

«ANTICONCEPCIONISMO»*
(Un problema de hoy, de ayer, de siempre)

Dr. RICARDO HORNO LIRIA
Presidente de la Real Academia de Medicina de Zaragoza

I. Crecimiento demográfico

Una serie de acontecimientos socio-biológicos han traído, en estos últimos años, al primer plano de actualidad, los problemas referentes al nacimiento, dándoles un aspecto nuevo e imprevisto, por la extensión alcanzada en el mundo entero.

De las tres grandes revoluciones habidas en el siglo XX: *Revolución política*, cuyo resultado ha sido la autonomía e independencia a gran parte del mundo. *Revolución en las comunicaciones*, que ha roto las barreras de la distancia y del idioma, con intercambio de ideas fuera de los límites dictados por privilegios sociales o políticos; y la llamada: *Revolución demográfica*, debida al enorme avance de las ciencias médicas en la reducción de la mortalidad y prolongación de la vida media del hombre; todas, han dado como consecuencia una *nueva dimensión* a los pueblos, a la pobreza y penuria, a la malnutrición y al sufrimien-

to, como consecuencia de un avasallador incremento de la natalidad y desbordamiento aparente de las rectas soluciones conocidas hasta ahora, ante el desacuerdo entre "*incremento de población*" y posibilidades de "*alimentación*" para la misma.

Examinemos esta progresión creciente de la humanidad hasta hoy. Desde la aparición de la especie humana en la tierra, hasta que los hombres utilizaron por vez primera utensilios, transcurrieron unos centenares de miles de años, y se calcula —por el estudio de fósiles—, que el número de habitantes era de unos cinco millones. Desde entonces hasta la época de aparición de Cristo en la tierra, transcurrieron unos diez mil años, y el número de hombres se estimó en 250 millones. Al comenzar el siglo XVII, el número de habitantes de la tierra era de 500 millones. Vemos, que hicieron falta sólo 1.600 años, para duplicar la población. Trescientos cuarenta años después, en 1940, se eleva la cifra a

* Conferencia extraordinaria pronunciada el día 14-XI-1972.

2.250 millones. Veinticinco años más tarde, en 1965, es ya de 3.350. Es decir, que sólo en un cuarto de siglo aumentamos más de 1.050 millones. Fácilmente se comprenderá así, que en el año 2000, siguiendo los cálculos proporcionales, alcanzaremos una cifra de 6.900 millones, significando casi una "cifra tope" para la superficie vital de la tierra. De estas cifras se deduce, que en el plazo de los 28 años próximos, se duplicará la población mundial, es decir, crecerá tanto como desde Adán hasta hoy.

Estos hechos plantean tremendos problemas, económicos, de vivienda, de salud, de relaciones sociales, de permanencia en el hogar, etc., y son los que han hecho explotar y extenderse, las apetencias de limitación o de regulación de la natalidad, pues si en determinados países el hombre lucha contra el hambre; en otros, lucha por el confort y comodidad, que van disminuyendo a medida que se incrementa el número de hijos, y por tanto, sus necesidades.

De seguir la marcha actual, en un futuro próximo llegaría a crearse un desequilibrio: hombre / rendimiento tierra, y la sobrecarga de población consumiría los ingresos y producción. Por eso la explosión demográfica, las dificultades económicas, la atrozante actitud de muchos gobiernos, y el egoísmo imperante en las masas, ha creado un clima insistente en favor de una mayor atención a los problemas de la natalidad y a su regulación, pues si pensamos sólo en hoy, cerramos los ojos a un mañana incierto, que es aho-

ra cuando hay que planificarlo, con visión de un futuro no lejano.

El problema desborda ya los límites personales, y los Estados pretenden dictar normas que, muchas veces, interfieren el Derecho natural y la libertad de conciencia.

II. El control de la natalidad a la luz de las doctrinas conciliares

Como consecuencia de lo expuesto, vemos que la vida familiar y la vida conyugal pasan en la sociedad actual por una grave crisis, que ha hecho reconsiderar las teorías doctrinales hasta ahora mantenidas como inquebrantables.

Es evidente, que tanto desde el punto de vista natural como cristiano, el fin del matrimonio es la realización plena y perfecta del amor conyugal. No hay felicidad matrimonial, sin amistad conyugal, sin confianza mutua, sin ruego conjunto, sin "unión" íntima y completa.

De esta realización de la unión conyugal, surge lógicamente la *procreación de los hijos*, pues amor y fecundidad se complementan. A ella va, naturalmente encaminada la unión de los sexos, y a ella tienden: el "*instinto de paternidad*" en el hombre, y de la "*maternidad*" en la mujer.

La unión matrimonial, sin embargo, debe tener por objeto, *no la multiplicación de elementos humanos*, sino de "personas humanas". Para que así sea, la "*procreación de los hijos*" debe complementarse con la "*educación*",

suministrándoles los medios necesarios para que lleguen al desarrollo normal y perfecto de su personalidad. Así lo confirma el C. V. II, en su constitución "Gadium et Spes", número 50.

En todo el problema de la natalidad ha de quedar clara esta afirmación fundamental: el Matrimonio es una *institución orientada hacia la fecundidad*. Esta afirmación explícita del texto conciliar, se ve confirmada por la Psicología (el amor es naturalmente fecundo); por la ley natural (la sexualidad está por naturaleza orientada a la transmisión de la vida); por el mismo Derecho (el matrimonio, es un contrato para la procreación), y hasta por prescripción Divina en la Escritura ("procread, multiplicaos y llenar la tierra", Gen. I, 28).

Sin embargo, sería erróneo pensar que el matrimonio hubiera sido instituido únicamente para procrear. El ejercicio sexual humano es mucho más que una simple realidad biológica en orden a prolongar la especie. Responde a unas realidades y a unas exigencias mucho más profundas y personales. El hijo será siempre la obra más perfecta que pueden realizar los padres, pero la alegría de conseguirlo, palidece y amarga en muchos matrimonios, al ir acompañada de dificultades e inconvenientes no pequeños; y serán estos últimos, como el telón de fondo en que los otros problemas familiares adquieran volumen y relieve, a la hora de plantearse la pregunta sobre el número de hijos. A la luz de la actual interpretación del matrimonio —"comunidad de vida y amor"—, el

hijo no debe significar una "sorpresa", ni el fruto casual de un episodio fecundo. Los padres, son las fuentes de la vida, pero no la mecánica de la sexualidad, y ante la creación de un nuevo ser humano, adquieren "plena responsabilidad", siendo así cada hijo el fruto de una decisión personal y consciente. Esta actitud es la universalmente admitida hoy en el mundo cristiano, bajo el término: *paternidad responsable*.

Dos notas señala el Concilio cuando se refiere a ella. La primera, que esta decisión, lógicamente, *corresponde hacerla* en último término a los *propios cónyuges*. Pablo VI, en la "Populorum progressio", lo afirma así también: "es a los padres a los que toca decidir, con pleno conocimiento de causa, el número de hijos" (número 37). Y en segundo lugar, que los esposos *no pueden proceder a su antojo* en esta materia arbitrariamente o por egoísmo. Existen unos criterios objetivos que deben orientarse en esta decisión. Estos son —según el Concilio—, "el propio bien personal" de los esposos, "el bien de los hijos ya nacidos o todavía por venir", las "circunstancias de los tiempos y del estado de vida", tanto materiales como espirituales, y "el bien de la comunidad familiar, de la sociedad temporal, y de la propia Iglesia" (G. S. núm. 50, 2).

Con este concepto es como los padres han de decidir, si el nuevo hijo podrá *conciliarse con ellos*, o si su presencia sería de tal modo destructiva de alguno de estos bienes, que una postura "responsable" conduzca a la reso-

lución de que el hijo es mejor *que no llegue a ser realidad*. “Esta decisión —dice el Concilio—, deben formarla ante Dios, los esposos personalmente.” Así *el número no se deja al azar*, sino que conforme a lo que Dios quiere de ellos, *es planificado* de acuerdo con las circunstancias familiares.

Esto plantea —como ustedes ven—, una revisión profunda de todos los actuales sistemas de educación sexual y del carácter, que permita una actualizada aplicación de los mismos, en orden a una promoción humana de acuerdo con las modernas tensiones, exigencias y riesgos a que se ve sometido el hombre de nuestra época.

III. Posibles soluciones y medidas

Ante la agudeza y extensión de estos problemas, todos los peritos en estas cuestiones: médicos, economistas, sociólogos, moralistas, legisladores, etcétera, se han preocupado de orientar sus estudios al esclarecimiento y solución posible de los mismos. *Mayor producción* de las fuentes de la tierra con sus grandes recursos, *mejor reparto de la población mundial*, *superación de las condiciones ambientales y sociales*, y —en determinados casos— una prudente *regulación de la natalidad*, parecen ser las soluciones. Examinémoslas rápidamente.

A. *Incremento de producción*. — La producción mundial de alimentos hasta hoy, con unos 3.200 millones de personas, puede ampliarse a cerca

de 267.000 millones de hectáreas, con lo que quedaría asegurada la alimentación de hasta 7.000 millones de personas (ya dijimos que se preveían unos 6.900 millones para el año 2000). Y si el rendimiento de la tierra que obtienen hoy los países adelantados pudieran extenderse a los demás, las zonas actualmente cultivadas (que sólo representan el 15 % de las existentes) bastarían para alimentar a 10.000 millones de seres humanos.

La recuperación de tierras mediante la roturación de terrenos cultivables, la lucha contra la erosión, la recuperación de los terrenos desérticos como las realizadas por Israel, Egipto, Brasil, etc., transformando extensas zonas de ellos en tierras fértiles; la resta de tierras al mar, como en Holanda; la “hidroponía” o cultivo de plantas sin tierra en medios acuáticos a los que se añaden los nutrientes necesarios; los cultivos en invernaderos, el mejoramiento de las variedades de plantas de cultivo; la utilización de pesticidas, herbicidas e insecticidas para evitar la mayor parte de las plagas, hierbas parásitas e insectos, que a veces consumen hasta un 40 % de la producción. La crianza de peces en el mar o en lagos y estanques como si fueran corrales de granja o rebaños de ganado; el incremento de los criaderos de moluscos en el mar, etc., son nuevos datos favorables en esta *lucha contra el hambre* presente y futuro.

La carrera para incrementar los rendimientos de las cosechas ha sido vertiginosa en estos últimos años, merced a los descubrimientos científicos y téc-



Tratamiento Farmacodinámico con Vit. B₆

TRIFORTAL

estabilidad vital

COMPOSICION

Vitamina B ₆	1 cápsula contiene:	
Vitamina B ₆	Clorhidrato de Piridoxol	350 mg.
Vitamina B ₆	5'-fosfato de Piridoxal	75 mg.
Vitamina B ₆	Clorhidrato de 5'-fosfato de Piridoxamina	75 mg.

PRESENTACION

TRIFORTAL
frasco de 20 cápsulas



Novofarma S.A.

Madrid, Apdo. 21009 - Barcelona, Apdo. 1415

en el síndrome
Artropatía-Dolor
Impotencia Funcional
de la
Enfermedad
Reumática

INDOMETACINA LIADE

ANTIINFLAMATORIO
ANALGESICO
ANTIGOTOSO
ANTICOLAGENOSIS

Cápsulas con
25 mg de Indometacina
Frasco de 50 cápsulas
P.V.P. 146,10

Supositorios con
100 mg de Indometacina
Cajas con 10 supositorios
P.V.P. 88,80



nicos, tales como la mejor selección de semillas (con un 10 % más de su rendimiento), o bien con ciclos más breves de maduración permitiendo varios cultivos anuales, o la utilización de cultivos en otras latitudes más septentrionales, etc. Ejemplos de este rendimiento favorable es, que en la Edad Media, en una hectárea se producían 700 kg de cereales, y hoy, en esa misma zona se producen 3.500 kg. Con un monocultivo, en el Japón, se obtienen por hectárea 4.750 kg de arroz, mientras en la India, con esa misma superficie, sólo se alcanzan 1.360 kg. El aumento de la precocidad de los animales, con mejora de los índices de conversión alimentaria, transformándolos en fábricas vivientes de carne, leche y huevos, y reduciendo a la vez el tiempo y cantidades de pienso consumido para alcanzar mayores producciones; el aprovechamiento de las plantas de agua dulce y salada, tales como algas y jacintos lacustres, etc., son otros tantos datos favorables para la *lucha contra el hambre*.

Por tanto, y en resumen, una labor acertada en la producción y en la conservación de alimentos, puede suponer la evidencia de que no habrá falta de disponibilidades para la población en su conjunto futuro.

B. *Mejoramiento de las condiciones económicas, sanitarias y sociales.* El progreso en las condiciones de existencia material, trabajo, transportes, higiene doméstica; el evitar la despoblación de los campos y el éxodo hacia las ciudades facilitando el regreso a la

tierra y colonización interior; la creación de un patrimonio familiar proporcionando habitación sana e higiénica, la mejora de las tasas de mortalidad y morbilidad incrementando las tareas sanitarias, la prevención de infecciones, la ampliación de los beneficios asistenciales de la Seguridad Social, etcétera, son medios a impulsar en este sentido que *evitará el consumo de energías psíquicas y somáticas*.

C. *Regulación de la fecundidad.* — El crecimiento del mundo se ha visto hasta ahora regulado en parte, por enfermedades, epidemias, guerras, etc. En un pasado las enfermedades que de forma endémica o epidémica asolaban la humanidad, producían una tasa de mortalidad que regulaba o impedía el crecimiento rápido del mundo. Así, la célebre epidemia de peste que en el siglo xvi dejó reducida la población mundial al tercio. Así la epidemia de gripe que invadió Europa a principios del xx, con una mortalidad de un 15 % de la población. La no existencia de medicamentos eficaces y la falta de higiene, hacían que la alta mortalidad compensase e incluso superase la tasa de natalidad. Las guerras, hoy no sirven como medio compensador para frenar el incremento de población. Refiriéndonos sólo a la última guerra mundial —la mayor de las padecidas por el mundo—, produjo una cifra de bajas de 20 a 22 millones en total. Exactamente, y en un solo país, China, nacían diez mil niños diarios; más que morían en todos los frentes.

No podemos predecir el futuro del

mundo, ni creemos que esto dependa sólo de la voluntad del hombre. Creemos, que lo mismo que en un pasado la regulación la hacían las enfermedades, las guerras, etc., en un futuro habrá también una *autorregulación* que de momento no alcanzamos a vaticinar. Los biólogos prevén cómo podrá ser la autorregulación futura, aplicando a la especie humana las experiencias realizadas con animales, al estudiar su cibernética reproductora, y los fenómenos que en éstos se dan en situaciones de superpoblación experimental.

En Australia, con conejos, y en América con ratas y cobayas, se ha estudiado esta "autodefensa", colocando lotes de dichos animales en una superficie determinada (concretamente en 2 m² para ratas), sin limitar su alimentación por habitante. Y se ha visto, cómo al llegar a 150 animales para esa superficie, a pesar de tener alimento abundante, la vida se les hace imposible, apareciendo cuadros de "stress" adrenal, con irritabilidad, luchas, pérdida de apetito y sueño, pérdida del poder reproductor, homosexualidad en los machos, y tasa muy alta de mortalidad, que hace que, en poco tiempo, disminuya el número de habitantes al idóneo de 50 por m². A partir de esa cifra, desaparece el "stress" y vuelven a alimentarse, dormir y reproducirse, hasta alcanzar el tope de 150, en que torna a reproducirse el cuadro, clínicamente. Este cuadro experimentado en los animales, es admitido también para la raza humana, afirmando que es la causa de que en las poblaciones grandes, donde se

da el hacinamiento y condiciones vitales menos favorables, aumenta la homosexualidad de los varones —y tanto en hombres como en mujeres—, se acentúe la tendencia a permanecer solteros y a la aparición de las características del llamado "tercer sexo".

Resulta por otra parte, verdaderamente ingenuo, limitarse preventivamente contra los peligros de un eventual exceso de población, cuando la historia enseña que *los acontecimientos sobrepasan siempre todas las previsiones humanas*. De buena o mala gana, tenemos que reconocer, que hay una ley superior que regula todo en la vida, incluso a través de la destrucción y del exterminio. Nadie quiere delibradamente la guerra, y sin embargo ésta ha existido siempre y continuará existiendo y absorbiendo trágicamente millones de vidas humanas. No hace muchos días, un conocido diario afirmaba, que desde el final de la segunda guerra mundial, ni un solo día había transcurrido hasta la fecha sin guerra, en algún lugar del mundo.

Pero incluso sin ellas, pueden sobrevenir imprevistas e imprevisibles catástrofes espantosas (terremotos, ciclones, incendios, epidemias), que demuestran cuán vanos son algunos cálculos e hipótesis sobre el futuro; y parece —por otra parte—, que tales desastres tienen por objeto ejercer una cierta "función reguladora" sobre la marcha numérica de la población. Esto, sumado a otros factores como la *depresión genética* (disminución de la capacidad germinativa) en ciertas familias; las mermas de actividad gené-

tica en la *fatiga crónica*; las influencias de los *factores dietéticos*; y las múltiples causas anatómicas y funcionales de *esterilidad* (en el hombre y en la mujer), representan una fuerte válvula de seguridad mediante la cual se afirma el poder autorregulador de la naturaleza, la cual, evidentemente, *vigila* también el *ritmo de crecimiento*, de manera más eficaz y racional que lo hacen y harían los partidarios de la limitación de la natalidad.

IV. Medios para regular la natalidad

El Creador, al rodear el acto de la generación de un intenso placer sensual, ha garantizado de modo admirable, durante milenios, esta perpetuación del género humano. Pero la malicia de los hombres, ha tratado siempre de buscar la mancha de *separar* los dos fenómenos ligados al acto de la cópula: la *manifestación del placer*, y lo que lo hacía más ingrato, la *procreación*; esforzándose en asegurarse el primero, sin que tuviera por necesaria consecuencia lo segundo. De esta voluntad del goce, sin su contrapartida natural, ha tomado origen el procurador *limitar la natalidad, controlándola*.

Este fenómeno, que algunos achacan erróneamente a la vida actual, como un producto de nuestra época, es por el contrario, antiquísimo, coincidiendo casi siempre históricamente con los períodos de mayor civilización y bienestar de los pueblos.

No es ésta ocasión de hacer un recuerdo histórico de las prácticas anti-

concepcionales en los siglos precedentes hasta llegar a las épocas modernas de las *teorías de Malthus*, del *neo-malthusianismo* de Place —verdadero padre del anticoncepcionismo—, de las manifestaciones científico-biológicas de la *Eugenesia* de Galton, y de los impedimentos estatales de la concepción mediante los *certificados prematrimoniales* obligatorios y coercitivos; ni de las *esterilizaciones* masivas coactivas, así como de la interrupción de las gestaciones no deseadas, mediante el *aborto legalizado*, que han dado lugar a las justas y terminantes respuestas y directrices pontificias de los últimos Papas, por todos conocidas.

La Iglesia, todos estamos de acuerdo, en que *no se opone* de una manera rotunda a una *regulación de la natalidad*, pero sí a la "*licitud*" de algunos de los métodos que se utilizan para llevarla a cabo. Todo esto nos obliga a los médicos, a un mayor conocimiento de la biología de la reproducción humana, pues nuestras decisiones tienen gran influencia en los problemas sexuales que, muchas veces, un matrimonio nos plantea, ya que *cualquier método anticoncepcional es más o menos gravemente perjudicial para la salud* de aquellos que lo adoptan.

Esto ha sido reconocido aún por los mismos propugnadores de estas prácticas. Así, Marcuse, dice: "el anticoncepcionismo provoca su *acción nociva*, tanto en el campo *psíquico* como en el *somático*, y en una doble dirección, o sea, como *acto preventivo* en sí, y en relación con los *diversos medios* adoptados».

El maravilloso fenómeno de la reproducción humana, viene dado por la *unión de una pareja*, en la que cada uno produce una célula germinal para conjugarse y formar un *nuevo ser*, al que desde ese momento —según la doctrina tomista—, Dios le dota de *alma*. Este ser, procedente del huevo, tiene ya la vida propia para reproducir sus propias células, crecer y convertirse en un individuo capacitado para nacer. Hasta este momento, necesita estar anidado en la mujer, que vive para esta función y crianza.

Teniendo en cuenta esto, los procedimientos más usuales para evitar la natalidad serían: *A) Impedir* la formación de *las células germinales*. *B) Destruir una de ellas*, en las etapas que han de recorrer para conjugarse. *C) Oponerse mecánicamente* a que uno de los elementos germinales, pueda recorrer el camino que le lleva al encuentro de la célula sexual opuesta, para evitar *su fusión*. *D) Evitar la unión corporal* en la fase en que la mujer tenga un óvulo con capacidad fecundante. *E) Si se alcanzó la fecundación, procurar que el huevo* no encuentre condiciones favorables para su *anidación*. *F) Destruir el huevo anidado*, juntamente con la mucosa en que se implantó *G) Abstención completa* y total.

La técnica de estos métodos es demasiado conocida para los médicos, por lo que pasaremos rápidamente por cada uno de ellos sin detenernos en detalles que además de superfluos, podrían involuntariamente servir de medio de propaganda.

Antes de reseñar los métodos más empleados, para la anticoncepción, quiero referirme que se ha hecho ya clásico para juzgar de la *eficacia* de cada uno *valorar tres factores*: su *seguridad*, su *inocuidad* y la mayor o menor *aceptabilidad* personal en su utilización.

a) *Eficacia*. — Se distingue la eficacia teórica de la eficacia práctica, debida a fallos u olvidos en su aplicación. Se calcula la *tasa de fracasos* con relación al *módulo cien años-mujer*. Es decir, contando que cada mujer tenga doce ciclos por año, serían 1.200 ciclos en cien años en que la fecundación sería posible sin estas medidas restrictivas. *La tasa normal* de embarazos, sin ningún impedimento, *es alrededor del 80 %*. Es decir, que una mujer normal, en edad de fecundidad, tendría unas *80 probabilidades cada 100* de quedar embarazada durante el curso de un año. Por ello se dice que un método es “muy eficaz” si el tanto por ciento de fracasos, es inferior al 5×100 años mujer. *Bastante eficaz*, hasta el 10×100 . *Solamente eficaz*, hasta el 20; *poco eficaz*, hasta el 30×100 . *E ineficaz* o malo, si los fracasos alcanzan hasta el 40 %.

b) *Inocuidad*. — Constituye la condición esencial para su empleo, y debe ser: local y general; inmediata y ulterior.

c) *Aceptabilidad*. — Depende de muchos y muy diversos factores: *economía*; *tolerancia*: según las molestias

y dificultades que origine su empleo; *criterio moral o religioso* (la religión católica rechaza todo aquello que desvirtúe el acto sexual natural; el judaísmo permite el empleo de medios protectores en la mujer, pero no en el hombre, etc.). *Motivos personales* de estética o de Euparenia (las precauciones, a veces representan un trauma psicológico, que puede conducir a la inhibición o insatisfacción). *Motivos sociales o legales*, dependientes de las leyes y costumbres de diversos países, que no permiten la venta y propaganda de ciertos anticonceptivos.

Examinemos a continuación, los métodos más utilizados por el varón:

a) *Coito interrumpido*. — Es el método más antiguo; se conoce en la Biblia desde Onán, y consiste en la interrupción del acto sexual antes de producirse la eyaculación.

Es el más empleado en España entre las clases obreras, según los informes estadísticos de Dexeus Jr. y la doctora Verdes; es el preferido por no requerir preparación alguna y por su economía. Su *tasa de fracasos* la estima Tietze en el 16×100 a.m. En la mujer, determina una sensación de frustración, alcanzando su sistema nervioso una máxima tensión emocional, sin deplección; y a veces, inquietud e inseguridad, con lesiones congestivas espasmódicas, que dan lugar a algias pelvianas persistentes, a leucorreas, a alteraciones de su función ovárica, y a menstruaciones irregulares. En ambos cónyuges, son frecuentes los trastornos nerviosos y psíquicos.

b) *Coito reservado, o método del profesor Chauvard*. — Se trata de una unión apaciguadora, con penetración, pero sin llegar a la eyaculación del semen. Es procedimiento destinado preferentemente a parejas maduras y con gran dominio de sus sentimientos. No busca promover el simple placer, sino una completa alegría de unión espiritual en la carne, como signo de ternura y afecto conyugales, y siempre que ambos copartícipes sean capaces de un acercamiento calmoso y dominado. Es desarrollar el dominio cerebral de la sensualidad para humanizar la unión. Su aprendizaje requiere gran autodominio, lo mismo que el reflexológico humanizante del parto sin temor.

c) *Preservativos*. — Son capuchones hechos de un látex fino o material plástico, que tienden a evitar el contacto de los gérmenes masculinos con el óvulo. Esta práctica lleva consigo una notable atenuación del placer sexual, lo que no goza de preferencias masculinas, por lo menos cuando las relaciones de la pareja tienen carácter de continuidad y no existe la preocupación del contagio. Tiene también el inconveniente de que para su colocación es preciso esperar una erección sólida y duradera, y a veces estas premisas son penosas para la pareja por su falta de estética y aires de desconfianza mutua.

Es poco utilizable para hombres nerviosos y con potencia disminuida, y puede romperse o quedarse en la vagina en la detumescencia. Su *riesgo de fracaso* se estima en los EE.UU. en el

13,8 % *a.m.* Su uso tampoco está exento de peligros para la mujer: manifestaciones irritativas del clítoris, y de la vagina.

d) *Contraceptivos masculinos.* — Las sales metálicas y los preparados de molibdeno, tienen efecto perturbador sobre la espermatogénesis. En igual sentido actúan algunos citostáticos por sus lesiones del epitelio seminal: mostazas nitrogenadas, aminas etilénicas, los sulfón-oxi-alcanos (que bloquean las fases iniciales de la espermatogénesis) y también los nitrofuranos. Las alteraciones del plasma seminal por la hesperidina, son igualmente conocidas. La colchicina, se sabe, reduce el volumen y peso de los testículos.

Entre las hormonas, es igualmente sabido que la testosterona, a dosis pequeñas y repetidas, reduce y puede llegar a anular la espermatogénesis. El estradiol, disminuye la actividad testicular en los machos de rata. Y la progesterona y los gestágenos de síntesis tienen un marcado descenso en la actividad gonadotrópica de la hipófisis; producen alteraciones testiculares diversas, claro descenso de la espermatogénesis y atrofia de las células de Leydig. Todos estos tratamientos producen también disminución de la libido y frigidez.

Veamos ahora los *métodos empleados por la mujer*:

a) *Espemicidas.* — Son productos destinados a provocar la inmovilidad y la muerte de los espermatozoides. Conocidos y utilizados desde los

tiempos más remotos, los más usados son: el ácido salicílico, el exil-resorcinol, algunos mercuriales y diversos compuestos de poli-oximetileno en forma de cremas, geles de solidificación rápida, óvulos o tabletas, que establecen una barrera o bloque físico-químico.

Otros medios clásicamente empleados como el vinagre, o zumo de limón, solos o diluidos en grasas o aceites, así como los lavados rápidos vaginales con agua fría o muy caliente adicionada de algún antiséptico, *dan más del 48 % de fracasos* y resultan lastimosamente desamorizadores al perturbar la unión carnal, aparte de que pueden acarrear monstruosidades fetales debido a las alteraciones producidas en los espermatozoides sin llegar a su destrucción; obligan al hombre a adoptar precauciones enojosas, y a la mujer le privan de una eventual absorción del esperma.

b) *Preservativos femeninos.* — Las caperuzas cervicales, diafragmas, capas obturadoras y láminas, son elementos interpuestos entre el cérvix y el miembro viril. Estos dispositivos o aparatos, verdaderos "trucos", distienden la vagina, tienen que ser colocados de antemano, y aparte de ser obstáculo a la intimidad matrimonial, implican peligros de irritación e infecciones.

c) *Dispositivos intra-uterinos.* — Los "antiguos", muy en boga en Alemania por los años 30, son pequeños aparatos con un vástago de metal que se introducía en la cavidad uterina y

un platillo en el extremo libre, que se fijaba al exo-cérvix para impedir la concepción. Ante los muchos riesgos que producían, Gesenius, dio un informe desfavorable, por los graves accidentes encontrados, y cayeron mercedamente en el descrédito y olvido.

Los "modernos", están fabricados en su mayoría en polietileno, hecho opaco a los rayos X, por la adición de una sal de bario. Debido a su gran elasticidad, que les hace recobrar su forma original después de introducidos, han alcanzado hoy gran difusión en Japón, India, América y Marruecos. Se colocan aprovechando la dehiscencia cervical al final de las reglas, siempre que no exista una infección latente útero-anexial.

Los peligros de *intolerancia*, hemorragias, perforaciones, infección, inflamaciones y dolores, así como las frecuentes expulsiones y su eficacia no total (*del 3 al 4 % de fracasos*), lo hacen un método peligroso y desaconsejable por sus riesgos; sin embargo su difusión es algo que deja estupefacto a cualquier ginecólogo sensato. Están, además, rechazados por la Iglesia. Y en el orden moral y social, pueden ser considerados como abortivos.

d) *Contraceptivos orales*. — Desde los estudios de Moore y de Price, en 1932, se sabía que las hormonas producidas por las gónadas, a ciertas dosis, tienen un efector inhibitor sobre la hipófisis anterior. Las hormonas estrogénicas tienen un efecto más fuerte, mientras que la progesterona precisa dosis mucho más altas para

inhibir la ovulación. Cuando se logró la síntesis de los estrógenos no esteroideos como el estilbestrol, hexestrol y dienestrol, se comprobó que podían atravesar la barrera hepática sin ser destruidos, y actúan frenando la hipófisis. De estos preparados el 17-alfa etinil-estradiol, presentaba una actividad mucho mayor.

Se sabía también, desde 1940, por los trabajos de Clauberg, Massesbach y otros, que la administración de progesterona a dosis altas, hasta de 300 miligramos en la primera fase del ciclo menstrual, inhibe la ovulación, frenando la hipófisis. Pero las alteraciones patológicas, intolerancias, y metrorragias que producía, hizo que su uso no se extendiera y se buscasen, *por síntesis*, otras sustancias que con los mismos efectos que aquélla, no tuviera los peligros que su utilización ocasionaba. Así nacieron los *progestágenos*.

Al sintetizarse químicamente estos productos y utilizarse en Ginecología para el tratamiento de múltiples trastornos funcionales o anatómicos, consiguiendo una *anovulación*, se ampliaron sus indicaciones al campo de la regulación de la natalidad. Más tarde, en 1954, Hertz y col., descubrieron el efecto progestágeno, que similar a la progesterona tenía la testosterona (17-etinil-19 nor), descubriéndose con posterioridad una gran cantidad de sustancias similares o derivados.

Pincus, Rock y col. en 1956, fueron los primeros en ensayar la *ovulostasis hormonal por vía oral*, siendo célebres sus experiencias de Puerto Rico, en donde de forma masiva, un gran nú-

mero de mujeres ensayaron diversos progestágenos. Más tarde, García y col. en Haití, y posteriormente otros, ampliaron los tratamientos realizados, hasta llegar al momento actual en que se calcula que *de doce a quince millones de mujeres, utilizan dichos preparados*

Varias modalidades de anticonceptivos hormonales femeninos son actualmente empleados por los médicos, en las siguientes formas:

A) *Terapéutica convencional, o de una sola fase* (Pincus, 1967). — Que utiliza los comprimidos de combinación estroprogestativos simultáneos, desde el 5.º hasta el último día de su administración, durante 21 días consecutivos por ciclo, con una pausa de seis o siete días entre las series. Prácticamente: tres semanas de toma y una de descanso. Las tabletas reciben tanto una cantidad de *estrógenos como de gestágenos*, por eso se conocen como *tabletas de combinación* y se administran al mismo tiempo. Todos ellos producen, regularmente, una hemorragia cada 27 a 28 días, siendo ésta, una hemorragia por disrupción, por privación hormonal. Los preparados comerciales más corrientes de este tipo son: *Aconcén* (Merck) - 3 mg. Acetato de clormadinoma y 0,1 mg de Mestranol); *Anacyclin* (Ciba) - (Linestranol, 5 mg y Mestranol, 0,15 mg); *Anovial 21* (Schering) - (Acetato de norstinestrona 4 mg y Etinil-estradiol 0,05 mg); *Enavid* (Searle) - (Noretinodrel y Mestranol); *Eugynon* (Schering) - (0,5 mg Norgestrel, con 0,01 mg Etinilestra-

diol); *Lyndiol* (Organon) - (2 mg Lynestrol, 30 mg Mestranol); *Metrulen M* (Searle) - (1 mg Diacetato de etinodiol, con 0,1 mg de Mastranol); *Norlestrin* (Parke-Davis) - (2,5 acetato de nor-etinedrona, con 0,05 mg de Etinil-estradiol); *Ovarion* (Fher) - (Noretinodrel 2,5 mg. con Mestranol 0,1 miligramos); *Ovulen* (Vita) - Mestranol 0,1 mg con Acetato etinodiol 1 miligramo); *Ovulen novum* (Vita) - (Etinil-estradiol-metil éter 0,1 mg con Noretinedrona 2 mg); *Ovulsin* (Inibsa) - (0,8 mg de estrógeno con 4 mg Megestrol y 0,01 mg Etinil-estradiol), etc.

Su mecanismo de acción es múltiple: por un lado inhiben la función gonadotropa del lóbulo anterior de la hipófisis, de modo que hacen descender la cúspide pre-ovulatoria de la hormona gonadotrópica luteinizante, suspendiendo así la ovulación; por otro lado, influyen sobre la mucosidad cervical eliminando la facultad de penetración para los espermatozoos. Modifican precozmente el endometrio faltando toda transformación secretora. Atacan la reacción enzimática del ovario, disminuyendo su facultad de reacción frente a las gonadotropinas; y aceleran la motilidad tubárica, haciendo un transporte rapidísimo hacia la cavidad uterina, del óvulo que allí se encuentre (Erb, 1967).

B) *Terapéutica secuencial o de dos fases* (GOLDZIEHER, KAISER, 1965). — Este método trata de esforzarse en la *reproducción fisiológica* de las fases sucesivas, *folicular y luteínica*, del ciclo menstrual normal, dando *dos cla-*

ses distintas de tabletas: durante 15 días (del 5.º al 19), *estrógenos solo* y durante los últimos 5 días (del 20 al 24), tabletas que contienen *estrógenos* y *gestágenos*, para asegurar la transformación secretora del endometrio y dar lugar a la hemorragia por disrupción.

Preparados de este tipo son: *Normotonal* (Latino) - (con 0,1 mg de Mestranol, para los comprimidos de la primera parte, y la combinación de 0,1 mg de Mestranol más 1,5 mg de Acetato de Clormadinona, para la segunda fase); *Ovopausine* (Latino) - (con 0,8 mg de Mestranol, y la combinación de 0,8 de Mestranol y 2 mg de Clormadinona); *Serial* (Landerlan) - (con una primera serie de 0,1 mg de Etinil-estradiol, y una segunda con 1 mg de Etinil-estradiol asociado a 1 mg de Acetato de Megestrol), etc.

C) *El procedimiento de las dosis bajas continuadas.* — MARTÍNEZ MANAUTOU, de México, utiliza desde 1966, la administración continua de una *pequeña dosis de 0,5 mg por día de Clormadinona*, la cual no suprime la ovulación, pero impide la penetración en el moco cervical de los espermatozoides. Los ciclos son alargados y, a veces, se producen hemorragias irregulares. Es un método interesante, aparentemente sin peligro, pero de eficacia inconstante.

D) *La inyección periódica de progestágeno.* — TYLER, en Los Angeles, *inyecta cada tres meses*, un progestativo retardado con *150 mg de Acetato*

de Medroxiprogesterona, pero se producen trastornos importantes de las reglas, que se hacen irregulares, frecuentes y a veces prolongadas. La inyección se hace al 7.º ó 10 días del ciclo. Sólo sirve para mujeres incapaces de someterse a una disciplina anticonceptiva. Preparados de este tipo son: *Depo-Progevera* (Upjohn) - (150 mg de Acetato de Hidroxi-progesterona); *Topasel* (Europharm) - (150 mg de Hidroxiprogesterona con 10 mg de Enantato de estradiol), etc.

Para empleo mensual, pueden utilizarse por esta vía muscular: *Ova-repos* (Minidrox) - (10 mg Enantato de estradiol con 75 mg de Dihidroxiprogesterona acetofenona).

E) *La prevención de la implantación ovular.* — Trata de *impedir la anidación del huevo*, dando, en los días siguientes a la ovulación, fuertes dosis de estrógenos (25 mg de dietilbestrol, mañana y tarde), durante cinco o seis días. Son las llamadas "píldoras del día siguiente". Producen fuertes náuseas y dolores mamarios, con menstruación prolongada.

Incidentes en su utilización. — Sobre los anovulatorios se ha escrito mucho, a favor y en contra. No tanto desde el punto de vista de su efectividad como tales, sino por las *posibles afecciones, complicaciones, o agravaciones de cuadros pre-existentes*, que su uso puede acarrear. Vemos algunos:

Hemorragias. — En los primeros días de su utilización pueden presen-

tarse pequeñas pérdidas de sangre genitales, por sobrevenir una deprivación hormonal precoz. Si la pérdida es pequeña se debe continuar tomando el preparado; si es grande, se suspende y se reanuda a los siete días de ella.

El *aumento de peso*, es un inconveniente frecuente durante su administración. La mujer *aumenta su peso*, en grado más o menos intenso, un 25 % en los primeros ciclos, hasta un 80 % si el tratamiento es prolongado, pues como da lugar a un cuadro de pseudo-gravidez, ocurre lo mismo que en la gestación. Generalmente si el engorde es importante, la mujer tiende a abandonar el tratamiento por el efecto estético desfavorable. *La disminución de peso* es mucho menos frecuente pero también puede presentarse. Nosotros hemos visto en dos ocasiones una rápida pérdida de panículo adiposo y una atrofia mamaria bastante acusada.

La presentación de *náuseas, mareos* y el cuadro de gestosis, similar al del comienzo de una gestación, es asimismo, muy frecuente y cede al cabo de uno o dos ciclos de tratamiento. Igualmente es frecuente la *congestión mamaria*, por el mismo motivo, con auténticas mastalgias, así como la aparición de *trastornos hepáticos* del tipo de insuficiencia del parénquima.

Sobre *modificaciones en sangre* y alteraciones en la *coagulación* se ha especulado mucho, indicando que aumentaban la coagulabilidad, dando origen a cuadros de trombosis, principalmente cerebrales, hepáticas y pélvicas, así como también a accidentes embólicos, en vasos de pequeño y mediano

calibre. La realidad es que estas afecciones son ciertamente frecuentes.

Más evidentes son los *trastornos psíquicos*, por lo cual están contraindicadas en la epilepsia y psicosis depresivas. Hemos visto en nuestra práctica, que acentúan la nerviosidad, excitabilidad, hiperemotividad, cansancio y depresión, y también es muy evidente, la aparición de rigidez, en un 21 % de los casos.

Al igual que en la gravida, existe *melanodermia*, acentuándose la pigmentación de la piel y presentándose verdaderos cloasmas.

Respecto a los riesgos de originar *cánceres*, en Francia, la comisión encargada por el Gobierno, no pudo comprobar ese riesgo, dictaminando que es preciso esperar más años para poder pronunciarse sobre esto. Pero cada ginecólogo estará obligado a *vigilar*, citológica, colposcópica, y mediante palpación, a todas las mujeres que tomen tabletas inhibitoras de la ovulación con intervalos de seis a doce meses. Y también a explorar las mamas para comprobar la existencia de nódulos.

Como *resumen* de estas nociones, diremos que *el método convencional*, por asociación de gestageno-estrógeno, tiene *una mayor seguridad* en cuanto a impedir la fecundación, por su múltiple acción. *Su seguridad equivale del 0,2 al 2,5 % embarazos por cien años mujer. El método secuencial* o de dos fases, *es menos seguro*, pues sólo impide la maduración del óvulo.

Insistimos una vez más, en que toda mujer que utilice estas medicaciones

debe someterse a *control médico cada seis meses*, y no se aconsejará prolongar el tratamiento en forma continua, *más de dos años*, pues los efectos secundarios se dan en un 80 % de los casos.

Vamos a referirnos los:

Métodos relativos a la pareja. — En la pareja, los únicos métodos autorizados por la Iglesia católica son los naturales, de *continencia periódica* que presenta *tres modalidades* principales:

a) *Los métodos de Ogino y Knaus*, basados sobre cálculos a partir de las fechas de las reglas.

b) *El método térmico*, que permite las relaciones en la fase premenstrual, de hipertermia confirmada.

c) *El método mixto*, que aprovecha los cálculos de Ogino para el comienzo del ciclo, y las temperaturas de la fase hipertérmica, para la segunda fase del mismo.

Fundamento fisiológico. — La determinación de las fases agénicas se basa en tres premisas fisiológicas fundamentales: 1.^a, *que no hay más que una ovulación por ciclo* y que ésta sobreviene generalmente, entre el 12 y el 16 días antes del primero de la menstruación siguiente; 2.^a, *que el óvulo no es fecundable sino en un margen de 12 a 24 horas*, y que pasado ese tiempo carece de vitalidad; 3.^a, *que los espermatozoos no conservan su poder fecundante y vitalidad más de dos a tres días*.

Los estudios científicos sobre este asunto arrancan de los trabajos de Ca-

pellmann en 1880, actualizados posteriormente, en 1924, por Ogino, ginecólogo japonés, y por Hermann Knaus, en Viena en 1929; reunidos y divulgados después por Smulders.

Ogino, en su clínica de Nijgata, tuvo el acierto y la originalidad de relacionar directamente la ovulación con la *menstruación siguiente* —no con la anterior—, basando su observación en los hallazgos de intervenciones operatorias practicadas sobre mujeres intervenidas por diversos motivos. A él se debe también, la importante advertencia de existir *ciclos cortos* (de unos 24 a 28 días) y *ciclos largos* (de más de 28 días), y la interesante anotación de que *en la mayoría* de las mujeres *no existe un ciclo regular*, sino con pequeñas variaciones dentro de la normalidad.

En 1932, Ogino publica su método de cálculo del período de fecundabilidad, que tiene precisión hasta la fecha, y se basa en el estudio de los doce últimos ciclos anotados en el calendario de sus pacientes.

Por su parte Knaus, en su magnífico libro sobre "La reproducción humana", da a conocer sus investigaciones, según las cuales *la máxima fertilidad* de la mujer *corresponde a los días 14 a 16*, a partir del comienzo de la menstruación anterior. El período de la posible concepción comprende: el día de la ovulación, ampliado en los tres días que le preceden y el día que le sigue. En total cinco días. A esto hay que sumar el tiempo de posible vitalidad del espermio, que ampliamente considerado se fija en tres días.

En posesión de estos datos, teóricamente, el cálculo es sencillo: fijada la fecha por el calendario menstrual del primer día de la menstruación venidera —punto de partida para el cálculo—, se cuentan hacia atrás *diez días*, que corresponden a la evolución del ovario, a la *fase de cuerpo lúteo* (días infecundos). A éstos hay que añadir, contando retrógradamente, otros *ocho días* (del 12 al 19 inclusive), en los que corresponden: cinco días (del 12 al 16) a la fase de *ovulación*, y otros tres (del 17 al 19), a la *probable capacidad fecundante del espermatozoide*. En consecuencia, *estos ocho días son fecundos*. Todos los demás restantes, retrógradamente hasta el primer día de la menstruación anterior, *serían otra vez infecundos* tras esta última fase menstrual y folicular del ovario. *Esta fase es la que varía notablemente*, según la longitud del ciclo de cada mujer, haciéndose: amplio en los ciclos largos, y breve en los ciclos cortos, por lo que la fecundidad se da en ella con gran frecuencia.

Knaus fue el primero que aportó esta noción de la constancia en el tiempo entre ovulación y las reglas. El período de fecundidad lo sitúa a partir del tercer día precedente a la ovulación, hasta el día siguiente a la misma. En conjunto, Ogino señala una zona de fertilidad entre los diez y diecisiete días; y Knaus, entre los 11 y los 15; los riesgos de concepción no son, pues, superponibles, según se trate de uno u otro método, por lo cual es impropio denominarlo en común, pues no son equivalentes. La fórmula

de Knaus, da una confirmación de un *90 % de probabilidades de protección completa* para un año.

Pero aun con todo, existen factores múltiples de inseguridad, pues son muchos los elementos que modifican el ritmo menstrual (enfermedades, infecciones, emociones, fatiga, alimentación, ciclos anovulatorios, irregularidades causadas por partos, abortos o lactancias, en que el método no es aplicable.

Además, hay autores que afirman que *la ovulación puede presentarse en cualquier momento del ciclo*. De aquí que el método, aun siendo un hecho comprobado, *debe tomarse con limitaciones*, ya que no da una seguridad cierta de infecundidad, llegando el mismo Ogino a expresarse en estos términos: “Yo no llego a decir que mi teoría pueda ser aplicada *con una certitud absoluta* con el fin de evitar la concepción”. De aquí igualmente, que los resultados —sin ser desdeñables—, están aún lejos de ser satisfactorios. *Su valor* viene a ser el de un *12 % años mujer*.

Método térmico. — Como medio de aumentar la seguridad de las fechas agénicas y de tener una referencia sencilla de las fases fisiológicas genitales, se ha generalizado ampliamente el empleo de la *anotación de la curva térmica*, mediante el registro de la temperatura basal. Se llama así, a la toma de una de las cavidades naturales (boca, vagina o recto), siempre a la misma hora de la mañana, sin tomar alimento alguno y antes de toda acti-

vidad física, habiendo descansado, por lo menos, un mínimo de seis horas.

Su fundamento fisiológico, se basa en las modificaciones que las hormonas sexuales ejercen sobre los centros termorregladores. *Los estrógenos*, determinan una *baja ligera y fugaz* (1-2 grados), y *la progesterona*, produce en cambio, un *ascenso térmico* de 2-3 décimas de grado, hasta en las mujeres castradas o menopáusicas.

Tres son las fechas que marcan los jalones de este procedimiento: en el año 1920, la descripción de madame Hovelacque, de la "*hipertermia fisiológica premenstrual*"; en 1923, la descripción de Fruhinsholtz, de la "*fiebre gravídica*", en relación con la actividad del cuerpo amarillo de la gestación, y en 1398, los trabajos de Palmer y madame Moricard, que estudiaron sistemáticamente las curvas térmicas en relación con biopsias de endometrio, demostrando que la *ovulación corresponde al último día de la hipotermia normal*.

En la mujer, la temperatura basal sufre oscilaciones durante el ciclo bifásico normal, que se caracterizan porque *en la segunda mitad*, después de la ovulación, *la temperatura es ligeramente más alta*, formando una meseta hasta el momento de la menstruación. La subida corresponde del 12 al 14 días del ciclo, con variaciones, unas veces en el día o en dos o tres días. La *diferencia de temperatura* entre las dos mitades del ciclo, *suele ser de tres a cinco décimas*, por término medio. En ocasiones el ascenso va precedido

de un declive llamado "*pico ovulatorio*", que *coincide con la ovulación*.

La elevación térmica de la segunda mitad del ciclo se debe a la acción de la progesterona, y se ha podido reproducir experimentalmente mediante su administración. Por lo tanto, *durante el embarazo*, se mantiene la gráfica térmica *en meseta*, sin el típico descenso pre-menstrual. En los *ciclos anovulatorios*, falta la elevación en meseta de la segunda mitad, y *la curva es uniforme* (monofásica). Constituye una prueba sencilla, barata, y sin riesgos, y permite seguir muchos ciclos. No requiere termómetros especiales (que dan una falsa seguridad), sino que basta el termómetro clínico de uso corriente, aplicado durante tres a cinco minutos.

En resumen, existen en la gráfica *dos fases*: una *hipotérmica*, pre-ovulatoria, y después, otra, post-ovulatoria, *hipertérmica*; ambas *separadas* por un corto período de ascenso o escalada. La duración de la *fase pre-ovulatoria*, *corresponde a la de la maduración folicular* y es eminentemente variable. Por el contrario, *la meseta hipertérmica* es notablemente *constante*, durando lo que el cuerpo amarillo, es decir *un tiempo fijo en relación con cada mujer*; por término medio *unos catorce días*. En realidad el diagnóstico de ovulación no puede hacerse nunca más que a posteriori, ante la presencia de un cuerpo amarillo hipertermizante. Esta es una de las limitaciones importantes del método termométrico, pues si bien proporciona la *seguridad después de la ovulación*, *no puede preve-*

nir con responsabilidad, la aparición de ésta.

Para saber a partir de que día puede considerarse excluido el riesgo de fecundación, existen *dos métodos*: el llamado "duro", recomendado por FERIN y CHARTIER, que exige que la temperatura se mantenga *alta pasados tres días* (o al menos dos); y el método "semi-duro", de VAN DER STTAPPEN y VINCENT, que autoriza las relaciones *a partir del tercer día de escalada ascendente*, siempre que sea progresiva y en la fecha habitual. *En síntesis, el método térmico*, empleado con exclusión de cualquier otro, *es bastante efectivo*, siempre que se cumplan las condiciones señaladas en su técnica. Tiene el inconveniente de que *no es utilizable más que unos diez días por mes*, y que sólo sirve para personas instruidas y que sepan ser fieles a su técnica.

C) *Método mixto*. — Consiste en una combinación de los dos métodos reseñados anteriormente, que utiliza el de Ogino para el cálculo del comienzo del período fértil, limitando las relaciones a partir del 8.º día del ciclo y emplea el método termométrico para el cálculo del período premenstrual de infecundidad, con el método "duro", de CHARTIER.

Confrontando OGINO, en 1957, sus resultados con el método térmico, encontraba una concordancia del 82 %. Los resultados alcanzados con el método mixto, dan unas cifras de alrededor de un 12 % años mujer.

V. Consideraciones finales

Para terminar, después de esta larga exposición, ¿qué consecuencias podemos deducir?

Primeramente, que la Iglesia nos declara *libres* para examinar el significado de la sexualidad en la vida conyugal, según el plan divino de salvación. Antes de la celebración del Concilio Vaticano II, al considerar los métodos de continencia periódica, ya admitida implícitamente que cada matrimonio tuviera el número de hijos que razonablemente fuera posible.

Hoy, parece ya admitido que la familia no puede, ni debe ser tan numerosa como biológicamente pudiera llegar a alcanzar, en atención a la salud de la madre, al bien de los hijos, a la situación de los progenitores, al de la sociedad natural, y aún de la propia Iglesia.

Segundo, que el uso normal del matrimonio, *no debe dejarse* indiferentemente a los impulsos del instinto o de la pasión, sino que *debe gobernarse conforme "normas de razón y de prudencia"*. Esto exige que el hombre haga uso de las facultades sexuales de acuerdo con su razón, y con la prudencia que debe guiar todas nuestras empresas. En términos generales, podemos afirmar que *la postura internacional es ya más favorable al control de la natalidad*, aunque existen notables diferencias en el modo de acometerlo y en sus resultados. LESTAPIS, dice, que "se debe pasar de una procreación ciega e irresponsable, a una procreación consciente y responsable".



+
+
+
+

Incluido S. O. E.
RECETA LIBRE

BISURPAN

SUPOSITORIOS

NIÑOS

ADULTOS

Antibiótico y Quimioterápico de las infecciones amigdalares

BISURPAN

SUPOSITORIOS

NIÑOS

ADULTOS

ANTIBIOTICO Y QUIMIOTERAPICO DE LAS INFECCIONES AMIGDALARES

Composición por supositorio	NIÑOS	ADULTOS
Cloramfenicol	0,125 grs.	0,200 grs.
Succinato de Bismuto	0,050 »	0,120 »
Dimetilaminofenazona	0,100 »	0,200 »
Acido pantoténico	0,025 »	0,050 »
Vitamina A	5.000 U.I.	5.000 U.I.

INDICACIONES

Amigdalitis agudas, flemonosas, pultáceas, angina de Paul Vincent, rinofaringitis, estomatitis, gingivitis, absceso retroamigdalár, sinusitis, adenoiditis, etc.

En general todos los procesos infecciosos del anillo de Waldeyer y en su profilaxis local y general.

Como tratamiento pre y postoperatorio en las amigdalectomías.

DOSIS

La dosis media, salvo prescripción facultativa, es de un supositorio cada 8 a 12 horas. Cajas de 3 supositorios.

S.O.E.

RECETA LIBRE

LABORATORIOS HUBBER, S. A.

Fábrica y Laboratorios: Berlín, 38, 40 y 42

• BARCELONA -15

• Teléfono *230 72 00

CANTIN

En la solución del problema hay que tener en cuenta siempre, que *la natalidad no debe ser la resultante de un instinto fatal del hombre, sino un acto voluntario, meditado y querido*, del mismo. Es, pues, el hombre, *la "voluntad"* y no *"el instinto"*, el que determinarán *la cantidad de población*.

¿Y qué decir, respecto a los *métodos*? Ya sabemos que un procedimiento no es una receta que vaya bien a todos, ni será el que el médico recomienda o diga, sino el que la pareja libremente escoja, prefiere y emplee con constancia en su vida (MEYLAN).

En mi opinión, todos los artefactos y *dispositivos anticoncepcionales, son nefastos* y productores, a la corta o a la larga, de gran número de complicaciones y riesgos.

Con el empleo de los *antiovulatorios*, no se desvirtúa el acto sexual, pero según algunos moralistas, no se respeta la integridad física de la mujer porque *se anula una función fisiológica* tan importante como es *la puesta ovular*.

La cuestión capital es, si las "tabletas" prescritas y utilizadas durante largo tiempo, no perjudican la salud. Ya hemos visto algunos de sus efectos y el debate está aún lejos de haberse concluido, pues cada vez se les atribuyen más efectos perniciosos, que ponen *en guardia contra su empleo abusivo*.

Lo que no hay duda, es que no deben prescribirse a las jóvenes, sino con bien fundadas indicaciones. Y que *las prescripciones no deben hacerse sino por plazos cortos, de pocos meses, y nunca por más de dos años*, pues no

sabemos con certidumbre si su empleo prolongado puede provocar accidentes tardíos importantes.

La abstención o continencia sexual en los días probables de la ovulación, mediante el control natural de los nacimientos, utilizando correctamente los métodos de Ogino-Knaus —aunque de una seguridad relativa—, *es superior*, en teoría, *a todos los demás métodos artificiales*. Este método ha tenido éxitos en mujeres con ciclos regulares, y multitud de fracasos en aquellas que padecen ciclos inestables (polimenorrea, oligomenorrea, baches, etc.). Esto ha traído como consecuencia una marcada desconfianza hacia su uso.

Mayor ha sido el éxito y la seguridad, cuando a la abstención, se unió el *control de la fecha de la ovulación*, con un método tan exacto, barato y eficaz, como es la medición de la temperatura basal. La confección de estas curvas, si se hace mal o equivocadamente, no sirve ni para el diagnóstico, ni para continuar el método con visos de seguridad. Por eso, *es un método limitado a clases con cierta cultura*, pues sus cálculos no están a la altura de todas las cabezas y aunque como todo medio científico tiene sus fallos, por exacto que sea, lógicamente, si es bien llevado, no han de producirse embarazos.

Finalmente, no podemos cerrar los ojos y tenemos que admitir sin gaxmoñerías, como hecho desgraciadamente de observación frecuente, que *las relaciones sexuales se llevan hoy a cabo en gran escala antes del matrimonio* (alrededor de un 30 %) y que muchas

bodas se hacen ya con muchachas encinta. Hay, pues, un *factor psicológico* que actúa e influye fuertemente en la moralidad de nuestra juventud, que ha perdido de modo casi total, aquel sentido de dominio, aquel "self control" antes tan característico. Esta desaparición de autodominio del instinto, quizás haya sido incrementada por la propaganda y empleo de las píldoras de acción agenésica, tan alentado por algunos países que consideran malsano oponerse al impulso sexual, lo cual lleva a una inevitable relajación de costumbres, que ni la educación, ni el derecho, ni la religión, pueden contrarrestar, *si el espíritu no es capaz de librarse del dominio del impulso erótico*.

Siempre he tenido la esperanza de que nuestro mundo europeo, se adaptaría mejor a las normas de profilaxis anticonceptiva natural, demostrando que es posible, y mejor, llevar una vida sexual normal para evitar la superpoblación, que tener que acudir a todos esos recursos mecánicos, químicos, o biológico-hormonales; desgraciadamente la marea nos va impulsando por

otros derroteros. Por eso es conveniente una educación sexual, científica y decente, en todos los ambientes y en todas las edades y aún más precisa para aquellos países en vías de desarrollo y en los ambientes miserables de las grandes masas urbanas.

Todo ello, nos obliga a no dejar diferida esta labor tan urgente para la población española y tan beneficiosa para contrarrestar la propaganda, incesante y perniciosa de desnatalidad, que nos abruma, y que —como hemos visto—, puede tener otras soluciones.

Comprenderéis, que con estos antecedentes expuestos tan a la ligera en mi deshilvanada charla, sólo he querido interesar vuestras conciencias y que desde la altura de esta Real Academia, surjan con toda claridad, merced a vosotros, orientaciones beneficiosas.

Si la vida humana resulta dramática —como lo fue y lo será siempre—, es porque la conquista de la verdad sólo puede alcanzarse a través del amor, y el amor y la comprensión, son y serán justamente, lo contrario del egoísmo.