

¿Cómo afrontar la infertilidad de modo médico, respetando a las personas y el amor conyugal? La ayuda de la naprotecnología en estos procesos

How to face infertility from a medical perspective, respecting the human person and married love? NaProTechnology's help in these processes

José Francisco Vaquero*

Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

Helena Marcos**

FertilityCare, España

María Victoria Mena***

Naprotec, Barcelona, España

Venancio Carrión****

Naprotec, Barcelona, España

<https://doi.org/10.36105/mye.2023v34n1.05>

* Máster en Bioética por la Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España. Correo electrónico: jose.fco.vaquero@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-3611-7070>

** Médico general. Especialista en métodos naturales de reconocimiento de la fertilidad. Correo electrónico: hmarcosfertilitycare@gmail.com <https://orcid.org/0000-0001-6709-9015>

*** Ginecólogo. Especialista en métodos naturales de reconocimiento de la fertilidad. Correo electrónico: oroel7@yahoo.es <https://orcid.org/0000-0001-7765-3550>

**** Presidente de Naprotec. Correo electrónico: vcarrion@naprotec.es <https://orcid.org/0000-0002-1216-6636>

Recepción: 26/02/22 Aceptación: 10/10/22

Resumen

¿Qué hacer cuando el matrimonio quiere tener un hijo y éste tarda en venir, o simplemente no viene? La naprotecnología, como estudio médico de la fertilidad masculina y femenina, ofrece una respuesta válida para afrontar esta situación de infertilidad/esterilidad.

Seguimos como camino el método triangular propuesto por Elio Sgrecia: ver los datos científicos para realizar un análisis antropológico y una valoración ética que oriente el actuar concreto.

La naprotecnología, como ciencia médica, constituye un abordaje médico y científico que busca resolver los trastornos reproductivos y ginecológicos del varón y de la mujer, identificando las principales causas que afectan a la verdadera salud reproductiva. A partir de este diagnóstico, busca corregir las posibles alteraciones y restaurar la salud y fertilidad. Este modo de afrontar la infertilidad/esterilidad se ilustra con varios casos clínicos y los resultados obtenidos en España durante los años 2015 a 2021.

A continuación, realizamos un análisis antropológico del modo de afrontar la infertilidad, analizando el sujeto que la padece: ¿Quién es el ser humano? ¿Cómo es su sexualidad? ¿En qué entorno se realiza primordialmente la procreación? Con esta base esbozamos un juicio ético ante este modo de afrontar los problemas de infertilidad/esterilidad.

Palabras clave: naprotecnología, infertilidad, esterilidad, procreación.

1. Introducción

En muchos países de Europa y Norteamérica estamos inmersos en un invierno demográfico. En el continente europeo el índice de fertilidad en 2020 ha sido de 1.53 hijos por mujer, lejos del 2.1 que garantiza el relevo generacional. Únicamente Georgia se aproxima a esa cifra con 1.98. Le siguen Francia y Rumanía, con 1.8. En el lado opuesto, cierran la tabla Malta 1.13, España 1.19 e Italia 1.24 (1).

No sólo descende la natalidad, también aumenta la infertilidad, definida como la incapacidad de concebir tras un año o más de relaciones sexuales regulares sin protección. Los datos disponibles indican

que entre 48 millones de parejas y 186 millones de personas tienen infertilidad en todo el mundo (2). Esto supone que aproximadamente una de cada siete parejas en edad reproductiva presentara problemas para tener descendencia (3). Se estima, además, que en más del 90% de los casos se podría superar esta situación si se hiciera un diagnóstico adecuado (4). En España alrededor del 15% de las parejas en edad fértil tienen problemas para concebir (5).

Constatamos, sin embargo, que el deseo de los matrimonios de tener uno o más hijos sigue siendo actual. Quieren, pero no pueden. Subyace, entre otros, un problema de lenguaje: los médicos creen que tienen la obligación de “dar” un hijo para cumplir con un “derecho” de los padres, derecho exigido y cimentado sobre el deseo. Con este planteamiento, y movidos por el cortoplacismo, se corre el peligro de no hacer medicina, pasando demasiado rápido por el análisis y diagnóstico del paciente. El hijo se convierte en un objeto de deseo y deja de recibirse como un don.

2. Planteamiento del problema. Metodología

¿Qué hacer cuando el matrimonio quiere tener un hijo y éste tarda en venir, o simplemente no viene? ¿La única salida, no exenta de problemas, es recurrir a una técnica de reproducción asistida? La naprotecnología¹ y, en sentido más amplio, la medicina restauradora de la fertilidad, como estudio médico de la fertilidad masculina y femenina ofrece una respuesta válida ante una situación de infertilidad; más aún, abre un camino de mejora de la salud sexual, contribuyendo también a la salud integral de la persona.

Como método para analizar este problema se ha optado por el camino propuesto por Elio Sgreccia en su contribución a la bioética y bautizado como método triangular (6). En el desarrollo de este método recorreremos tres momentos sucesivos:

¹ En este artículo utilizamos la palabra “naprotecnología” para facilitar la lectura, si bien el término preciso y correcto es “NaproTechnology” tal y como viene citado por su iniciador, el Dr. Thomas Hilgers y su equipo.

1. Los datos. El momento del análisis científico que nos proporciona los datos objetivos, ya sean numéricos o descriptivos. En el presente artículo nos limitamos a un lugar y espacio concreto: España, años 2015 a 2021.
2. Implicaciones antropológicas. El momento de profundizar en las implicaciones antropológicas de la acción propuesta.
3. Análisis e implicaciones éticas. El momento práctico, en que se aplicarán las reflexiones realizadas al problema concreto y se postula una respuesta.

3. Los datos

Antes de estudiar los datos o resultados que nos ofrece la naprotecnología en España durante el periodo 2015 a 2021, analizamos brevemente los datos descriptivos que nos muestran qué es y cuáles son sus principios.

3.1. Datos descriptivos

La naprotecnología y en general la medicina restauradora de la fertilidad, como ciencia médica, se puede definir como medicina procreativa basada en el reconocimiento del ciclo menstrual de la mujer. Esta subespecialidad médica constituye un abordaje médico y científico que busca resolver los trastornos reproductivos y ginecológicos, tanto de la mujer como del varón, identificando las principales causas que afectan a la verdadera salud reproductiva (7). A partir de aquí se busca corregir las posibles alteraciones y restaurar la salud y fertilidad (8,9).

La infertilidad no es una enfermedad, es un síntoma de una o varias posibles enfermedades orgánicas u hormonales. La acción del médico se debería centrar en diagnosticar las causas masculinas y/o femeninas que provocan la situación, posiblemente temporal, de infertilidad o esterilidad (10).

La mujer realiza un registro gráfico de su ciclo mediante un método estandarizado de observación, reconocimiento y registro del

flujo (en especial el moco cervical y el sangrado vaginal) (8). La gráfica que recoge sus anotaciones se utiliza como herramienta para plantear los estudios médicos necesarios, dirigiéndolos al momento concreto del ciclo que deseamos estudiar. De este modo, la mujer es parte activa en el control y seguimiento de su salud ginecológica y reproductiva. Este seguimiento del moco cervical puede reflejar, además, niveles hormonales subóptimos y fases lúteas cortas o variables (11).

No se trata simplemente de un método natural que ayuda al reconocimiento natural del ciclo, identificando la ventana de fertilidad para buscar o espaciar el embarazo; estamos más bien ante un abordaje médico que utiliza, como una de sus herramientas, un método natural de reconocimiento de la fertilidad. Gracias a esta información se pueden identificar problemas y realizar tratamientos en momentos específicos del ciclo menstrual. El objetivo es, por tanto, mejorar las condiciones fisiológicas de cada ciclo menstrual para así facilitar la concepción natural (12).

Los especialistas en esta ciencia recomiendan la utilización del Modelo Creighton (*Creighton Model FertilityCare System*) sistematización del método de ovulación Billings, si bien es una preferencia no exclusiva ni excluyente con respecto a otros métodos naturales de reconocimiento de la fertilidad. Formalmente, suele hablarse de naprotecnología cuando se utiliza el Modelo Creighton, y de medicina restauradora de la fertilidad cuando se utiliza cualquier otro método natural de reconocimiento de la fertilidad. Además de esta herramienta, la naprotecnología utiliza también análisis hormonales, ecografías u otros procedimientos médicos que pueden ayudar y completar el diagnóstico.

La naprotecnología identifica los posibles problemas, coopera con los ciclos menstruales, corrige hasta donde es posible las deficiencias detectadas, todo ello respetando la ecología humana, y su naturaleza. Ante el problema inicial planteado, busca la solución desde la salud íntegra de la mujer y del varón, promoviendo la verdadera salud sexual del matrimonio: la salud de la mujer, la salud del varón y la salud de la unión varón-mujer que llamamos matrimonio. La

perspectiva de los estudios realizados por la nanotecnología no se centra exclusivamente en la mujer, si bien su ciclo sexual tiene mayor complejidad que la fertilidad masculina, que es más lineal. Ambos modos de fertilidad confluyen en la fertilidad del matrimonio.

No está de más recordar la definición que da la Organización Mundial de la Salud (OMS) de salud sexual: “Un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia” (13). Destacamos únicamente dos detalles:

- El bienestar integral: físico, mental (trascendente o espiritual) y social.
- Un enfoque positivo de la sexualidad, con esa misma característica de integridad: dimensión física, dimensión mental o trascendental, y dimensión social o encaminada a la procreación humana.

La nanotecnología, sintetiza María Isabel Valdés en su tesis doctoral, se dirige al estudio de las disfunciones reproductivas asociadas con la infertilidad, siendo las más frecuentes, la disminución en la producción de la secreción cervical, el sangrado o manchado intermenstrual, la fase lútea corta o variable, así como la alteración de los niveles de hormonas ováricas estrógeno y progesterona (14).

En la actualidad, el estudio de la infertilidad masculina no está demasiado presente en la práctica médica. A los varones con problemas de subfertilidad e infertilidad se les deriva con demasiada frecuencia a unidades de reproducción artificial, donde se les ofrece como opciones la inseminación artificial, la fecundación in vitro o el recurso de una donación de gametos. Agarwal afirma que alrededor del 30% de los hombres que buscan ayuda en este tema poseen una alteración seminal de etiología desconocida. Por lo tanto, existe una creciente necesidad de encontrar las causas que conllevan a la infertilidad (15).

Pocas veces se les ofrece como primera opción la oportunidad de investigar en profundidad las causas de su problema, y de darles un tratamiento específico. Este procedimiento evade la correcta perspectiva médica: buscar la causa del problema de la infertilidad o subfertilidad y emplear los medios necesarios para su curación. Las técnicas de reproducción asistida, constata Boyle, se centran en la consecución del embarazo, independientemente de la patología subyacente (12).

La naprotecnología parte de que la infertilidad no es una enfermedad, sino uno de los síntomas de una o varias posibles enfermedades subyacentes, orgánicas u hormonales (12). Los expertos constatan que pocas veces tiene una única causa; y por ello hay que analizarla y diagnosticar desde una perspectiva multifactorial. La causa idiopática (o causa desconocida) de por sí es insuficiente para el rigor científico de una disciplina como la Medicina. Ya Aristóteles hablaba de ciencia como *cognitio certa per causas* (conocimiento cierto por sus causas), y ese ideal científico nunca debe perderse de vista en el trabajo diario.

La naprotecnología se desarrolló a partir de 1976, gracias a los estudios de Thomas W. Hilgers, tocoginecólogo y especialista en medicina reproductiva (16). En 1985 inauguró en Omaha, Nebraska el Instituto San Pablo VI para el estudio de la reproducción humana. En el 2004 publicó el libro *The Medical and Surgical Practice of NaProTechnology* (17).

Phil Boyle, médico de familia que trajo la naprotecnología a Europa, sintetiza este trabajo médico en tres fases sucesivas (12,18):

1. Fase de investigación: las pacientes aprenden a realizar un seguimiento especializado de su ciclo menstrual utilizando el sistema de gráficas del Modelo Creighton u otro apropiado. Estas gráficas se complementan con un estudio hormonal, principalmente del estradiol y la progesterona, a lo largo del ciclo menstrual, realizando un paralelismo entre fase del ciclo y nivel hormonal.

2. Fase de corrección, se tratará de corregir la patología que afecta a la fertilidad, a través de la administración de diferentes medicamentos que, personalizados adecuadamente, pueden mejorar la fertilidad o el moco cervical: vitamina B6, acetilcisteína, guaifenesina, plantago, hiedra o ampicilina. También puede ser conveniente administrar algún inhibidor de la prolactina o ciertas dosis de progesterona lútea (19). En algunas ocasiones esta fase de corrección puede requerir diversas intervenciones quirúrgicas, normalmente mediante laparoscopia.
3. Fase de concepción, fase que se extiende entre 1 y 12 ciclos menstruales en los que la pareja intentará la concepción mediante relaciones sexuales. Estos ciclos se caracterizan por mostrar un patrón normal en las gráficas del Modelo Creighton, tener unos niveles correctos de progesterona y estradiol, y en los que incluso se puede comprobar la rotura folicular mediante una ecografía. En caso de no conseguir embarazo, el tratamiento suele interrumpirse para buscar nuevas alternativas a la situación actual.

El estudio de la naprotecnología llega a España en el año 2014, gracias a María Victoria Mena, especialista en ginecología, monitora del Modelo Creighton y consultora médica en el tema. Al año siguiente Helena Marcos, monitora del Modelo Creighton y de otros métodos naturales de reconocimiento de la fertilidad, y también consultora médica en naprotecnología, abre la segunda consulta de esta especialidad en España.

A los pocos meses se une el esfuerzo de algunos matrimonios que empiezan a colaborar en su difusión. La iniciativa se concreta en el portal www.naprotec.es que ofrece información y asesoría desde el año 2016. En el año 2017 se constituye la Asociación Española de Naprotecnología, Naprotec, para continuar este trabajo de asesoría, acompañamiento y diagnóstico.

Esta asociación busca coordinar el trabajo de asesoría y acompañamiento a los matrimonios interesados en esta ciencia. Dicho fin se concreta en tres notas importantes:

- Acompañar y asesorar a las personas y matrimonios que acuden a ella, movidos por algún tema relacionado con la infertilidad/esterilidad, o buscando conocer su propio cuerpo y sus periodos de fertilidad/infertilidad por medio del Modelo Creighton.
- Que los usuarios aprendan, principalmente la mujer, a reconocer su ciclo a partir de la observación de diversos biomarcadores.
- Actuar médicamente y diagnosticar, con base en las observaciones realizadas, y dentro de una vivencia integral de la sexualidad.

3.2. Datos numéricos: resultados de la naprotecnología en España (años 2015-2021)

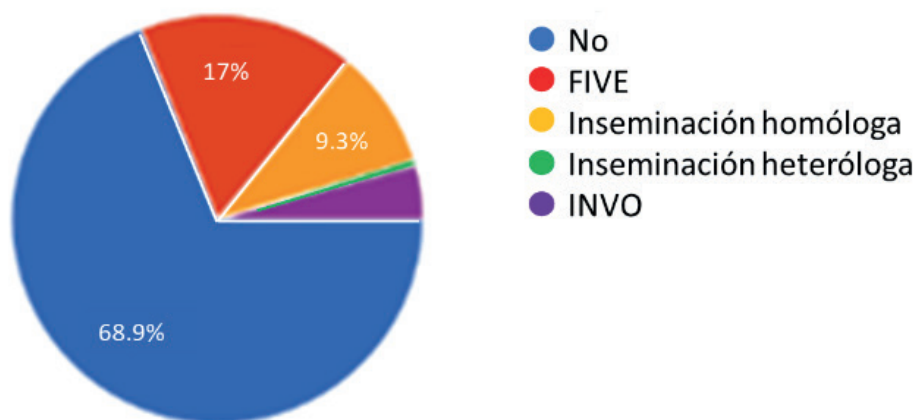
La naprotecnología tiene un recorrido histórico de más de cuatro décadas, si bien no hay demasiados datos publicados. Stanford *et al.* informaron del resultado de uno de los primeros estudios sistemáticos sobre el tema. Se estudió a 1,072 parejas con una edad media de 35.8 años realizado entre 1998 y 2002. Aproximadamente el 40% de las parejas llegaron a concebir un hijo, con una tasa de aborto espontáneo del 1.4% (20).

Exponemos a continuación los datos, limitándonos a un espacio geográfico y un tiempo concreto: España, entre los años 2015 y 2021.

En estos siete años, la asesoría ofrecida por Naprotec (www.naprotec.es) y la Asociación Española de Naprotecnología, ha atendido a 5,100 matrimonios. Actualmente la edad media de las personas que se informan es de 33.8 años para la mujer y 35.8 para el varón. En estos dos últimos años ha descendido la edad media, por lo que se constata que la naprotecnología está llegando a un público más joven. Naprotec tiene activado un programa para jóvenes universitarias y otro para adolescentes. Las doctoras Mena y Marcos han tratado en su consulta de naprotecnología a 1.560 matrimonios (21).

Sobre la población que pide información antes de acudir a los especialistas en naprotecnología y como se muestra en la Gráfica 1, el 75% sufre esterilidad o infertilidad primaria, no tienen hijos vivos, el 25% ya tienen algún hijo. El 33% vienen de alguna técnica de reproducción antes de informarse sobre naprotecnología, ya sea fecundación in vitro o inseminación artificial o fecundación in vivo.

Gráfica 1. Asistencia previa a técnicas de reproducción artificial



Fuente: Naprotec; 2019.

Centrándonos en la población que está en consulta médica con las especialistas de naprotecnología, entre 2015 y 2021 se han contabilizado 300 embarazos, de los cuales ya han nacido 201 niños vivos. En el momento actual hay 99 gestaciones en curso (21). El fin principal de la naprotecnología no es únicamente conseguir un embarazo, si

bien se busca facilitar su consecución, sino sobre todo mejorar la salud global para facilitar la fertilidad.

Es de gran interés el estudio realizado por Venancio Carrión en el capítulo 8 de su libro *La naprotecnología y más allá*, que recoge datos e información de 55 matrimonios tratados por Mena y Marcos. Estos pacientes fueron atendidos en España entre los años 2015-2019 (22).

En el estudio se analizan distintos temas, de los que resaltamos los siguientes:

- a) Relación de cantidad de mujeres por franja de edad.

La edad de la mujer es una de las variables que más se considera ante situaciones de infertilidad o esterilidad. Sabemos que la fertilidad en la mujer se ve condicionada por la edad, especialmente a partir de los 35 años. En la Tabla 1 se muestra la cantidad de mujeres por franja de edad.

Tabla 1. Cantidad de mujeres por franja de edad

Franja de edad (años)	Cantidad de mujeres
23 a 27	4
28 a 32	18
33 a 37	20
38 a 42	13

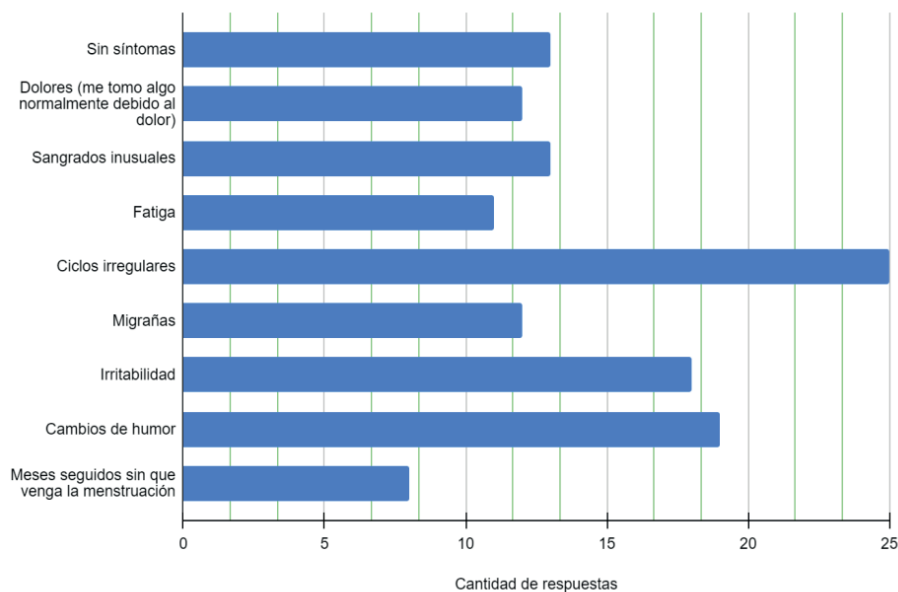
Fuente: elaboración propia.

- b) Síntomas que detectan las pacientes antes de acudir a la naprotecnología.

En la Gráfica 2 se puede ver qué síntomas identifica la mujer que se encuentra con un problema de esterilidad o infertilidad. Muchas de

las frases nos presentan situaciones que las mujeres han asumido como normales; la regla duele, algún día debo tomar un analgésico para paliar o aliviar el dolor, etcétera. Prácticamente la mitad de las mujeres encuestadas identifica que su ciclo es irregular y reconoce irritabilidad o cambios de humor días antes de la menstruación.

Gráfica 2. Síntomas que identifica la mujer que se encuentra con un problema de esterilidad o infertilidad

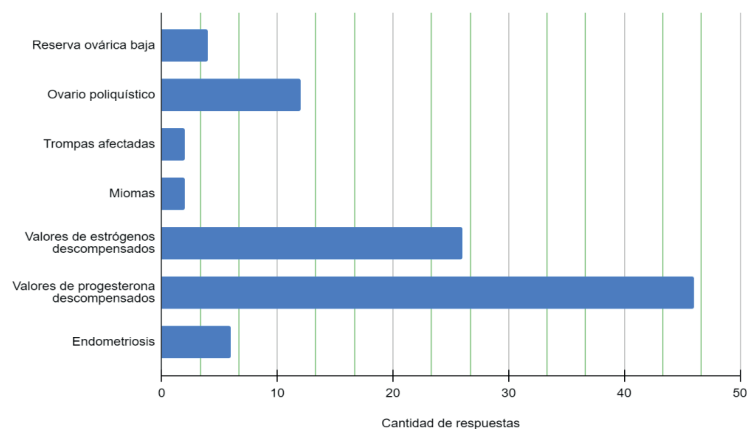


Fuente: elaboración propia.

c) Diagnóstico de la mujer y del varón.

En la siguiente Gráfica 3, podemos ver que la causa hormonal es la más relevante. Se trata sobre todo de estrógenos y progesterona descompensados.

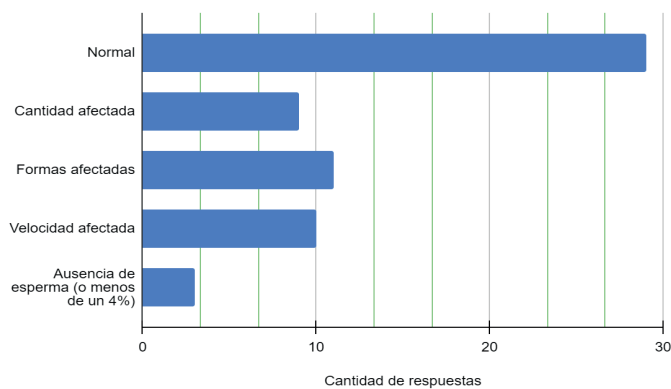
Gráfica 3. Diagnóstico de la mujer



Fuente: elaboración propia.

Todo estudio de esterilidad o infertilidad debe considerar también la situación del varón. En esta línea, uno de los estudios básicos es el seminograma. En la mayoría de los casos se constata un seminograma normal, aunque en algunos pacientes también aparecen indicadores de subfertilidad como se muestra en la Gráfica 4.

Gráfica 4. Seminograma del varón



Fuente: elaboración propia.

Sobre la base de este estudio podemos formular las siguientes conclusiones (22).

- Podemos ver cómo la nanotecnología y/o la Medicina Restauradora de la Fertilidad son una verdadera respuesta ante los diagnósticos de esterilidad/infertilidad. Si el matrimonio se mantiene el tiempo necesario y realiza todos los estudios que se piden, se puede llegar a un buen diagnóstico.
- La edad no es una limitación, ya que el estudio se centra en la salud de la mujer. Cualquier mujer con menstruación puede ser estudiada.
- Hemos visto que las personas de mayor edad no son las que más tiempo han necesitado para lograr un embarazo, incluso si han acudido a técnicas de reproducción. Se abre pues una esperanza a dedicar los esfuerzos a un buen estudio que llegue a las causas, sin sentirse presionadas por la edad.
- El desarreglo hormonal es la causa más presente en las diferentes mujeres de la muestra. Mucho se puede hacer regulando los niveles de estrógenos y progesterona.
- La nanotecnología puede estudiar casos de esterilidad o infertilidad, ya sean situaciones primarias o secundarias; un ejemplo de esta infertilidad secundaria son los abortos de repetición.

Después de estos datos globales, citamos cuatro casos clínicos de pacientes tratados por estas especialistas en España, como ejemplo de cómo se realizan los diagnósticos y los tratamientos en esta especialidad.

Caso clínico 1

Mujer de 34 años, cuatro meses intentando el embarazo. Ciclos cortos de 22 a 29 días. Discreta elevación de la prolactina, que responde pronto al tratamiento. En sus gráficas de temperatura se aprecia una

fase postovulatoria extremadamente acortada, que se asocia a un 100% de abortos, según datos del Dr. Hilgers (17), por lo que es necesario tratamiento. También presenta valores elevados de células *Natural Killer*, que se asocian con abortos del primer trimestre, y elevado estrés, que le ocasionó abandonar la búsqueda de embarazo por un tiempo.

Espermiograma de su esposo muy cercano a la oligospermia; el resto de los marcadores son normales. El primer embarazo se produjo en diciembre de 2016, tras cuatro ciclos de supervisión y control de la prolactina. El seguimiento hormonal del embarazo evidencia descenso de sus niveles de progesterona a partir de la semana 16. Se empieza a suplementar con progesterona exógena, hasta conseguir niveles estables y se le mantiene con tratamiento hasta la semana 37. Se aconsejan controles frecuentes a causa del elevado riesgo de sufrimiento fetal al suspender el tratamiento hormonal. Diagnosticada de una reducción severa del líquido amniótico en la semana 37+5, por lo que se practicó cesárea.

Acude de nuevo en julio de 2018 para intentar un segundo embarazo. Presenta los mismos problemas que antes del primer embarazo, aunque la hormona antimülleriana estaba severamente reducida, y el espermiograma de su esposo había empeorado considerablemente. El ginecólogo que le había atendido en el parto, a la vista de las pruebas, le recomendó que acudiesen a fecundación *in vitro* con ovocitos de donante, porque era “imposible que quedara embarazada” con esos valores de hormona antimülleriana, y “estaban perdiendo el tiempo”.

Embarazo a los ocho meses de tratamiento con suplemento vitamínico y progesterona. Actualmente se encuentra en su primer trimestre de embarazo con suplementos de progesterona y seguimiento hormonal. El embarazo no presenta especial complicación.

Caso clínico 2

Mujer de 27 años y varón de 29. Esterilidad primaria, después de 18 meses casados con relaciones sexuales sin impedimento externo para

la gestación. El varón presenta oligoastenoteratozoospermia. Se aconsejó iniciar el Método Creighton para proceder al estudio de la esposa, que no tiene antecedentes de interés. Ciclos discretamente irregulares, oscilando entre los 28 y 36 días. A la mujer se le realiza estudio de fertilidad mediante histerosalpingografía, con resultado normal, si bien se aprecia una cervicitis, estrés con descompensación incipiente de hormonas adrenales y una severa alteración de los valores de estradiol y progesterona a lo largo de todo el ciclo. Se le prescribe tratamiento hormonal para normalizar dichos valores.

El varón presenta hipercolesterolemia, hiperinsulinismo, intolerancias alimentarias, que fueron tratadas con dieta y medicación adecuada y aumento de FSH, así como dos infecciones consecutivas y diferentes del semen que requirieron tratamientos antibióticos. El espermiograma mejoró, aunque no se podía considerar normal.

El embarazo ocurrió a los cuatro meses de iniciar el estudio, tras el segundo tratamiento antibiótico del esposo. Se hizo seguimiento hormonal del mismo desde el inicio, encontrando valores reducidos de estradiol, progesterona y DHEA. Se mantuvo a la paciente con tratamiento hasta la semana 38. Parto espontáneo y sin complicaciones en la semana 39.

Caso clínico 3

Mujer de 29 años y varón de 30; llevan 7 años casados sin poner medios para impedir gestación. Ninguno de los dos tiene patologías previas. Al ser jóvenes no les han hecho ningún estudio básico de fertilidad, recomendándoles que “se relajasen” y esperasen. En las primeras gráficas del Modelo Creighton que realizan se constata una fase lútea corta y un sangrado anormal premenstrual. En las analíticas se confirma una fase lútea de duración menor a la necesaria para conseguir una implantación embrionaria exitosa. Tratamiento con dosis controladas de progesterona, para alargar la fase lútea. Gestación en el primer mes de tratamiento, con valores hormonales todavía subóptimas, por lo que requiere suplementación en el embarazo.

Tras el embarazo y parto, año y medio después de la primera gestación, inician tratamiento para búsqueda de segundo embarazo, que consiguen en el tercer mes de tratamiento con progesterona. Cuando ella comenta el caso con otros médicos le dicen que es “casualidad” que tras siete años de búsqueda haya conseguido gestación en el primer mes de tratamiento.

Caso clínico 4

Mujer de 41 años y varón de 42. Mujer con infertilidad secundaria. Tuvo un primer embarazo (hijo sano, actualmente de 9 años) y posteriormente seis abortos, sin diagnóstico claro. Aumento de cefaleas durante los últimos años. Tras pruebas diagnósticas se le encuentran: intolerancias alimentarias múltiples, enfermedad celiaca y déficit hormonal severo. Se comienza el tratamiento con dieta y la medicación habitual para estas patologías. La gráfica del ciclo menstrual presenta un patrón alterado de sangrado y fertilidad.

La paciente presenta una notable mejoría del estado general, remitiendo las cefaleas, así como la sintomatología digestiva. Normalización de la gráfica del ciclo menstrual. Hasta el momento no ha logrado nueva gestación, pero está muy satisfecha por la mejoría en los síntomas previos.

4. Análisis antropológico

Una primera puntualización, antes de abordar este punto. El término reproducción, aplicado a los seres humanos, no es plenamente significativo. Resulta más preciso hablar de procreación. La realidad biológica de la reproducción, que observamos en el mundo animal, se queda muy limitada cuando la aplicamos a los seres humanos.

Analicemos al protagonista del problema enunciado al inicio del artículo, un ser humano. El hombre, este sujeto-objeto, que tiene conciencia de su individualidad y unicidad, se puede definir como el “ser de la unidad”. No podemos dividir, estrictamente hablando, sus

partes constitutivas, su componente material, corporal, y su componente inmaterial, trascendental o espiritual. Es como una moneda que, aunque tenga dos caras, no puede existir la una sin la otra. Se trata de dos coprincipios, que se reclaman recíprocamente.

Unión no es mera yuxtaposición de partes, como sucede con las piezas de un lego. Se asemeja más a la unión intrínseca de una molécula de agua. Inicialmente teníamos unos átomos distintos, dos átomos de hidrógeno y uno de oxígeno. Cuando se juntan aparece algo nuevo, el agua, que no se puede separar mientras siga siendo agua. Si separamos hidrógeno y oxígeno deja de ser agua. No decimos que oxígeno e hidrógeno “están unidos” en el agua, ni tampoco que “son” agua; decimos que son ‘principios constitutivos’ del agua.

4.1. *Unidad cuerpo alma*

Es la primera unidad que descubrimos en nosotros mismos, en todo ser humano. Podemos hablar de cuerpo-alma, cuerpo-mente, espíritu encarnado, inteligencia sensible... Siguiendo a Lucas podemos hablar de un espíritu informador de la materia, materia que existe como tal únicamente informada por un cuerpo (23).

¿Somos cuerpo o tenemos cuerpo? (24) Una cosa y la otra. Ninguno de los dos coprincipios del ser humano tiene sentido pleno por sí solo, ya que ambos están unidos sustancialmente. Podemos afirmar que en cierto modo tenemos cuerpo, sin negar que, al mismo tiempo somos cuerpo.

Santo Tomás de Aquino, recogiendo la doctrina aristotélica, recuerda que *nihil est in intellectu quod prius non fuerit in sensu*, es decir, nada hay en la inteligencia que no esté primero en el sentido. Pero lo que percibimos por los sentidos posee un significado que va más allá de ellos mismos, de su materialidad. Físicamente, el ojo percibe ciertas longitudes de onda que reflejan unos cuerpos, los que están leyendo este artículo. Pero yo no digo: tengo ciertos cuerpos físicos delante de mis ojos, sino hay unas personas que me están mirando y escuchando. Los meros sentidos externos e internos y la inteligencia están integrados e interrelacionados. Llegamos así a percibir “cuerpos humanos”.

No vemos nunca el cuerpo del hombre como simple cuerpo, sino siempre como cuerpo humano, es decir, como una forma espacial cargada de referencias a una intimidad (25).

Llevando la cuestión al fenómeno del enamoramiento y del matrimonio, podemos preguntarnos: ¿De quién se enamoró mi mujer? ¿De un cuerpo de un metro noventa, rubio y ojos azules? Evidentemente no. Sin embargo, también se enamoró de mi cuerpo, es una parte constitutiva de mí yo.

4.2. Unidad en la sexualidad; más allá de la genitalidad

La sexualidad humana es una dimensión de todo ese espíritu encarnado, de esa unión indisoluble de alma y cuerpo. Se trata por ello de una dimensión integral, compleja, con un componente biológico o físico, unido al componente afectivo o espiritual. Por este motivo hemos insistido tanto en la unidad cuerpo-alma, y en nuestra relación con un cuerpo específicamente humano.

La misma relación conyugal es una realidad específicamente humana, que va más allá de la mera relación biológica. La antropología filosófica esboza algunas intuiciones que muestran esta especificidad: 1. La incongruencia de las curvas de excitación masculina y femenina. 2. La ausencia de períodos de celo. 3. La diferencia entre excitación y emoción (25).

El fenómeno de las caricias también nos muestra que la sexualidad no es mera genitalidad. No se trata de un simple tocar, como puedo tocar una mesa o las teclas de un ordenador. Es un tocar con un sentido, una afectividad. Sin embargo, sigue siendo algo físico, toco a la otra persona en su cuerpo.

4.3. Unidad matrimonial

El sujeto antropológico de la fertilidad o infertilidad no es el hombre aislado, ni únicamente la mujer; es la unión hombre-mujer, el matri-

monio. “Por esto dejará el hombre a su padre y a su madre, y se unirá a su mujer, y serán los dos una sola carne”, leemos en el libro del Génesis (2:24). Más allá del contenido religioso de esta afirmación, encontramos una realidad que experimentamos a diario en nuestra vida. En el matrimonio, lo que le ocurre a un cónyuge le afecta también al otro.

Muchos matrimonios, cuando comunican a sus amigos que están esperando un hijo, dicen la frase “Estamos embarazados”. ¿De verdad lo están? Estrictamente hablando quien está embarazada es la mujer, no el marido. Sin embargo, es un reflejo, casi natural, de esa unidad matrimonial.

5. Análisis ético

Después de ver los datos, los hechos concretos, y tras haber analizado el sujeto antropológico protagonista de los hechos, analicemos brevemente las implicaciones éticas de este “problema” y la conveniencia de la respuesta ofrecida por la nanotecnología.

Suele identificarse la ética o la moral con el obrar bien u obrar mal. Sabemos, además, que el ser humano siempre obra movido por el bien. Si no hay un bien, el motor de nuestra voluntad no se mueve, no actúa. La ética es, en su raíz, la ciencia de elegir el mejor bien, el bien más elevado, el más íntegro. Aristóteles, en su *Ética a Nicómaco*, parte de una constatación, más allá de la elección entre el bien y el mal. “Todos los hombres, por naturaleza, buscamos la felicidad (26)”. La ética es la elección del fin que nos acerca más a una felicidad integral.

Joseph de Finance, en su manual de *Ética Generale* estudia la ética a partir de la experiencia personal; analiza para ello la fenomenología del valor moral. Un valor es aquello que nos atrae, a partir del bien que reconocemos en las cosas. Tener un hijo, por ejemplo, nos atrae a modo de fin porque reconocemos ahí un bien. De Finance habla de que existe una jerarquía de valores (27) (de bienes, de fines) que

orienta nuestro actuar: valores infrahumanos, valores humanos infra-morales, valores morales y valores religiosos, espirituales. De modo análogo, podemos afirmar que de la naprotecnología surgen bienes humanos (el hijo, la salud), bienes morales (el matrimonio) y bienes espirituales.

5.1. El bien del hijo

Es legítimo y plenamente comprensible que un matrimonio desee tener descendencia. Los hijos siempre son vistos como un bien, y en esta perspectiva, la naprotecnología está ayudando a muchos matrimonios a hacer realidad este deseo. Y esto respetando plenamente la dignidad de todo ser humano, en el respeto a la vida y en el modo como es engendrado.

5.2. El bien de la salud física

Un fin importante para esta ciencia es la salud física, tanto de la mujer como del hombre. Como decíamos anteriormente, la infertilidad no es una enfermedad sino un síntoma, un aviso de que, con bastante probabilidad, algún elemento físico, corporal, no funciona correctamente.

En las facultades de medicina, enfermería o farmacia se insiste mucho en la medicina preventiva, y fruto de esta orientación son numerosas campañas de salud pública. ¿Por qué no aplicarlo también a la salud sexual, a la verdadera salud sexual, más allá del uso ideológico que con frecuencia se hace de este término?

5.3. El bien de la salud matrimonial

Las dificultades nos unen de modo especial a aquellos con quienes las hemos compartido. Y los problemas de infertilidad/esterilidad afectan de modo especial a las relaciones entre los cónyuges, tensándolas o fortaleciéndolas. La naprotecnología, por su misma dimen-

sión respetuosa y constructiva del matrimonio, ayuda a afrontar esta situación como un tema que afecta a ambos cónyuges, y en el que ambos caminan juntos.

5.4. El bien espiritual del hombre

El hombre, en su interior, reconoce cuándo ha obrado bien y cuándo no. Tiene una conciencia que le da un juicio práctico sobre su obrar. Y sabe cuándo ha obrado respetando su naturaleza de espíritu encarnado, y cuando ha dejado que la parte física, corporal, domine a la parte trascendente, espiritual. Entendemos como salud humana aquella que se deriva de esta especificidad del hombre y de su naturaleza. La nanotecnología, al respetar las leyes humanas que descubrimos en su naturaleza, deja en su conciencia la satisfacción de haber hecho las cosas bien.

5.5. La ética llevada a la práctica

El bien no es un puro ente de razón, destino de nuestra contemplación intelectual. El bien es aquello que atrae a la voluntad y la empuja a actuar. Por eso, este análisis ético debe desembocar en realidades concretas, ya sea para facilitar los diagnósticos que ofrece la nanotecnología, ya sea en la realización de los tratamientos indicados para tales diagnósticos.

6. Conclusión

Hemos partido del fenómeno del descenso en la natalidad y la fertilidad. Parece que lo constatado por Javier Marqueta hace más de 10 años sigue siendo de plena actualidad: los cambios sociales, entre los que sobresalen los nuevos roles de la mujer y la accesibilidad a la anticoncepción, están propiciando una disminución de la natalidad y un retraso en la edad de la mujer para tener su primer hijo (28).

Hemos ido profundizando, gracias al método triangular, en el significado antropológico y ético de la naprotecnología, poniendo de manifiesto sus aspectos positivos para el desarrollo integral del ser humano. Nos queda ahora la aplicación práctica de lo analizado. A esta luz podemos afirmar que seguir el camino de la naprotecnología en el abordaje de los problemas de infertilidad/esterilidad ofrece una serie de beneficios para la salud física y la misma procreación humana. Esta subespecialidad médica, además, respeta la naturaleza antropológica del sujeto, tanto del sujeto —individuo, como del sujeto— matrimonio, protegiendo la unidad física y emocional del acto conyugal. Proporciona, a la vez, bienes íntegros y elevados, incluso en aquellas circunstancias en las que no llegue el hijo esperado. Se trata, pues, de una respuesta muy positiva ante esta realidad de la infertilidad/esterilidad.

Referencias

1. Eurostat. Total fertility rate [Internet]. Luxemburgo: 2021 [consultado 29 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00199/default/table?lang=e>
2. Organización de las Naciones Unidas. Infertilidad [Internet]. 2022 [consultado 29 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/infertility#tab=tab_1
3. García R. Estudio de nuevos marcadores de infertilidad masculina [Tesis de doctorado]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid [Internet]. 2018 [consultado 29 de agosto de 2022]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10486/684219>
4. Rodríguez M. Modelo vincular en una pareja tratada a causa de infertilidad. MEDISAN. 2016; 20(10):2294-2297.
5. Ramírez A, Cala A, Fajardo D, Grave de Peralta R. Factores causales de infertilidad. Rev Información Científica. 2019; 98(2). <http://www.revinfocientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2235>
6. Sgreccia E. Manuale di Bioética. Milano: Vita e Pensiero; 1999.
7. Stanford J, Smith K, Varner M. Impact of instruction in the Creighton model fertility-care system on time to pregnancy in couples of proven fecundity: results of a randomised trial: Creighton model and time to pregnancy. Paediatr Perinat Epidemiol. 2014; 28(5):391-9. <https://doi.org/10.1111/ppe.12141>
8. Stanford J, Porucznik C. Enrollment, childbearing motivations, and intentions of couples in the Creighton Model Effectiveness, intentions, and Behaviors Assessment (CEIBA) study. Front Med. 2017; 4:147. <https://doi.org/10.3389/fmed.2017.00147>

9. Tham E, Schliep K, Stanford J. Natural procreative technology for infertility and recurrent miscarriage: outcomes in a Canadian family practice. *Can Fam Physician*. 2012; 58(5):e267-74.
10. Carrión V, Fabrés V. El misterio de la fecundidad en el matrimonio infértil. Hombre y mujer los creó [Internet]. 2019 [consultado 7 de julio de 2019]. Disponible en: <https://jp2madrid.es/index.php/aula-abierta/hombre-y-mujer-los-creo/634-hom-muj-19038>
11. Gallo P, Tham J. *Medicina y Ética*. 2022; 33(1):205. <https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n1.05>
12. Boyle P, de Groot T, Andralojc K, Parnell T. Healthy singleton pregnancies from restorative reproductive medicine (RRM) after failed IVF. *Front Med*. 2018; 5:210. <https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00210>
13. Organización Mundial de la Salud, Salud sexual [Internet]. 2022 [consultado 29 de agosto de 2022] Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
14. Valdés, M. Aplicación del conocimiento de la fertilidad humana para buscar embarazo: resultados en el ámbito clínico [Tesis de doctorado]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos. 2012:26-29.
15. Agarwal A, Majzoub A, Esteves S, Ko E, Ramasamy R, Zini A. Clinical utility of sperm DNA fragmentation testing: practice recommendations based on clinical scenarios. *Transl Androl Urol*. 2016; 5(6): 935-950.
16. Hilgers T, Prebil A. The ovulation method: Vulvar observations as an index of fertility/infertility. *Obstetrics & Gynecology*. 1979; 53(1):12-22.
17. Hilgers T. *The Medical and Surgical Practice of NaProTechnology*. Omaha, Nebraska: Pope Paul VI Institute Press; 2004.
18. Boyle P, Stanford J. Naprotechnology (natural procreative technology), a multifactorial approach to the chronic problem of infertility. *Psu.edu*. 2011; 21(3):61-68.
19. Horodenchuk Z, Furman O, Datsko H. Restorative reproductive medicine for infertility and recurrent miscarriage in the outpatient ob/gyn practice in Ukraine. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*. 2020; 43(3):442-61. <https://dspace.vnmu.edu.ua/123456789/5411>
20. Stanford J, Parnell A, Boyle P. Outcomes from treatment of infertility with natural procreative technology in an Irish general practice. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*. 2008; 21(5):375-384. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2008.05.070239>
21. Vaquero J, Mena M, Marcos H. La ayuda que ofrece la Naprotecnología para afrontar la infertilidad/esterilidad de modo médico y acorde con una sana antropología. *Cuad Biot*. 2019; 30(100):338. <https://doi.org/10.30444/CB.43>
22. Carrión V. *La Naprotecnología y más allá. Caminos de esperanza ante la infertilidad*. Barcelona: Carena; 2021.
23. Lucas R. *El hombre, espíritu encarnado*. Madrid: Atenas; 1993.
24. Para profundizar en esta cuestión aconsejamos el tratamiento realizado por Lucas R. *Antropología y problemas Bioéticos*. Madrid: BAC; 2001.
25. Lucas R. *El hombre, espíritu encarnado*. Madrid: Atenas; 1993.

26. Aristóteles, *Etica Nicómaco*. I(7):1097b-1098a.
27. Finance J. *Etica generale*. Bari: Tipografia Medirionale; 1989.
28. Marqueta J, Hernandez J, Luceño F, Cabell Y, Fernandez Shaw S, Vidal E. Reflexiones en torno a la evolución de la salud reproductiva y de los tratamientos de reproducción asistida en España a la luz del Registro de actividades de la Sociedad Española de Fertilidad. *Salud sexual y reproductiva. Aspectos científicos, éticos y jurídicos*. Madrid: Comares; 2010.

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.

