

Distintos aspectos en el estudio de la fertilidad humana con el método de la Ovulación Billings

DRA. ANA MERCEDES RODRIGUEZ
Médico Coordinador y Responsable Científico
del Método de la Ovulación Billings en España

Con la colaboración, en los temas psicológicos
de la Dra. Concepción García Villanova,
Psicóloga especializada en Sexología

1. LOS METODOS NATURALES DE REGULACION DE LA FERTILIDAD

Los métodos naturales de regulación de la fertilidad a menudo son incomprensidos o no comprendidos por grandes colectivos de profesionales de la salud o bien por el público en general, cuyas nociones al respecto son escasas y frecuentemente incorrectas.

Hoy, con los avances científicos y los conocimientos, por tanto, que se tienen sobre la fertilidad humana, se ha llegado a un nivel de seguridad en los síntomas y signos que acompañan a la ovulación femenina, que es fácil, con un mínimo de instrucción, llegar a conocer las épocas fértiles del ciclo de la mujer.

Método Ogino o del ritmo

El Dr. Ogino y el Dr. Krauss descubrieron por separado que la mujer ovulaba hacia «la mitad» del ciclo, concretamente entre los 12 y 16 días antes de la siguiente menstruación.

Teniendo en cuenta el tiempo teórico de vida de los espermatozoides y del óvulo, el período fértil del ciclo va desde el día 11 al día 19 anteriores a la siguiente regla. Y aquí es donde comienzan los problemas prácticos para la aplicación del método: es necesario que la mujer sea regular para poder saber cuándo va a ser la siguiente regla y poder calcular el período fértil. Además será casi imposible servirse de estos cálculos en circunstancias de muchos stress, en la lactancia o en la premenopausia por las irregularidades que caracterizan los ciclos.

Es preciso anotar la duración de por lo menos los ciclos de un año y luego, al más corto se le restan 19 obteniéndose la duración de la fase infértil preovulatoria, y al más largo se le restan 9 obteniéndose la duración de la fase infértil postovulatoria. Por ejemplo:

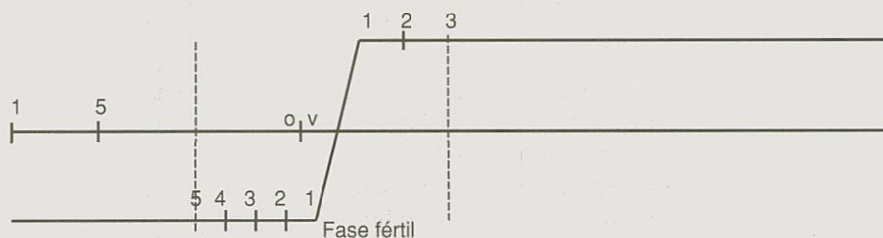
- En un año la duración de los ciclos está entre 27 y 32 días.
- Ciclo más corto 27: $27 - 19 = 8$
- Ciclo más largo 32: $32 - 9 = 23$

Por consiguiente, en el ejemplo, el día 8 es el último día estéril preovulatorio y el 32 es el primer día estéril postovulatorio.

Método de la temperatura basal

Este método se basa en el ligero ascenso de la temperatura basal que ocurre en la mujer tras haberse producido la ovulación por la aparición de una hormona femenina en el torrente sanguíneo:

Es un método objetivo para conocer la fase infértil postovulatoria, ya que, una vez que se ha producido la ovulación y el ascenso de la temperatura, ésta seguirá elevada hasta la siguiente menstruación, indicando la fase de infertilidad.



El período fértil va desde el quinto día anterior a la subida de temperatura hasta el tercer día posterior al mismo aumento.

La dificultad estriba en conocer la fase fértil preovulatoria ya que es la que varía de duración, viéndose afectada por situaciones de stress y otros momentos más complejos de la vida reproductiva de la mujer. El cálculo de los días estériles preovulatorios se hará en forma similar al método Ogino, restando de doce ciclos al de menos días 20; el número

ro de días que se obtiene refleja el número de días infértiles. Por ejemplo, si fuera el ciclo menor en un año de 26 días restaríamos $26 - 20 = 6$. Pues bien, 6 son los días infértiles preovulatorios incluidos los de la menstruación.

La temperatura es preciso tomarla en mucosa oral, vaginal o rectal todos los días antes de levantarse de la cama durante cinco minutos en circunstancias de completo reposo y tras haber dormido como mínimo seis horas.

Método sintotérmico

Es la combinación del método de la temperatura basal, de la observación del moco, de la palpación del cuello del útero y de todos los síntomas que rodean a la mujer en el período de la ovulación tales como tensión mamaria o dolores pélvicos.

La observación del moco servirá para detectar el comienzo de la fase fértil y el ascenso de la temperatura para saber cuando comienza la infertilidad. Sobre todo es útil esta combinación para los casos en que es difícil la concepción y queremos ayudar a la pareja a elegir el mejor día, o en los que hay un pequeño problema ginecológico que impide ver con claridad cuál es el día cúspide de moco cervical.

Como decíamos antes, para el buen aprendizaje será necesario la colaboración de una monitora.

Métodos de detección de la ovulación por la cristalización de la saliva

Ultimamente han aparecido en el mercado una serie de aparatos basados en que la saliva cristaliza cuando la mujer está en período fértil, lo cual tiene todo un fundamento científico. Han aparecido sobre todo con el fin de ayudar a las parejas que quieren concebir para poder detectar su máxima fertilidad.

Aún queda investigar para que sea más fiable a la hora de detectar la fase infértil pre o postovulatoria, porque aunque esos días la saliva no cristaliza, pueden aparecer algunos falsos positivos.

Todos los métodos naturales tienen tan solo un pequeño porcentaje de fallos (los que menos el de la ovulación y el sintotérmico) imputables al propio método, que hay que entender y aceptar para poder llevar adelante una forma natural de regulación de la fertilidad.

Todos los métodos naturales son de diagnóstico de la fertilidad, y lo más maravilloso que aportan a los matrimonios es el poder utilizarlos para buscar la concepción de un hijo al saber cuáles son los días de máxima fertilidad, además de en qué momento posponer las relaciones para períodos infértiles si por diversas circunstancias hay que evitar el embarazo.

2. EL METODO DE LA OVULACION BILLINGS

El Método de la Ovulación Billings está basado o se fundamenta en el reconocimiento por la propia mujer de los cambios que se producen en el moco cervical. Estos cambios se producen de tal manera que no representa ninguna dificultad para la mujer que ha de observarse diariamente sin otro requisito que anotar en una gráfica los diferentes cambios observados: opaco, grumoso, adherente, color, cantidad, resbaladizo, pegajoso, transparente, etc.

Algunas de las características de este moco son las siguientes:

1.^a Por su característica lubricante, el moco cervical facilita la relación sexual.

2.^a El moco producido cuando el nivel de los estrógenos circulantes es bajo, por ejemplo, mucho tiempo antes de la ovulación, crea una barrera de penetración a los espermatozoides. Lo mismo sucede con el moco postovulatorio, cuando hay presente progesterona de origen ovárico. En la proximidad de la ovulación, por el contrario, las modificaciones en las características físicas y químicas del moco, favorece la migración de los espermatozoides.

3.^a El tipo de moco que favorece la concepción, forma una capa protectora para los espermatozoides, preservándoles intactos en el ambiente vaginal.

4.^a El moco que favorece la concepción nutre a los espermatozoides, suministrándoles el material energético del cual tienen necesidad.

5.^a Parece que el moco funciona como un filtro, impidiendo el acceso a la cavidad uterina de los espermatozoides degenerados, anormales o no convenientes.

6.^a Es posible que este mismo moco contribuya a la capacitación de los espermatozoides, es decir, a aquel proceso que les vuelve capaces de fecundar al ovulo. Por otra parte, es cierto que los espermatozoides, apenas eyaculados, son incapaces de penetrar en la célula huevo.

Las modificaciones en el moco que la mujer siente y ve, pueden ser corroboradas con exámenes de laboratorio, los cuales comprenden la acidez o alcalinidad del moco, el contenido celular, las glicoproteínas, la cristalización, el examen de la viscosidad, etc.

Las variaciones del moco cervical, que la mujer aprende rápidamente a reconocer, indican con exactitud el tiempo de la ovulación. Los cambios más importantes son los siguientes:

1.^o *En la sensación que produce a la mujer:* en la proximidad de la ovulación, húmedo y resbaladizo, produciendo una sensación de lubricación.

2.º *En la consistencia:* en la proximidad de la ovulación puede llegar a ser elástico, tanto como para estirarse en filamentos y, por lo regular, llega a ser mucho más fluido.

3.º *En el aspecto:* en la proximidad de la ovulación, el moco llega a ser más límpido de lo que era antes; a veces, sin embargo, puede aparecer opaco o manchado de sangre.

El último día en el cual el moco es resbaladizo, humedo o elástico, se llama día del «pico del síntoma del moco», y marca el tiempo de fertilidad máxima. Al día siguiente, el moco vuelve a ser otra vez opaco y pegajoso o desaparece del todo dejando una sensación de sequedad.

En el tiempo de fertilidad máxima la mujer puede también notar una leve turgencia o hinchazón en las partes que delimitan la entrada en la vagina en la vulva. El moco de tipo lubricante se adhiere a la piel y no se quita fácilmente.

El ciclo menstrual comienza con el primer día del flujo menstrual y termina con el inicio de la menstruación siguiente, a menos que el ciclo sea corto, existirán algunos días entre el fin del flujo menstrual y la aparición del moco, durante este intervalo existe una neta sensación de sequedad en la entrada de la vagina.

El síntoma más estudiado y por lo tanto más conocido es el del moco cervical, ya que esta secreción segregada en el cérvix uterino es recogida por la propia mujer en el introito vaginal, pudiendo estar informada al instante del momento del ciclo en que se encuentra, es decir, si es o no fértil.

De todos es sabido que la ovulación va precedida de unos cambios anatomo-fisiológicos debido a los niveles hormonales, tanto de las gonadotropinas hipofisarias como de las hormonas ováricas.

A medida que el folículo crece y progresa hacia su ulterior eclosión, el estrógeno adquiere unos niveles suficientes como para que el cérvix responda con una producción determinada de moco, de tal manera que al deslizarse por la vagina llega hasta la vulva donde es observado fácilmente por la mujer.

La ovulación coincide con la presencia de un moco elástico, transparente y lubricante o con una simple sensación de resbalosidad que la mujer observa y siente fácilmente. Tras la salida del óvulo del ovario aquél tiene una vida máxima de 12-24 horas, tiempo durante el cual puede ser fecundado.

Según la duración del ciclo menstrual el proceso ovulatorio se producirá antes o después en el tiempo, pero siempre estará acompañado de la presencia de un moco cambiante en progresión hacia la transparencia, la elasticidad y la lubricación.

Por otra parte, la vida del espermatozoide es muy corta una vez que ha salido de su medio, es decir tras la eyaculación, se sabe que esta vida es de 1-2 horas durante las cuales podría fecundar a un óvulo. Sin embargo las posibilidades de vida espermática depende del moco cer-

vical. Una vez depositados los espermatozoides en la vagina de la mujer han de pasar el cervix y es aquí donde interviene el moco cervical haciendo posible o no este paso.

Cuando la mujer tiene esta secreción mucosa que hemos referido, ella sabe que el tiempo de la ovulación está próximo, pero además también ha de saber que los espermatozoides de su marido ya pueden pasar hacia la cavidad uterina y que su moco protege, nutre y vehicula a los espermatozoides haciendo posible que vivan hasta cuatro días.

Es posible pues que una pareja que conozca el Método Billings pueda evitar el embarazo cuando lo desee si han sido instruidos correctamente en el reconocimiento de su fertilidad.

No es necesario la regularidad de los ciclos, no importa la época de la vida en que se encuentren ni las circunstancias especiales, tales como lactancia o premenopausia, ya que estarán informados al día de su fertilidad.

Toda mujer fértil advierte la presencia de un flujo mucoso unos días en su ciclo menstrual, pero pocas saben el significado de dicha secreción y que ésta supone un parámetro fiel para el reconocimiento de su fertilidad.

La O.M.S. ha promovido estudios sobre los métodos naturales y ha llegado a la conclusión que para que éstos sean utilizados correctamente es preciso una enseñanza correcta de los mismos por especialistas llamados monitores de Métodos Naturales. Ellos, durante tres ciclos consecutivos, instruyen a las parejas a que aprendan a reconocer los síntomas y su significación.

Las sesiones imprescindibles para tal aprendizaje son de 5 a 8 según los casos y están sistematizadas con normas internacionales.

Durante el primer ciclo la mujer se acostumbra a mirar la secreción mucosa que llega a su vulva valorando su aspecto macroscópico, es decir si el moco es pegajoso, grumoso, elástico, transparente, opaco, blanquecino, etc. y a la vez aprende a observar la sensación que dicha secreción produce en el introito vaginal, esencialmente si su vulva resbala o no resbala, está lubricada o no.

Para una correcta interpretación ha de llevarse una gráfica sencilla de anotaciones, para que así junto con su monitora puedan interpretar los síntomas observados.

En las sesiones del segundo ciclo (una o dos) se les informa de nociones sencillas de anatomía y fisiología así como del significado de los síntomas de presencia o ausencia de moco cervical. Así se establecen las fases del ciclo menstrual, viendo cada una de ellas por separado, es decir: fase menstrual, 1.^a fase infértil preovulatoria, fase ovulatoria o periovulatoria y 2.^a fase infértil o fase postovulatoria.

Generalmente la 1.^a fase infértil (preovulatoria) está formada por días secos sin moco o bien con un moco constante, es decir igual todos los días. A estos días se llama *Patrón básico de infertilidad (P.B.I.)* o

Cuadro infértil de base (C.B.I.). El número de días que lo forman es variable de una mujer a otra e incluso dentro de una mujer, de un ciclo a otro; lo que no varía es su composición, es decir, si una mujer tiene un PBI seco siempre ha de ser igual, y si una mujer tiene un PBI de moco, éste será siempre igual.

La fase periovulatoria comienza con la aparición de cualquier tipo de moco en las mujeres de PBI seco, o en el cambio de características del moco cervical en las mujeres de PBI mucoso. Por ejemplo:

- a) Seco - > moco pegajoso.
- b) Moco grumoso - > moco elástico.

Sea de una forma o de otra la mujer debe saber que su fertilidad ha comenzado, que los espermatozoides de su marido pueden vivir dentro de ella hasta el momento de la ovulación porque la ovulación ya está próxima. Si quieren evitar el embarazo desde este momento han de evitar las relaciones sexuales hasta que el óvulo se haya desintegrado.

Desde que aparece el moco éste va cambiando de día en día, va adquiriendo elasticidad y transparencia y la sensación de sequedad en la vulva va desapareciendo para dejar paso a la de lubricación, resbalosidad o humedad, siendo advertida por la mujer al realizar su aseo personal después de la micción. Este moco que llega a ser elástico y transparente no tiene por qué ser abundante, basta su presencia, aunque mínima, para que la mujer, cuando desaparezca, se dé cuenta de ello. Este momento es de suma importancia ya que igual que en un día determinado notó que aparecía el moco, ahora ha de advertir cuando éste desaparece o adquiere de nuevo características de pegajosidad y sequedad.

El último día en que el moco es elástico, transparente y/o lubricante es llamado día pico, cúspide o cumbre y todos los estudios científicos realizados hasta el momento demuestran que la ovulación tiene lugar de 24 a 48 horas alrededor de dicho día, es decir desde uno o dos días antes hasta uno o dos días después del día pico.

Por tanto ¿cuándo termina la fertilidad de un ciclo? es fácil de deducir, el 4.º día después del día pico la mujer volverá a ser infértil y tendrá lugar la 2.ª fase infértil del ciclo menstrual o fase postovulatoria.

Los únicos días fijos de todo ciclo menstrual normal son aquellos que corresponden a la fase postovulatoria. Desde que la mujer detecta el día pico ha de saber que la menstruación llegará de 10 a 16 días después y que el número de estos días suele ser muy similar en cada mujer, es decir si una persona tiene 12 días desde su pico a la regla, siempre tendrá, salvo patología permanente o esporádica, 11-12 o 13 días.

3. INTERES DEL METODO DE LA OVULACION BILLINGS

El Método de la Ovulación se desarrolló por la apremiante necesidad de mejorar el Método del Ritmo (Calendario) y el de la Temperatura Basal para la Planificación Natural de la Familia.

Mientras que estos dos Métodos antes mencionados son aplicables solamente a un grupo de mujeres determinadas debido a que el primero sólo es válido para aquellas cuyo ciclo menstrual es regular y, por lo tanto no prevé las épocas de la vida reproductiva femenina en las cuales esta regularidad no está presente; y el Método de la Temperatura es un método eminentemente postovulatorio y por lo tanto difícilmente aplicable en mujeres en las cuales el período preovulatorio está alargado ya que los días de abstinencia sexual se prolongan. De la misma manera, el síntoma de la temperatura queda frecuentemente enmascarado con otra patología de etiología diversa que produzca hiperteimia aunque sea moderada.

El Método de la Ovulación tiene la ventaja de ser un método natural válido en cualquier circunstancia de la vida reproductiva de la mujer, así como en momentos en los cuales la fisiología está alterada temporalmente (tras píldoras, tras DIU, etc.).

Es igualmente válido para conseguir un embarazo en el momento más idóneo, ya que se puede predecir con bastante exactitud (debido a la observación diaria del moco cervical), el momento de la ovulación.

La mucosidad que se forma dentro del cuello del útero actúa como una válvula que separa la vagina del interior del cuerpo uterino, excepto durante los días en que es posible la concepción. Dicha mucosidad desarrolla además características físicas y químicas durante la fase de posible fertilidad, que la hacen capaz de proteger y nutrir a los espermatozoides, guiándolos de la vagina al útero.

El Método de la Ovulación define los límites de la fase infértil del ciclo menstrual femenino y el tiempo de máxima fertilidad dentro de la fase fértil, en base a la mucosidad del cuello uterino. Entendiendo el significado de las observaciones que ha hecho ordinariamente, una mujer puede con confianza, reconocer ambas fases, la infértil y la de posible fertilidad.

La original verificación del Método de la Ovulación mediante estudios de los patrones hormonales del ovario, ha sido ahora ampliamente confirmada. Adicionalmente, los estudios microscópicos del flujo mucoso aspirado del cuello uterino en diferentes días del ciclo menstrual, considerando su capacidad para formar canales y un modelo semejante al hebreo, ha demostrado que las observaciones de la mujer hechas sin ningún examen interno reflejan con exactitud lo que ocurre en el cuello uterino.

Saber distinguir por sí misma la fertilidad y la infertilidad, es un importante conocimiento que debería estar al alcance de toda mujer; y proporcionar la enseñanza competente de los principios del Método de

la Ovulación, es una empresa que merece cuidadosa atención en sus detalles y autenticidad. Muchos beneficios se agregan, incluyendo la habilidad de la mujer que conoce su patrón mucoso en tiempo de salud, para detectar precozmente las indicaciones de numerosos desórdenes ginecológicos.

Una vez que son entendidas las manifestaciones naturales de infertilidad, posible fertilidad y máxima fertilidad, los esposos son capaces de aplicar la necesaria disciplina sexual para lograr o evitar el embarazo, de acuerdo a sus necesidades. Tan pronto como hay un cambio en el Patrón Básico de Infertilidad en la fase preovulatoria del ciclo, es esencial que se abstengan de contacto genital para que puedan ser observados en el moco los cambios característicos. Esto significa que si se continúa con la actividad genital, usando por ejemplo anticonceptivos de barrera, el entendimiento del patrón ovulatorio se torna difícil y aún imposible.

4. FISILOGIA DEL METODO DE LA OVULACION BILLINGS

El Método de la Ovulación Billings, al ser un método natural de regulación de la fertilidad, tiene como eje central la ovulación, ya que es ella la que va a determinar o no un embarazo. Pero no es sólo la ovulación; para que una mujer pueda quedarse embarazada es necesario que un espermatozoide la fertilice, por lo tanto, óvulo y espermatozoide son los responsables de la nueva vida creada.

A esta interrelación entre hombre y mujer, entre espermatozoide y óvulo, a esta necesidad ineludible de «combinación entre ambos», se le llama *fertilidad combinada*. Es preciso pues, para una pareja que desea conseguir o evitar un embarazo, hacer uso de su sexualidad adecuadamente para procurar que espermatozoide y óvulo se encuentren o, por el contrario no lo hagan, según sean sus deseos o necesidades del momento.

Un método natural, como el es Método de la Ovulación, precisa la colaboración de ambos miembros de la pareja, necesita de un diálogo y un estar de acuerdo en la toma de decisiones.

5. PROCESO OVULATORIO EN LA MUJER: FASES Y HORMONAS QUE INTERVIENEN, EN RELACION CON EL MOCO CERVICAL

Desde hace muchos años, el estudio de la ovulación ha sido motivo que ha movido a muchos científicos, ya que de ella depende, en gran parte, el comienzo de una nueva vida.

Existen signos que a la mujer le han ayudado a delimitar el momento en el cual ovula, como son la turgencia de las mamas, dolori-

miento abdominal, spotting, cambios en el carácter (como nerviosismo, excitabilidad...), aumento de la libido, aumento de la temperatura basal postovulatoria, etc. Pero ninguno de estos signos es fiel a la realidad, ya que todos ellos pueden aparecer en otros momentos de la vida de la mujer sin que necesariamente coincidan con la ovulación.

El signo más claro y objetivo es el del *moco cervical*.

Vamos a ir explicando paulatinamente, conceptos básicos que la mujer «de la calle» desconoce, y sin embargo, su comprensión le aporta una serenidad y una tranquilidad grandes que les ayudará en su vida cotidiana. De todos es sabido, la angustia de la lactante o de la premenopáusica cuando no tiene el signo que le ayudaba en su vida anterior: la menstruación. Es frecuente encontrar a estas mujeres con la creencia de que están embarazadas o viendo en el marido «el enemigo», la causa de su «mal».

Bien, la ovulación no es algo que se improvisa, sino que está marcada por un ritmo regido por la corteza cerebral; es ésta quien da la orden al hipotálamo para que comience a producir «releasing factors», quienes en forma de FSH-RH, a los 3 o 4 días de comenzar el ciclo pasan a los axones de las células nerviosas y llegan al lóbulo anterior de la hipófisis para que ésta segregue la gonadotropina FSH; la FSH pasa a la sangre y llega al ovario, que es su órgano diana o blanco, donde ejerce su acción que es la de comenzar la maduración de los grupos de folículos primordiales, por lo que es la hormona folículo estimulante quien está desarrollando en el ovario, la fase preovulatoria.

La FSH va aumentando paulatinamente hasta alcanzar su valor umbral, su estímulo produce en el ovario el crecimiento del folículo y dentro de éste, el estradiol comienza a sintetizarse.

Antes de alcanzar su umbral, el estradiol no manifiesta su acción por lo que la mujer se siente seca.

Cuando el estradiol alcanza su umbral (unos 6 días después de comenzar el ciclo) pasa al torrente circulatorio y ejerce su acción sobre el endometrio, provocando la fase proliferativa y sobre el cuello uterino, haciendo que éste comience a producir moco de tipo L. Este moco es capaz de deslizarse por la vagina y ser observado por la mujer en la vulva, como un moco al principio apelonado, muy parecido a un grumo de vaselina o pegamento que poco a poco, de la mañana a la tarde, o de un día a otro, la mujer observa que cambia a más elástico y filamentosos, pero que durante los 3 o 4 días de su presencia, no alcanza una transparencia y elasticidad satisfactoria. Durante estos días, la mujer pasa de sentirse seca a, poco a poco, notar que comienza la sensación de humedad en su vulva.

Una vez que la FSH sobrepasa el umbral y llega al nivel intermedio, se produce una orden negativa al hipotálamo para que éste deje de producir FSH-RH y comience a sintetizar y segregar LH-RH. La misma hormona circulante, sigue realizando su acción sobre el folículo en maduración, pero no hay nueva producción de la misma. Los estró-

genos contenidos en el folículo, se acumulan en el cúmulo ovígeno y el líquido folicular ejerce una gran presión dentro del folículo de De Graaf. Estos dos acontecimientos y la aparición brusca de LH, provocan fundamentalmente la ovulación. Este intervalo de tiempo se calcula en unos 2 o 3 días, en los cuales los estrógenos alcanzan su pico y es en estos 2 o 3 días cuando la acción máxima se ejerce sobre las criptas del cuello uterino, quien produce moco de tipo E-S que la mujer observa en el papel higiénico o en el introito vaginal superficial, como un moco elástico, transparente, que da la sensación de lubricación, humedad o franca mojadura; este moco generalmente adquiere las características de la clara de huevo crudo. Está lleno de agua y su fluidez, le permite ser recogido por la mujer con toda facilidad.

Como decíamos antes, la brusca aparición de LH provoca en último término la ovulación, es decir, la ruptura del folículo y la salida del óvulo del cúmulo ovígeno. Es aquí cuando termina en el útero la fase proliferativa y en el ovario la fase preovulatoria.

Inmediatamente, el cuerpo lúteo en el ovario se forma y comienza la producción de progesterona y continúa produciendo, por las células de la teca, estrógenos; la progesterona es responsable fundamental de la acción sobre el cuello uterino en la 2ª mitad del ciclo, haciendo que éste segregue un moco tipo G que la mujer puede observar como pegajoso, o como total ausencia del mismo, si la densidad es suficiente como para que sea incapaz de deslizarse por la vagina hasta la vulva.

Comienza en el endométrico, la fase secretora producida por la progesterona y en el ovario por la acción de la LH, la fase postovulatoria o luteal.

Es sabido que la LH es capaz de ejercer su acción unos 8 o 10 días, al cabo de los cuales, el cuerpo lúteo degenera transformándose en cuerpo albicans y, posteriormente, en cuerpo fibroso.

Es entonces cuando con el declinar del cuerpo amarillo, la orden de retroalimentación comienza y el hipotálamo de nuevo sintetiza FSH-RH, al principio de forma lenta y paulatina. El declive de los estrógenos y la progesterona subsiguiente, es quien va a ser responsable de la aparición de la menstruación y con ello, del comienzo de un nuevo ciclo femenino.

Como hemos visto, en el ciclo, el acontecimiento fundamental es la ovulación. Ha sido un grupo de folículos quienes han comenzado su maduración simultáneamente, sin embargo, es uno solo quien recibe la acción completa de la FSH y, por lo tanto, quien consigue romperse y dejar libre al óvulo.

A veces lo que sucede es que son dos o más (raramente más) folículos los que consiguen llegar a folículos de De Graaf y romperse. Esto sucede y entonces, es posible que una misma relación sexual provoque un embarazo doble, sería el caso de los gemelos bivitelinos, llamados vulgarmente mellizos, ya que son dos óvulos distintos fecundados por dos espermatozoides distintos, por eso pueden tener distinto sexo y al

ser su dotación cromosómica distinta, tener rasgos somáticos muy diferentes. Esto sucede unas 5 veces por cada 100.

Existe un concepto erróneo sobre las ovulaciones múltiples, ya que muchas veces la literatura ha fomentado la creencia de que se puede ovular más de una vez en el ciclo. Como anteriormente hemos expuesto, el estímulo de la FSH se ejerce sobre un grupo de folículos primordiales, quienes comienzan su crecimiento simultáneamente en uno o en los dos ovarios. Sin embargo, la madurez alcanzada por todos ellos no es la misma y es por esto, que el folículo más influenciado será quien más crezca y quien consiga llegar a su madurez total y por ende, romperse y dejar escapar el óvulo contenido en él, e inmediatamente el resto sufre una atrofia y su consecuente anulación.

Puede suceder que el mismo estímulo hormonal, rompa un grupo de folículos (lo más corriente es en número de 2) y en los casos en que la ovulación haya sido inducida, 3, 4 o más folículos, sean capaces de eclosionar pudiendo dar lugar en el 1° caso, si ambos óvulos son fecundados, al nacimiento de gemelos bivitelinos (mellizos) y en el 2° caso a gestaciones múltiples (mucho más raro). Este proceso siempre sucede en 24 horas.

En general, puede afirmarse que la ovulación es única para cada ciclo y que ésta, precisa de toda la correlación hormonal descrita anteriormente.

Sin embargo, en ocasiones muy especiales, el feedback negativo no se produce y el estímulo que tendría que haber cesado después de producirse la ovulación, no termina sino que continua estimulando a otro folículo (casi gemelo del roto) quien, días después, deja escapar otro óvulo. Lo curioso es que el 2.° folículo roto puede ser del mismo ovario o del ovario contralateral.

Nuestro grupo de estudio, ha podido detectar esta incidencia en muy pocos casos y sistemáticamente han sido mujeres que venían buscando el embarazo. La fase postovulatoria, de aproximadamente 2 semanas, era producida por la 1ª ovulación y la 2ª distaba de la regla menos de 6 días (cuerpo lúteo incompetente).

Otro concepto equívoco, es el de la ovulación espontánea, ya que la creencia popular es que ésta puede tener lugar en cualquier día del ciclo. No. Es cierto que se puede ovular espontáneamente por un stress u orgasmo, aunque muchos autores lo niegan rotundamente, como por ejemplo Brown, que en 20 años de estudio nunca encontró un caso en el que pudiera correlacionar el orgasmo con la ovulación.

Otros autores en cambio, consideran que una tensión fuerte puede provocar la ovulación, pero siempre sería el caso en el cual el folículo hubiera adquirido una maduración casi completa, con lo cual la mujer que sigue el método de la Ovulación, estaría informada ya que la producción de moco habría comenzado y habría sido observada ya.

Con lo anteriormente dicho, podemos hablar un poco más de cómo se concibe el ciclo femenino con el Método de la Ovulación.

El ciclo de la mujer o ciclo menstrual se divide en cuatro fases:

1ª Fase. Menstruación. Durante la menstruación o descamación periódica hemorrágica del endometrio, la acción hormonal de la FSH ha comenzado muy tenuamente. La acción estrogénica aún no ha comenzado y por lo tanto, el cuello uterino no ha iniciado la producción de moco. Su duración es variable.

2ª Fase. Preovulatoria infértil. Caracterizada por la ausencia de moco porque la FSH busca aún su nivel intermedio y los estrógenos tampoco han alcanzado el suyo. Su duración es variable.

3ª Fase. Ovulatoria o periovulatoria. Aquí el umbral de FSH se alcanza y se sobrepasa el nivel intermedio y por tanto, deja de aparecer nueva FSH. Los estrógenos ascienden rápidamente y comienza, hacia el 6º día aproximadamente, la producción de moco E-L, por lo que la mujer observa un cambio: de no ver moco a comenzar a verlo. Su duración es variable.

Pasados 3 o 4 días del comienzo de moco E-L, aparece el moco E-S con características distintas, siendo su presencia de una duración aproximada de 2 o 3 días. Después aparece moco tipo G, observable o por el contrario, no observable por la mujer debido a la densidad de aquel.

Esta fase ovulatoria se caracteriza por durar varios días, en los cuales comienza y termina la producción de moco cervical.

Dentro de esta serie de días se produce la ovulación.

El moco va «avisando» a la mujer de su inminente ovulación y desaparecido aquél, le indica que la ovulación ya pasó.

Como decíamos al principio de este capítulo, la fertilidad es combinada; con sólo la ovulación la mujer no puede quedarse embarazada, sino que necesita de los espermatozoides, de un espermatozoide que sea capaz de penetrar el óvulo y fecundarlo.

Pues bien, el período ovulatorio o la fase ovulatoria, que es lo mismo, no se reduce por tanto a 12-24 horas de vida del óvulo o a los 2 o 3 días de vida del espermatozoide, sino que es sabido y comprobado científicamente por los estudiosos del Método de la Ovulación, que la capacidad de fecundar que tiene el espermatozoide depende fundamentalmente de las condiciones del moco cervical, que conseguirá mantener vivo y capacitar en última instancia a los espermatozoides, quienes, depositados en las criptas cervicales, ascenderán revitalizados hacia las trompas, a oleadas. En condiciones inmejorables, la vida limitadísima de los espermatozoides (1-2 horas) es capaz de alargarse hasta los 3 o 5 días. Por lo tanto, una relación sexual mantenida 5 días antes de la ovulación, puede tener como consecuencia un embarazo, ya que el moco cervical puede conservar indemnes a los espermatozoides que esperan en las criptas del cérvix uterino.

Sabemos que la ovulación se produce alrededor del pico del moco cervical. Este «alrededor» es de 24 a 48 horas antes o después de dicho pico o cúspide del moco; siendo el momento más frecuente (98% de los casos) 24 horas después del mismo.

¿Y qué es el pico o cúspide? La mujer está viendo como desde la aparición del moco, éste va cambiando de día a día, esta «evolución del moco» llega a un punto en el cual el moco ha sido transparente, elástico, como la clara de huevo cruda y/o le ha dado la sensación de estar mojada o húmeda. Pues bien, el último día en que ella observa o nota estas características, se denomina día del Pico del moco cervical. Es una señalización que ella hace al día siguiente, cuando comprueba que el moco ha cambiado de características sustancialmente o ha desaparecido del todo.

La mujer sabe en este momento que su ovulación o se ha producido o es inminente.

Pero la fase ovulatoria no termina con el pico, sino que dura 3 días más porque si en el caso más desfavorable, la ovulación se produce 48 horas después del Pico, una relación sexual al tercer día después del mismo puede llevar a un embarazo, debido a la supervivencia máxima del óvulo que es de 24 horas. Por todo lo anteriormente dicho, esta fase se ha considerado potencialmente fértil.

4ª Fase. Postovulatoria. Debido a la producción masiva de progesterona, el cuello uterino produce moco tipo G, que se manifiesta normalmente por su ausencia en la vulva, debido como hemos dicho repetidamente a su densidad producida por un escaso contenido en agua.

Esta fase es infértil segura, y su duración oscila de 7 a 13 días, ya que la duración desde el Pico del moco hasta la menstruación siguiente es de 10 a 16 días aproximadamente, pues el cuerpo lúteo dura unos 8-10 días y el cuerpo blanco unos 4-5 días.

6. APLICACIONES DEL METODO DE LA OVULACION BILLINGS

El método Billings se diferencia de todos los otros métodos naturales en que la propia mujer sabe en cada momento si es fértil o infértil puesto que el moco cervical observado por ella le avisa de la proximidad o inminente ovulación, o bien si ésta ya ha tenido lugar.

En cualquier circunstancia de su vida reproductiva ya sea lactando, o después de tomar la píldora contraceptiva, o en la premenopausia, etc. la mujer sabrá determinar siempre las variaciones presentadas en los síntomas mucosos y por lo tanto vivir su sexualidad sin miedos ni angustias.

La mujer no tiene que alterar en nada su vida cotidiana para reconocer su normalidad o el posible acontecer de alguna alteración, de alguna patología, puede perfectamente por sí sola detectar anomalías

y poder acudir al médico pronto. Esta es otra de las características de éste método que sirve de gran ayuda en la medicina preventiva y diagnóstico precoz ginecológico.

Otro capítulo de gran importancia es el de la ayuda que puede suponer en los casos de esterilidad, no sólo que con la observación del moco cervical podemos hacer diagnóstico de presunción en todos los casos de patología ovárica, sino que con su aplicación ayudamos al matrimonio a reconocer una posible escasa fertilidad o hipofertilidad.

Ahora bien, para tener éxito es imprescindible un buen aprendizaje, es decir, la pareja debe asistir a unas sesiones impartidas por una monitora titulada y experta que enseñará a interpretar los signos y síntomas observados por la mujer. La Organización Mundial de la Salud indica que esta instrucción debe realizarse en tres ciclos consecutivos por una media de 5 a 8 sesiones.

El Método de la Ovulación Billings puede aplicarse a cualquier mujer en las más diversas circunstancias, ya que la información con la observación del moco cervical, es fiel determinante del período fértil de cada ciclo y por ende, del momento probable de la ovulación, tenga lugar ésta siempre en una fecha aproximada, como si acontece mucho antes o mucho después de lo habitual.

Se considera que una mujer tiene ciclos normales siempre que ovule. No hay anormalidad mayor en estos casos que la anovulación, es decir la *no ovulación*.

Sin embargo, tradicionalmente se considera a una mujer normal cuando sus ciclos son de 28 días. Este concepto altera el equilibrio psicológico de muchas mujeres que por tener ciclos más o menos largos se consideran patológicas.

Es pues, un concepto nuevo, el considerar que una mujer es regular cuando sus ciclos son de $x \pm 2$, por lo tanto pueden considerarse normales si ovulan, y regulares si sus ciclos son aproximadamente siempre iguales tengan la duración que tengan.

Se establecen unos límites en este último concepto. Nunca un ciclo debe ser superior a los 90 días ni inferior a los 20, en mujeres que no estén en ninguna circunstancia especial. Queremos decir con esto que, en ocasiones señaladas, tales como después del parto, en la premenopausia, tras mediación hormonal, en el stress, etc. este desequilibrio, ese acontecer de la menstruación, puede considerarse normal para dichas circunstancias. Todos estas situaciones pueden ser objeto de un estudio a parte.

En los casos antes señalados existe, o puede existir, una alteración de los ciclos que se considera normal para aquel momento de la vida reproductiva de esa mujer.

La mujer en el postparto

Tras el parto la secreción de prolactina (hormona que favorece la secreción de la leche) realiza una *feedback* negativo al hipotálamo haciendo que éste no segregue FSH-RH de tal forma que la hipófisis paraliza momentáneamente su secreción de la Hormona Folículo-Estimulante, evitando así el crecimiento folicular y por lo tanto su eclosión y ovulación postrera.

En estas condiciones, la mujer que da pecho a su hijo de forma total, tiene una mayor probabilidad de que la 1ª ovulación tarde un promedio de 3 meses en aparecer. Sin embargo esta circunstancia es muy variable en la sociedad actual en la que el stress, la incorporación de la mujer al trabajo a los 3 meses después del parto, etc. hacen que este stop al hipotálamo no sea tan eficaz como en el pasado o como sigue sucediendo en tribus primitivas de Africa y América, y es muy frecuente que al poco tiempo después del parto la hipófisis comience a segregar pequeñas cantidades de FSH y el ovario comienza a presentar su crecimiento folicular de forma, al principio muy intermitente y lenta y poco después totalmente eficaz hasta conseguir una maduración total del folículo de De Graaf y su ulterior ovulación.

¿Qué observa la mujer en relación con el moco cervical?

Cada vez que el folículo crece, la hormona estrógena aumenta en su interior haciendo posible su acción en el cuello del útero. Esto se traduce por el comienzo de pequeñas secreciones de moco que la mujer reconoce como el aviso de su próxima o inminente fertilidad.

No obstante ese moco puede aparecer al principio de forma tímidamente y además ser invariable y comenzar a evolucionar posteriormente de tal forma que la mujer puede detectar el «PICO» sabiendo así que su 1ª ovulación se va a producir en esos días.

Así, una mujer lactante, si comienza la observación de los síntomas de moco cervical a las 3 semanas después del parto, sabrá cuándo su ovario comienza a funcionar y posteriormente cuándo la ovulación se produce pudiendo en este momento saber también cuándo aparecerá su 1ª menstruación tras el parto.

Da igual cuanto tiempo tarde la 1ª regla. Mientras que ésta no aparece sabrá cuándo es probablemente fértil y cuándo no y así aplicando las reglas del Método de la Ovulación Billings poder evitar el embarazo si es lo que desea.

La mujer en premenopausia

A partir de los 35-40 años pueden comenzar las irregularidades del ciclo femenino, a menudo sin que la mujer lo advierta.

Este período de la vida de la mujer puede durar unos 10 años y se caracteriza por 3 fases, a saber:

- 1ª fase: de ciclos anovulatorios regulares alternando con ciclos regulares ovulatorios normales.
- 2ª fase: de ciclos anovulatorios irregulares alternando con ciclos regulares normales (períodos de amenorrea).
- 3ª fase: de alteración en las menstruaciones (amenorreas, polimenorreas, menorragias, metrorragias, etc.).

No quiere decir esto que todas las mujeres pasen por estas tres fases sistemáticamente, sin embargo es lo más frecuente, aunque puede ser que las fases se alteren o se entre en menopausia desde una normalidad aparente total.

El aumento de la testosterona en sangre ciculante y la disminución del estrógeno, hace posible que, junto con un cuello uterino que tiende a borrarse paulatinamente, el moco cervical disminuya su secreción y por lo tanto paulatinamente la fertilidad disminuye.

Es característico de esta época de la vida el encontrar secreciones de moco escasas o nulas que marcan fielmente los días de posible fertilidad o su ausencia.

Sean cuales fueren las circunstancias lo que sí podría siempre la mujer es reconocer su fertilidad, es decir saber si es o no es fértil y detectar cuándo un ciclo es ovulatorio o no y el momento en el cual se produce la ovulación.

En el stress

En épocas determinadas de la vida pueden suceder circunstancias que alteran los ciclos femeninos ya que éstos para producirse correctamente tienen el influjo del eje hipotálamo-hipofisario, y por lo tanto el S.N. es su principal motor.

Es conocido que el stress puede influir de forma general en el ciclo de dos maneras fundamentales: anulando la ovulación o retrasándola.

De todas formas es evidente que el stress puede considerarse transitorio, es decir suceder de forma puntual en un momento del ciclo, o bien ser permanente, es decir prolongarse a lo largo de varios días o incluso meses. Uno u otro tienen traducciones diferentes en el ciclo menstrual, ya que el 1º puede alterar momentáneamente un ciclo que estaba produciéndose de forma normal dependiendo de si la mujer estaba en la regla, en la fase preovulatoria precoz, en la fase periovulatoria o en la postovulatoria; mientras que el 2º puede seguir influyendo durante todo ese ciclo y en los sucesivos o incluso retrasar la siguiente regla por mucho tiempo, ya que la ovulación puede estar anulada.

La traducción fisiológica es siempre la misma, a una FSH intermitente le sigue una prolongación de la fase preovulatoria y por lo tanto un retraso de la ovulación y en el caso más extremo una anulación de la ovulación.

La mujer lo verá como un parcheado de moco también intermitente que no termina de producirle los síntomas ovulatorios o una ausencia total de moco. Siguiendo las reglas le sería posible evitar el embarazo cuando lo necesite.

Como diagnóstico coadyuvante de la esterilidad femenina

En los casos de posible esterilidad femenina, el Método de la Ovulación Billings es de una gran ayuda tanto para el diagnóstico de patología ovárica, como para saber el momento idóneo para realizar las pruebas de laboratorio o de radiología.

Cuando un ciclo está alterado, una vez descartadas las circunstancias transitorias que lo pudieron producir, debe hacerse un estudio de la fertilidad real de la persona.

Seguimos siempre una sistemática establecida por la O.M.S. en la que se establecen tres ciclos consecutivos de observación de los parámetros tanto de moco cervical primero, como de temperatura basal después, de tal manera que una vez finalizados los tres ciclos en cuestión tendremos un diagnóstico probable del funcionamiento ovárico, es decir si se produce o no la ovulación.

Si la ovulación no se produce hay que estudiar las causas realizando ya pruebas complementarias empezando con estudio de moco cervical en sus factores biofísicos y su observación a microscopía óptica, para entrar después en el estudio de las gonadotropinas y de las hormonas ováricas así como de la testosterona y la prolactina. Paralelamente se hace un seguimiento ovulatorio a ecografía para así confirmar el crecimiento y la eclosión folicular.

En la actualidad también hacemos la onda de LH que es el parámetro más fiel conocido relacionado con la ovulación, ya que se sabe que 17-32 horas después del pico de la LH la ovulación se produce.

Como puede comprenderse, el papel del método Billings es fundamental, ya que la mujer con la observación de moco cervical conoce perfectamente el momento del ciclo en el que está y por lo tanto los estudios complementarios no son a ciegas sino en días señalados según los parámetros estudiados. Por ejemplo: es tradicional en ginecología realizar extracción de sangre para obtener los datos sobre las hormonas a estudiar, el día 20 del ciclo. Cuando la mujer no ha ovulado previamente ese día puede ser preovulatorio y sin embargo se va a valorar como postovulatorio, de ahí los errores diagnósticos frecuentes. De la misma manera sucede con las ecografías realizadas en fase teórica postovulatoria que dan diagnósticos erróneos de poliquistosis ovárica,

siendo que la mujer está aún en preovulación y lo que se visualiza son los folículos ováricos en crecimiento previos a cualquier ovulación normal.

Ciertamente el tema del Método de la Ovulación Billings es amplísimo y nuestros estudios son innumerables, es por esto que cada apartado aquí tratado daría para artículos independientes donde se podría profundizar más en cada tema, dando un aporte más concreto en cada caso.

7. IMPLICACIONES PSICOLOGICAS DE LOS METODOS DE FERTILIDAD NATURAL

Los Métodos Naturales de Regulación de la Fertilidad son esencialmente para la pareja, no sólo para el individuo; en tanto que los otros métodos de anticoncepción o contracepción toman a uno solo de ellos, generalmente a la mujer, los métodos naturales no pueden llevarse adelante, vivirse, si no hay un acuerdo entre los dos miembros de la pareja.

Iniciamos esta experiencia realizando una revisión de aquellos aspectos de la vida conyugal que han recibido mayor atención de los investigadores.

Esta revisión nos permitirá situar, poner de relieve y precisar las variables que hemos escogido como objetivo específico de este trabajo.

Al referirnos a la pareja, en este momento dejamos de lado las implicaciones ideológicas o sociales, que indudablemente están presentes, y nos referimos exclusivamente a la pareja monogámica constituida con voluntad de duración.

A) *Factores determinantes para la felicidad conyugal*

a) *Criterios de valoración de la pareja*

Tomaremos solamente tres criterios de valoración de la pareja:

- Duración o estabilidad (Observable).
- Ausencia de conflictos (Semi-observable).
- Impresión de felicidad (Subjetiva, no observable).

De todos estos criterios, el tercero es el más importante y el más utilizado desde una perspectiva psicológica, teniendo su auge en los años 60 en EE.UU. y es al que vamos a referirnos a continuación.

1º) *Impresión de felicidad*. Este concepto es extraño para muchas culturas, incluso para la nuestra no más allá de los años 30 cuando el matrimonio era un medio de satisfacción sexual para el varón o su finalidad principal era tener hijos, si no la de preservar las propiedades.

Actualmente, y cada vez más en la cultura occidental, pensando en la autorrealización individual, se considera adecuado que ambos, marido y mujer, busquen la felicidad.

Es muy difícil llegar a medir el grado de felicidad de los cónyuges, por ser una variable subjetiva, no observable. Por tanto son los cónyuges, su testimonio, el único medio adecuado para apreciar su dinamismo, ya que son ellos quienes lo experimentan.

Burges y Col. (1963) han expresado que hay muchas objeciones sobre la felicidad en el matrimonio. Un matrimonio puede ser feliz para el marido y no serlo para la mujer. Es difícil llegar a saber la verdad, no obstante hay una correlación alta entre felicidad y estabilidad.

2º) *Felicidad y estabilidad:*

Una tipología operativa puede ser la siguiente:

- Alta felicidad-alta estabilidad (Bastante estudiadas)
- Baja felicidad-baja estabilidad (Bastante estudiadas)
- Baja felicidad-alta estabilidad (Poco estudiadas).

Un estudio de Burr bastante ambicioso halló que no existe disminución de la satisfacción conyugal con los años, sino más bien un ligero incremento en los años siguientes a la escolaridad de los chicos. La satisfacción se midió en relación con seis áreas específicas de la experiencia conyugal:

1. Aspectos del control económico.
2. Actividades sociales de la pareja.
3. La forma en que él o la esposa realiza sus tareas en casa.
4. El compañerismo en el matrimonio.
5. La relación sexual.
6. Las relaciones con los hijos.

b) *Factores que inciden en la felicidad conyugal:*

1º) *Factores externos:*

Revisar esta variable sería interminable y no es posible en el poco espacio disponible, pero sería ingenuo olvidarse de considerar el enorme condicionamiento de los factores sociológicos, culturales, políticos, económicos, religiosos, de la pareja.

Hay que poner de relieve que todos estos factores pueden incidir en la pareja o directamente por lo que es percibido por ella de forma abierta y consciente o indirectamente, sin que por otro lado los implicados se percaten de ello.

Citemos como ejemplo el factor económico. La ausencia importante de recursos económicos es un factor a menudo condicionante de la felicidad conyugal.

Otro grupo de factores importantes guarda relación con los progresos de los medios de comunicación social. Estos actúan reduciendo la frecuentación a lugares públicos, modificando las condiciones del diálogo verbal entre los cónyuges, bien sea facilitándolo o por el contrario proporcionándoles un aliado que impone silencio, facilitando la proximidad material de los cónyuges, separados durante la jornada, y también facilitándoles una información continuada casi simultánea al acontecer de los hechos. Creemos que este factor por sí solo es uno de los de mayor trascendencia ya que los dinamismos interpersonales se rigen en grado superlativo por la función imaginativa.

Otro grupo de factores está relacionado con uno de los sucesos sociológicos más notables del momento actual como es la explosión del fenómeno anticonceptivo y el paralelo de la liberación sexual.

Estos fenómenos junto a los cambios culturales respecto a los valores sociales, están incidiendo de manera especial en algo tan fundamental como es la distribución de los roles masculino y femenino, en las tareas o trabajos de la sociedad y por ende en la comunicación de la pareja. En este punto, es necesario hacer notar la fuerza creciente de los movimientos de emancipación y promoción social de la mujer y las consecuencias que para su personalidad y para la interacción conyugal está teniendo por ejemplo, la adecuación o no a los valores sociales que favorece esa promoción.

2º) *Factores internos:*

a') Caracteres psicológicos previos de cada uno de los cónyuges.

La maduración afectiva de los dos cónyuges, las relaciones de confianza con el otro sexo y la imagen positiva del matrimonio, son los aspectos más representativos de este grupo de factores.

b') Mayor influencia del rol del marido.

La personalidad del varón parece tener más importancia que la de la mujer en la obtención de la felicidad conyugal (Uhr). Este autor realizó un estudio longitudinal durante 18 años y halló que comparando parejas no felices con otras felices, el varón tenía ya desde antes del matrimonio: tendencias neuróticas, mayor introversión, etc..., mientras que las mujeres de ambos grupos apenas se diferenciaban en nada.

Otra de las conclusiones a las que llegó este mismo autor fue que el éxito o fracaso del matrimonio se juega en los primeros años, siendo la personalidad y comportamiento del marido el factor principal de la felicidad o infelicidad conyugal futura.

Un trabajo de Barri en 1970 confirma este papel importante de los primeros años de la convivencia, pues afirma que en ellos las actitudes del marido respecto a su mujer, son de una influencia muy significativa para la adaptación de ésta al matrimonio.

Otros autores han identificado que a su vez las actitudes y comportamiento positivo del marido respecto a su mujer, tiene una relación directa proporcional con la imagen que el marido tiene de sí mismo.

c') Armonía sexual:

Son bastantes los autores que consideran esta variable como imprescindible para el éxito o felicidad en el matrimonio.

Los trabajos de Masters y Johnson (1970) y Gebhard (1966) son los más representativos de esta tesis.

Resumimos los hallazgos más importantes:

— La felicidad conyugal reconocida por los dos esposos es mayor cuanto más frecuente es la obtención del orgasmo por parte de la mujer.

— La disociación de la pareja es tanto más rápida cuanto menor es el porcentaje de satisfacción completa sexual de la mujer.

— Inversamente, la armonía sexual es más frecuente alcanzada, según la percepción de la mujer, cuando se da un ajuste psicológico y afectivo entre esposos.

d') Ajuste en las perspectivas recíprocas. (Teoría transaccional)

Luckey demuestra la relación entre la felicidad conyugal y el ajuste o congruencia entre:

— Autoconcepto del marido y concepto del marido percibido por su esposa.

— Autoconcepto del marido y su concepto de su esposa.

B) *Aspectos psicológicos de la regulación natural de la fertilidad*

Usando un lenguaje evolutivo debemos decir que en la escala de la evolución de los seres, cuando se llega a la especie humana, la sexualidad no tiene ya comportamientos fijos como ocurre en los seres inferiores, sino que está confiada al hombre y a la mujer, uno y una solos, con toda su riqueza.

La sexualidad madura donándose recíprocamente cada uno de los cónyuges y de esta suerte los métodos naturales de regulación de la fertilidad, requieren un esfuerzo mutuo, un ser dueños de sus propias pulsiones.

Uno de los factores que más influyen en la pareja para su éxito como tal es su sexualidad vivida como seres completos, libres de temo-

res, de rencores, de desconfianza, etc. Este cometido incumbe a los dos.

A menudo el temor al embarazo, la falta de confianza, las vergüenzas y los miedos mal entendidos hacen que los dos miembros de la pareja sean dos individuos independientes con deseos, sueños, esperanzas individuales, no compartidas. Es por esto que la relación sexual es un acontecimiento aislado en un Océano de ignorancia del uno para con el otro. Se limita a actos instintivos donde participan un poco los cuerpos y un nada lo esencial de cada ser humano. Para este latir al unísono es fundamental la comunicación.

C) Importancia de la comunicación

La comunicación es un factor importante y de todas las variables que pueden afectar a la felicidad, éxito o ajuste de la pareja, no hay ninguna tan dinámica como ésta, aunque esto no significa que no esté en dependencia de otros muchos factores.

Pero si en toda la sociedad ha tenido importancia la comunicación, se puede afirmar que la tiene mucho más en épocas de transición como las actuales en las que el acelerado ritmo de cambio hace tambalear las normas, valores o ideales tradicionales.

En estas fases de transición y cambio rápido, aumentan las disensiones, tanto respecto a la crítica de los valores anteriores, como a la aceptación o creación de otros nuevos, y la generalidad y peso colectivo queda reducido a ámbitos más pequeños: parejas, sociedades, etc. de carácter cada vez más contractual.

Es así como la comunicación verbal, aunque es solamente un aspecto del proceso total de la comunicación, facilita una oportunidad para obtener una aproximación importante a la comprensión de los posibles problemas.

En el matrimonio los cónyuges tienen que tratar aspectos funcionales, como administrar el dinero, decidir en la distribución del trabajo, relacionarse con los familiares políticos, plantearse la educación de los hijos y el número de los que desean tener, etc.

Estos aspectos y otros que van surgiendo a lo largo del ciclo de la vida familiar, conjugado con los cambios sociales, aporta un número importante de problemas y exige requisitos en las capacidades de comunicación como por ejemplo escucharse, entender al otro y expresarse clara y cuidadosamente.

En España BOIX (1974), en la revista Cuadernos de Orientación Familiar, realizó una encuesta acerca de la «Unión y afecto en el matrimonio», y frente a la pregunta abierta de «cómo habéis hecho para superar la dificultad o crisis y profundizar vuestro amor», se registraron espontáneamente 15 tipos de respuestas muy variadas. De ellas, la

respuesta mayoritaria (con doble aporte respecto a la segunda) fue: «con el diálogo y la comunicación».

En un gran número de trabajos sobre dinámica conyugal se indica claramente la importancia de la comunicación en el matrimonio armónico. De entre ellos merecen destacarse el de Navran (1967) que aporta evidencia experimental en la asociación entre ajuste conyugal y buena comunicación, tanto verbal como no verbal en las parejas felices comparadas con las no felices. Los aspectos específicos de la comunicación que diferenciaban a los dos grupos consistían en que las parejas felices: hablaban entre ellos; revelaban los sentimientos acerca de lo que se había dicho; tenían un repertorio de temas más amplio; mantenían los canales de comunicación abiertos: se mostraban más sensibles respecto a los sentimientos mutuos; personalizaban sus símbolos lingüísticos; hacían más uso de técnicas complementarias no-verbales de comunicación.

De hecho el problema central que afecta a una gran mayoría de parejas que inician un counseling matrimonial, es un bajo nivel de comunicación interpersonal que se constata en expresiones como «...el (ella) no me entiende...».

En la relación de pareja hay una comunicación de igualdad que se hace patente en los métodos naturales de regulación de la fertilidad, en la que la iniciativa, la seguridad, la da la mujer y un poco ella es la que lleva la dirección en sus relaciones, siempre con la colaboración de él, pero tanto a ella como a él se les pide mucho.

¿Qué se pide a cada uno de ellos?:

— A él respecto a ella: colaboración, comprensión, ayuda, solidaridad, saber esperar...

— A ella respecto a él: comprensión, donación en los días seguros, ternura, entrega plena,...

D) Aporte de los métodos naturales en la mejora de las relaciones sexuales

Los métodos naturales de regulación de la fertilidad son un medio para que la pareja conozca su propia fertilidad y su fertilidad combinada y comprenda que la responsabilidad en todo lo relacionado con su vida de pareja es de ambos, no de uno solo de ellos.

Para llegar a una educación completa, es preciso seguir una metodología en la enseñanza. Con ella se consigue que paulatinamente los esposos se conozcan a sí mismos con todas sus ventajas y sus limitaciones y saber usar por lo tanto de su sexualidad como seres humanos ya sea para evitar como para conseguir un embarazo.

Aunque en España aún no son muy conocidos los métodos naturales de regulación de la familia y concretamente el método Billings del que tratamos, en cambio últimamente tanto en España como en otros

países, se ha notado un aumento en el uso de este método por parte de parejas de distintos credos y esto se debe a varios factores entre los cuales podemos citar algunos:

— La evolución y el conocimiento científico cada vez mayor de estos métodos.

— Cambios marcados en las actitudes acerca de las relaciones sexuales y el tamaño de la familia.

— Notables cambios socioeconómicos y de vivienda.

— El deseo y la necesidad de muchas parejas de limitar el número de hijos.

— El estilo de vida de muchas parejas que en armonía con sus actitudes culturales o creenciales les hace rechazar o evitar lo que consideran artificial o no natural.

— El temor o la repugnancia al uso de métodos de control químicos, mecánicos o quirúrgicos.

— Creencia de que la superpoblación debe contrarrestarse con una tasa cero del crecimiento demográfico.

Por la experiencia de más de doce años hemos podido observar en las parejas y matrimonios, incluso en los más liberados, que no se habla entre ellos de su sexualidad, viven una relación sexual naturalmente, pero no una relación de personas sexuadas. No hablan de este tema, creen que gozar es sentir placer y en esta circunstancia tantas veces la persona se siente humillada porque no se ha sentido amada sino tal vez utilizada, ha sido instrumento de placer de otro no fin, como se constata en una máxima de Kant: «Obra de tal suerte que tú no trates nunca a la persona del otro como un medio, sino siempre como fin de tu acción».

Con los métodos naturales de regulación de la fertilidad, una vez que han sido aprendidos y la pareja ha sido convenientemente adiestrada, hemos constatado que, aún teniendo unos días de abstinencia, el número de relaciones aumenta no solo en cantidad sino también en calidad. Las relaciones son más plenas y más satisfactorias, fundamentalmente porque la mujer no tiene miedo al embarazo, si es esto lo que se han propuesto, y a ambos porque el haberse abstenido durante unos días en los cuales han tenido que desarrollar más todas sus cualidades de ternura, afectividad, etc., para mantener una comunicación gratificante, llegan a una relación sexual en que los dos se sienten libres y con un deseo de donación mútua mucho mayor.

El número de parejas estudiadas en nuestro Centro supera las 1.250, algunas durante varios años y en otras ciudades donde también se están enseñando por otras personas de nuestro equipo el número total podemos asegurar que supera las 4.000.

BIBLIOGRAFIA

- Abraham, G. y Pasini, W. (1987). *Introduzione alla sessuologia media*. Milano: Ed. Feltrinelli.
- Ajuriaguerra, J. (1976). *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Ed. Toray Masson.
- Amezua, E. (1975). Sexo y sexualidad. *Cuadernos para la educación en salud mental*, n.º 5. Madrid: Public. M.º Gobernación. Dirección General de Sanidad.
- (1975). Adolescencia y sexualidad. *Cuadernos para la educación en salud mental*, n.º 28. Madrid: Publi. M.º Gobernación, Dirección General de Sanidad.
- AA.VV. (1985). *La prospettiva etica dei problemi delle popolazione*. Intervención conferencia di città del Messico. Med. e Mor. pp. 116-124. Roma: Univ. S.D.
- Billings, E. L. y Westmore, A. (1985). *Método Billings. Regulación Natural de la Fertilidad*. Barcelona: Gedisa.
- Billings, E. L. y Cols. (1981). *Méthode Billings*. París: Ed. Paulines.
- Billings, E. L. (1980). *Cómo enseñar el Método de la Ovulación*. C.F.A.GG., p. 77; N.H. Con.: Ed. C. Colon.
- Billings, E. L. (1980). *Análisis de los embarazos habidos*. C.F.A.G., p. 315; (1980) N.H. Con.: Ed. C. Colon.
- Billings, J. J. (1980). *The ovulation method*. Melbourne: Ed. Ad. Press.
- (1980). *Aplicación y Enseñanza del Método de la Ovulación*. C.F.A.G., P. 85. N.H. Con.: Ed. C. Colon.
- (1980). *El futuro de la regulación de la fertilidad*. C.F.A.G. N.H. Con: Ed. C. Colon.
- (1980). *La clasificación de embarazos*. C.F.A.G., p. 299; (1980). N.H. Con: Ed. C. Colon.
- Bonifacio, J. L. (1980). *Experiencias en el Uruguay y formas de promover el Método de la Ovulación*. C.F.A.G. Ed. C. Colon, N.H. Con.
- Botella, J. y Clavero, J. A. *Tratado de Ginecología*, tomo I, Ed. Cient. Méd., 10 ed.
- Brennan, J. J. (1980). *Cómo enseñar los valores sexuales a los adolescentes*. C.F.A.G., p. 253, N.H. Con.: Ed. C. Colon.
- Cahill, C. (1986). *Psicopatología de la adolescencia*. Madrid: Rev. Jano, 11-12-86.
- Calisti, A. (1984). *Diagnosi prenatale e possibilità terapeutiche chirurgiche*. Med. e Mor., 4, pp. 493-497, Madrid: Univ. S. Cuore.
- Cappilla, A. y Giacchi, E. (1980). *Las investigaciones más recientes sobre la formación de canales de flujo cervical*. C.F.A.G., p. 125, (1980). N.H. Con.: Ed. C. Colon.
- Cappella, A. (1985). *Según la naturaleza*. Torino: Ed. BBE.
- (1979). *Il punto della ricerca sui metodi naturali per la procreazione responsabile*. Roma: A.V.E.
- Cnestrari, R. (1984). *Psicología generale e dello sviluppo*. Bologna: Ed. Clueb.
- Cohen, J., Masse, S., Tordjaman, G. y Verdoux, C. H. (1976). *Enciclopedia de la vida sexual de la fisiología a la psicología*. Barcelona: Ed. Argos.

- Congreso Etico-Moral. (1980). *Incontrol plurichisciplinare sui comportamenti sessuali*. Sorrento: CIS, SISC (Soc. Ital. di Sessuologia Clínica), V. Giornate Mediterranee di Sessuologia.
- (1984). *Per una antropología sessuale: Persona, coppia società*. Verona: Congreso Naz. Atti. Riv. Sessuol.
- (1983). *Educazione alla sessualità*. Convegno Roma: CISF. Atti, Riv. Sexuol.
- Cortesi, S. (1979). *Paper presented at primo corso nazionale sul metodo della ovulazione Billings*. Roma.
- Cuadra, M. C. de la. (1987). *El método Billings en la regulación de la fertilidad*. Memoria de Licenciatura, Univ. de Sevilla, Facultad de Medicina.
- Dallayrac, N. (1985). *Los juegos sexuales de los niños*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- D'Amico, M. R., Filardo, A. F. y Vincenzi, R. (1986). *Il metodo dell'ovulazione Billings per una procreazione responsabile*. Corridonia: Ed. TAF.
- Dede, A. (1985). Studio del metodo dell'ovulazione Billings per la regolazione della fertilità in Lobardia. *Méd. y Mor.*, pp. 72-79. Roma: Univ. S. Cuore.
- Dennerstein, L. y Cols. (1978). *Gynaecology, sex and psiche*. Melbourne: Ed. Melb. Univ. Press.
- Di Pietro, M. L. (1985). Il transessualismo: aspetti biologicci. *Mod. e Mor.* 1. Roma: Univ. S. Cuore.
- (1984). La fecundazione extra-corporea. *Med. e Mor.*, 4, pp. 570-571. Roma: Univ. S. Cuore.
- Dolack, L. (1980). *Estudio de confirmación de valores del Método de la Ovulación*. C.F.A.G., N. H. Con: Ed. C. Colon.
- Flórez, J. A. (1984). *Timidez y aislamiento social en una adolescente*, n.º 627, pp. 34. Madrid: Rev. Jano.
- Frank, J. (1980). *Aspectos psicológicos de la regulación natural de la natalidad*, p. 181. C.F.A.G. N.H. Con: Ed. C. Colon.
- Gafo, J. (1986). *Nuevas técnicas de reproducción humana*. Madrid: Ed. UPCM.
- (1987). *¿Hacia un mundo feliz?* Madrid: Ed. Atenas.
- García, J. E., Jones, G. S. y Wright, G. L. (1981). Prediction of the time of ovulation. *Fertil Steril*, 36, 308.
- Gibbons, W. (1980). *La experiencia M.B. en el Salvador*. C.F.A.G. N. H. Con: Ed. C. Colon.
- Gispert, M. y Flak, R. (1978). Adolescent sexual activity contraception and abortion. *Am. J. Obst. Gynec.* 132, 620.
- González García, A. y González Botella, S. (1980). *Salud sexual y salud mental*. Madrid: M.º Sanidad y Seguridad Social. Dirección General de Salud Pública.
- Guha, A. A. (1985). *Moral sexual y represión sexual*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Haliburn, C. B. (1980). *Report to VITH. Internat. Inst. of the Ovul.* Los Angeles: Meth.
- Heath, S. (1985). *La revolución sexual*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Heald, F. P. (1980). *Critical issues in teenage pregnancy*. Barcelona: XVI Int. Congress of Pediatrics.
- Hilgers, T. W. (1980). *Report to the VITH Internat.* Los Angeles: Inst. of the Ovulation Method.

- Horno-González, M. y cols. (1982). Embarazo en la adolescente. *Rev. Esp. Obst. Gin.*, 41, 1.
- Hume, K. (1980). *La anatomía, fisiología y correlación hormonal de la ovulación*. C.F.A.G. p. 97. N.H. Con: Ed. C. Colon.
- (1980). *Factores cervicales de la fertilidad y correlaciones del flujo*. C.F.A.G., p. 115. N.H. Con: Ed. C. Colon.
- Junceda Avello, E. (1974). *La sexualidad primitiva y su simbología a través del arte prehistórico. Notas a una ginecología prehistórica*. Oviedo: Real Academia de Medicina de Oviedo.
- Karchadourian, H. (1987). Sexualidad en adolescentes. *Clin., Ped. Nort.*, 1, 17.
- Kearns, F. (1980). *Cómo lograr el embarazo*. C.F.A.G. N.H. Con: Ed. C. Colon.
- (1980). *Cómo enseñar el Método de la Ovulación a madres que amamantan en áreas rurales*. C.F.A.G. N.H. Con: Ed. C. Colon.
- Klaus, H. y cols. (1979). Use effectiveness and client satisfaction in six centres teaching the Billings Ovulation Method. *Contraception*, 19:6, 613.
- Krause, M. (1985). *Educación sexual*. La Habana: Ed. Científico Técnica.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1984). *Enciclopedia della psicanalisi*. Roma-Bari: Ed. G. Fuá.
- Laury, G. (1985). *Cómo vivir su sexualidad*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Lehrmann, N. (1985). *Las técnicas sexuales de Masters y Johnson*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Leonie, P. McSweeney, M. (1979). *Sex and conception*. Drogheda: Ed. Enlarged.
- Leonor, G. (1985). El fin del sexo. El amor erótico tras la revolución sexual. *Rev. Integral*, Serie Rutas del Viento. Barcelona.
- Levassort, O. (1978). *Felicitá d'amare. Educazione psicologica e sessuale al matrimonio*. Roma: Ed. Cittá Nouva.
- Lewin, B. (1979). *Education sexuelle et enseignement du planning familial á l'intention des jeunes*. Copenhague: O.M.S.
- Llaveró, J. (1983). *Embarazo en la adolescencia*. Madrid: Publicación en temas actuales de la Asociación UNICEF-España.
- Marshall, D. S. (1975). *Il comportamento sessuale umano: analizzato in sei diverse culture*. Milano: Ed. Feltrinelli.
- Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1970). *Human sexual response*. Boston: Little Brown.
- Mc Carthey, J. J. (1980). *El Método Sintotérmico*. Washington: Ed. The Human Life Natural Family Planning.
- Mc Sweeney, L. (1980). *Report to VITH Internt*. Los Angeles: Inst. of the ovul. met.
- Moliner, M. A. (1986). *Evaluación y Estudio del Método Billings*. Madrid: Memoria Licenciatura en Salud Pública.
- Money, J. y Musaph, H. (1978). *Sexología*, vol. 3. Roma: Ed. Borla.
- Miller, J. y Peman, D. (1983). *The human body*. London: Ed. J. Cape Limited.
- (1984). *The facts of life*. London: Ed. J. Cape Limited.
- Odebland, E. y Hglynd, A. y cols. (1978). The dynamic mosaic model of-the human ovulatory cervical mucus. *Proc. Nord. Fert. Soc. Meeting*. Umea.
- Parenteau-Carreau, S. (1977). *Hacer el amor, hacer un hijo*. Barcelona: Ed. Tucan.

- Pérez Sánchez, A. (1980). *La efectividad en el uso del Método de la Ovulación iniciado después del parto*. C.F.A.G. N.H. Con: Ed. C. Colon.
- Poltawska, W. (1980). *Los efectos de la actitud anticonceptiva sobre el matrimonio*. C.F.A.G. p. 187. N.H. Con: Ed. C. Colon.
- Quartana, M. E. y Quartana, P. (1977). *Fine della famiglia?* Roma: Ed. Città Nuova.
- Richards, P. (1980). *Las necesidades de América Latina*. C.A.F.G. N.H. Con: Ed. C. Colon.
- Rodríguez, A. M. (1987). *Estudio del efecto del stress sobre la ovulación a través del Método Billings*. Madrid: Fac. Med. Uní. Com.
- (1987). *El Método de la Ovulación Billings como medio de educación para la salud en la planificación familiar*. Madrid: Fac. MED. Univ. Com.
- Rodríguez, A. M. y cols. (1986). *Estudios y programas educativos a diferentes niveles en el campo de la orientación familiar*. Madrid: Fac. Med. Univ. Com.
- Rodríguez, A. M. (1984). *El Método de la Ovulación Billings, una alternativa en la planificación familiar*. Madrid: Mem. Licen. Fac. med. Univ. Com.
- (1987). *El Método de la Ovulación Billings como método complementario en el diagnóstico del factor ovárico de la esterilidad*. Madrid: Fac. Med. Univ. Comp.
- Rycroft, C. H. (1970). *Dizionario critico di psicoanalisi*. Roma: Ed. Astro labio.
- Santamaría, D. (1980). *Experiencias en América Latina*. C.F.A.G., p. 59. H.H. Con. Ed. C. Colon.
- S. Kaplan, H. (1985). *Trastornos del deseo sexual. Nuevas ideas y técnicas en terapia sexual*. Barcelona: Ed. Grijalbo.
- (1985). *Evaluación de los trastornos sexuales. Aspectos médicos y psicológicos*. Barcelona: Ed. Grijalbo.
- (1985). *Manual ilustrado de terapia sexual*. Barcelona: Ed. Grijalbo.
- Schofield, M. (1977). *El comportamiento sexual de los adultos*. Barcelona: Ed. Fontanella.
- Schnabl, S. (1982). *En defensa del amor*. La Habana: Ed. Científico-Técnica.
- Scott, W. C. (1978). Pelvic abscess in association with intrauterine contraceptive device. *Am. J. of Obs. Gyn.* 131, 149-56.
- Taylor, R. S. y cols. (1980). *Citología hormonal vaginal y el método Billings para la regulación natural de la natalidad*. C.F.A.G. p. 143. (1980). N.H. Con: Ed. C. Colon.
- Tishler, C. L. (1981). *Intentos de suicidio en adolescentes después de abortos voluntarios*. *Pediatrics* (Ed. esp.) 12, 383.
- Tordjain, G. (1985). *La frigidez femenina y cómo tratarla*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- (1985). *La violencia, el sexo y el amor*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- (1975). *Realidades y problemas de la vida sexual*. Barcelona: Ed. Argos Vergara.
- Toulat, J. (1980). *Contraception sans violence*. París: Ed. Pyhgmalion.
- Walsh, P. (1979). A new cause of male infertility. *New England Journ. of Medicine*, 300, 5, 253.
- Weinberg, G. (1985). *La homosexualidad sin prejuicios*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Wettnhall, H. y cols. (1975). *A survey of fifteen years management and treatment*. *J. Ped.* 86: 602-610.

Recogemos a continuación las actividades científicas, así como las docentes y de divulgación, que se están llevando a cabo en España sobre el método de ovulación Billings.

a) Actividades científicas

1. Cursos de enseñanza a usuarias de Planificación Familiar Natural, según las normas de la O.M.S.
Con este programa, y sólo en el Centro de Madrid, se han instruido unas 1.250 parejas, siendo el número en España de más de 4.000.
2. Cursos de enseñanza a Monitores de Planificación Familiar Natural.
Con este programa se han formado unos 315 Monitores en toda España y en la actualidad hay unos 50 en período de formación y reciclaje.
3. Programa de Instructores de Planificación Familiar Natural.
4. Técnica de enseñanza a usuarias invidentes, transcritas al lenguaje Braille.
5. El Dr. Serapio Roldán prepara su Tesis Doctoral sobre el Análisis Socio-Sanitario de la eficacia de la Planificación Familiar Natural, en un ambulatorio de la Seguridad Social del Servicio de Salud de la Junta de Andalucía y financiado mediante una beca concedida por el Fondo de Investigación de la Seguridad Social (FISS).
6. La Dra. Helvia Temprano, ha realizado su Tesis Doctoral sobre «Estructura y Cristalización del Moco Cervical con Microscopio Electrónico de Transmisión», en colaboración con personal del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera de La Coruña.
7. En el mismo Hospital de La Coruña, se realiza un Estudio de Correlación entre la Onda de LH y el Día Pico del Patrón Mucoso, cuyo estudio comenzó en 1987.
8. En noviembre de 1989 se comenzó un estudio sobre «La Ritmicidad Circamensual de Intercambio de Cromatoides Hermanas», en colaboración por el Departamento de Genética del Hospital Teresa Herrera de La Coruña.
9. El Dr. Jordi González, estudió sobre los cambios del PH vaginal a lo largo del ciclo menstrual.
10. En Barcelona, la Dra. Montserrat Rutllant, lleva un grupo de Estudio de Métodos Naturales de Regulación de la Fertilidad, haciendo una correlación entre el pico de LH detectado con Ovotest y Patrón Mucoso.
11. La Dra. Mercedes Rodríguez, especializada en la enseñanza de Métodos Naturales para casos de infertilidad, estudia el Moco Cervical en mujeres de baja fertilidad.

La enseñanza de Métodos Naturales en este tipo de mujeres, la interpretación de sus gráficas, examen en fresco y al microscopio del Moco Cervical, estudio del número de canales, etc. está abriendo grandes expectativas a la hora de posibilitar una mejoría con tratamiento.

b) Actividades docentes

1. Cursos de formación de Monitores en diferentes Comunidades Autónomas, desde el año 1983.
2. Cursos de Sexualidad-Corporeidad para adolescentes en diferentes centros de enseñanza.
3. Cursos para profesionales de la salud sobre el Método de la Ovulación Billings.

c) Actividades de difusión

1. Charlas de divulgación en diferentes Organismos y Asociaciones públicas y privadas desde que en 1983 se creó la Asociación WOOMB ESPAÑA.
2. Colegios Oficiales de Médicos de Madrid, León, Salamanca, Segovia, Pamplona, Valladolid y Sevilla, así como en la Academia de Ciencias Médicas de Murcia y Málaga.
3. Enseñanza a alumnos de 6º Curso de Medicina en las Facultades de Cataluña, Galicia, Andalucía, Madrid y Murcia.
4. Curso de doctorado en la Universidad de Salamanca (Año 1986).
5. En el año 1987, se presentaron seis comunicaciones en el Congreso Internacional de la Familia, se celebró en Madrid, en el espacio reservado para los Profesionales de la Salud.
6. Cinco comunicaciones en el 1º Symposium Internacional sobre Regulación Natural de la Fertilidad.
7. Entrevistas en diversas emisoras de radio de Madrid, Sevilla, Santander, Ponferrada, León, La Coruña, Murcia, Lorca, Alicante, Barcelona y Tarragona.
8. El pasado 30 de abril, programa de TVE-1 «Hablemos de Sexo», dentro del programa dedicado a la Planificación Familiar.

ABSTRACT

This paper looks at the subject of human fertility, stressing the importance of the Billings Ovulation Method. The method is described scientifically with a detailed description of female physiology, hormonal correlations, its applications to normal, stressful, post-delivery and premenopause situations and as a help in the diagnosis of female sterility. The article ends looking at the psychology of sexuality.