, resecciones parciales bronquioplastia, operaciones esofacales, hiatus y hernias toracales.

Cirugía de Manos
Instrumentos especiales para regeneración de la función de la mano; para falanges, metacarpios, tendones, vasos y nervios. Implantes de silástico, lupa iluminada, tablillas, mesa para operación de la mano.

Cirugía Vascular
Instrumentos para microcirugía y cirugía vascular, pinzas especiales con mandíbula atraumática para toda clase de anastomosis, instrumentos para endarteriectomía, extracción de venas, desobliteración. Prótesis para bypass y vasos de repuesto.

Cirugía Laparatomía
Instrumentos para cirugía abdominal, resecciones estomacales e intestinales, anastomosis jejunal y esofac várices esofacales, colangiometría, operaciones biliares, hepáticas y rectales.

ZIMMER Great Britain

Prótesis totales de cadera, hombro, codo, rodilla, dedos y metacarpios.

CHR. DIENER

Instrumental general.
DIENER Spezial: Porta-agujas, tijeras y pinzas de disección con boca de metal WIDIA, con 3 años de garantía.

F.L. FISCHER

Instrumental para microcirugía, neurocirugía, otorrino y oftalmología.

STORZ USA

Instrumental y aparatos de oftalmología.
Instrumental de otorrino.
Instrumental de cirugía plástica.
Instrumental de mano, microcirugía, torácica, general y neurocirugía.

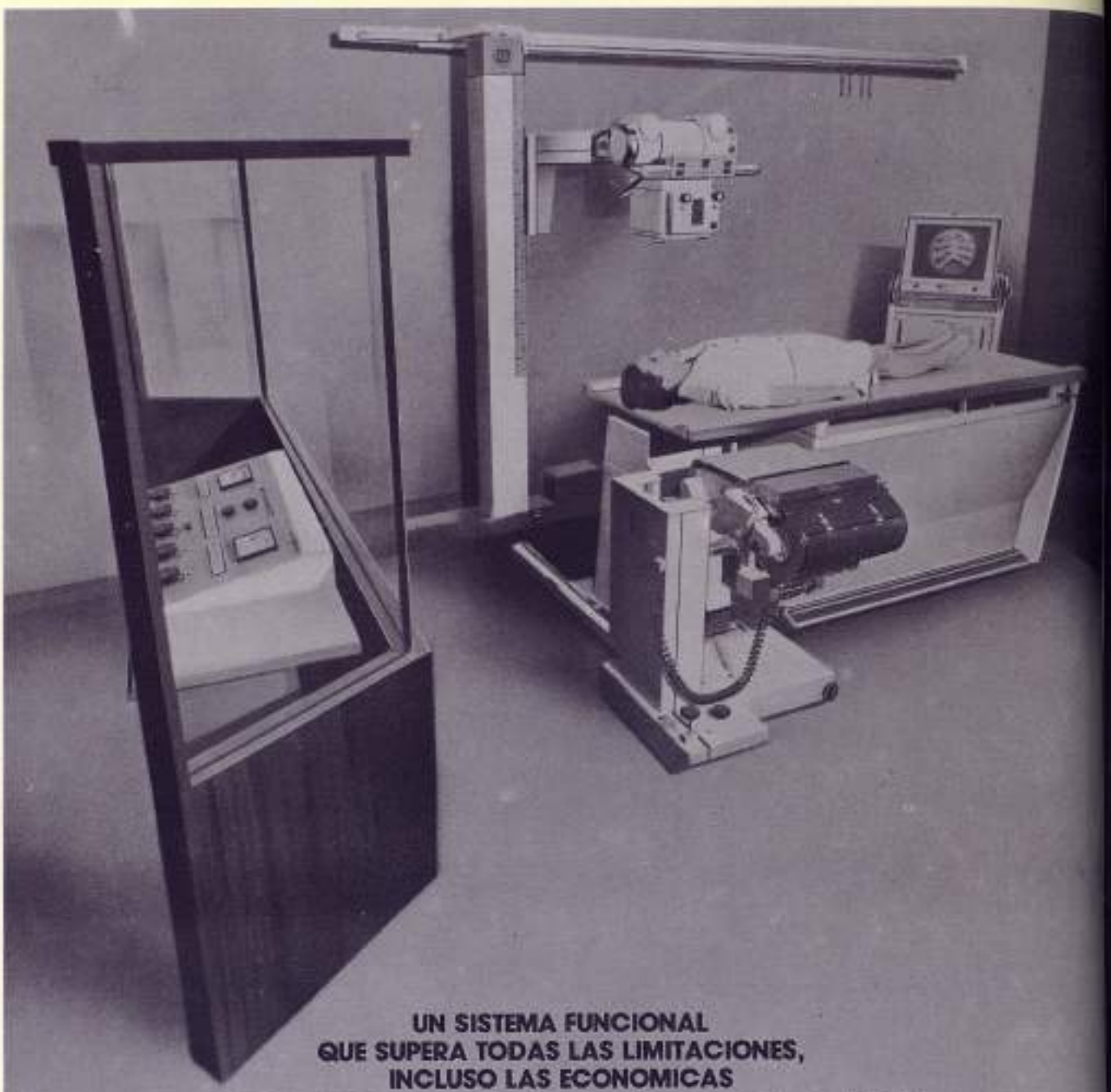
MANI

SERVICIO DE LACTANTES INSTALADO EN EL NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. BARCELONA

Hijo de José Mani
(Salvador MANI DEXENS)

Instalaciones clínicas. Esterilización. Aparatos Médicos

Taller: 339 13 37 - Alcolea, 141 / Oficina: 339 12 45 - Melchor de Palau, 83-87 / BARCELONA 14



UN SISTEMA FUNCIONAL
QUE SUPERA TODAS LAS LIMITACIONES,
INCLUSO LAS ECONOMICAS

SISTEMA VASCULAR "S"

Una unidad de trabajo que pone
en sus manos la posibilidad de incluir,
en su gabinete radiológico, un área hasta ahora
excesivamente costosa, cuyo mayor obstáculo
no era otro que el económico.
Póngase en contacto con General Eléctrica Española,
y verá cómo este problema lo ve de distinta
forma que hasta ahora.

Tecnología Española al Servicio de la Salud