

Anticonceptivos y ética





ANTICONCEPTIVOS y ética

*Una historia, una realidad,
una decisión moral*

Javier de la Torre Díaz



Versión electrónica

SAN PABLO 2012
(Protasio Gómez, 11-15. 28027 Madrid)
Tel. 917 425 113 - Fax 917 425 723
E-mail: ebooksanpabloes@gmail.com
comunicacion@sanpablo.es

ISBN: 9788428540568

Realizado por
Editorial San Pablo España
Departamento Página Web

Introducción

Con estas páginas pretendemos realizar dos contribuciones a nuestra literatura en Bioética. La primera es situar la reflexión de los métodos anticonceptivos dentro de una larga historia de prácticas anticonceptivas y de reflexiones morales sobre la anticoncepción. La segunda es aportar una serie de criterios y orientaciones para una valoración moral de las decisiones anticonceptivas de los individuos y las parejas. Realizaremos esta aportación desde dos planos: desde una ética civil que sea válida para todos los ciudadanos de nuestras sociedades plurales y desde una concreta tradición moral, la tradición católica, desde la que plantearemos unos criterios de reflexión para los que se sitúan dentro de esta tradición.

En medio del desarrollo histórico y de la valoración moral situaremos una descripción actual de los métodos anticonceptivos. Nuestra intención no es realizar un análisis pormenorizado de cada uno, sino ofrecer la información más completa y relevante teniendo en cuenta su desarrollo en estos últimos treinta años y sus ventajas e inconvenientes, buscando siempre orientar una decisión anticonceptiva responsable.

Por lo tanto, espero con este libro ayudar a recuperar un poco la conciencia de pertenecer a una tradición histórica milenaria de prácticas y teorías morales en torno a la anticoncepción, además de ofrecer una presentación rigurosa, lejos de simplezas e ingenuidades, de los diversos métodos de que disponemos en la actualidad. Sólo así, con la larga mirada de la historia y la amplia comprensión de la técnica y los contextos podremos hacer un discernimiento moral adecuado.

Con el desarrollo de las páginas se podrá ir descubriendo cómo la decisión responsable anticonceptiva es algo más que una valoración de ventajas e inconvenientes de utilizar determinados productos para nuestro cuerpo. Hay diversos bienes y valores en juego que espero se vayan integrando en la reflexión y en la decisión. No es el momento de nombrarlos, sino de invitar a descubrir una realidad más compleja, más profunda y más rica de lo que parece.

Finalmente, en todo momento hemos pretendido simplemente exponer los datos de la historia, del presente y de los valores morales en juego para que cada sujeto o cada pareja pueda elegir responsablemente. Nuestra intención es simplemente ayudar a orientarse en este tema y de ninguna manera sustituir el juicio moral individual. La decisión responsable anticonceptiva es de cada persona y cada pareja.

En esta tarea, mi agradecimiento por su ayuda inestimable a Carmen Massé, Pilar Núñez y Juana Bellanato, mujeres científicas y teólogas.

Capítulo 1

Historia de los anticonceptivos

A la hora de dividir la historia hemos optado por analizar cuatro grandes momentos: la etapa griega y romana, el cristianismo primitivo y medieval, la edad moderna y, finalmente, el mundo contemporáneo, que comenzaría a mediados del siglo XIX. Su recorrido, sin duda, nos enseñará muchas cosas. Además, sin temor a equivocarme, esta parte es la menos conocida y en la que muchos lectores encontrarán muchas nuevas perspectivas para su posterior reflexión ética.

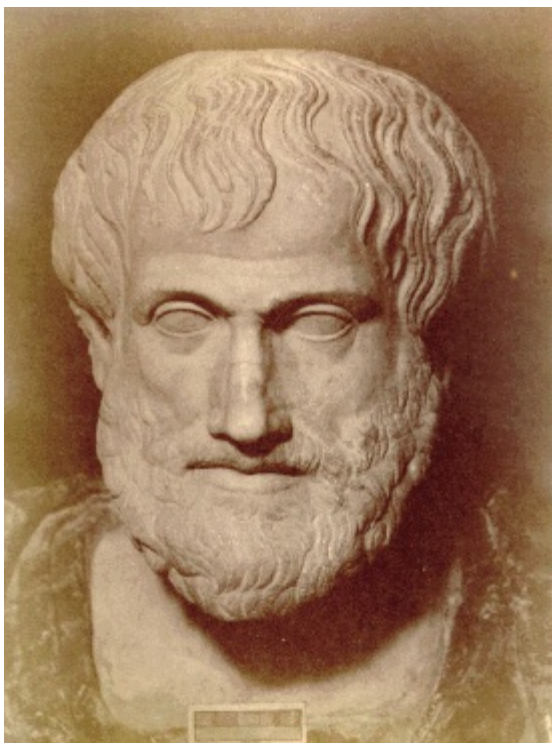
1. El mundo antiguo: Grecia, Roma e Israel

1.1. Grecia y Roma

Ya en el antiguo Egipto, varios papiros fechados entre el 1900 y el 1100 a.C. describen preparaciones anticonceptivas para aplicarse en la vulva a base de estiércol pulverizado de cocodrilo, miel y carbonato de sodio, o fumigando el útero con la semilla de un determinado cereal. La intención era bloquear o «matar» el «semen femenino». Estas prácticas reflejan ya una cultura donde la anticoncepción era una materia de técnica médica.

¿Y cuáles son los anticonceptivos más conocidos en Grecia y Roma?

- Las *pociones* son los anticonceptivos más mencionados. Dioscórides enumera las hojas de sauce en agua, hojas de hierbas de tierras áridas, raíces de helecho, corteza de álamo blanco tomada con el riñón de una mula, el hierro, los espárragos, etc. Plinio habla sólo cautelosamente de beber ruda. Algunos brebajes son para tomarse después del coito, lo que sugiere una intención más abortiva que anticonceptiva.
- *Pesarios, unturas y pociones pegajosas*. El bloqueo de la entrada del espermatozoides al útero fue muy utilizado. Aristóteles ya reconoce cómo algunos untan la región del útero donde cae el espermatozoides con aceite de cedro, untura de plomo o incienso y aceite de oliva. Dioscórides habla de menta, goma de cedro, alumbre y cizaña de miel. Sorano señala el aceite de oliva viejo, la miel, la resina de cedro, ungüentos húmedos de cera y aceite de mirto y plomo blanco, vendijas de lana fina puestas en el orificio del útero, supositorios vaginales justo antes del coito, etc. Se creía que estos ungüentos cerraban el orificio del útero antes del coito y no dejaban pasar el semen.
- *Guardar el ritmo*. Se cree que hay un período estéril en la mujer justo después de la menstruación. Sorano afirma que el útero, durante la menstruación, se halla bien preparado para evacuar la sangre que ha fluido en su interior, pero es incapaz de recibir y retener el espermatozoides. Para Sorano, evitar la relación sexual en los períodos adecuados para la procreación es la primera de las medidas anticonceptivas.



- El *coitus interruptus* tiene pocas referencias directas y muchas indirectas (Platón, Arquíloco). Por eso, puede que no fuera frecuente, pues requería un sacrificio del placer al que pocos hombres estaban dispuestos. La ausencia explícita del *coitus interruptus* demuestra que el esfuerzo principal para controlar la fertilidad recayó sobre la mujer. Sorano, sin embargo, sí lo recomendaba:

«Y durante el acto sexual, en el momento crítico, cuando el hombre está a punto de expulsar el semen, la mujer debe contener la respiración y apartarse un poco, para que el semen no se deposite profundamente en la cavidad del útero. Y levantándose inmediatamente y agachándose debería intentar estornudar y limpiarse con cuidado la zona genital; debería incluso beber algo frío».

- *Ciertos movimientos físicos* son considerados anticonceptivos. Lucrecio habla de ciertos movimientos hechos por las prostitutas para evitar la anticoncepción. Sorano recomienda que la mujer contenga su aliento (creían que el control de la respiración se relacionaba con el control del semen) e inmediatamente después se levante, se agache, estornude y se lave. La frecuencia de la homosexualidad pudo haber popularizado el coito anal. También las cortesanas practicaban el coito anal como método de control.
- *Abluciones*. Sorano habla de una mezcla de alumbre y vino. Marcial refiere el uso del agua de mar como espermicida. Ovidio sugiere que el agua fría era tan importante para las mujeres como el *coitus interruptus* para los hombres. Celio recomendó una mezcla de salmuera y vinagre.
- La *magia* en forma de amuletos, protectores y talismanes. Los amuletos suponen que ningún método empleado era perfecto. Había amuletos con propiedades

especiales: amuletos de espárragos o heliotropo, de larvas de cierta araña atadas a una piel de ciervo, dientes de niño, gusanos sacados de una cantera de mármol y semillas de beleño diluidas en leche de yegua llevadas en piel de ciervo. Hay una profunda relación entre anticoncepción y magia. No hay que olvidar que las hierbas y los brebajes eran los recursos predilectos de los magos y que tenían efectos misteriosos y mágicos, igual que los amuletos.

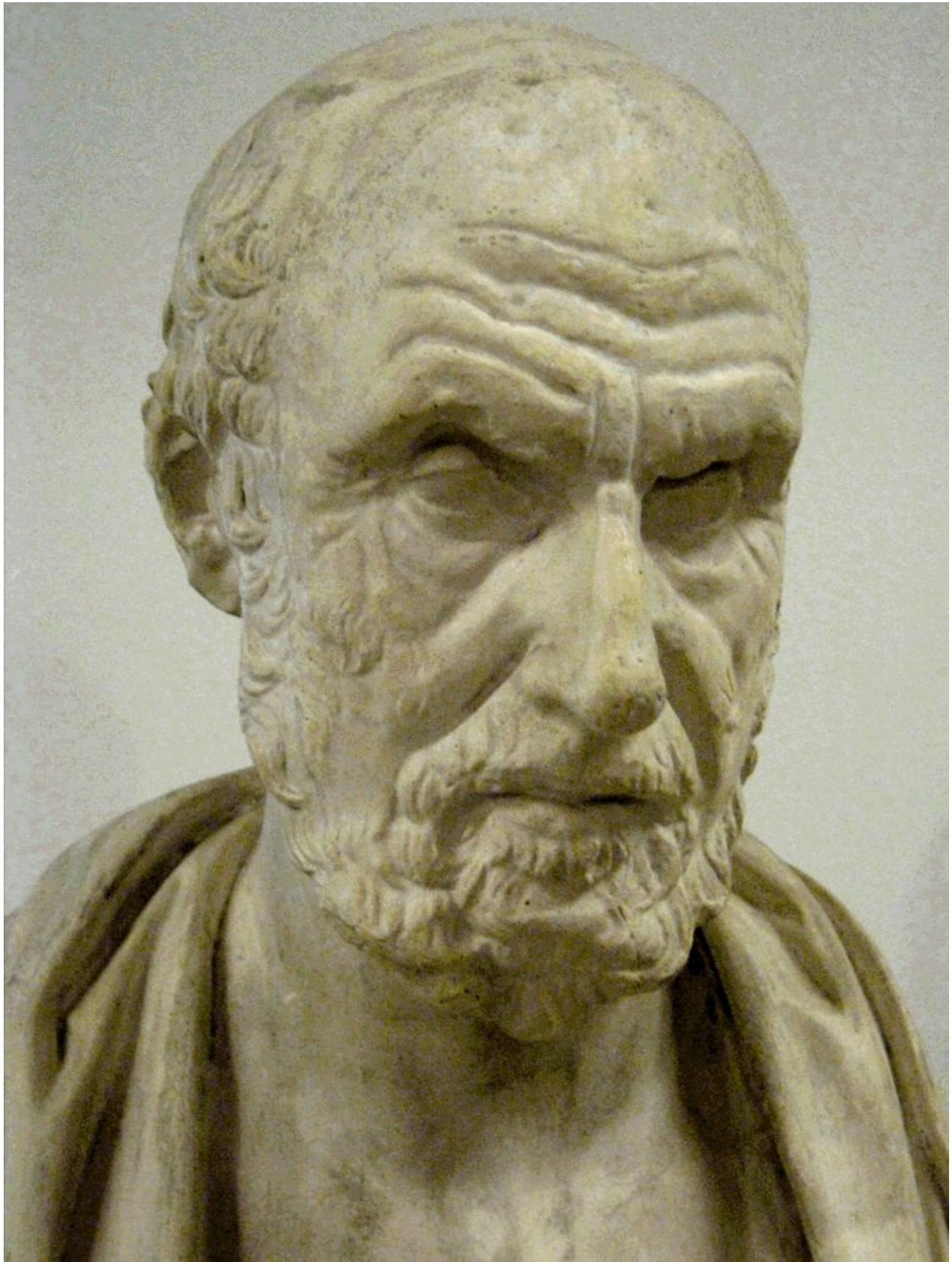
- *La prolongación de la lactancia* del primer hijo puede ser la forma más natural de protección. El amamantar inhibe la ovulación. Pero las mujeres de la alta sociedad enviaban a sus hijos a amas de cría, por eso buscaban otras formas. Privadas de defensas naturales, recurrían al control artificial.
- *El abandono de niños*. Era común en Grecia y Roma y hay que tener en cuenta este hecho, aunque no sea un método anticonceptivo. No es fácil saber el alcance. Seguramente se dio en familias pobres o madres solteras o como consecuencia de la violación. En Esparta, los niños deformados eran abandonados, pues se creía que la vida que la naturaleza no había equipado bien desde el principio con salud y fuerza no aportaba ventajas para el Estado ni para nadie. Aristóteles señalaba que debía existir una ley para impedir el cuidado y crianza de niños deformes. Normalmente se los dejaba cerca de un templo o cruce. Lo más probable es que la mayoría terminaran como mendigos, esclavos o prostitutas. El padre era el que tenía el derecho de abandonar, particularmente si era niña. Posídipo afirmó que «un padre pobre criaría a su hijo varón, pero incluso un padre rico abandonaría a su hija».
- El *aborto* era utilizado si fallaba la anticoncepción. Las mujeres no tenían derecho a realizarlo y por eso los hombres vigilaban y se preocupaban de no ser privados de «su» hijo. Plutarco condena a las mujeres licenciosas que se sirven de drogas e instrumentos para procurarse abortos con el fin de no concebir de nuevo. El problema surgía si la mujer abortaba por propia iniciativa.

La mayoría de los métodos eran usados por mujeres, formaban parte de la sabiduría femenina, y, aunque no funcionaban, desempeñaban una función psicológica importante para las mujeres, que se percibían no como sujetos pasivos, sino como personas que podían llevar las riendas de su destino. Las mujeres que experimentaban con anticonceptivos preferían alguna forma de anticoncepción antes que recurrir al aborto, que las colocaba en situación de riesgo. La anticoncepción era, en cualquier caso, un acto íntimo que no se solía comunicar. Además, la mayoría de los autores no plantean objeción moral a la divulgación del conocimiento anticonceptivo. El juramento hipocrático, que rechaza el aborto, no hace referencia a la anticoncepción. Platón, Plinio, Sorano y Aetio defienden públicamente la anticoncepción. Las razones socioeconómicas que justifican la anticoncepción no son discutidas.

Consideraciones respecto al aborto y el embrión

Los textos médicos griegos discutían numerosas técnicas abortivas (perforaciones,

pociones, fumigaciones, cataplasmas, saltos, copular en exceso, vómitos, drogas, dilatadores de madera o plomo, tampones de lana y algodón, supositorios) con la conciencia de que conllevaban ciertos peligros. Es importante recordar que en Grecia y Roma se creía que la vida humana no empezaba hasta bien entrado el período de gestación. Por eso, muchas técnicas pueden haber sido juzgadas más como anticonceptivas que como abortivas. Es muy significativo el caso de una cantante que pidió consejo al médico para no quedar embarazada, y este le aconsejó que saltara bien alto, tocando su trasero con los talones en cada salto para que la simiente saliera.



El embrión masculino no era un ser racional o animado hasta los treinta días

(Hipócrates) o cuarenta días (Aristóteles) después de su concepción, y el embrión femenino hasta los ochenta o noventa. La simiente femenina, al ser más pequeña, tardaba más tiempo en coagular. Aristóteles pensaba que el feto iba adquiriendo sucesivamente una variedad de almas: vegetativa-nutritiva, sensitiva-animal, racional-humana. Por eso la opinión común era considerarlos «seres humanos» en potencia. De ahí que las solteras recurrieran con frecuencia al aborto para salvarse a ellas mismas y a sus padres de la deshonra. Si eran casadas, el marido era la autoridad competente para juzgar si se abortaba o no. Los problemas venían cuando se abortaba en contra de los deseos de los varones de tener descendencia. Se despoja «al padre de sus esperanzas, al hombre de su continuidad, a la familia de su apoyo, a su hogar de un heredero y a la República de un futuro ciudadano».

Grecia. La familia, el matrimonio, la sexualidad y la mujer

Puesto que las familias eran reducidas por la corta esperanza de vida, la guerra y el hambre, la mayoría de las parejas no deseaban la anticoncepción. La finalidad esencial del matrimonio era la procreación de los hijos. Jenofonte hace decir a Sócrates:

«¿No supondrás, ciertamente, que es por satisfacción sexual por lo que los hombres y las mujeres procrean, estando las calles llenas de gente que puede satisfacer ese apetito, lo mismo que los prostíbulos? No, está claro que buscamos las mujeres que pueden concebir los mejores hijos, nos juntamos con ellas y engendramos hijos».

Un heredero varón era esencial para que la propiedad no se enajenara. El sistema familiar se basaba en que ninguna casa quedara sin descendencia masculina y ninguna mujer quedara soltera. El hogar ideal era el que poseía herederos para mantener la propiedad familiar, aunque siempre con la precaución de limitar el número de hijos para no dividir demasiado el patrimonio común.

El aplazamiento de la edad del matrimonio fue el medio de control de fertilidad más importante. Los varones se casaban hacia los treinta años y las mujeres en los primeros años de la adolescencia.

La anticoncepción era importante sólo en el ámbito extramatrimonial. La mentalidad griega se puede resumir en que los varones tienen «cortesanas para el placer, concubinas para atender las necesidades diarias del cuerpo, esposas para procrear hijos legítimos y guardar los bienes de la casa».

Pero muchos griegos pensaban que la procreación debía ser controlada. Para Hesíodo era suficiente un hijo. Platón y Aristóteles concibieron un matrimonio controlado por el Estado que eliminaba los hijos excesivos y con problemas físicos. Para Platón, la prole no debía exceder los medios de la comunidad (*República*) o sólo debía tenerse un heredero por familia, a fin de estabilizar el número de propietarios de parcelas (*Las Leyes*). Aristóteles sugirió regular la edad del matrimonio y utilizar el aborto para limitar la fertilidad: «Lo más apropiado es limitar el tamaño de cada familia, y si se conciben hijos en exceso de lo fijado, tener abortos provocados antes de que los sentidos y la vida se hayan iniciado en el embrión» (*Política* 5, 133b).

Roma y sus personajes

En Roma, los farmacéuticos y los médicos conocieron las recetas y los métodos anticonceptivos de los griegos, los ricos usaron una gran variedad de técnicas y las clases más sencillas, que no sabían leer, limitaron su información a las costumbres y supersticiones populares. Los procedimientos de las prostitutas debieron de ser muy conocidos y el amancebamiento con esclavas debió no sólo de haber promovido la anticoncepción, sino también el conocimiento de técnicas anticonceptivas.

La clase alta romana mantenía una baja tasa de nacimientos. Varias leyes intentaron estimular los nacimientos entre la clase gobernante mediante un sistema de premios y castigos. Los que no tenían hijos no podían alcanzar los cargos de pretor o gobernador de provincias, se le negaba el derecho de herencia al varón soltero mayor de veinticinco años y a la soltera mayor de veinte años; el casado sin hijos sólo recibía la mitad de lo que le correspondía legalmente.

Por el bajo promedio de vida debido a una elevada mortalidad infantil, las guerras, las plagas, los infanticidios y abandonos de niños y un deliberado control de la concepción, la población comenzó a decrecer y Roma se propuso aumentarla. Las leyes de Augusto presionaron a las viudas a volver a casarse y castigaron el celibato y la falta de hijos (18 a.C. y 9 d.C.). Trajano, más innovador, ofreció ayuda a las prolíficas clases bajas.

En este contexto es donde aparecieron las prohibiciones del uso de «medicinas», *venena o medicamenta*. Probablemente las drogas anticonceptivas caían dentro de esta amplia definición. Se tenía conciencia de que las drogas servían a diversos fines, como provocar el amor, curar, atenuar los deseos, matar a un hombre, etc. Por eso, la ley corneliana (81 d.C.) estipuló castigos capitales para los asesinos y hechiceros. Pero las leyes, no lo olvidemos, no estaban dirigidas a la protección del niño. Lo que preocupaba era la muerte del adulto mediante una droga. Se sabía que ciertas sustancias eran peligrosas para la vida. Por eso el Imperio legisló en los siglos II y III contra los brebajes anticonceptivos cuando el resultado de su uso era mortal. Esta legislación pretendía proteger, sobre todo, la vida adulta. La consecuencia, secundaria, fue desaprobar la venta de drogas que podrían provocar la muerte de las mujeres.

La anticoncepción, por lo tanto, fue un fenómeno social en el Imperio romano que podemos deducir de los brutales controles de población, de la declinación demográfica y de las leyes imperiales para estimular a las clases altas a tener hijos.

El matrimonio romano, la descendencia y el control de los nacimientos

Los romanos se casaban para tener una familia. Sorano dijo que «las mujeres normalmente se casan para tener hijos, no por placer». Las razones por las que querían tener hijos eran también para conservar la casa, para mantener el patrimonio y el apellido familiar, para establecer nuevas alianzas familiares, para ser cuidados en su vejez y para realizar los ritos funerarios después de morir. La fertilidad se alababa y la maternidad realzaba a la mujer.

Los herederos eran tan importantes que los romanos toleraban arreglos matrimoniales con tal de tener descendencia. Las mujeres podían divorciarse para casarse con un amigo y darle un heredero y después volverse a casar con su anterior esposo. Las esposas estériles daban permiso al marido para tener un hijo con otra mujer que luego ellas criaban como propio. Si no se tenían hijos naturales, se podía recurrir a la adopción. Estas prácticas señalan el profundo valor de la descendencia y la preocupación por la esterilidad.

Pero por otro lado, Plinio decía vivir en una época en que incluso un hijo era considerado una carga. Petronio señalaba que «nadie cría hijos porque cualquiera que tenga descendencia propia nunca es invitado a cenar o ir al teatro». Séneca afirmó que «la cosa más fatua del mundo es casarse y tener hijos para perpetuar el nombre o tener ayuda en la vejez, o para asegurarse de tener un heredero». La élite no tenía más de dos o tres hijos. Muchos emperadores tuvieron que adoptar herederos.

El control de la fertilidad se limitaba en muchas familias a las soluciones prácticas de matar, vender o abandonar a los hijos excesivos que sobrevivían. El abandono era la forma más dramática de deshacerse de los hijos no deseados. Los intereses familiares interpretados por el *pater familias* dictaban si el bebé era aceptado. Sorano aceptaba que los bebés anormales fueran abandonados. Séneca afirmó que «suprimimos la prole monstruosa y ahogamos a los recién nacidos débiles y anormales». Se abandonaban en lugares solitarios con la esperanza de que alguien los encontrara y los adoptara, sobre todo si eran niñas. Hilarión, en una carta, daba instrucciones a su esposa: «Si, como puede suceder, das a luz un niño, si es varón, déjalo que viva, pero si es niña, abandónala». Este abandono de las niñas era el primer eslabón en la cadena de explotación sexual de las mujeres, que conducía a la esclavitud y a la prostitución. No fue hasta tiempos de Severo (193-211 d.C.) cuando los abandonos fueron considerados como asesinatos, aunque no fueran condenados oficialmente. El abandono era la forma más sencilla de control de fertilidad para el padre egoísta. No se pensaba que para la mujer era mejor usar anticonceptivos que abortar o abandonar al hijo de sus entrañas.

Las mujeres de las clases elevadas estaban más interesadas en la anticoncepción, pues no solían amamantar y tenían que proteger el patrimonio. La anticoncepción no era tanto una aversión a los niños cuanto una preocupación por su bienestar y por su salud. Espaciar los nacimientos o aplazar el matrimonio era una forma sencilla de lograrlo.

El esposo, además, podía buscar gratificación por otro lado. Plutarco sugirió que si un hombre era disoluto con otras mujeres, en realidad estaba demostrándole respeto a su esposa. Un hombre podía recurrir a prostitutas o esclavas. Las esclavas no tenían derecho a negarse y no existía el concepto de violación de esclavas, por lo que siempre podían ser forzadas a realizar servicios sexuales. La esclavitud fomentaba el enfoque explotador y burdo de la sexualidad. El otro sexo no tenía que ser seducido o conquistado. También es probable que los casados fueran instruidos por las prostitutas en prácticas y posturas anticonceptivas. Las amas de cría cuyo sustento dependía de no quedarse embarazadas, de igual modo, posiblemente recurrían al *coitus interruptus*.

Pero en el siglo II tuvo lugar un fuerte cambio. El Imperio se ruraliza y empobrece, la

mano de obra escasea, se interrumpe el comercio por presiones en las fronteras, se defiende el Imperio con levas de extranjeros, declina el estilo de vida urbano y emerge el poder del ejército y los magnates provinciales. El Imperio, en este contexto, elogia la necesidad de orden y disciplina, la abnegación y la austeridad cristianas y estoicas son ensalzadas y el matrimonio monógamo, no hedonista y procreativo es alabado por todos. El coito sólo es legítimo para procrear y aparece una fuerte sospecha hacia el placer y el sexo no procreativo. En este cambio es donde el judaísmo y el cristianismo entran en escena.

1.2. Judaísmo

La tradición judía mantiene a lo largo de los siglos tres ideas morales básicas: el matrimonio es bueno y constituye el estado ordinario, la fecundidad es buena y el acto sexual no es necesariamente bueno. Estas ideas se expresan de modo diverso en distintas tradiciones y formas literarias, en diversos momentos y con diferentes personajes.

La *tradición yavista* (Gén 2), más antigua, afirma que no es bueno que el hombre esté solo y reconoce que el hombre y la mujer serán una sola carne sin referirse en ningún momento a la procreación. La *tradición sacerdotal* (Gén 1) habla de «crecer y multiplicarse», aunque esta fórmula también se usa para las criaturas del mar y del aire. Se percibe un cierto énfasis en el número en una época de alta mortalidad. A Abrahán se le promete una posteridad «tan numerosa como las estrellas» (Gén 15,5). Además en el judaísmo se da cierto desinterés por la virginidad. Sólo la figura de Jeremías elige el celibato (Jer 16,2), posiblemente como símbolo de la esterilidad que sobrevendrá a Israel.

Esta diversidad también la observamos al comparar, por ejemplo, el *Cantar de los Cantares*, que ensalza el amor sexual humano independientemente de la fertilidad, con el libro de los *Proverbios*, donde se hace una alabanza a la buena esposa tanto por su fecundidad como por su prudencia (Prov 31), o con el libro de la *Sabiduría*, donde se pone por encima de la fecundidad el valor de la justicia.

Pero, por lo general, la mujer no es tratada en plano de igualdad. Se permite la poligamia y el concubinato con la sierva. Un varón no casado que tiene relaciones sexuales con una mujer soltera es multado y obligado a casarse con ella, pero si la muchacha ha faltado secretamente a la castidad, es apedreada (Dt 22,13-29). El divorcio, además, sólo puede obtenerlo el marido.

La mujer encarna una atracción que puede llevar al desastre. Eva y Dalila son tentadoras del pecado (Gén 3 y Jue 16). Betsabé es ocasión de caída de David y Tamar de Amnón. En los salmos hay una sexualidad asociada al pecado: «En la culpa nací y en pecado me concibió mi madre» (50,7). Se considera impuro el hombre que emite semen o el que tiene un trato sexual ordinario aunque sea en el matrimonio (Lev 15,16).

Pero más allá de la visión de la mujer, del amor sexual y el matrimonio, crucial durante siglos para la anticoncepción ha sido el famoso *Texto de Onán* de Génesis 38,8-10. Nos detendremos un poco en él. El texto dice:

«Entonces dijo Judá a Onán: “Toma a la mujer de tu hermano, según tu obligación de cuñado y procúrale descendencia a tu hermano”. Pero Onán, sabiendo que la prole no sería suya, cuando se acostaba con la mujer de su hermano derramaba en tierra para no dar descendencia a su hermano. El Señor reprobó lo que hacía y también a él lo hizo morir».

La orden de Judá a Onán refleja una sociedad patriarcal en la que el padre selecciona la esposa de su hijo y Onán desobedece la orden de su propio padre. Onán violó la ley del levirato, pero esta ley se aplica cuando el padre ha muerto y los hermanos sostienen la tierra en común. Además, si la pena fuera por no cumplir el levirato, la pena correspondiente sería que la viuda escupiera sobre el hermano defraudador y tomara su sandalia (Dt 25,9). Aquí el padre está vivo y la ofensa es considerada más grave.

Debido a que el contexto del relato es el origen y la descendencia de una tribu, Onán quiebra la ley de perpetuar el nombre del hijo mayor, desobedece a su padre, no tiene sensibilidad con la familia y muestra un fuerte egoísmo. También aparenta aceptar la obligación al casarse con la cuñada viuda pero por sus actos malogra, al fin, los propósitos de dicha obligación. No es claro que la anticoncepción como tal haya sido la causa de la sanción. Además, no hay un mandamiento contra la contracepción en ninguno de los códigos de la ley y sí, en cambio, mandatos contra la homosexualidad, el bestialismo o la prostitución. Por eso, si no hay una explícita prohibición del *coitus interruptus*, que era conocido a través de Egipto, era porque se pensaba que no era algo inmoral. Por lo tanto, por el contexto del relato, por la falta de norma, por el contraste con otras regulaciones y por la necesidad de reprimir otras conductas sexuales es claro que la anticoncepción no fue el motivo por el que se castigó a Onán.

Por otro lado, hay una tendencia en el *Talmud*, libro que contiene la tradición, doctrinas, ceremonias y preceptos judíos, a permitir en ciertos casos, como excepción, los anticonceptivos. Algunos los aceptan por la salud de la madre o por preservar el estatus religioso o social del niño por nacer. El *coitus interruptus* es justificado por el rabí Eliezer durante la lactancia de la mujer como algo acorde con la naturaleza (*Yebamoth* 34b). Cierta ironía se da cuando se permite el uso de un pesario por parte de la mujer lactante o de una niña de once años (*Niddah* 45a). Se permite cuando es imposible. El Talmud (*Yebamoth* 35a) habla del prosélito, la cautiva y la esclava que, ante su destino incierto, usan medidas anticonceptivas. Parece que en estas circunstancias especiales la postergación de un nacimiento es deseable y podría permitirse la anticoncepción. También parece aprobarse implícitamente cuando se habla de la prostituta que expulsa el semen después del coito.

Una bella historia es la de Judit, esposa del rabí Hiyya, quien tuvo mellizos, uno de los cuales se había desarrollado más rápido que el otro y le había provocado como consecuencia un parto doloroso. Cuando se recuperó, se presentó a su marido disfrazada preguntándole: «¿Se le ha ordenado a la mujer propagar la raza?». «No», contestó él. Ateniéndose a la respuesta, bebió entonces una poción esterilizante. Cuando Hiyya comprendió luego que aquella mujer era su esposa y que su propio juicio lo había privado de otros hijos, se cuenta que dijo: «Ojalá me dieras un hijo más». Muy diferente es la actitud de la *Tosefta*, que ofrece una opinión simple y radical cuando afirma: «Un ser humano no está autorizado a beber una poción de raíces para hacerse estéril»

(*Yebamoth* 8,4).

Opiniones divididas aparecen sobre el tema del deber de propagación. La *Mishnah* sostiene que «el varón no se abstendrá del deber de propagación de la raza a menos que ya tenga hijos». Para Shammai, se requiere tener ya dos hijos varones. Para Hillel es importante que sean un niño y una niña. La *Gemara* afirma que después que un hombre ha cumplido con su deber es libre de casarse con una mujer estéril. Pero la *Midrash* impone al hombre como deber las relaciones sexuales con su primera esposa aunque tome otra mujer.

En cuanto a la forma de relación conyugal, rabí Johanan dice que «un hombre puede hacer lo que quiera con su esposa», pero otros parecen criticar las formas no usuales. Incluso la postura de la mujer sobre el varón es condenada por el rabí Johanan bar Dahabai (siglo II).

El autor más significativo es sin duda Filón (siglo I), primer filósofo de la diáspora. Sin ser estoico, condena «la pasión del amor» como origen de muchas calamidades y el deseo de belleza corporal como la fuente de perversidades lujuriosas. Explicando la ley mosaica sobre el adulterio anticipa la famosa cita de Séneca acerca del amor adúltero en el matrimonio: «Aun el placer natural es a menudo fuertemente sancionado cuando se le desea en forma inmoderada e insaciable... como el deseo apasionado por las mujeres que muestran aquellos que, en su vehemencia por el sexo, proceden impúdicamente, no ya con las mujeres de otros, sino con las suyas propias». La relación que busca el placer es desordenada, sin moderación, impúdica e ilegítima. Incluso Filón, en su reacción al placer, condena el matrimonio con mujeres estériles. Si resulta estéril después de casarse, el hombre puede ser excusado de no divorciarse, pero si se ha probado que la mujer es estéril en un matrimonio anterior, el hombre que se casa con ella «ara tierra dura y pedregosa», actúa sólo por placer y es condenable. «Esas personas que hacen un arte de matar la vida del semen a medida que se desprende, se declaran enemigos de la naturaleza». Filón también justifica la prohibición de tener relaciones sexuales durante la menstruación (de Lev 18,19 y Ez) basándose en que la concepción es imposible en esos días. Esta posición es muy instructiva, pues se da en el judío más sensible al pensamiento griego, hombre virtuoso y sin influencia cristiana.

2. El cristianismo primitivo y medieval

2.1. El Nuevo Testamento (siglo I)

La llegada del cristianismo y la predicación del Evangelio sitúan el amor como valor primario y universal. Sin embargo, varios valores previos configuran la postura de la anticoncepción en el Nuevo Testamento (NT), referencia ineludible durante siglos para los cristianos. Hay que acudir a estos valores previos para comprender la que será la postura cristiana sobre la anticoncepción.

a) *La superioridad de la virginidad.* Las enseñanzas sobre la virginidad suponen una ruptura radical con el judaísmo. Jesús afirma que algunos se han «hecho eunucos voluntariamente por el reino de los cielos». Esta enseñanza está en un capítulo donde se enseña que el reino de los cielos pertenece a los pequeños (Mt 19). Por eso, la virginidad, como la pobreza y el ser como niños, son signos positivos de la venida del reino de los cielos. En la resurrección no se casarán (Mt 22,30). Jesús, además, nace de madre virgen. En el Apocalipsis (14,1-5) se subraya que los ciento cuarenta y cuatro mil redimidos son vírgenes. Jesús mismo excluye cualquier consideración del matrimonio y san Pablo proclama que «es bueno para el hombre no tomar mujer» (1Cor 7,1).

b) *El matrimonio como institución es bueno.* Jesús reafirma la enseñanza del Génesis (1-2) sobre el origen divino del matrimonio (Mc 10,7-8). Jesús realiza en el evangelio de Juan su primer milagro en un banquete de bodas. La felicidad del matrimonio esclarece la relación de Cristo y su pueblo (Mc 2,19-20; Jn 3,29). El rechazo de Jesús (en Lucas) de las segundas nupcias supone una sanción de las primeras. Además, en la Carta a los Efesios el tema del Señor como esposo será esencial: «Maridos, amad a vuestras mujeres, como Cristo amó a la Iglesia y se entregó a ella para santificarla, purificarla... Los maridos deben amar a las mujeres como a su propio cuerpo» (5,25-33).

c) *La relación sexual es buena y sagrada.* La unidad carnal de los esposos es símbolo de la relación de Cristo y la Iglesia (Ef 5). La santidad de las relaciones sexuales en el matrimonio es contrastada por san Pablo con la pecaminosidad de las relaciones extramatrimoniales.

d) *El valor relativo de la procreación.* Que se valoren como buenos el matrimonio y las relaciones sexuales no está vinculado en los evangelios a la procreación. Las palabras del Génesis, «creced y multiplicaos» no son repetidas cuando dicho libro es citado en Mc 10 y Mt 19 al hablar de la monogamia. Pablo (en 1Cor 7) aconseja a las viudas no volverse a casar aunque las viudas jóvenes sean invitadas a casarse y a «tener hijos». No hay una vinculación entre matrimonio y procreación.

El texto más importante sobre las relaciones conyugales es 1Cor 7, donde se contesta a los nuevos conversos de Corinto que la virginidad no es una imposición y que el matrimonio es aceptable para aquellos que son «incapaces de controlarse»:

«Cumpla el marido su deber con la mujer y lo mismo la mujer con el marido. La mujer no es dueña de su cuerpo, sino el marido; lo mismo el marido no es dueño de su cuerpo, sino la mujer. No os privéis uno de otro, si no es de mutuo acuerdo y por un tiempo, para dedicaros a la oración. Después uníos de nuevo para que

Satanás no os tienta aprovechándose de vuestra incontinencia. Lo digo como concesión, no como obligación» (1Cor 7,3-6).

El texto habla de las relaciones como de algo debido, como de un deber. La *Vulgata* tradujo el término por *debitum*, probablemente para afirmar la igualdad en esta materia entre marido y mujer, proponiendo un tono jurídico en la relación personal. Esto apartó la sexualidad de todo sectarismo espiritualista que desdeña el cuerpo.

e) Hay una serie de *actos sexuales que son pecaminosos*, como las relaciones extramatrimoniales. Jesús pide ir más allá del no cometer adulterio, pues el que «mira con deseos a una mujer ya ha cometido adulterio en su corazón» (Mt 5,27-28). Hay una moral de intenciones y pensamientos más allá de los actos.

f) Hay una *conducta sexual «contra natura»*. Para Pablo hay una ley escrita en los corazones (Rom 2,15) y quebrantarla lleva a que «las mujeres mudaron el uso natural en uso contra la naturaleza, e igualmente los varones, dejando el uso natural de la mujer» (Rom 1,24-27). Lo natural sería un cierto orden que puede descubrirse en el universo. Pero lo natural no es lo que sucede, sino lo que requiere la naturaleza humana, porque el mismo Pablo reconoce que no hace lo que quiere (Rom 7,15).

g) Pablo incorpora el *concepto de pecado original*: «Por un hombre entró el pecado al mundo» (Rom 5,12). Este pecado todavía habita en Pablo: «Siento otra ley en mis miembros, que repugna a la ley de mi mente y me encadena a la ley del pecado que está en mis miembros» (Rom 7,23). Pero Pablo no lo asocia explícitamente a algo sexual, aunque sus palabras proporcionarán a las generaciones posteriores un punto de partida para la reflexión, vinculando caída de Adán, impulsos sexuales y pecado original.

h) Hay una *aversión a la pharmakeia*, es decir, al uso de drogas o sustancias asociadas normalmente a la magia. Pablo denuncia su uso (Gál 5,20). El libro del Apocalipsis condena a los que usan *pharmakeia* (Ap 21,8; 9,21), los sitúa fuera de la ciudad celeste junto con los fornicadores, asesinos, idólatras, irresponsables (Ap 22,15). Incluso se describe la caída de Babilonia, que por su *pharmakeia* ha conducido por el mal camino a todas las naciones de la tierra (Ap 18,23). Hay en estos pasajes una evidente hostilidad para con la «medicina y los hechiceros», pero no está claro si esta hostilidad se basa en el carácter pagano y mágico de las drogas o en sus consecuencias para la vida o el nacimiento.

Por lo tanto, la reflexión cristiana naciente integró en su discernimiento ciertos elementos de su cultura (estoicos, judíos, platónicos) y rechazó otros (gnósticos). De este modo se seleccionaron, discriminaron, enfatizaron y aplicaron los diversos textos del NT y ciertos valores morales. Algunos tratos sexuales eran vistos como antinaturales, la virginidad era ensalzada y el crecimiento de la Iglesia no se vinculó con la procreación. Pero lo cierto es que los textos del NT no dicen nada directamente sobre la anticoncepción.

2.2. El estoicismo

Los estoicos, como los cristianos, estaban preocupados por formar en virtudes, por el

orden familiar y la ley natural. Pero el medio que utilizaron los estoicos fue distinto: el control de los deseos sexuales mediante la razón. Epicteto considera la inmoderación en las actividades físicas algo irracional, porque hace al hombre un esclavo de su propio cuerpo. Se sospecha de la pasión incluso en el matrimonio. Séneca condena el adulterio por los problemas y desórdenes que causa. El fin principal del matrimonio era la propagación de la raza, y esta finalidad racional basada en la naturaleza ayudaba a moderar el exceso en las relaciones matrimoniales.

Musonio Rufo, maestro de Epicteto, enseñó en Roma que la corrección de las relaciones sexuales en el matrimonio se daba sólo si su propósito era procreativo y que, por placer, incluso dentro del matrimonio, eran reprensibles. Su postura subraya la importancia de la finalidad de los actos y el desdén estoico del placer. Séneca, desde su estoicismo, pudo decir: «El amor de la mujer de otro es vergonzoso; mucho más aún el de la de uno. El hombre sabio debe amar a su mujer con juicio, no con afecto. Debe controlar sus impulsos y no debe entregarse precipitadamente a la copulación. Nada es más impuro que amar a la esposa como a una adúltera».

La contracepción está excluida por la doctrina estoica. El texto más importante que argumenta directamente contra la anticoncepción es el de Musonio Rufo:

«¿Los legisladores, cuya tarea consistía en buscar y hallar lo que era bueno para la ciudad, y lo que era malo, y que de tal modo la ayudaban o la perjudicaban, no consideraron que lo más benéfico era llenar las casas de ciudadanos y lo más pernicioso despoblarlas?... Por tal razón prohibieron a las mujeres inducir al aborto, y castigaron a las que no obedecían; por tal razón también prohibieron incitar a la falta de hijos y evitar la concepción; por esta razón, establecieron premios para los que tuvieran muchos hijos, tanto para los maridos como para las mujeres, e hicieron de la falta de hijos un motivo de penalidades... ¿Cómo no vamos a proceder, pues, injustamente e ilegalmente cuando hacemos cosas contrarias al deseo de aquellos legisladores...?... ¿Cómo no vamos a pecar contra nuestros dioses ancestrales y contra Zeus, protector de la familia, cuando hacemos tales cosas?».

Los neopitagóricos opinaban algo semejante. Un tratado atribuido a Ocello Lucano dice que «debemos tener relaciones sexuales no por placer, sino con el objeto de procrear... Los órganos sexuales fueron dados al hombre no para tener placer, sino para el mantenimiento de la especie» (*La naturaleza del Universo*, sec. 44). Hay una restricción de la actividad sexual mediante normas racionales basadas en la naturaleza. La suprema norma no fue el amor, sino la naturaleza. Esto supone un cambio respecto al cristianismo, pues no es lo mismo que afirmar que la fecundidad es altamente deseable.

2.3. El gnosticismo

El gnosticismo estaba constituido por diversas escuelas con una amplia variedad de formulaciones morales y doctrinales. En lo que todos coincidían era en desafiar el matrimonio como institución relacionada con la tenencia de hijos. El matrimonio era corrupción y fornicación.

Los ascetas gnósticos se basaban en un quinto evangelio, *El evangelio según los egipcios*, en el que se pregunta a Jesús hasta cuándo los hombres morirán. Jesús responde: «Mientras las mujeres sigan trayendo niños al mundo». Muchos vieron en esta respuesta una orden implícita de derrotar a la muerte dejando de procrear. Salomé en

otro lugar dice: «Hubiera sido mejor que nunca hubiese tenido un hijo». En los gnósticos también influyen ciertos textos de los evangelios: «Qué pesar para las que estén encinta y tengan niños en aquellos días» (Mt 24,29), «en la resurrección de los muertos no tomarán mujeres ni maridos» (Lc 20,35), la excusa del que no acepta la invitación de una fiesta de bodas porque «he tomado mujer y no puedo ir» (Lc 14,20), el hacerse eunucos por el reino de los cielos e incluso «no alleguéis tesoros en la tierra donde la polilla y el orín los corroen» (Mt 6,19). Para Tatiano era obvio el texto de Pablo sobre que «es bueno para el hombre no tomar mujer» (1Cor 7,1).

Pero otros gnósticos, como Carpócrates, creían que las mujeres debían ser propiedad común. Los seguidores de Pródico se consideraban señores del sábado y no sujetos a la ley, por lo que cometían adulterio en secreto. Los seguidores de Basílides pensaban que podían cometer pecados debido a su perfección y que se salvarían aun si cometían pecado en esta vida, porque habían sido elegidos. Muchos creían que estaban por encima del «no cometerás adulterio». El hombre espiritual no podía pecar, corromperse. Cometían adulterio, seducían a las mujeres que instruían y, viviendo juntos como hermanos, frecuentemente muchas terminaban embarazadas. Algunos asignaban a los actos sexuales no procreativos un lugar central en sus ritos religiosos. El semen y los óvulos (obtenidos por *coitus interruptus*, masturbación o relaciones homosexuales) eran un alimento ofrecido a la divinidad. Por eso sus prácticas fueron la antítesis de la conducta matrimonial cristiana.

2.4. La respuesta cristiana

La primitiva doctrina cristiana sobre la anticoncepción fue, ante todo, una respuesta y una reacción a dos actitudes de la sociedad de su momento: la hostilidad de los gnósticos a la procreación y la indiferencia romana a la vida embrionaria e infantil. Sobre esta oposición, los cristianos adoptaron las reglas judeo-estoicas. Ciertas advertencias de san Pablo parecen ir ya dirigidas contra los gnósticos. No había que usar el cuerpo para la inmoralidad, ni la libertad como ocasión para la sensualidad. Los sínodos cristianos de los primeros siglos anatematizan a «quienes guardan virginidad por su horror al matrimonio» y a las esposas que han dejado a sus maridos «porque despreciaban el matrimonio». Para Ignacio de Antioquía, el matrimonio era bueno si se realizaba con la bendición del obispo. El matrimonio en la Iglesia era el término medio posible entre los que negaban el matrimonio y los que enaltecían la virginidad.

La respuesta cristiana se fundamentó en tres recursos: Antiguo Testamento (AT), Nuevo Testamento (NT) y ley natural.

El AT defendía el valor de la fecundidad y el matrimonio.

- El NT mostraba que ciertas conductas no estaban permitidas.
- La ley natural servía para demostrar que ciertos preceptos de la naturaleza son comunes a cristianos y judíos. Para Ireneo, Cristo no había abolido la ley natural. Pero encontramos tres sentidos de la ley natural en la argumentación sobre

sexualidad:

- a. La comparación entre proceso sexual y siembra de un campo.
 - b. Lo que hacen los animales es natural.
 - c. La naturaleza es una estructura discernida en el cuerpo humano, en las funciones de cada órgano. Los ojos son para ver. Su función era lo natural.
- Lo natural era un medio de enseñanza que reforzaba posiciones previas. Lo natural expresa lo que debía ser el hombre y no lo que los animales u órganos particulares pudieran realizar. Hay una función pedagógica de la naturaleza. Es un modelo y no un argumento.

La respuesta cristiana es una reacción a un entorno que busca el placer sexual incontroladamente. La sexualidad se convierte en símbolo que marca la diferencia con los paganos. En un mundo donde abunda el concubinato con esclavos, el divorcio era fácil y la homosexualidad frecuente; la finalidad procreativa pareció a cristianos, paganos estoicos y judíos reflexivos el criterio racional para juzgar las relaciones sexuales. Justino ya decía que los cristianos o se casan con el solo objeto de producir hijos o son completamente continentes. Atenágoras añade que «la procreación es la medida de nuestra indulgencia para con el deseo». Minucio Félix afirma que los cristianos están «sujetos por el vínculo de un único matrimonio con la voluntad de procrear». Clemente declaraba que la ley cristiana establece que los «maridos usen de sus esposas moderadamente y sólo para tener hijos» (*Stromata* 3, 11, 71). «Realizar el coito con otro fin que para procrear es injuriar a la naturaleza» (*Pedagogo* 2, 10, 95).

Varias cuestiones nos parecen centrales en esta época:

1) Se asume la *moderación estoica*. Jerónimo llegó a afirmar que «adúltero es aquel que es muy ardiente con la propia esposa». También la traducción de Jerónimo de la Biblia llevará las huellas de esta moderación. Por ejemplo, en el relato de Tobías dirá que «no es placer lo que busco tomando a mi hermana» (Tob 8,9), sino solamente amor a la descendencia.

2) Es muy importante hacer notar que para los cristianos este fin procreativo *no tenía que ver con el deseo de un aumento de la población*. No se utilizó la necesidad de aumentar la población del cielo ni la necesidad de aumentar el número de cristianos ante la mayoría pagana, pues era una evidencia que las muchedumbres buscaban el Evangelio. Estas razones no fueron tenidas en cuenta en los primeros cuatrocientos años de cristianismo. Hay, más bien, un desinterés cristiano por la descendencia. El interés se centraba en ser personas espiritualmente mejores.

3) El *control de la sexualidad tenía también como razón la protección de la vida*. El rechazo de Séneca de las relaciones sexuales durante el embarazo se debe a que es un peligro para el feto. El trato sexual durante la menstruación se interpretó como una protección para la criatura. Para Jerónimo, copular en este tiempo podía hacer que nacieran niños leprosos o gangrenosos o demasiado grandes o demasiado pequeños. La protección de la vida futura era un argumento. Clemente y Orígenes rechazan las

relaciones sexuales durante el embarazo, pues la matriz está ocupada por un feto.

4) Los cristianos defendieron que *toda vida debe ser respetada usando los términos que la ley reservaba para la muerte de adultos*. Acabar con una vida existente e interrumpir el embarazo constituyen un homicidio, un parricidio. La actitud cristiana era una reacción a la dura actitud romana sobre el ahogamiento de niños enfermos o anormales y el abandono de niños en su nacimiento, que eran hechos comunes y razonables. Desde estos presupuestos comprendemos los términos que usaron los autores cristianos contra la anticoncepción en este contexto: parricidio, peor que crimen, muerte del hombre que va a ser. Hay que entenderlos desde el deseo de proteger la vida. *Usan el lenguaje retórica y moralmente*, pues lo común en esta época era defender la teoría aristotélica de la animación retardada, por la que el nuevo ser deviene varón a los 40 días y a los 90 días hembra. Tertuliano, escribiendo a Algasia, dice: «Los fetos se forman gradualmente en el útero, y no se reputa homicidio hasta que los elementos dispersos reciben su apariencia y sus miembros» (*Epístola* 121,4). Agustín, al comentar el Éx 21 en la versión de la Septuaginta, afirma: «Lo que no está formado se puede interpretar que no tiene alma y por esta razón no es homicidio, porque alguien no puede ser privado del alma si aún no la ha recibido... Si el embrión no está aún formado, aunque de algún modo esté animado (...) la ley no establece que el acto sea homicidio, porque no se puede hablar de alma viva en un cuerpo que carece de sensación si su carne no está desarrollada y no está dotada aún de sentidos» (*Sobre el Éxodo* 21, 80). Por este motivo nadie pudo haber confundido el semen con un ser humano o afirmar que la destrucción del semen era un verdadero homicidio. La consideración no era legal ni biológica sino moral.

5) En este contexto de protección de la vida es donde aparecen las primeras condenas y críticas a la anticoncepción. En la *Didajé*, el Camino de la Muerte está hecho del uso de la *pharmakeia*, que son drogas usadas como abortivos o contraceptivos. Clemente afirma que «debido a su institución divina para la propagación del hombre, el semen no debe ser eyaculado en vano, ni dañado, ni malgastado». Minucio Félix opone la conducta cristiana a la de las mujeres paganas que beben drogas «que extinguen el nacimiento del futuro hombre y, antes de parir, ya cometen parricidio» (*Octavio* 30,2). No hay que sorprenderse de la calificación como crimen, pues es similar a la empleada, como hemos visto, por el *Talmud* o Filón para caracterizar la destrucción del semen. Y es esta actitud la que lleva a que en el *Elenchos o Refutación de todas las herejías* (entre 220 y 230 d.C.) se ataque incluso al papa san Calixto, un antiguo esclavo, posiblemente porque permitió el matrimonio con esclavos y como consecuencia muchas mujeres no quisieron tener hijos de los esclavos y usaron drogas de esterilidad o se ciñeron estrechamente a fin de expeler el feto engendrado. *Elenchos* da por sentado que todos los cristianos consideran la anticoncepción como un crimen, lo cual puede manifestar una creencia generalizada.

6) Se critica la anticoncepción *por razones hedonísticas*. San Juan Crisóstomo es claro:

«En verdad algunas cosas son peor que un crimen y yo no sé cómo calificarlas; ¿cómo llamar al acto, no de

matar lo formado, sino de evitar su formación? ¿No despreciáis así un don de Dios y quebrantáis sus leyes? ¿No buscáis como si fuera una bendición lo que es una maldición? ¿No hacéis de la antecámara de la vida la antecámara de la muerte? ¿No enseñáis a la mujer que se os ha dado para tener descendencia a perpetrar un crimen? (...). Aun si el crimen es de ella, la causa sois vosotros. De aquí también nacen herejías. Para lucir hermosas, muchas de estas mujeres usan encantamientos, libaciones, filtros, pociones y otras innumerables cosas. Sin embargo, después de cada vileza, después de cada crimen, de cada idolatría, la cuestión parece indiferente a muchos hombres; aun a muchos que tienen esposas. En esta indiferencia de los hombres casados hay obscenidad muy perniciosa; se preparan venenos, no ya contra el vientre de la prostituta, sino contra vuestra injuriada esposa. Contra ella van estos innumerables engaños, invocaciones del demonio, encantamientos de la muerte, guerras cotidianas, batallas sin fin y disputas no remitidas» (*Homilía 24 sobre la Epístola a los romanos*).

Ambrosio afirma cómo las mujeres ricas, «para que su patrimonio no sea dividido entre varios, renuncian a sus propios fetos en su útero» (*Hexamerón* 5, 18).

Lactancio, en la primera referencia cristiana a las razones económicas en la procreación, afirma que para un cristiano demasiado pobre para sostener una familia, la única solución es la continencia absoluta.

7) Una cuestión importante es que se omite en este tiempo el famoso *Texto de Onán*. Sólo Epifanio, en el contexto de su polémica antignóstica, lo entendió como condena.

8) Actitud tolerante de los Padres con *los anafrodisíacos*. Orígenes, Metodio y Ambrosio consideran el sauce un símbolo de la castidad. Este enfoque tolerante con respecto a los anafrodisíacos sugiere que la asociación de las pociones de hierbas con la magia no llevó a una condenación de todas ellas, ya que no toda interferencia de los procesos del cuerpo humano aparecía como intolerable.

9) Es fundamental subrayar que *ninguno condena el acto anticonceptivo aislado de una persona casada*. Las condenas de Crisóstomo y Ambrosio están vinculadas a la avaricia o la dureza de corazón. *Elenchos* las condena en una relación no matrimonial. Jerónimo las condena en su uso por los fornicadores. Epifanio condena el *coitus interruptus* tan sólo en cuanto rito, y la *Didaje* y Bernabé rechazan la *pharmakeia* por su asociación con la magia o la fornicación.

10) Es *clarificadora la comparación con el aborto*. Las condenas del aborto son muchas y directas. Por eso, si el aborto era frecuentemente castigado y la anticoncepción tan poco y de paso, no debió de considerarse generalmente como una grave ofensa. Pero lo cierto era que la exigencia de un fin procreativo en las relaciones sexuales excluía necesariamente la anticoncepción, aunque sin dejar claro si la misma era un pecado mayor o menor.

11) La posición de los tres primeros siglos estaba anclada en la adhesión alejandrina a la regla estoica sobre el fin procreativo y al enfoque estoico de la naturaleza. Si dejamos de lado este aspecto, lo que queda es la afirmación de que la anticoncepción atenta contra la vida sobre la base de que es sagrado el proceso de gestación de la vida y es necesario evitar toda interferencia.

12) El mensaje cristiano *atrajo a muchas mujeres* por la condena del infanticidio, del abandono, de la prostitución y la esclavitud, por su sanción del adulterio y el divorcio, por su crítica de la poligamia y su condena del concubinato. Además el celibato y la vida contemplativa eran vistas como una posibilidad de evitar el matrimonio y los riesgos de

la maternidad, como una superación de los roles y una alternativa real. A las mujeres comprometidas en uniones forzadas y tempranas les atraía la igualdad y el ascetismo de los cristianos. Muchas viudas y algunas parejas escogieron esa vida de continencia y servicio.

2.5. El maniqueísmo y san Agustín

La desaparición del gnosticismo a comienzos del siglo IV coincidió con la aparición del maniqueísmo. Sus seguidores llamaban al matrimonio pecado, menospreciaban la procreación y denunciaban toda relación sexual como fornicación. Por eso, los cristianos, al encontrarse con los maniqueos, volvieron a utilizar los argumentos que ya habían usado durante tres siglos contra los gnósticos: la salvaguarda de la procreación y del matrimonio. Por su importancia en la historia, nos detendremos en la reacción cristiana al maniqueísmo de san Agustín.

San Agustín vivió durante once años como maniqueo creyendo el relato de Mani sobre el universo, el mal y el sexo. Convertido al cristianismo, su reacción fue profunda, pero el maniqueísmo le dejó una profunda huella en sus preocupaciones por el mal y la sexualidad. A la moral maniquea que condenaba la procreación y separaba procreación y trato sexual, Agustín opuso una ética que unía el sexo a la procreación y que consideraba como cosa buena la tenencia de hijos en el matrimonio.



Agustín, mientras fue maniqueo (de los 18 a los 29 años), como otros muchos varones de la élite romana con la idea de posponer el matrimonio, vivió con una muchacha con la que no pensaba casarse pero con la que tuvo un hijo en el primer año de convivencia. La pareja no volvió a tener hijos. La unión fue muy estable y Agustín fue fiel a esta única mujer (*Confesiones* 4, 2). A los 29 años la deja por la presión de su madre, Mónica.

Cuando ella se apartó de él, juró que jamás conocería a otro hombre. Su amor por ella no está tan claro. De hecho, Agustín nunca consideró la posibilidad de contraer matrimonio con su compañera. Desde esta relación íntima, en que el amor parece que tuvo tan poca importancia, es desde donde elaboró su concepción del matrimonio.

Agustín no creía que hubiera nada de racional, espiritual o sacramental en el acto sexual. En las relaciones sexuales el hombre «se hace sólo carne» (*Sermones* 62, 2). El trato sexual es la más grande amenaza para la libertad sexual: «Siento que nada aleja más a la mente del hombre de las alturas que los halagos femeninos y el contacto de los cuerpos sin el cual no puede tenerse una mujer» (*Soliloquios* 1, 10). Por eso, si las relaciones maritales eran tolerables, debe de haber algún fin externo que las justifique.

Ya en el primer año después de su conversión afirma que los maniqueos permiten el matrimonio sólo a los seguidores que no alcanzan el nivel de los elegidos. Pero a estos matrimonios se les recomienda abstenerse de procrear vigilando los tiempos. «De esto se sigue que vosotros consideráis que el matrimonio no es para tener hijos sino para saciar el placer... Cualquiera que diga que procrear es peor pecado que copular, destruye con ello el matrimonio; y hace de la mujer no una esposa sino una prostituta... no hay matrimonio donde se impide la maternidad; puesto que en tal caso no hay esposa» (*La moral de los maniqueos*, 18, 65). Años más tarde reconoce:

«La perversa ley de los maniqueos ordena que se debe, sobre todo, evitar la procreación por parte de aquellos que tienen relaciones sexuales, para que su Dios, a quien ellos, quejándose, conciben como confinado en cada semen, no sea confinado aún más cuando una mujer concibe. Por consiguiente, su Dios, por un vergonzoso tropiezo, es expulsado fuera, más que confinado a una cruel relación» (*Contra Fausto*, 22, 30).

Este «expulsado fuera» se refiere al *coitus interruptus*. Es la primera condenación de un teólogo occidental de tal práctica. La crítica de Agustín es que los maniqueos, al negar la procreación, «hacen de la cámara nupcial un lupanar»:

«Copulan en vergonzosa unión tan sólo para satisfacer la concupiscencia con sus esposas. Se niegan a tener hijos, objeto para el que ha sido establecido el matrimonio... Cuando esto sucede, los maridos se transforman en vergonzosos amantes, las mujeres en prostitutas, los lechos matrimoniales en burdeles, los suegros en rufianes» (*Contra Fausto*, 15, 7).

Agustín intensificó su desprecio por la anticoncepción por la práctica maniquea del *coitus interruptus* como rito religioso. Describió el ritual en que se «comía semen» para liberar la parte divina de su aprisionamiento en el cuerpo y da testimonio de un ritual maniqueo con relaciones sexuales, en el cual se derrama semen sobre granos, comiéndose luego tal mezcla «como una eucaristía». Las relaciones sexuales no procreativas eran estimadas como cosa sagrada.

Desde este contexto, comprendemos que en su escrito *El bien del matrimonio* (hacia el 400) afirmara que Jesús bendijo el matrimonio al condenar el divorcio y al asistir a las bodas de Caná. Esta preocupación le lleva a afirmar tres bienes en el matrimonio. «Por eso el matrimonio es bueno: descendencia, fidelidad, estabilidad simbólica (*proles, fides, sacramentum*)» (29, 32).

a) La descendencia (*proles*) es el primer bien. No significa mera multiplicación física,

sino generación de seguidores de Cristo, criar humanamente y educar religiosamente.

- b) La fidelidad (*fides*) no es sólo la abstención de relaciones con otros, sino cumplir el débito marital, «el mutuo servicio para sostenerse mutuamente en su debilidad y evitar las relaciones ilícitas».
- c) El *sacramentum* es resultado de su reflexión sobre la indisolubilidad del matrimonio cristiano. El vínculo surgido del fin procreativo no puede ser dejado de lado si la procreación es imposible y un hombre que ha despedido a su mujer por causa de adulterio no está autorizado a volverse a casar, aun cuando no pueda tener ahora hijos.

Agustín observa que casi todos los matrimonios fallan al observar la regla de sólo tener relaciones sexuales procurando concebir (13, 15). Lo curioso es que la experiencia de los fieles no es un dato relevante para tener que cambiar la norma.

Por otro lado, la continencia en el matrimonio es preferible al uso sexual. Los esposos son mejores cuando se refrenan sexualmente por mutuo consentimiento. La continencia es un valor más alto que la procreación, pero la continencia no es un valor más alto que la fidelidad. Si un esposo busca el débito marital, el otro debe responderle por fidelidad. Uno no puede ser continente sin el consentimiento del otro. De ahí que, aunque la intención no sea ahora procreativa, «no hay pecado en corresponder al débito conyugal».

Lo que le parece una perversidad, desde la vieja apelación a la naturaleza, son las relaciones oral y anal:

«El uso natural, cuando se desliza más allá del vínculo nupcial, es decir, más allá de la necesidad de propagación, es perdonable en una esposa, condenable en una prostituta. Una práctica contra la naturaleza es execrable en una prostituta, pero más execrable en una esposa. El ordenamiento del Creador y el ordenamiento de la criatura es de tal importancia que, en cosas en que se permite el uso, es mucho más tolerable exceder la medida que un único y raro exceso en cosas no permitidas... Sin embargo, cuando un esposo busca usar un miembro de su esposa cuyo uso no está permitido, es más vergonzoso si la esposa permite que le suceda a ella que a otra mujer» (11, 12).

Otra cuestión clave para la posteridad es la conexión entre el pecado original y la conducta sexual. Agustín los asoció consistentemente por primera vez debido, en gran parte, a la reacción frente a Pelagio, que subrayaba el vigor de la voluntad para combatir el pecado. El hombre aparecía como autosuficiente, sin necesidad de la gracia. Parecía que el pecado original no había sido transmitido de ningún modo de Adán a sus descendientes y que la concupiscencia no existía en el cristiano de su época. Su optimismo sobre las capacidades humanas apartaba toda sospecha de sexualidad.

- Los maniqueos: el matrimonio es pecaminoso porque un hombre nacido de él es una criatura del demonio, manchada por el pecado original.
- Los pelagianos: el matrimonio es legítimo y ningún hombre nacido tiene el pecado original.
- Los católicos: el matrimonio es bueno pero el hombre nacido de la concupiscencia

trae consigo el pecado original. Las relaciones maritales son combinación entre bien y mal.

Por eso en el año 418 escribe *Matrimonio y concupiscencia*. Por el pecado de Adán, la concupiscencia acompaña a la procreación. Las partes generativas del hombre no obedecen a la razón: «En la práctica del acto generativo está presente, sin duda, la ofensa del pecado» (1, 12, 13). Agustín sostiene, contra los pelagianos, que la concupiscencia no es buena y, contra los maniqueos, que el matrimonio (y las relaciones sexuales en él) es bueno. La consecuencia del énfasis de Agustín en la concupiscencia fue un refuerzo de la finalidad procreativa para la legitimación de las relaciones sexuales. La finalidad procreativa queda anclada en la teología del pecado original. Las relaciones maritales tienen un fin que las salve. La procreación justifica el acto marital.

«Una cosa es no acostarse, excepto con la exclusiva intención de procrear; no hay en ello falta. Y otra cosa es buscar el placer de la carne, aun dentro de los límites del matrimonio: tal acto comporta un pecado venial. Yo supongo, entonces, que vosotros, aunque no os acostéis en busca de descendencia, no lo hacéis tampoco en procura de placer, impidiendo la procreación mediante una mala oración o un mal acto. Los que hacen esto, aunque se les llame marido y mujer, no lo son; ni guardan la esencia del matrimonio, sino que cubren una infamia con un nombre respetable. Ellos se traicionan a sí mismos, verdaderamente, cuando van tan lejos como exponer a las criaturas nacidas contra su voluntad; porque odian criar a quienes han temido dar a luz... Algunas veces [*Aliquando*] esta lujuriosa crueldad o cruel lujuria los lleva a procurar aun venenos de esterilidad [*sterilitatis venena*] y si estos no obran, entonces extinguen y destruyen el feto en el vientre de algún modo, prefiriendo que su descendencia muera antes de que viva, o, si ya vivía en el vientre, prefieren matarla antes de que nazca. Sin duda, esposos de esta clase no están casados y si fueron así desde el comienzo ellos no están unidos en matrimonio sino en la deshonra. Si son de esta clase, me arriesgo a decir que o la mujer es de alguna manera la prostituta de su marido o este es un adúltero con su propia esposa» (1, 15, 17).

Este texto fundamental es el único en que Agustín trata de anticonceptivos artificiales y es uno de los dos en los que la denuncia no se limita a los maniqueos. Con el rótulo «*Aliquando*» se tratará sobre la anticoncepción en el Medievo, aunque Agustín condenaba aquí sólo la contracepción dentro del matrimonio.

En el 419 afirma que es ilegítimo cohabitar con la esposa cuando se evita la concepción: «Esto es lo que hizo Onán». Podéis casaros para dar un desahogo a vuestra incontinencia, «pero no debéis lograrlo de tal modo que destruyáis el bien del matrimonio, que es la procreación» (*Matrimonios adúlteros*, 2, 12, 12). Esta es la primera referencia a Onán hecha como argumento contra la anticoncepción en el matrimonio.

El bien natural del matrimonio consiste en el trato sexual con fines procreativos (*Matrimonio y concupiscencia*, 1, 4, 5). «La procreación es la primera, natural y legítima razón del matrimonio» (*Matrimonios adúlteros*, 2, 12, 12). La finalidad natural es, por lo tanto, lo que le permite justificar las relaciones maritales a pesar de la concupiscencia.

En resumen, Agustín condena el uso maniqueo del período estéril y del *coitus interruptus*, condena genéricamente el uso de venenos contraceptivos como factor destructivo de cualquier matrimonio, cita el caso de Onán como advertencia y, tras el conflicto con Pelagio, las relaciones sexuales quedaron manchadas por la concupiscencia y forzadas a justificarse por el fin procreativo. Agustín consiguió un equilibrio centrado en la exigencia procreativa que perduraría mil años en el cristianismo de Occidente. La

anticoncepción quedaba excluida.

2.6. La moral monástica. Tres monjes que llegaron a obispos

La doctrina de los Padres fue transmitida de forma simple y tosca entre los años 500-1100 por una serie de monjes con gran respeto por la tradición y poco interés por la especulación. Dentro de su esquema naturalista buscaron una explicación estricta para la finalidad de cada acto humano. Proyectando en parte su propia experiencia de organización monástica, insistieron en normas para todos los cristianos y, en parte, como reacción a una época de desorden, otorgaron gran valor a las reglas. En la conducta sexual se inclinaron al rigor pasando del pesimismo agustiniano a un código monástico aún más pesimista y severo.

La repetida oposición a la anticoncepción durante esta larga etapa de la historia cristiana no se basó tanto en la escasez y pobreza de la población sino en el deseo de proteger la vida y su proceso de gestación. Se usó el análisis erótico-moral de Jerónimo del acto anticonceptivo como homicidio, quizá como un modo de impresionar. Se asoció con frecuencia con la superstición pagana. Y, por eso, la magia fue frecuentemente entendida como sinónimo de acción esterilizante. Influyó la usual vinculación en la enseñanza cristiana del adulterio y la fornicación con la anticoncepción. Además existía una profunda antipatía ante las relaciones oral y anal, el *coitus interruptus* y la colocación de la mujer sobre el hombre. En las relaciones maritales se buscaba un criterio racional cuyas raíces eran estoicas y patrísticas.

En el siglo VI, tres grandes monjes obispos tuvieron una marcada influencia:

Cesareo de Arles, como reacción al concubinato, especialmente con esclavas, insiste en un modelo rígido de moralidad matrimonial.

«De tantas veces como ella pudiera haber concebido o dado a luz, de tantos homicidios será tenida por culpable y, si no hiciera la penitencia conveniente, será castigada por la muerte eterna en el infierno. Si una mujer no quiere tener hijos, que llegue a un acuerdo religioso con su marido; la castidad es la única esterilidad posible de una mujer cristiana» (*Sermones* 1, 12).

Este «tantas veces, tantos homicidios» tendrá mucha influencia. La fuerza es moral y tan sólo las mujeres son mencionadas como culpables. Cesareo también predicaba contra las diabólicas pociones que impiden la concepción. Las hierbas eran percibidas como magia pagana. La mujer no debía negarse a traer aquellos que serían cristianos (*Sermones* 44, 2). Es una interferencia en la voluntad de Dios impedir la fecundidad por medio de pociones anticonceptivas (*Sermones* 51, 4).

San Martín de Braga presentó ciertas normas como cánones de la legislación eclesiástica de Oriente que o bien encontró en nuevas versiones o no dudó en modificar. Uno de ellos trata sobre la anticoncepción. El prolongado éxito de este canon se explica por afirmar ser fruto de un concilio.

«Si una mujer ha fornicado y ha matado a su hijo nacido de ese acto, o ha deseado cometer un aborto y mata lo que ha concebido, o *adopta medidas para no concebir*, sea en adulterio como en legítimo matrimonio, los cánones más antiguos decretaban que tales mujeres podían recibir la comunión ante la muerte; nosotros, sin

embargo, por misericordia, juzgamos que tales mujeres u otras complicadas en sus crímenes, serán penadas por diez años» (*Capítulos de los Sínodos de los padres orientales*, 7).

Gregorio Magno, primer papa medieval (entre 590-604), reaccionó en Roma ante la decadencia moral con un austero punto de vista sobre moral matrimonial. En su *Regla pastoral* afirma que los casados sólo podían copular para producir descendencia (hasta aquí como Agustín). Pero Gregorio fue más allá: no solamente el placer era un fin inaceptable, sino que, si cierto placer «se mezclaba» con el acto sexual, los esposos habían transgredido la ley del matrimonio. Los esposos culpables ensuciaban sus relaciones con el placer (*Regla pastoral* 3, 27). Lo mismo repitió en la famosa carta de Gregorio a Agustín de Canterbury: milagrosamente un hombre podía tener relaciones sexuales sin pecar, del mismo modo que no se podía tocar el fuego sin quemarse. Y puesto que los milagros no ocurren usualmente en las relaciones matrimoniales, había que esperar el pecado. La desconfianza estoica ante el placer fue llevada al límite.

La anticoncepción suponía la negación de la única justificación del coito. Gregorio sellaba así en el más alto nivel la oposición a la anticoncepción. Con el aumento de su autoridad en la Edad media, esta doctrina fue afirmada por la jerarquía eclesiástica en pleno.

La doctrina de los monjes que llegaron a obispos fue transmitida entre los siglos VII y XII por unos instrumentos monásticos que fueron los Penitenciales. Ordenan los pecados por materia junto con las respectivas penas prescritas y reflejan las valoraciones morales de estos monjes. Muchos repiten la fórmula de Cesareo «tantas concepciones impedidas, tantos homicidios». Las referencias a las pociones se mezclan con la magia. Se piensa que mediante la magia, con ayuda del demonio, se produce esterilidad o aborto. Así, la oposición a la magia refuerza la oposición a la anticoncepción. Pero sólo a partir del siglo VIII las referencias a la anticoncepción son claras.

Se supone que los usuarios de las pociones o usos mágicos anticonceptivos son mujeres. Los motivos por los que usaban anticonceptivos eran para evitar el embarazo, para causar hostilidad a otros, para destruir el deseo sexual (anafrodisíacos) y por motivos económicos. En el tema económico hay una clara discriminación acerca de las penas según el estatus económico del penitente. Si la mujer que mata a su hijo era una *paupercula* o *pauperiza*, el castigo debía ser la mitad del que le correspondería a una madre que no fuera de esa condición. La distinción ya había sido adoptada por Beda para la sanción del aborto. Pero la primera referencia clara a la anticoncepción por motivos económicos se halla en Burcardo, obispo de Worms (siglo XI):

«¿Has hecho lo que acostumbran hacer algunas mujeres cuando fornican y quieren asesinar a su prole, actuando con sus maleficia y sus hierbas de modo que matan o extirpan el embrión o, si aún no han concebido, se las ingenian para no concebir? Si tú hiciste eso, o lo consentiste o lo enseñaste, debes cumplir una pena de diez años sobre días legales. Pero una antigua disposición separaba a los culpables de la Iglesia hasta el fin de sus vidas. Según tantas veces impedía ella la concepción, de tantos homicidios era culpable. Pero hay una gran diferencia entre que ella sea una pobre mujercita y actúe así a causa de la escasez de alimentos a que actúa así para ocultar el crimen de la fornicación» (*Decretum* 19).

El *coitus interruptus* casi no se menciona. Las relaciones oral y anal son tratadas como un pecado grave por todos. Muchos prescriben penas más serias para las mismas que

para un homicidio cometido por un seglar y siempre son más graves que el aborto de un feto no formado. Esto sugiere que, para los Penitenciales, la protección de la vida era menos importante que el control de la concupiscencia.

La relación de la mujer sobre el hombre, que en la patrística no se consideraba pecado, ahora se castiga quizá por la creencia corriente que impedía de algún modo la procreación. La sanción refleja una evolución acerca de lo que era «natural» en las relaciones sexuales.

Han evolucionado los criterios. La mayoría ignora la cuestión de la relación durante el embarazo y la pareja estéril. La indiferencia hacia estos dos tópicos representa un rechazo de la insistencia agustiniana sobre el propósito procreativo. Ninguno de los Penitenciales considera la falta de una finalidad procreativa como pecado. Las relaciones durante la menstruación son consideradas por la mayoría pecado venial. Las bebidas anticonceptivas, sin embargo, son siempre tratadas como pecado grave. Burcardo incluso las califica de homicidio premeditado.

Hay un desarrollo de sanciones contra los que cooperan en la anticoncepción. Seudo-Beda trata igual consumir y dar brebajes. Regino y Burcardo se preocupan por el que ha «enseñado» el modo de cometer el aborto o la anticoncepción. Sus preguntas sobre la «enseñanza» serían el primer esfuerzo eclesiástico por controlar la difusión de la información anticonceptiva.

Pero el legado más importante de estos seis siglos rudos será un texto que llegará a ser en el siglo XIII ley canónica. Es el decretal *Si aliquis*. Lo encontramos primero en Regino de Prüm:

«Si cualquiera (*Si aliquis*) para satisfacer su lujuria o por odio deliberado hace a una mujer u hombre algo que les impida tener hijos, o les da de beber de modo que no pueda él generar o ella concebir, considérese ello como homicidio».

La popularidad del *Si aliquis* no se debe a Regino, sino a Burcardo, cuando casi una centuria después incorporaba este texto en su *Decretum*, describiéndolo como «canon 30 del concilio de Worms» (17, 57). Es probable que en este importante lugar, en el que hubo varios sínodos durante un par de siglos, se promulgara el *Si aliquis*. El texto tiene una forma legal. Puede que Burcardo tuviera acceso a textos hoy perdidos. De todas formas, con el apoyo de la autoridad sinodal, el *Si aliquis* fue muy conocido en el Medievo. Burcardo lo colocó en el libro sobre la fornicación. Por esta ubicación remite el canon solamente a la anticoncepción fuera del matrimonio, aunque en otros lugares parece referirlo no sólo a las mujeres solteras. El *Si aliquis* se conservó en la legislación de la Iglesia católica hasta 1917. Su énfasis sobre las pociones, su vaga referencia a la magia, su calificación de anticoncepción como homicidio reflejan el enfoque penitencial y la enseñanza de los monjes sobre la sexualidad matrimonial.

Durante seis siglos, los cánones y penitenciales formularon un código de conducta que tanto monjes como obispos habían intentado inculcar en un contexto donde las ciudades estaban en declive y casi despobladas, la administración imperial eliminada, el analfabetismo aumentaba, los bárbaros se habían instalado en el Imperio, la cultura se había aislado de Oriente, las separaciones y las concubinas eran frecuentes, las mujeres

eran forzadas a casarse y las estrategias familiares eran importantes. Las plagas arrasaron el Continente y redujeron la población a la mitad entre el 542 y el 700. La mortalidad infantil era del 45% y el promedio de vida 30 años. Muchos no se casaban y permanecían solteros. La primogenitura servía ahora para transmitir la mayor parte de los bienes a un único heredero varón.

En este contexto hay que tener en cuenta que los pueblos bárbaros eran sociedades violentas, nómadas, rurales, marcadas por la endogamia y la responsabilidad colectiva. La monogamia se imponía lentamente. Los galogermanos practicaban el concubinato y las segundas nupcias para reforzar alianzas familiares. Carlomagno tuvo cuatro esposas oficiales sucesivas y seis concubinas. El matrimonio se sellaba por el intercambio de bienes (dote) y las relaciones sexuales. Muchas veces se compraban las mujeres pagando un precio o simplemente se adquirían mediante raptó o secuestro. Se aplaudía una vigorosa sexualidad matrimonial. Durante la ceremonia se gritaban obscenidades para incitar las pasiones, la familia llevaba a la pareja al lecho nupcial y se exhibían las sábanas el día siguiente. Se repudiaba a la esposa por adulterio, por usar drogas para abortar, por esterilidad y por haber sido violada. En este contexto la Iglesia denunció la poligamia, el concubinato y el incesto. Y así la Iglesia atrajo a las mujeres por su defensa de la igualdad, la monogamia, el perdón por el adulterio, por su hostilidad al divorcio, por la importancia del consentimiento individual y por su defensa de viudas y huérfanos.

En estos siglos se transmitió la enseñanza patrística y se preservó el papel básico de la procreación en el matrimonio. El problema fue que la enseñanza se transformó en un código. Se pensaba que las relaciones oral y anal eran horribles, que la postura de la mujer encima era objetable y que las pociones anticonceptivas eran algo mágico.

2.7. Canonistas y cátaros.

Del Si aliquis al Aliquando

Un nuevo período se abre cuando aparece un canon contra la anticoncepción en una colección autorizada por el pontífice. Ya no era una colección episcopal. La prohibición se realiza ahora con formulación teológica y sofisticación legal. Dos factores influyen claramente: el renacimiento agustiniano y la reacción a los cátaros.

En 1094 Ivo, obispo de Chartres, lanzó un nuevo *Decretum*. La nueva autoridad era Agustín y por eso utilizó varios textos agustinianos. El más importante de los textos fue la cita del pasaje de *Matrimonio y concupiscencia* que comenzaba con la palabra «*Aliquando*», donde denunciaba el uso de los venenos de esterilidad. Ivo introdujo la olvidada denuncia de la anticoncepción artificial y lanzó implícitamente la idea de que la anticoncepción era un pecado contra el matrimonio, no una forma de homicidio. Otro texto fundamental fue fusión de dos textos de Agustín bajo el título: «Es más serio pecar contra la naturaleza que cometer adulterio»: «Un uso que es natural y legítimo en el matrimonio es ilegítimo en el adulterio. Actuar contra la naturaleza es siempre ilegítimo y, sin duda, más flagrante y vergonzoso que pecar de modo natural en la fornicación o en el adulterio» (*Decretum* 9, 106).

El trabajo de Ivo hizo que las declaraciones de Agustín se fijaran como una regla. A

mitad del siglo XII, las colecciones decisivas fueron hechas por dos hombres: el monje camaldulense Graciano, en Bolonia hacia el 1140, y el obispo de París, Pedro Lombardo, entre 1154 y 1157. Graciano constituyó parte de la ley canónica de la Iglesia occidental hasta la promulgación del *Código de Derecho Canónico* de 1917. Las *Sentencias* de Lombardo fueron el texto de teología más usado en las universidades hasta 1550. Lombardo hizo familiar el *Aliquando* a muchos estudiantes de Teología y Graciano a muchos estudiantes de Derecho canónico. Los dos encajan el texto en la discusión agustiniana de los bienes del matrimonio. La anticoncepción es un elemento destructivo de la relación matrimonial. El título de Graciano, muy semejante al de Lombardo, es elocuente: «Son fornicadores, no esposos, lo que procuran venenos de esterilidad».

Graciano compuso el canon *Adulterio malum*, en una discusión sobre los grados de adulterio: «El mal del adulterio (*Adulterii malum*) sobrepasa la fornicación, pero es sobrepasado por el incesto; por ello es peor acostarse con la madre de uno que con la esposa de otro hombre. Pero peor que todas estas cosas es hacer lo contrario a la naturaleza, como cuando un hombre quiere usar un miembro de su mujer no destinado para eso». Aparentemente la referencia es a las relaciones oral y anal. El texto refleja la alergia a todo comportamiento contra la naturaleza.

La fuerza del *Aliquando* se observa en el caso expuesto por Pedro Cantor a fines del siglo XII: una mujer ha sufrido una lesión en el ombligo en un parto anterior y los médicos dicen que si tiene otro hijo, morirá. ¿Puede ella procurar esterilidad para sí? La solución brusca de Cantor es: «Esto último no es lícito, porque sería procurar venenos de esterilidad; y ello está prohibido en todos los casos».

El más importante de los comentaristas de Graciano, Hugoccio, advierte que la ofensa básica de la anticoncepción es la destrucción de un bien del matrimonio (proles). Hugoccio sugiere una nueva sanción: Agustín había sugerido que los usuarios de los venenos de esterilidad no eran verdaderamente esposos. ¿Podría concluirse que su matrimonio era nulo? No, dice Hugoccio, el matrimonio permanece válido si la intención de usar los venenos aparece después del casamiento, pero si es anterior, la intención es radicalmente opuesta a la sustancia del matrimonio. La consecuencia es que no hubo matrimonio.

En 1230 el dominico Raimundo de Peñafort comienza, bajo la dirección del papa Gregorio IX, la obra que llegó a ser el derecho de la Iglesia católica en los siete siglos siguientes, las *Decretales*. Se apoyó bastante en Burcardo y adoptó el *Si aliquis*, insertándolo en el capítulo sobre homicidio voluntario y causal: «Será considerado homicida». Con la inclusión del *Si aliquis* en esta ley autorizada por el Papa para la Iglesia universal, la oposición a la anticoncepción alcanzó su apogeo.

Raimundo y Gregorio añadieron un nuevo decreto, posiblemente derivado de Bernardo de Pavía, que decía: «Impedir los hijos por malas artes es indecente y repugna a la sustancia del matrimonio». En el Derecho romano, una sociedad era nula cuando se ingresaba a ella sin buena fe. El nuevo decreto, que enunciaba una instancia contraria a cada bien del matrimonio (descendencia, indisolubilidad y fidelidad), decía:

«Si las condiciones (*Si conditiones*) van contra la sustancia del matrimonio –por ejemplo, si uno le dice al otro:

“Me caso contigo con la condición de evitar la descendencia”, o “hasta que yo encuentre alguien más digno en honor y riquezas”, o “si cometéis adulterio por dinero”—, el contrato matrimonial, en tanto cuanto ello sucede, carece de efecto; aun cuando otras condiciones, mezquinas o imposibles de cumplir, deberán ser consideradas inexistentes en bien del matrimonio» (*Decretales*, 4, 5, 7).

Detrás de la asunción del *Si conditiones* y del *Aliquando* está el inmenso respeto de estos escritores por la autoridad del pasado (Agustín, Bernardo de Pavía). Pero también estaba de fondo el gran desafío del momento: los cátaros. Graciano y Lombardo escriben en el momento en que la Iglesia cátara se había constituido. Los cátaros afirmaban que cualquier sucia lujuria es más legítima que la copulación conyugal. Algunos decían que «no se podía pecar debajo del ombligo». Otros que se debía fornicar para liberarse más rápidamente de la naturaleza maligna. Aprecian las relaciones sexuales por sí mismas y evitaban la procreación. Condenando el mundo como posesión del maligno, la preñez era objetable, pues perpetuaba la raza humana.

Los ortodoxos hallaron en el movimiento cátaro una reencarnación del gran ataque gnósticomaniqueo contra la procreación. Los recursos utilizados contra ellos fueron los mismos: el AT, las palabras de Cristo y la afirmación de la regla agustiniana sobre la procreación. El interés en el *Aliquando* se atribuye a esta reacción ortodoxa. En 1233, el papa Gregorio IX creó la Inquisición y fue bajo su dirección que se compilaron las *Decretales* (1230-1234).

Se restaura así la ética sexual de Agustín asociando el pecado original, la concupiscencia y la necesidad del fin procreativo. Hay una «ley de la concupiscencia mortal en nuestros miembros, sin la cual no se da el trato carnal». Por ello, «el coito es reprehensible y malo, excepto si está justificado por los bienes del matrimonio» (*Sentencias* 4, 26, 2). La concupiscencia se halla particularmente presente en el acto sexual más que en el caminar, hablar o dormir, puesto que la concupiscencia acompaña a las relaciones sexuales. Sólo la descendencia constituye una justificación suficiente.

El debate estaba en si eran pecado venial o mortal las relaciones maritales para saciar la lujuria o satisfacer el placer. Para Hugoccio son pecado mortal. Cualquier placer experimentado en el acto, aun con fines procreativos, era pecaminoso. Era la doctrina de Gregorio el Grande. Para Hugoccio el coito «nunca acontece sin pecado, porque siempre tiene lugar y es realizado con un cierto deseo y un cierto placer; porque en la emisión del semen hay siempre una cierta excitación, un cierto deseo, un cierto placer» (*Suma* 2, 32, 2, 1). Hasta la moderación de Lombardo no escapó al rigorismo gregoriano. Cualquier mezcla de un propósito no procreativo conduce al pecado venial. La consecuencia es clara: si la búsqueda del placer es siempre pecado, si el amor no tenía relación alguna con los actos sexuales, entonces la idea de separación deliberada del coito de su justificación procreativa (anticoncepción) no pudo ni ser considerada.

Estos siglos son tiempos en que las familias nobles tenían dificultades en reproducirse, las rivalidades entre hermanos amenazaban la armonía familiar por la institución de la primogenitura (siglo XI), los embarazos eran lamentados en cierta literatura popular, las motivaciones económicas y de salud empiezan a tenerse en cuenta, se recurría frecuentemente a la prostitución, se aceptaba la doble moral del varón, se establecieron burdeles en las ciudades, se prolongaba la lactancia para evitar la

concepción, la sensualidad se criticaba en la vida de los santos (santa Francisca Romana de Ponziani vomitaba cada vez que era forzada a tener relaciones sexuales con su esposo), los artistas en las iglesias ilustraban acoplamientos monstruosos, el matrimonio era concebido como un fuego indecente de la carne por muchos autores y el campesinado empezaba a tener «sus propias ideas» sobre estos asuntos.

2.8. La información sobre la anticoncepción en la Alta Edad media

Aparte de *La historia de los animales* de Aristóteles, que contenía el célebre texto sobre la anticoncepción mediante aceite de cedro, la otra gran fuente de anticoncepción en este período está ligada a los conocimientos médicos de los árabes.

El *Canon de Medicina* de Avicena es el texto árabe fundamental. Escrito en Damasco en el siglo XI, fue hasta la mitad del siglo XVII el tratado que dominó el pensamiento médico de Occidente. Avicena enumera las propiedades anticonceptivas de diversas plantas. Menciona un espermicida, un pesario y un talismán. El cedro, la menta «puesta como supositorio una hora antes del coito» y el pamporcino colgado al cuello evitan la impregnación. Además de plantas son mencionados otros anticonceptivos: cuajo de liebre silvestre, una fregadura de hierro o el talismán pamporcino.

En *La prevención del embarazo* figuran varias medidas anticonceptivas, muchas de las cuales venían del mundo grecorromano: dar entre siete y nueve saltos hacia atrás; estornudar algunas veces ayuda a transformar el esperma en resbaladizo; introducir en la vagina, antes y después del coito, supositorios hechos con aceite de cedro o de pulpa de granada o de hojas y semillas de repollo o de hojas de sauce llorón; aceitar el pene con aceite de cedro; aplicar después del coito supositorios de pimienta o estiércol de elefante.

Avicena describe sustancias que disminuyen el semen (aceite, hojas de beleño negro y beleño blanco, agua de azucenas), anafrodisíacos que reducen el deseo y espermicidas que secan el semen o impiden la erección (el sauzgatillo, el cilandro, la ruda, el calamento, el alcanfor, la semilla de lechuga). La mayoría afectan más al semen que al acto sexual.

El *Libro de Almanzor*, del persa al-Razi, registra las propiedades anticonceptivas de unas pocas plantas como el cedro, que modifica de tal modo el semen que hace imposible la generación. Dedicar también un capítulo a los anafrodisíacos. En otro capítulo se ocupa de los medios para evitar el embarazo o producir abortos. Si el hombre se retira antes del orgasmo de la mujer, «la mujer no quedará embarazada». Si la mujer da unos saltos hacia atrás después del coito, «el semen caerá afuera».

San Alberto Magno (1206-1280), dominico y obispo, tiene observaciones sobre anticonceptivos en dos tratados pensados como enciclopedias científicas: *Vegetales y plantas* y *Animales*. Su enseñanza deriva en gran medida de Avicena. Estas obras fueron leídas por los médicos, teólogos y hombres cultos de la época. En *Vegetales y plantas* describe tres plantas (el coriandro, la lechuga y la ruda) con los mismos efectos anafrodisíacos que señala Avicena. Con propiedades anticonceptivas menciona sólo el uso del ciempiés, y con cautela. En *Animales* analiza las causas de esterilidad que la medicina puede rectificar. La causa de la esterilidad puede ser provocada por el excesivo

frío, calor o sequedad. Las humedades hacen al semen demasiado resbaladizo. Algunas veces los alimentos ácidos tienen efectos deshidratantes o refrigerantes sobre el semen masculino. Otras causas pueden ser los defectos en los miembros generativos. El pene puede ser demasiado corto, la vulva demasiado ancha o angosta, los nervios genitales pueden estar lesionados, los vasos del esperma estar debilitados o cortados. También los errores humanos pueden causar la esterilidad. La posición natural para el acto sexual es con la mujer puesta de espaldas. La posición lateral impide la proyección del semen. La posición con la mujer sobre el hombre vuelve la matriz al revés, de modo que se vuelca lo que debe entrar. También hay que evitar que la mujer se levante inmediatamente, salte u orine, pues el semen puede salir fuera.

Tres autores médicos son fundamentales en esta época.

Arnoldo de Vilanova (1238-1311), médico de los reyes de España y de varios papas, habla de las medicinas que aminoran la leche y el coito y que apartan la libido, evitan la impregnación, disminuyen la leche y el menstuo. Curioso que coloque juntos los efectos anafrodisíacos y anticonceptivos. En el *Breviario* propone curiosas mezcolanzas de medicina anticonceptiva. Por ejemplo, una mujer no concibe durante un mes si coloca la pezuña de una mula sobre un carbón ardiente y hace que el humo de esta cocción fumigue su vulva. Esta fumigación restringe también la menstruación. También propone una fórmula de miel y leche de asno que debe ser llevada en una hoja de lino como un amuleto sobre el ombligo. El efecto es mágico, pues la concepción se previene tantos meses como días se lleve el amuleto. Estos remedios invocan la antigua asociación entre animales estériles y provocación de la esterilidad. Vuelven a aparecer viejas fórmulas, como el supositorio de estiércol de elefante, la escoria de hierro, las pociones de raíces de helecho o las semillas de repollo.

Juan de Gaddesden (1280-1336), en su libro *La rosa inglesa*, trata sobre la esterilidad. Entre las causas extrínsecas para el varón están la lechuga, el perejil, el beleño y para la mujer tomar cosas frías como agua fría con lechuga, dar saltos hacia atrás después del coito, comer frecuentemente corazón y lengua de ciervo. Junto a pociones fantásticas se incluyen modos prácticos de ejercicios poscoitales y el uso probablemente eficaz de la ducha con zumo de menta. La ruda, el sauzgatillo y el comino disminuyen el ardor sexual; el ayuno a pan y agua disminuye el semen; el alcanfor impide la erección.

Magnino de Milán escribió un *Régimen para la salud* hacia el 1300. Describe tanto el modo de evitar el embarazo como el de lograr la fecundidad. La esterilidad es causada por ciertos alimentos, por talismanes, amuletos y por sustancias que interrumpen el coito enfriando y secando el semen (alcanfor y semillas de repollo). Algunas descripciones son para las que quieren ser continentes. Caminar con los pies desnudos disminuye el deseo de coito. En varias secciones y capítulos describe pociones y amuletos anticonceptivos, un espermicida de semillas de repollo, supositorios anticonceptivos que ablandan el útero y abundantes.

Estas obras son una reflexión de espíritus científicos que necesitan transmitir la información que poseen. La conclusión es que en esta época se cuenta con un conocimiento de las técnicas anticonceptivas, aunque falta una clara discriminación entre

lo efectivo, lo mágico y lo inservible.

Los *tratados legales* casi no mencionan la anticoncepción. Hay poco interés en dar efecto real a la definición de la ley canónica de considerar tal práctica como homicidio. Los *herbarios* tampoco ofrecen mucha información. En el *Herbario sobre los poderes de las hierbas* (1491) sólo se menciona directamente un contraceptivo: la saxífraga colgada del cuello de la mujer. Es mencionado el control de la menstruación mediante dos plantas (coriandro y ruda) y el efecto de secado del semen y la prevención de la erección (coriandro, semillas de lechuga). Nada hay sobre anticonceptivos en el *Herbario* de Rufino (entre 1287-1300), en *Venenos* de Santes de Ardonio (hacia 1425) y en *Venenos* de Antonio Guainerio (muerto en 1445). Esta ausencia hace pensar que los anticonceptivos no constituían un repertorio esencial de los farmacéuticos, aunque los herbarios de Avicena pudieron haber alentado cierto uso popular de las hierbas.

Los anticonceptivos son usados normalmente en esta época con *diferentes fines*:

- Hacer estéril a un enemigo (*maleficium*) o hacerle daño. Joannes Andreae (1270-1348) dice: «Tal vez ella no quería que él o ella tuvieran hijos, que la mujer le fuese desagradable a su esposo o que pudiera heredarlo si moría *intestato*». Las crónicas están llenas de príncipes víctimas de intrigas femeninas.
- Económico. El dominico Pedro Palude señala que el motivo del marido para ejecutar un *coitus interruptus* puede ser evitar tener «más hijos de los que puede alimentar».
- Terapéutico. El embarazo podía ser fatal y en ciertos casos la anticoncepción debió de parecer deseable para prevenir un embarazo peligroso para la salud de la madre.
- Egoísmo. Joannes Andreae lo expresa: «La mujer considera inapropiado para ella lucir embarazada» (*Nuevo comentario* 5, 12, 5).
- Evitar la deshonor. La persona más proclive a la anticoncepción es la mujer casada que comete adulterio o la soltera que comete fornicación.

Lo cierto es que si gran parte de la población tenía estos motivos y si los anticonceptivos estaban al alcance de la mano, se usaron con frecuencia.

La retirada y la eyaculación fuera de la vagina son consideradas en esta época *contra natura*. Santo Tomás divide «el vicio contra la naturaleza» en cuatro clases: autoerótico, bestialidad (relación con animales), sodomía (homosexualidad) y actos donde «no se guarda el modo natural de copulación, ya en cuanto al uso de un órgano no debido, ya al modo propio de los monstruos y las bestias» (*Summa Theologica* 2-2, 154, 11). Esta definición parece incluir la relación oral, anal, el *coitus interruptus* y la posición anormal. La conclusión es que entre los siglos XIII y XV se presta más atención al «pecado contra la naturaleza» que al uso de «venenos de esterilidad», que parece ser el tipo de conducta anticonceptiva más frecuente.

El control de los nacimientos se realizaba por motivos económicos, retrasando el matrimonio, por el *coitus interruptus* y por la opción de muchos hijos menores de no

casarse con el objeto de evitar la división del patrimonio de las pequeñas familias campesinas. Por eso si la fornicación era frecuentemente la alternativa al matrimonio, la contracepción debió de practicarse y no se la consideró, por lo tanto, un gran problema social. Las plagas, el hambre y las guerras fueron la auténtica amenaza. La anticoncepción era una decisión individual practicada fundamentalmente para evitar la vergüenza o el empobrecimiento. Por eso, sin constituir un problema social, la práctica fue una realidad en el Medievo. Los repetidos argumentos del clero parecen dejar claro que los laicos eran lentos en aceptar la inmoralidad de tales actos.

2.9. Las razones medievales contra la anticoncepción

Una razón importante fue considerar la *anticoncepción como homicidio*. Esta argumentación se fundó en la ubicación del *Si aliquis* por san Raimundo en un título denominado «homicidio voluntario y causal». Otros consideraron que la anticoncepción violaba el «no matarás». Peraldo la interpretó como homicidio porque en «él se pierde lo que es materia del cuerpo humano». Bernardino de Siena llegó a afirmar: «No solamente son asesinos de hombres, sino algo más horrible aún, asesinos de sus propios hijos».

Pero esta perspectiva no era la dominante. Muy diferente era el canon *Sicut ex*, una carta del papa Inocencio III a un priorato cartujano acerca de un monje que había hecho abortar a su concubina. El Papa sostenía que el monje no era irregular si el feto no estaba todavía «vivificado». San Alberto no menciona el *Si aliquis*, pero le hace una crítica basada en tres argumentos: no son parricidas pues hay dudas sobre si el niño ha nacido, la esterilidad era un daño probable y el castigo de Dios en el relato de Onán no tiene que ser un precedente para la acción de la Iglesia. El análisis de Alberto es el único importante desafío medieval al *Si aliquis* sin la referencia explícita al canon. Tomás, en el comentario juvenil sobre las *Sentencias*, reconoce que el uso de venenos de esterilidad «es un grave pecado», «sin embargo es menor que un homicidio porque el embrión puede aún ser impedido por otro medio». Así, Alberto y Tomás se apartan de la retórica del homicidio.

Otra razón importante y fundamental entre 1270 y 1485 fue considerar la anticoncepción como pecado *contra natura*. Para muchos, toda relación marital que concluya en eyaculación extravaginal era contra la naturaleza. Esto incluía la masturbación, la sodomía, la bestialidad y, por supuesto, la anticoncepción. Un lugar fundamental en esta argumentación lo tiene el pensamiento de santo Tomás.

La anticoncepción como antinatural en santo Tomás

Para el Aquinate, el coito natural fue instituido por Dios y no debe ser alterado por el hombre: «Así como el orden de la recta razón procede del hombre, el orden de la naturaleza proviene de Dios mismo: por ello, en los pecados contrarios a la naturaleza, por los cuales se viola el orden de la naturaleza, se hace una injuria a Dios, que es el ordenador de la naturaleza». El orden de la razón aparece en contraste con el orden natural. La naturaleza es sagrada e incambiable. El pecado contra la naturaleza viola lo determinado por la naturaleza, violación que ofende a Dios. Pero lo curioso es que en otros lugares la ley natural es «lo que la naturaleza ha enseñado a todos los animales» (*Summa Theologica* 2-1, 94,2). Así, apela a la conducta animal sólo selectivamente, a fin de confirmar puntos de vista ya establecidos. Cuando la postura natural contrasta con la conducta animal, el animal se convierte en palabra indecente (brutos animales, bestialidad). Estas dos formulaciones representan diferentes concepciones y el Aquinate se desliza de una a otra.

Para Tomás, la función biológica del acto sexual dada por Dios es inalterable por el hombre. El fin al cual tiende la naturaleza, al que está ordenada, es la procreación. La falta de intención procreativa es en sí un pecado contra la naturaleza. Sólo un propósito procreativo excusa el coito. Pero Tomás, en la *Suma contra Gentiles*, dice: «Si, *per accidens*, la generación no sigue a la emisión del semen, esto no es contrario a la naturaleza, ni un pecado, como si sucediera que la mujer es estéril» (3, 122). Por lo tanto, las relaciones sexuales de la embarazada, la estéril y las relaciones sexuales sin un fin procreativo consciente son naturales, pues el semen es depositado en la vagina. Lo antinatural es lo que hace imposible la inseminación.

Otra razón era concebir los anticonceptivos como *opuestos al bien del matrimonio*. Alejandro de Hales dijo: «La evitación deliberada de la descendencia es un mal y *per se* opuesta al bien del matrimonio» (*Glosa sobre las Sentencias* 4, 31, 12). Alberto condenaba el uso de los venenos de esterilidad como un pecado «contra el matrimonio». Tomás habla de un uso de un esposo contra la naturaleza. Era sin duda un enfoque menos severo que considerarlo como un asalto al orden establecido por Dios o contra la vida, menos rígido que considerarlo *contra natura* u homicidio. El *Si condiciones* proclamaba que un acuerdo previo al matrimonio para usar anticonceptivos era causa de nulidad.

Es importante comprender que el rechazo del placer y del amor demasiado ardiente eran rechazados. Pero también ningún tipo de amor moderado era reconocido como fin de las relaciones maritales. La estructura social y las costumbres palaciegas no otorgaban a la elección y a las relaciones personales un lugar importante. Las barreras de clase ponían límites a la elección. Las masas rurales estaban muy limitadas por la geografía, la sociedad y sobre todo por la iniciativa paterna. El matrimonio por amor no fue un ideal social. Sólo para los teólogos el amor entre los casados constituyó una aspiración: crea

una dulce sociedad, es más intenso que el amor por sus padres, es «la máxima amistad», promueve el mutuo fervor. Los teólogos dieron más valor que nadie al amor entre los casados en el Medievo. La tradición del amor cortésano había planteado su ideal fuera del matrimonio. Por eso, la falta de incorporación del amor en el análisis teológico se debía a que vivían en una sociedad cuyas costumbres matrimoniales hacían de la procreación, no del amor, el valor más prominente del matrimonio.

2.10. Enfoques alternativos al fin procreativo (1150-1450)

a) *Casi nadie apelaba a la importancia de «llenar el paraíso» y multiplicar las almas humanas* (excepto Scoto y Bernardino). Lo esencial era el bienestar de la criatura. Peraldo ya dijo: «Un buen hombre vale más que un millar de hombres malos». Tomás argumentaba que la injuria ocasionada al tener una criatura tras una fornicación, sin padres propios que la educaran, no quedaba borrada por el mérito del acto de generar un ser humano más (*El Mal* 15, 2, réplica a obj. 12). Es mejor no tener una criatura que tenerla «afectada» en sus posibilidades educativas básicas, morales y espirituales. También la búsqueda del bienestar de la criatura se tiene en cuenta al regular las relaciones sexuales durante la menstruación. El fundamento era la falsa creencia de que los niños tenidos durante la menstruación eran seguramente defectuosos. Lo implícito era que es mejor posponer la procreación por el bienestar de la futura criatura que procrear tantos seres como sea posible.

b) *El bien común de la Iglesia* primaba sobre el bien de la procreación. El decretal *Ex multa* de Inocencio III establecía que un hombre podía ir a las Cruzadas sin el consentimiento de su esposa. Este decreto suspendía el derecho a los actos procreativos en aras del interés de la Iglesia. El Hostiense aplicó el mismo principio a la mujer que necesitara ir a la Cruzada sin su marido. Esta prioridad de la necesidad de la Iglesia sobre el incremento de la población refleja una escala de valores diferente.

c) *El débito marital* fue aceptado por todos, haciendo obligatorias las relaciones sexuales a solicitud del esposo. Muchos no consideraron esta posición como incompatible con el fin procreativo, pero en la práctica el reconocimiento del débito deterioró la insistencia teórica en la finalidad procreativa. Si el coito satisfacía una obligación de fidelidad marital, ¿por qué tal satisfacción no era un fin natural del coito?

d) *El remedio a la incontinencia*. San Alberto reconoce que puesto que el «fin natural» del coito (la procreación) no puede ser logrado siempre, si se conserva el «fin humano» (el remedio a la incontinencia), el acto no es perverso. El «fin humano» basta.

e) *Valor sacramental de las relaciones maritales*. San Alberto habló de cuatro causas del coito marital: la esperanza de descendencia, la fidelidad, el cuidado de la salud y el recuerdo del bien del sacramento (4, 26, 11). Este «recuerdo» podría significar un reavivamiento de la gracia sacramental por el acto sexual o un recuerdo de la indisolubilidad del matrimonio.

f) *La validez del matrimonio estéril* se justificaba teóricamente con la sugerencia de san Agustín de que el matrimonio era «el solaz de la dignidad humana». Para el Hostiense era la principal razón para casarse a edad avanzada. Tomás aceptaba los

matrimonios estériles como válidos aunque no se realizaran en él todos los bienes. ¿Cómo podía ser el bien procreativo esencial al matrimonio si era válido el casamiento de una estéril? Graciano había distinguido la esterilidad y la impotencia. Se permitía la anulación del matrimonio cuando la eyaculación del semen en el interior de la vagina resultaba imposible (*Decretum* 2, 33). Para Scoto la descendencia es un bien sólo «condicionalmente». Cuando la fertilidad no es probable, los otros dos bienes excusan el matrimonio (*Sobre las Sentencias* 4, 31). El obstáculo para el matrimonio no era la incapacidad de generar sino la incapacidad de inseminar. Pero si el matrimonio sobrevive a la pérdida de uno de sus bienes esenciales, ¿por qué no podía sobrevivir a la pérdida de dos? El problema era que los ancianos podían casarse pero no podían tener trato sexual sin pecado. Por eso Palude afirma que las relaciones sexuales para evitar la fornicación son legítimas cuando el anciano y la estéril no tienen «otro camino» para evitar la fornicación. El matrimonio de la estéril mostró así las inconsistencias de la teoría dominante.

g) *La recuperación de Aristóteles* hace que se incorpore su idea de placer como sensación subjetiva que acompañaba la realización de ciertos actos. Si se afirma que el coito matrimonial es bueno y si el placer sexual es puesto por Dios para alentar al acto para la preservación de la especie, ¿por qué era al menos pecado venial el coito? ¿No hay una contradicción entre poner placer sexual para alentar el acto y defender que realizar el acto por placer sexual en el matrimonio era malo? ¿Por qué no podía buscarse el placer sexual como fin último y sólo era legítimo como medio? Richard Middleton, franciscano inglés, hizo una interesante defensa del placer como fin. Contra Agustín dice que buscar el placer no es entregarse a la concupiscencia: «No es lo mismo saciar la concupiscencia que buscar el placer moderado». El deleite no puede ser malo en sí mismo, pues regularlo es una virtud (temperancia). Es legítimo el trato conyugal mientras «tienen en el pensamiento, efectivamente o por hábito, que no copularían excepto de mediar el matrimonio y el bien del sacramento».

h) La aceptación del *amplexus reservatus* (retirarse sin eyacular) por algunos autores como Hugoccio supone que el orgasmo de la mujer no es objetable y que no hay objeción a cierto placer en el hombre si no hay eyaculación. Este método no fue atacado por nadie. ¿Cómo se conciliaba esta interrupción del coito con los actos contrarios a la naturaleza? También los anafrodisíacos eran comunes y no estaban condenados a pesar de que suponían una intervención en la naturaleza corporal.

En estos años, hasta la peste de 1347-1348, se dio un período de crecimiento económico, de mayor seguridad, de mayor población (Inglaterra crece de 1 a 4 millones, Francia de 5 a 9 millones e Italia de 4 a 8), reaparece la vida urbana y un nuevo humanismo que defiende cierta sensualidad. Los hijastros, los niños deformes, los hijos ilegítimos, los que eran fruto de relaciones incestuosas e incluso los que no podían mantenerse eran dados como oblación a los monasterios.

3. Modernidad y nuevas actitudes ante el placer (1450-1750)

El crecimiento de una clase laica culta en el siglo XV coincidió con una mayor aceptación de la idea de limitar el trato sexual a fin de evitar excesivos nacimientos. El Renacimiento, la ciudad, el comercio, la burguesía naciente hacen que las actitudes ante el placer vayan cambiando lentamente. Dos autores son vitales en este cambio.

Martín Le Maistre (1432-1481) establece la legitimidad del acto marital sobre una firme base racional, como un problema de virtud entre dos excesos. Desde aquí lanza esta humilde tesis: «No toda copulación entre esposos no realizada para tener hijos es un acto opuesto a la castidad conyugal» (Séptima conclusión, *Quaestiones morales* II, fol. 48v). Ni el caso admitido del esposo solicitado de cumplir con el débito marital, ni el caso debatido de evitar la fornicación, ni el caso no reconocido de buscar la salud física, ni el nuevo caso de «calmar la mente» (el deseo de lujuria perturba tanto la mente que uno difícilmente es dueño de sí mismo) son pecado. Ninguna ley prohíbe tener relaciones sexuales con su esposa, «dada a él por razón de solaz y remedio». Se opone a la mayoría al afirmar que el matrimonio constituye un remedio para la fornicación y el acto tenido para evitar la fornicación es necesariamente legítimo. El fin es bueno, y también lo son los medios. Por eso «cualquiera puede tener placer; primero por amor al placer; segundo, para evitar el tedio y el mal de la melancolía causado por la falta de placer. Las relaciones conyugales para evitar la melancolía proveniente de la falta de placer venéreo no son pecaminosas». Y cita a Aristóteles, que permite el placer cuando este agrega salud y mejora el cuerpo y el alma. Por eso cabe buscar el entretenimiento del placer por razón de salud (EN 1176b). Le Maistre además se opone al Aquinate al negar que en el placer la razón sufra menoscabo. Con Aristóteles y contra el Aquinate mantiene que se puede «usar el placer con un fin honesto, luego puedo usarlo para Dios». «La recta razón dicta que es legítimo usar la copulación por razón de placer... Aristóteles no vería falta alguna en esto si el uso fuera moderado».

Juan Major (1470-1550), profesor de Teología en la Sorbona y Glasgow, afirma que no es pecado tener trato sexual para evitar la caída en la fornicación. Es completamente decente tener relaciones sexuales en razón de la propia salud o de la salud de la mujer. Aristóteles (EN, libro 7) afirma que el matrimonio no es sólo para tener descendencia, «sino para proveer consuelo y otros servicios mutuos». Finalmente apunta: «Sea lo que fuera lo que digan los demás, es difícil probar que un hombre peque por conocer a su propia esposa por razón de placer» (*Sobre las Sentencias* 4, 31). La tesis debió de parecer revolucionaria. Major sostiene que Dios colocó el placer en el acto sexual para estimularlo. Adoptar el punto de vista contrario es «condenar a mucha gente casada (según pienso) al pecado». El viejo enfoque de que todo coito implica pecado venial es calificado de «extremadamente absurdo». El enfoque es el opuesto de Agustín.

Tras estos autores, no es de extrañar que en el siglo XVI el propósito no procreativo de los actos sexuales *para evitar la fornicación*, antes minoritario, llegara a predominar. El cardenal Cayetano (1469-1534), Domingo Soto (1494-1560) e incluso el *Catecismo*

Romano de 1566 lo aceptan sin ningún problema.

Hay una declinación del pesimismo agustiniano vinculada a las polémicas con Lutero y Calvino sobre la gracia, el pecado original y la concupiscencia. Se trata, sin embargo, más de una reacción que de una afirmación, pues Lutero, como Agustín, afirmó que la procreación era para las mujeres «el objetivo por el cual existían», la crianza de los hijos era su oficio y el pecado de Onán era más atroz que el adulterio.

Con la Contrarreforma la vinculación de Agustín de actos sexuales, concupiscencia y pecado original quedó debilitada. Roberto Bellarmino, cardenal jesuita, no vinculó la transmisión del pecado original a algo específicamente sexual. Desde el moderado optimismo de muchos jesuitas, se consideraba que la caída no conllevaba el deterioro de algún constituyente esencial de la naturaleza humana. Las tendencias sexuales del hombre eran en sí naturales y buenas.

Una reacción rigorista fue la Bula *Effraenatam* de Sixto V, dictada el 29 de octubre de 1588, que comenzaba con la paráfrasis de Agustín en el *Aliquando*:

«¿Quién no aborrece la crueldad lujuriosa o la lujuria cruel de los hombres impíos, una lujuria que va tan lejos que llega a procurar venenos para extinguir y destruir el feto concebido dentro del vientre, intentando por el crimen destruir la propia descendencia antes de que viva o, si vive, matarla antes de nacer? ¿Quién, pues, no condenaría con los más severos castigos el crimen de aquellos que por venenos, pociones y *malificia* inducen a la esterilidad de las mujeres o impiden mediante medicinas malditas la concepción o el dar a luz?».

Las penalidades contra el homicidio del derecho secular y del derecho canónico se invocaban contra los que abortaban y contra los que ofrecían y tomaban pociones y venenos de esterilidad. Eran las sanciones más fuertes contra la anticoncepción impuestas por norma alguna, eclesiástica o laica. La excomunión era invocada para el caso y para hacerla más dura solamente la Santa Sede podía levantarla, excepto si el pecador estaba en *artículo mortis*. La ecuación «anticoncepción=homicidio» pasaba de la retórica moral al derecho criminal.

Pero Gregorio XV, su sucesor, en 1590, al año de su muerte, señalaba que la bula no había obtenido «los frutos esperados» y que su rigor había llevado al sacrilegio, pues los afectados por ella ignoraban su estado de excomulgados. Consecuentemente el nuevo Papa derogaba todas las penalidades de la bula, excepto las aplicadas al aborto de un feto animado de cuarenta días. El decreto de Sixto V quedaba «como si nunca hubiera existido» (31 de mayo de 1591). La bula provocó una reacción contraria y en los siglos posteriores se olvidó el argumento del homicidio.

Con Tomás Sánchez (1550-1610) vuelve la moderación. Afirma con claridad que si una persona casada está en el estado de gracia, no intenta un fin perverso y remite su acción a Dios y busca el trato sexual en este estado espiritual actúa virtuosamente. No hay pecado en los esposos que intentan «solamente copular como esposos». Este enfoque elimina el requerimiento del propósito procreativo y aun el objeto de evitar la fornicación. Sánchez piensa que el fundamento de la moralidad matrimonial ha de ser la experiencia de la pareja cristiana. Es propio de las parejas buscar el acto sexual, porque eso hace al matrimonio. Si están en estado de gracia y se entregan al acto de modo natural, hacen bien. Sánchez se pregunta si las personas casadas pueden entregarse a

«abrazos, besos y otros contactos habituales entre los esposos para mostrar y dar alas al mutuo amor». Aunque muchos maestros liberales y conservadores lo consideran pecado mortal (Palude, Antonino, Cayetano, Angelo, Soto), él no lo cree así. Puede haber una causa urgente, como la necesidad de un esposo de «demostrar y alentar el amor mutuo»: «El amor se vería menguado si los esposos se abstuvieran de este tipo de tocamientos». Sus predecesores no creían que esos tocamientos estuvieran necesariamente entre los actos que muestran el amor, sino que eran preparatorios de la inmediata copulación. Así, con su defensa de los contactos sexuales aparte del coito proclama el amor como un valor.

Lo nuevo en el siglo XVI era la preferencia teológica dada la pobreza y el bienestar educacional sobre el débito. Soto mantuvo que la mutua continencia era legítima cuando había prole abundante y que el esposo sólo podía negarse al acto cuando había abundancia de descendencia. La base era el peligro para la prole existente o futura de un incremento de la familia. La pobreza podía hacer imposible alimentar tanta prole.

Pedro de Ledesma († 1616), dominico, en su *Tratado sobre el gran Sacramento del Matrimonio*, sostuvo que el peligro para el feto era una razón para regir el trato sexual durante el embarazo extendiendo el principio a la madre que se hallaba en el tiempo de lactancia sobre el supuesto de que su leche, si quedaba nuevamente embarazada, sería peligrosa para el lactante. Sostenía el peligro para la educación de los niños ya nacidos, especialmente cuando la pobreza aflige a la pareja. Para Ledesma, también había que «evitar un notable detrimento» en materia de propiedad o reputación. Ledesma entró a discutir aspectos económicos: si el capital de los padres, a la muerte de estos, no soportaba un hijo más, ellos tenían razón suficiente para negarse al trato sexual. La renta en relación con la educación se proponía como un control adecuado al número de hijos.

En la misma línea, para Sánchez, el trato sexual puede ser negado «si hay un peligro o detrimento para la descendencia ya nacida» o «para evitar un gran detrimento en los bienes de fortuna o en la reputación o para lograr una gran ventaja respecto de ellos». No se quería disminuir el estatus familiar mediante una división de la propiedad entre un determinado número de herederos. Esta nueva generación no consideró el motivo socioeconómico como un pecado o una deshonra. Además una esposa podía rechazar las relaciones si se estimaba probable que naciera un «monstruo» de las mismas, pues sería un gran detrimento para la madre. La razón era ahora el motivo personal de la madre, que era la que tenía que sufrir las dificultades de la crianza de un niño defectuoso. La madre tenía derecho a anteponer sus sentimientos a su deber. No se mencionaba aquello de que era mejor ser que no ser. La educación de la prole existente, el bienestar del feto durante el embarazo, el estatus social de la familia o los sentimientos personales de la madre eran razones para repudiar el débito paulino. Pero esta nueva teoría de los motivos económico-educativos de Soto, Ledesma y Sánchez no halló fácil aceptación. Algunos sólo lo admitían si la familia quedaba reducida a una pobreza extrema por la llegada de otra criatura. No se admitía si sólo se trataba de la dificultad de alimentar al niño.

Lo que ya nadie negaba era la legitimidad de un acuerdo de continencia de ambas partes para evitar la prole demasiado numerosa. En este contexto se aceptan como

medios de control los anafrodisíacos y el *amplexus reservatus*. Sánchez defiende dicha práctica siempre que haya «causa justa», como por ejemplo, que «la pareja sea pobre y abunde en descendencia que no pueda alimentar» y para «aquietar su concupiscencia». No consideran estos autores que haya algo de antinatural en comenzar el coito y luego no completar el acto.

Entre 1450 y 1750 se rechazó que el único fin de las relaciones sexuales fuera la procreación. Para algunos cobró peso la razón de la salud de la madre y el placer, para otros el bienestar económico y educativo. El supuesto de que cada acto sexual debía estar orientado hacia la generación había quedado debilitado. En estos siglos se desean cambios y alternativas. Se reconocen los intereses burgueses de la propiedad o la fama, la herencia o el estatus familiar. Juan Codier refiere las quejas de las mejores familias acerca de tener muchos hijos. Lo cierto es que hubo cierta declinación de nacimientos en las clases altas y una postergación de los matrimonios. También la insistencia de algunos en que el fin natural del coito incluye la educación de la descendencia (proceso racional) y la perfección moral del niño socavaba los argumentos contra la anticoncepción.

Pero el cambio no se produjo. En esta época los médicos no se interesaron por la anticoncepción. Las obras de ginecología no informaban sobre anticoncepción. Hasta los mismos racionalistas, tan opuestos a muchas enseñanzas de la Iglesia, no atacaron la prohibición de la anticoncepción. Tampoco el criterio agustiniano de Lutero sobre la sexualidad alentaba cambios. Calvino permanecía en la vieja doctrina católica. Incluso el protestantismo, al prescindir de la mediación sacerdotal y al disminuir la importancia de la Virgen, aumentó el poder de los patriarcas. Paradójicamente la rigidez protestante contribuyó a sostener la rígida posición católica.

También fue una dificultad para plantear un cambio el hecho de que Claudio Aquaviva, general de los jesuitas, dictara el 24 de abril de 1612 una orden bajo obediencia y bajo pena de excomunión y remoción de enseñanza por la que los jesuitas no debían enseñar o asesorar que hay «pequeñez de materia», *parvitas materiae* en los pecados sexuales. Las severas penas dan cuenta de la importancia que tenía el análisis de los pecados sexuales y las limitaciones con que se los encaraba. Además se produjo una reacción agustiniana que cristalizó en el movimiento jansenista. Con el libro póstumo *Augustinus* (1641) de Cornelio Jansenio (1585-1638), el agustinismo fue restaurado y sus enfoques rigurosos sobre sexualidad influyeron en la mayor parte de los teólogos franceses y belgas hasta bien avanzado el siglo XIX (Hubert, Genet). Defendían que el único propósito legítimo es el procreativo y que la Iglesia permitía casarse a ancianos y a estériles, «no en razón del estado de matrimonio, sino debido a la corrupción de los hombres».

A pesar de todo, ciertos cambios empiezan a darse. La comprensión de la *anticoncepción como homicidio* se olvida. El argumento que consideraba que la anticoncepción *violaba el orden de la naturaleza* y el argumento de la oposición a los *finés del matrimonio* se utilizan con frecuencia. Por ejemplo Cayetano, Ledesma y san Alfonso afirman que una esposa no era una esposa cuando evitaba la concepción. Era un argumento menos absoluto.

También van cambiando las mentalidades de los científicos. En 1620, Fyens, médico de Lovaina, sostuvo la revolucionaria tesis de que el alma humana no se infundía en el día cuarenta, sino al tercer día que sigue a la concepción. En 1658, el franciscano Jerónimo Florentino argumentó que el feto en peligro de muerte debía ser bautizado a pesar del corto tiempo transcurrido desde la concepción, postulando así un alma humana en el joven embrión. En 1661, Zacchía, médico de Inocencio X, enseñaba que el alma humana era infundida en el primer momento de la concepción. En 1678 se descubrió el espermatozoide y quizá esto impulsó un nuevo punto de vista respecto a la animación del feto y una nueva sensibilidad ante la anticoncepción.

4. Época contemporánea

4.1. El desarrollo del control de la natalidad entre 1750 y 1900

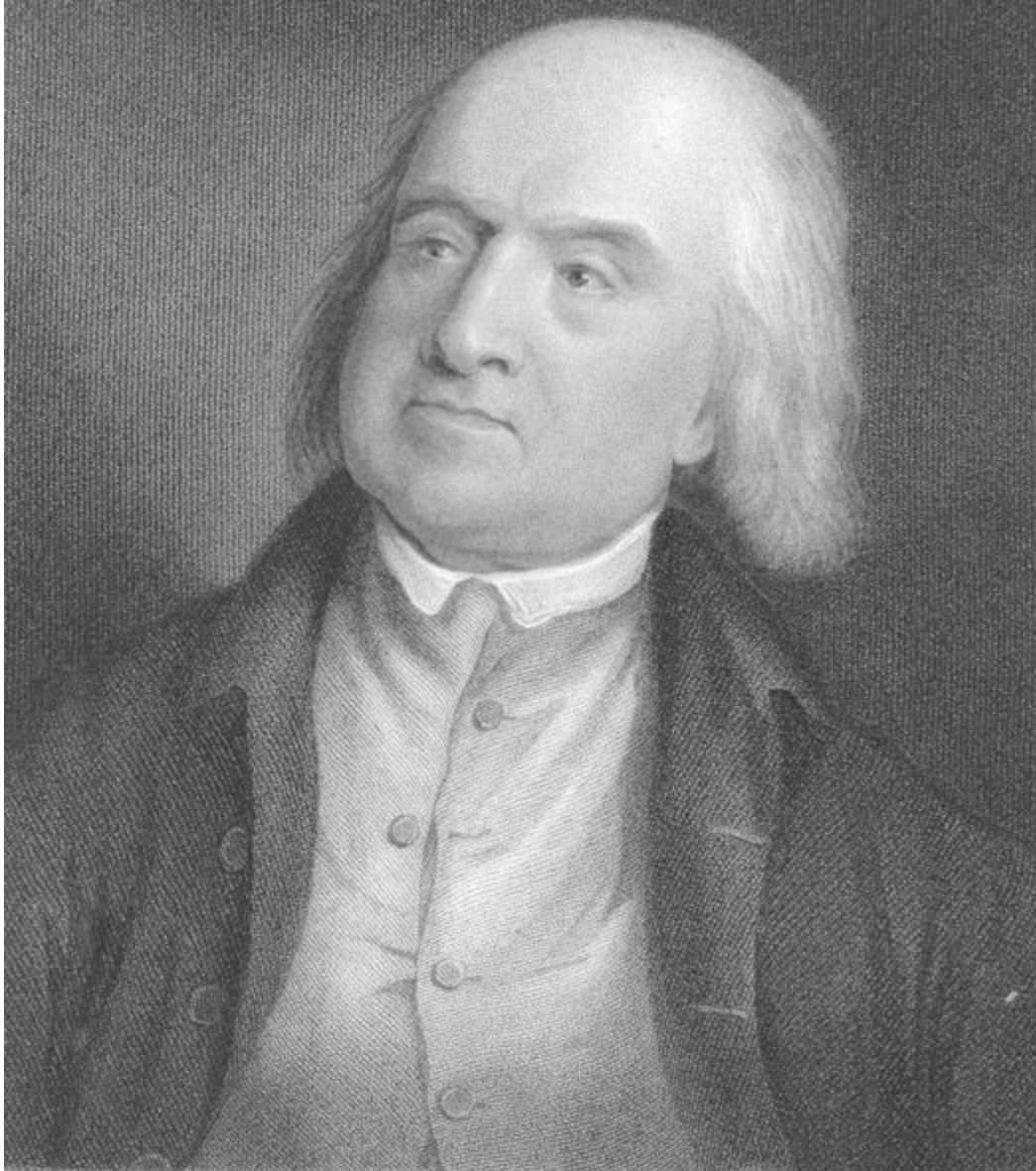
Con la modernidad y la industrialización, se seculariza la discusión sobre la anticoncepción y el Estado comienza a reemplazar a la Iglesia y al clero en estos temas. Los médicos obstetras comienzan a sustituir a las comadronas en los partos, aparecen los escritores de folletos sobre onanismo y los productores de preservativos empiezan a comercializar la anticoncepción. Hasta 1750 las familias tienen un número reducido de hijos debido al retraso del matrimonio, el espaciamiento de los hijos por lactancia, la continencia, la anticoncepción o la alta mortalidad infantil. Pero a partir de 1750 los que no podían mantener sus hijos los mandaban muy jóvenes a servir como criados o jornaleros en las casas, fincas o industrias de los ricos. Así, servir como criado o aprendiz fue un aspecto importante en el ciclo vital de la familia occidental, haciéndola así más móvil. Si recibían un buen salario podían incluso establecerse por su cuenta. El aspecto negativo era que la crisis económica impedía la unión y producía altos niveles de embarazos prematrimoniales (30%) y de hijos ilegítimos (8%).

Lentamente cambia el modelo de familia. De una familia autoritaria de matrimonios concertados y mujeres subordinadas se pasa a una familia sentimental más igualitaria, con relaciones más cercanas entre los esposos, mayor preocupación por el bienestar de los hijos y una mayor libertad ante las restricciones de la comunidad y los parientes. El capitalismo prioriza los intereses familiares sobre los de fuera y un cierto individualismo posesivo en que el principio de placer se separa de la función procreadora. Se descubre la niñez por el interés de la burguesía por la intimidad y lo doméstico. Aumenta el trato paternal, se busca el bienestar de los hijos y se evita la prole numerosa. Incluso filósofos como Rousseau y Condorcet muestran un gran interés por los hijos. La Iglesia católica recupera el culto y la devoción a la Sagrada Familia. A pesar de ello, todavía muchos hijos eran abandonados. A fines del siglo XVIII más de 4.000 niños eran abandonados en París cada año, muchos de ellos ilegítimos. La mayoría eran recogidos en las casas de acogida.

También va desarrollándose muy lentamente la Ciencia. A pesar de que se habían descubierto las trompas de Falopio (1560), el espermatozoide por Van Leeuwenhock (1678) y el óvulo por De Graaf (1672), todavía en el siglo XVIII muchos siguen usando talismanes, llaves de iglesias, acuden a manantiales mágicos o peregrinaciones o recurren a la magia. Tampoco hubo revolución en la práctica médica. El médico de fines del siglo XVIII tenía poco que añadir a los textos de Hipócrates. Se recurría a diversas vulgarizaciones de la embriología tradicional y así el pueblo siguió anclado en las ideas tradicionales sobre los papeles del hombre y la mujer en la reproducción, el origen del semen, la determinación del sexo y los remedios para la impotencia y la esterilidad. Gracias a la imprenta llegaron a muchas personas recetas para pociones de hierbas, anafrodisíacos y lociones. No será hasta el siglo XVIII cuando se produce un declive en

la confianza en las pociones, la magia y la brujería.

Hay cierta preocupación, casi obsesión, con el onanismo. Tratados sensacionalistas titulados *Onania* aparecen en el siglo XVIII en Inglaterra relatando historias terribles acerca del destino que esperaba a los que se masturbaban y del castigo por frustrar el matrimonio por una «retirada criminal». Tissot publicó en 1769 el que sería el estudio clásico sobre la masturbación. Sin embargo también aparecen en ciertos tratados algunas cartas de hombres casados que, en conciencia, pensaban que hacían algo diferente al pecado de Onán, pues ellos actuaban por necesidad. El *coitus interruptus* era conocido y apreciado por su eficacia.



También las esponjas y tampones, al principio asociados con aventuras extramatrimoniales y prostitutas, parecen haberse popularizado a fines del siglo XVIII. Bentham en 1797 se mostró partidario de la esponja para controlar la población. Carlile, en 1826, en el primer libro publicado en Inglaterra sobre el control de natalidad, *El libro*

de cada mujer, describió el uso de la esponja por la mujer y aseguró que eran usadas de forma generalizada por las mujeres de clase alta en el Continente. Por otro lado, médicos y filántropos del siglo XVIII hicieron una campaña a favor de que las madres dieran el pecho a todos sus hijos con la esperanza de descender la mortalidad (pues los criados lejos de su familia sufrían un índice de mortalidad más elevado) y evitar así embarazos consecutivos.

Un nuevo período comienza a fines del siglo XVIII con dos fenómenos: la declinación de la tasa de nacimientos en Francia, el país más poblado de Europa, y la abierta defensa, especialmente en Inglaterra y Estados Unidos, del control de natalidad como una práctica socialmente deseable.

La bajada de natalidad se hace clara en Francia, donde desciende del 38,6 por mil en 1771 al 26,3 en 1860. La causa no fue la postergación de los matrimonios, pues la industrialización tendió a alentar matrimonios tempranos. Las enfermedades contagiosas no estaban todavía controladas. La viruela y el tifus no comenzaron a desaparecer hasta después de 1870, y por eso la mortalidad infantil permaneció muy alta la primera mitad del siglo. En 1840 más de la mitad de los niños nacidos en París y Manchester moría antes de los cinco años.

Francia era un país rural con un 70% de población campesina en 1850. Tras la Revolución se expandió un destructivo cinismo hacia todos los esfuerzos que tendían a regular la conducta por ideales intangibles. Cada hombre decidía por sí mismo. Predominaba un individualismo radical burgués. El control de natalidad aumenta debido a un mejor nivel de vida, una próspera clase media y la búsqueda del éxito personal. Y aunque apareció originariamente como irreligioso, calculador y egoísta, lo curioso es que las tasas de nacimiento en áreas creyentes eran tan altas como las de cualquier otro lugar de Francia.

En Inglaterra, el control de natalidad fue al comienzo un movimiento minoritario. Se enseña, por primera vez desde los cátaros, que la prevención de la natalidad era una cosa buena. No se oponían a toda procreación, sino sólo a la procreación incontrolada. Actuaban sin ninguna hostilidad metafísica o religiosa. Sus motivos eran económicos, políticos, sociales y morales.

Thomas Malthus, con la publicación en 1798 del *Ensayo sobre los principios de la población*, planteó la preocupación por la superpoblación. Para este autor la población no contenida se duplica cada veinticinco años, creciendo en razón geométrica. Debido a que las reservas alimenticias no podían crecer más que aritméticamente, suponía que para 1900 la población no regulada de Inglaterra sería de 176 millones, mientras que los alimentos alcanzarían sólo para 55 millones.



Para Malthus sólo cabía la solución de la «restricción moral», esto es, la postergación de los matrimonios. La anticoncepción no era ni considerada, pues Malthus era un joven clérigo anglicano. La consideraba una violación del lecho conyugal y un vicio. Su mensaje, lógicamente, fue bien recibido por los ricos, pues la pobreza no podía ser solucionada por la caridad, sino que la tenían que resolver ellos mismos.

La anticoncepción como remedio social fue propuesta por los utilitaristas, muchos de ellos ajenos a las creencias cristianas tradicionales. J. Bentham en 1797, con delicados circunloquios, insinuaba el uso de «esponjas» para limitar el número de pobres, con el objetivo último de disminuir las tasas de nacimientos entre la gente humilde. J. S. Mill, en un artículo sobre las colonias para la *Enciclopedia Británica* defendía, como salida al exceso de población (frente a la colonización), un método «ni dudoso ni difícil», si «se dejaran de lado las supersticiones y se aplicara firmemente el principio de utilidad». Francis Place (1771-1854), obrero autodidacta que se casó a los 19 años y fue padre de quince hijos, a partir de 1820 comenzó a defender abiertamente el *birth-control*. En 1822 escribió *Ilustraciones y pruebas del principio de población*, donde defendía que no es inmoral usar medios de prevención de la concepción que no sean perjudiciales para la salud o que destruyan la delicadeza femenina. Su libro no describía los medios, pero en volantes anónimos, distribuidos entre los obreros, recomendaba el uso del *coitus interruptus* y de esponjas.

Las restricciones morales eran tales que ni Bentham, ni Place, ni Mill, bajo sus propios nombres, recomendaban realmente procedimientos anticonceptivos determinados. Bentham hablaba ambigualmente, Mill con generalidades y Place de forma anónima.

En Estados Unidos, en 1830, Owen, en *Fisiología moral: breve y simple tratado sobre población*, recomendaba el *coitus interruptus*. También pensaba que la esponja era importante, pues ofrecía a la mujer cierto control, aunque advertía que no siempre era efectiva. En el primer año este libro alcanzó varias ediciones. Knowlton, médico, en *Los frutos de la filosofía: o el compañero privado de las jóvenes parejas*, de 1832, abogaba a favor de la anticoncepción y explicaba el modo de lograrla. Defendía la ducha poscoital. El uso abundante de agua fría era un preservativo seguro. Fue procesado por obsceno, pero su consejo fue repetido por otros. Algunos sugerían simplemente usar agua fría, pero Knowlton destacó la necesidad de añadir un ingrediente astringente o ácido como alumbre, varios sulfatos o vinagre. A mediados de siglo las jeringas irrigadoras podían adquirirse en farmacias y droguerías y eran vendidas por correo a través de respetables catálogos.

Lo que se deduce de estos libros es que la defensa del control de natalidad precedió al desarrollo técnico que facilitó su práctica. Los métodos de Owen, Place y Knowlton eran tan viejos como los de los griegos.

Fallopio describió ya en el siglo XVI un pequeño forro de hilo para el glande que podía prevenir infecciones. Lord Farvey pidió a Henry Fox en 1726 que le enviara una docena de preservativos para prevenir la gonorrea y la procreación. A principios del siglo XVIII los preservativos se empezaron a hacer de la vejiga de animales o de pieles muy finas y empezaron a ser vendidos en los prostíbulos de las grandes ciudades y empleados y elogiados por libertinos. Dunglinson en 1816 describió los preservativos hechos de intestino de oveja con una cinta que cerraba el extremo abierto. Los propagandistas franceses enseñaban a las amas de casa cómo podían fabricar condones de intestinos comprados en la carnicería. Pero no fue hasta 1843 cuando Goodyear y Hancock descubrieron el proceso de vulcanización del caucho e hicieron posible a partir de 1850 la manufacturación de condones de goma a bajo precio (5 dólares la docena). Pero incluso si se lavaban, se secaban y se usaban de nuevo, eran demasiado caros para las clases bajas y tenían un uso limitado. Knowlton los mencionaba pero no los recomendaba y Drysale pensaba que eran antiestéticos e impedían el placer. Otros los veían inseguros por el riesgo de rotura. El preservativo fue el único anticonceptivo nuevo y supuestamente eficaz producido a principios de la modernidad, pero lo cierto es que desempeñó un papel mínimo en el descenso de la fertilidad, pues se usaba sobre todo para evitar enfermedades venéreas. Esta asociación con las enfermedades y la prostitución limitó su aceptación en los hogares en el siglo XIX. En el siglo XX se impuso rápidamente.

A pesar de ello el *coitus interruptus* continuó siendo el modo más común de anticoncepción en Europa. Se reconocía el esfuerzo mental que requería. Carlile recomendaba la retirada parcial. Freud expresó su preocupación por los problemas que podía plantear a la psique. Algunos médicos se oponían, pues lo veían como una forma depravada de masturbación que conducía a enfermedades físicas y mentales. Pero lo cierto es que las advertencias no impresionaban a casi nadie.

La abstención, la prolongación de la lactancia y los matrimonios tardíos continuaron siendo métodos claves. La Iglesia recomendaba la continencia conyugal, las primeras feministas el autocontrol masculino y las clases altas usaban camas individuales o dormitorios separados. Algunos autores recomendaban la lactancia prolongada para espaciar los embarazos de la clase obrera, pero el problema era que los horarios de trabajo de las mujeres quedaban afectados. Otros consideraban que debilitaba a las madres. El hecho es que la lactancia descendió hacia 1890, se incrementó el uso de la leche artificial y los biberones empezaron a fabricarse.

La anticoncepción no fue lanzada como una solución a la superpoblación en ninguna obra francesa anterior a la mitad del siglo XX. Las pocas voces inglesas y americanas a favor del control de nacimientos no tenían casi fuerza. El movimiento no había recibido todavía apoyo médico, científico o sociológico.

Todavía en el siglo XIX se siguió practicando el abandono de niños como última

medida. En 1811 los hospicios franceses introdujeron tornos en los que los niños podían ser abandonados. Las cifras aumentaron. El argumento de que los tornos inducían a los padres a dejar a sus hijos condujo al cierre de estos a finales de la década de 1830, dando lugar a un aumento de los abortos e infanticidios. Fue entonces cuando se aprobaron diferentes leyes contra el aborto tanto en Europa como en América.

La burguesía próspera del siglo XIX empezó a separar vida privada y pública. La producción dejaba de ser una actividad doméstica y se trasladaba a la fábrica y la oficina. El hogar era ahora un centro de consumo, no pocas veces ubicado en las afueras, lejos del mundo masculino del trabajo. Era un ámbito separado de la competitividad laboral. A la mujer se la mantenía separada del mundo real y la pasividad y la ignorancia sexual eran señal de urbanidad. Esta dicotomía hombre activo/mujer pasiva dejaba a la mujer de clase media emancipada del trabajo pesado de las tareas domésticas (que hacían los criados) y aislada del mundo de los negocios, la política y la educación. Encerrada y domesticada, se vio reducida a su papel «natural» de madre y educadora de niños. Así, muchas mujeres pasan a centrarse cada vez más de forma narcisista en su salud, su cuerpo y sus partos. El ajustarse a la función de su sexo es lo que daba como resultado la felicidad del hogar.

La mayoría de los médicos en el siglo XIX atacaron el control de la natalidad como invento de charlatanes y comadronas. Algunos insistían en sus peligros físicos, otros en los peligros morales, pues si se controlaban los embarazos el resultado sería la promiscuidad sexual. Advertían a las mujeres de salud frágil que evitaran los embarazos pero raramente decían los métodos que debían emplear. Algunos admitían el control para proteger a las madres exhaustas y evitar los niños deformados. Sólo a fines del siglo XIX las revistas médicas americanas empiezan a describir los métodos de control. Todavía en 1904, John W. Taylor, presidente de la Sociedad Ginecológica Británica, declaró que las protecciones mecánicas causaban vaginitis purulenta y el onanismo sexual conducía a la fatiga cerebral.

Las feministas del siglo XIX, dado que la maternidad todavía daba categoría social a la mayoría de las mujeres, se preocuparon sobre todo de la situación de las solteras, viudas, divorciadas y abandonadas. La mayoría de las feministas condenaba la anticoncepción. Había un temor a que la anticoncepción hiciera de las mujeres juguetes sexuales, aún más dependientes de los hombres. Las feministas defendían la maternidad voluntaria y que ninguna mujer debía ser forzada a tener hijos contra sus deseos. La realidad era que muchos borrachos y patanes desconsiderados preñaban a sus esposas imprudentemente. Annie Besnat, primera mujer defensora de la anticoncepción, se refería al preservativo usado por los hombres como protección contra la sífilis y ocasionalmente como preventivo. Prefería que la mujer conservara el control por medio de la esponja. En Estados Unidos muchas se inclinaban por la irrigación vaginal más que por los métodos masculinos de la retirada o el condón.

La clase baja en el siglo XIX ya controlaba su fertilidad. El trabajo asalariado en un principio aumentó los matrimonios tempranos y la crianza de hijos para contribuir a la economía familiar. En las zonas textiles donde las mujeres trabajaban fuera de casa

descendió la natalidad, pero no en las zonas mineras o de industria pesada, donde la fertilidad permaneció alta hasta bien entrado el siglo XX. A partir de 1870 aumentó la demanda de mano de obra especializada y disminuyó la de niños y mujeres. Los obreros empezaron a exigir un salario digno para el sostén de la familia. Nace así el nuevo hogar de la clase obrera con la mujer subordinada a tiempo completo y el varón como único proveedor. La mujer ya no era compañera de trabajo sino guardiana del hogar y de los hijos, administradoras del presupuesto familiar. Los niños, a los que no se les permitía el trabajo, se convirtieron en consumidores de recursos y pasaban el tiempo estudiando. La idea de tener hijos para recibir un posible apoyo económico en la vejez dio paso a la aparición de los modernos programas de jubilación y asistencia social. Así, con la valoración de la educación, el número de hijos en las familias de clase obrera decae. Por eso, la anticoncepción fue utilizada, ante todo y sobre todo, para mejorar la maternidad, no para socavarla. Además, el prestigio del obrero en el vecindario derivaba de su capacidad de ser proveedor y de no engendrar más hijos de los que podía mantener.

La realidad fue que en unas cuantas generaciones se produjo el descenso de la familia por la adopción a gran escala del control de natalidad. Las ideas y aspiraciones cambiaron primero y el desarrollo económico las reforzó. Y a pesar de la hostilidad todavía reinante en la profesión médica, las Iglesias y el Estado, millones de personas ejercieron una autodeterminación enorme a pesar de la insuficiencia de medios a su alcance.

Lo que la Iglesia juzgó en la primera mitad de siglo XIX fue la difundida decisión individual de limitar los nacimientos, especialmente mediante el *coitus interruptus*. Hay que tener en cuenta el contexto cultural de la Iglesia en este siglo. Los jesuitas con sus centros de educación habían sido disueltos. El racionalismo dominaba la vida intelectual. Los recursos intelectuales del pasado cristiano estaban relegados. La Biblia era poco conocida, los Padres estaban olvidados, la Escolástica desacreditada, la teología moral dominada por la prudencia convencional y las universidades católicas y la teología universitaria ausentes. Los seminarios, uniformados y controlados por Roma, eran alimentados por sencillos manuales que no eran otra cosa que declaraciones de conclusiones con citas de alguna autoridad y un mínimo de razonamiento. El más famoso fue el *Compendio de Teología Moral* (1850), del jesuita Juan Gury (1801-1866), que, basado en Ligorio, se impuso rápidamente durante un siglo.

Junto a esta «crisis cultural» de la Iglesia, el otro rasgo del siglo XIX es la ligORIZACIÓN de la moral. En 1800 se calificaron a las obras de Ligorio como «libres de error». Ligorio fue canonizado en 1839 y declarado doctor de la Iglesia en 1871. En 1831, a instigación del obispo Gousset, el Penitenciario, tribunal romano encargado de la administración del sacramento de la Penitencia, contestó afirmativamente que los confesores podían quedar imperturbables cuando en la duda seguían las opiniones de Ligorio. La elevación de Ligorio suponía la declinación del jansenismo y del agustinismo.

Una cuestión que preocupaba al clero en el confesionario era la cooperación de la esposa en el acto anticonceptivo del marido. Entre 1816 y 1823 el Penitenciario de Roma dio tres respuestas sobre cooperación de la esposa. En 1816 respondió que una mujer

podía tener trato sexual aunque conociera por experiencia que su marido se retiraría y eyacularía fuera de la vagina, «si rechazándolo fuera juzgada malamente por él y por ello sufriera serio detrimento», sin dejar de cesar en el intento de persuadir a su marido de que desistiera de esta bajeza. En 1822 el Penitenciario afirma que la esposa podía «entregarse pasivamente» si temía «una paliza, la muerte u otras crueldades». En 1823 afirma que la esposa podía cooperar si «el marido la amenazaba de golpes, muertes u otros males serios». Estas respuestas suponen que la participación de la mujer no era intrínsecamente mala. La cooperación material se justificaba como un modo de evitar un perjuicio para ella.

Predominaba una cierta tolerancia hacia los que practicaban la anticoncepción de buena fe. Gousset, cardenal arzobispo de Reims, seguía a Ligorio: «Es mejor ciertamente que los casados pequen materialmente a que sean expuestos al peligro de pecado formal». Hay que evitar interrogar inoportunamente o imprudentemente. Sin embargo, en el último cuarto de siglo, se percibe un mayor ataque contra el control de natalidad y un mayor rigor.

4.2. El movimiento del control de la natalidad y su reacción (1870-1940)

En 1860 se funda en Inglaterra una Liga Malthusiana para alentar la práctica contraceptiva. La Liga no prosperó. En 1877 el gobierno inglés procesó a Annie Besant y George Bradlaugh por distribuir el libro sobre anticoncepción del americano Charles Knowlton. El proceso no tuvo éxito y la publicidad fue inmensa, vendiéndose más de 200.000 ejemplares. La divulgación masiva de información había comenzado. Una nueva liga neomalthusiana se constituyó en 1878 y otras semejantes se fundaron en los distintos países en los siguientes veinte años. En 1881 se introdujo la instrucción de comadronas para que enseñaran los métodos anticonceptivos en el hogar. La primera clínica de control de natalidad se estableció en Ámsterdam en 1882 y la baja tasa de nacimientos se hace evidente en Bélgica, Holanda y Alemania a partir de 1890.

A finales del siglo XIX los anticonceptivos se anunciaban en periódicos y revistas, se vendían en peluquerías, tiendas de artículos de goma y farmacias y se distribuían por vendedores ambulantes en los barrios obreros. Un 16% de las parejas que se casaron antes de 1910 usaba anticonceptivos mecánicos, pues los costes eran considerables, el suministro limitado y el empleo suscitaba hostilidad. Pero, a pesar de los nuevos medios de publicidad y de la oferta anticonceptiva, todavía algunas mujeres se sometían a baños calientes, a paseos agotadores, consumían grandes cantidades de plomo o de fósforo (obtenido de cerillas) o preparaban sus propios brebajes.

En el siglo XX, el movimiento del control de natalidad se internacionalizó. Se celebran diferentes congresos mundiales: París (1900), Lieja (1905), La Haya (1910), Dresde (1911), Londres (1922) y Nueva York (1925). En 1927 se organizó la Conferencia Mundial sobre Población en Ginebra, impulsando sustancialmente la organización de estudios sobre este tema. En 1930 fue creada en Zurich la primera clínica internacional sobre métodos anticonceptivos.

En el movimiento había diversas posturas. Unos eran más librepensadores o

libertarios y provocaban el alejamiento del movimiento de la gente «respetable»; otros se identificaban más con los ideales de la Francia revolucionaria y suscitaban la reacción de los conservadores.

En Estados Unidos, en 1913, Margaret Sanger (1879-1966) comenzó un movimiento que conduciría a la creación de la *National Birth Control League* y luego de la *American Birth Control League*. Sanger inventó la frase «control de natalidad» como descripción positiva de la limitación de la familia. Su libro *Family Limitation*, que fue prohibido, describía el beneficio para las parejas obreras del uso de irrigadores vaginales, preservativos y pesarios. Sanger llevó el mensaje del control a Japón en 1921 y a la India en 1936. Durante la década de los veinte, las clínicas del *birth control* se establecieron en Gran Bretaña, Alemania y Holanda.

En Londres en 1918, Marie Stopes (1880-1958) escribe *El amor conyugal* y vende más de un millón de ejemplares. Para ella, la mujer casada tenía tanto derecho a sentir placer sexual como su esposo. El mismo año escribe *Sabiduría paternal*, donde describe una variedad de anticonceptivos. Pero descubre que no sólo vale con describir los distintos tipos de anticonceptivos, sino que es necesario hacerlos accesibles. Por eso abre en 1921 su *Mother's Clinic* en Holloway Road en Londres y establece la *Society for Constructive Birth Control and Racial Progress*.



Sanger y Stopes eran conscientes de que la clase media ya restringía su fertilidad (la familia media era la mitad que en el siglo XIX) y querían hacer accesibles a las clases bajas los anticonceptivos. Ambas intentaron también purgar al movimiento de cualquier asociación con el radicalismo sexual y político, afirmando que la limitación familiar era económicamente necesaria y moralmente aceptable. La anticoncepción no sólo era compatible con el placer, sino esencial, pues permitía a las mujeres expresar sus pasiones libremente. Defendieron una mayor intervención estatal en asuntos de maternidad con el establecimiento de clínicas, guarderías y centros de asistencia social. También, en el contexto eugenésico de los años veinte, pensaban que la anticoncepción podía ayudar a regular el nacimiento de hijos de borrachos incapacitados y deficientes mentales.

Sanger y Stopes estaban preocupadas por la familia, piedra angular de la sociedad estable. Les preocupaba la felicidad y el bienestar emocional de los hogares. Su meta era la creación de parejas sexualmente felices en las que el marido fuera sensible y cariñoso. El acto sexual debía ser un asunto mutuo, no un desahogo del hombre. El objetivo era alcanzar el orgasmo mutuo. Su modelo era la pareja joven, feliz y en forma física. La pareja debía adorarse mutuamente, estar en constante cortejo. Muchas mujeres les

escribían miles de cartas expresando miedos al embarazo o al orgasmo, dudas sobre los preservativos o los pesarios, inquietudes ante la salud y el bienestar de los hijos. Se había roto la solidaridad femenina que permitía que las parientes o amigas fueran las consejeras. Ahora se acudía a revistas, manuales, consejeras. El nuevo hogar era más pequeño, se había desecho de los parientes, criados y huéspedes, buscaba la dicha doméstica en la mujer joven casada, apasionadamente unida a su marido y madre de dos o tres hijos gracias a la anticoncepción.

Sanger y Stopes condenaron, curiosamente, la mayoría de los medios de control empleados por la clase obrera: la cama individual era enemiga del matrimonio; la lactancia prolongada debilitaba a la madre; el *coitus interruptus* era inseguro y física y psicológicamente peligroso, pues impedía la comunión física; los preservativos eran poco románticos y antiestéticos. Stopes quería anticonceptivos más eficaces y prefería el capuchón cervical y el diafragma. El problema es que estos debían ser insertados por un médico y esto provocaba rechazo en muchas mujeres. El preservativo y el *coitus interruptus* ponían la carga de la responsabilidad sobre el esposo únicamente y este raramente la asumía.

Ambas mujeres se oponían al aborto y sus ayudantes no podían proporcionar ningún tipo de información sobre la provocación de un aborto, pues era «algo contrario a la ley y la naturaleza». Los abortos aumentaban tanto en Europa como en América. Se calculaba, según Kynsey, que una de cada cinco mujeres norteamericanas casadas había tenido un aborto. Pero lo curioso es que las mujeres de la clase obrera se aferraban al punto de vista tradicional, que identificaba la presencia de vida cuando el feto empezaba a moverse. Antes de este momento tomaban pastillas para «provocar la menstruación» y no usaban el término aborto. Muchas de ellas abandonaban esas prácticas cuando percibían el movimiento del feto. Era evidente que había dos culturas sexuales separadas. Una era la clase media racional, previsora, consumidora y otra la clase obrera, amante de los riesgos, imprevisora y trabajadora. Stopes y Sanger ignoraban la base ideológica de muchos de los métodos anticonceptivos de clase media y no acababan de comprender por qué no eran aceptados por parte del proletariado. Medicalizaron la anticoncepción para obtener el apoyo legítimo de los médicos pero provocaron que la mayoría de las mujeres no acudiera a las clínicas regentadas por médicos varones y que siguieran usando los métodos tradicionales. Los capuchones y diafragmas resultaron poco prácticos.

¿Y cuáles eran los anticonceptivos que se usaban en esta época?

- En 1880 Wilhelm Mensinga había diseñado un diafragma para usar como pesario en la vagina, método que llegó a ser el preferido por las clínicas. Puesto que requería ser adaptado por un médico, fue accesible a pocas mujeres del proletariado y tardó en ser aceptado.
- El capuchón cervical fue inventado a finales de la década de 1830 y fue popularizado por Stopes en la década de 1920.

- En esta misma década Grafenberg anunció su invención de un anillo de oro y plata, primer dispositivo intrauterino (DIU), y Stopes ofrecía a sus pacientes un dispositivo similar que llamaba «el alfiler dorado». Las peligrosas irritaciones internas que provocaron los DIU limitaron bastante su uso.
- En la década de los treinta, Kaufman en Canadá y Gamble en Estados Unidos envían masivamente preservativos, cremas y geles anticonceptivos. En 1935 se usan muy variados dispositivos mecánicos, condones, polvos ácidos, pesarios y espermicidas y la fabricación de estos dispositivos anticonceptivos empezó a ser una industria importante.
- Desde finales del siglo XIX se empezaron a fabricar productos caseros que impedían la concepción utilizando un método barrera combinado con un espermicida, como los elaborados con manteca de cacao o glicerina.

Lentamente el control de natalidad ganó a su favor a un gran número de médicos, pero no fue hasta 1933 cuando una gran mayoría de las mejores escuelas médicas, excepto las católicas, ofrecieron información sobre anticoncepción. En 1922 una encuesta entre ginecólogos ya indicaba que la mayoría aprobaba el uso de anticonceptivos. En 1937, Dyckinson logró que la *American Medical Association* aprobara una resolución que reconocía la importancia de la anticoncepción y solicitaba su enseñanza en las escuelas de medicina. En Inglaterra la victoria laborista de 1929 permitió que se diera información en los centros de asistencia social para madres e hijos siempre que la justificaran razones médicas.

Los partidarios del control de natalidad ganaron muchos adeptos. Margaret Sanger subrayó que su motivación era la lucha contra la miseria y la enfermedad causada, entre los muy pobres, por embarazos no deseados. Se retoman argumentos antiguos para defender el control de natalidad, como que este facilitaría los matrimonios tempranos, disminuiría la prostitución o que rompería la relación entre superpoblación y guerra.

En 1930 la Iglesia anglicana adoptó una resolución aceptando la anticoncepción por una mayoría de 193 votos (contra 67 y 46 abstenciones), siempre que se hiciera conforme a los principios cristianos, por motivos serios y no por egoísmo o hedonismo.

Ante este cambio de actitudes, se producen reacciones seculares.

- En Francia, en 1882, se solicitaron leyes contra la obscenidad para aplicarlas a ciertas publicaciones que promovían el control de natalidad, pero las actuaciones oficiales fueron escasas. Sólo en 1920 una combinación de diputados nacionalistas y católicos promulgaron una ley que prohibía la propaganda anticonceptiva bajo pena de seis meses de prisión (no aplicable a consejos médicos). En los años treinta, Francia adoptó a gran escala la idea de promover por parte del Estado la natalidad.
- La Alemania nazi cerró las clínicas de control de natalidad y otorgó bonificaciones especiales por cada niño. En Alemania los abortistas fueron ejecutados y se suprimió la información sobre la anticoncepción.

- El fascismo italiano, en 1926, prohibió escribir a favor de la anticoncepción. En 1927 Mussolini dijo al Parlamento que el rejuvenecimiento demográfico era un imperativo. En el Código Penal de 1931 se prohibía la esterilización y se determinaba multa y arresto de un año para «cualquiera que incitara públicamente a prácticas contrarias a la procreación o hiciera propaganda a su favor».
- En Bélgica, Irlanda y España se da una legislación de inspiración católica. En Bélgica, en 1923, se considera un crimen «distribuir objetos específicamente destinados a prevenir la concepción» o distribuir escritos comerciales que describieran formas preventivas de la concepción.
- En Irlanda, en 1929, se calificó de crimen el imprimir, publicar, vender o distribuir «cualquier libro o publicación periódica que defendiera, o pudiera pensarse razonablemente que lo hiciera, la prevención antinatural de la concepción».
- En España, el Código Penal de 1928 calificaba de crimen la propagación de la teoría o la práctica anticonceptiva.
- En Estados Unidos una ley de 1873 prohibió el envío mediante correo de «toda droga o medicina o artículo cualquiera destinado a la prevención de la concepción». Al año siguiente se incautaron más de 60.000 artículos de goma y 3.000 cajas de píldoras. El anuncio, importación, manufactura, venta o posesión en el distrito de Columbia y en los territorios federales conllevaba hasta diez años de prisión. Este castigo de posesión fue más allá que cualquier papa o canonista. No fue hasta 1930 cuando se sostuvo que la manufacturación de condones no implicaba ninguna actividad ilegal. En 1936 se permitió la importación de contraceptivos por un médico, sosteniendo que el Congreso había prohibido solamente el uso inmoral y que el uso por el médico no era inmoral. Sólo en 1958 Correos anunció que no impediría el envío de anticonceptivos, pues era impracticable distinguir entre usos médicos y usos inmorales. Incluso en 1964, diecisiete Estados regularon o prohibieron la propaganda de anticonceptivos o su venta por máquinas expendedoras. Ocho Estados prohibieron la venta si no era con licencia médica o farmacéutica.

Lo evidente era que la antigua cultura masculina centrada en la mina, la fábrica, la taberna y el club de fútbol se iba desmoronando. El trabajo del varón se iba volviendo más sedentario y se dirigían cada vez más a la familia a la hora de recibir gratificaciones emocionales. Los casados se domesticaron a medida que se reducían las horas de trabajo, tenían vacaciones y mejoraban las viviendas. Tenían más interés por sus hijos, reconocían la importancia de la educación y los títulos y controlaban la natalidad por razones de salud de la madre y de presupuesto familiar.

4.3. Respuesta del Papa y de los obispos (1876-1930)

El famoso manual de los jesuitas Gury-Ballerini (1874) decía claramente que la prevención de la generación o la eyaculación fuera de la vagina eran gravemente pecaminosas porque «si los hombres gozaban del placer sin la consecuente carga de alimentación y educación de los hijos, la generación de la descendencia sería pospuesta fácilmente y expresamente evitada, de tal modo que la sociedad declinaría hasta la ruina». El argumento de las consecuencias sociales desastrosas estaba presente.

Una mayor rigidez se da en la Respuesta del Penitenciario de 1876, que afirmaba que los confesores que dudaran sobre si la contracepción era practicada de buena fe podían legítimamente hacer interrogatorios «algunas veces», dentro de los límites establecidos. En 1876 aparece la primera obra teológica exclusivamente dedicada a la anticoncepción, *Disertación sobre el onanismo conyugal*, de Mauro Nardo. El *coitus interruptus* era tan claramente antinatural que nunca podría hablarse de buena fe en un hombre que lo practicara. Solicitaba que el confesor preguntara sobre la práctica anticonceptiva al penitente casado.

En 1886 el Penitenciario afirma que hay que interrogar de forma prudente ante el que hay fundada sospecha de onanismo y guarda silencio. Un paso de mayor rigor se da en 1899 cuando Deppe recomendaba preguntar al penitente que se quejara del número de hijos, y en la contestación del Penitenciario en 1901 se aprueba la interrogación sin sospecha. El jesuita Noldin, en 1902, enseñaba que, en una región donde la anticoncepción esté muy difundida, un confesor puede casi siempre preguntar si el penitente ha guardado silencio sobre ese pecado. El trasfondo es una Europa donde el control de natalidad era común.

Los obispos belgas (1909), alemanes (1913), franceses (1919) y estadounidenses (1919) escribieron contra el «onanismo» constatando su enorme difusión, que violaba el fin primario del matrimonio, que era contra natura, y criticando la validez de las razones económicas e incluso, en algunos casos, de salud.

El 31 de diciembre de 1930, Pío XI publica la encíclica *Casti Connubii*. Fue el clímax de las acciones de las jerarquías nacionales. Las causas inmediatas son la reacción ante la Conferencia de Lambeth del 15 de agosto de 1930, la llamada a la revisión de la enseñanza hecha por el periódico católico alemán *Hochland* en junio de 1930 y la inquietud porque los sacerdotes en la práctica no aplicaban la enseñanza. En Bélgica los católicos y algunos sacerdotes negaban o ponían en duda que tales prácticas se opusieran a la ley natural. *Casti Connubii* era una pequeña *summa* sobre el matrimonio cristiano. El matrimonio era una institución divina y todos los errores provenían de considerarlo una institución humana. Se denuncia el divorcio, el matrimonio a prueba y el matrimonio de compañía. Los bienes del matrimonio fueron resumidos en la vieja fórmula agustiniana: descendencia, fidelidad y sacramento. La descendencia era el bien primario. El deber de los padres era no sólo propagar la raza humana, sino hacer santos y servidores de Dios para que crezca diariamente el pueblo de Dios. El énfasis estaba en educar a los hijos como cristianos. «Ninguna razón, sin duda, aun la más seria, puede hacer congruente con la naturaleza y la decencia lo que *es intrínsecamente contrario a la naturaleza*. Desde que el acto de los esposos está, por su propia naturaleza, ordenado a la generación de la

descendencia, aquellos que lo realizan deliberadamente privándolo de su fuerza y poder naturales, actúan contra la naturaleza y hacen lo que es básica e intrínsecamente indecente». La Escritura atestigua que Dios ha castigado este perverso crimen con la muerte. En este contexto, la Iglesia proclama que «cualquier uso del matrimonio, en el ejercicio del cual el acto, por esfuerzo humano, se vea desprovisto de su poder natural de procreación, viola la ley de Dios y de la naturaleza y quienes lo hacen quedan manchados por una falta grave y mortal».

En un único documento se sintetizan muchos temas: el énfasis hebreo en la procreación, la enseñanza antignostica de Timoteo, la doctrina agustiniana de los bienes matrimoniales, el enfoque tomista de la naturaleza del acto sexual y la teología del siglo XIX sobre el pecado de Onán. El documento era una suma de declaraciones del pasado, pero indiferente a los diversos contextos históricos de las citas bíblicas y a los cambios ambientales del presente. Pero el documento era una solemne declaración papal dirigida a la Iglesia universal que hablaba de una doctrina moral que decía «ha sido transmitida desde el comienzo». Algunos teólogos sostuvieron incluso que la condenación era infalible; otros decían que «repetía la enseñanza».

La encíclica afirmaba un deber positivo de educación en el confesionario aun cuando no existiera «sospecha fundada». El acuerdo general era que el pecado de buena fe no podía permitirse. Habían terminado los días tolerantes. Había que dar a conocer a todo el mundo la pecaminosidad de la anticoncepción por el bien común.

Casti connubii también afirmaba el deber de intentar persuadir al otro de que no usara el pecaminoso método contraceptivo. Ya en 1909 el jesuita Vermeersch afirmó la obligación de no cooperar en el pecado de *coitus interruptus*, pues era intrínsecamente malo. Se debía resistir hasta el punto de ser dominado físicamente o de sacrificar algún bien «equivalente a la vida». La amenaza de divorcio o de buscar relaciones sexuales en otra parte no constituían razones suficientes. La resistencia debía ser la ofrecida al rapto. Las consecuencias podían ser infelicidad doméstica, desórdenes, abandonos, divorcios, alejamiento de los sacramentos. La castidad conyugal reclamaba sus mártires, decían algunos. La mujer debía emplear plegarias y halagos para disuadir a su marido. Con estas condiciones eran admitidas a los sacramentos mediante la sutil distinción de que eran pasivamente indulgentes al onanismo. Los obispos belgas habían dicho que «por una razón muy grave, esto es, la muerte o un mal equivalente, es legítimo no resistir al atacante». Este punto de vista fue asumido por el Penitenciario en 1916 al afirmar que «la mujer debe oponer la resistencia que una virgen opondría a su atacante». Detrás, sin duda, subyacía la realidad de muchas mujeres sometidas a fuertes violencias.

El viejo decretal *Si condiciones* decía que el matrimonio era nulo si entre las condiciones del matrimonio estaba la evitación de las criaturas. En el nuevo *Código de Derecho Canónico* de 1917, en el canon 1092 se establecía que una condición «respecto del futuro, contraria a la sustancia del matrimonio», no revocada al tiempo de este, lo invalidaba. La decisión de La Rota del 7 de febrero de 1914 era clara al anular un matrimonio en el que una sola parte había intentado no tener hijos. El canon 1086 decía: «Sec. 2: Pero si cada parte o ambas partes, por un positivo acto de voluntad excluyen el

matrimonio como tal o todo derecho al acto conyugal o cualquier propiedad esencial del matrimonio, el contrato matrimonial es nulo». Pero lo cierto es que entre 1909 y 1940, La Rota romana trató 148 casos donde se pedía la nulidad del matrimonio sobre la base de la exclusión del bien de la descendencia y sólo se halló nulidad en 47 casos. No se exigieron pruebas de uso efectivo de anticonceptivos pero frecuentemente se demostró que existía condición o intención premarital. Para que no abusaran personas de mala fe con el deseo de anular sus matrimonios fácilmente, el canon 1094 afirmaba que un matrimonio debía suponerse válido; lo contrario debía ser probado.

A principios del siglo XX, cuando el control de natalidad estaba muy difundido en forma de *coitus interruptus* y el movimiento del *birth control* ya contaba con gran influencia, la Iglesia comenzó a adoptar una posición más enérgica. Se alentó el interrogatorio en la confesión, se denunció la cooperación, cinco jerarquías nacionales hablaron en contra, se publica la *Casti connubii*, se reitera una doctrina incomprensible sobre la naturaleza y se piensa, sobre todo la jerarquía, que el control de la natalidad fomentaba la irresponsabilidad hedonista y desafiaba la tradición cristiana.

Ante los nuevos descubrimientos desarrollados sobre la concepción humana, en 1853, el obispo de Amiens, A. de Salinis, preguntó al Penitenciario si los que tenían trato sexual en los días agénésicos debían ser amonestados. El Penitenciario afirma que no han de ser amonestados, dado que no hacen nada que prevenga la concepción. En 1873, A. J. Lecomte sostenía que por «motivos razonables y proporcionados» se podían moralmente tener relaciones sexuales solamente en este período. El método del ritmo era un término medio entre practicar el onanismo o tener abundantes hijos. En 1880 el Penitenciario afirmó que «los esposos que usan el citado método en el matrimonio no han de ser molestados, y un confesor puede, aunque cautelosamente, insinuarlo a aquellos que él ha tratado vanamente, con otras razones, de apartar del detestable crimen de onanismo». Al decir que lo podían recomendar expresaba que tal práctica no era pecaminosa, aunque algunos interpretaron que el confesor podía tolerar un acto pecaminoso como mal menor para alejar al penitente de un pecado mayor.

En 1924 Kyusaku Ogino publica una obra en Japón en la que presenta sus nuevas investigaciones sobre el tiempo del período estéril. En 1929 Hermann Knaus, médico austríaco, independientemente, llega a la misma conclusión. La ovulación ocurría de 16 a 20 días antes del primer día del próximo período menstrual. En 1930 estos datos circulaban ampliamente en Europa y Estados Unidos. Por eso, la *Casti Connubii* considera legítimas tales relaciones «siempre que sea reservada la naturaleza del acto y de acuerdo a su específica relación con el fin primario».

En reacción, Ignacio Salmans, jesuita belga, protestó contra la rápida promoción del oginismo, sistema que le parecía una variación del onanismo. Vermeersch citaba el violento grito de un sacerdote americano de que la «herejía de la cuna vacía» era ahora promovida por la Iglesia desde que los sacerdotes recomendaban el uso del período estéril para espaciar los nacimientos. Consideraba un mal la idea de que la Iglesia tuviera su propio método de lograr la esterilidad contraria al fin primario del matrimonio. La expansión del método disminuiría la población. Varios obispos siguieron la

recomendación de Vermeersch de restringir la difusión del método rítmico.

Un ejemplo de ello se da cuando, en 1937, el Concilio Provincial de Manila afirmó que: en primer lugar, el uso del período estéril presentaba peligros, tales como el fomento del egoísmo, la negación unilateral de los derechos del matrimonio en el período fértil, el menoscabo del amor conyugal, la predisposición para abortar una criatura concebida por error; en segundo lugar, consecuentemente, el método no ha de ser propuesto excepto a los onanistas, para separarlos de su pecado, y a otros que tengan razones adecuadas para evitar la concepción; en tercer lugar, las razones adecuadas para evitar la concepción son el peligro que la esposa pueda correr en el alumbramiento o dificultades económicas verdaderamente serias para alimentar una prole numerosa. Sin embargo, en 1950, la Asociación de Médicos Católicos Italianos, aun reconociendo que el método no era seguro, lo aprobaba para los casos particulares en que era deseable evitar la procreación.

El 29 de octubre de 1951 Pío XII habló a la Sociedad Católica Italiana de Comadronas, mencionando el método del ritmo como un método abierto a todas las parejas. Se notaba un nuevo espíritu. Eludir el deber de la procreación sin una razón seria era pecado. Pero podía haber serios motivos para hacerlo, como «las llamadas indicaciones médicas, eugenésicas, económicas y sociales». Con estos serios motivos, la observancia del período estéril puede ser lícita. El Papa no sólo aprobaba públicamente el método, sino que reconocía los motivos económicos sin limitarlos a la extrema pobreza. También reconocía motivos sociales, que parecían incluir el problema de la población mundial. Fue un gran paso y una nueva actitud. El Papa confiaba en el perfeccionamiento del método de regulación, mientras muchos teólogos seguían estancados en la idea de que la familia numerosa era un ideal cristiano. No había problema, pues se admitían con tranquilidad las relaciones sexuales de la mujer embarazada y de las personas de edad con el lícito propósito de aquietar la concupiscencia. El uso del período de esterilidad, que en otro tiempo atacó san Agustín, aprobado en 1880 con cautelosa sugestión para los onanistas y lentamente popularizado entre 1930 y 1951, era ahora plenamente sancionado.

Eclesialmente, en los siglos XIX y XX la opinión teológica sobre la moralidad de la práctica del *amplexus reservatus* continuaba dividida. El 30 de junio de 1952, el Santo Oficio daba un *monitum* advirtiendo a los autores de no describir, elogiar o alentar el *amplexus reservatus*. Pero para muchos teólogos era defendible.

4.4. La década de los cincuenta y sesenta: la píldora

Las democracias de la posguerra se hicieron natalistas. En Inglaterra, la planificación familiar fue apoyada como parte del *National Health Service*. En Estados Unidos y Australia en los años cincuenta y sesenta se alcanzaron las tasas más altas de nacimientos. En Inglaterra se alcanzó el máximo en 1947. La familia de dos hijos fue desplazada por la de tres hijos. El *baby boom* contradecía el argumento conservador de que la familia decaía al asumir el Estado la salud, la educación y la asistencia a los

ancianos. Las bodas por la Iglesia se pusieron de moda, los matrimonios aumentaron y los gobiernos elogiaban el retorno de los valores tradicionales. El Tercer Mundo también aumentó su población gracias a la bajada de tasas de mortalidad.

A comienzos de los cincuenta apareció la primera píldora anticonceptiva de uso comercial que, tomada por vía oral durante un determinado período, prevenía la ovulación. Lo afectado era el proceso generativo. En 1951, Gregory Pincus, que desde los años treinta trabajaba en la *Worcester Foundation for Experimental Biology*, descubrió que la progesterona inhibía la ovulación y empezó su investigación para fabricar hormonas sintéticas. En 1953 apareció una píldora de progesterona que, tomada por vía oral por la mujer, hacía imposible la concepción. Su efectividad fue comprobada a gran escala en Puerto Rico en 1956. En 1960 era aprobada para su venta en Estados Unidos por la *Food and Drug Administration*. Se inhibía la secreción de las hormonas que actúan sobre el ovario para provocar la liberación del óvulo. Su efecto se asemejaba a la suspensión de la ovulación próxima al embarazo, provocada por la progesterona segregada naturalmente. La píldora tenía otros efectos, como el cambio en la consistencia física de la mucosidad cervical, que normalmente facilitaba el paso del espermatozoide al óvulo, haciendo la mucosa hostil al espermatozoide. También afectaba al endometrio (revestimiento interno del útero), haciendo difícil la implantación del óvulo fecundado. La píldora podía impedir la fecundación o evitar la implantación.

Entre 1957 y 1964 la píldora fue considerada solamente como un anovulatorio, esto es, como un agente que impedía la concepción evitando la ovulación. Los casos de cirugía esterilizante ya permitidos por los teólogos sugerían la legitimidad del uso de anovulatorios con fines médicos. La intención directa era curar una enfermedad y por eso tanto la intención como el procedimiento resultaban lícitos. El uso médico podía darse en el tratamiento de la endometriosis, el flujo menstrual excesivo y la menstruación dolorosa. Estos usos fueron aprobados por los moralistas sin disputas y reconocidos por Pío XII en 1958: «Si una mujer toma esta medicina, no para prevenir la concepción, sino solamente por prescripción médica como remedio necesario a causa de una enfermedad del útero o del organismo, está provocando una esterilización indirecta, lo cual está permitido de acuerdo con el principio general de las acciones de doble efecto».

La píldora podía usarse para evitar embarazos que pudieran causar una enfermedad al corazón (peligro físico), para evitar el temor a un embarazo patológico y para regular el ciclo menstrual. Algunos pensaban que la irregularidad del ciclo, acompañada de trastornos nerviosos, podía ser considerada como patológica. En 1960 O'Callaghan utiliza, en vez del principio de doble efecto, otro diferente: el perfeccionamiento de la función de un organismo constituía un fin directo legítimo.

En 1957 la primera reacción de los teólogos ante los anovulatorios fue clasificarlos en cuanto a su uso directo para suprimir la ovulación como anticonceptivos. Connell decía que es una transgresión de la ley de Dios interferir directa y positivamente en el proceso de la generación humana. En cambio, Janssens era favorable no sólo al uso indirecto, sino también al uso directo para producir la esterilidad en el período de lactancia pues,

durante este período, la ovulación quedaba inhibida por naturaleza. La naturaleza espaciaba los nacimientos al menos en intervalos de ocho meses. «Si el mecanismo natural estaba en falta» podía usarse el ritmo para espaciar los nacimientos.

Pío XII, en 1958, rechaza el principio moral de que es legítimo corregir los defectos de la naturaleza: «Correcto en sí mismo, pero equivocadamente interpretado, pues es todavía necesario considerar por qué medios es corregido un defecto natural y tener cuidado de no violar en ningún aspecto otros principios morales». A pesar de ello, varios autores seguían invocando el principio. O'Callaghan defendía la práctica en el caso de que la madre estuviera amamantando al hijo. La madre que usaba anovulatorios estaba ayudando más que impidiendo a la naturaleza.

Pío XII en 1959 confirmó el rechazo de la *Casti connubii* a la anticoncepción artificial: «Este precepto es tan válido hoy como lo fue ayer; y será el mismo mañana y siempre, porque no es un precepto de la ley humana, sino de la ley natural y divina».



No se condenaba sólo el impedimento del coito (*coitus interruptus*, condón), sino los medios tales como la ducha y otros esfuerzos poscoitales para obstruir o expeler el espermatozoide. Pío XII creía que los anovulatorios constituían una interferencia condenada «en el desarrollo de las consecuencias naturales» del coito.

En 1963 John Rock, médico católico de Boston, que había sido el primero en probar la píldora en mujeres en Boston, en el libro *El tiempo ha llegado*, defendía que el uso de los anovulatorios era equivalente a una píldora que estableciera un período seguro y tenía las mismas implicaciones morales. No se mutilaba ningún órgano. No se dañaba ningún proceso natural. Señalaba una analogía: la ovulación era inhibida naturalmente por las secreciones de progesterona durante el embarazo y así la naturaleza prevenía un

nuevo embarazo. ¿Por qué no podía el hombre realizar una inhibición similar cuando el nuevo embarazo hacía peligrar la educación de la prole ya existente? Se trataba simplemente de sustituir el control racional por el funcionamiento automático de las hormonas. La madre era capaz de lograr un fin apropiado por medios análogos a los de la naturaleza. Su tesis fue rechazada por varios teólogos y obispos americanos, pues había allí una interferencia directa del proceso generativo.

La mayoría de los médicos se sintieron aliviados con la píldora, un producto que simplemente tenían que recetar. Ya no tenían que «usar» cremas grasientas o dispositivos de goma blanda. La mayoría de las mujeres, a pesar de los efectos secundarios, estaban encantadas, pues no se necesitaban preparaciones o mezclas poco románticas, ni la intervención de los médicos. Muchos varones estaban satisfechos de verse relevados de una vez para siempre de toda responsabilidad en el control de la natalidad. Pero pronto se descubrió que su efectividad no era tan superior a los métodos barrera metódicamente empleados, pues siempre podía ser olvidada o mal empleada.

Lo cierto es que en los años cincuenta y sesenta se produjo un cambio de un modelo de grandes familias y personas que no se casaban ni se reproducían a otro modelo en la que casi todos se casaban y tenían una familia pequeña. El control de natalidad no socavaba la maternidad, sino se había convertido en su sostén esencial. Permitía tener los hijos más seguidos y no pasar la mayor parte de la vida criando hijos. Con una mayor esperanza de vida, esto suponía que la mujer podía casarse y también tener una carrera, trabajar y tener hijos. En Inglaterra, sólo el 10% de las madres trabajaban en 1900, mientras que en 1976 eran el 50%. La mayor esperanza de vida hizo que se pudiera ver nacer a todos los nietos. Las generaciones no se sucedían, sino que se superponían. La producción masiva de ropa y comida barata aligeró los quehaceres domésticos y muchas mujeres podían incorporarse al trabajo. Estas mujeres querían controlar su fertilidad y no querían depender de nuevo del *coitus interruptus* o tener embarazos no deseados.

En los Países Bajos había ciertas dudas. El 10 de agosto de 1963, siete obispos holandeses, actuando como jerarquía nacional, declararon que las nuevas perspectivas actuales «proporcionan nuevos criterios de regulación de la fertilidad humana y colocan a la Iglesia frente a cuestiones sobre las que, en vista de los nuevos y variados problemas, no puede tener inmediatamente todas las soluciones. Ante los nuevos métodos químicos y orales ahora tan difundidos para prevenir la concepción, como ante los medios mecánicos conocidos desde tiempo atrás, la ética católica discute la cuestión de si, en situaciones especiales, el uso de tales métodos pudiera ser aprobado».

En una atmósfera de libre discusión, el uso directo de anovulatorios para regular nacimientos pasó a ser defendido por varios teólogos por diferentes razones (conflicto de valores, por el bien del prójimo, etc). Los teólogos rechazaban la anticoncepción con fines hedonísticos y la intervención arbitraria. Ninguno defendía la interferencia del acto sexual en sí mismo. La píldora se convirtió así en centro y símbolo para modificar la posición católica del control de natalidad. En abril de 1964, un artículo de Thomas D. Roberts, ex arzobispo de Bombay, cuestionaba la racionalidad de la posición católica sobre anticoncepción. El 23 de junio de 1964, en mitad del concilio Vaticano II, Pablo

VI anunciaba que la Iglesia estaba estudiando el problema.

Concluimos aquí este capítulo dedicado a la historia. Los desarrollos seculares de estos últimos cuarenta años se introducirán en el Capítulo II, pues la mayoría de ellos están vinculados a los diversos anticonceptivos descubiertos y los nuevos diseños y dosis de muchos anteriores. Por otro lado, las reflexiones de la moral católica seguirán en el Capítulo III. Para un juicio moral actual, creemos que hay que tener en cuenta primero los desarrollos que en la anticoncepción se han dado en estos cuarenta años. Ni la píldora, ni el DIU, ni los preservativos son iguales hoy que en la década de los sesenta. Prosigamos entonces nuestra historia con nuestro presente y pasado más cercano describiendo los anticonceptivos más relevantes.

Capítulo 2

Los anticonceptivos en la actualidad

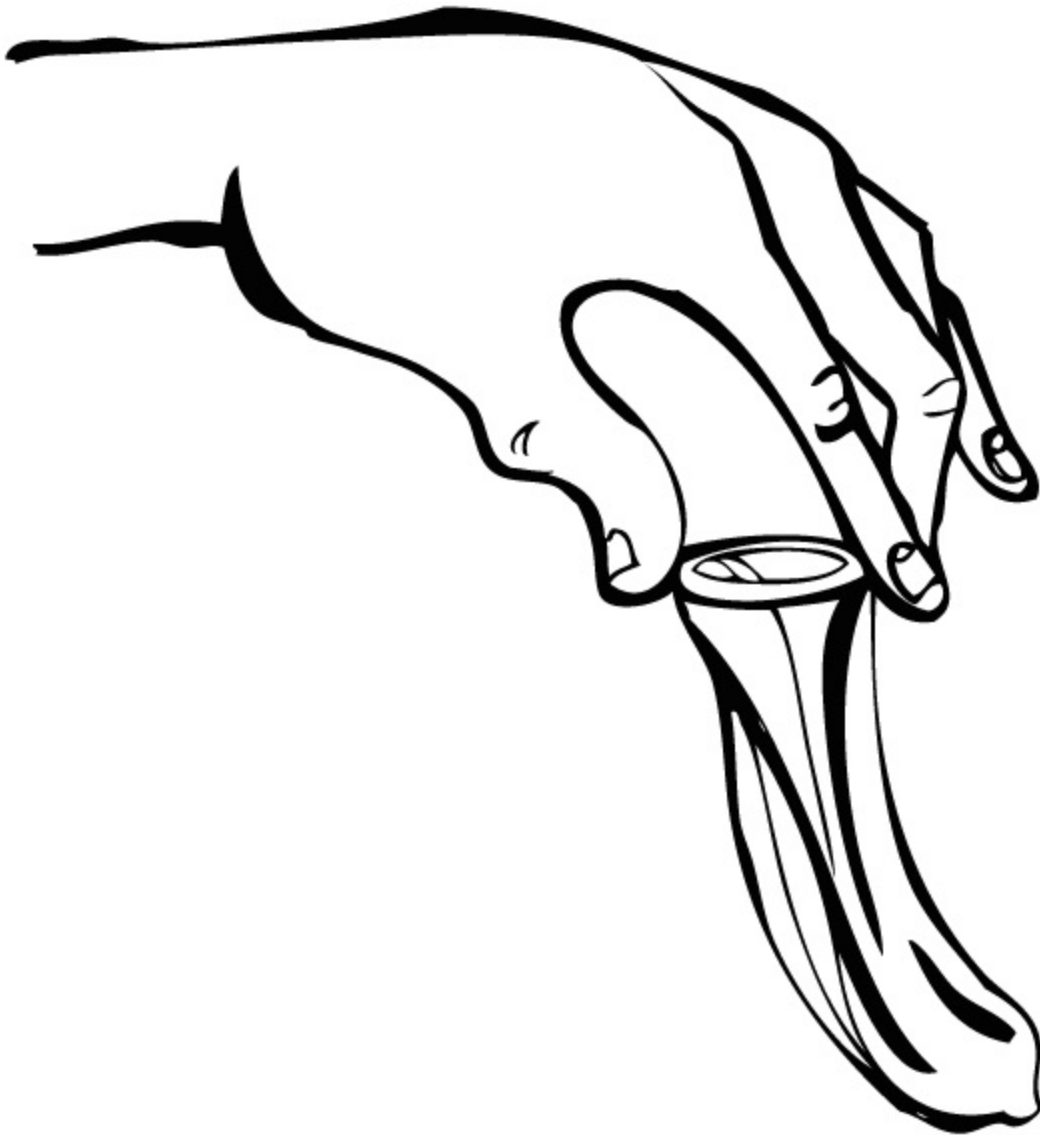
Dividiremos la descripción de los anticonceptivos actuales en cinco tipos. Los tres primeros son estricta y solamente anticonceptivos. Son los métodos barrera, naturales y quirúrgicos. Los DIU pueden ser también antianidatorios. La anticoncepción hormonal podemos dividirla en continua y de emergencia. La anticoncepción hormonal continua es anticonceptiva en sentido estricto, pues estos anticonceptivos son anovulatorios, es decir, debido a ellos no hay ovulación, y por tanto no hay fecundación. No así en la anticoncepción hormonal de emergencia, que puede ser anticonceptiva (anovulatorio) o antianidatoria dependiendo de la dosis, del momento de la ovulación y del ciclo de la mujer. La RU-486 es un método diferente, pues es una píldora abortiva. Éticamente no puede ser lo mismo, pues está en juego el valor dado al embrión preimplantatorio.

1. Anticoncepción de barrera

Son anticonceptivos mecánicos que pretenden bloquear el acceso de espermatozoides al canal cervical. Muchos añaden los espermicidas, que aunque no impiden el contacto de espermatozoides con el cérvix uterino, impiden que fecunden el óvulo. Por eso, los podemos considerar sistemas de barrera «químicos».

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y especialmente el VIH han vuelto a ponerlos de actualidad como método único, para una gran mayoría, de prevención de enfermedades de contagio sexual, o como sistema complementario de otros considerados más eficaces. Hoy hay un deseo de extenderlos a sectores de especial riesgo, como adolescentes o grupos o naciones donde hay altas incidencias de ETS. A pesar de ello, se observa cierta resistencia de grupos de riesgo, como adolescentes o colectivos de prostitutas o drogadictos, debido a que su uso casi siempre implica que al menos uno de los miembros de la pareja haga algo antes del coito (colocar preservativo, diafragma o espermicida). Hay un requerimiento de preparación que interfiere la fase de excitación y que constituye un obstáculo cierto. También las molestias de la presencia del espermicida o la pérdida de sensibilidad atribuida al preservativo contribuyen a su rechazo. Por otro lado, las malas condiciones de almacenamiento pueden afectar también a la elasticidad y a la resistencia del látex, provocando así un aumento del riesgo de rotura. Asimismo la mala técnica de colocación puede provocar desajustes (diafragmas, preservativos, capuchones). Incluso puede influir el reparo a la hora de la adquisición (sobre todo en adolescentes) o el precio. Finalmente, ciertos factores socioculturales, como la consideración de la mujer como un ser inferior, eliminan la posibilidad de resistencia de esta si el varón rechaza el método anticonceptivo.

1.1. Preservativo masculino



El nombre de «condón» procede supuestamente del coronel inglés del siglo XVIII Condom, quien en sus campañas de higiene contra las enfermedades de transmisión sexual hizo repartir preservativos entre los soldados. Otros dicen que proviene del doctor Condom, quien creó el dispositivo por indicación de Carlos II, quien se quejaba de tener demasiados hijos ilegítimos. Lo que sí es cierto es que su difusión se debe a la protección que brindó contra las enfermedades venéreas y no tanto a su función anticonceptiva.

La palabra parece provenir del latín, *condus*, «receptáculo». Durante siglos, los preservativos se hacían con intestinos de oveja, hojas de árbol y otros materiales como el lino y la seda. En 1844 Hancock y Goodyear descubrieron el caucho vulcanizado, lo que dio lugar a la creación de condones de caucho. Desde 1870 estuvieron disponibles en el mercado. En el siglo XX aparece la goma fina derivada del caucho, el látex, que es semejante a la textura de la piel del pene en estado de erección. Su uso ha ido

incrementándose desde 1980 por el temor al sida. En torno a un 25% de varones lo usan en sus relaciones sexuales. En los últimos años ha sido casi exclusivamente el método utilizado contra la infección del VIH.

El preservativo es una funda de goma que, colocada sobre el pene en erección antes de la penetración, retiene el semen, evitando que alcance el moco cervical. Estas fundas de goma fina, técnicamente impermeables, se encuentran enrolladas y envasadas al vacío en plásticos protectores. Hoy tenemos una gran variedad según diferentes colores, lubricación o presencia o no de un pequeño receptáculo para el semen.

Hay que reconocer que es una de las pocas opciones eficaces en el campo de anticoncepción masculina. Su uso en Estados Unidos como método acompañante es muy alto (52% de usuarias de esponja, 42% de las de diafragma, 21% toman anticonceptivos orales). Sin embargo, sólo el 18% confirmaron que su uso se debía a prevención frente a ETS.

Tipos de preservativo masculino

Una variante es la presencia a veces del reservorio en forma de extremo ciego para recoger el semen eyaculado y así evitar o dificultar que se extienda hacia la base. La finalidad de este reservorio es disminuir las filtraciones fuera del área cubierta por el preservativo. Pero esa ventaja conlleva un mayor riesgo de rotura al perder la uniformidad en la adaptación sobre el glande. Otra variante importante es si lleva o no material lubricante. Los que llevan el lubricante son para aumentar la eficacia si hay filtraciones en el eyaculado por rotura o desplazamiento.

Hay que señalar las pocas garantías que los condones de látex disponibles ofrecen actualmente frente a la filtración del VIH. Esto es motivo de preocupación. Un famoso estudio sostiene que 29 de las 89 marcas estudiadas presentan filtraciones para el VIH. La *Food and Drug Administration* (FDA) afirma que el 0,3% de los condones presentan filtración al agua. Por este motivo se están buscando variantes al látex con la finalidad de aumentar la resistencia, la sensibilidad y la comodidad. También se buscan alternativas para evitar reacciones alérgicas al látex (que están aumentando: 6-7%) y para evitar roturas o deterioros derivados de las malas condiciones de almacenamiento (luz, calor, humedad).

En la actualidad se fabrican condones de poliuretano (polímero sintético para fabricación de guantes quirúrgicos hipoalergénicos). No sólo es una solución para personas sensibles al látex, sino que es más delgado (y por ello proporciona más sensibilidad), más resistente a la luz y al calor y más fácilmente utilizable con cualquier tipo de lubricante. El problema son las mayores tasas de rotura y deslizamiento. Por ello se está trabajando en nuevos modelos.

Otros modelos (*Tactylon*) tienen también una resistencia al calor y duración mayores (inconveniente del látex en países cálidos). Esta mejor transmisión del calor parece que contribuye a crear sensaciones comparables al coito sin preservativo. Pero parece que no es un buen filtro para diferentes tipos virales.

Por otro lado, se están diseñando preservativos, también de látex, que aumentan la

sensibilidad. Un ejemplo es el *Pleasure Plus*, que aporta una bolsa bulbosa final a la altura del extremo ciego, lubricada con silicona.

Normas básicas para un uso correcto

1. Usar un condón nuevo en cada coito de un tamaño adecuado al pene.
2. Usarlo evitando dañarlo con uñas, dientes, objetos cortantes, etc.
3. Colocarlo cuando el pene está erecto antes de cualquier contacto genital con la pareja.
4. Asegurarse de que no queda aire atrapado en la punta.
5. Asegurar una adecuada lubricación durante el coito (recurrir a lubricantes exógenos).
6. Usar sólo lubricantes como la glicerina y no derivados oleosos (vaselina) que afectan la integridad del látex, lo que puede aumentar la tasa de roturas. Los lubricantes hidrosolubles favorecen el desplazamiento, pero se compensa con una ligera protección frente a la rotura.
7. Mantener firmemente el condón contra la base del pene (para evitar que el semen se derrame) durante la retirada mientras el pene está aún erecto.
8. Evitar que el preservativo al ser retirado toque la vulva.
9. Lavarse el pene y las manos antes de tener una nueva aproximación o juego amoroso.
10. No guardar el preservativo en la guantera del coche, pues la goma se puede picar con el calor.
11. Respetar las fechas de caducidad.
12. Si se adquieren en otro lugar diferente a las farmacias, donde sólo se distribuyen los autorizados por el Ministerio de Sanidad, es importante comprobar la homologación.

Eficacia, aceptabilidad y continuidad

El preservativo es efectivo frente a la gonorrea, pero no frente al virus del papiloma humano o del herpes. Con respecto al VIH, un estudio realizado sobre prostitutas y homosexuales concluyó que un uso continuado del condón puede reducir el riesgo de transmisión en el 69%.

La eficacia es medida por el *Índice de Pearl* (IP), que señala el número de embarazos que presentarían teóricamente 100 mujeres que usaran este método durante un año. La eficacia anticonceptiva depende de la corrección del uso y la continuidad. El porcentaje con el preservativo es del 2-3% para el usuario perfecto y 12-14% para el típico. Con la continuidad, baja la eficacia por el uso incorrecto o rotura, el deslizamiento o la filtración durante el coito. Por eso es fundamental el uso correcto. Esto se hace evidente al comparar la tasa de rotura entre los usuarios habituales y experimentados (prostitutas en un estudio holandés: 0,8%) o esporádicos (13,7% de hombres heterosexuales en Ghana). Entre estos extremos se encuentra la tasa media de rotura, que es del 3-6%. Lo mismo podemos decir en los deslizamientos, donde hay diferencias entre prostitutas

holandesas (0,3%) y usuarios de planificación familiar (6,5%). Las cifras medias en Occidente son del 3-4%.

Otras dificultades, como pone de manifiesto un estudio canadiense, son la vergüenza (26%), el rechazo a ser visto (21%), la falta de dinero (16%) y los problemas de elección entre la oferta disponible (11%). Otros estudios afirman que en las actitudes hacia el condón influyen además el placer sexual asociado a su uso, el estigma asociado con las personas que lo usan, el reparo en el momento de proponerlo a la pareja antes del coito (asociado a que la pareja piense que es portador del sida uno de los dos), la pérdida de sensibilidad, el cuidado frente a la rotura y la rapidez de la retirada tras la eyaculación.

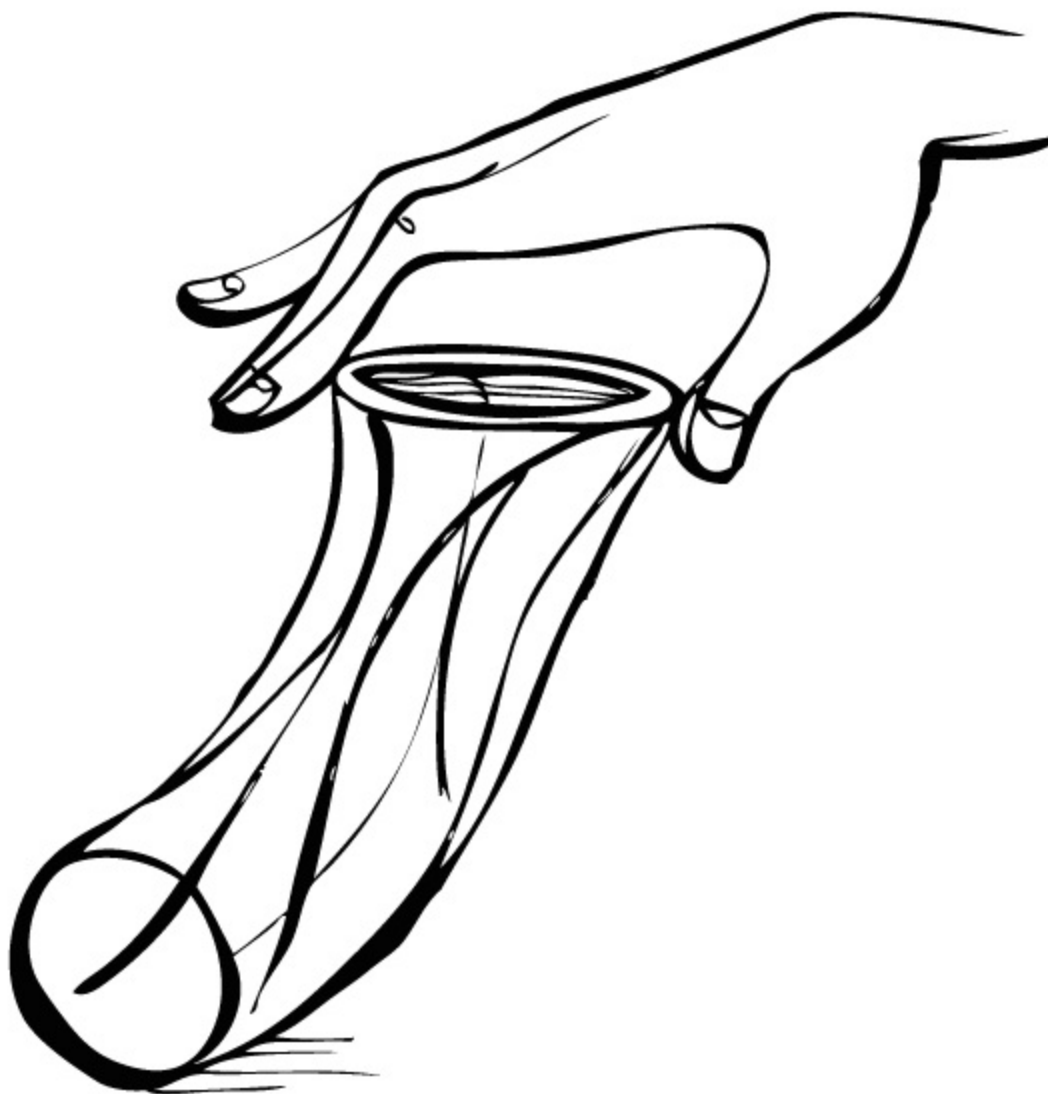
Ventajas

- No intervención de personal médico.
- Barato.
- Conocido por las campañas de prevención de las ETS.
- Con espermicida disminuye la cantidad de espermatozoides viables.
- No efectos secundarios colaterales.
- Facilita la participación de la pareja en la decisión.

Desventajas

- Utilización errónea en las primeras ocasiones o por desinformación (ponerlo después de la penetración, retirarlo con el pene flácido, desgarros).
- Puede producir irritación vaginal cuando el preservativo se utiliza muy frecuentemente (el exceso de lubricación puede producir irritación) o en mujeres con problemas de sequedad vaginal (que no segregan el flujo necesario para mantener la vagina húmeda).
- Algunos hombres se quejan de una menor sensibilidad con el condón.
- Algunos no los usan por vergüenza.

1.2. Preservativo femenino



Las mujeres tienen mucho más riesgo de adquirir una ETS o VIH de un hombre infectado que a la inversa. De ahí la importancia no sólo anticonceptiva sino anti-ETS del preservativo femenino.

En 1993 se aprobó para el mercado en Estados Unidos. El preservativo femenino consta de una vaina de poliuretano, con dos anillos flexibles del mismo material. Un anillo se encuentra dentro del extremo cerrado de la bolsa, lo que permite que el condón sea insertado y conservado en su lugar. La funda de poliuretano, de forma alargada y cilíndrica, es de unos 170 mm de largo y 80 mm de diámetro. Se suele vender con lubricante adicional, que se puede aplicar para ayudar en la inserción. Tiene las mismas garantías de protección que el masculino y se puede colocar hasta ocho horas antes de la

relación sexual. No puede utilizarse con el condón masculino y suele tener una caducidad de hasta cinco años (más que el látex).

Algunos modelos nuevos como el *Women's Choice* son de látex y presentan un parche más consistente de látex en el extremo ciego, lo que permite una mejor adhesión al fondo vaginal. Las caras externa e interna poseen silicona para lubricar. La inserción se realiza con un aplicador, similar al de los tampones.

Sus ventajas más importantes son que desplaza hacia la mujer el control sobre el uso del condón, que disminuye el embarazo ligado a su colocación en plena fase de excitación precoital y que protege los genitales externos, pues su cobertura se extiende a esa zona. Estas ventajas son muy importantes en culturas donde la mujer no es suficientemente libre como para inducir al varón a que se coloque el condón.

Modo de uso

1. Ponerse en posición correcta: si se coloca estando de pie hay que levantar una pierna apoyándola en lugar seguro (taza del inodoro, silla) y si se hace tumbada hay que estar boca arriba con las piernas levantadas.
2. Apretar la mitad inferior del anillo interior, entre el pulgar y los dedos índice y corazón para asegurar un agarre firme.
3. Introducir el anillo dentro de la vagina empujando hacia arriba hasta el fondo.
4. Dejar fuera de la vagina el anillo externo y una parte del preservativo para facilitar la introducción del pene y la posterior retirada del preservativo.
5. El pene debe introducirse dentro del preservativo de modo que el anillo externo quede aplanado sobre la vulva durante la penetración. Tras la eyaculación no es necesario retirar el pene inmediatamente.
6. Sujetar el anillo externo para retener la eyaculación y extraerlo suavemente.

Eficacia y cumplimiento

Parece tener una eficacia y una protección ante la infección comparable al masculino. Hay que distinguir entre un uso perfecto (89-95%) y un uso típico (74-88%). La tasa de gestación tras seis meses de uso fue del 12,4% en Estados Unidos y del 22,2% en América Latina. Algunos datos indican que el abandono llega al 50% por distintos motivos: desplazamiento completo del sistema dentro o fuera de la vagina, ruidos molestos durante el coito, dificultades de inserción, alto precio o el hecho de considerar inaceptable la gran visibilidad de la parte externa. El deslizamiento parece ser un problema específico.

Ventajas

- Sencillez de uso y seguridad. La mujer no depende de la colaboración del varón.
- No requiere prescripción médica ni especial ayuda.
- Compatible con la utilización de lubricantes o tratamientos intravaginales.
- No es necesario extraerlo inmediatamente después de la eyaculación.
- No interrumpe el juego erótico (se coloca antes del coito).
- Tasa de ruptura normal: 0,1-3% del total de preservativos usados.
- Previene embarazo y ETS (mejor que preservativo masculino, más resistente).

Desventajas

- Produce cierta extrañeza: quizá por tamaño, estética, o por menor aceptación social.
- El costo es importante. Al ser de un solo uso resulta prohibitivo para mujeres pobres.
- En países en desarrollo no es usado por la mujer, pues es desaprobado por el varón.
- En algunos casos puede introducirse el anillo exterior dentro de la vagina colocándolo incorrectamente o introducirse el pene fuera del anillo si este estuviera mal colocado.

1.3. Espermicidas

Aunque hay referencias en papiros egipcios, en Aristóteles, en Sorano y en el *Talmud*, no será hasta la década de 1930 cuando las compañías farmacéuticas comienzan a sacar al mercado los espermicidas. Al principio fueron populares por no requerir receta y ser fáciles de usar. Luego cayeron casi en desuso, excepto para su utilización con el diafragma.

Son sustancias químicas que, colocadas en la vagina antes del coito, son directamente lesivas sobre los espermatozoides. Tienen diversas formas: cremas, gelatinas, tabletas gelatinosas, supositorios, jaleas, aerosoles, etc. Las cremas y las gelatinas se utilizan con un aplicador. A diferencia de la espuma, las gelatinas y las cremas se reparten uniformemente y ofrecen seguridad de bloqueo. Se recomiendan como complemento del diafragma o del capuchón cervical, que debe ser impregnado por las dos caras con una crema o gel espermicida.

Tipos

Los más usados entre los distintos tipos de espermicidas (desinfectantes derivados del benzalconio, los mercuriales orgánicos, etc.) son los surfactantes, que actúan sobre la membrana del espermatozoide. El más conocido es el «nonoxinol-9», que protege frente al gonococo, la clamidia, el herpes y el VIH. El único inconveniente es que su acción no respeta la membrana de las células epiteliales. Por eso, su uso frecuente produce irritación o ulceración, lo cual es un inconveniente para las prostitutas, que lo tienen que usar varias veces al día. Esta alteración epitelial con rotura, ulceración e inflamación puede ser una puerta de entrada para el VIH. Por eso la mayoría de estudios dicen que su uso exclusivo no es efectivo para prevenir el sida.

Modo de uso

Antes del coito se coloca en el fondo de la vagina. El tiempo varía con cada producto (mirar instrucciones del producto). En general no suelen requerirse más de 8-10 min. Una vez aplicado, su actividad es limitada a unas cuantas horas. Una aplicación sirve para un solo coito. Normalmente no hay que colocarlo más de una hora antes del coito. Por eso las prostitutas deben recurrir a una reposición repetida.

La espuma es más eficaz que el resto de los espermicidas. Se presenta en botes a presión y se introduce con un aplicador. Su modo de uso implica los siguientes pasos: 1. Agitar antes de usar. 2. Introducir la jeringa en el envase haciendo presión con el émbolo para llenar el aplicador. 3. Tumbarse de espaldas con las piernas levantadas. 4. Introducir el aplicador hasta tocar el cuello del útero para cerciorarse de estar en el lugar adecuado. 5. Retirar el aplicador unos 2 cm para facilitar la salida de la espuma. 6. Apretar el émbolo hasta su vaciamiento para que la espuma se distribuya a lo largo de toda la vagina.

La espuma no debe lavarse hasta 6 horas después de la última relación. Si se realiza más de un coito, hay que insertar más espuma antes de cada coito. No es aconsejable que

la mujer se haga continuos lavados intravaginales, pues pueden destruir la flora bacteriana natural de la vagina, que sirve como protección frente a las infecciones.

Eficacia

Las tasas de fallo para el primer año son del 3% para una usuaria perfecta y del 21% para la usuaria típica. La corrección y la continuidad determinan esta enorme diferencia. Algunos afirman que las tasas de gestación promedio son de 5% a 50% en el primer año de su utilización. A pesar de estas tasas de eficacia y de gestación, su aceptabilidad es considerable en poblaciones de riesgo.

Se recomienda asociar el espermicida con el condón. El uso perfecto de ambos lleva la tasa de fallo anual al 0,05%. Algunos mantienen que la protección global de esta asociación frente a ETS llega al 99,9%. Otros afirman que no aumenta con respecto al preservativo.

Ventajas

- Se obtienen sin receta. Fácil disponibilidad.
- Pueden disminuir las tasas de infección bacteriana en un 25%.

Desventajas

- Alto índice de gestaciones para las mujeres que los usan solos.
- Reacciones alérgicas o sensibilidad al espermicida, irritación de la piel.
- Puede originar infección de vías urinarias.
- No muy adecuado para mujeres con anatomía vaginal anormal (colocación especial).

1.4. Diafragma



Ya en la Antigüedad se introducían en la vagina objetos (media cáscara de limón vaciada, casquetes hechos de metales preciosos como el oro o la plata) para impedir la entrada del semen, con lo que muchas veces se producían infecciones. El diafragma como tal fue descrito por primera vez por Mensinga en 1880. Desde los años sesenta es muy usado.

El diafragma es un casquete hemisférico de caucho cuyo borde es circular. Permanece rígido por un aro metálico flexible revestido de goma, que le permite alargarse y amoldarse enseguida en su tránsito por la cavidad vaginal. La barrera se establece en el cérvix, por lo que en principio sólo este queda protegido. Se impide que los espermatozoides tomen contacto con el moco cervical (flujo).

Existen varias modalidades: 1) El borde con resorte plano tiene un reborde delgado y fácilmente flexible que está diseñado para ajustar cómodamente. 2) El borde con resorte en espiral aumenta su potencia. 3) El borde con resorte en forma de arco es de inserción más sencilla cuando los dos lados del diafragma se juntan, pero el mecanismo de resorte es más rígido (adecuado para una paciente con tono vaginal laxo).

Tiene la ventaja de permitir su inserción hasta 2 ó 3 horas antes de la relación sexual. No es preciso interrumpir la fase de excitación para colocarlo.

Consulta médica y modo de uso

Son necesarias dos consultas médicas. En la primera se trata de observar las posibilidades anatómicas para la utilización del diafragma: estado de salud de las zonas genitales, características de la vagina y del cuello del útero. Es necesaria la colaboración del personal sanitario para ajustarse a las medidas de la paciente. El diámetro exterior varía de 50 a 105 mm. Existen 18 tallas diferentes cada 5 mm (entre 80-105) y 2,5 mm (entre 50-75 mm). Hay que confirmar en una segunda consulta que la inserción es correcta y el tamaño y el lugar es el adecuado. La mujer no debe sentir el aparato colocado. La usuaria debe ser instruida sobre unas normas de uso:

1. Untar el diafragma con crema espermicida por dentro y por fuera.
2. Colocarlo al menos 20 minutos antes de una relación sexual.
3. Sujetar el diafragma con los dedos pulgar y medio haciendo presión sobre el aro para facilitar su inserción.
4. Introducirlo en el interior de la vagina. Asegurarse de que la parte interna está bien

- cubierta y la entrada del útero protegida.
5. Retirarlo 8 ó 10 horas después de la relación sexual y no retenerlo más de 24 horas.
 6. Extracción utilizando los dedos índice y medio, cogiendo uno de los bordes del diafragma y tirando hacia abajo.
 7. Lavarlo después de su utilización con agua templada (no utilizar productos de base oleaginosa, como el jabón común). Comprobar su integridad mirándolo al trasluz.
 8. Guardar en un lugar fresco y limpio (en su estuche). No utilizar polvos de talco, pues resecan el caucho y este puede romperse. Bien conservado puede durar un año.
 9. Verificar anualmente que la talla del aparato es la correcta. Hay que tener en cuenta que el útero puede sufrir variaciones, sobre todo después de cambios significativos de peso o después de un parto.

Diafragma y espermicidas

Se aconseja a las usuarias la aplicación de un espermicida para mayor protección. Aplicar espermicida por ambas caras y por el borde del diafragma antes de la inserción. Muchas mujeres se quejan de esta asociación diafragma-espermicidas (resultan poco limpios y grasientos).

Eficacia

En la usuaria perfecta encontramos un 4-6% de fracasos en el primer año de uso, mientras que en la usuaria típica se eleva al 13-18% (diafragma y espermicida). Los factores psíquicos y culturales influyen, pues se requiere un cierto entrenamiento.

Ventajas

- Adecuado para relaciones coitales espaciadas u ocasionales.
- Previene (parcialmente) contra las ETS.
- Procedimiento químico y mecánico exclusivamente local.
- Algunos estudios demuestran una disminución del riesgo de gonorrea y de infecciones por tricomonas con su uso.

Desventajas

- Algunos estudios lo asocian a infecciones del tracto urinario. No es clara la relación.
- La utilización continuada de cremas y espermicidas puede ocasionar irritación.
- Presión del anillo, que suele corregirse al cambiar a un tamaño más pequeño.
- Por alergia al látex.
- Contraindicado para mujeres con anomalías morfológicas que impiden una correcta colocación (infecciones vaginales, quistes, tumores, cuello del útero desviado, etc.), en un posparto inmediato (deben dejarse pasar de tres a cinco meses), en la mujer que ya de entrada cree que lo colocará mal (suele ser signo de rechazo psicológico al método), en parejas con problemas en la sexualidad en las que el uso del diafragma sería una dificultad añadida (en algunas el rechazo se debe a la necesidad de prever su colocación con antelación a la relación sexual) y cuando la mujer pasa por cambios o alteraciones frecuentes de peso y talla en su cuerpo (en adolescencia o durante los tratamientos con corticoides y hormonales que provocan cambios físicos constantes).

1.5. Capuchón cervical

Cervical Cap



Se acopla directamente en el cuello uterino, al que queda adherido por un efecto ventosa. Se puede dejar colocado hasta 48 horas. Se recomienda añadir espermicida en cada cara para aumentar su eficacia y disminuir la secreción maloliente por uso prolongado del capuchón. El tamaño del borde varía entre 22-32 mm, con tamaños intermedios que aumentan cada 3-4 mm. Es en el fondo una simplificación del diafragma. Está diseñado para cubrir estrictamente el cérvix. Consta de una cúpula, un borde que debe ajustarse a los fondos de saco vaginales y una aleta circundante que se adhiere firmemente a la pared vaginal. Es algo así como una gorra de marinero con borde ensanchado que cubre el cuello uterino. Puede, por ello, no ser adecuado en pacientes con cuello uterino muy largo o corto. Requiere en todo caso el asesoramiento de personal especializado.

Se coloca sosteniendo la boca del capuchón hacia arriba, sujetándole entre el dedo pulgar y el índice. Se desliza por la pared posterior de la vagina hasta que el borde posterior de su boca queda justo detrás del cérvix. Entonces se abre el pulgar para que el borde se abra y se empuja el capuchón hacia arriba. La retirada puede hacerse en cualquier momento después de transcurridas 6 horas desde el último contacto sexual. Se realiza insertando la punta de un dedo entre el borde y el cérvix y, así, se afloja y se quita con el índice y el dedo medio.

Su eficacia está entre el 6-13% en la usuaria perfecta y entre el 18-20% para la usuaria típica durante un año de uso.

Desventajas

- Puede desajustarse del cérvix durante el coito.
- Puede adquirir mal olor por el uso prolongado.
- Más episodios de vaginosis bacteriana y de candidiasis en las usuarias.
- Suelen darse las mismas infecciones de las vías urinarias que con el diafragma.

1.6. Esponja vaginal

La esponja vaginal, que apareció en 1983, es un círculo de poliuretano, cuyas medidas son de 7 cm de diámetro y 2,5 cm de grosor. Presenta una pequeña cinta que permite su extracción con facilidad. Contiene además nonoxinol-9 (espermicida), por lo que su poder anticonceptivo es doble: bloquea el semen y lo mantiene inmerso en el espermicida distribuido regularmente en su interior.

Modo de uso

No debe colocarse durante la menstruación. Se suele poder usar con el baño. Previamente a su uso hay que humedecerla con agua para activar el espermicida y colocarla en el fondo de la vagina hasta que quede en contacto con el cuello del útero (como en el diafragma). La inserción requiere doblarla previamente entre los dedos, con la precaución de dejar hacia el exterior la cinta para extraerla. Después de su inserción, hay que confirmar su posición comprobando que el cuello se encuentra bien cubierto.

Es aconsejable no retirar la esponja antes de unas seis horas tras el coito para garantizar una actuación completa del espermicida. También se aconseja no lavarse los genitales mientras se tenga puesta la esponja.

Eficacia

La tasa de fracaso en un año para la usuaria perfecta es del 19-21% para la multípara y del 9-10% para la primípara. Depende de las características de la usuaria y de su fecundidad, de la frecuencia del coito y de la capacidad de usar el método.

Ventajas

- Mayor plazo de inserción antes del coito (24 horas de protección, máximo 30 horas).
- Posibilidad de varios coitos.
- Menos grasiento y sucio que el uso directo de espermicidas.
- No se percibe su presencia.
- Sencillo de utilizar.

Desventajas

- Riesgo de *shock* tóxico como complicación más grave (por riesgo de proliferación del estafilococo) si no se cuida bien, aunque riesgo muy bajo.
- Más frecuente es la aparición de reacciones ligadas a la permanencia del nonoxinol-9. La erosión del epitelio cervicovaginal podría dar lugar a un incremento

en la transmisión del VIH. Pero el riesgo es más bajo que el uso directo del espermicida, pues al estar distribuido este a lo largo de la textura de la esponja, la concentración es más baja. La esponja Protectaid, sin embargo, contiene tres espermicidas que ayudan a prevenir las ETS, pues la dosis de nonoxinol-9 es menor y es menos irritante para la mucosa vaginal.

Resumen sobre la anticoncepción de barrera

Ventajas

- Son de fácil adquisición.
- La mayoría no necesitan la asistencia de profesionales.
- Son de fácil aplicación.
- No tienen los efectos negativos de las píldoras o el DIU.
- Se toleran bien, excepto algunos fenómenos alérgicos.
- Ningún riesgo de malformaciones fetales en caso de que falle el método.
- El principio activo de muchos espermicidas (nonoxynol-9) destruye el virus del sida.
- Adecuados cuando las píldoras y los DIU están contraindicados.

Desventajas

- Menor eficacia que la píldora o el DIU.
- No usar si aparecen en la vagina picores, escozores o cualquier otra reacción anómala.
- En caso de alergia o rechazo, hay que sustituirlos por otro método.

2. Métodos quirúrgicos

La esterilización consiste en asegurar la imposibilidad absoluta de reproducción mediante procedimientos de cirugía. Son procedimientos que implican la irreversibilidad de la acción anticonceptiva o que al menos no garantizan que sea posible recuperar la capacidad fecundadora previa a la intervención. Algunos tienen posibilidades de reconstrucción. Son, en el varón, la vasectomía y, en el caso de la mujer, la ligadura de trompas. Pueden darse esterilizaciones forzosas por decisiones legales (controversia sobre esterilización obligatoria en deficientes mentales) o por decisiones médicas asociadas a procesos patológicos (por ejemplo, en tumores).

2.1. Esterilización femenina

La ligadura de trompas de Falopio consiste en seccionar las trompas que unen el útero con cada uno de los ovarios, impidiendo que los óvulos expulsados por los ovarios puedan llegar a la cavidad uterina.

La esterilización voluntaria es en la actualidad el método anticonceptivo más usado en el mundo. Ha experimentado un crecimiento abrumador. En los ochenta muchas mujeres que tenían relaciones sexuales por obligación y con temor de un posible embarazo optaron por esta alternativa. En los noventa suponía el 40% de todos los procedimientos anticonceptivos en uso en todo el mundo. La esterilización femenina y el DIU son los más usados en países en vías de desarrollo donde se establecen políticas de contención demográfica (mientras que los anticonceptivos orales y el preservativo son los más usados en países desarrollados). Más del 10% de las mujeres fértiles de todo el mundo han sido actualmente esterilizadas por estos métodos. En España, en 1995 se había aplicado a un 8,6% de las mujeres de 18 a 49 años.

Métodos

Hoy se ha reemplazado la ligadura tubárica por otras vías de acceso:

1. Minilaparotomía: incisión en el abdomen de 2-5 cm obturando las trompas que unen los ovarios y el útero. Requiere anestesia local y sedación y no necesita hospitalización si no hay complicaciones. No se puede realizar después de un parto o un aborto (esperar normalización). Hay dificultades en casos de obesidad e infección de trompas.
2. Laparotomía: aconsejable en casos de obesidad, infección o cirugía pelviana previa. Requiere una mayor incisión (5 cm), anestesia general, mayor tiempo de recuperación y mayor riesgo de complicaciones.
3. Laparoscopia: se practican dos o tres pequeños orificios de 1 y 0,5 cm en el abdomen y se procede a la cauterización de ambas trompas. No indicada para obesas o con infecciones pélvicas previas, ni en mujeres con enfermedades cardíacas y pulmonares.

4. Laparoscopia por vía vaginal o culdoscopia: abordaje de las trompas por vía vaginal.
5. Microlaparoscopia (con instrumentos que miden 2 mm y menos).

Los métodos de obstrucción tubárica son electrotérmicos, mecánicos (clips y anillos) y de ligadura (Pomeroy y otros). Los métodos químicos (compuestos a base de fenol, quinacrina, tapones de silicona, etc.) están bajo investigación. Los más utilizados son la ligadura de Pomeroy y el anillo de Yoon.

Elección del método

Aunque la técnica ha aumentado la reversibilidad, estos procesos deben siempre ser considerados definitivos por la mujer y por su médico. Por eso debe darse al menos un mes de reflexión entre la decisión y la operación. Siempre es preferible hacerlo en período preovulatorio (para evitar esterilizaciones en mujeres ya embarazadas).

Hay que buscar el método más eficaz con menor morbilidad, menor coste económico y mayor reversibilidad. La pareja debe ser ampliamente informada de todas las alternativas, de las dificultades de una reconstrucción y de los riesgos y fracasos de las diversas técnicas. Dentro de la pareja debería existir un acuerdo total. La esterilización debería sufrirla la parte que está más motivada para hacerlo. Una mujer que llega a la mesa de operaciones coaccionada o poco convencida de la esterilización es una fuente de problemas en el futuro. La decisión ha de ser tomada por la mujer y su pareja con seriedad. Muchas lo hacen después de tener un embarazo no deseado o después de haber abortado. Por eso, puede ser una decisión tomada bajo el estrés emocional del momento y no ser una decisión madurada, informada y sopesada con tranquilidad. Hay que tener en cuenta las características psicológicas de la paciente y sopesar si va a haber una mala adaptación a la situación de esterilidad. Puede influir el sentimiento de mutilación por la pérdida de una función considerada parte de la feminidad. Los trastornos psicológicos previos que a veces llevan a una mujer a la mesa de operaciones con frecuencia hacen que se lamenten después de haberse esterilizado.

Ventajas

- Muy efectivo, permanente, simple y seguro.
- No efecto conocido a largo plazo (a corto, algunas complicaciones por cirugía).
- La producción hormonal no resulta afectada, pues la actividad ovárica queda intacta. Los óvulos son reabsorbidos.
- No afecta a la excitación sexual ni al orgasmo (salvo complicación psicológica). Algunos dicen que se tiene una mejor fase de excitación y una vida sexual más relajada.
- Seguridad anticonceptiva inmediata.
- Adecuado para mujeres cuando el embarazo se convierte en riesgo vital.

- Adecuado para mujeres mayores de cuarenta años con varios hijos y pareja estable.

Desventajas

- Complicaciones de toda intervención: infección de la herida, hematomas, infección pelviana.
- Casos en que la esterilización fracasa y se produce embarazo (0,6%).
- A veces se presentan secuelas psicológicas en la pareja: miedos, desaparición del deseo sexual, baja autoestima. Requiere asistencia psicológica.
- Hay efecto protector sobre el riesgo de embarazo pero, cuando se produce, la posibilidad de que sea ectópico es mucho mayor.
- No previene contra las ETS.
- Dificultad quirúrgica por las características de la paciente: obesidad, cicatrices y adherencias, trompas excesivamente gruesas, infecciones pelvianas, trastornos cardiovasculares y pulmonares.
- Morbilidad: entre el 1 y 6% de los casos conllevan hemorragias, enfisemas, fiebre, lesión de órganos vecinos y rehospitalización por causa derivada de esterilización.
- Trastornos menstruales tras la esterilización.

Arrepentimiento y reversión

Hay una mayor incidencia de arrepentimiento a los cinco años de la intervención que al año. Suele darse por la edad joven al realizarse, por querer tener un nuevo hijo, por divorcio, por tener una nueva relación o casarse de nuevo, por la muerte del hijo o del marido, por haber tenido el último hijo pronto, por no soportar los cambios en la autoimagen o autoestima, etc. El 5% lamentan haberse esterilizado. El 12,5% de las que sufren problemas conyugales lamentan haberlo hecho y el 25% de los problemas psicológicos son previos.

El factor más importante es la edad. También hay que considerar el tiempo transcurrido tras la esterilización. Cuanto más jóvenes, hay más peticiones de repermabilización. Hay que tener en cuenta que las posibilidades de repermabilización están en relación inversa a la cantidad de trompa destruida. Es posible si quedan 5 cm de trompa sana. Hoy hay buenos resultados con microcirugía (más del 50% de los casos). También se están haciendo investigaciones sobre métodos reversibles de esterilización tubárica con el uso de tampones de silastic o nailon introducidos en la trompa con el uso de cirugía laparoscópica, que pueden ser retirados si es necesario.

2.2. Esterilización masculina

La vasectomía es una intervención quirúrgica en la que se seccionan los conductos deferentes (se interrumpe la trayectoria de los espermatozoides producidos en los testículos) impidiendo su acceso a la uretra y su posterior expulsión. Es una operación muy simple: basta una incisión de 1 cm en cada región inguino-escrotal. La producción hormonal y la actividad sexual quedan intactas. Los espermatozoides, al no poder seguir su camino, son reabsorbidos. No requiere hospitalización. Se realiza en unos 10-30 minutos, con anestesia local, la sección de ambos deferentes por vía escrotal. Hay que tener en cuenta que la seguridad total anticonceptiva se obtiene a las seis semanas (y dos espermogramas negativos), puesto que podrían quedar espermatozoides acumulados por encima del punto de sección. Hoy es un método reversible con un éxito aceptable. Se ha producido un gran incremento en varones en torno a los 40 años con un par de hijos.

Toma de decisión y técnicas

Es un método adecuado para parejas o varones que han madurado su decisión de no tener hijos. Es esencial que no sea una decisión impulsiva y que sea debidamente informada. Hay que tener en cuenta la edad del varón, la estabilidad de la pareja, si se tienen hijos previamente y los riesgos de otras alternativas anticonceptivas. También puede considerarse la posibilidad de almacenar semen útil congelado en un banco de esperma, como posibilidad de acceder a una paternidad futura. Lo que hay que sopesar es su irreversibilidad (aunque hay posibilidades de restablecer la situación) y que la decisión corta la vida fértil del varón, que tiene una larga extensión. Es esencial que la

decisión sea construida, compartida y asumida por la pareja.

Las técnicas de vasectomía son la ligadura o los clips, la diatermia unipolar, la escisión, la vasectomía sin bisturí, los tapones de silicona o los agentes esclerosantes.

Ventajas

- Efectividad: 96-100% (fallos del especialista o por anomalías anatómicas).
- Bajo coste y ausencia de complicaciones posteriores o asociadas.
- No afecta a la eyaculación.
- No tiene efectos secundarios a largo plazo.
- Procedimiento simple y seguro (en pocos minutos en la clínica o consultorio).
- No afecta a la erección salvo por posibles efectos psicológicos transitorios.
- Mucho más inocua (anestesia local y no hospitalización) que la ligadura de trompas.
- La hinchazón del tejido escrotal y el dolor local que aparecen inmediatamente después de la intervención suelen desaparecer simplemente con analgésicos suaves y hielo.
- Para evitar riesgos, se aconseja no realizar esfuerzos durante dos días.

Desventajas

- Caben leves efectos psicológicos por sentimientos transitorios de castración o impotencia. Se suelen resolver cuando la información necesaria se comprende y se recupera la autoestima al comprobar que se mantiene la potencia y el placer sexual.
- Complicaciones (2-3%) propias de toda intervención quirúrgica: infección de la herida, hematomas, problemas de la cicatriz, hemorragias, etc.

3. Métodos naturales

Los métodos naturales se basan en las variaciones que fisiológicamente se producen durante el ciclo menstrual de la mujer. Sin ayuda de ningún objeto, fármaco o producto, tratan de evitar las relaciones sexuales completas con eyaculación intravaginal en los días del ciclo en los que la probabilidad de embarazo es más elevada. Por el contrario, permiten el coito en los días en los que la probabilidad de gestación es teóricamente muy baja o en los períodos en que el embarazo es altamente improbable, como son el embarazo, el puerperio y la lactancia natural.

Características de los métodos naturales

1. *Ninguna artificialidad*. No interfiere en el proceso orgánico metabólico u hormonal. Se aprovechan de los cambios fisiológicos del ciclo menstrual o de las variaciones temporales de determinadas épocas.
2. *Ningún coste*. Accesible a todos. Son los más baratos si exceptuamos el coste que el aprendizaje de la fisiología genital femenina tiene en cada caso.
3. *Independencia del coito*. El coito no es interrumpido o perturbado, pero en determinados días no es posible.
4. *Independencia del médico y personal sanitario*, una vez entrenada la mujer o la pareja en las circunstancias de su empleo.
5. *Reversibilidad*. El cese del método permite la recuperación inmediata de la fertilidad. No interfieren en la fertilidad, simplemente la evitan.
6. *Inocuidad*. La salud no se ve afectada por el empleo del método. Para algunos conlleva un menoscabo de la salud psíquica de la pareja al impedir el coito en aquellos precisos días hormonalmente más predispuestos de la mujer. Se produce una limitación en la espontaneidad que debe presidir la expresión sexual. Otros señalan que proporciona más fortaleza y cohesión a la pareja que se decide por estos métodos.
7. *Baja eficacia*. Gran diferencia entre eficacia teórica y eficacia de uso por grado de entrenamiento, conocimiento de la fisiología genital femenina, control de las fechas, grupos de población que acceden a ellos, etc.
8. *Baja aceptabilidad* por necesidad de condicionar las relaciones sexuales en función del ciclo. Muchos los llaman «antinaturales» por condicionar el deseo.

3.1. Método de la Temperatura Basal Corporal (TBC)

Es un método basado en la oscilación de la temperatura corporal basal a lo largo del ciclo para detectar la ovulación. Este efecto termogénico se debe a la acción de la progesterona. Después de la ovulación hay un aumento de la temperatura que se mantiene hasta la menstruación. *Los fallos son mínimos si únicamente se tienen relaciones sexuales desde el tercer día de ascenso de la temperatura hasta la menstruación.* La temperatura debe medirse a diario, a la misma hora, por la mañana sin haberse levantado de la cama, tras un período de sueño o descanso continuado de al menos seis a ocho horas (situación de mínimo gasto energético o metabólico basal), con un termómetro clínico de mercurio fiable (los digitales actuales) y siempre con el mismo. Se recomienda que la noche anterior se prepare el termómetro lo más cerca posible de la cama y sacudirlo en ese momento para evitar movimientos bruscos antes de la medición. Hay que introducir el termómetro en el ano, en la vagina o en la boca, pues es más fiable que debajo de los brazos (axilas).

Cuestiones prácticas

1. Usar el mismo termómetro.
2. Aplicarlo en la boca debajo de la lengua (5 min) o en el ano o vagina (3 min).
3. Utilizar gráficas de temperatura basal graduadas.
4. Tomar la temperatura por la mañana, antes de levantarse, en ayunas y a la misma hora.
5. Anotar circunstancias especiales (fiebre, resfriados, viajes, falta de descanso).
6. Estudio con experto de las gráficas para alcanzar los tres días de hipertemia.

Es necesaria mucha disciplina en los tres primeros ciclos para comprobar su regularidad en la mujer no entrenada. Si la curva establecida se repite de ciclo a ciclo, la mujer podrá tomar la temperatura, después, sólo a partir del 8º ó 10º día, contando desde el primer día de la última regla, y dejando de tomarla después del tercer día de aumento de la temperatura.

La seguridad no suele superar el 62%. Además puede haber situaciones que invaliden o falseen la información: enfermedad con fiebre, falta de continuidad en la toma diaria, síndrome de luteinización folicular o variaciones de la curva estándar por tener un trabajo por turnos o nocturno, por levantarse por la noche por enfermedades o por el cuidado de niños pequeños, por viajes, etc. También la medicación que actúa contra la fiebre (aspirina, paracetamol, etc.) o los antibióticos pueden falsear las mediciones. Asimismo puede ser inoperante por estar en una situación de estrés emocional, por cambios en sistema de vida habitual o por estar en épocas de cambios hormonales (adolescencia, entrando en la menopausia).

La base del método es la seguridad de que al tercer día de la fase de hipertemia que sigue a la ovulación, la mujer ya no es fecunda, pues precisamente la ovulación coincide

con una bajada o hipotermia. Lo cierto es que es más usada en los estudios que en la práctica. Es útil si se combina con métodos barrera en los días dudosos.

Hoy se han ideado nuevos aparatos (Bioself 110, Fértil-A-Chrom, Rite-Time, Rabbit, etc.) para registrar las temperaturas que, mediante sistemas de algoritmos, determinan el período de ascenso térmico para calcular las fechas de máxima fertilidad y el inicio de los días estériles posovulatorios. Algunos de estos aparatos añaden sistemas de señales para que la temperatura se tome a una hora determinada, dentro de unos límites de confianza razonables. En algunos se puede ver la gráfica de la temperatura o memorizarse los datos para obtener la gráfica cuando sea necesario.

Ventajas

- Reversible y económico.
- Sin efectos adversos de ningún tipo. No efectos secundarios.
- Hace posible la participación de la pareja en el uso del método.
- No crea problemas éticos ni religiosos.
- Determina con fiabilidad el período estéril.
- Hoy se utiliza más para lograr la concepción que para evitarla.

Desventajas

- Tomar la temperatura puede ser molesto. Es necesaria una gran autodisciplina matutina diaria en el momento de despertar, incluyendo el fin de semana.
- Exige conocimientos e información previa (entrenamiento).
- Para incrementar su eficacia conviene mantener abstinencia en el período hipotérmico, pues antes de la ovulación los coitos no son seguros.
- Sólo se pueden tener relaciones sexuales completas sin protección de 8 a 10 días sin regla y los días de la menstruación (períodos de abstinencia sexual muy prolongados).

3.2. Moco cervical o flujo vaginal (Billings)

Evelyn y John Billings buscaban un método natural para espaciar nacimientos aceptable para la Iglesia católica. En la década de 1970 llegó a tener mucho influjo incluso entre algunas feministas. Muchos grupos de mujeres defienden este método, pues exige un mayor conocimiento del propio cuerpo y denuncia los intereses económicos y políticos de la industria farmacéutica.

El método se basa en que el flujo vaginal femenino cambia en cantidad y consistencia a lo largo del ciclo. Consiste en la observación diaria de la mujer. El moco cervical que aparece cerca de la ovulación se caracteriza por una gran transparencia y baja viscosidad (es resbaladizo y se asemeja a la clara de huevo), por ser filamentosos o con tendencia a formar hebras y por contener un bajo porcentaje de material sólido. Por su cualidad lubricante, favorece el coito y favorece la migración de los espermatozoides. La elevación de los estrógenos ováricos antes de la ovulación ocurre rápido y el moco estrogénico forma una cubierta protectora para los espermatozoides con el fin de que no puedan ser dañados por el medio vaginal. También filtra los espermatozoides anormales, muertos o inservibles para que no lleguen al útero. El moco puede volverse más claro que antes, aunque también amarillo o incluso sanguinolento. Se define como el día cúspide, cumbre o pico, el último día en que el moco es resbaladizo y produce sensación de humedad. Al día siguiente se vuelve opaco y pegajoso otra vez, o desaparece dejando una sensación de sequedad.

Etapas del moco cervical

1. Días de la regla: infértiles.
2. Días secos: después de la menstruación se suceden unos días en que hay ausencia de moco en la vagina. Varía en cada mujer. Se percibe una sensación de sequedad. Aunque no es fértil, se aconseja tener relaciones en días alternativos a fin de asegurar que el líquido dejado por el semen no se confunda con el comienzo de la aparición del flujo.
3. Días de moco: la aparición del moco en la vagina indica que la fertilidad comienza. Para mayor seguridad se recomienda abstinencia hasta el cuarto día después del último día de moco fértil. Los días fértiles varían según la mujer.
4. Días post-pico (postovulatorios): días que suceden a la ovulación. Son días infértiles aunque la presencia o no del flujo vaginal es distinta en cada mujer.

Etapas según las características del moco

1. De la regla hasta la ovulación: escaso, pegajoso, opaco, si se intenta estirar se corta.
2. Dos o tres días antes de la ovulación: más abundante, transparente y elástico.
3. Después de la ovulación: escaso, pegajoso y poco filante.

Para hacer un buen uso es necesario haber realizado un curso durante al menos tres ciclos consecutivos impartido por un monitor experto en un lugar de aprendizaje reconocido y efectuar reciclajes durante el primer año. La abstención de relaciones debe realizarse tres días antes y tres días después del día pico o cumbre. Se pueden, por lo tanto, tener relaciones completas desde el cuarto día tras el pico o desde los días de la menstruación hasta el primer día en que aparece la evolución o cambio del moco.

Debido a sus elevados fallos (22-37%), muchos aconsejan acompañarlo de la utilización del método de la temperatura basal.

Ventajas

- Alta eficacia, sobre todo en mujeres entrenadas y con ciclos regulares.
- Adecuado para mujer muy motivada y con condiciones para lograrlo: estabilidad, confort, tiempo libre, armonía en su relación de pareja, vida satisfactoria, etc.
- Aplicable a cualquier tipo de ciclo (corto, largo, irregular, premenopausia, etc).
- Utilizable prácticamente en cualquier época de la vida de la mujer.
- Fácil de aprender incluso por persona analfabeta.
- No se altera por diferentes hechos de la mujer como son fiebre, infecciones, vaginitis.
- Adecuado para parejas que no acepten métodos «no naturales».

- No inconvenientes biológicos o psicológicos.

Desventajas

- Exige aprendizaje, que suele ser monitorizado por personal experimentado.
- Requiere amplio conocimiento del ciclo menstrual.
- Contraindicado en mujeres con ciclos irregulares.
- Contraindicado en relaciones sexuales ocasionales, imprevistas o espontáneas.
- Contraindicado en adolescencia y perimenopausia porque los ciclos son inestables.
- Precisa mucha autodisciplina para la exploración mucosa diaria y la anotación precisa.
- En algunas, la exploración vaginal puede provocar cierto malestar por el contacto con sus secreciones.
- Altísima tasa de fallos si el aprendizaje y la técnica no son correctos (por el usuario).
- Alteraciones físicas y emocionales pueden modificar la eficacia.
- A veces el sangrado no es una auténtica regla y es una variación intermenstrual.
- A muchas mujeres les resulta desagradable mantener relaciones sexuales los días de la regla, por lo que los períodos de abstinencia son todavía más prolongados.
- En caso de infecciones vaginales es muy difícil determinar la calidad del moco cervical, ya que este queda alterado y no puede interpretarse.

3.3. Método del ritmo o del calendario

Descubierto por Ogino en Japón y Knaus en Austria en los años veinte. Ambos demuestran que la ovulación se produce entre reglas y no durante estas. Ogino precisó que la ovulación ocurría normalmente entre el 16º y el 12º día anterior a la menstruación (es el día 14º). Los días fértiles son los comprendidos entre el 12 y 18 de la última regla. El óvulo tiene un tiempo de vida de 24 horas y en ese tiempo tiene que ser fecundado. El espermatozoide mantiene las posibilidades de fecundar durante un plazo de 48 horas (puede sobrevivir hasta cinco días en el moco cervical en algunos casos). En los casos de absoluta regularidad, si entre el 12-16 son los días fértiles, los días 10-11 son igualmente fértiles por la pervivencia de los espermatozoides con capacidad de fecundar al óvulo si la ovulación acontece el día 12. El 17 también es fértil por la pervivencia del óvulo desprendido el día 16.

Ogino en caso de ciclo entre 26-30 días

Se cuantifica la duración de 12 ciclos a partir de los cuales se aplica el método.

26-19 (al ciclo más corto se le quitan 19)=7.

30-10 (al ciclo más largo se le quitan 10)= 20.

Primer día inseguro: se obtiene restando 19 del número de días que haya tenido el ciclo más corto en el último año, y el último día inseguro se calcula restando 10 días al número de días que haya tenido el ciclo más largo de ese mismo año.

Conclusión: entre el día 7 y 20 es la duración de la fase fértil (14 días).

Knaus en caso de ciclo entre 26-30 días

26-17 (-17 al más corto)=9.

30-13 (-13 al más largo)=17.

Conclusión: fase fértil del 9 al 17, ambos inclusive (9 días).

En este método es fundamental estudiar los ciclos en los últimos meses para comprobar la estabilidad del ciclo ovárico. La eficacia depende de que la mujer no sufra alteraciones en el ciclo. Debe darse continencia periódica entre el 7º y 20º día del ciclo si la mujer tiene ciclos entre 26-30 días. Por lo tanto, limita mucho las relaciones sexuales.

Además, las impresiones, la excitación sexual, los disgustos, los viajes, la climatología influyen en la ovulación. También la duración del ciclo varía con la edad, enfermedades y factores psicológicos y emocionales.

Ventajas

- Si se mantienen los ciclos regulares, no exige control alguno.
- No necesarias manipulaciones hormonales ni mecánicas. No efectos secundarios.
- Facilita la participación de la pareja en decisión.
- Inofensivo y gratuito.

Desventajas

- Limita mucho las relaciones sexuales y resta espontaneidad. Requiere en la pareja capacidad de control y aceptar los límites que los días fértiles imponen.
- Artificialidad: somete el amor conyugal a la realidad abstracta del calendario. El amor no puede expresarse en los días en que viene exigido por su propio dinamismo. Crea una mentalidad de que hay que hacer uso del matrimonio en los días agénicos. Hay enormes diferencias entre las parejas. Unos se adaptan mejor y otros peor.
- Impreciso: muchas usuarias no han contabilizado los 12 ciclos al iniciar su uso.
- No apto para mujeres que no sepan sumar y restar o que no sepan organizar el tiempo.
- La mujer tiene que conocer bien el funcionamiento de su ciclo menstrual.
- Inseguridad: fallos entre el 7-38% de los embarazos por mujer y año.
- No aplicable a mujeres con ciclos irregulares. No adecuado en el período de la adolescencia y perimenopausia.

- Escasa eficacia global.

3.4. Métodos sintotérmicos

Método que combina varios índices: moco cervical, temperatura basal corporal y calendario. También tiene en cuenta otros signos como el dolor abdominal de la rotura del folículo, el sangrado intermenstrual, la humedad vaginal más abundante, los cambios de la libido y del humor, las cefaleas, el acné, el olor particular, la tensión mamaria, la hinchazón vulvar, etc.

El gráfico sintotérmico incluye un apartado para anotar la temperatura basal, otro para anotar los cambios en el moco cervical y otro para registrar otros signos y síntomas. Por medio de un autoexamen digital, la mujer identifica el cérvix, su grado de elevación en la vagina, su inclinación, el moco cervical y la elevación térmica.

La tasa de fallos es de 16 por cada 100 mujeres/año (la eficacia varía según los síntomas que utiliza para delimitar el comienzo y el final de la fase fértil). El inconveniente es que no todas las mujeres experimentan una clara sintomatología de su ovulación, reconocible y esperable.

3.5. Lactancia materna prolongada

Este método se basa en que después del parto todas las mujeres son infértiles durante aproximadamente 3 semanas y que durante la lactancia materna no se ovula por el alto nivel de prolactina que se produce en este período. Se ha utilizado mucho, por ejemplo entre la población gitana, espaciando la lactancia hasta el siguiente embarazo. Se usa cuando se amamanta al bebé con frecuencia, cuando no se han reiniciado los períodos menstruales y el bebé es menor de 6 meses de edad.

Cuando se mantienen más de 6 tomas al día, el riesgo de ovulación en este período es del 1-5%. El riesgo se incrementa con menos tomas al día a partir del 6º mes posparto o si aparecen menstruaciones espontáneas.

Se recomienda usar otro anticonceptivo cuando: 1) se reinicia el período; 2) el bebé recibe otros alimentos aparte de la leche; 3) el bebé tiene más de seis meses de edad. Hay que señalar que, aparte de su escasa fiabilidad, no previene las ETS.

3.6. Otros métodos naturales

Test de ovulación basados en la detección de LH (Hormona luteinizante)

Hoy, mediante tiras de papel reactivo, podemos determinar con gran especificidad la presencia de niveles significativos de glucurónido de estrona y de LH en orina. Esto permite anticipar el desarrollo folicular y en consecuencia la cercanía del incremento o pico de LH. La detección del aumento de la LH nos permite anticipar la ovulación a las próximas 24-56 h. Esto reduce el período de abstinencia a ocho o nueve días. Se han comercializado varios test de ovulación basados en la detección de LH en orina. Es más

útil y preciso que otros métodos naturales.

Coito interrumpido (coitus interruptus o marcha atrás)

Consiste en la retirada del pene de la vagina antes de producirse la eyaculación. La eyaculación debe producirse a suficiente distancia de la vulva de la mujer (fuera de contacto con la zona genital femenina) para evitar el acceso de los espermatozoides. Niega la posibilidad completa del coito. Por eso, algunos no lo consideran natural.

Hay evidencia de que antes de la eyaculación se produce una emisión de gotitas de semen que contienen suficientes espermatozoides capaces de producir un embarazo. Por este motivo, en coitos consecutivos, es recomendable un lavado del pene y una micción (orinar) antes de la penetración. Es el método antiguo que más se conoce y utiliza en la actualidad. Fue el responsable de la reducción de la tasa de natalidad a partir del siglo XVIII. En España lo practica entre el 15-20% de las parejas. La ventaja es que no necesita ayuda de personal médico ni especializado, ni requiere ningún procedimiento hormonal o mecánico. El inconveniente es su elevada tasa de fallos (18 a 40 por 100 mujeres/año), pues requiere un notable control del varón (ya que la retirada del pene se efectúa antes de la eyaculación), por la presencia de espermatozoides en la uretra antes de la eyaculación o porque en el caso de coitos repetidos es difícil evitar a pesar de tomar precauciones. Además no es apropiado para jóvenes y adolescentes, pues no están ejercitados en un suficiente control de su eyaculación. Tampoco es apropiado para hombres con eyaculación precoz. Sí es adecuado para parejas bien adaptadas que se sienten satisfechas con este método. Algunos afirman que puede provocar en el varón sentimientos de inseguridad y, en algunos casos, puede desencadenar impotencia. También en algunas mujeres crea cierta inseguridad, frustración e insatisfacción si la retirada coital se produce antes del orgasmo, sobre todo si el juego sexual no continúa después. Supone, de hecho, una brusca ruptura de la relación conyugal, que implica cierta tensión y artificialidad.

4. Dispositivo intrauterino (DIU)



Son objetos de plástico o de metal de diversas formas que se introducen plegados en la cavidad uterina (de ahí su nombre) y que allí se distienden, de manera que quedan retenidos en el útero, evitando la implantación.

Tienen diversas formas: de T, anillos, espirales, rizos, lazos, escudos, resortes elásticos. Suelen tener un hilo en los extremos para su control. Tienen diversos nombres según su forma (espirales) o el nombre del investigador que los puso en circulación (el lazo en T de Saf).

Su origen data de 1909, cuando un médico alemán, Richard Richter, describe en una publicación el efecto antiimplantatorio que ejerce un anillo de seda insertado intraútero. En 1920, Gräfenberg fue el primero que diseñó una estrella de crin y luego un arco, a los que ató un hilo de plata que posteriormente introdujo en el interior de la cavidad uterina con fines antiimplantatorios. Por las profundas críticas que recibió su invento cayó en el olvido hasta finales de los años cincuenta. Será en 1959 cuando Oppenheimer en Israel y Ishihama en Japón introdujeron los DIU de plástico. En los años sesenta se diseñan numerosos modelos (espiral de Margulies, escudo de Dalkon, T de Tatum, etc.), empleando como material de primera elección el polietileno y añadiéndole un hilo tractor que permitía simplificar sustancialmente su extracción. Se da un enorme avance en los DIU con la incorporación del metal, fundamentalmente el cobre, enrollado en el polietileno.

En la actualidad podemos encontrar diferentes tipos de DIU:

1. DIU pasivos o inertes o de primera generación: son de polietileno, plástico o acero inoxidable. Se colocan en el interior del útero entre sus dos paredes, produciendo modificaciones en el endometrio. Hoy están prácticamente en desuso en los países desarrollados (anillo de Gräfenberg, espiral de Margulies, doble espiral, Dalkon Shield).
2. DIU activos de cobre, de baja carga, o segunda generación. Su característica común es la carga de cobre, entre 200-250 mm² (Cooper T 200, Cooper 7, Multiload 250). Bajó el índice de expulsiones y embarazos extraordinariamente: en algunos casos menos del 1%. Índice de Pearl: 2%.
3. DIU activos de alta carga de cobre o de tercera generación. Varios cambios: 1. Más filamento de cobre (más de 300 mm²) y manguitos en los extremos horizontales o

ramas de la T (Gyne T 380). 2. Agregación de un núcleo de plata (Nova T) o de oro (Gold T 375) para mejorar y evitar el efecto de corrosión del cobre en la cavidad uterina.

4. DIU liberador de LNG (levonorgestrel). Tiene estructura de T, impregnado de sulfato de bario y con un depósito hormonal alrededor del tallo vertical.

Hoy se recomiendan predominantemente el 3 y el 4.

Mecanismo de acción del DIU

1. *Acción sobre el espermatozoide:* efecto espermicida del cobre, neutralización de la capacitación cervical por el cobre, fagocitación por macrófagos y leucocitos, inhibición del poder fecundante por alteraciones enzimáticas.
2. *Aceleración del tránsito tubárico* con llegada del blastocito al útero antes de una preparación adecuada del endometrio (por aumento de contractilidad de las trompas). El DIU-LNG disminuye la movilidad tubárica.
3. *Acción sobre la mucosa del endometrio:* interferencias enzimáticas, reacción inflamatoria local, etc.
4. *Acción sobre el embrión preimplantatorio en los casos que se da la fecundación:* creación de un terreno hostil a la implantación o inhibición del crecimiento del embrión de pocos días. El cobre del DIU actúa contra el embrión.
5. *Acción sobre el ovario:* luteolítica por aumento de prostaglandinas endometriales.

Los experimentos de Zipper sobre los efectos antiimplantatorios del cobre en los animales fueron esenciales para su empleo en el ser humano. Este metal tiene escasa toxicidad y se libera lentamente. La forma, tamaño del vástago y contenido de cobre varían mucho dependiendo del modelo de DIU. En función de la carga de cobre y de su tasa de liberación diaria se calcula la vida teórica del DIU. Pero el empleo exclusivo del hilo de cobre limita su duración debido a su fragmentación. Esto se ha evitado incorporando un núcleo de plata al filamento de cobre, aumentando su vida. Algunos han sustituido el hilo de cobre por manguitos ubicados a lo largo de los vástagos, aumentando la duración hasta los 20 años.

El efecto anticonceptivo se produce por la inserción del DIU en la cavidad uterina, que desencadena de inmediato una respuesta «inflamatoria» aséptica del endometrio que condiciona la fagocitosis de los espermatozoides y la creación de un ecosistema desfavorable para la implantación. La acumulación del cobre modifica el endometrio y también el moco cervical, ejerciendo un efecto espermicida directo que impide su motilidad. También se produce un incremento de la síntesis de prostaglandinas por la que se incrementa la contractilidad tubárica, lo que dificulta el proceso de fecundación. *En resumen, dos son los efectos: un efecto antiimplantatorio predominante en los DIU inertes (pues también se da un efecto espermicida) y un efecto anticonceptivo predominante en los DIU de cobre.*

Normas de utilización

Constituye un acto médico y precisa los mismos pasos que cualquier otra situación clínica. Antes de tomar la decisión es necesario visitar al ginecólogo, quien hará una historia previa y actual de la mujer (hábitos sexuales, estilo de vida, ciclos menstruales, partos anteriores, enfermedades, infecciones, etc). También hará una exploración ginecológica para ver el estado y posición del útero, cuello cervical y vagina.

Indicaciones

Fumadoras, madres lactantes, cáncer de mama, hipertensión, historia de infarto cerebral, diabetes, epilepsia, enfermedad tiroidea, etc.

Contraindicaciones

- *Contraindicaciones absolutas:* gestación, infección pélvica, cervicitis aguda, endometritis, hemorragia uterina anormal, patología maligna ginecológica, anomalías congénitas del útero, miomas submucosos o intramurales, alergia al cobre, enfermedad de Wilson, presencia de *actinomicas* en cultivos vaginales o en citología.
- *Contraindicaciones relativas:* dismenorrea severa, tratamientos anticoagulantes, enfermedades hemorrágicas (hepatopatía, plaquetopenia), enfermedad cardíaca congénita, valvulopatías congénitas o adquiridas, nuliparidad (sobre todo si no hay pareja estable), antecedentes de cesárea o histerotomía, insuficiencia cervical, embarazo ectópico anterior, fracaso anterior del DIU.

Una vez excluidas las contraindicaciones y siendo el balance riesgo-beneficio óptimo, hay dos cuestiones prácticas importantes: el momento de la inserción y la elección del modelo adecuado. Sólo indicaremos aquí que debe evitarse en la medida de lo posible su inserción después de un parto o aborto, ya que las paredes del útero están más blandas y en continua transformación, por lo que hay mayor riesgo de expulsión y perforación. Hay que asegurarse de que no hay infección en el útero o en la vagina y de que no hay embarazo.

Su inserción consiste en:

- a) medir el útero para elegir el DIU más adecuado (histerometría);
- b) introducir el DIU en el cuello del útero y apretar el émbolo (que viene en el envase);
- c) cortar el hilo a unos 3 cm del cuello cervical.

Tras la inserción del DIU la paciente no debe preocuparse por pequeños espasmos abdominales o pequeñas hemorragias durante los primeros ciclos, debe evitar el uso de tampones, abstenerse de relaciones durante tres a cinco días tras la inserción, comprobar con el dedo limpio la presencia de los hilos (cada semana o antes de cada coito), someterse a exámenes de control después de las primeras reglas y cada seis meses. Lo importante es consultar al médico en caso de pérdidas de sangre indiscriminadas o reglas excesivas, dolor persistente, flujo maloliente, irritación, retraso menstrual que sobrepase los 10 días o imposibilidad de comprobar la presencia de los hilos.

La extracción se realiza por el médico en cualquier momento del ciclo (preferiblemente durante la regla). Basta localizar los hilos y tirar del hilo con una pinza larga. El aparato se deforma y sale por el canal cervical. Hay que revisar su integridad y si se desea mantener el mismo método puede realizarse la nueva inserción inmediatamente.

Ventajas

- El DIU de cobre no interfiere en la ovulación (sí el DIU-LNG).
- Los más actuales son anticonceptivos antiimplantatorios muy eficaces (1-3% por año y por mujer).
- Han disminuido los embarazos producidos con DIU puesto o la necesidad de retirarlos por exceso de hemorragia.
- Recomendables para mujeres entre 30-40 años. Particularmente para las que ya han tenido hijos. A partir de los 35 años se considera un método mejor que la píldora.
- Recomendables cuando hay contraindicación o rechazo de tratamiento hormonal.
- No interfiere en la relación sexual.
- Reversibles y efecto durante largo plazo (hoy algunos más de 10 años).

Desventajas

- No protegen frente a las ETS.
- Riesgo de expulsión las semanas que siguen a inserción. En tal caso, retirarlo y pensar en otra opción.
- Es normal sangrar unos días después de la inserción del DIU (pequeño manchado).
- Es normal durante los primeros meses un sangrado intermenstrual poco abundante. Si se produce de forma continuada durante varias semanas, hay que plantear retirar el DIU.
- Si el sangrado es abundante y causa anemia o inquietud en la mujer, deberá retirarse.
- De cada tres embarazos que se producen con un DIU bien colocado, sólo uno se produce porque el DIU haya sido expulsado sin que la mujer se diera cuenta, porque se haya producido perforación o porque el DIU se haya descolocado.
- Las que se quedan embarazadas y deciden continuar con el embarazo requieren atención del personal sanitario y una supervisión continuada. En estos casos debe intentarse retirar el DIU si sus bordes están accesibles. Los embarazos que se producen con el DIU tienen una mayor probabilidad de ser ectópicos (extrauterinos), lo que constituye una situación de riesgo grave e incluso en algún caso mortal para la madre.
- El DIU es antiimplantatorio. Evita el desarrollo del embrión de pocos días.

Complicaciones

Los efectos colaterales y las complicaciones más frecuentes son dolor, sangrado, expulsiones, perforaciones, incrustaciones, inflamaciones pélvicas, embarazo ectópico y embarazo intrauterino accidental. Los efectos varían según los años de uso y los modelos. Dos ejemplos serán suficientes para hacerse una idea:

1. *Primer año del uso del DIU Cooper T 380A. Tasa por 100 mujeres:* embarazo 0,5%; expulsión 2,3; hemorragia-dolor 3,4; infección 0,3.
2. *Ocho años del T Cu 380A. Tasa por 10 mujeres:* embarazos 2,9; expulsiones 7,7; extracciones 21,6; hemorragia 12; dolor y/o hemorragia 18,7.

En la inserción, aun cuando es poco frecuente, puede darse la perforación uterina. Más frecuente es cuando la inserción se realiza en el posparto. En la extracción puede haber complicaciones cuando no se pueden recuperar fragmentos de un DIU previamente fracturado o cuando no se pueden observar los hilos.

La gestación significa el fracaso del método. Varía según el tipo de DIU, oscilando entre el 0,5 y el 5%. En general, la frecuencia de gestación durante el primer año de uso oscila entre el 1 y 2% (más próxima al 1% desde los ochenta con DIU de alta carga). Ante un embarazo se plantean tres cuestiones importantes: si debe retirarse si queda embarazada, si aumenta la morbilidad materna y fetal y si hay mayor riesgo de ectópico. Lo cierto es que debería retirarse en el primer trimestre. Si se puede, debe hacerse, pero sin empeñarse en retirarlo a toda costa. Depende de si asoman las colas del DIU. Es importante señalar que muchos afirman que no incrementa el riesgo de malformaciones fetales pero sí aumenta el riesgo de parto prematuro (2 a 4 veces más alto dar a luz a las 37 semanas) y de aborto. La extracción debe intentarse en todos los casos.

La frecuencia de gestaciones ectópicas frente a intrauterinas en usuarias de DIU alcanzó el 6,4% entre los embarazos que suceden con utilización de DIU (5-8%). Si se produce embarazo con DIU, es más probable que sea extrauterino.

DIU medicados de liberación lenta continuada (de sólo gestágenos)

Ante los efectos secundarios derivados de los estrógenos se desarrollaron anticonceptivos sólo con gestágenos. En los setenta, los problemas derivados de la inserción y extracción de los implantes subcutáneos de sólo gestágenos motivaron el desarrollo de sistemas con un soporte que permitiera la liberación lenta de esteroides y fuera de fácil colocación y retirada. Se diseñaron dos tipos fundamentales de DIU medicados de sólo gestágenos: con progesterona natural y con LNG. El propósito es doble con estos DIU: reforzar la protección anticonceptiva que brinda el DIU y mejorar el patrón menstrual.

Los DIU liberadores de progesterona contienen un depósito de gestágeno que se va liberando diariamente durante 12-18 meses. Estos modelos se diseñaron para reducir el

sangrado menstrual por la acción local que ejerce el gestágeno sobre el endometrio. Pero a pesar de sus ventajas (reducción del sangrado y de las infecciones genitales), ciertos efectos secundarios (incremento del embarazo ectópico y una incidencia de quistes funcionales del ovario del 9-10%) han condicionado su uso.

El DIU liberador de Levonorgestrel (LNG) se ha mostrado mucho más eficaz por su larga duración (7-10 años), mayor protección contra gestaciones ectópicas (que otros DIU), alta eficacia contraceptiva y reducción de sangrado en la mayoría de las usuarias. El dispositivo medicado con LNG contiene 52 mg de sustancia activa en el brazo vertical, liberando diariamente 20 mcgr de la sustancia. Se da una mayor liberación después de la inserción y disminuye progresivamente durante 5 años. La eficacia del DIU que libera LNG es superior a la del DIU de cobre (<1% IP). El LNG liberado suprime la proliferación endometrial y modifica el moco cervical, que se vuelve compacto y viscoso. También el DIU-LNG disminuye la movilidad tubárica e inhibe la ovulación.

Los efectos secundarios más comunes son alteraciones menstruales, dolor abdominal, acné, dolores lumbares, cefalea y depresión. También se producen quistes de ovarios funcionales entre los 6-12 meses postinserción en el 12-30% de usuarias, pero desaparecen espontáneamente en los meses siguientes sin precisar extraer el DIU.

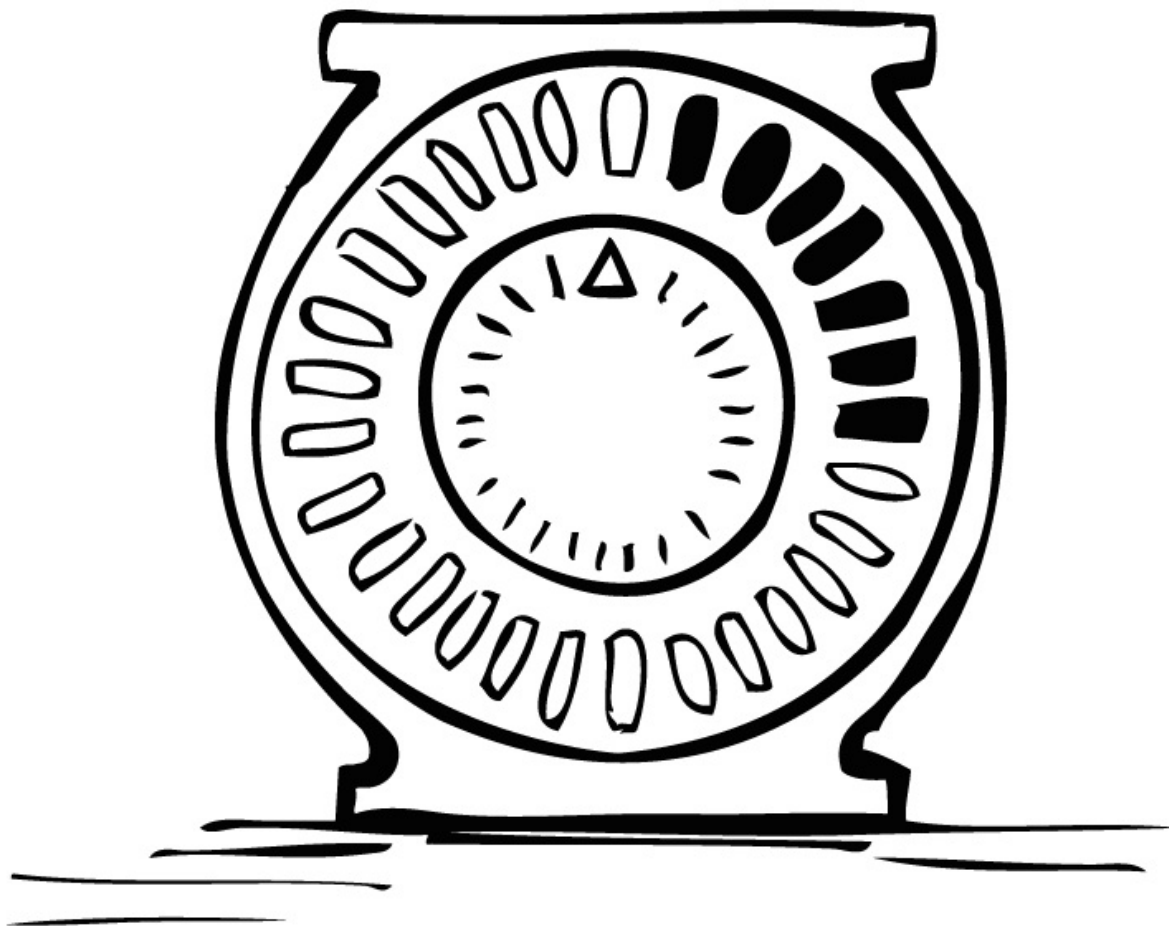
5. Anticoncepción hormonal

En 1920 Ludwig Haberlandt y Otto Fellner consiguieron inhibir la ovulación en animales mediante la administración de extractos de ovario. En 1951, G. Pincus demuestra que la progesterona puede inhibir la ovulación. En 1954, John Rock realizó el primer ensayo en humanos, administrando a las primeras cincuenta mujeres entre 10 y 40 mg de un preparado tipo gestágeno, consiguiendo la anovulación en todos los casos. En 1959 se aprueba en Estados Unidos el primer anticonceptivo oral combinado. En los sesenta se da un auge en producción de anticonceptivos que inhiben la ovulación. Pronto los usaron 200 millones de mujeres. Puesto que las primeras píldoras tenían dosis muy altas, en 1969 el *National Coordinating Group in Oral Contraceptives* determina unas dosis óptimas. En los setenta diversos informes muestran el creciente riesgo de trastornos tromboembólicos, obstrucción de arterias y venas, impidiendo la circulación fluida de la sangre. Se bajó la dosis de estrógeno de 150 a 50 mg. En 1979 se lanzan al mercado los anticonceptivos orales trifásicos. En 1987 aparecen los preparados monofásicos con nuevos gestágenos de síntesis, reduciendo la dosis total y afectando así menos al metabolismo corporal. Lo que no hay duda es que la anticoncepción hormonal aportó a la mujer la capacidad de control de su capacidad reproductiva.

El sistema reproductivo se basa en la relación de distintos elementos. Por eso, es necesario un sistema de información que mantenga una sincronización adecuada y permita tanto la producción de un ovocito como el establecimiento de las condiciones necesarias para ser fertilizado y su posterior implantación. Los anticonceptivos orales introducen en el sistema hormonal un mensaje externo para crear una nueva situación que imposibilite la concepción. El componente gestágeno suprime en primer lugar la secreción de LH, mientras que el estrógeno actúa inhibiendo la hormona foliculoestimulante (FSH). Aunque exista un desarrollo folicular no se producirá un pico endógeno de LH capaz de desencadenar la ovulación. El componente progestágeno interviene también en el moco cervical, en el endometrio al crear una actividad funcional y en las trompas.

5.1. Anticoncepción hormonal continua

5.1.1. La Anticoncepción Hormonal Oral (AHO). La píldora



Son tabletas compuestas de estrógenos y progesterona (hormonas femeninas) que tienen como función interrumpir la ovulación si se toman correctamente. Es el método hormonal de anticoncepción reversible más usado en el mundo, pero en los países en desarrollo su implementación es muy baja. En Europa y Estados Unidos es usado por un 25-30% de la población fértil (España: 21% de la población fértil).

Tipos de preparados

Han variado bastante con los años y difieren según el mecanismo de acción, la vía de administración y la composición química. Hoy son escasos los preparados combinados orales de 50 mcgr y lo habitual es el uso de comprimidos entre 15 y 30 mcgr. En los gestágenos se ha reducido hasta 10 veces la dosis inicial.

Dependiendo de su contenido, podemos dividirlos en:

1. *Preparados secuenciales estrógeno-gestágeno*: no se utilizan por falta de seguridad (excesivo estímulo endometrial) y limitada eficacia. Se trata de administrar estrógenos durante los 10 primeros días del ciclo y una segunda fase de 11 días en que son combinados con gestágenos (o entre 7 a 15 comprimidos de sólo estrógenos y resto hasta 21 de progestágenos). Su acción impide la ovulación por el efecto de los estrógenos en

fuertes dosis (100 mg mínimo), mientras los progestágenos de los últimos comprimidos hacen posible la bajada de la regla. Son menos eficaces que la píldora combinada. No se modifica el endometrio y aumenta la secreción del moco cervical (facilita ascensión de espermatozoides).

2. *Anticonceptivo oral combinado de estrógenos y gestágenos (AOC)*: se administran diariamente durante 21-24 días con un intervalo de tres a siete días de reposo. Los nuevos compuestos han reducido las dosis (hay preparados con 15 ó 20 mcgr de etinilestradiol: Minesse®, Melodene-15®, Loette®, Meliane®, Harmonet®, Suavuret®). Pueden dividirse en:

- a) Monofásicos: misma cantidad de ambas sustancias durante 21 días del ciclo. Inicio del tratamiento a partir del primer día del ciclo.
- b) Bifásicos: todos los comprimidos contienen ambos tipos de esteroides, sin embargo, durante los primeros días la dosis de gestágeno es menor.
- c) Trifásicos: misma dosis de estrógeno durante los primeros y los últimos días, siendo la dosis algo superior en el intervalo. Se realiza un incremento escalonado de gestágeno durante los tres períodos imitando así la producción endógena de un ciclo ovulatorio normal.

El Anticonceptivo Oral Combinado (AOC) impide la maduración del óvulo producido en el ovario, modifica el endometrio obstaculizando la anidación al extraño (en caso de que se produjera la ovulación y se diera la concepción), altera la motilidad de las trompas de Falopio y modifica el moco cervical impidiendo la apariencia viscosa de color claro, lo que constituye un obstáculo para la circulación de los espermatozoides. La acción del AOC comienza desde el primer comprimido. El volumen de las reglas se reduce y el color se vuelve más oscuro. Es importante tener en cuenta que si se olvida la toma, debe ingerirse nada más recordarlo. Si se olvida la ingestión de dos píldoras durante las dos primeras semanas, deberán tomarse dos píldoras dos días consecutivos y seguir luego (utilizando otro método anticonceptivo como el preservativo durante siete días). Si se olvidan dos píldoras después de las dos primeras semanas, deberá descartarse el resto del paquete y comenzar uno nuevo de inmediato. Si se produce un vómito después de las dos horas de la toma, hay que ingerir otra píldora de un envase nuevo, pues existe riesgo de haber expulsado la píldora con el vómito.

Ventajas del AOC

- Alto nivel de eficacia (1%) si uso correcto.
- Reversible: puede interrumpirse en cualquier momento.
- Puede comenzarse en cualquier momento (estar seguro de que la mujer no está embarazada).
- Elimina o reduce las alteraciones del ciclo menstrual (menstruación abundante, frecuente, prolongada, irregular).

- Eficacia en ciertas dismenorreas (dolores durante la regla) y en el síndrome premenstrual, si bien el grado de mejoría en estos supuestos es incierto debido a la dificultad de definir las causas de dichas alteraciones (psicológicas, sociales, físicas).
- Reducción de los embarazos extrauterinos al estar inhibida la ovulación.
- Reducción de los casos de cáncer de útero (40-50%) y de ovario (40-80%).
- Disminución de quistes ováricos funcionales.
- Riesgo reducido de miomas.
- Útil para el tratamiento del dolor de la endometriosis y para estabilizar su progresión.
- Reducción de hasta un 50% en las enfermedades mamarias benignas (por progestágeno). No hay pruebas concluyentes.
- Reducción del nivel de grasa (como acné).
- Protección de la artritis reumatoide (y riesgos de fractura en la posmenopausia).

Desventajas del AOC

- Debe tomarse todos los días.
- Necesita control médico periódico.
- Produce efectos secundarios en algunas mujeres: náuseas, vómitos, manchas en la piel, problemas circulatorios (coágulos sanguíneos), trastornos cardíacos, hipertensión, aumento de peso, cefaleas.
- Riesgos cardiovasculares: infarto de miocardio, tromboembolismo venoso.
- Riesgo de hipertensión, efectos hepáticos, riesgos carcinogénicos, efectos digestivos.
- No protege contra las ETS.

Indicaciones del AOC

- Adolescentes con problemas menstruales: reglas irregulares y dolorosas.
- Mujeres no fumadoras con relaciones frecuentes y que buscan un método seguro.
- Mujeres en etapa de entrada en la menopausia, puesto que los estrógenos reducen los síntomas (sudores, ansiedad, etc).
- Casos de deficiencia de estrógenos en el organismo.

Contraindicaciones del AOC

Tener problemas hepáticos, estar tomando medicamentos que actúan sobre la flora bacteriana del intestino, utilizar antidepresivos, estar (o tener que estar) durante un tiempo en reposo, tener una intervención quirúrgica (aumentan riesgo de trombosis), ser fumadora (mayor riesgo). Hoy el riesgo es menor con las nuevas píldoras. No pueden ser utilizadas durante toda la vida fértil de la mujer de forma continuada y exclusivamente.

3. *Píldoras de sólo progestágeno (PPS) o minipíldoras (Cezaret)*: son preparados de sólo gestágenos en bajas dosis para la administración oral diaria (sin días de descanso entre un paquete y otro). Tienen la ventaja de evitar los riesgos y efectos negativos de los estrógenos, y la desventaja es que la píldora tiene que tomarse todos los días a la misma hora (un retraso de tres horas debe considerarse como un olvido) y no debe olvidarse ninguna. En España se ha comercializado el Cezaret-Organon. Si se da un olvido de más de 12 horas, hay que tomar la píldora olvidada y utilizar otro método anticonceptivo durante dos días. Si se vomita antes de dos horas, hay que tomar otra píldora, pues existe el riesgo de haber expulsado la píldora con el vómito. Algunas minipíldoras inhiben la ovulación en más del 95% de los ciclos. Además inducen cambios en el moco cervical, haciéndolo hostil al paso de los espermatozoides (se vuelve viscoso) y alteran el endometrio (dificultando la implantación del embrión en el caso extraño de que se haya producido la concepción). Tienen una muy alta eficacia, aunque tasas de abandono muy altas (casi un 50%) como consecuencia de las alteraciones menstruales (amenorreas, *spotting*).

Ventajas de las PPS

- Alta eficacia.
- Muy indicada para mujeres de mayor edad (por disminución de fertilidad) y durante la lactancia (disminuye la fertilidad en esta época).
- Reversibilidad inmediata de la fertilidad si se abandona.
- No altera presión sanguínea ni arterial.

- No altera los factores de coagulación (no riesgo de trombosis venosa).
- Reducido efecto sobre la función hepática y el metabolismo.

Desventajas de las PPS

- Eficacia menor que AOC.
- Los inconvenientes del AOC, excepto los ligados exclusivamente a los estrógenos.
- A veces, sangrados en medio de menstruación (no confundir con regla).
- A veces, quistes de ovario funcionales que suelen desaparecer al dejar de tomarla.
- Haber tenido embarazos ectópicos anteriores. Si se produce embarazo, hay mayor probabilidad de que este sea ectópico.
- Mayor riesgo de problemas arteriales en las mujeres fumadoras.
- Efectos secundarios como cefaleas, acné, náuseas, dismenorrea, cambios en la libido.

Indicaciones de las PPS

- Mujeres que no toleran píldoras con contenido estrogénico, como es el caso de mujeres con una historia de complicación tromboembólica.
- Madres que están amamantando a sus bebés (no disminuye la leche materna).
- Mujeres de más de 35 años en quienes la fertilidad es menor.
- Mujeres fumadoras que tienen relaciones sexuales frecuentes y quieren seguridad.

Contraindicaciones de las PPS

- Además de las del AOC, los casos de ausencia de regla y los casos de antecedentes de embarazos ectópicos.
- Están contraindicadas en mujeres con antecedentes de tromboembolismo, cáncer de mama, enfermedad hepática activa o crónica, tumores hepáticos.

Exploración previa y asesoramiento de la AHO

No utilizar sin asesoramiento médico. Debe hacerse una exploración general que permita determinar su conveniencia: antecedentes de diabetes, accidentes vasculares, cáncer de mama, características del ciclo, problemas en embarazos, examen ginecológico comprobando la tensión arterial, examen de mamas, análisis de azúcar en sangre, nivel de coagulación sanguínea, colesterol, etc.

Es necesario un balance adecuado entre el componente estrogénico y el gestagénico para asegurar la estabilidad del endometrio (pérdidas muy abundantes y pérdidas muy escasas). La falta de control del ciclo es el efecto secundario que condiciona un mayor porcentaje de abandonos. Los preparados trifásicos con LNG presentan en general un mejor control del ciclo que los monofásicos.

- Hay que informar exhaustivamente de los efectos secundarios adversos (algunos de los cuales desaparecen tras varios ciclos) y de las ventajas.
- Hay que evitar la autoprescripción.
- Aconsejar durante el primer ciclo el uso añadido de otro método anticonceptivo.
- Enseñar un hábito de uso asociado a otra actividad diaria y siempre a la misma hora.

En resumen...

Eficacia: la pérdida de eficacia se debe al olvido frecuente de las pastillas. Una de cada

tres mujeres con embarazo no deseado había olvidado tomar la píldora. Hasta en un 10% de los ciclos se producen olvidos (dependiendo del nivel socioeconómico y cultural). El impacto de los olvidos varía según el preparado, el momento del ciclo y el número de pastillas olvidadas. Cuando se produce el *olvido* de una pastilla, siempre que no hayan pasado más de 12 horas, se toma la píldora olvidada. Si ha pasado ese tiempo, se continuará con la siguiente del ciclo. Siempre es aconsejable, dada la disminución de la efectividad, utilizar métodos alternativos (preservativo, esponja, etc.) durante el resto del ciclo.

La AHO con Levorgestrel presenta una eficacia altísima (<1% IP). Algo inferior es el de la minipíldora, que se sitúa entre 1 y 9. El amplio intervalo viene condicionado por la edad y la motivación de la usuaria. En mujeres de más de 40 años y muy motivadas es un método de eficacia comparable a la de los AHO combinados.

Efectos adversos

Aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular, aumenta muy discretamente el cáncer de mama y el riesgo de cáncer cervical, cáncer pancreático, carcinoma tiroideo, hipertensión arterial, amenorrea, cambios en la libido, depresión, etc. También efectos leves, como el incremento de peso, náuseas y vómitos, cefaleas, infecciones urinarias, cervicitis, etc.

Contraindicaciones absolutas

Hipertrigliceridemia grave, diabetes con vasculopatía asociada y neuropatía, ictus cerebral, trombofilia, inmovilización prolongada, cirugía abdominal o traumatológica, tabaquismo en mujeres mayores de 35 años, antecedentes o presencia actual de cáncer de mama, embarazo, hemorragia genital no diagnosticada, hipertensión, hepatopatía activa, hipertensión arterial, etc.

Contraindicaciones relativas

Cardiopatías y neuropatías, fumadoras mayores de 40 años, hiperlipemia, epilepsia, asma, varices, otoesclerosis, migraña, lactancia, oligomenorrea, tetania, esclerosis múltiple.

5.1.2. Otros anticonceptivos hormonales

Hoy es posible administrar hormonas evitando la vía oral. No se trata de alternativas, sino de formas de administración por vía dérmica (parches), intradérmica (implantes) o vaginal (anillos) que pretenden evitar los inconvenientes inherentes a la vía oral, pero conservando todas sus ventajas. Es un paso en el proceso de mejora continua de la anticoncepción mediante una disminución progresiva de la dosis y una mejor adaptación a las necesidades de las usuarias. Intenta reproducir la similitud de los tratamientos hormonales con el ritmo de secreción endógena de las hormonas ováricas. Con ello se espera mejorar el cumplimiento y aumentar la eficacia.

Este método anticonceptivo actúa en los tres niveles del eje reproductivo:

1. Suprime la secreción de gonadotropinas y, por tanto, el desarrollo folicular ovárico.
2. Modifica las características endometriales (neutraliza la receptividad).
3. Altera el moco cervical: se hace escaso, espeso y hostil a los espermatozoides.

La vía parenteral introduce sustancias activas en el torrente circulatorio evitando tanto la metabolización (administrando directamente ciertas moléculas activas) como el primer paso hepático. Lo primero permite disminuir las cantidades de hormona a administrar para obtener las concentraciones circulantes adecuadas. Lo segundo evita algunos efectos sobre la secreción de proteínas en el hígado.

La vía parental permite un ritmo más fijo y constante en la administración y una mayor amplitud de los plazos de seguridad. Estas formas de liberación proporcionan valores estables de concentración hormonal en sangre y mantienen su actividad liberadora más allá del plazo recomendado para el cambio de sistema. Se minimiza así el impacto de los olvidos.

En la aceptación de estas vías de administración influyen las nuevas sensibilidades. El parche está en sintonía con las nuevas formas de lenguaje corporal, como los tatuajes. La opción del anillo puede implicar un deseo de mayor conocimiento y control del propio cuerpo. No hay que descartar cierto atractivo de la presencia de un cierto dispositivo intravaginal perceptible, que no molesta y que introduce un interés adicional en la relación coital.

Ventajas

- Mayor eficacia (no hay casi fallos de cumplimiento como en la píldora).
- Menor presión sobre la usuaria, que no vive con la angustia del olvido diario.

- Menores riesgos cardiovasculares, metabólicos y de trombosis venosas.
- Iguales precauciones y contraindicaciones que los de vía oral.
- Control del ciclo semejante a AHO.

Desventajas

- Manipulación vaginal en caso del anillo.
- Hipersensibilidad cutánea en caso del parche.
- Recordar que protege del embarazo no deseado pero no de las ETS.

a) Inyectables intramusculares (Topasel® y Depo-progrevera® 150)

Es un método obsoleto en la actualidad por la aparición de nuevos medios más predecibles y más reversibles. Es necesario siempre el asesoramiento del profesional sobre sus ventajas e inconvenientes. En general su indicación se reduce, hoy en día, a personas cuya competencia o comprensión está disminuida. Hay dos tipos fundamentales: de sólo gestágenos o una combinación de gestágeno-estrógeno. Entre los inyectables combinados destaca el Topasel® (duración mensual e inyección en el 7º-8º día de la menstruación). El inyectable intramuscular de sólo gestágenos más conocido es el Depo-progevera® 150 (Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg). La eficacia de este inyectable es altísima (0,1% IP). Es muy adecuado cuando se desea facilitar el cumplimiento o están contraindicados los estrógenos. El problema es que las alteraciones menstruales afectan al 70% (pérdidas irregulares, manchados intermenstruales). Sus ventajas son que otras personas no se dan cuenta de que se está usando, que protege el endometrio y que reduce la incidencia de cáncer de ovario. Se inicia el tratamiento el quinto día de la menstruación y la duración suele ser trimestral. Si se produce un retraso mayor de quince días en la siguiente inyección, la actuación médica adecuada es ponerla y por parte de la mujer utilizar otro método anticonceptivo durante siete días.

Efectos secundarios

Cefaleas, cambios de peso (1-3 kg), mareo, tensión mamaria, ansiedad, dolor abdominal, etc.

Ventajas

Sencillez de administración (evita olvidos de píldoras), alta eficacia (0,2% por año y mujer), requiere escasa motivación, menor incidencia de problemas menstruales (10% problemas de sangrado entre reglas y 2% de falta de la regla), no altera la función hepática ni la función gastrointestinal (al no ser oral).

Desventajas

Debe ser administrada por personal sanitario. Hay que tener en cuenta que una vez aplicada la inyección no es posible su retirada, y esta alta dosis hormonal, administrada de una sola vez, puede producir alteraciones menstruales en muchos casos (sangrado frecuente o falta de regla), no protege contra las ETS, puede producir aumento de peso, hinchazón, fatiga, nerviosismo y retraso en el restablecimiento de la fertilidad (entre seis meses y un año).

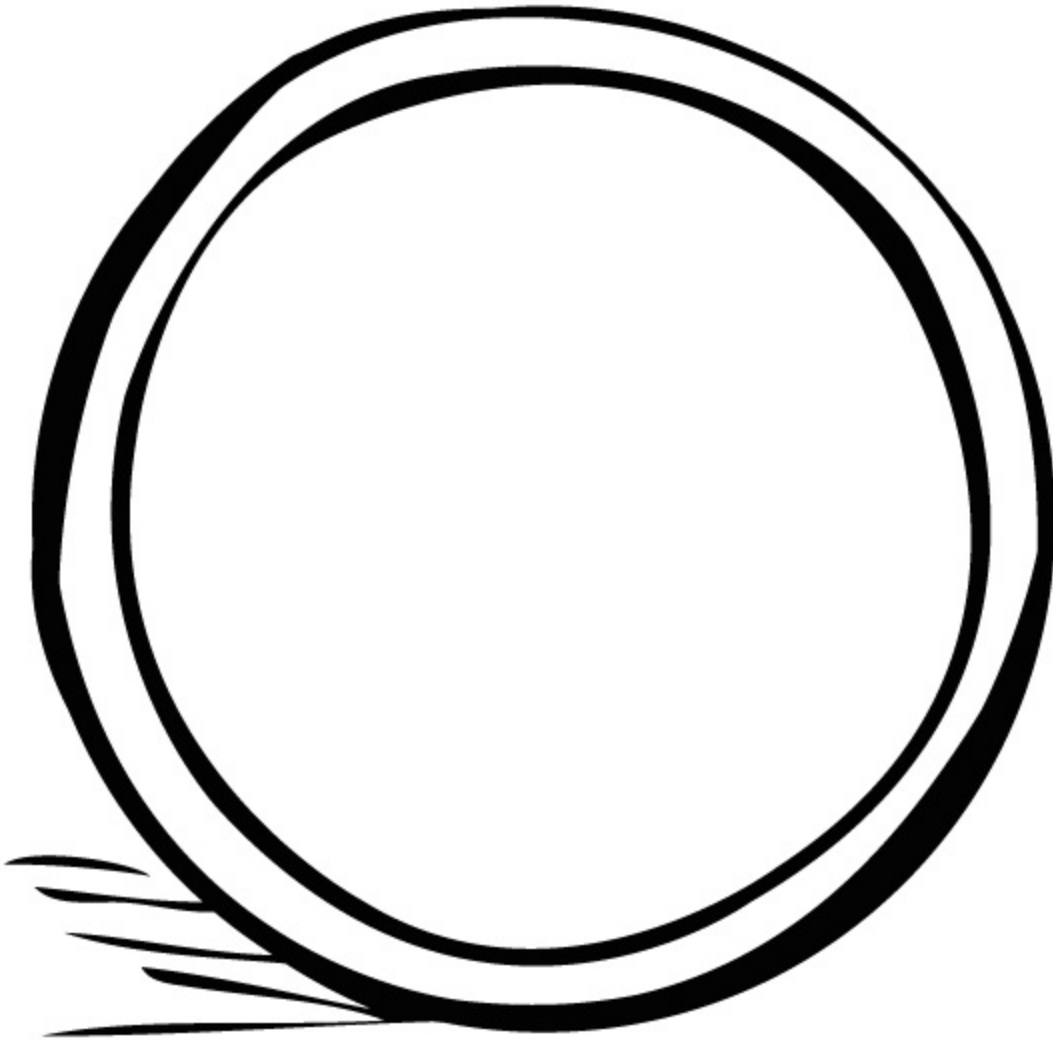
Indicaciones

Para personas con inteligencia límite, incapacidad o deficiencia psíquica o trastornos graves de comportamiento (no autocontrol, no responsabilidad), cuando no es recomendable la administración hormonal oral (por trastornos hepáticos, por ejemplo), cuando la mujer tiene más de 35 años y considera que su familia ya está formada y quiere algo seguro y sin complicaciones, en personas con inestabilidad emocional o que tienen relaciones con diferentes varones, en mujeres fértiles consumidoras habituales de droga, en prostitutas que no desean quedar embarazadas, en mujeres que atraviesan una crisis de pareja y no desean quedarse embarazadas, etc.

Contraindicaciones

Adolescentes (por el elevado contenido hormonal en una sola dosis), en mujeres con alteraciones menstruales, si presentan una depresión.

b) *Anillo anticonceptivo vaginal (Nuvaring®)*



Tiene una estructura semejante al marco exterior de un diafragma. La diferencia es que no tiene ninguna misión mecánica y no importa que se mueva en la vagina. Sólo interesa que esté en contacto con la pared vaginal para liberar las sustancias de las que está impregnado. El tamaño más usual es el de 75 mm (el menor es de 54 mm). Esto facilita su colocación, pues basta con que quede completamente introducido en la vagina. Carece de resortes o muelles que lo obliguen a mantener su forma circular permanentemente. El anillo está compuesto por un núcleo central de 4 mm de diámetro de una sustancia inerte, el etinilvinilacetato (EVA), impregnada de etonogestrel y etinilestradiol. Está rodeado de una membrana de la misma sustancia que regula la liberación constante de las hormonas impregnadas en el núcleo. Se liberan al final del día 15 mcgr de etinilestradiol y 120

mcgr de etonogestrel que pasan directamente al torrente circulatorio. A la semana de la colocación se obtienen niveles sanguíneos sostenidos de ambas hormonas que, de no retirar el anillo, se mantienen elevados en concentraciones eficaces hasta al menos 35 días después de la inserción. La gran diferencia con la AHO está en la aceptabilidad. Además de no tener que tomar diariamente una píldora, sólo hay que recordar que hay que retirar el anillo cada tres semanas. Las dosis utilizadas y el impacto metabólico son menores. No interfiere en la relación sexual. Es una alternativa adecuada a la anticoncepción oral que tiene una altísima eficacia (1,18 IP y 0,77 en usuaria perfecta). Las tasas de abandono son muy bajas (9,9%) y normalmente por efectos secundarios (molestias vaginales, menor libido).

Etapas en el diseño de anillos vaginales anticonceptivos

- a) Al principio los anillos se concibieron como una forma de administrar un gestágeno para inducir predominantemente cambios locales (moco y endometrio), pero pronto se observó que estos cambios no eran suficientes y se pensó emplear gestágenos más potentes para influir en la ovulación. El anillo resultante contenía 5 mg de LNG, liberando 20 mcgr/día de sustancia activa durante 90 días. Se inhibía así en un 70% de los casos la ovulación, pero la consecuencia fue la aparición de irregularidades menstruales y pérdidas disfuncionales que, junto a cuadros irritativos locales y la expulsión, son las principales causas de abandono del método.
- b) La segunda generación de anillos vaginales o anillos combinados, para evitar estos efectos, integra en la misma estructura la capacidad de liberación de estradiol y LNG. Se ensayaron diferentes combinaciones reduciendo las alteraciones menstruales y aumentando la eficacia.
- c) Posteriormente aparecen preparados de progestágenos con un perfil poco androgénico como el DSG. Se ha diseñado un anillo multicompartimental y flexible que contiene separadamente etinilestradiol y etonogestrel. Consigue tasas de anovulación superiores al 90%. Se tiene que realizar la inserción el día 5º del ciclo y retirar a las tres semanas.

Forma de uso

1. Colocación entre los días 1º y 5º del ciclo. Después de un aborto, el día que se desee. Se recomienda el uso simultáneo de preservativo hasta el séptimo día postinserción.
2. Retirada: a los 21 días postinserción. Si se produce un olvido, las concentraciones circulantes se mantienen durante 15 días más, pero a partir de los siete días son variables.
3. Retirar el anillo durante relaciones: algunas desean retirarlo por razones de comodidad. Retiradas de menos de tres horas no tienen trascendencia en la eficacia o el control del ciclo. Si se extiende este período, utilizar adicionalmente preservativo siete días.
4. Planificar la menstruación: si se desea adelantar la menstruación puede retirarse el anillo y recolocararlo a los siete días o eventualmente antes. Para prolongaciones de menos de siete días bastará con mantener el anillo colocado los días necesarios.
5. Caída o salida involuntaria: puede lavarse con agua no caliente y recolocarse.

c) Parches transdérmicos (Evra®)



Tienen una superficie de unos 20 cm². En la capa media están disueltos los dos componentes hormonales (6 mg de norelgestromina y 0,6 mg de etinilestradiol) y al mismo tiempo se encuentra la capa adhesiva. Todo cubierto por una capa protectora que debe retirarse antes de la colocación del parche. Por las cantidades que tiene el parche en la capa media se liberan diariamente 150 mcgr de norelgestromina y 20 mcgr de etinilestradiol durante siete días. De todas formas, la cantidad liberada está relacionada con la concentración y con la superficie en contacto con la piel. Tiene una alta eficacia anticonceptiva (0,88% IP y 0,7% en la usuaria perfecta) y un control del ciclo similar al preparado oral, además de un mejor cumplimiento.

Los lugares preferidos de adhesión son: el 54% en la nalga, el 27% en el abdomen y el resto en el antebrazo y el tórax. El 20% de los casos tienen leves reacciones locales en algún momento. Sólo 4,6% tienen problemas de adherencia con parches. Más del 90% de las usuarias se declaran muy satisfechas y es bajísima la tasa de abandono (2,6%).

Todavía hay algunas cuestiones en estudio, como el cumplimiento y reposición del parche si se despegue y su comportamiento ante el sudor (en verano).

Forma de uso

- Colocación el primer día de pérdida menstrual sobre piel sana, limpia, seca, sin vello, ni cremas de las nalgas, brazos, hombros o abdomen.
- Se cambia el parche cada siete días (coincidiendo el mismo día de la semana) hasta un total de tres parches por ciclo.
- Al quitar el último parche, se deja una semana de descanso para comenzar otro ciclo.
- Cualquier manipulación debe realizarse con parches en su fase activa de 7 días y modificando a partir de este momento el día de cambio de parche.
- Olvido del cambio de parche: el parche mantiene concentraciones circulantes efectivas hasta 48 horas después de los siete días indicados. Ello disminuye el impacto del mal cumplimiento sobre la eficacia.
- Despegue o pérdida: Colocar de nuevo si no lleva más de 24 horas en esa situación. Si lleva más de 24 horas debe ponerse otro.

d) Implantes subcutáneos de sólo gestágenos

Para evitar los efectos secundarios derivados de los estrógenos en la anticoncepción hormonal combinada, se desarrollaron un tipo de anticonceptivos sólo con gestágenos. Han evolucionado con los años. Al principio eran sobre todo orales e inyectables (minipíldora e inyectables intramusculares), pero hoy se han introducido en el mercado los implantes subcutáneos (Norplant®, Implanon®, Uniplant®).

Son sistemas de liberación lenta continuada que evitan las grandes variaciones de la AHO. Puede interrumpirse de forma inmediata la liberación de la sustancia activa. Los primeros implantes con finalidad anticonceptiva comenzaron en Finlandia en 1983. En 1990 se aprobaron en Estados Unidos. Son seis cápsulas de silicona que contienen depósitos de Levonorgestrel. Se colocan, entre el primer y quinto día de la menstruación, mediante una pequeña incisión hecha con anestesia local, debajo de la piel de la cara interna del brazo a una profundidad aproximada de 5,8 mm. Liberan constantemente 30 miligramos de Levonorgestrel por día, tras una fase en la que se libera una cantidad ligeramente superior. Tienen la capacidad de liberar cantidades fijas entre 1 y 8 años. Implanon®, por ejemplo, tiene una duración de tres años. Al terminar, se retiran con un procedimiento similar al de la colocación ya que por lo general no son biodegradables. Se recupera entonces la fertilidad. Al retirarlos, es probable que haya cambios en el sangrado vaginal. Un implante que no necesita ser retirado, pues es biodegradable, es el Capronor®. La eficacia depende mucho del peso y entre un 75-90% de las usuarias

presentan cambios en el ritmo menstrual (lo que provoca un abandono del 10% de los casos). Para el Norplant®, uno de los más conocidos, la tasa acumulativa de continuación oscila entre el 90-95%.

Si no se da el bloqueo total de la ovulación, entran otros efectos como la alteración del moco cervical para los espermatozoides (anticonceptivos) y de la mucosa endometrial (antiimplantatorio).

Ventajas

- Reversible, activo a largo plazo, evita la ingesta diaria de comprimidos, mantiene la dosis de forma constante, no requiere seguimiento, elimina muchas de las contraindicaciones de las píldoras (no oral). Adecuado para mujeres reacias a ingerir píldoras, a utilizar métodos barrera, las que rechazan las inyecciones reiteradas, para mujeres mayores de 35 años que no saben si desean tener más hijos, para mujeres con deficiencias psíquicas o intelectuales, o las infectadas con HIV, usuarias de drogas intravenosas y adolescentes, etc.

Desventajas

- Colocación y retirada realizada por personal sanitario adecuado, altera el patrón de sangrado en las reglas, no protege contra ETS. Tiene efectos secundarios como cefaleas, dolor pélvico, aumento de peso, nerviosismo, vértigo, náuseas, acné, etc.

5.2. Anticoncepción de urgencia (ACU)

Son las diversas acciones realizadas para evitar el embarazo, tan pronto como sea posible, después de una relación coital no protegida. El término «píldora del día después» resulta equívoco, pues sugiere la conveniencia de esperar al día siguiente.

Muchas civilizaciones antiguas se refieren ya a actuaciones poscoitales para evitar el embarazo: desde danzas o movimientos enérgicos hasta lavados o introducción de todo tipo de sustancias en la vagina. La llegada de sustancias hormonales permite introducir dificultades para que se produzca la gestación después de un coito no protegido.

En los años sesenta Haspels fue el primero en proponer el uso de dosis elevadas de estrógenos para evitar la gestación en una joven deficiente que había sido violada. De las dosis altas de estrógenos se pasó a la pauta de Yuzpe, combinando estrógenos y gestágenos (introducida como anticonceptivo en 1982), y de ahí a la actual administración de sólo Levonorgestrel. Los estudios realizados en China demostraron que las dosis bajas de Mifepristona eran el método más eficaz y seguro. Hoy está demostrado que la administración de dos tomas de 100 microgramos de etinilestradiol y 500 microgramos de norgestrel, con un intervalo de 12 horas y dentro de las 72 horas que siguen a un coito no protegido, evitan una gestación con muy alta probabilidad.

Indicaciones

1. Todos los casos de violación en los que no haya una protección previa.
2. Relación inesperada no protegida. No se usó anticonceptivo.
3. Accidente con el uso de preservativo: ruptura o deslizamiento en retirada.
4. Incumplimiento en un método anticonceptivo: olvido de pastilla, cambio de parche.
5. Eyaculación anticipada con el método de la retirada.
6. Error de cálculo del período fértil con el uso de métodos naturales.
7. Inserción incorrecta del diafragma o capuchón cervical.
8. Expulsión parcial o total de un DIU.

Tipos de preparados

a) Comienzo antes de las 72 horas después de la relación no protegida

1. *Estrógenos*: en Estados Unidos fue normal la aplicación de pautas con dietilestilbestrol o etinilestradiol durante dos a seis días. En Europa fue más común la prescripción de cinco tabletas de un 1 mg al día durante cinco días. La eficacia es alta y los fallos inferiores al 1%. Actualmente no se recomienda, pues se consigue igual eficacia con dosis menos altas y por miedo a los efectos teratógenos del dietilestilbestrol.
2. *Combinación de estrógeno y gestágeno (la pauta de Yuzpe: Ovoplex o Neogynona)*: dos tomas de 100 mcgr de etinilestradiol y 0,5 mg de LNG separadas 12 horas. La

ventaja es que basta con la adquisición de una caja convencional de anticonceptivos orales de 50 mcgr y tomar dos veces dos comprimidos separados 12 horas. La cantidad de gestágeno es la mitad. La cantidad de estrógenos es igual o mayor. Los efectos colaterales son náuseas y vómitos. También hay píldoras de menor dosis.

3. *Sólo progestágeno (Levonorgestrel: Norlevo y Postinor)*: a principios de los noventa aparece una pauta de administración de dos dosis de 750 mcgr de LNG separadas por 12 horas dentro de las primeras 72 h sucesivas a la relación no protegida. Se obtienen los mismos resultados con la administración simultánea de ambos comprimidos en una dosis única de 1,5 mg. Hoy es la pauta de referencia. Provoca la inhibición de la ovulación, la alteración del transporte de los gametos, el acortamiento de la fase lútea y una acción antiimplantatoria endometrial.
4. *Danazol*: es un andrógeno sintético. Se toman 800 mg en dos o tres dosis. Dos comprimidos antes de 72 h y otros dos en las 12 horas siguientes. Hay pocos efectos colaterales y más baja tasa de fallos que la pauta de Yuzpe.

b) *Comienzo después de las 72 horas de la relación no protegida*

5. *DIU poscoital*: aunque no es AHO, es recomendable cuando han transcurrido 72 h y menos de cinco días. Es adecuado para mujeres que contemplan su uso como método a partir del momento de la colocación. Causa reacción al cuerpo extraño e impide la implantación del blastocito en el endometrio y actúa como un tóxico para el blastocito. No protege de las ETS y tiene la dificultad de que un alto porcentaje de peticionarias son adolescentes que precisan una intervención puntual y en las que el DIU no sería una buena alternativa como método de futuro. Además, está el problema del coste del dispositivo para una sola ocasión y no suele estar disponible en todos los centros.
6. *Mifepristona (RU-486)*: se ha demostrado efectiva una sola dosis de 10 mg. Es más seguro y efectivo. La dosis de 600 miligramos en una sola toma o durante cuatro días a razón de 50 miligramos/día o administrados en los 50 primeros días de la última menstruación provoca la interrupción del embarazo en el 80-90% de los casos, que se eleva al 100% si se le añaden prostaglandinas por vía vaginal. Es una antiprogesterona que bloquea la ovulación, retarda el desarrollo endometrial y causa luteolisis dependiendo del momento de su administración en el ciclo menstrual. Es igual de efectivo que el danazol o la pauta de Yuzpe pero con menos náuseas y vómitos, aunque con mayores alteraciones del ciclo. En España sólo se dispensa a través de farmacia hospitalaria y bajo las condiciones legales de alternativa médica a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) hasta el 49º día de amenorrea, o asociado a prostaglandinas en la interrupción del embarazo por razones terapéuticas (ITE). Este método es importante cuando después de las 72 horas ya no es posible la inserción del DIU en la usuaria. La mifepristona produce una regresión del cuerpo lúteo en el 50% de las mujeres y cambios endometriales que impiden la implantación embrionaria. Puede alterar tanto la ovulación como el transporte

ovular, el proceso de fertilización, el transporte embrionario y la implantación. La RU-486, de todas formas, apenas se emplea para impedir la implantación, sino que se usa cuando ya hay unos días de retraso menstrual, lo cual supone que ya está el embrión implantado. Es, por tanto, una píldora abortiva.

Mecanismos de acción

Algunos afirman que la ACU es una forma precoz de aborto. *Hay que comprender que los mecanismos de acción cambian dependiendo del momento del ciclo menstrual en el que se produce el coito no protegido, del momento en que se comienza el tratamiento y del tipo de tratamiento usado.* En muchos casos, el coito desprotegido se da en momento del ciclo no fértil y su administración sólo sirve para tranquilizar a la mujer. En otros casos, sí se ha dado ya una concepción.

Hay tres hipotéticas ventanas de acción de las hormonas administradas:

1. *Período preovulatorio:* el riesgo de embarazo es muy bajo. Altas dosis de hormonas tomadas por vía oral pueden, en un elevado porcentaje, causar el bloqueo de la ovulación una vez que han llegado al torrente sanguíneo.
2. *Momento de la ovulación:* a las tres horas después de la administración del tratamiento disminuye significativamente el número de espermatozoides que se pueden recuperar de la cavidad uterina. A las cinco horas se ha alcalinizado suficientemente el líquido de la cavidad uterina como para inmovilizar el esperma y a las nueve horas el moco cervical se ha hecho completamente hostil a la penetración. En esta etapa la precocidad en la instauración del tratamiento es crucial, ya que cualquier retraso puede llevar a una situación de alta exposición. Si tiene lugar la concepción, suele no conseguir implantarse en el endometrio, sustancialmente modificado por la ACU.
3. *Fase posovulatoria inmediata:* Igual que (2) pero con mayor riesgo y mayores fracasos en el tratamiento.

Eficacia

El embarazo después de una ACU puede deberse a un embarazo ya establecido, un lapso de tiempo prolongado, una dosis inadecuada, otra exposición coital, un tiempo no adecuado de administración, excesivos vómitos o un fallo de la droga.

La eficacia de la ACU está muy por debajo de la protección que ofrece cualquiera de los métodos anticonceptivos disponibles. La prolongación del intervalo entre exposición y tratamiento disminuye progresivamente su eficacia.

Para algunos autores las posibilidades de embarazo son del 15% tres días antes de la ovulación, del 30% entre dos y un día antes de la ovulación y del 12% en el día de la ovulación y el siguiente. Lo cierto es que existe una amplia horquilla desde el 56 al 89,3% de embarazos evitados dependiendo de los estudios realizados y productos usados. La eficacia varía según la pauta empleada y el intervalo entre coito y

tratamiento. Por ejemplo, con la pauta de Yuzpe, el porcentaje de embarazos, si se toma el tratamiento dentro de las primeras 24 horas, es del 2%. Asciende al 4,1% si se alarga el intervalo a 48 horas y hasta el 4,7% entre 49 y 72 horas. En caso de LNG, las cifras son del 0,4, 1,2 y 2,7%, respectivamente. Por lo tanto, el riesgo relativo de embarazo es la mitad si se administra la pauta de LNG que si se administra la de Yuzpe.

Efectos secundarios e inconvenientes

- Náuseas (50%), que en un 25% de los casos se acompañan de vómitos, sensación de mareo, cansancio y cefaleas. La incidencia es distinta según la pauta utilizada.
- Si se producen vómitos dentro de la hora de haber sido administradas, será necesario repetir la dosis (a veces junto a la píldora se entregan a la mujer tabletas antivómitos).
- Sintomatología digestiva es el doble con la pauta de Yuzpe que con LNG.
- Tensión mamaria o dolor abdominal bajo.
- Modifica la presentación de la menstruación (en el 6% presenta retrasos y en el 40% se altera la duración del ciclo).
- No debe utilizarse como opción anticonceptiva continuada por las altas dosis de hormonas que conlleva.
- Una relación de riesgo desde el punto de vista reproductivo podría serlo también para una ETS. Debe investigarse con discreción y ofrecer el asesoramiento adecuado.
- Toda prescripción de ACU debería acompañarse de una hoja informativa en que se especifique su eficacia, efectos secundarios y su carácter excepcional.

Capítulo 3

Dimensión ética de la anticoncepción

1. Ética de mínimos de la anticoncepción

En este primer epígrafe voy a adentrarme en la búsqueda de unos criterios mínimos morales en la anticoncepción que podamos compartir todos los ciudadanos de una sociedad pluralista. La anticoncepción se ha convertido en un derecho de todos los hombres y mujeres dentro de sus derechos sexuales y reproductivos. Ya el Plan Oficial de Acción de Población Mundial de la *UN Population Conference*, aprobado en 1974 en Bucarest, lo formulaba con claridad:

«Todas las parejas y personas tienen el derecho básico de decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean y el espaciamiento entre cada embarazo, así como la posibilidad de acceder a la información, educación y medios necesarios para ejercer estos derechos; la responsabilidad de las parejas y personas en el ejercicio de este derecho ha de tener en cuenta las necesidades, tanto de sus hijos nacidos como de los futuros, así como sus responsabilidades hacia la comunidad».

Detrás de este derecho y esta responsabilidad hay una nueva experiencia de la sexualidad en la mayoría de nuestros contemporáneos. La sexualidad tiene muchos aspectos positivos y es una clara fuente de gozo vital independientemente de la procreación. Sin duda esta transición debe ser valorada positivamente y está en el fondo de la anticoncepción. Podemos afirmar, sintéticamente, que hemos pasado de:

Una sexualidad como genitalidad	$\frac{1}{0}$	una sexualidad como dimensión integral
Una sexualidad procreativa	$\frac{1}{0}$	una sexualidad como lenguaje de la persona
Una sexualidad como placer	$\frac{1}{0}$	una sexualidad como comunicación
Una sexualidad referida sólo al matrimonio	$\frac{1}{0}$	una sexualidad más autónoma
Una sexualidad ignorada	$\frac{1}{0}$	un mayor conocimiento científico de la sexualidad
Una sexualidad dirigida	$\frac{1}{0}$	un mayor respeto de libertades y derechos
Una sexualidad uniforme	$\frac{1}{0}$	un mayor respeto de la diversidad y la pluralidad

conectada a la religión	1 0	secularizada
Una sexualidad represora	1 0	una sexualidad más lúdica, como juego
Una sexualidad de doble moral	1 0	una sexualidad más directa y menos hipócrita

A pesar de ello en nuestra sociedad actual recibimos una información alejada de la evidencia científica y de la conciencia histórica sobre estos temas. Este es el motivo por el que nos hemos detenido ampliamente en los dos capítulos anteriores de esta obra en los aspectos científicos e históricos. No hay buena ética sin buenos datos científicos y no hay buena ética sin un buen conocimiento de la evolución histórica de las costumbres y normas de los hombres. Este olvido de la ciencia y de la historia nace de una mezcla de ignorancia y de no querer pensar con rigor. También, muchas veces es fruto de una mentalidad simplista e ideológica que no quiere partir de la realidad y no asume un pensar complejo e interdisciplinar.

Una aproximación basada en el respeto a la persona y su autonomía se hace necesaria. El respeto a la autonomía nos conduce a proporcionar la mejor información disponible, a la luz de los últimos conocimientos, para la libre elección de los usuarios de la anticoncepción. Esto es lo que hemos realizado en el segundo capítulo, aunque muy modestamente. Pero la amplia gama de anticonceptivos de que disponemos requiere, más allá de los datos científicos, de la información, del consejo y de la decisión, realizar un profundo análisis ético.

En las dos últimas décadas, la biotecnología con su enorme poder en el mercado ha conseguido nuevas píldoras combinadas, nuevas vías de administración como parches y anillos vaginales, nuevos sistemas de bloqueo tubárico, etc. Pero es necesario que no sólo avance la tecnología y la información, sino también la accesibilidad. Todo individuo y toda pareja deben tener, junto con la información suficiente para tener la libertad de elegir, la accesibilidad a los diferentes métodos anticonceptivos. Pero todavía más importante que la accesibilidad a una variedad de métodos y la información para poder elegir es que tengamos capacidad, sabiduría, hondura, carácter para hacer una «buena elección», para sopesar esa información, para descubrir cómo entran los principios morales que nos orientan en una decisión concreta, para valorar las implicaciones morales del uso de las tecnologías para los individuos, para las parejas y para la sociedad. Por eso es importante atender al sujeto moral y ayudarle a discernir, acompañarle en su decisión, ofrecerle ayudas para una buena elección. La ética no está para ofrecer soluciones y normas cerradas a la discusión sino para orientar nuestras acciones y decisiones racional y prudencialmente. Esta actitud orientativa y dialogante con las personas es la que pretendemos realizar en este tercer capítulo. Se trataría, más allá de los datos técnicos y científicos, de los logros y errores en la historia, de pararse a pensar qué hacemos con nuestras acciones anticonceptivas y en qué nos convertimos individual y colectivamente al asumir unos determinados métodos anticonceptivos. Detrás de una visión más sana y positiva de la sexualidad y detrás de una tecnología y un mercado anticonceptivos, hay que preguntarse, para no ser ingenuos, qué hacemos con

nuestra sexualidad y con los anticonceptivos.

Tenemos que ser conscientes de que hoy disponemos de unos conocimientos de fisiología reproductiva que nos permiten el diseño de técnicas que separan la actividad sexual de la concepción. Las técnicas de reproducción humana asistida permiten el acceso a la maternidad sin actividad sexual y la anticoncepción permite tener actividad sexual sin estar abiertos a la procreación en cada acto. Esto ha supuesto para muchos un cambio en las costumbres sexuales y en los índices de natalidad. La comercialización y la disponibilidad de los anticonceptivos para un gran número de personas han sido claves en la denominada «transición demográfica» por la que hemos pasado de sociedades con alta mortalidad y alta natalidad a sociedades de baja natalidad y baja mortalidad. Por eso hoy más que nunca es necesario reflexionar sobre un ejercicio de la sexualidad que puede perder su dimensión social y relacional, de una sexualidad que olvida construir vínculo y relación y se instala en lo individual, el placer y la fantasía. Se trata también de pensar, sin retórica alguna, si la centralidad del sexo en muchas vidas no lleva al consumo de sexo y al consumo de personas olvidando otras dimensiones de la sexualidad como el juego, la pasión, el amor, la comunicación o el placer. En definitiva, se trata de pensar en un sexo que humaniza, socializa y realiza, y repensar si una sexualidad puramente instrumental, cosificante, fragmentaria, instintiva, siendo parte de nuestra sexualidad, no se está haciendo demasiado dominante en nuestras vidas, relaciones y sociedad. Junto con la anticoncepción que elegimos, hay que pensar en la sexualidad que liberamos, vivimos y expresamos.

La perspectiva que adoptamos en esta reflexión se realiza desde la anticoncepción, es decir, desde el uso de técnicas por parte de individuos o parejas para controlar su fertilidad en un momento determinado y como una opción personal. Esta decisión tendrá en cuenta los factores de la pareja, de la familia, de la sociedad, de la cultura, pero en última instancia es una decisión y opción personal o de pareja. Esto supone dejar a un lado las perspectivas que ponen más su acento en la dimensión más política y pública de las decisiones anticonceptivas. Estas tienden a ver los diferentes métodos como instrumento para objetivos macroeconómicos o políticos prefijados. La anticoncepción no debe estar sometida a imposiciones gubernamentales. La decisión corresponde al individuo o la pareja. Sabiendo que ninguna decisión anticonceptiva es totalmente privada, pues afecta a las relaciones sexuales, modelos familiares, presencia de la técnica en nuestras vidas, equilibrios demográficos, etc.

También partimos de una evidencia: *no hay un método bueno para todo el mundo y no hay un método anticonceptivo seguro totalmente*. Casi todo el mundo demanda que el anticonceptivo sea eficaz, seguro, que no tenga efectos secundarios, que sea fácil de utilizar y que encaje perfectamente con su ritmo de vida sin que eso le suponga un problema notable por estar pendiente del método anticonceptivo. Este método no existe. Por eso, la elección por parte del usuario de un método determinado implica una opción individual o de pareja ante las ventajas e inconvenientes que este presenta con respecto a los demás. Esto supone llevar a cabo una labor de discernimiento, de ponderación y balance de los distintos valores y bienes en juego. El médico o el especialista debe

dialogar aportando a las personas la información esencial de los diferentes métodos de forma clara, comprensible, equilibrada, objetiva y completa para que el usuario o la usuaria descubra y encuentre cuál es el método anticonceptivo que mejor se adapta a sus características individuales y a su estilo de vida, a sus valores y preferencias. Por eso hay que mirar los métodos no abstractamente sino encarnados y referidos a las características, modo de vida y valores de las personas.

Por eso la persona que realiza el consejo anticonceptivo o que acompaña la decisión anticonceptiva debería tener una formación o sensibilidad multidisciplinar. No sólo es una cuestión médico-sanitaria sino también psicológica, ética, social, familiar, de diálogo de pareja, etc. Este personal especializado ha de saber expresar de manera adecuada y delicada y de forma ajustada a la singularidad de cada persona las ventajas/inconvenientes de cada método para que este elija el más adaptado a su modo de vida, valores, preferencias.

A continuación, ofrecemos una serie de valores, principios, bienes o criterios a discernir y tener en cuenta el individuo a la hora de asumir un método anticonceptivo o una decisión anticonceptiva. La decisión última dependerá de cada persona o de la pareja, pero para que sea una decisión seria y en conciencia debería sopesar, pensar y discernir estos valores y bienes en juego.

1.1. Criterios dependientes del sujeto

a) *Información y diálogo sobre las diversas opciones*

La decisión será más adecuada en la medida que la información sea más *completa*. Cuanto más amplia y completa sea la información que sopesamos y discernimos sobre las distintas opciones anticonceptivas, la decisión será mucho mejor. Muchas veces hay más alternativas de las que creemos.

La información debe contrastarse con especialistas de forma que se convierta en una información *exacta, clara y comprensible*, más allá de los términos técnicos y complejos. Incluso antes de elegir, ayuda, muchas veces, *ver y tocar* en concreto los distintos métodos anticonceptivos.

La información buscada deber ser la *adecuada para la persona concreta*, por lo que no sólo es importante proveerse de información, sino también personalizar la información de tal manera que ayude a elegir en el caso concreto.

También hay que combinar la *información técnica con la sensibilidad y la receptividad*. El técnico debe informar de las contraindicaciones, eficacia, efectos secundarios, forma de empleo, pero también debe buscar que el método sea aceptado personalmente. Para ello es muy útil el diálogo con el especialista, con la pareja y consigo mismo. El diálogo permitirá ir cambiando de métodos según vayan cambiando las circunstancias y los riesgos para la salud.

Cuando el diálogo se da en el ámbito de la pareja, el rechazo o el deseo del hijo, por las dimensiones profundas que tiene, se convierte pronto en fuente de perturbación si la

pareja no se pone de acuerdo. Toda pareja, hasta la más feliz, tiene una historia y por eso siempre hay cambios y es un error pensar que basta con haber hallado de una vez por todas el método elegido. El diálogo nunca debe acabar.

b) *Riesgos para la salud*

Hay que tener en cuenta la capacidad del método para modificar el estado de salud del usuario. Este criterio es complejo, pues la valoración objetiva del riesgo puede ser distinta de la percepción social e individual, más subjetiva, que se tiene del método. Además, la valoración numérica del riesgo es distinta en un estudio de casos y controles (número de usuarios del método que presenta una complicación determinada) o en un estudio de cohorte (que compara la incidencia entre un grupo de usuarios y un grupo de control). Es esencial tener en cuenta que el cambio de condiciones de vida, hábitos sexuales y cambios de composición de los preparados hormonales (siempre en evolución y mejora) dificulta la apreciación del impacto a largo plazo. También el factor de permanencia en el mercado tiene su importancia al eliminarse frecuentemente a las usuarias de riesgo de un método determinado que ha sido retirado del mercado. Hay que tener en cuenta los cambios en las características de la menstruación (importantes con el uso del DIU), en la aparición de acné o seborrea, en el peso, los riesgos de padecer enfermedades coronarias o de aparición de cáncer, que hemos señalado con claridad en la segunda parte. En todo caso, hay que tener en cuenta que los anticonceptivos están siempre en proceso de desarrollo y mejora y que las dosis cada vez se ajustan mejor a las personas y se consiguen los mismos efectos anticonceptivos con dosis más bajas. La consulta al médico, para tener una información más precisa, se hace necesaria en algunos casos, pues no hay que menospreciar las repercusiones sobre la salud de algunos anticonceptivos.

c) *Género*

La perspectiva histórica y los datos científicos revelan cómo todavía hoy el tema de la anticoncepción sigue recayendo sobre la mujer. El compañero masculino pocas veces participa y se involucra en la elección del método en la pareja estable y cerrada. Mucho menos en otras situaciones. Esto ha hecho que tengamos una escasa variedad de métodos masculinos. Los motivos fundamentales, de manera sintética, son los siguientes:

- Falta de conocimiento de los problemas sexuales masculinos hasta hace poco.
- Vinculación cultural de la virilidad con la capacidad reproductora.
- Dificultad para encontrar voluntarios para la experimentación clínica.
- Aparente facilidad para frenar la ovulación o la implantación del embrión en la mujer.
- Dificultad en frenar la emisión de los millones de espermatozoides que se producen

diariamente en el hombre.

Por eso hay que ser responsables e introducir una reflexión de género a la hora de elegir el método, sobre todo si es una decisión en pareja. Hasta ahora siempre han recaído los inconvenientes sobre la mujer. Es hora de compartir responsabilidades y cargas. Por eso hay que tener en cuenta que algunos métodos exigen el esfuerzo de dos, mientras otros solicitan el esfuerzo de uno. El método debería ser asumido por los dos para evitar imposiciones y sometimientos de una parte al deseo de la otra.

d) Integridad corporal y vivencia psicológica

También es importante tener en cuenta la vivencia psicológica de la persona al plantearse el uso de un determinado método anticonceptivo. Algunas mujeres lo pueden vivir como una castración o como la privación de lo más representativo de la feminidad (embarazo y maternidad), a otras puede llevarles a cierta depresión y disminución del deseo sexual, otras pueden vivirlo como una esterilización y otras (y otros) con miedo a dejarse llevar por sentimientos e impulsos sexuales fuertes. Algunas mujeres pueden vivirlo como un espacio donde ejercer cierto poder ante el hombre (control del embarazo). Otras, cada vez menos, pueden asociarlo a ser una mujer fácil o «muy liberada». Lo que parece cierto es que cada vez más personas lo viven como fuente de estímulo, ánimo y realización en su vida sexual y de pareja.

Los trastornos psicológicos que pueden rodear al uso de un método anticonceptivo pueden ser: ansiedad, angustia, pérdida de sueño, deseo sexual inhibido, irritabilidad, náuseas. La anticoncepción no es algo banal y toca realidades profundas de la persona como la sexualidad, la relación de pareja, el deseo de paternidad-maternidad, o las relaciones infantiles con toda su complejidad psíquica. Es fundamental reconocer que muchas personas tienen ya una patología previa y otras, por sus creencias o valores, lo aceptan racionalmente pero no emotivamente, lo cual conlleva un cierto malestar psicológico. A veces hay resistencias más o menos conscientes a determinado método bien por ideas infundadas, por miedos a daños corporales, a efectos secundarios, o por la frustración que supone la marcha atrás.

e) Influencia sociocultural o creencial

Las decisiones son más adultas cuanto más se toman desde la propia identidad, los propios valores y creencias, desde el núcleo del sujeto. La decisión suele ser más satisfactoria en la medida que encaja con mi modo de vida y mi proyecto de vida. Hay una racionalidad biográfica en las decisiones que hacen que se integren armónicamente, más o menos, dentro del proyecto de vida del sujeto. No suele tomar la misma decisión una persona que tiene una moral basada en una rígida obediencia a normas y una identificación fuerte con el rol de madre y del hogar que una persona con una profunda valoración de su desarrollo profesional y de la decisión y arrojo en la vida.

Es fundamental tener en cuenta los condicionamientos y la realidad sociocultural que

nos forma y nos conforma. Los valores y tabúes culturales y las prohibiciones más o menos implícitas sobre la sexualidad, los modelos educativos (tan reacios en su mayoría a integrar la educación sexual con seriedad), las normas e ideales de las diferentes tradiciones religiosas, la publicidad anticonceptiva (la bien hecha y la que difunde cierto dramatismo), los roles sociales y de pareja, el miedo al rechazo por parte del otro miembro de la pareja cuando se abordan estos temas (temor a que se produzca un aumento de la frecuencia sexual que no se desea) influyen enormemente. Nuestra decisión difícilmente está desligada de estos factores culturales: modelo educativo, tabúes, creencias, imagen pública, roles de pareja, etc. Ser consciente de ellos siempre ayuda.

f) *Edad*

Hay opciones distintas según la edad debido al desarrollo y evolución de la actividad sexual y reproductiva. Con los años cambia la percepción y la elección. En la adolescencia, las relaciones sexuales suelen ser, en bastantes casos, no programadas y con parejas no siempre fijas o conocidas, por lo que parecen aconsejables los métodos de barrera. Además, el alcohol y las drogas disminuyen, en muchas ocasiones, el control sobre los propios actos y afectan al consentimiento en algunas relaciones sexuales. Por eso en esta época adolescente se hace necesaria una educación sexual en el respeto y la responsabilidad. En la tercera y cuarta década de la vida los requerimientos son menos específicos y la demanda suele ser más versátil, por lo que sería necesario adaptarse a las necesidades individuales. Con la estabilidad de la actividad sexual, con el incremento de la frecuencia y el mayor conocimiento de la pareja, la primera elección suele ser en muchos casos la anticoncepción hormonal, por lo menos hasta el primer embarazo. Los métodos de barrera se usan especialmente en los casos de riesgos de ETS y VIH. Para espaciar los embarazos, se suele elegir el DIU y AHO. Después de los cuarenta hay un incremento en el interés por la eficacia y una disminución de la importancia de la reversibilidad. Muchas personas suelen optar por los métodos irreversibles. En el período perimenopáusico, por su alta eficacia, la AHO (por su influencia vascular, no se recomienda a mayores de 40 años) y los DIU con LNG son elegidos. Los métodos barrera son como «el comodín» de la anticoncepción por ser de gran versatilidad y por estar siempre ahí para la mayoría.

g) *Prevención de VIH y ETS*

Lo primero en el riesgo de adquisición de ETS y VIH es diferenciar si la pareja es estable y cerrada o la persona tiene un número de compañeros sexuales elevado y entre desconocidos, con lo cual el riesgo aumenta.

La realidad del VIH y su efecto mortal, en algunos casos en los países desarrollados, y en muchos casos en los países en desarrollo, hace fundamental a la hora de elegir un método anticonceptivo tener en cuenta si el método evita el riesgo de contraer esta infección o no.

- El preservativo es el único método anticonceptivo que presenta un claro balance positivo en la prevención de la transmisión de esta enfermedad. Pero, como observamos, tiene una limitada eficacia (ya aportamos los datos), por lo que conviene combinarlo con otros métodos de eficacia mayor, especialmente fuera del contexto de la pareja cerrada y estable.
- Es compleja la valoración de los espermicidas. El Nonoxinol-9 tiene capacidad para inactivar el VIH en el laboratorio. Se considera que los preservativos impregnados con esta sustancia proporcionan una protección efectiva incluso en caso de rotura de preservativo. Pero en ciertos estudios no se comprobó este efecto protector pues, para algunos, las microlesiones vaginales producidas por la esponja contrarrestan el efecto protector del espermicida.
- El DIU puede favorecer la infección por VIH tal como sucede con otras ETS.
- Los preservativos femeninos de poliuretano tienen resistencia mayor que el látex de los preservativos masculinos y tienen la ventaja también de proteger los genitales externos, en los que pueden existir lesiones que actúen como puerta de entrada del virus.

h) Valoración de la vida embrionaria preimplantatoria

No podemos dejar a un lado que en la elección del método hay que sopesar la actitud de la usuaria y del usuario ante la eventualidad de un embarazo y la interrupción voluntaria. Es importante sopesar la posibilidad de esta situación y clarificar la actitud ante la vida embrionaria preimplantatoria. Es muy diferente la actitud de la pareja que no desea la gestación bajo ningún concepto y está dispuesta a cualquier tipo de anticoncepción y aborto, de la pareja que o no tiene claro el valor de esa nueva vida humana que puede nacer o tiene una opción de respeto ante la nueva vida humana. Es muy importante que se tome una decisión coherente conforme a las creencias más profundas de la persona. La opción anticonceptiva tiene que estar en relación con el valor dado a la vida concebida. Por eso, no son iguales moralmente los métodos estrictamente anticonceptivos que aquellos que pueden ser anticonceptivos o antianidatorios. Aunque, gracias a los anticonceptivos, la sexualidad se haya separado en gran parte de la procreación, hay que recordar que nunca la separación es total y hay que valorar lo que significa la vida concebida en relación con el método elegido. Hay que ser responsables con lo que hacemos con la vida humana.

i) Vinculación o desvinculación con pareja estable

En los países de nuestro entorno se está adelantando la media de iniciación sexual. En España está en los 16 años. En estas primeras relaciones sexuales es importante saber que un alto porcentaje de adolescentes se pasa medio año practicando coitos de riesgo sin prevención anticonceptiva, lo que conlleva consecuentemente un aumento de la

anticoncepción poscoital y de abortos voluntarios. Se tienen relaciones sin planificar y la gran mayoría fuera de una pareja estable. El problema es serio. Los educadores tienden a no aceptar positivamente que los jóvenes son sexualmente activos, los profesionales de la salud muchas veces no valoran los efectos de los anticonceptivos sobre los adolescentes y los padres son cada vez más permisivos en horarios, lugares de ocio y viajes que ofrecen variadas ocasiones para que los adolescentes sean sexualmente activos. Los medios de comunicación, el cine y el fácil acceso a la pornografía vía Internet crean un ambiente erotizado. Esto, unido a que los adolescentes tienen normalmente una gran inseguridad, escasos recursos económicos y un gusto por la intimidad en las relaciones, hace que sea necesario y urgente desarrollar una educación afectivo-sexual-emocional en estos temas para que en el ejercicio de su sexualidad, si la llevan a cabo, actúen sin riesgos y responsablemente y la vinculen cada vez más profundamente a una relación.

La educación afectivo-sexual tiene que ir más allá de hablarles de los métodos anticonceptivos. Esta educación debe trabajar el sujeto humano y su madurez, su responsabilidad y cierta disciplina-control, pues están en juego cuestiones graves. También es importante la educación en una sexualidad que vaya construyendo sociabilidad y vínculos, pareja y relación, entrega y encuentro con el otro además de placer. Tenemos que preguntarnos qué hacemos con nuestra sexualidad, qué sentido damos a nuestra sexualidad, qué sexualidad vamos viviendo y construyendo. La existencia más o menos profunda de una relación con una pareja hace que las opciones anticonceptivas puedan ser diferentes. No es lo mismo la anticoncepción en una relación aislada, en una relación sexual con una prostituta, en una relación infiel que en una relación de pareja de varios años.

En la adolescencia, edad donde la mayoría de los encuentros sexuales se dan en relaciones poco estables, la AHO, después del condón, es el segundo método más solicitado por su eficacia, comodidad y ausencia de demostración anticonceptiva en cada relación. Pero su utilización incorrecta ocasiona el mayor número de fallos entre adolescentes y el uso por menores de 16 años puede ocasionar amenorrea e infertilidad. De ahí la necesidad de educar en una mayor responsabilidad.

j) Decisión más o menos voluntaria y personal

Los discapacitados psíquicos son seres sexuados como los demás, pero con menor control de sus impulsos por tener menor inhibición social y estar más expuestos al abuso sexual por su discapacidad. Muchos son aptos para la vida en pareja, pero no todos son aptos para tener o educar a un hijo. Por eso, es necesario plantear el ejercicio responsable de su sexualidad.

Muchas veces el principal problema es la actitud de los padres. La aceptación de la sexualidad de sus hijos les crea un conflicto que refleja sus propios conflictos no resueltos. Los padres suelen responder con una desexualización del hijo retrasado, intentando convencerse de que la sexualidad no le interesa a su hijo. Hay un temor a que sea seducido, a una promiscuidad indiscriminada, a una conducta homosexual o a una

masturbación excesiva. Esta negación y represión no son buenas. Hay que afrontar la realidad de su sexualidad, afectividad y corporalidad. Por eso, en la educación afectivo-sexual de los discapacitados es esencial no culpabilizar y angustiar por la masturbación (siempre que se realice de forma discreta y en lugar adecuado). Hay un problema real con las ETS, ya que los preservativos son un método inadecuado para ellos. En los adolescentes se plantea la anticoncepción hormonal o el DIU, y en adultos, desde la información y el diálogo con ellos, sin coacciones, muchos plantean los métodos quirúrgicos (ligadura de trompas y vasectomía). A mayores riesgos, mayor posibilidad de abusos y menor voluntariedad, hay que plantear en determinadas etapas métodos más seguros. Hay discapacidades que mantienen un nivel cognitivo mínimo como para saber lo que están haciendo y que pueden mantener relaciones de forma impredecible e indiscriminada. Hay discapacitados psíquicos que son vulnerables a intercambiar favores sexuales por tabaco, café o dinero. Hay discapacitados con relaciones más o menos estables que suelen tener relaciones sexuales en lugares, muchas veces, no muy adecuados. Los hay también que acuden a la prostitución. No faltan los que están casados y con una relación de pareja adecuada y hay también discapacitados solteros con una afectividad muy integrada y saludable. Esta diversidad de situaciones se dan. Lo que no podemos negar es que hay personas cuya responsabilidad está atenuada y limitada en muchos ámbitos y uno de ellos, a veces, es su responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad. Muchos de ellos son incapaces de considerar su juicio o de cambiar ciertos hábitos irresponsables. Sin caer en paternalismos, sin infantilizar y sin miedos, a veces hay que decidir por otros.

1.2. Criterios dependientes del método

a) *Eficacia*

La eficacia es la capacidad del método para impedir la gestación. Tenemos que reconocer que una valoración estricta resulta muy difícil debido a que debe contrastarse con la fertilidad espontánea de una pareja o un grupo social determinado (la fertilidad varía según regiones y grupos sociales).

Hemos utilizado en la segunda parte el *Índice de Pearl (IP)*, que señala el número de embarazos que presentarían teóricamente 100 mujeres que usaran un mismo método durante un año. A pesar de ello, es importante observar que este índice es un poco impreciso, ya que la eficacia durante el primer año de uso no es equivalente al de los años subsiguientes.

También es importante valorar la *exposición*. Las posibilidades de gestación dependen del azar, es decir, de que coincidan oportunamente un óvulo maduro y un espermatozoide. Las posibilidades de que se den estas circunstancias dependen directamente de la frecuencia coital. Un parámetro de difícil valoración.

Finalmente, hay que tener en cuenta la diferencia entre eficacia teórica y eficacia de uso, sobre todo en métodos que exigen participación del usuario (toma de píldora diaria,

métodos naturales), y realmente casi inexistente en métodos en los que la participación es mínima (implantes, anillos, parches). La eficacia de uso de los distintos métodos varía según el método y las encuestas: los naturales entre el 20 y 40%, los métodos barrera entre el 5 y 20%, el DIU el 3%, la esterilización el 0,5% y la hormonal entre el 0,5 y el 2%.

b) *Reversibilidad*

A lo largo de la historia casi todas las mujeres han buscado la infertilidad transitoria y no han buscado de manera permanente la infertilidad. En la elección del método hay que considerar siempre la posibilidad de que cambien las circunstancias y de que se desee la maternidad en esa nueva etapa de la vida (nueva pareja, muerte del marido, muerte del hijo, etc). La reversibilidad mide la recuperación de la actividad reproductiva al interrumpir el uso. En este sentido es importante considerar las consecuencias sociales y psicológicas de algunos métodos que se consideran *a priori* irreversibles. Debe informarse de las posibilidades actuales de reconstrucción microquirúrgica de trompas o de los deferentes y de la posibilidad de recurso a las técnicas de reproducción humana asistida.

c) *Complejidad-comodidad del uso*

Tendemos a pensar en usuarios alfabetizados, acostumbrados a la representación de los conceptos y con capacidad de ordenar y planificar sus acciones espacial y temporalmente. Pero hay que ser conscientes de que las limitaciones se presentan no sólo en los países en desarrollo sino también en los diversos grupos de especial vulnerabilidad. Los métodos de abstinencia periódica suponen, por ejemplo, un conocimiento bastante avanzado de la fisiología del ciclo menstrual. Otros presuponen el hábito de manejar el calendario, el tiempo. Otros precisan de habilidad manual. La colocación adecuada del diafragma requiere un buen conocimiento del propio cuerpo y una mínima destreza. Una conclusión evidente es que la complejidad en el uso limita el potencial de aplicación del anticonceptivo. También es importante, por eso, desarrollar una buena educación sexual en temas anticonceptivos que aseguren la buena aplicación y adaptación del método anticonceptivo (dibujos, presentación en grupo, vídeos, etc). Además habría que «tener en cuenta» que la anticoncepción «no medicalizara» excesivamente la relación sexual. Ya hay quizá demasiada intervención de la medicina en muchos ámbitos de la vida, y quizá es conveniente no quitar «lo poético» a la relación sexual, limitando en lo posible lo técnico-medicinal.

d) *Intimidad y privacidad*

Un criterio que no se suele tener en cuenta es si el usuario puede acceder fácilmente al método sin mediaciones, lo más privadamente posible: sin acudir a especialistas poder utilizar el método sin riesgos para su salud (no en el caso del DIU), sin tener que acudir a

una farmacia (no en el caso de la píldora), sin que su compañero participe o lo perciba (no en el caso del preservativo o del parche). La persona puede utilizar privadamente el método, incluso sin que su pareja o compañero lo sepa. Mucho mejor es si el método no se puede ver fácilmente. En mujeres muy vulnerables este tipo de opción es muy deseada para defenderse de los embarazos no deseados. Hay que decir que ninguno cumple idealmente estos requisitos aunque, sin duda, unos son más íntimos y privados que otros. En la historia, como vimos, han tenido mucho peso aquellos métodos que se transmitían privada y solidariamente entre las mujeres y amigas.

No se debe imponer como prerrequisito para el uso de métodos anticonceptivos las exploraciones físicas de rutina y la práctica de pruebas si no son necesarias. De todos modos, una exploración ginecológica es siempre aconsejable.

e) *Relación con el coito*

Hay fundamentalmente tres tipos de relación: inmediata, mediata y lejana:

- Inmediata: coito interrumpido y preservativo afectan a la calidad de la relación. En el caso del preservativo es necesario disponer de él en el momento adecuado.
- Mediata: diafragma, esponja vaginal y espermicidas que, aunque no interrumpen la relación, implican la disponibilidad de estos medios y del tiempo y lugar para colocarlos con anterioridad a la relación.
- Lejana: no hay relación temporal específica con el coito. Un ejemplo claro es la esterilización, el DIU o la anticoncepción hormonal.

A estos tres tipos de relación temporal antes del coito hay que añadir la anticoncepción poscoital, que es posterior y que se realiza con la intención de evitar la concepción en una relación ya realizada y no protegida o por error en el uso del método anticonceptivo. Para muchos, comprensiblemente, lo más deseable es una relación mediata o lejana del coito.

f) *Precio*

Puede parecer un criterio o valor poco importante, pero es muy real en muchas circunstancias. En diversos países, a pesar de estar cubiertos teóricamente por la seguridad social, no todos los métodos tienen la misma accesibilidad y desde luego no tienen el mismo precio. Un parche Evra® cuesta en la actualidad unos 15 euros, un anillo vaginal Nuvaring® unos 13 euros, un inyectable como el Topasel® unos 4 euros, un implante como el Implanon® unos 170 euros y la mayoría de las píldoras entre 5 y 10 euros. Hay además muchos métodos que no están aprobados oficialmente, por lo cual los que quieren acceder a ellos tienen que acudir al mercado negro. Además, algunas usuarias se ven obligadas a costear personalmente su opción anticonceptiva. Las prostitutas, por ejemplo, tienen muchas veces que cargar con el uso de preservativos

femeninos (más caro que el masculino). Los adolescentes también, en sus primeras relaciones, buscan métodos más económicos. Por otro lado, hay que tener en cuenta las situaciones de muchos países en desarrollo, donde el coste de la anticoncepción recae casi exclusivamente en manos de los particulares.

g) Accesibilidad

Tiene que ver con la facilidad de la adquisición por la presencia mayor o menor en el mercado. Muchas veces está vinculado a la privacidad. A veces el pudor o la preservación de la propia intimidad impiden que colectivos como los adolescentes recurran a lugares públicos (farmacias, centros de salud) para pedir métodos anticonceptivos. La disponibilidad de ciertos anticonceptivos por medio de máquinas expendedoras los hace más accesibles a ciertos grupos que prefieren preservar su intimidad y que nadie sepa que usan métodos anticonceptivos. Muchas veces, al no ser métodos aprobados oficialmente, no se pueden adquirir en farmacias, con lo que se reduce su accesibilidad. Otras veces, al ser métodos caros y extraordinarios, no pueden estar accesibles en todos los centros de día y a todas horas (DIU con LNG).

1.3. Criterio moral último: decisión responsable en conciencia

La decisión última anticonceptiva es del individuo o de la pareja. El usuario conoce mejor que nadie los aspectos de su sexualidad, de su cuerpo, de su salud, su escala de valores, sus hábitos sexuales, sus proyectos de pareja y de fecundidad, su capacidad económica, sus creencias e influencias socio-culturales. Son estos factores los que acaban determinando la adopción de un método u otro en cada momento. Así, cuando el usuario actúa desde su conciencia personal, se convierte en protagonista de su decisión.

Por eso, al final es la conciencia personal y responsable la que, después de escuchar a los especialistas, a la sociedad, a la pareja, a la familia, a las tradiciones religiosas y morales y a los amigos, toma la decisión. Esta decisión supone en el fondo integrar una triple responsabilidad, una triple respuesta:

- Criterio de fidelidad consigo mismo: ¿cómo actuar en el terreno de la anticoncepción de modo que se respete uno a sí mismo?
- Criterio de sinceridad y autenticidad para con la pareja: ¿cómo actuar en el terreno de la anticoncepción de modo que se respete a la pareja?
- Criterio de responsabilidad social: ¿cómo actuar de modo que se tome en serio la responsabilidad social para con la vida que puede nacer o el fracaso de los métodos?

2. Una ética de máximos.

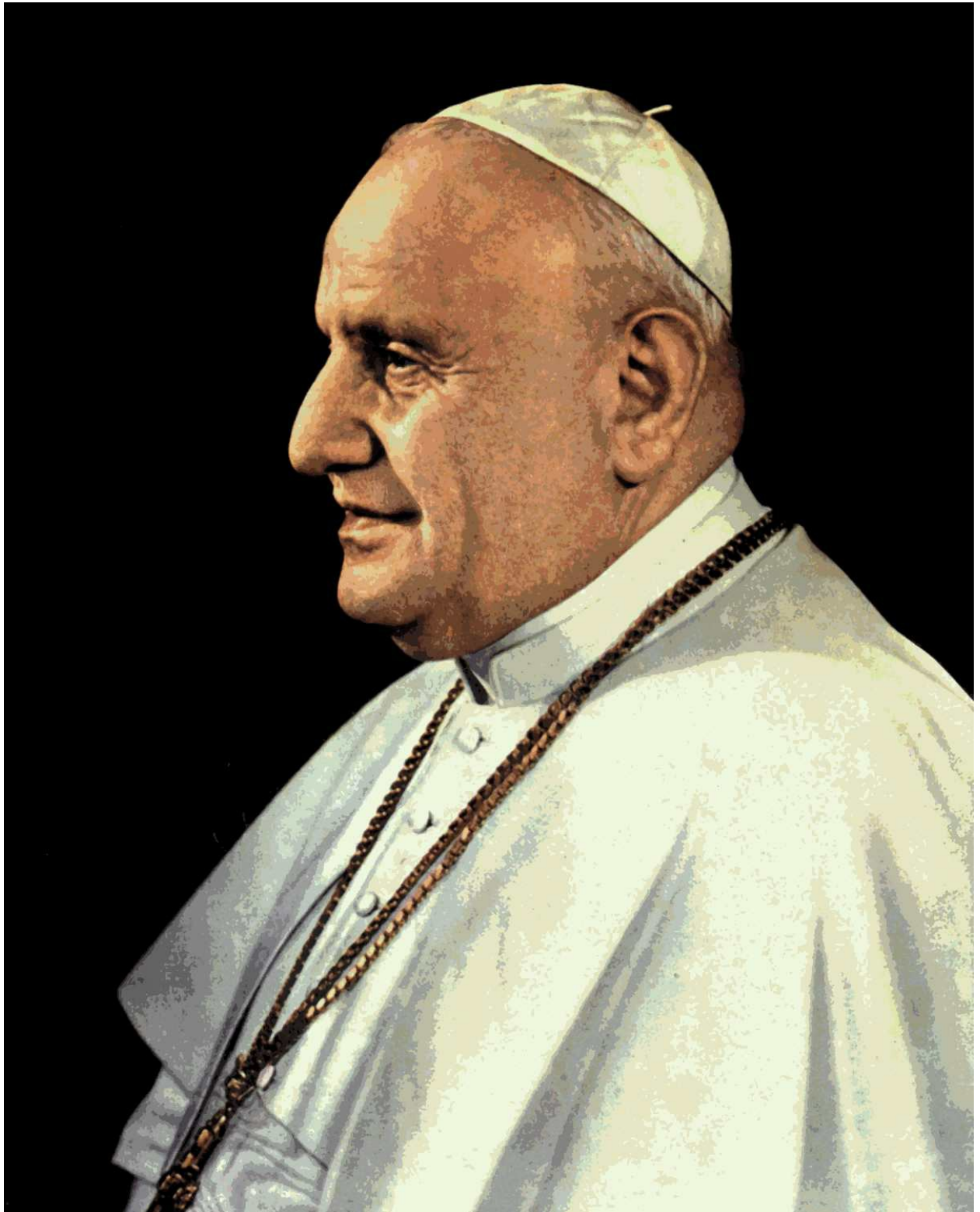
La tradición católica

Ya analizamos en la primera parte la tradición católica en nuestra historia occidental en el tema de la anticoncepción. Pero, para comprender la postura actual de la tradición católica sobre la anticoncepción, es necesario volver al período entre guerras y recordar cómo en esos tiempos convulsos, dominados por un cierto malthusianismo y por las amenazas de la guerra, la Conferencia de Lambeth de la Iglesia anglicana, el 15 de agosto de 1930, aprobó que cuando hay una evidente obligación moral de evitar o limitar la fecundidad y hay sólidas razones morales para evitar la abstinencia completa, pueden utilizarse otros métodos siempre que se haga a la luz de los mismos principios cristianos. Esto suponía el rechazo de la Conferencia de toda regulación por motivos egoístas, de lujo o de simple comodidad.

Es necesario comprender la postura católica como una reacción a esta declaración. Pío XI, con la encíclica *Casti Connubii* (31 de diciembre de 1930), afirma que el acto conyugal está destinado por su íntima naturaleza a la generación de los hijos y que «los que destituyen adrede» de esta finalidad, «obran contra la naturaleza y cometen una acción torpe e intrínsecamente deshonestas». El Papa apela a la doctrina tradicional promulgando que «todo uso del matrimonio, en cuyo ejercicio el acto quede privado, por industria de los hombres, de su fuerza natural de procrear vida, infringe la ley de Dios y de la naturaleza, y quienes tal hicieren contraen la mancha de un grave delito» (Dz 3717). El texto califica la acción basándose en el principio de la observancia de la normativa de la naturaleza, identificando la ley de Dios, la ley moral y la ley de la naturaleza.

Pío XII ratificó el carácter permanente de la doctrina: «Esta prescripción sigue en pleno vigor lo mismo hoy que ayer y tal será mañana y siempre, porque no es un simple precepto del derecho (positivo), sino la expresión de una ley que es natural y divina». Pero en su célebre *Discurso a las comadronas* (29 de octubre de 1951) reconoce que los cónyuges pueden sentirse eximidos de la obligación procreativa por razones terapéuticas.

Juan XXIII, sin embargo, en su encíclica *Mater et Magistra* (15 de mayo de 1961) apela a la «responsabilidad» humana tanto en la constitución de la familia como en la procreación y educación de los hijos (n. 195). El Papa evita entrar en cuestiones concretas. Por eso Juan XXIII no quiso que en el Concilio se dieran, sobre un tema tan controvertido, soluciones precipitadas. Por ese motivo nombró una Comisión de estudio del tema. El nombramiento de la Comisión descalificaba la opinión de que se trataba de una cuestión zanjada.



Al igual que el papa Juan XXIII, los redactores de la constitución pastoral *Gaudium et Spes* del concilio Vaticano II (1965) se contentaron con enunciar algunos principios generales. Varios cambios se dieron con claridad: frente a una concepción jurídica del matrimonio y una ausencia de la importancia del amor, se define el matrimonio como

«comunidad de vida conyugal y amor procreador» (n. 50); frente a una preocupación por la jerarquía de los fines del matrimonio (el fin primario era la procreación) se abandona el lenguaje de la jerarquía de fines; frente a muchos siglos de pesimismo en el terreno sexual, se afirma que los actos sexuales son en sí mismos buenos y dignos y favorecen el encuentro recíproco (n. 49). Sin embargo, el texto que se refiere claramente a la anticoncepción es el n. 50. En él se recogen de manera sintética y con gran maestría las grandes claves teológico-morales sobre el juicio moral responsable en conciencia.

«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» (GS 50).

La respuesta no pudo ser más explícita por la falta de una reflexión profunda sobre el tema y la necesidad de concluir el Concilio. Sin embargo en el siguiente número se afirmaba que «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» (GS 51). Pablo VI retiró el tema de la discusión pública en el aula conciliar. Hubo tensiones y discusiones que hicieron necesario añadir la nota 14 al texto aprobado en el aula conciliar: «Ciertas cuestiones que necesitan más diligente investigación han sido confiadas, por orden del Sumo Pontífice, a la comisión pro-estudio de la población, familia y natalidad, para que, cuando esta acabe su tarea, el Sumo Pontífice dé su juicio. Estando así la doctrina del Magisterio, el Santo Sínodo no pretende imponer inmediatamente soluciones concretas».

La Comisión fue restablecida y Pablo VI amplió el número de miembros para que estuvieran representadas diversas corrientes teológicas, seculares, los representantes de esposos y países con graves problemas de población. Entre los nuevos miembros nombró al arzobispo de Cracovia, Karol Wojtyla, cuyo pensamiento conocía por haber leído su obra *Amor y responsabilidad* (1960). La Comisión concluyó su trabajo en junio de 1966 con división de opiniones. Karol Wojtyla no pudo asistir, pues las autoridades polacas le impidieron participar en esta reunión. La mayoría de los teólogos se inclinaba hacia soluciones abiertas. Esto se reflejó en el *Documentum syntheticum de moralitate regulationis nativitatum* que se entregó al Pontífice. Sólo una minoría consideraba que la doctrina tradicional no podría nunca cambiarse. Nueve teólogos deseaban un cambio frente a tres en contra, tres dudosos y un ausente (Wojtyla). El 17 de abril de 1967 se publicaron los textos en un semanario católico norteamericano. Cuatro eran las condiciones para la aceptación de la anticoncepción por la Comisión:

- Mantengan íntegro el sentido de donación mutua.
- Sean proporcionalmente eficaces.

- Si hay varios medios, deberá escogerse el que suponga y lleve consigo un menor elemento negativo en la expresión del amor mutuo.
- Tener en cuenta las circunstancias de las personas, los tiempos y los lugares.

En estos años no es difícil apreciar diferentes posturas. Son especialmente significativas las diversas intervenciones de los días 29 y 30 de octubre de 1964 sobre el esquema 13 que trataba sobre el matrimonio y la familia. El cardenal Ruffini, por ejemplo, se expresaba con contundencia:

«Creo que debemos imitar a san Agustín, que no temía decir que los esposos que no usan cristianamente el matrimonio caen en el estupro y la prostitución. No tengamos miedo a decir la verdad. Y la verdad es que en este punto no hay nada nuevo que decir: la verdad católica fue ya bien clarificada en la *Casti Connubii* de Pío XI y por el discurso de Pío XII en 1951 a las comadronas. Repitamos aquello y dejemos este asunto».

Sin embargo, Máximos IV, Patriarca de Antioquía, decía:

«Seamos realistas, veamos el real desajuste que hay entre la doctrina oficial de la Iglesia y la práctica contraria de la inmensa mayoría de los cristianos. Muchos cristianos se ven obligados por este problema a vivir fuera de la ley de la Iglesia, lejos de los sacramentos, en una angustia constante. Y todo porque no encuentran una solución viable que les permita responder simultáneamente a dos imperativos hoy contradictorios: lo que les manda su conciencia de cristianos y lo que les exige su vida conyugal moral... Preguntémonos si en nuestras posiciones no somos tributarios de ciertas concepciones anticuadas, de nuestra propia psicología de solteros ajenos al problema, del peso de ciertas condiciones maniqueas que veían la obra de la carne como mala en sí y soportable únicamente porque conducía a la procreación. ¿Pero acaso puede ponerse la rectitud biológica como criterio de moralidad, independientemente de la vida del hogar, de su clima moral, conyugal y familiar y de los graves imperativos de la prudencia?».

El cardenal Ottaviani, después de apelar a la experiencia de sus padres, dice:

«Seamos prudentes. ¿Vamos a dar la impresión de que la Iglesia cambia de doctrina después de veinte siglos? ¿Acaso se ha errado hasta ahora? Seamos prudentes: no nos desviemos de la santa doctrina».

Pablo VI, en el crucial año 1968, publica la encíclica *Humanae vitae* (HV). Los rasgos más importantes de esta encíclica, de modo muy sintético, son:

- Esboza en primer lugar las características del amor humano (sensible y espiritual, total, fecundo, fiel y exclusivo).
- El amor conyugal exige el ejercicio de una paternidad responsable (HV 10).
- Los actos conyugales son honestos y dignos (HV 11).
- Los aspectos unitivo y procreativo del acto conyugal son inseparables (HV 12).
- Licitud de la regulación de la natalidad por graves motivos y en respeto de ley moral.
- Se condena el aborto, la esterilización y la anticoncepción como medios de controlar la natalidad (HV 14).
- Licitud de la anticoncepción por razones terapéuticas (HV 16).

A nuestro juicio, la opción por el rechazo de los métodos anticonceptivos tiene una teología de fondo que es la que está en la base de la decisión del papa Pablo VI. El texto clave es el nº 14:

«Tampoco se pueden invocar como razones válidas para justificar los actos conyugales *intencionalmente infecundos el mal menor o el hecho de que tales actos constituirían un todo con los actos fecundos anteriores o que seguirán 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 eso intrínsecamente deshonesto, pueda ser cohonestado por el conjunto de una vida conyugal fecunda».

Un análisis comparativo profundo de GS 50 y HV 14 descubrirá acentos y conceptos diversos: responsabilidad, conciencia, común acuerdo, discernimiento, ponderación de bienes, docilidad al Magisterio (en GS) o actos, mal menor, totalidad, intrínsecamente deshonesto (en HV). Lo que no podemos dejar de afirmar es que esta diversidad está llamada a un diálogo fecundo en el interior del Magisterio para poder desvelar más clara y plenamente la verdad católica sobre la sexualidad.

Pablo VI publica la encíclica «entre otros motivos porque en el seno de la comisión no se había alcanzado una plena concordancia de juicios acerca de las normas morales a proponer y, sobre todo, porque habían aflorado algunos criterios de soluciones que se separaban de la doctrina moral sobre el matrimonio propuesto por el magisterio de la Iglesia con constante firmeza» (HV 6).

En su mensaje del 31 de julio de 1968, el Papa afirma su deseo de responder con responsabilidad a la Iglesia y a la humanidad: «Ese sentimiento nos ha introducido y sostenido en lo vivo del problema durante los cuatro años requeridos para el estudio y la elaboración de esta encíclica. *Os confesamos que este sentimiento nos ha hecho incluso sufrir no poco espiritualmente...* Estábamos obligados a hacer nuestras las enseñanzas del Concilio por Nos mismo promulgadas». Sin embargo afirma que «*no ha tenido duda alguna al decidir* que debíamos pronunciar nuestra sentencia en los términos expresados por la presente encíclica».

Tras la publicación, ocurrió algo que no se ha vuelto a repetir. Cerca de cuarenta conferencias episcopales de todo el mundo elaboran documentos acogiendo y comentando la encíclica. Varias invitaron a interpretarla apelando al conflicto de valores y deberes. Algunas subrayaron que la HV no incluía un «juicio infalible» y que era lícito seguir, tras un maduro examen, la propia convicción, aunque fuera diversa de la del Papa. Otras recordaban que en casos difíciles la encíclica no obligaba objetivamente y que los esposos pueden encontrarse en un conflicto de deberes y que la elección del que consideran un mal menor no puede considerarse como un acto culpable. Los documentos reflejan las angustias, temores, incertidumbres de muchos fieles y la acogida pastoral por parte de las conferencias episcopales. Ya el concilio Vaticano II recordaba que los obispos no son vicarios del papa, «ya que ejercen potestad propia y son, en verdad, los jefes de los pueblos que gobiernan» (LG 27,2).

Lo cierto es que tras la HV la mayoría de los fieles ignoraron la doctrina papal quizá sin mucha reflexión. Muchos, sobre todo en los años setenta y principios de los ochenta, tuvieron grandes dificultades para continuar como católicos, otros rompieron sus vínculos con la Iglesia, algunos asumieron responsablemente sus divergencias con la Jerarquía sin perder su sentimiento de pertenencia eclesial y otros descubrieron en la enseñanza oficial una fuente de felicidad y armonía.

En este contexto llegó a la Iglesia la figura extraordinaria de Juan Pablo II. Karol Wojtyła quería escribir una nueva obra para responder a los problemas nacidos de la HV retomando más ampliamente lo dicho en *Amor y responsabilidad* (1960). Tenía un esbozo de su nueva obra cuando en agosto de 1978 fue convocado al cónclave que eligió a Juan Pablo I. Aprovechó las interminables sesiones de recuento de votos para proceder a una primera elaboración. Dos meses después, el 16 de octubre de 1978, sería nombrado el primer papa eslavo de la historia de la Iglesia.

Como papa no podía escribir un libro, y con el pretexto de preparar el sínodo de los obispos sobre la familia, empezó a explotar sus investigaciones, semana a semana, en las audiencias generales de los miércoles. Cada miércoles durante más de cuatro años, desde el 5 de septiembre de 1979 al 28 de noviembre de 1984, comenzó a desarrollar estas catequesis. Juan Pablo II fue el primero en consagrar estas audiencias a una exposición sistemática de una catequesis continuada. Sólo al final, el 28 de noviembre de 1984, de manera paradójica, desveló su intención de hacer una teología del cuerpo. Llega a afirmar que, en cierto sentido, todas las reflexiones «constituyen un amplio comentario a la doctrina contenida» en la HV. Es una visión del matrimonio y la sexualidad de una amplitud y profundidad sin par en toda la enseñanza del Magisterio.

Juan Pablo II, en la exhortación pontificia *Familiaris consortio* (1981) que siguió al sínodo de los obispos de 1980, declara que el matrimonio y el amor conyugal están ordenados a la procreación y educación de la prole, en las que ambas instituciones encuentran su coronación. El Papa presenta la HV como una encíclica profética (no como una intervención conservadora del Magisterio) por tres razones: 1) por su denuncia de la utilización egoísta e indiscriminada de las técnicas anticonceptivas, poniendo así un freno al hedonismo; 2) por predecir las consecuencias negativas a que se presta la planificación familiar como arma en manos del primer mundo para reducir a situaciones de neocolonialismo a los países del Tercer Mundo, y 3) por la defensa de un cierto ecologismo, al aceptar únicamente los métodos naturales en el control de la natalidad.

Juan Pablo II, en la *Familiaris consortio* (FC) subraya su vieja idea de la sexualidad como lenguaje: «El anticoncepcionismo impone un lenguaje *objetivamente contradictorio*, es decir, el no darse el uno al otro totalmente» (FC 32). Este juicio no tiene otro fundamento que la inseparabilidad de los aspectos unitivo y procreativo: «Cuando los esposos, mediante el recurso al anticoncepcionismo, separan estos dos significados (...) se comportan como *árbitros del designio divino y manipulan y envilecen la sexualidad humana*, y con ella la propia persona del cónyuge, alterando su valor de donación total» (FC 32). Para el Papa, esta postura es fundamental. «Singular importancia tiene en este campo la unidad de juicio morales y pastorales de los

sacerdotes: tal *unidad debe ser buscada y asegurada cuidadosamente*, para que los fieles no tengan que sufrir ansiedades de conciencia» (FC 34).

No hay que olvidar que en el Sínodo varias voces volvieron a plantear el problema de la doctrina sobre la anticoncepción: «Para muchos este es el núcleo de la presente crisis eclesiológica; creen que el fundamento racional de la enseñanza de la Iglesia no es convincente», dijo con claridad J. Quinn, arzobispo de San Francisco. «El problema es más complejo. Tales personas son frecuentemente buenas, concienzudas, hijos e hijas fieles de la Iglesia. No pueden aceptar que el uso de los anticonceptivos sea en todas las circunstancias intrínsecamente malo, tal como generalmente ha sido entendido». J. Jullien, obispo de Beauvais, hablando de los argumentos que se aportaban en favor de la HV, no dudó en afirmar: «Las intervenciones parecen descansar sobre una intuición muy iluminadora para quienes la tienen, pero no muy convincente para los que no tienen acceso a ella y que con sinceridad están deseosos de comprender».

Pero pocos años más tarde, Juan Pablo II, hablando al II Congreso Internacional de Teología Moral (12 de noviembre de 1988), afirmó tajantemente:

«Pablo VI, calificando al acto contraceptivo como intrínsecamente ilícito, ha pretendido enseñar que la norma moral es tal que *no admite excepciones*: ninguna circunstancia personal o social ha podido jamás, puede y podrá hacer en sí mismo ordenado un semejante acto... *No se trata, en efecto, de una doctrina inventada por el hombre; ella ha sido inscrita por la mano creadora de Dios en la naturaleza misma de la persona humana y ha sido confirmada por él en la revelación. Ponerla en discusión, por tanto, equivale a negar a Dios mismo la obediencia de nuestra inteligencia*. Equivale a preferir el resplandor de nuestra razón a la luz de la Sabiduría Divina, cayendo, así, en la oscuridad del error y acabando por hacer mella en otros puntos fundamentales de la doctrina cristiana».

El texto es, por lo tanto, una clara referencia a la doctrina de Pío XI que señalábamos antes y que reitera la profunda vinculación entre la ley natural y la ley divina.

Con motivo del Año Internacional de la Familia, escribirá la Carta a las familias *Gratissimum sane* (1994), donde reitera el principio clave de la ética conyugal: «Las dos dimensiones de la unión conyugal, la unitiva y la procreativa, no pueden separarse artificialmente sin alterar la vida íntima del mismo acto conyugal» (GrS 12). Y añade:

«En el momento del acto conyugal, el hombre y la mujer están llamados a ratificar de manera responsable *la recíproca entrega* que han hecho de sí mismos con la alianza matrimonial. Ahora bien, la lógica de la *entrega total del uno al otro* implica la potencial apertura a la procreación: el matrimonio está llamado así a realizarse todavía más plenamente como familia. Ciertamente, la entrega recíproca del hombre y de la mujer no tiene como fin solamente el nacimiento de los hijos, sino que es, en sí misma, mutua comunión de amor y de vida. Pero siempre debe *garantizarse la íntima verdad de tal entrega*. “Íntima” no es sinónimo de “subjetiva”. Significa más bien que es esencialmente coherente con la verdad objetiva de aquellos que se entregan. La persona jamás ha de ser considerada un medio para alcanzar un fin; jamás, sobre todo, un medio de “placer”. La persona es y debe ser sólo el fin de todo acto. Solamente entonces la acción corresponde a la verdadera dignidad de la persona» (n. 12).

El año siguiente, en la *Evangelium vitae* (1995), Juan Pablo II denuncia los contravalores inherentes a la «mentalidad anticonceptiva» (EV 13), las medidas políticas que intentan «promover e imponer por cualquier medio una masiva planificación de nacimientos» (EV 16) y apuesta por los métodos naturales de regulación, pues «ofrecen posibilidades concretas para adoptar decisiones en armonía con los valores morales»

(EV 97). Reitera la doctrina tradicional por la que la separación artificial de los dos significados traiciona el sentido de la unión conyugal y *somete al arbitrio* del hombre y de la mujer la fecundidad: «La procreación se *convierte entonces en el “enemigo” a evitar* en la práctica de la sexualidad. Cuando se acepta, es sólo porque manifiesta el propio deseo, o incluso la propia voluntad, de tener un hijo “a toda costa”, y no, en cambio, por expresar la total acogida del otro y, por tanto, la apertura a la riqueza de la vida de la que el hijo es portador» (EV 23).

En el *Catecismo de la Iglesia Católica*, después de repetir el principio de la *inseparable conexión* entre el significado unitivo-procreativo (2366), reconoce que «por razones justificadas, los esposos pueden querer espaciar los nacimientos de sus hijos», invitando en un primer lugar a un serio discernimiento de las actitudes que han de motivar esa decisión responsable (2368). En la cuestión de los métodos repite el texto de la HV 14, en el que se califica de intrínsecamente mala la anticoncepción, mientras que, por otra parte, se consideran conformes a los criterios objetivos de la moralidad la continencia periódica y los métodos de regulación de nacimientos fundados en la autoobservación y el recurso a los períodos infecundos (HV 16), por respetar el cuerpo, y fomentar el afecto y la educación de la libertad de los esposos (2370).

Dos son, por lo tanto, los fundamentos de Juan Pablo II de su postura. Un argumento es teológico. Podemos encontrarlo formulado con claridad en su discurso del 17 de septiembre de 1983:

«La contracepción hay que juzgarla, objetivamente, tan profundamente ilícita, que nunca, por ninguna razón, puede ser justificada... En el origen de toda persona humana hay un acto creador de Dios; ningún hombre viene a la existencia por azar; es siempre término del amor creador de Dios. De esta fundamental verdad de fe y de razón resulta que la capacidad procreadora inscrita en la sexualidad humana es –en su verdad más profunda– cooperación con la potencia creadora de Dios. Y resulta también que de esa misma capacidad el hombre y la mujer no son árbitros, ni tampoco dueños, puesto que están llamados a compartir con ella la decisión creadora de Dios. Por tanto, cuando mediante la contracepción los esposos quitan al ejercicio de la sexualidad conyugal su potencial capacidad procreadora, se atribuyen un poder que pertenece sólo a Dios, el poder de decidir en última instancia la venida a la existencia de una persona humana. Se atribuyen la facultad de ser depositarios últimos de la fuente de la vida humana y no sólo la de ser cooperadores del poder creador de Dios... Pensar o decir lo contrario equivale a defender que en la vida humana se pueden producir situaciones en las cuales sea lícito no reconocer a Dios como Dios».

El otro argumento va en la línea de una fundamentación antropológica. Un texto que recoge esta formulación de Juan Pablo II es FC 32: cuando la pareja separa los dos significados inscritos en el «dinamismo de la comunión sexual, se comportan como árbitros del designio divino y manipulan y envilecen la sexualidad humana, y con ella la propia persona del cónyuge, alterando su valor de donación total».

El papa Benedicto XVI, el 10 de mayo de 2008, siguiendo la tradición de su antecesor, en un discurso a los participantes en un congreso internacional sobre la actualidad de la HV afirmó que «la verdad expresada en la *Humanae vitae* no cambia; más aún, precisamente a la luz de los nuevos descubrimientos científicos, su doctrina se hace más actual e impulsa a reflexionar sobre el valor intrínseco que posee. La palabra clave para entrar con coherencia en sus contenidos sigue siendo el amor». Al final del discurso dice claramente:

«Proporcionar ilusiones falsas en el ámbito del amor o engañar sobre las genuinas responsabilidades que se deben asumir con el ejercicio de la propia sexualidad no hace honor a una sociedad que declara atenerse a los principios de libertad y democracia. La libertad debe conjugarse con la verdad, y la responsabilidad con la fuerza de la entrega al otro, incluso cuando implica sacrificio; sin estos componentes no crece la comunidad de los hombres y siempre está al acecho el peligro de encerrarse en un círculo de egoísmo asfixiante».

No quiero dejar de narrar nuestra historia actual sin referirme al cardenal Martini, jesuita y presidente de la Conferencia Episcopal Italiana durante muchos años. Su postura sobre la anticoncepción, que merece pensarse detenidamente, aparece claramente en un reciente libro, *Coloquios nocturnos en Jerusalén* (2008), donde afirma:

«Lo más triste es que la encíclica es en parte culpable de que muchos ya no tomen más en serio a la Iglesia como interlocutora o maestra. Pero sobre todo a los jóvenes de nuestros países occidentales ya casi ni se les ocurre acudir a representantes de la Iglesia para consultarlos en cuestiones atinentes a la planificación familiar o la sexualidad. Debo admitir que la encíclica *Humanae vitae* ha suscitado también un desarrollo negativo. Muchas personas se han alejado de la Iglesia, y la Iglesia se ha alejado de los hombres. Se ha producido un gran prejuicio... Es en cierto modo trágico que la Iglesia se haya alejado tanto de los afectados por estas cuestiones y de los que buscan respuestas para ellas... Los obispos austriacos, alemanes y muchos otros publicaron declaraciones llenas de preocupación encaminadas en una dirección que nosotros deberíamos continuar en la actualidad».

Una vez recogida nuestra historia reciente, quiero enumerar una serie de criterios cristianos a tener en cuenta para un discernimiento de una decisión responsable anticonceptiva que pueda integrar razonablemente todo lo visto anteriormente.

2.1. Fundamentos de moral cristiana

a) *Valores positivos de nuestra tradición*

Si la HV sólo hubiera pretendido prohibir la utilización de los medios anticonceptivos «artificiales», no habría sido necesario escribir toda una encíclica y entrar en un debate de fondo. El propio Papa, unos días después, el 31 de agosto, decía: «Queremos que os sea conocido el contenido esencial de la encíclica que no es sólo la declaración de una ley moral negativa –es decir, la exclusión de una acción– que se propusiese hacer imposible la procreación, sino que *es, ante todo, la presentación positiva de la moral conyugal en orden a su misión de amor y fecundidad, en la visión integral del hombre y de su vocación* no sólo natural y terrena sino también sobrenatural y eterna». Hay varios aspectos positivos que hay que señalar sin ninguna duda:

1. Defiende la integridad del amor conyugal y valora positivamente la *expresión del amor y del afecto*. Condena la actitud despreciativa del cuerpo. No hay tonos sombríos y reitera la doctrina conciliar de que los actos sexuales son buenos y dignos.
2. Reafirma la *paternidad responsable* del Concilio y el actuar con generosidad en la vocación de padres. No se trata de una confianza pasiva en los procesos biológicos. Incluso defiende la necesidad de regular la natalidad en ciertas circunstancias.
3. *La mentalidad contraceptiva está en contradicción* con la vocación de un cónyuge cristiano. Es comprensible el juicio negativo de todos los medios de control

inspirados en el egoísmo. Hasta la abstención total o periódica es negativa si está inspirada en el egoísmo.

4. *Complejidad de los problemas demográficos.* Es ingenuo pensar que el problema de la superpoblación en los países en vías de desarrollo se soluciona con la divulgación indiscriminada de contraceptivos artificiales. Existe el peligro de que el Estado totalitariamente entre en la regulación de los nacimientos.
5. Existen casos en que el *embarazo nuevo es gravemente irresponsable y contrario a la prudencia cristiana* (por razones terapéuticas).

b) *Benignidad moral: acogida, paciencia. Moral de misericordia*

El episcopado italiano, poco después de la publicación de la HV, realizó un juicio moral benigno sobre ciertas transgresiones:

«Los sacerdotes han de tener presente en todo momento la insistente recomendación de la encíclica a dar prueba “de la paciencia y de la bondad que el mismo Señor dio ejemplo, él que fue ciertamente intransigente con el mal, pero misericordioso con las personas”. Esta bondad evangélica se ha de manifestar, sobre todo, con respecto a aquellos cónyuges cuya falta no se deriva tanto de un rechazo egoísta de la fecundidad sino de la dificultad –muy seria, a veces– para conciliar las exigencias de la paternidad responsable con las de su amor recíproco, que es “un amor plenamente humano, es decir, sensible y espiritual al mismo tiempo”».

El texto habla de paciencia, misericordia, bondad evangélica, dificultad de conciliar. Es un tono diferente y complementario al de la HV.

Jesús de Nazaret vino a curar a los que no estaban sanos, a los enfermos, a los pecadores. A la prostituta le dice: «Yo tampoco te condeno», después de decir a la multitud que quería lapidarla cumpliendo el castigo asignado por la ley: quien esté sin pecado que tire la primera piedra. Su modo de vida quiere apoyar y animar a los que están en camino. Incluso los discípulos van comprendiendo poco a poco su mensaje y sus exigencias. Pedro tarda en entender a su maestro. El mensaje del nazareno no tiene que ver con la exclusión y el castigo sino con la inclusión y el perdón. A los fariseos les acusa de imponer a los otros cargas que ellos mismos no quieren llevar. Jesús, por el contrario, entiende la comunidad de creyentes como un lugar de crecimiento, como una comunidad para los caídos, para los pecadores, para los que quieren descansar de lo duro del camino, para los heridos y enfermos.

Detrás de muchas decisiones anticonceptivas hay situaciones difíciles y dilemas trágicos que afectan a la salud, al bienestar, al amor de la pareja, a las familias. La primera palabra cristiana debe ser siempre la acogida y la misericordia.

c) *Ideales pero también procesos.*

Moral de crecimiento

Ya decía B. Häring que los «educadores y maestros (de moral sexual) deberán tener en cuenta que así como el aprendizaje necesita tiempo, de igual manera, la conversión permanente y el crecimiento hacia la integración, cada vez más plena, en el amor, también necesita tiempo. Deberán definir con toda claridad la meta y dirigir las normas

hacia esa meta; pero deberá permitirse que se pueda dar un paso después de otro».

La ética sexual cristiana ha tendido a fijarse demasiado en los ideales. Se ha descrito muy bien el ideal de la vida matrimonial y de la vida religiosa pero, como dice B. Häring:

«Para valorar el comportamiento sexual, debemos considerar el proceso evolutivo. Así como un sastre no puede hacer una prenda de vestir en abstracto... de igual manera nosotros tampoco podemos valorar la ética sexual abstrayéndola del proceso de desarrollo... Todos somos plenamente conscientes de que el aprendizaje de la lengua, incluido el niño que aprende la lengua de su madre, encierra necesariamente el derecho a cometer equivocaciones. Si dramatizamos los errores gramaticales del que aprende o ridiculizamos la mala pronunciación del niño, estamos haciendo que se inhiba el proceso de aprendizaje. En el desarrollo sexual pasa algo semejante. El lenguaje sexual deberá ser aprendido gradualmente; dramatizar las imperfecciones y errores de la infancia y de la adolescencia conduce a la alienación de la sexualidad».

El Magisterio suele ofrecer una imagen elevada del matrimonio y de la sexualidad muy en contraste con la realidad actual (fracasos matrimoniales, relaciones sexuales tempranas en adolescentes, etc). Quizá haga falta alentar un Magisterio más pastoral que anime y que no cargue con pesados fardos las conciencias en el desarrollo de la personalidad o en los momentos difíciles. Los ideales son necesarios pero no es lo único que debe plantear la moral cristiana. Los auténticos ideales no son ni duros ni blandos si no tienen en cuenta los procesos, los contextos y la diversidad. «*Ultra posse nemo obligatur*», decían los teólogos morales. «No se puede obligar a lo que no se puede», podríamos traducir hoy. Eso quiebra el dinamismo de la persona. Las normas no obligan siempre al heroísmo.

Las dificultades de algunas personas ante algún aspecto de la HV nos recuerdan las dificultades de otra encíclica, esta vez del papa Pío IX, *Quanta cura*, del 8 de diciembre de 1864, en la que se condenó la tesis de la separación de la Iglesia y del Estado. Los católicos liberales se vieron postergados hasta que monseñor Dupanloup, obispo de Orleans, enseñó una distinción esencial: «La doctrina de la encíclica es la tesis; es el ideal; es lo que debiera ser; pero las circunstancias son tales que tenemos el deber de la tolerancia y, en esta hipótesis, podemos y debemos aceptar la separación de la Iglesia y del Estado». Algo semejante puede ocurrir con la HV y los métodos artificiales. Para algunos la HV es la tesis, pero las circunstancias concretas, conflictivas e inevitables, hacen que el mal menor se convierta en un derecho o una necesidad. Pío IX aceptó la distinción.

El papa Pablo VI sabía de las dificultades y quizá por eso la encíclica no contiene condenas radicales, ni amenazas de condena. Además, lejos de excluir de los sacramentos, los que están en dificultad son invitados a recibirlos con mayor frecuencia.



Hay que animar a realizar procesos, caminos, progresos en la anticoncepción. Como Jesús de Nazaret, tenemos que ayudar a asumir e integrar los fracasos como punto de partida de un progreso y de la construcción de la persona. Esto supone aceptar la «ley de la gradualidad» sin simplificaciones ni voluntarismos, como bien dijo Juan Pablo II.

d) *Normas, pero también orientaciones*

Las normas son necesarias, pero no pueden integrar toda la dimensión moral de la vida cristiana. Las normas, no podemos olvidarlo, están al servicio de la construcción de un modo de vida. El sábado es para el hombre y no el hombre para el sábado.

La comunidad cristiana (Magisterio, teólogos, laicos, religiosos, sacerdotes) debe formular orientaciones que definan la fidelidad a la «esencia» cristiana a la vez que debe permitir una variedad de formas para desarrollar y cumplir esa esencia cristiana. Al nivel de la práctica, hay que atender y respetar la responsabilidad de los agentes morales en las circunstancias concretas para realizar los valores humanos y cristianos dentro de contextos sociales especiales. En la ética sexual sería necesario, como en la Doctrina Social de la Iglesia, distinguir entre principios y determinaciones concretas. Habría que ser más claro en los principios que nos orientan y más respetuoso en los juicios

concretos y en las acciones de las personas. Ya el Concilio reconocía que la Iglesia no siempre tiene «a mano una respuesta adecuada a cada cuestión» (GS 33).

Si en el pasado lo relevante era un esquema que señalara qué acto sexual estaba prohibido y qué estaba permitido en/fuera/antes del matrimonio, hoy la pregunta no es si un acto sexual está permitido o prohibido, sino si ese acto construye la relación con el otro, si crece su amor cristiano, si aumenta su fe y nutre su esperanza, aunque los caminos sean diversos, las formas múltiples y no se halle cerca de los ideales por la dificultad de los contextos o de la biografía personal.

e) *Normas, pero también excepciones*

En el terreno sexual tenemos que reconocer, más que en ningún otro, la existencia de casos extremos y excepciones. Si en los mandamientos de la segunda tabla (no mentir, no robar) hay siempre excepciones legítimas, también debería haberlas en las normas sexuales. El mismo Magisterio reconoce la anticoncepción terapéutica. Pablo VI no hizo una interpretación rigorista de lo terapéutico a pesar de algunas sugerencias. Se admitió con tranquilidad el uso de unos anovulatorios por parte de unas monjas del Congo para evitar quedar embarazadas por un riesgo de violación en 1969, se han admitido para regular los ciclos en deportistas en competiciones, para la esterilización penal de delincuentes sexuales reincidentes, para regular el ciclo femenino irregular, para atender una neurosis de embarazo, etc. López Azpitarte se pregunta entonces con agudeza:

«Si se permite el empleo de anovulatorios para curar una erupción cutánea, a mucha gente se le hace incomprensible que no se pueda tolerar cuando está en peligro el amor de los cónyuges o la vida de la madre, por citar únicamente los casos más extremos. Las respuestas que, a veces, se dan en estas circunstancias –Dios no manda imposibles, Él ayudará con su gracia, etc–, podrían también aplicarse a las deficiencias orgánicas. ¿Por qué se admiten para superar una pequeña molestia y no para impedir una tragedia mayor? Buscar la salud psicológica de la pareja, cuando no se consigue por otro camino, parece mucho más importante que eliminar una tenue erupción en la piel».

Jesús es misericordioso ante los pecadores en materia sexual, ante los dramas humanos. La norma se tiene que flexibilizar ante la situación límite, extrema y concreta. La norma interpelada por la realidad tiene que reformular su finalidad con sabiduría práctica, como bien explica Paul Ricoeur.

2.2. Lugar del Magisterio y la Tradición

a) *Todos en camino. Tradición y Magisterio moral en progreso*

Ya el concilio Vaticano II recordaba cómo «la Iglesia camina a través de los siglos hacia la plenitud de la verdad. El Espíritu Santo va introduciendo a los fieles en la verdad plena» (DV 8). El propio Juan Pablo II señalaba también cómo «la Iglesia lleva a cabo un desarrollo doctrinal análogo al que se ha dado en el ámbito de las verdades de fe» (VS 28).

Por este motivo, la Iglesia no puede permitir que la coloquen siempre ante el dilema de tomar una decisión magisterial taxativa o bien callar absolutamente. Son muchos los que quieren que la Iglesia se pronuncie con mayor claridad y contundencia y son también muchos los que creen que la Iglesia debería hablar menos o, incluso, que en estos temas de sexualidad lo que debería hacer es callarse. Lo que no entienden ni unos ni otros es el valor de la palabra del Magisterio. La Iglesia no puede estar siempre ante el dilema de hablar con suprema autoridad infalible o callar sin remedio. La Iglesia está obligada, incluso con el riesgo de incurrir en errores de detalle, a impartir instrucciones magisteriales que poseen indudablemente cierto grado de obligatoriedad y que, no siendo definiciones de fe, comportan cierta provisionalidad, que pueden hacerla incurrir en un posible error.

La Congregación para la Doctrina de la Fe reconoce, con gran sensatez, cuatro tipos de condicionamientos históricos a las declaraciones del Magisterio: los presupuestos, los intereses (intención de resolver determinadas cuestiones), las categorías mentales y la terminología disponible en el momento (*Mysterium Ecclesiae*, 1973). Sus palabras son siempre palabras encarnadas en el tiempo.

El propio papa Pablo VI, en agosto de 1968, reconoció cómo la discusión en torno a la encíclica nos puede llevar a un «mejor» conocimiento de la voluntad de Dios. El 30 de agosto de 1968, en el mensaje remitido a la 82ª *Katholikentag* (Jornadas Católicas de Alemania), dijo: «¡Ojalá la viva discusión suscitada por nuestra encíclica tenga la virtud de llevarnos a un mejor conocimiento de la voluntad de Dios!». De manera semejante en Bogotá, el 24 de agosto de 1968, dijo que esperaba que la «viva discusión... conduzca a un mejor conocimiento de la voluntad de Dios». El Papa reconocía así la necesidad de «entender» y «conocer» mejor.

b) *Magisterio moral reformable, no infalible y auténtico*

Todos conocemos ejemplos antiguos de revisión y progreso, de crecimiento y mayor comprensión en el Magisterio moral: la legitimidad de los préstamos con interés, la organización liberal y democrática de la sociedad, la exégesis bíblica, la teoría de la evolución y el evolucionismo, la libertad religiosa y de conciencia, la primacía del fin procreativo en el matrimonio, la bondad de los actos sexuales conyugales, el juicio moral sobre la guerra justa, la aceptación de la categoría de los Derechos Humanos, etc.

Hemos visto en nuestra revisión histórica cómo fue evolucionando la consideración de los actos sexuales conyugales en la tradición:

- El acto conyugal orientado a procreación con placer es pecado venial (Agustín).
- Cabe un acto conyugal por placer sin intención de procrear que no sea pecado (Le Maistre).
- Es muy difícil probar que es pecado practicar el acto conyugal por placer (Major).
- Practicar el acto conyugal por placer no es pecado (T. Sánchez).

- El acto conyugal es de por sí lícito y digno (Alfonso María Ligorio).
- Los actos conyugales son honestos y dignos, y «ejecutados de manera verdaderamente humana, significan y favorecen el don recíproco, con el que se enriquecen» (GS 49).

A la luz de *Dei verbum* 8, citada anteriormente, tenemos que reconocer el crecimiento en la comprensión, también del Magisterio. Incluso en los dogmas, manteniendo intacto su significado originario, resulta siempre posible incrementar su comprensión y delimitar malentendidos. La Iglesia está formada por hombres situados en la historia. Por ello cabe la eventualidad de que la autoridad magisterial de la Iglesia en el ejercicio de sus funciones incurra en algún error fruto de una comprensión limitada. Todos recordamos la bula *Effrenatam* del papa Sixto V (1588), franciscano severo, que quiso cortar escándalos de prostitución, aborto y anticoncepción con leyes universales que equiparaban estos delitos con las penas canónicas y civiles contra los homicidas. Pasado un año, el papa Gregorio XIV revocó las penas, excepto la referida al aborto.

En ninguna parte de la encíclica HV se encuentra una formulación que dé la impresión de ser una definición ex cátedra. Para que fuera ex cátedra tiene que subrayar explícitamente ese carácter. HV es más cauta, sin duda, que *Casti Connubii*.

Incluso el propio Pablo VI, el 24 de julio de 1964, dijo que las normas emanadas por Pío XII a propósito de la natalidad tenían que considerarse válidas «al menos en tanto no nos sintamos obligados en conciencia a cambiarlas». El Papa parecía dejar clara la hipótesis de la rectificación.

Gaudium et spes 62 distingue entre el depósito de la fe y el modo de formular la fe. *Lumen gentium* 25 también anota la importancia de distinguir entre el tipo de documento y la fórmula empleada. Los presupuestos, las categorías y los conceptos disponibles pueden hacer que se encuentren mejores formulaciones para expresar lo que con autenticidad quiere expresar el Magisterio en su servicio a la palabra de Dios (DV 10). Pero, de todas formas, que sea reformable y esté en progreso muchas veces no implica que sea sin más erróneo, insuficiente o de cualquier modo reformable. Hay verdades de fe católica propuestas por la Iglesia como reveladas, como la inmoralidad del aborto, y verdades propuestas por la Iglesia con carácter definitivo aunque no formalmente reveladas, como la ilicitud de la eutanasia y de la prostitución, que son verdades morales asentadas. Pero, como afirma la Nota Aclaratoria de la fórmula conclusiva de la Profesión de fe de la Congregación para la Doctrina de la Fe (1998), también hay verdades enseñadas por el Magisterio como verdaderas o al menos como seguras aunque no sean propuestas como definitivas. El Magisterio, además, puede intervenir en relación con asuntos de carácter prudencial y discutible, en los que según la instrucción *Donum veritatis* (1990), pueden darse limitaciones y carencias: «En este ámbito de las intervenciones de orden prudencial, ha podido suceder que algunos documentos magisteriales no estuvieran exentos de carencias. Los Pastores no siempre han percibido de inmediato todos los aspectos o toda la complejidad de un problema» (n. 24). Esto no debe llegar a una generalización negativa del Magisterio eclesial de carácter

prudencial: «Sería algo contrario a la verdad si, a partir de algunos determinados casos, se concluyera que el magisterio de la Iglesia se pueda engañar habitualmente en sus juicios prudenciales, o no goza de la asistencia divina en el ejercicio integral de su misión». Por eso, es fundamental ser conscientes de que «sólo después de un cierto tiempo es posible hacer una distinción entre lo necesario y lo contingente», que sólo el tiempo permite «hacer un discernimiento y, después de serios estudios, lograr un verdadero progreso doctrinal». Se trata de ser consciente de la decantación que se realiza con el tiempo. Esto no implica relativizar las normas morales, sino saber que «algunos juicios del Magisterio podrían ser justificados en el momento en que fueron pronunciados, porque las afirmaciones hechas contenían aserciones verdaderas profundamente enlazadas con otras que no eran seguras».

2.3. Conciencia, razón, ley natural y principios

a) *Conciencia cristiana y Magisterio moral*

La Congregación para el Clero en 1971, a propósito de la HV, recordó cómo la tradición moral de la Iglesia es clara al subrayar la inviolabilidad de la conciencia. También señala que el ser humano no debe ser forzado a actuar de forma contraria a su conciencia. Pero la conciencia sólo me vincula a mí y no puede ser convertida en un maestro de doctrina.

Por eso, cuando un fiel cristiano, ante un caso complejo de moral sexual, escucha con sinceridad la palabra de Dios, lee con docilidad la doctrina expuesta por el Magisterio, pide consejo a expertos y pastores, ora con hondura, se revisa constantemente y realiza un serio esfuerzo por comprender, sin lograr entender del todo, la postura moral expuesta por el Magisterio, de ninguna manera podemos hablar de arbitrariedad, ni de subjetivismo, ni de juicios ligeros, superficiales o laxos.

El fiel tiene que aceptar que la propia opinión está también lejos de ser inmune al error. No puede encallarse de modo infantil en la propia opinión subjetiva, incapaz de adoptar una actitud de autocrítica incluso cuando se siente como dictamen de la propia conciencia.

En la tradición moral de la Iglesia siempre se han aceptado los casos de «conciencia cierta, pero invenciblemente errónea» o los casos de «incapacidad para recibir un valor», como decimos hoy de manera más actualizada.

Por eso, aunque la conciencia sea libre, no es libre su formación. De ahí que el concilio Vaticano II afirme (DH 14,3) que «los cristianos, en la formación de su conciencia, deben prestar diligentemente atención a la doctrina sagrada y cierta de la Iglesia [al Magisterio]». La conciencia cristiana nunca puede ser conciencia desligada del Magisterio, pero tampoco mera repetición de él, infiel a sí misma, pues si no nunca se renovaría ese mismo Magisterio en fidelidad al Evangelio al que pretende servir la conciencia cristiana. La conciencia personal se convierte, así, en un lugar teológico donde, con lealtad, se pretende servir al Magisterio, con humildad y autocrítica.

La Conferencia Episcopal austriaca dijo con claridad respecto a la HV:

«Dado que la encíclica no contiene en materia de fe ningún juicio infalible, pudiera darse el caso de que alguno estime no poder aceptar el juicio dado por el magisterio de la Iglesia. Sobre este punto hay que responder lo siguiente: el que en este campo sea competente y después de un serio estudio, y no de una forma ligera y afectiva, ha llegado a esta convicción, puede seguirla. No se equivoca si permanece dispuesto a proseguir su investigación y mostrar además respeto y fidelidad a la Iglesia».

La Conferencia Episcopal canadiense añade que «puesto que no están contra ningún punto de la fe divina o católica ni rehúsan el principio de autoridad de la Iglesia, estos católicos no deben ser considerados, ni considerarse ellos mismos, fuera del cuerpo de los fieles». De forma semejante los obispos escandinavos señalan: «Que ninguno, por tanto, sea considerado como mal católico por la sola razón de un tal disenso». Así, actuar con sincera conciencia en este tema ni nos aparta del amor de Dios, ni nos hace pecadores.

Ya Karl Rahner subrayaba cómo la sabiduría carismática del Magisterio debería consistir en no defenderse de esa superior sabiduría que a veces puede residir en el subordinado y su conciencia. Esta complementariedad es una riqueza para la Iglesia.

b) Derecho natural y razones. Búsqueda común de la verdad

La encíclica HV se dirige a todos los seres humanos de buena voluntad, pero hay que reconocer que el esfuerzo por hacer interlocutores a todos no produjo (ni ha producido) las adhesiones que se querían a la doctrina expuesta.

La Iglesia no es una institución en la que todas las cosas importantes resultan desde el principio claras y de dominio seguro, ni un lugar en el que todo descubrimiento de la verdad opera única y exclusivamente a través de las declaraciones del Magisterio.

El Magisterio es un importante e inalienable instrumento para el descubrimiento de la verdad y el desarrollo doctrinal, pero no el único impulso. El Magisterio tiene su puesto necesario y específico, pero no es el único agente en la búsqueda de la verdad moral cristiana. Tenemos que reconocer que incluso las decisiones dogmáticas han sido la sanción definitiva a un proceso de evolución suscitado por agentes diversos del Magisterio.

El concilio Vaticano II decía valiente y humildemente:

«La Iglesia, que custodia el depósito de la palabra de Dios, de la que se obtienen los principios en el orden religioso y moral, aunque no tiene siempre a mano una respuesta para cada cuestión, desea unir la luz de la Revelación a la pericia de todos para iluminar el camino que la humanidad ha emprendido recientemente» (GS 33).

La búsqueda de la verdad moral cristiana implica reconocer un sistema abierto donde entran, aparte del Magisterio, el sentido de la fe de los fieles, los nuevos conocimientos aportados por los especialistas, el consenso teológico, etc. Fieles, teólogos y expertos tienen que aportar lo específico de su función y no simplemente repetir lo que el Magisterio, desde su específico y necesario lugar, propone al pueblo cristiano. Debe escucharse con profundidad y seriedad a los fieles cristianos y especialmente a las parejas, deben escucharse las diferentes tradiciones teológicas, debe escucharse a los pastores de los diversos países de nuestra Iglesia. También el propio Magisterio debe

profundizar su colegialidad como tantas veces ha hecho. Un ejemplo muy enriquecedor fue la intervención de las distintas conferencias episcopales, desde los diversos contextos y con diferentes acentos, que interpretaron y profundizaron la HV de manera complementaria e integradora desde las diversas inquietudes y esperanzas de sus fieles.

Además, la tradición de la Iglesia ha defendido que sus normas morales son normas de derecho natural y, por lo tanto, razonables y justificables por la razón. Por ese motivo es importante justificar las normas morales que el Magisterio, en el ejercicio necesario de su función, realiza, pero también no indiferente a que algunas de esas normas no pueden siempre ser asumidas y comprendidas racionalmente por los fieles, teólogos y expertos.

Si la ley natural es accesible a todos los fieles y si el Espíritu Santo está presente en cada fiel, hay que reconocer que se ha prestado escasa atención a las ideas y experiencias de los fieles en cuestiones morales. El Concilio reconocía esta necesidad en *Lumen gentium* 62: «Debe reconocerse a los fieles, clérigos o laicos, la debida libertad de investigación, de pensamiento y de hacer conocer, humilde y valerosamente, su manera de ver en el campo de su competencia». Por ello si las consultas son restringidas o unilaterales, se debilita la presunción de verdad de las propuestas morales del Magisterio. No hay que olvidar, como recordaba el cardenal Newmann, que fue la participación de los laicos en la crisis arriana (más que la de los obispos), la que ayudó a superar esta inmensa crisis de fe de la Iglesia.

Por eso, no hay que minusvalorar, ni ignorar, ni acallar a los católicos (fieles, teólogos y expertos) que no acaban de ver como conclusivas algunas de las razones del Magisterio en ciertas cuestiones morales. Estas razones pueden llevar a pensar que habría que renovar la formulación moral de la doctrina cristiana. Recordemos cómo, por ejemplo, en la Comisión papal sobre la anticoncepción, una mayoría de 14 teólogos frente a una minoría de 4 teólogos no veía las razones para mantener la doctrina tradicional. En una Iglesia en camino debemos cuidar esos espacios de diálogo sobre la razonabilidad de las normas morales que decimos nacen del evangelio de Jesucristo.

c) *Respetar la naturaleza y la cultura. Ley biológica y racional*

Hemos observado cómo, a veces, el Magisterio utiliza el argumento de la obligación de respetar las leyes biológicas y los ritmos naturales como reveladores de la voluntad de Dios y de la realidad del hombre. La HV eleva a categoría ética la función biológica del proceso de la naturaleza. El obrar sigue al ser. El comportamiento debe ajustarse a la naturaleza biológica de la persona, en la que Dios ha inscrito las exigencias éticas. Parece haber en el Magisterio actual un claro desplazamiento de una insistencia en la procreación a un mayor énfasis en el respeto a las leyes fisiológicas que se presuponen inscritas por el Creador en la naturaleza.

Lo que hay que reflexionar y no olvidar es cómo la *Donum vitae* (1987), firmada por el cardenal Ratzinger como prefecto de la Congregación para la Doctrina de la Fe, supera ese biologicismo y habla de ley natural no sólo en un sentido biológico, sino racional. Este sentido es ratificado por la *Veritatis splendor* en su número 50. Se trata de unas leyes racionales que derivan de la naturaleza humana.

Varias cuestiones hay que ponderar con detenimiento. Cuando se afirma que la estructura fisiológica sexual (los ciclos de la mujer) desvela el plan de Dios para la pareja humana, hay que pensar que también forma parte del cuerpo humano la razón y el pensar humanos. La palabra divina habla al hombre entero y junto a sus órganos sexuales también a sus brazos, corazón, razón, rostro. Además, lo natural es generativo y degenerativo y siempre hemos aceptado que con la técnica resulta legítimo corregir lo degenerativo. Otro problema es que lo natural, en un sentido puro, es muy difícil de aislar de lo cultural, de una técnica que también es obra de la naturaleza, de un hombre llamado también a recrear y modificar lo natural para mejorar la vida del ser humano. Este es todo un debate que hay que tener en cuenta y que no se puede obviar. Es complejo, pero es necesario repensarlo antes de darlo por cerrado. Muchos cristianos no acaban de comprender que se llamen naturales a ciertos métodos (Billings, Ogino, etc.), mientras que otros métodos anticonceptivos no abortivos son descritos como artificiales (cuando permiten el acto sexual completo). Pero, sobre todo, es importante reconocer con J. Ratzinger cómo «a través del derecho natural entraron por la puerta trasera, primero en la teología y después en las declaraciones hechas más o menos *ex cathedra*, ideas ajenas al cristianismo». No toda apelación a la ley natural es cristiana.

d) *Valor de los proyectos y actitudes en la sexualidad y fecundidad*

La encíclica HV 14 dice que es un error afirmar que un acto conyugal hecho voluntariamente infecundo pueda ser cohonestado por el conjunto de una vida conyugal fecunda. En el n. 11 señala que «todo acto matrimonial debe permanecer abierto a la vida». La fecundidad, por lo tanto, se vincula al acto sexual. Lo que no acaban de ver muchos católicos es cómo los actos sexuales en períodos agenésicos permanecen abiertos a la vida cuando ni en la intención subjetiva ni en una «objetividad natural» están abiertos a la procreación.

La teología y los fieles cristianos deben preguntarse con seriedad y hondura si la conexión de lo unitivo-procreativo es propia del acto sexual (y de cada acto) o del amor sexual que se expresa en cada uno de los gestos sexuales y también en el conjunto de la vida sexual.

Hay en el trasfondo dos antropologías y dos filosofías morales. Una que vincula la fecundidad a las leyes biológicas y los ritmos naturales de la sexualidad como reveladores de la voluntad de Dios en los actos concretos, y otra concepción antropológica que vincula la fecundidad a una actitud interior de la pareja que se actualiza en un proyecto global de fecundidad.

El debate está en si es posible comprender el sentido de los actos aislados sin apelar a cierta intencionalidad, narratividad, historia, proyectos, etc. La cuestión es si la moralidad de los actos puede «encerrarse» en una descripción material y externa de actos sin apelar a intenciones, proyectos, narrativas, historias.

Lo que hay que reconocer es que es inmoral desvincular «intencionalmente» en el proyecto matrimonial la fecundidad. Pero lo que hay que reflexionar hoy en el siglo XXI, en la época en que la anticoncepción y las técnicas de reproducción humana

asistida son aceptadas, dentro de ciertos límites y condiciones, por grandes sectores de la población (con la separación que conllevan: sexo sin hijos –anticoncepción– e hijos sin sexo –técnicas de reproducción humana asistida–), es si la inseparabilidad se tiene que afirmar sin excepciones, incondicionalmente y sin tener en cuenta las circunstancias. Quizá haya llegado el momento de pensar el acto sexual no como un acto de la naturaleza, ni como esencialmente determinado por la naturaleza del acto, sino como un acto de la persona, como bien recordaba el jesuita norteamericano Richard McCormick. Lo que hay que preguntarse es si, junto con mi propio bien, busco el de mi cónyuge y el de toda mi familia dentro de una historia, si lo que hago es expresión de un amor generoso y genuino más allá de determinados actos, si lo que hago favorece nuestro amor y mutuo respeto dentro de mi proyecto de pareja. Quizá haya que plantearse si no hay que recuperar en parte el principio de totalidad dentro de la moral sexual católica sin dejar de valorar los actos concretos y las normas concretas.

e) *El valor del mal menor. Conflicto de valores, bienes y deberes*

No siempre se puede realizar el bien total en una situación concreta, no siempre se puede hacer el mayor bien que pensamos. La realidad posibilita pero también limita. Ya a propósito de la HV, el episcopado francés recordaba «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 el mal, la sabiduría tradicional prevé buscar delante de Dios cuál es en tal coyuntura el deber mayor».

En la tradición moral de la Iglesia ha jugado un lugar fundamental el principio del mal menor. Todos recordamos los ejemplos clásicos de la mentira para salvar una vida, de la tolerancia de la libertad religiosa para facilitar la convivencia, de la amputación de una pierna gangrenada o del tratamiento de cáncer de una madre embarazada a costa de producir un aborto. No podemos dejar de lado tal riqueza aunque debemos tener en cuenta la advertencia de Juan Pablo II de que no se trata de una especie de «equilibrio» entre los bienes-deberes, eligiendo uno y rechazando otro.

Más allá de ese equilibrio, tenemos que reconocer ese «desequilibrio» dramático de la vida que pone a muchas personas en algunos momentos, no en todos, ante la decisión de elegir entre dos situaciones no deseables. La moral sexual está llena de esos dilemas y problemas: el momento de la separación de la pareja tras años de convivencia, la dificultad de la convivencia en unos recién casados, la familia numerosa en la que los padres están en paro, las relaciones sexuales de un matrimonio que vive en distintos países por la emigración de uno de ellos, la violencia y el abuso sexual de uno de los miembros de la pareja, la infidelidad sospechada, etc. En estas situaciones, muchas veces, se juegan valores más importantes que el uso de un método anticonceptivo.

2.4. El criterio último de discernimiento:
el amor

El amor es la primera finalidad del hombre, del matrimonio, de los cónyuges, de la

entrega y de la sexualidad de la pareja. Pero el amor cristiano no es un amor cualquiera, amorfo e indefinido, es un amor-entrega como el de Cristo, amor-misericordia como Jesús con los enfermos y pecadores, amor a los amigos hasta entregar la vida y hasta una muerte ignominiosa en la cruz. Es del amor de lo que seremos examinados y de las prácticas de misericordia (Mt 25): curar enfermos, vestir al desnudo, dar de comer al hambriento y beber al sediento. Es el amor el más alto de los carismas (1Cor 13). Por eso, la consecuencia es clara. Si la imagen de Dios es el amor (1Jn 4,8), toda la ley se cumple con el precepto del amor al prójimo y a Dios. El pecado no es otra cosa que un fracaso en amar que va en contra de nuestro verdadero bien y bienestar, contra nuestros mejores deseos. De ahí que quizá debamos pensar si la miseria de nuestro tiempo es el alejamiento del amor verdadero, si culturalmente no estamos un poco menos capacitados para amar con gran generosidad y si tenemos que preocuparnos menos por la realización de determinadas actividades sexuales.

El amor conyugal es válido por sí mismo y su fecundidad reside en el amor. La fecundidad que va más allá de la fertilidad, es la fecundidad propia del amor. Cuando el amor está presente, los actos conyugales tienen dignidad. Desde aquí es fácil comprender que la sexualidad es un modo de expresión del amor. El amor es lo único que justifica y santifica la actividad sexual. En la moral católica, nada se justifica sin amor y habría que volver a insistir en lo terrible que es una actividad sexual hecha por coacción, por obligación, por imposición, por violencia, por seducción superficial sin amor. Hay muchos actos sexuales que no son fruto del amor y muchos nacimientos que vienen al mundo en parejas que no se aman. Tan terrible como no tener hijos por egoísmo es tenerlos irresponsablemente y sin amor. Nos hemos centrado demasiado en una sexualidad fecunda, pero hemos olvidado que antes que fecunda debe ser un lenguaje verdadero de amor. El amor es el que da sentido a los bienes del matrimonio (*fides, proles, sacramentum*). La fidelidad nace del amor, la fecundidad surge del amor y el sacramento brota del amor.

Tenemos que recuperar la primacía del amor, la finalidad del amor. No podemos dejar de olvidar las recientes palabras del papa Benedicto XVI, el día 10 de mayo de 2008, a los participantes en un congreso internacional sobre la actualidad de la HV: «La palabra clave para entrar con coherencia en sus contenidos sigue siendo el amor».

El amor nos conduce una y otra vez a la bondad «originaria» de la sexualidad, don del Creador. «Y vio que todo era bueno» (Gén 1,31). En la atracción sexual, en lo erótico y en la relación sexual se encuentra una profunda presencia de la realidad divina. Sin problemas aceptamos el componente del amor como esencia de Dios. Conectamos en todo momento el amor con Dios, olvidando que muchas veces lo experimentamos como amor sexual. Quizá para conectar con la mayoría de los jóvenes y adultos de hoy haya que recuperar el amor conyugal como participación en el amor a Dios. El amor sexual refiere a un vivir últimamente en relación. Creyentes y muchos no creyentes piensan que por encima de la soledad palpable hay una profunda relación que rompe incluso los límites de la muerte. Amar es decir: «Quiero que tú no mueras», afirmó G. Marcel. «Todo lo consumado en el amor no será nunca gesta de gusanos», cantaba el

recientemente fallecido Ángel González. La última palabra no puede ser la muerte. Quizá el amor sexual sea expresión de que hay algo «más fuerte que la muerte».

Bibliografía recomendada

ACIÉN P., *Sexualidad, anticoncepción y E.T.S.*, Molloy, Alicante 2002.

CALAF ALSINA J., *Manual básico de anticoncepción*, Masson, Barcelona 2005³.

MACLAREN A., *Historia de los anticonceptivos. De la antigüedad a nuestros días*, Minerva Ediciones, Madrid 1993.

NOONAN J. T., *Contracepción. Desarrollo y análisis del tema a través de los canonistas y teólogos católicos*, Troquel, Buenos Aires 1967.

Índice

[Introducción](#)

[Capítulo 1 Historia de los anticonceptivos](#)

[1. El mundo antiguo: Grecia, Roma e Israel](#)

[1.1. Grecia y Roma](#)

[Consideraciones respecto al aborto y el embrión](#)

[Grecia. La familia, el matrimonio, la sexualidad y la mujer](#)

[Roma y sus personajes](#)

[El matrimonio romano, la descendencia y el control de los nacimientos](#)

[1.2. Judaísmo](#)

[2. El cristianismo primitivo y medieval](#)

[2.1. El Nuevo Testamento \(siglo I\)](#)

[2.2. El estoicismo](#)

[2.3. El gnosticismo](#)

[2.4. La respuesta cristiana](#)

[2.5. El maniqueísmo y san Agustín](#)

[2.6. La moral monástica. Tres monjes que llegaron a obispos](#)

[2.8. La información sobre la anticoncepción en la Alta Edad media](#)

[2.9. Las razones medievales contra la anticoncepción](#)

[La anticoncepción como antinatural en santo Tomás](#)

[2.10. Enfoques alternativos al fin procreativo \(1150-1450\)](#)

[3. Modernidad y nuevas actitudes ante el placer \(1450-1750\)](#)

4. Época contemporánea

4.1. El desarrollo del control de la natalidad entre 1750 y 1900

4.2. El movimiento del control de la natalidad y su reacción (1870-1940)

4.3. Respuesta del Papa y de los obispos (1876-1930)

4.4. La década de los cincuenta y sesenta: la píldora

Capítulo 2 Los anticonceptivos en la actualidad

1. Anticoncepción de barrera

1.1. Preservativo masculino

Tipos de preservativo masculino

Normas básicas para un uso correcto

Eficacia, aceptabilidad y continuidad

1.2. Preservativo femenino

Modo de uso

Eficacia y cumplimiento

1.3. Espermicidas

Modo de uso

1.4. Diafragma

Consulta médica y modo de uso

Diafragma y espermicidas

1.5. Capuchón cervical

1.6. Esponja vaginal

Modo de uso

Eficacia

2. Métodos quirúrgicos

2.1. Esterilización femenina

Métodos

Elección del método

Arrepentimiento y reversión

2.2. Esterilización masculina

Toma de decisión y técnicas

3. Métodos naturales

1. Ninguna artificialidad. No interfiere en el proceso orgánico metabólico u hormonal. Se aprovechan de los cambios fisiológicos del ciclo menstrual o de las variaciones temporales de determinadas épocas.

3.1. Método de la Temperatura Basal Corporal (TBC)

3.2. Moco cervical o flujo vaginal (Billings)

3.3. Método del ritmo o del calendario

Ogino en caso de ciclo entre 26-30 días

Knaus en caso de ciclo entre 26-30 días

3.4. Métodos sintotérmicos

3.5. Lactancia materna prolongada

3.6. Otros métodos naturales

Test de ovulación basados en la detección de LH (Hormona luteinizante)

Coito interrumpido (coitus interruptus o marcha atrás)

4. Dispositivo intrauterino (DIU)

Mecanismo de acción del DIU

Normas de utilización

Indicaciones

Contraindicaciones

Complicaciones

DIU medicados de liberación lenta continuada (de sólo gestágenos)

5. Anticoncepción hormonal

5.1. Anticoncepción hormonal continua

5.1.1. La Anticoncepción Hormonal Oral (AHO). La píldora

Tipos de preparados

Indicaciones del AOC

Contraindicaciones del AOC

Indicaciones de las PPS

Contraindicaciones de las PPS

Exploración previa y asesoramiento de la AHO

En resumen...

5.1.2. Otros anticonceptivos hormonales

a) Inyectables intramusculares (Topasel® y Depo-progrevera® 150)

b) Anillo anticonceptivo vaginal (Nuvaring®)

Forma de uso

c) Parches transdérmicos (Evra®)

Forma de uso

d) Implantes subcutáneos de sólo gestágenos

5.2. Anticoncepción de urgencia (ACU)

Indicaciones

Tipos de preparados

Mecanismos de acción

Eficacia

Efectos secundarios e inconvenientes

Capítulo 3 Dimensión ética de la anticoncepción

1. Ética de mínimos de la anticoncepción

1.1. Criterios dependientes del sujeto

a) Información y diálogo sobre las diversas opciones

b) Riesgos para la salud

c) Género

d) Integridad corporal y vivencia psicológica

e) Influencia sociocultural o creencial

f) Edad

g) Prevención de VIH y ETS

h) Valoración de la vida embrionaria preimplantatoria

i) Vinculación o desvinculación con pareja estable

j) Decisión más o menos voluntaria y personal

1.2. Criterios dependientes del método

a) Eficacia

b) Reversibilidad

c) Complejidad-comodidad del uso

d) Intimidad y privacidad

e) Relación con el coito

f) Precio

g) Accesibilidad

1.3. Criterio moral último: decisión responsable en conciencia

2.1. Fundamentos de moral cristiana

a) Valores positivos de nuestra tradición

c) Ideales pero también procesos. Moral de crecimiento

d) Normas, pero también orientaciones

e) Normas, pero también excepciones

2.2. Lugar del Magisterio y la Tradición

a) Todos en camino. Tradición y Magisterio moral en progreso

b) Magisterio moral reformable, no infalible y auténtico

2.3. Conciencia, razón, ley natural y principios

a) Conciencia cristiana y Magisterio moral

b) Derecho natural y razones. Búsqueda común de la verdad

c) Respetar la naturaleza y la cultura. Ley biológica y racional

d) Valor de los proyectos y actitudes en la sexualidad y fecundidad

e) El valor del mal menor. Conflicto de valores, bienes y deberes

2.4. El criterio último de discernimiento: el amor

Bibliografía recomendada

Índice

Introducción	4
Capítulo 1 Historia de los anticonceptivos	5
1. El mundo antiguo: Grecia, Roma e Israel	6
1.1. Grecia y Roma	6
Consideraciones respecto al aborto y el embrión	8
Grecia. La familia, el matrimonio, la sexualidad y la mujer	11
Roma y sus personajes	12
El matrimonio romano, la descendencia y el control de los nacimientos	12
1.2. Judaísmo	14
2. El cristianismo primitivo y medieval	17
2.1. El Nuevo Testamento (siglo I)	17
2.2. El estoicismo	18
2.3. El gnosticismo	19
2.4. La respuesta cristiana	20
2.5. El maniqueísmo y san Agustín	24
2.6. La moral monástica. Tres monjes que llegaron a obispos	28
2.8. La información sobre la anticoncepción en la Alta Edad media	34
2.9. Las razones medievales contra la anticoncepción	37
La anticoncepción como antinatural en santo Tomás	38
2.10. Enfoques alternativos al fin procreativo (1150-1450)	39
3. Modernidad y nuevas actitudes ante el placer (1450-1750)	41
4. Época contemporánea	46
4.1. El desarrollo del control de la natalidad entre 1750 y 1900	46
4.2. El movimiento del control de la natalidad y su reacción (1870-1940)	53
4.3. Respuesta del Papa y de los obispos (1876-1930)	57
4.4. La década de los cincuenta y sesenta: la píldora	61
Capítulo 2 Los anticonceptivos en la actualidad	66
1. Anticoncepción de barrera	67
1.1. Preservativo masculino	67
Tipos de preservativo masculino	69
Normas básicas para un uso correcto	70
Eficacia, aceptabilidad y continuidad	70
1.2. Preservativo femenino	73

Modo de uso	74
Eficacia y cumplimiento	74
1.3. Espermicidas	76
Modo de uso	76
1.4. Diafragma	79
Consulta médica y modo de uso	79
Diafragma y espermicidas	80
1.5. Capuchón cervical	82
1.6. Esponja vaginal	83
Modo de uso	83
Eficacia	83
2. Métodos quirúrgicos	85
2.1. Esterilización femenina	85
Métodos	85
Elección del método	86
Arrepentimiento y reversión	88
2.2. Esterilización masculina	88
Toma de decisión y técnicas	88
3. Métodos naturales	90
1. Ninguna artificialidad. No interfiere en el proceso orgánico metabólico u hormonal. Se aprovechan de los cambios fisiológicos del ciclo menstrual o de las variaciones temporales de determinadas épocas.	91
3.1. Método de la Temperatura Basal Corporal (TBC)	92
3.2. Moco cervical o flujo vaginal (Billings)	94
3.3. Método del ritmo o del calendario	97
Ogino en caso de ciclo entre 26-30 días	98
Knaus en caso de ciclo entre 26-30 días	99
3.4. Métodos sintotérmicos	100
3.5. Lactancia materna prolongada	100
3.6. Otros métodos naturales	100
Test de ovulación basados en la detección de LH (Hormona luteinizante)	100
Coito interrumpido (coitus interruptus o marcha atrás)	101
4. Dispositivo intrauterino (DIU)	102
Mecanismo de acción del DIU	103
Normas de utilización	103
Indicaciones	104

Contraindicaciones	105
Complicaciones	107
DIU medicados de liberación lenta continuada (de sólo gestágenos)	107
5. Anticoncepción hormonal	109
5.1. Anticoncepción hormonal continua	109
5.1.1. La Anticoncepción Hormonal Oral (AHO). La píldora	109
Tipos de preparados	110
Indicaciones del AOC	113
Contraindicaciones del AOC	113
Indicaciones de las PPS	115
Contraindicaciones de las PPS	115
Exploración previa y asesoramiento de la AHO	115
En resumen...	115
5.1.2. Otros anticonceptivos hormonales	119
a) Inyectables intramusculares (Topasel® y Depo-progrevera® 150)	120
b) Anillo anticonceptivo vaginal (Nuvaring®)	122
Forma de uso	125
c) Parches transdérmicos (Evra®)	125
Forma de uso	127
d) Implantes subcutáneos de sólo gestágenos	127
5.2. Anticoncepción de urgencia (ACU)	129
Indicaciones	129
Tipos de preparados	129
Mecanismos de acción	131
Eficacia	131
Efectos secundarios e inconvenientes	132
Capítulo 3 Dimensión ética de la anticoncepción	133
1. Ética de mínimos de la anticoncepción	133
1.1. Criterios dependientes del sujeto	136
a) Información y diálogo sobre las diversas opciones	136
b) Riesgos para la salud	137
c) Género	137
d) Integridad corporal y vivencia psicológica	138
e) Influencia sociocultural o creencial	138
f) Edad	139

g) Prevención de VIH y ETS	139
h) Valoración de la vida embrionaria preimplantatoria	140
i) Vinculación o desvinculación con pareja estable	140
j) Decisión más o menos voluntaria y personal	141
1.2. Criterios dependientes del método	142
a) Eficacia	142
b) Reversibilidad	143
c) Complejidad-comodidad del uso	143
d) Intimidad y privacidad	143
e) Relación con el coito	144
f) Precio	144
g) Accesibilidad	145
1.3. Criterio moral último: decisión responsable en conciencia	145
2.1. Fundamentos de moral cristiana	154
a) Valores positivos de nuestra tradición	154
c) Ideales pero también procesos. Moral de crecimiento	155
d) Normas, pero también orientaciones	157
e) Normas, pero también excepciones	158
2.2. Lugar del Magisterio y la Tradición	158
a) Todos en camino. Tradición y Magisterio moral en progreso	158
b) Magisterio moral reformable, no infalible y auténtico	159
2.3. Conciencia, razón, ley natural y principios	161
a) Conciencia cristiana y Magisterio moral	161
b) Derecho natural y razones. Búsqueda común de la verdad	162
c) Respetar la naturaleza y la cultura. Ley biológica y racional	163
d) Valor de los proyectos y actitudes en la sexualidad y fecundidad	164
e) El valor del mal menor. Conflicto de valores, bienes y deberes	165
2.4. El criterio último de discernimiento: el amor	165
Bibliografía recomendada	168