

# DE LA FERTILIDAD BIOLÓGICA A LA FECUNDIDAD HUMANA: INVESTIGACIÓN DEL CONTEXTO EN EL QUE LAS PAREJAS VIVEN SU FECUNDIDAD A LO LARGO DE LOS AÑOS.

Beatriz González<sup>1</sup> y José Luis García Chagoyán<sup>2</sup>

## Resumen

En este trabajo compartimos las reflexiones en torno a «**evidencia socio cultural**» para identificar cuáles son las características que deben ser contempladas en el diseño e instrumentación de programas dirigidos al desarrollo de la vida conyugal y de la familia. Dichas reflexiones las hemos formulado a partir de la aplicación sobre la experiencia de un modelo probado de investigación y desarrollo con la Antropología Social Aplicada.

El resultado de esa reflexión tiene por OBJETIVO:

Identificar los diferentes elementos culturales, que conforman un paradigma nuevo —actualizado a las condiciones sociales e históricas— de estilo de vida, toma de decisiones personales, conyugales y familiares, lo más alineado posible a la dignidad de la Persona Humana y al plan individual que Dios tiene para cada una; cada familia, cada comunidad.

Disponemos las conclusiones de esta reflexión a través del presente trabajo y de la ponencia en el IV Congreso Internacional de Reconocimiento de la Fertilidad (IV CIRF), para que puedan ser usados en procesos de toma de decisiones y de autogobierno que alimenten procesos de desarrollo para familias y comunidades que quieran avanzar más sistemáticamente, en edificar el Bien Común, y propiciar espacios para un desarrollo armónico, tanto de la persona, de la vida conyugal, de la vida familiar y la sociedad.

**Palabras clave:** Procreación humana, Evidencia sociocultural, Modelo de Antropología Social Aplicada, Estilo de vida, Dignidad de la Persona Humana, Toma de Decisiones Procreativas, Causas y efectos compartidos, Familia, pareja, mujer, Problemas comunes, soluciones comunes, Modelo CREIGHTON, FertilityCare & NaProTECHNOLOGY, Fecundidad humana

## Abstract

In this paper we share reflections based on «sociocultural evidence» with the purpose of identifying what are the characteristics that must be considered in the design and implementation of programs aimed for developing the couple and the family. These

---

<sup>1</sup> Beatriz Gonzalez, BA, MBA, FCPI.

<sup>2</sup> José Luis García Chagoyán es Maestro en Antropología Social.

reflections from the experience of proven research and development with a Social Anthropology Applied model.

OBJECTIVE of this reflection is:

Identify different cultural elements that outline a new paradigm -updated conditions and historical-social lifestyle, personal decision making, marital and family, as aligned as possible to the dignity of the Human Person and individual plan God has for each; each family, each community.

We have conclusions of this effort of reflection presented at the IV International Congress on Recognition of Fertility (IV CIRF) in Medellín, Colombia, so they can be used in processes of decision making and self-government to feed development processes for families and communities. Entities that want to move more systematically, in building the Common Good, and provide spaces for harmonious development both of the individual, married life, family life and society.

**Key words:** Human Procreation, Sociocultural Evidence, Applied Social Anthropology Model, Human Procreation, Lifestyle, Human Person Dignity, Procreative Decision Making, Shared causes and effects, Family, woman, couple, Common problems, shared problems, Modelo CREIGHTON, FertilityCare & NaProTECHNOLOGY

## ANTECEDENTES

“En la encrucijada de esas dimensiones fundamentales de la existencia está la familia, que constituye el espacio humano esencial, en el interior del que se verifican los acontecimientos, que tienen influencia decisiva en el constituirse de la persona y en su crecimiento, hasta una plena madurez y libertad. Los momentos de crisis, de elecciones básicas, se trabajan en familia de tal modo que la persona es capaz de darse cuenta de su importancia y, por tanto, de integrarlos en profundidad en la propia existencia, y convertirlos en momentos del propio descubrimiento de los valores que dan consistencia a la vida.”<sup>3</sup>

**Rocco Buttiglione**

A continuación una explicación de cuál ha sido nuestra trayectoria, la cual nos ha traído hasta aquí y cuáles han sido los motivos del presente trabajo que pretende reportar los **hallazgos y conclusiones** de una reflexión usando la metodología de la Antropología Social Aplicada<sup>4</sup>, particularmente con un modelo propio; pretendemos que dichos hallazgos y conclusiones puedan servir para el **diseño, mejora, adaptación y promoción de programas sociales** concretos a través de los profesionales e instituciones que tengan acceso a ello y que acompañen a la mujer y al varón constituidos en pareja, con la más alta calidad de servicio, en vivir en común el don de su fecundidad humana a lo largo de los años, repercutiendo en cada familia, como el ADN

---

<sup>3</sup> Buttiglione, Rocco. “La Persona y la Familia. Biblioteca Palabra, España. 1999.

<sup>4</sup> Antropología Social Aplicada es la comprensión de la cultura de un grupo humano mediante la ciencia social para introducir cambios que mejoren su calidad de vida; entendiendo la cultura como un sistema, en términos de valores, necesidades, creencias, conductas, etcétera. Cfr. Palerm, Angel. “Introducción a la teoría etnológica, Instituto de Ciencias Sociales”, Universidad Iberoamericana, México(1era edición). 1967. Reeditado en 1987 por la Universidad Autónoma de Querétaro.

de la sociedad.<sup>5</sup>

## MARCO METODOLOGICO

El objetivo de plantear el MARCO METODOLÓGICO del presente trabajo es mostrar de dónde estamos partiendo, hacia dónde vamos, y cuál es la lógica propuesta para la reflexión motivo del presente reporte.

De esta manera podemos orientar elementos para una discusión seria con bases científicas, a la luz de nuestra EXPERIENCIA FAMILIAR y PROFESIONAL, de datos recogidos en el «trabajo de campo» a través de PROGRAMAS DE SERVICIOS concretos, así como con referencia a CONCEPTOS BÁSICOS que nos ayuden a encontrar explicaciones a los datos particulares; elementos todos ellos que nos están indicando HALLAZGOS con los cuales podemos elaborar CONCLUSIONES que formulen la hipótesis central de la reflexión.

Dichas conclusiones nos permiten a su vez, emitir RECOMENDACIONES de acción, útiles tanto para insumo propio, como para quienes diseñen programas educativos, de salud, de desarrollo, al servicio de la Persona, del Matrimonio y la Familia. Como por ejemplo, programas formativos para los padres, programas de enseñanza de la apreciación de la fertilidad, programas dirigidos a adolescentes, entre otros.

También, pretendemos que sirva de base para otras reflexiones que en el futuro sean de utilidad para delinear programas sociales gubernamentales, políticas públicas, programas de responsabilidad social, lineamientos de pastoral familiar dirigidos a fortalecer las condiciones de desarrollo de la Persona Humana, del Matrimonio y la Familia.

Lo aquí descrito son los pasos que se consideran exitosos en la práctica de la Antropología Aplicada, metodología que explicaremos con más detalle en uno de los siguientes apartados.<sup>6</sup>

## EXPERIENCIA FAMILIAR

### Testimonio Familiar

Este 2014, los autores hemos cumplido 20 años de casados. En razón de circunstancias, interés e iniciativa —más que una estrategia absolutamente definida a lo largo de este tiempo— hemos ido adquiriendo en esta trayectoria un acervo y hemos constatado en este momento del camino, que con cada **decisión de familia** si es posible crear la oportunidad de capitalizar el legado familiar y el patrimonio profesional individual.

---

5 El individualismo posmoderno y globalizado favorece un estilo de vida que debilita el desarrollo y la estabilidad de los vínculos entre las personas, y que desnaturaliza los vínculos familiares. La acción pastoral debe mostrar mejor todavía que la relación con nuestro Padre exige y alienta una comunión que sane, promueva y afiance los vínculos interpersonales. Mientras en el mundo, especialmente en algunos países, reaparecen diversas formas de guerras y enfrentamientos, los cristianos insistimos en nuestra propuesta de reconocer al otro, de sanar las heridas, de construir puentes, de estrechar lazos y de ayudarnos «mutuamente a llevar las cargas» (Ga 6,2). Por otra parte, hoy surgen muchas formas de asociación para la defensa de derechos y para la consecución de nobles objetivos. Así se manifiesta una sed de participación de numerosos ciudadanos que quieren ser constructores del desarrollo social y cultural.

<sup>6</sup> “En una investigación comparativa que realicé sobre el éxito de los proyectos de antropología social aplicada, encontré que los “exitosos” se planteaban, desde su inicio, en colaboración entre el investigador, los demandantes y los usuarios del proyecto, con la finalidad última de buscar soluciones a problemas sentidos por los usuarios.”. Perez Lizaur, Marisol Rev. Mad. “Las Perspectivas y Retos de la Antropología Aplicada en el Siglo XXI”. No. 16, Septiembre de 2007. pp. 6

De esta forma, hemos podido dedicarnos al servicio de empresas e instituciones que inciden en el desarrollo de la persona, así como al desarrollo de servicios y de instituciones dirigidos a la Persona, al Matrimonio y a la Familia.

Por ello, en el 2001 establecimos una firma de consultoría en *Business & Organization Anthropology* (Antropología Social Aplicada). Con ella servimos al mercado corporativo y empresarial en el desarrollo de nuevos mercados, aunque por nuestro particular interés, nos enfocamos especialmente a servir a aquellas especializadas en otorgar servicios y productos a la «base de la pirámide»<sup>7</sup>. Proporcionamos un servicio de investigación de mercados, así como diseño de soluciones y programas de comercialización para que estas instituciones lleguen de mejor manera a mercados tradicionalmente excluidos del sistema económico. La segunda línea de servicio en los temas de desarrollo institucional y de *ethical fundraising*, está dirigida a instituciones sociales, particularmente aquellas dedicadas al desarrollo de la **Persona, la Familia y la Empresa**.

Por otro lado, en la intimidad de nuestra relación conyugal, durante los primeros 14 años de casados sufrimos infertilidad biológica. Durante este tiempo, como pareja católica, podemos dar fe de habernos enfrentado a la carencia de respuestas afines a nuestra conciencia, así como la ignorancia prevaleciente en nuestra sociedad, tanto por parte de uno, como paciente, como por parte de las instancias a las que uno accede en busca de ayuda. Asimismo fuimos testigos de la confrontación como pareja frente a los criterios prevalecientes en la industria médica contemporánea, pero también de las carencias en los programas de atención de Pastoral Familiar y en el acceso limitado a la enseñanza de lo que ahora sabemos es Reconocimiento de la Fertilidad.

El año 2006 fue significativo porque tuvimos el beneficio como familia con el inicio de un proceso y la conclusión de otro. El primero fue que una Profesional *FertilityCare*<sup>8</sup> en los E.E.U.U., pero residente en Canadá, durante un viaje que hicimos a la Ciudad de Nueva York, tuvo conocimiento de nuestro caso y nos instruyó con una sesión introductoria al Modelo CREIGHTON. Esta sesión de dos horas constituyó un parte aguas en nuestras vidas, ya que por primera vez pudimos comenzar a identificar conductas en nuestro estilo de vida para mejorar nuestra calidad de vida personal, conyugal y familiar. Esto tuvo un efecto positivo en la salud ginecológica y en el manejo de los padecimientos subyacentes, causa de la infertilidad biológica que padecíamos.

El segundo proceso, el cual concluíamos después de 4 años de haberlo iniciado, fue el proceso de adopción internacional del primero de nuestros hijos. Ambos procesos lo proseguimos en el marco de acuerdo de cooperación para la adopción entre países firmantes de la Convención de La Haya. El país de origen de los menores fue precisamente Colombia, mientras que el país de recepción fue México. Tenemos conocimiento que (en 2003) fuimos la primera pareja de candidatos mexicanos a adopción que obtuvo un certificado de idoneidad para proseguir con la adopción internacional bajo la supervisión de la entidad cooperante nacional (Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia-DIF). Habíamos iniciado en 2002 el proceso después de un largo y cuidadoso discernimiento, a través de una institución cooperante del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en Colombia y dimos seguimiento a través de

---

<sup>7</sup> “Base de la pirámide” se refiere a mercados populares, es decir de Nivel Socioeconómico D y E; que se describen como familias en situación de carencia y pobreza tanto urbana como rural.

<sup>8</sup> Un *Allied Health Professional* (Aliado Profesional de la Salud) es un egresado de los programas diseñados por The Pope Paul VI Institute de Omaha, Nebraska, quien ha completado un programa de certificación de 13 meses y está preparado para enseñar de forma estandarizada a la pareja, como realizar el registro estandarizado a su vez, de sus biomarcadores femeninos. Este registro es la llave para que un médico consultor certificado en NaProTECHNOLOGY® pueda hacer un diagnóstico y tratamiento cooperativo con el caso específico que atiende.

la entidad central de México. La razón de haber elegido Colombia es nuestro origen familiar en este país. Nuestro primer hijo lo recibimos el 21 de julio de ese año, logrando que el gobierno de México, como excepción a través de su Consulado en Colombia, reconociera la nacionalidad de nuestro hijo por las leyes colombianas como padres adoptantes provenientes del exterior. Fue posible este reconocimiento excepcional, apelando a la paternidad de un mexicano nacido en el exterior, según el artículo 30 de la Constitución Mexicana en vigencia. Aún a pesar de que nuestro país tenía firmado el tratado de La Haya, no existía ningún tipo de reglamento, menos procedimiento implementado en el ámbito interior, ni exterior del país. Con la segunda adopción el procedimiento fue similar, sin embargo ya había habido cambio de sexenio presidencial y habían detallado los procedimientos para adopción, pero no en el caso de adopciones internacionales. No sobra mencionar que constatamos que Colombia en ese momento tenía al detalle todos los procedimientos para hacer cumplir la Convención de La Haya en materia de cooperación para la adopción internacional, y en nuestro caso particular, esto además de sentar precedente hacia la contraparte mexicana, hizo posible que nos convirtiéramos en padres por primera y segunda vez.

A lo largo de este caminar para desarrollar nuestra familia y atender nuestras necesidades de salud, constatamos la constante ausencia de respuestas, en muchos casos, evidente incapacidad de instituciones médicas, profesionales y sociales para comprender y apoyar la adopción entre naciones. Así mismo, encontramos una constante de disociación entre el proceso de adopción, las instituciones y la propuesta médica concreta. Es a través de esta experiencia personal y familiar, conectada con la experiencia profesional por la que dónde nos hemos percatado de estos elementos de **evidencia sociocultural** que ilustran el contexto en el que las parejas en el tiempo contemporáneo viven su fertilidad.

### Experiencia Profesional

- A través de nuestra experiencia personal y a partir de nuestra formación y experiencia profesional —dado que nos dedicamos profesionalmente a investigar e implementar los hallazgos en proyectos para diferentes clientes— hemos desarrollado una herramienta metodológica probada en el campo de la **Antropología Social Aplicada**<sup>9</sup> que consiste en: identificar las coherencias entre el universo micro y el macro, es decir, identificar la relación causal (mutuamente condicionante y mutuamente influyente) entre la experiencia personal y los elementos del ecosistema en el que se desarrolla la vida.
- Por ello podemos decir que a través de nuestra experiencia directa, encontramos eco en otros casos con los que hemos entrado en contacto a través del camino social y profesional, así como con el tejido social mayor. Por eso podemos señalar que estos factores mutuamente condicionantes entre el universo micro y macro son generalizables hacia un universo mayor de familias al menos dentro de nuestras sociedades urbanas de clase media que demuestran afinidad cultural. lo que llamamos «—científicamente válida— factores observables»
- Esto es así porque las causas que han llevado a las parejas a participar en nuestros programas son **causas y efectos compartidos y generalizables: todas remiten a problemáticas de estructura socioeconómicas, culturales y hasta políticas**. Como por ejemplo:

---

<sup>9</sup> Cfr. Palerm, Angel. Introducción a la Antropología. Edit. Universidad Iberoamericana MEXICO. 1990.

- Los problemas de salud ginecológica y procreativa. Una de cada 6 parejas presentan problemas de infertilidad<sup>10</sup>, o bien, 1 de cada 2 mujeres acusan problemas ginecológicos. La mortalidad por cáncer de mama es un tema de salud pública en los países latinoamericanos en todos los niveles socioeconómicos.
- Patrones identificables de búsqueda de respuestas y soluciones fuera del —*establishment*— del sistema establecido (la medicina, del sistema de salud, la seguridad social, los servicios de seguros para eventos de enfermedad) cuando la pareja lleva años buscando. Por ejemplo, la primera oferta, más accesible y disponible en el padecimiento de la infertilidad, es la inseminación artificial o la fecundación in vitro. La oferta inclusive ofrece planes de financiamiento y medios de pago. La oferta que cosifica<sup>11</sup>, en general no tiene una contraparte DISPONIBLE y ACCESIBLE, de similar calidad y esquema (categoría), pero que sea afín a la dignidad de la persona.
- Inclusive, los servicios de acompañamiento pastoral familiar existentes—son insuficientes<sup>12</sup>.
- También por la presencia, incidencia e influencia del discurso de salud reproductiva y de género presente en el espacio público, a través de los medios de comunicación, del discurso de líderes de opinión y de la agenda de política pública que se promueve en círculos políticos y sociales especializados.
- Otro elemento son los **patrones de vida y de consumo** que tienen que ver con la alimentación, los roles y esquemas de toma de decisiones dentro de la familias, con las formas de descanso y esparcimiento que tiene que ver con la desorientación o pérdida de referencias éticas y morales —modelos ligados con la vida— que se van incorporando en la familia.

## PROGRAMA DE SERVICIO hacia Parejas y Familias

### Fundación Vida Florida

En el año 2007, comenzamos a concebir la idea de canalizar todos nuestros esfuerzos a través de una fundación. Fue cuando nos planteamos cómo aprovechar el legado profesional de Jesús González Chávez-Labastida, padre de Beatriz, quien fue pionero en Latinoamérica en la procuración de fondos capitales para el desarrollo de instituciones sin ánimo de lucro. Comenzamos a identificar que en este tipo de instituciones

---

<sup>10</sup> [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art\\_terminology2/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology2/es/).

<sup>11</sup> Si cada acción tiene consecuencias, un mal enquistado en las estructuras de una sociedad tiene siempre un potencial de disolución y de muerte. Es el mal cristalizado en estructuras sociales injustas, a partir del cual no puede esperarse un futuro mejor. Estamos lejos del llamado «fin de la historia», ya que las condiciones de un desarrollo sostenible y en paz todavía no están adecuadamente planteadas y realizadas. 59. *Evangelli Gaudium*. Papa Francisco

<sup>12</sup> «...hace falta pasar «de una pastoral de mera conservación a una pastoral decididamente misionera»». V Conferencia General del Episcopado Latinoamericano y del Caribe, Documento de Aparecida (29 junio 2007), 370



prevalecían las de tipo asistencial, más no así las educativas, las dedicadas a la investigación, mucho menos al desarrollo con un enfoque hacia la persona humana y su dignidad.

En razón de conocer el Sistema *FertilityCare* también concluimos que era relevante el número de parejas que sufrían el tema de infertilidad y que estaban accediendo a la Fecundación *In Vitro* con gran facilidad. Posteriormente, con la experiencia durante la preparación de la adopción, el involucramiento en los programas de Pastoral Familiar y Social de nuestra parroquia, así como por trayectoria propia, comenzamos a identificar la urgente necesidad por parte de las parejas católicas de programas de servicios para fortalecer su relación conyugal y poder enfrentar los situaciones y problemas cotidianos a lo largo de la vida. En 2011, Beatriz comenzó el programa de formación práctica de 13 meses para la enseñanza estandarizada del Modelo CREIGHTON. Es este programa el que nos ha permitido obtener información directa a partir de la cual sustentamos una parte de las conclusiones del presente trabajo.

En 2013 pudimos finalmente conceptualizar la entidad legal, a la que nombramos Fundación Vida Florida, Asociación Civil con personalidad jurídica en México. Finalmente, hemos recogido a través de otros casos con los que nos hemos relacionado mediante la *praxis* de atender y servir a otras personas a través de los programas de la Fundación VidaFlorida.

En detalle, son ya 2 programas establecidos que ofrecemos actualmente y en los que nos hemos involucrado personalmente:

- FertilityCare Services:
  - Con la experiencia como usuarios del Modelo CREIGHTON desde el 2006, desde 2011 mediante la práctica supervisada para obtener el título como *Allied Health Professional* por *The Pope Paul VI Institute* hemos impartido en línea y presencialmente más de 100 Sesiones de Introducción, sesiones de seguimiento personalizadas, conferencias y charlas de difusión (Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, México, Venezuela, población de habla hispana o migrantes en E.E.U.U. y en Europa).
  - Colaboración con *The PPVI Institute* en el primer programa educativo de Profesionales *FertilityCare* en Latinoamérica (diciembre 2012-mayo 2013) con participantes de Argentina, Colombia, EEUU, Costa Rica, Brasil, México. Este programa fue dirigido personalmente por el Dr. Thomas W. Hilgers y coordinado por Jeanice Vinduska, CFCP y ex presidenta de la AAFCP (*American Academy of FertilityCare Professionals*) y miembro de la asociación de *FertilityCare Centers of America*, entidad certificadora de los centros *FertilityCare*.
  - Conceptualización y dirección del proyecto de traducción estandarizada de publicaciones originales al lenguaje castellano y en América Latina bajo la supervisión directa del Dr. Thomas W. Hilgers.
  - Colaboración con la II Vicaría de la Arquidiócesis de México en la formación de sacerdotes sobre el tema de bioética.
- Programa Amor&Vida/Family Support Foundation:

- 4 generaciones (mayo 13, diciembre 13, enero 14, mayo 14) del programa YO+TU= NOSOTROS, el primero de la serie Amor&Vida para el perfeccionamiento de la relación conyugal que ofrece la *Family Support Foundation* de Polonia y dirigido por el Dr. Pbro. Jaroslaw Szymczak, profesor de la Universidad Cardinal Wyszyński de Varsovia, así como miembro del Instituto Secular de la Sagrada Familia. Este programa tiene base en los más de 30 años de experiencia de campo con parejas en Polonia, pero sea brindado en varios países de Europa y en E.E.U.U..

Una experiencia que complementa esta perspectiva es que participamos en la Pastoral Familiar en la megalópolis de la Ciudad de México, como parte del equipo de Pastoral Familiar de la VI Vicaría de la Arquidiócesis de México a través de nuestra parroquia; asimismo, tenemos el apoyo de supervisión de la II para los programas de matrimonio que ofrecemos.

Es así que hemos podido constatar, factores generalizables, o elementos que son compartidos, y que se validan, aunque los identificamos originalmente por la experiencia vivida. Tomamos esta experiencia, por que sabemos que son—las **evidencias socioculturales**— las que se muestran en una cultura, la cual permite conocer ese medio ambiente en el que la persona se desarrolla y que implica también los contenidos en medios de comunicación, las señales de las prioridades en las industrias a las que nos enfrentamos como familia, como son la financiera, la educativa y la de la salud, entre otras.

### **CONCEPTOS CENTRALES**

1. La diferencia sexual varón/mujer está dada desde el comienzo de la vida intraútero, a través de la fisiología de la fertilidad femenina y masculina y de la fecundación que sigue a la unión sexual entre mujer y varón. Más adelante se afianza la identidad sexual y a nivel fisiológico se potencian las características sexuales secundarias del cuerpo. La diferencia sexual está en toda la persona y tiene que ver con la forma de pensar, la forma de tomar decisiones, así como emociones y forma de sentir, así como el alma, todos ellos elementos que caracterizan a cada persona, tanto si es varón, como mujer. «La función del sexo, que en cierto sentido es ‘constitutivo de la persona’ (no sólo ‘atributo de la persona’), demuestra lo profundamente que el hombre, con toda su soledad espiritual, con la unicidad e irrepetibilidad propia de la persona, está constituido por el cuerpo como ‘él’ o ‘ella’»<sup>13</sup>.
2. Por eso, no podemos cifrar o reducir la dimensión sexual a la «reproducción humana» en el plano biológico, sino que debe connotar la integralidad, por eso preferimos expresar el concepto de la «**procreación humana**». Este concepto, nos instala en un nuevo punto de partida, más adecuado, y por tanto con mayor fuerza en la educación contemporánea de la sexualidad y de la vida conyugal. Es así que la pareja puede llegar a entender que su sexualidad y su capacidad procreativa, solo está en función de una vida conyugal enmarcada dentro de un contrato social natural de matrimonio.
3. Sugerimos también reflexionar que es derivada de esta naturaleza sexuada, que

---

<sup>13</sup> Juan Pablo II: Varón y mujer. Teología del cuerpo I. Ed. Palabra, Madrid 2005, AG, 21-XI-1979, n.1, p. 78.



el hombre en algunos casos está llamado a unirse con otro de su especie, pero del sexo contrario. Y que con ello, adquiere la potencia para crear una nueva entidad, una **nueva persona moral** que es un matrimonio, fundamento de la familia. Ambas, instituciones naturales, reconocidas por el derecho en todas las culturas, y a lo largo de la historia de la humanidad, como el espacio propicio para transmitir la vida humana<sup>14</sup>.

4. Esta relación conyugal, entonces, es clave para comprender el sentido de la toma de decisiones procreativas que un varón y una mujer, que unen sus vidas para formar una familia, realizan a propósito de sus relaciones sexuales, durante su vida en común con libertad y responsabilidad.<sup>15</sup>
5. Siendo estas características las que constituyen la diferencia entre varón y mujer, se puede constatar que tanto el varón, como la mujer —y la pareja que forman— se plantean en la cotidianeidad, **infinidad de preguntas** las cuales representan el gran desafío de encontrar **respuestas eficaces** y al mismo tiempo, **coherentes** con la dignidad de la Persona Humana y su dignidad.
6. Indagar sobre estas variadas preguntas, necesidades y potenciales respuestas — a partir de la experiencia personal y profesional— nos permitirá **delinear potenciales formas de solución práctica en distintos dominios** al servicio de la pareja que conforman mujer y varón y de la familia. Tanto en la educación, el desarrollo conyugal, así como la **medicina procreativa cooperativa**, como un nuevo género en la medicina reproductiva, ginecológica y obstétrica contemporánea, la cual responda con **eficacia** a las necesidades y en **coherencia** con la dignidad del varón, de la mujer, del matrimonio y de la familia.

Esta avenida de reflexión e investigación es útil para propiciar con eficacia condiciones para el desarrollo de la persona, de programas a su servicio, nuevos emprendimientos y soluciones innovadoras, o bien de políticas públicas, programas gubernamentales, e inclusive de planes pastorales dirigidos al matrimonio y las familias, alineados a los principios de la *Humanae Vitae*.

## HALLAZGOS PRINCIPALES

### Caracterización social

1. **Usuarios de clase media urbana.** El 47% de los participantes tienen un ingreso anual entre \$21,000 y \$59,000 dólares anuales con una media de 5 personas por hogar. El 20% tienen ingresos menores consolidados de 20,000 dólares anuales. El 33% tienen ingresos mayores de 60,000 dólares anuales, correspondiendo en su mayoría a las parejas con infertilidad.

---

<sup>14</sup> Dice el Catecismo de la Iglesia Católica que: “Corresponde a cada uno, hombre y mujer, reconocer y aceptar su identidad sexual. La diferencia y la complementariedad físicas, morales y espirituales, están orientadas a los bienes del matrimonio y al desarrollo de la vida familiar. La armonía de la pareja humana y de la sociedad depende en parte de la manera en que son vividas entre los sexos la complementariedad, la necesidad y el apoyo mutuos.”

<sup>15</sup> Es así que tanto varón, como mujer, son, iguales, pero diferentes como cita San Juan Pablo II: “En la creación de la mujer está inscrito, pues, desde el inicio el principio de la ayuda: ayuda —mírese bien— no unilateral, sino recíproca. La mujer es el complemento del hombre, como el hombre es el complemento de la mujer: mujer y hombre son entre sí complementarios.”

2. **Nivel educativo alto.** El 47% de las mujeres usuarias han estudiado una licenciatura (4 años posteriores al bachillerato) y el 30% tienen estudios de posgrado.
3. **Principalmente profesionistas.** En cuanto a actividad profesional, el 33% de las mujeres usuarias son profesionistas activas, al igual que sus cónyuges; el 27% se dedica al hogar, aunque tengan una profesión; 17% son empleadas, 17% empresarias y el 7% estudiantes. No obstante, de los varones cónyuges, es significativo que el 47% son profesionistas (abogados, médicos, consultores, educadores, etc.).
4. Su **infraestructura financiera** (operativa, patrimonial y capital) de la familia beneficiada es muy dependiente de ingresos irregulares, dado que la actividad preponderante son servicios profesionales, tanto de la mujer —en los casos en los que trabaja y en los casos en los que solo se dedica al hogar— como de sus cónyuges. Adicionalmente, en general el trabajo del hogar no se realiza de forma participativa y recae únicamente en la mujer.

#### **Perfil necesidad salud**

1. **No cuentan con diagnóstico claro**, sólo conocen, sufren, algunos síntomas sin aparente relación entre sí. El 57% de las usuarias reporta tener ciclos regulares y 43% irregulares (30%irregulares, 10% ambos ciclos (3% amenorrea)<sup>16</sup>. Sin embargo, de quienes tienen ciclos regulares, el 88% presenta SPM y el 71% presenta cólicos menstruales de moderados a severos; es decir que desconocen que tener ciclos regulares no necesariamente es una señal de salud, ni que es el único indicador de salud.
2. El **82%** de las usuarias del programa *FertilityCare* presentan síntomas de Síndrome Premenstrual —sin tener conciencia de que es un real problema de salud ginecológica—; y el **50%** de las mujeres, padecen migraña y, en general, no lo relacionan con sus ciclos. El **17%** de las mujeres llegan con diagnóstico de hipotiroidismo y con prescripción de medicamento (levotiroxina).
3. **El sistema médico y de salud tradicional no les ha dado respuestas adecuadas.** Es claro que las parejas usuarias de *FertilityCare*, buscan respuestas fuera del sistema establecido y de los canales existentes, siendo que el **80%** son mayores de 30 años y que aunque tienen ambas opciones, el **43%** de ellas han preferido participar del programa en línea con respecto a la presencial.
4. **Las soluciones médicas se orientan a eliminar los efectos y/o las causas físicas, no a modificar las causas subyacentes**, relacionadas comúnmente con patrones de vida no sanos. Casi todas de las que reportan sangrados mayores a los 8 días, indican que su médico propone la histerectomía o la miomatomía como tratamiento médico, pero que no lo desean como primera opción Solamente el 3% de las usuarias que ingresan al sistema reportan diagnóstico claro de endometriosis, de disfunciones ováricas como SOP, o disfunciones hormonales.

---

<sup>16</sup> Se le enseña a reconocer y llevar registro de las secreciones vaginales provenientes de las criptas cervicales, que en algunos casos se pueden observar por la estimulación de niveles de estrógeno, en algunos casos por el "Tratamiento hormonal de reemplazo (THR)" que se indica, sobre las criptas cervicales.

5. **Las mujeres siguen las prescripciones médicas, aun cuando vayan contra su conciencia.** El 80% de quienes utilizan mecanismos anticonceptivos reporta que lo usan solamente por prescripción médica y en contra de su conciencia.
6. **Las usuarias no tienen o no siguen las mejores prácticas de prevención en salud.** En cuanto a buenas prácticas de prevención: De las usuarias que conviven conyugalmente, **sólo el 64% se hace la citología anual; El 93% de las usuarias no se hacen la auto exploración mamaria mensual, tampoco la mastografía anual.**
7. **Casi todos los usuarios ya probaron las alternativas disponibles** según su caso, sea anticoncepción o sea reproducción asistida o artificial (casos de infertilidad) o sea método de reconocimiento de la fertilidad, **con resultados insatisfactorios.**
8. El 44% de las usuarias **ha utilizado un mecanismo anticonceptivo**, tanto definitivo como temporal (ligadura de trompas, vasectomía, DIU, e inclusive coito interrumpido...).
9. De las parejas que ya probaron algún método de reconocimiento de la fertilidad, al ingresar a nuestros programas, **la mayoría han dejado de registrar por años.** La principal razón por la que discontinuaron el uso es porque «no les ha funcionado», especialmente cuando comienzan a constatar variación de los signos que registraban entre los 20 y 35 años. No acuden de regreso al instructor que les enseñó originalmente, la mayoría de las veces al inicio del matrimonio o cuando era claro que estaban formando su familia.
10. Por otro lado, en la infertilidad, los usuarios vienen, habiendo sido **expulsados de los protocolos** de Medicina Reproductiva Asistida y/o Artificial en razón de la edad, o por la imposibilidad de explicar las causas de la infertilidad, con el subsecuente dolor y frustración. Cuando entran al sistema *FertilityCare*, manifiestan impotencia, no solo por falta de respuestas, sino porque además tienen una conciencia de que «les queda poco tiempo de fertilidad».
11. Los usuarios reportan creencias y mitos falsos acerca de la premenopausia, perimenopausia y la menopausia. (40% de las usuarias tiene más de 40 años; 37% entre 30 y 39 años).
12. **De las usuarias que tienen ciclos irregulares, el 75% nunca ha utilizado algún método de reconocimiento de su fertilidad. Tampoco habían acudido a lo largo de su vida procreativa a ningún médico, ni especialista para obtener orientación.** Solamente 1 de cada 12 utiliza el Método de la Ovulación Billings; y 2 de cada 12, ingiere la píldora anticonceptiva (todas Yasmin® de BAYER-SCHERING PLOUGH<sup>17</sup>), siempre prescrita por el médico como una manera de regular los ciclos —incluso contra la voluntad de la mujer y con la concepción de que son «hormonas suavecitas».

---

<sup>17</sup> “Yasmín es el producto número uno de Bayer Schering Pharma. Es un anticonceptivo oral que brinda una eficacia del 99.9%, con mejor tolerancia (la mujer tiene menos efectos secundarios) debido a su baja dosis, y que además le brinda beneficios adicionales, tales como: ciclos regulares, menos molestias durante la menstruación, no produce aumento de peso y propicia una piel más sana y libre de acné.”  
[http://www.bayer.com.mx/bayer/cropscience/bcsmexico.nsf/id/anticon\\_baynew](http://www.bayer.com.mx/bayer/cropscience/bcsmexico.nsf/id/anticon_baynew)

### **Perfil Necesidad Educativa**

13. **Aun cuando es la mujer la principal demandante, es claro que la necesidad de base es de ambos: mujer y varón.**
14. **Existe una correlación estrecha entre la crisis matrimonial y la irresolución de temas sensibles, como la vida.** Si bien los usuarios que llegan al programa de fortalecimiento de la relación conyugal expresan que lo hacen para «mejorar su comunicación», manifiestan en sus evaluaciones que desearían también mejorar «la vida íntima», pero que no saben cómo, ya que mencionan «es un tema tabú».
15. De las usuarias que tienen una relación de pareja, el **78% está casada**; 11% comprometida y en preparación matrimonial; asimismo el 11% ya vive conyugalmente. Este 11% demuestra cuestionarse a lo largo de las sesiones, sobre tomar la decisión de casarse para «regularizar» su situación. 20% de las parejas que participan en los programas de *FertilityCare* conocen del programa de fortalecimiento de la relación conyugal y viceversa.
16. **Las parejas que buscan embarazarse, no piensan en prepararse para ser padres.** De las parejas que ingresan al programa, el **23% entran porque quieren lograr el embarazo a causa de «infertilidad»**, pero ninguna pareja entra al sistema por que estuvieran preparando el embarazo en la mejores condiciones posibles.
17. De las parejas que entran para lograr el embarazo por infertilidad, el 71% son casadas y el 29% conviven conyugalmente.
18. **Las parejas buscan soluciones eficaces y consistentes con la dignidad de la mujer y de la pareja.** Las mujeres y/o parejas, mujer y varón que acuden a nuestros programas <sup>18</sup> expresan que lo hacen buscando una «respuesta real y eficaz»—que sea al mismo tiempo «afín a sus principios y valores».<sup>19</sup>
19. Ambos, varón y mujer, desean aprender a «reconocer su fertilidad» o «a comunicarse efectivamente» porque:
  - Están preparando su matrimonio
  - Perciben, viven o vivieron algún problema o disfunción
  - Identificaron hace tiempo un problema para concebir<sup>20</sup> y no les ha funcionado acudir a la medicina reproductiva.
20. Una razón de convencimiento y satisfacción en el uso de nuestros programas es que los usuarios manifiestan encontrar «**respuestas prácticas**» que explican las causas de su problema o padecimiento; y que gracias a ellos obtienen herramientas para modificar comportamientos y a través de ellos, modificar las causas —por ejemplo, infertilidad, crisis matrimonial, toma de decisiones procreativas. Descubre que ellos tienen la posibilidad de un cambio que depende de ellos, no de terceros.

---

18 (Sistema *FertilityCare* (30 parejas en seguimiento individual y 90 parejas en sesiones grupales; y el Programa *Amor&Vida* para el perfeccionamiento de la relación conyugal el cual han participado 50 parejas en 4 generaciones)

19 Por ejemplo, 43% de los usuarios del Programa *FertilityCare*, al entrar al sistema no cuentan con un médico de cabecera para atender sus problemas ginecológicos cotidianos.

20 13% tienen como médico principal a un especialista de infertilidad o medicina reproductiva asistida o artificial, pero acuden al CREIGHTON por motivos morales, generalmente después de fracaso en el tratamiento para alcanzar el embarazo.

21. **La mujer es quien motiva la búsqueda, es la afectada directa e inicial de los problemas o padecimientos.** Encontramos que la mayor parte de los casos, son las mujeres quienes dan el primer paso para participar o para pedir consejo.
22. Sin embargo, **el varón secunda, apoya y se involucra en la medida en que toma conciencia que la afectación del problema o padecimiento, como su solución real depende de ambos.**
23. Tienen el común denominador de tener la conciencia de estar padeciendo un problema real o potencial que no está siendo atendido de la manera adecuada; quieren contar con una respuesta, acorde con sus principios y valores, y al mismo tiempo, eficaz, de calidad, científica y consistente.<sup>21</sup>
24. El 48% de las usuarias que acuden solas, sin embargo desean aprender a «tomar decisiones procreativas»; acuden generalmente frente a la disyuntiva ante la propuesta de ligadura de trompas o a vasectomía (el marido dice «yo no voy a tener más hijos») que ha propuesto el médico; también se acercan porque manifiestan preocupación de cuidar su salud, preservar su útero cuando tienen sangrados anormales; en la mayoría de los casos sin tratamiento. En muchos de estos casos, manifiestan que su cónyuge no tiene el mismo grado de interés en su salud ginecológica, como ellas lo tienen. También expresan «incomprensión» por parte del gineco-obstetra, siendo esta la razón más frecuente para dejar de asistir a una consulta anual de monitoreo ginecológico.
25. **El modo de acceso más exitoso es por recomendación, a través del testimonio de usuarios.** El 53% de los usuarios llegaron al sistema por recomendación de otro usuario; el 47% a través de otro Profesional (*FertilityCare*, un orientador familiar, un educador o un sacerdote lo recomendó)

## CONCLUSIONES

1. A pesar de pertenecer a una clase media urbana con nivel educativo alto, el tipo de educación y cultura familiar (roles y expectativas del varón y de la mujer, por ejemplo) son tradicionales y no les ayuda a funcionar, ni a utilizar sus recursos (por ejemplo capital social y financiero) de manera más eficiente para resolver sus problemas de salud.
2. Aun cuando tienen estudios universitarios concluidos, y se presumiría que tendrían más conocimiento de su salud y relativo a su cuerpo, observamos que los usuarios están **sujetos a mitos, creencias y expectativas** erróneos, falsos o incompletos respecto a su salud y estilos de vida saludables, lo cual los coloca en condiciones de

---

21 El 87% no conocen ningún método para reconocer su fertilidad hasta que conocen el modelo CREIGHTON. El 53% de las parejas prefieren, por motivos de conciencia, no utilizar ningún mecanismo anticonceptivo, pero tampoco saben cómo reconocer su fertilidad, “caminan con los ojos cerrados”. Sin embargo el 13% usa la píldora anticonceptiva (en la mayor parte de los casos Yazmin de BAYER, prescrita por su ginecólogo como medicamento para regular los ciclos); el 10% de los usuarios llegan con la ligadura de trompas o la vasectomía aplicada, llegan al sistema porque un sacerdote se los pidió o porque buscan reconocer su fertilidad porque expresan arrepentimiento; o bien porque el cónyuge --generalmente el hombre-- está de acuerdo con la decisión de esterilización ya ejecutada y la mujer busca soporte para procesar el hecho.

tener que seguir la «**dictadura de la industria médica**».

3. Por otro lado, sin embargo, las usuarias tienen fácil **acceso a Internet**, lo que les permite disponer de información, orientación e incluso tener acceso a programas — como el de *FertilityCare*—, utilizando herramientas como búsquedas, correo electrónico, aplicativos APPs, redes sociales, blogs y en general comunidades virtuales afines que sirven de orientación a través de la experiencia de otras usuarias.
4. Observamos que si la mujer y la pareja cuenta con más información relativa al funcionamiento de sus ciclos, de la forma en la que se pueden monitorear para que la ovulación sea sana, así como para la prevención de condiciones de desarrollo de enfermedades «catastróficas» (cáncer de mama, cáncer ovárico), incluso conocer la práctica de la castidad matrimonial como condición de parejas que asumen el reto de tener una vida sana y feliz, entre otras prácticas educativas *in house*, serían participantes más activos frente a su salud ginecológica, es decir, serían sujetos más responsables y no objetos pasivos y sufrientes del sistema e industria médica. Con programas como estos se apoya un «**empoderamiento**» **social** del matrimonio y de la familia.
5. **Fortalecer la relación de pareja es una consecuencia lógica relativa a conocer cómo funciona el cuerpo humano, y al mismo tiempo como una condición de éxito para su salud y equilibrio.** Ambos programas de salud y comunicación se orientan a la fertilidad de la pareja y familia.
6. **Las «decisiones de vida» son de naturaleza íntima y sagrada** (# de hijos, tiempo de concebir, crianza, autogobierno, desarrollo de identidad...), deben tomarse en el seno de la pareja; son tan delicadas, que requieren «alimento» a lo largo del tiempo con programas formativos, concurrentes e integrales; el testimonio y acompañamiento de pares.
7. **El contenido formativo no es un «producto de consumo»**, porque requiere un ambiente de «comunidad». En este ambiente íntimo de la pareja solamente puede intervenir el profesional preparado para poder dar guía con autoridad en aspectos técnicos. Aquí es dónde se inscribe la intervención médica y de otros facilitadores externos (sacerdotes, agentes de pastoral...). Todo programa debe considerar que el protagonista es la persona/la familia, como sujeto (no objeto).
8. La pareja estaría **dispuesta y necesitada a acceder** para la solución de sus problemas cotidianos a un universo más amplio de profesionales con otras especialidades: salud mental, orientación familiar, desarrollo de carrera, economía, gobernanza familia, salud física.
9. Cuando una persona puede identificar una forma concreta de cambiar su conducta y asume estos nuevos comportamientos, esto apunta a que **se gesta un cambio cultural a través de las familias.**
10. Observamos una **oportunidad educativa redundante en calidad de vida para la pareja y para la recepción de la vida y desarrollo conyugal**, si trabajamos con parejas en el tiempo que desean tener hijos, en la preparación para casarse y para embarazarse en la mejor edad, en las mejores condiciones físicas, emocionales y espirituales, y también para prepararse y ser acompañados durante las diferentes etapas de desarrollo de la vida familiar.



11. El punto de entrada es la mujer. El concurso y participación activa del varón<sup>22</sup> (cónyuge) es —sin lugar a dudas— el **factor crítico de éxito** tanto en la evolución del proceso formativo de forma exitosa, como en la obtención de resultados para la pareja. (programas integrales).
12. Es necesario fortalecer el **tejido de las familias participantes** en programas similares que se conviertan en «**embajadores**»
13. Representa un enorme potencial inexplorado, el **interconectar** a las parejas y familias usuarias de todos los programas que sean concurrentes e inscritos en las redes de Pastoral Familiar; adicionalmente también en las redes de profesionales (certificadas y afines).
14. Sería muy conveniente estimular esta interconexión utilizando plataformas digitales (comunidades virtuales globales por lengua) para agregar a la ecuación, la participación sistemática de profesionales especializados en diversos tópicos del desarrollo de la Persona, del Matrimonio y de la Familia.

## RECOMENDACIONES PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS

1. **Adoptar un nuevo discurso basado en el paradigma de la procreación humana, no en el de la reproducción.**
  - a. Desde nuestra perspectiva, ya no podemos referirnos al potencial procreativo de la persona, como «**reproducción humana**», sino que debemos hacer una transición a un concepto más integral en las ciencias: «**procreación humana**». Y desde allí enriquecer el debate público a favor de la persona humana, fundamentar con las evidencias de los casos y los testimonios, el planeamiento de nuestro trabajo científico, académico y educativo. Es adoptar la misión de proteger una valiosa causa y estandarte inspirador: **Apreciar el regalo divino de la fecundidad humana.**
2. **Integrar programas de formación y acompañamiento pastoral a las parejas y familias, alineando y articulando la oferta existente.**
  - a. La educación en la salud orientada a la vida requiere un ENFOQUE INTEGRAL con bases científicas (es decir ciencia médica, biológica, bioética, teológica, moral, antropológica, económica, administrativa y política) que incluya la salud física, la salud afectiva-emocional y la salud espiritual de la persona —de la mujer, del varón, de la pareja, de la familia, de la comunidad.
3. **Asegurar que la oferta de formación se orienta a la solución de problemas sensibles de la pareja y la familia en forma práctica, eficaz, consistente, testimonial y comunitaria.**
  - a. Si queremos responder mejor a las necesidades actuales de las parejas y familias, debemos evolucionar de una perspectiva orientada a los efectos, a una nueva enfocada a las causas; así como a la acción preventiva educativa desde temprana edad.

---

<sup>22</sup> Solamente el 52% participa en pareja; y de ellos, la tasa de obtención de resultados satisfactorios es más del doble, respecto de los casos en los que participa solo la mujer.

- b. Asumir una perspectiva de familia; debe contemplar en coherencia a los elementos de campo, en orden a la familia y a la pareja —no solo la mujer sola— pues las problemáticas son mejor atendidas cuando está acompañada. En el caso de las mujeres adolescentes, con la compañía y concurso de los padres. Se requiere de un ecosistema, incluso eclesial para acompañar a los padres en esta tarea. En el caso de las mujeres profesionistas, empleadas, empresarias, con infraestructura social y eclesial que les permita contar con un «tercero en discordia» para la toma de decisiones. Y en el caso de mujeres en pareja, dirigir los programas de forma conjunta y alentar la participación del varón en los temas de hogar, de salud, de participación social y de solución de sus propios problemas incursionando en el acervo cultural común. Una perspectiva antropológica práctica de la pareja y del contexto en el que viven, no solamente su fertilidad, sino también su desarrollo.

**4. Asegurar las condiciones para desarrollar una «reflexión orante» y acompañamiento comunitario, con pastores, expertos y familias a nivel local, sobre la identidad de la mujer, del varón, de la pareja y de la familia.**

- a. Identificamos que en general las preguntas de la pareja, versan sobre su fertilidad, su salud, su responsabilidad; sobre los factores para tomar decisiones sobre paternidad, sobre su cuerpo, y respuestas acerca de cómo asumir su responsabilidad sobre estas funciones.
- b. Observamos que el conjunto de esas **preguntas sin respuesta** están relacionadas con los elementos **que requiere el hombre: la mujer, el varón y la pareja que pueden conformar**, para tomar decisiones procreativas y en una palabra asumir—cualquiera que sea su origen, experiencia, historia o circunstancia— la *Humanae Vitae*. Proponemos que estos comunes tópicos de interés se agrupen (agrupar) en los siguientes ejes temáticos:
  - i. Sexualidad
  - i. Fertilidad
  - ii. Vida conyugal
  - iii. Familia
  - iv. Paternidad
  - v. Forma de vida y sustento
  - vi. Trascendencia
- c. Proponemos que todos estos temas se entreguen desde **3 dimensiones** de la identidad de la Persona Humana:
  - i. Identidad personal, conyugal y familiar
  - ii. Identidad social. Es decir, en su interacción y relación con otras familias, con lo social. Esto necesariamente atraviesa su qué hacer, su forma de sustento, el ejercicio de su responsabilidad social y de participación, su relación de amistad y afectividad y su descanso.
  - iii. Identidad trascendental. Es decir, la identidad de la Persona Humana en su relación con Dios, con la vida de gracia
- d. Observamos que estos temas están relacionados con la construcción de un paradigma nuevo que permita integrar todos estos elementos en una conceptualización actualizada de la integralidad de la identidad varón-mujer y por lo tanto, que permita dar un significativo paso educativo/ formativo de los

programas de instituciones ya existentes, hacia las siguientes poblaciones con mayor orden y eficacia para dirigirse a ellos por segmentos:

- A. **Niños y jóvenes**, que puedan contar con el conocimiento, competencias y herramientas para desarrollar una personalidad sana en función de su identidad sexual. Esto en lugar de niños y jóvenes que desarrollan su identidad más con base en los contenidos de medios de comunicación, entre compañero o información limitada proveniente de los padres, guías y maestros.
  - B. **Adultos** (varones o mujeres), que puedan contar con el conocimiento, competencias y herramientas para alcanzar su máximo potencial, en base a un plan de su vida, en el se incluya su trabajo, objetivos de salud y cuidado de su cuerpo, desarrollo humano y espiritual. Esto substituyendo el que una persona tome decisiones de vida sin comprender sus capacidades, su vocación y sus recursos.
  - C. **Parejas** (Varón y mujer), que puedan contar con los elementos para diseñar su particular plan de vida conyugal y familiar, bajo el cuál puedan tomar decisiones procreativas con alta eficacia, en lugar de parejas que toman decisión de unirse, pero que no definen un plan para lograr sus objetivos, que carecen de la formación humana o no saben dónde encontrarla y que finalmente quedan a la merced del medio ambiente contrario a su desarrollo.
  - D. **Parejas**, que se constituyen en el desarrollo de su familia para decidir sobre el número de hijos que desean concebir, desarrollar con el uso de sistemas, métodos y modelos de reconocimiento de los signos de fertilidad humana en lugar del simple consumo de mecanismos anticonceptivos hormonales con consecuencias desastrosas en su relación y en su salud.
  - E. **Mujeres**, que requieren hacer un monitoreo eficaz de la salud ginecológica para la prevención de enfermedades que ponen en riesgo su vida, en lugar de permanecer poco activas frente a la posibilidad de prevención o de mantenimiento de estilo de vida saludable para proteger su estado de salud, física, emocional, espiritual. Preparadas para ser receptoras del don de la vida y cumplir con su don femenino desde su persona, su hogar, a la humanidad.
  - F. **Familias** que necesitan establecer estilos de vida saludables para alcanzar su máximo potencial, en lugar de asumir estilos de vida tóxicos para su desarrollo y capacidades potenciales.
  - G. **Comunidades** especialmente de vida consagrada y sacerdotal, que requieren comprender su identidad sexual para poder desarrollar su misión y carisma, en lugar de comunidades incompletas, vulnerables a los cambios sociales dada su incapacidad para responder a las exigencias del entorno y de su desarrollo en el tiempo.
5. **Proponemos vincular a familias usuarias virtualmente a través de plataformas digitales a nivel global**, de manera que sea una extensión de la comunidad eclesial,

a fin de compartir conocimientos, experiencias, aprendizajes, mejores prácticas, así como celebrar y compartir los beneficios de una vida familiar plena

### Bibliografía

- Buttiglione, Rocco. *La Persona y la Familia*. Edit. Palabra, España. 1999.
- Palerm, Angel. *Introducción a la teoría etnológica*, Instituto de Ciencias Sociales, Universidad Iberoamericana, México (1era edición). 1967. Reeditado en 1987 por la Universidad Autónoma de Querétaro.
- Perez Lizaur, Marisol. “Las Perspectivas y Retos de la Antropología Aplicada en el Siglo XXI”. Rev. Mad. No. 16, Septiembre de 2007. pp. 6.  
Palerm, Angel. *Introducción a la Antropología*. Edit. Universidad Iberoamericana MEXICO, 1990.
- Papa Francisco. *Evangelii Gaudium* (24/11/2013).
- V Conferencia General del Episcopado Latinoamericano.
- Juan Pablo II: *Varón y mujer*. Teología del cuerpo I. Ed. Palabra, Madrid 2005.
- Juan Pablo II. *Catecismo de la Iglesia Católica*. Librería Editrice Vaticana, Roma.

### Reseña biográfica

**Beatriz Gonzalez, BA, MBA, FCPI.** Consultora en *Non-profit development* y procuración de fondos a través de la participación, que ejerce para infinidad de clientes en México desde hace más de 20 años. *Officer* de Procuración de Fondos para UNICEF en México (2000-2002), fundadora y directora ejecutiva de la Fundación APAC, una de las 5 instituciones de servicio social más reconocidas en México. FCPI del Programa *Allied Health Professional* del Modelo CREIGHTON del Instituto Papa Paulo VI de Omaha, Nebraska.

**José Luis García Chagoyán, Maestro en Antropología Social.** Consultor en Desarrollo Institucional y Comercial que ejerce para infinidad de clientes —corporativos, gubernamentales e institucionales— en México desde hace más de 20 años. Asesor en desarrollo institucional de COPARMEX, institución mexicana de 85 años, única en su género en el mundo pues es un sindicato de empresarios.

Juntos conducen IDIKON, firma de consultoría en *Business & Organization Anthropology*. Como emprendedores sociales impulsan Fundación VidaFlorida— dedicada a promover, integrar e impulsar programas e instituciones orientados a la familia y a proteger la dignidad de la persona humana.

Empresarios sociales, esposos desde hace 20 años y padres gracias a la adopción de dos hijos mexicanos-colombianos.