

WDS

LIBRO

**NOMBRE DE LA MATERIA: SEXUALIDAD
HUMANA**

LICENCIATURA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: 3ER SEMESTRE

Marco Estratégico de Referencia

ANTECEDENTES HISTORICOS

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor de Primaria Manuel Albores Salazar con la idea de traer Educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer Educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tardes.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en septiembre de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró como Profesora en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de finanzas en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el Corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y Educativos de los diferentes Campus, Sedes y Centros de Enlace Educativo, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca a nivel nacional e internacional.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

MISIÓN

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad Académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

VISIÓN

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra Plataforma Virtual tener una cobertura Global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

VALORES

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

ESCUDO



El escudo de la UDS, está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

ESLOGAN

“Mi Universidad”

ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

SEXUALIDAD HUMANA

Objetivo de la materia:

Adquirir conocimientos teóricos básicos acerca del estudio de la sexualidad humana integral y la perspectiva de género dentro del marco de los derechos humanos, sexuales y de una ética humanista; con el fin de que puedan interactuar profesionalmente con la población y participar en el proceso de construcción social de conocimientos y actitudes adecuadas en relación a la salud sexual y la equidad de género.

INDICE

UNIDAD I LA SEXUALIDAD	7
HISTORIA DE LA SEXUALIDAD	7
APARATO REPRODUCTOR MÁSCULINO	12
APARATO REPRODUCTOR FEMENINO	15
RESPUESTA SEXUAL HUMANA	17
PRINCIPIOS FUNDAMENTALES QUE RIGEN LA CONDUCTA SEXUAL	19
LA HETEROSEXUALIDAD, BISEXUALIDAD Y HOMOSEXUALIDAD	21
CONCEPCIÓN, EMBARAZO Y PARTO	23
UNIDAD II TECNICAS REPRODUCTIVAS.....	28
PRINCIPIOS BIOPSIICOSOCIALES DE LA PLANIFICACION FAMILIAR	28
METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	30
PATERNIDAD RESPONSABLE	37
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	39
UNIDAD III GENERO.....	42
CONCEPTO	42
DESARROLLO PSICOSEXUAL	44
SEXUALIDAD EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	48
SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA	50
UNIDAD IV FAMILIA, SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA	52
LA FAMILIA Y SUS CLASIFICACIONES	52
FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA	56
LA SALUD SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA	57
ALGUNOS ASPECTOS CONTROVERSIALES DE LA SEXUALIDAD	58
BIBLIOGRAFIA.....	62

UNIDAD I LA SEXUALIDAD

HISTORIA DE LA SEXUALIDAD

Lo que ahora se entiende como una disciplina científica, es decir, la sexología (o la medicina sexual) no es neutral, más bien, como se entiende desde el pospositivismo científico, responde a un conocimiento construido a lo largo de distintas épocas en la historia y se inserta en un sistema de ideas, creencias, conocimientos previos, ideologías y realidades político-económicas.

El interés por comprender el fenómeno sexual no es nuevo. Las aproximaciones que la especie humana ha hecho a lo largo de la historia y en distintas culturas a los fenómenos reproductivos, a los fenómenos relacionados a la identidad de género, a la reproductividad y al fenómeno erótico, han sido motivo de todo tipo de reflexiones filosóficas, políticas y artísticas.

Toda cultura, de una u otra manera, aborda el tema de lo relacionado con el sexo desde distintas posturas filosóficas e ideológicas.

En occidente, cuando Aristóteles escribió la Historia de los animales, partes de los animales y la generación de los animales no sólo estableció el fundamento para el nacimiento de la zoología occidental, sino lo que sería considerado tiempo después como el nacimiento de la sexología en occidente.

El tema del sexo en el sistema clasificatorio aristotélico resultaba fundamental, ya que reconocía que era posible clasificar a los animales en tres grupos, aquellos que se reproducían por: 1) medios sexuales, 2) medios asexuales y 3) generación espontánea. Justamente esta última idea, la de la generación espontánea, sirvió como premisa a la teología cristiana para que tiempo después justificara la idea del pecado original —en la cual se afirmó que, de acuerdo con la Biblia, Dios habría creado todas las plantas y animales antes de crear a los seres humanos, y los parásitos no surgieron con la Creación, sino como consecuencia del pecado original y por medio de la generación espontánea.

Las consideraciones aristotélicas de la reproducción, por ejemplo, la creencia de que el factor masculino era el principal para que ocurriera, sirvieron como precedente para establecer otras contribuciones griegas, como las de Hipócrates, quien en su tratado “sobre la generación” sostuvo que la reproducción requería de “dos semillas”, la masculina y la femenina, idea que posteriormente fue retomada por Galeno (siglo II), Avicena (siglo XI)

S. Alberto Magno (siglo XIII) y su pupilo Santo Tomás Aquino, quien además de sostener la teoría geocéntrica como fundamento de la fe católica, afirmaba que el poder generativo de la mujer era imperfecto cuando se comparaba con el del varón, geocentrismo y falocentrismo fundidos en la doctrina de la Iglesia Católica. Creencias sobre las que llegaron a sostenerse sistemas políticos e ideológicos que contribuyeron a la condición de subordinación, sometimiento y violencia hacia la mujer y que, de igual manera, han participado en el mantenimiento de un sistema de poder patriarcal masculino, falocrático y falocéntrico. Anton van Leeuwenhoek (1632-1723), a solicitud de Johan Ham, un alumno de medicina, analizó el semen de un paciente que “sufría” de emisiones nocturnas, a las células les llamó primero “animalcula” y posteriormente “spermatozoa”. Después de que se publicaron sus hallazgos en la Sociedad Real Británica en 1678, aparecieron todo tipo de reportes: médicos empezaron a describir caballos miniatura en sus observaciones del semen de un caballo, otro dijo lo propio sobre el semen de un burro, hubo quienes proclamaron que podían distinguir los espermatozoides masculinos de los femeninos y alguien incluso afirmó que había visto espermatozoides masculinos y femeninos copulando para después parir espermatozoides bebé. Más allá de las alegres y peregrinas ideas sobre los espermatozoides, su descubrimiento reafirmó la creencia de la supremacía masculina en la reproducción.

En 1758, el médico suizo Simón André Tissot escribió y publicó en latín su Tratado sobre las enfermedades producidas por el onanismo, en el cual asociaba la práctica de la masturbación con el desarrollo de trastornos mentales, ceguera, enfermedades de la piel y de la motricidad. Aunque el médico suizo buscaba ofrecer una alternativa —la pérdida de semen— a las explicaciones religiosas fundamentadas en las posesiones demoníacas, sus escritos fueron utilizados como argumento para el desarrollo de todo tipo de creencias distorsionadas relacionadas con la masturbación y de aparatos antimasturbatorios o sistemas para evitar las “poluciones nocturnas” (eyaculaciones). Lo que Tissot no sabía entonces es que la asociación que había establecido entre algunas enfermedades y la conducta sexual iba a estar mediada no por la pérdida de semen y la vida alegre, sino por la infección por sífilis, descubrimiento que ocurriría hasta 1870. De cualquier manera, hasta la fecha se escuchan frases que condenan la masturbación tras las que subyacen ideas de hace casi tres siglos.

A Tissot le seguiría el reverendo Silvestre Graham (1794-1851) y a éste, el médico John Harvey Kellogg (1852-1943), quienes formarían parte de lo que se conoce en la historia de la sexología como la época de “cruzadas antisexuales”, las cuales recomendaban, entre otras cosas, que la cura para la depleción del semen y las enfermedades asociadas con el deseo “de la carne” consistía en toda una serie de recetas dietéticas, abstinencia sexual, enemas frecuentes para “purificar” y “desintoxicar” el cuerpo, así como alimentos basados en harinas. Kellogg había trabajado en la casa editorial de la Iglesia Adventista del Séptimo Día en Battle Creek Michigan y creía que al comer carne se encendían las pasiones del cuerpo y el deseo, de modo que habría que abstenerse de ella.

Su logro principal fue transformar la harina molida de maíz en hojuelas tostadas que ahora se desayunan con leche todas las mañanas en millones de hogares; sin embargo, como promotor de la antimasturbación diseñó métodos como la circuncisión sin anestesia, suturar el prepucio con alambre de plata para evitar las erecciones y, para las mujeres que eran sorprendidas autoestimulándose, la aplicación de ácido carbólico puro en el clítoris.

A propósito de la sexualidad femenina, Rachel Mines reseña en su libro *La tecnología del orgasmo* cómo en 1653 el médico Pieter van Foreest (conocido como Alemarianus Petrus Forestus) publicó un compendio médico titulado *Observationem et Curationem Medicinalum ac Chirurgicalium Opera Omnia* sobre las enfermedades en las mujeres. Para la aflicción conocida como “histeria” (por su significado, “enfermedad del útero” y también llamada en su volumen médico *praefocatio matricis*), el médico recetaba que una matrona “masajeara los genitales” de la mujer con tal aflicción “con un dedo dentro utilizando aceite de azucenas. De esa manera la mujer puede ser excitada hasta el paroxismo”. En la tradición médica occidental, la prescripción del orgasmo en la mujer ha sido documentada en los textos hipocráticos, en los trabajos de Celso en el siglo I, a. C, en los de Aretaeus, Soranus, Galeno, en el siglo II, en los de Aetius y Moschion en el siglo VI, en el *Liber de Muliebria*, anónimo del siglo VIII o IX, en los de Avicena, en el XI, en los de Paracelso del XVI, en los de Burton, Claudini, Harvey y otros en el XVII, de Boerhaave y Cullen en el XVIII, en los de Pinel, Gall, Triper y Briquet en el XIX. Rachel Mines menciona cómo la mirada androcéntrica de la sexualidad y las implicaciones que ésta ha tenido para las mujeres y para los médicos que las han tratado a lo largo de la historia, modelaron no sólo el concepto de la patología sexual femenina, sino también el desarrollo de instrumentos y aparatos diseñados para tratarlos, y coloca el desarrollo histórico del vibrador en este contexto.

Lo interesante es ver cómo en el camino de la historia, por una parte, el discurso médico escrito fundamentalmente por varones, receta orgasmos a las mujeres y, por otra, después les prescribe ácido carbólico puro en el clítoris si ellas alcanzan el orgasmo por sí mismas. El colocar impedimentos a la autonomía y búsqueda de poder de la mujer sobre su sexualidad no es algo nuevo, sirve a razones político-ideológicas sobre las cuales también se sostiene el poder masculino.

Las ideas de Kellogg se desarrollaron en el contexto ideológico del movimiento eugenésico que perseguía la mejoría de la raza y la cura de los males sociales por medio del control científico de la reproducción. Tal movimiento ideológico estaría asociado, años después, con desarrollos científicos de connotaciones no menores, una de ellas es la asociación entre el deseo de control poblacional y el conocimiento de la endocrinología reproductiva. Margaret Sanger, vinculada al desarrollo de la anticoncepción hormonal, escribió en 1919: “Más hijos de los fuertes y menos de los débiles, ese es el punto central del control de la natalidad”.

En relación con el falocentrismo y el papel que ocupa en la historia de la sexología clínica, resulta interesante la evolución histórica y la manera en que ha sido tratado el tema de las erecciones, es decir, lo que ahora recibe el nombre de disfunción eréctil. En los inicios de este milenio, el Consejo Internacional de Educación sobre Salud Sexual Masculina acordó por consenso que lo que antes había sido llamado “impotencia” ahora recibiría la denominación de “disfunción eréctil”, a saber: “La incapacidad persistente o recurrente para lograr y/o mantener una erección peniana suficiente para un desempeño sexual adecuado”. El interés que la especie humana dedica a las erecciones no es algo nuevo:6 desde la Edad de Piedra tardía en las cuevas de Lescaux, se encuentran pinturas sobre piedra en las que se observa a un hombre con el pene erecto frente a un bisonte y a su lado aparece una lanza caída. De la misma manera, en Mongolia se han encontrado pinturas rupestres que representan a hombres cazando con el pene erecto. Para los egipcios la erección era signo de buena fortuna y de fortaleza masculina, de hecho, en el famoso papiro de Eber se encuentran numerosos remedios para la cura de la impotencia.

En Grecia, en los caminos y lugares públicos había columnas cuadradas con la cabeza de Hermes y con un falo erecto en señal de protección, en los festivales dionisiacos de la fertilidad se desplegaban esculturas de penes enormes; para los griegos las erecciones no eran materia artística ni mucho menos, en el texto médico *De aere aquis et loci*, Hipócrates escribió en el siglo V a. C. que la impotencia era común entre los Scitianos y asociaba esta dolencia al traumatismo perineal por exceso de la monta a caballo. Aproximadamente 400 años antes de Cristo, Aristóteles, igual que otros pensadores griegos, subrayó el concepto fisiológico de pneuma (viento o aire) como el iniciador de la erección. No era para menos, ésta era una cuestión vinculada con los dioses, Príapo, hijo de Dionisio y Afrodita, quien más tarde fuera muy popular en la cultura romana, siempre era representado con un pene gigantesco y fue motivo de inspiración para Cátulo y Horacio, quienes escribirían poemas y versos como *La priapea*.

En otras latitudes, como en la cultura Mochica, en Perú (100 a. C.- 600 d. C.) se encuentran vasijas antropomórficas de terracota en las que se representa a un sacerdote con un falo exagerado. El dios nórdico Freyr también es representado con un pene erecto en la estatuilla hallada en Södermanland en el siglo IX d. C. En la India, Vatsyana compiló el *Kama Sutra* entre los años 330 y 360 d. C., libro donde se dedican no pocas páginas al tema de la erección.

Desde el quehacer de la medicina, los intentos por desarrollar pócimas y remedios que facilitaran la erección no son nada nuevo. Avicena (Abd Allah Ibn-Sina, mejor conocido como el “príncipe de los médicos”, 980-1037 d. C.) se dedicó a describir las diferencias anatómicas entre los genitales masculinos y los femeninos.

Sobre la fisiología del pene, Leonardo da Vinci fue el primero en describir que las erecciones eran el resultado de que el pene se llenara de sangre. Los músculos relacionados con las erecciones fueron descritos por Galeno en el siglo II d. C. y redescubiertos por Varolio casi 1 800 años después.

En su libro *De la generation de l'homme* (Sobre la generación del hombre), Ambroise Paré escribió en el siglo XVI una guía de prácticas sexuales que incluía técnicas para el buen desempeño sexual y la fertilidad, para el cuidado del embarazo y la atención del parto, además propuso las primeras prótesis de pene, un dispositivo tubular de madera para que los hombres a quienes se les había amputado el miembro por un traumatismo pudieran orinar.

En 1668, en su libro *Tractus de virorus organis generationi inservientibus, de clysteribus et de usu siphonis in anatomia*, el médico danés Reignier de Graaf publicó la forma de obtener una erección en el pene de un cadáver por medio de la inyección de agua en la arteria hipogástrica. En 1863, el fisiólogo alemán Conrad Ekhard, publicó sus experimentos en los que provocó erecciones a animales al aplicarles corrientes eléctricas a distintos niveles del sistema nervioso. La época de las inyecciones en algún lugar de la geografía peniana estaba en su apogeo: en 1873, el médico italiano Francesco Parona inyectó agua con sal en la vena dorsal del pene a un paciente con impotencia para provocarle esclerosis y hacer que la sangre saliera del pene de manera más lenta.

A los 72 años, el fisiólogo Charles Frances Edouard Brown-Séquard se aplicó inyecciones subcutáneas de una mezcla de sangre de las venas testiculares, semen, testículos machacados de perros y conejillos de indias para el tratamiento de su impotencia y publicó sus resultados en 1889, que aunque con toda seguridad eran resultados del efecto placebo, representaron los primeros pasos de la terapia hormonal sustitutiva en el adulto mayor, línea de investigación que hoy, 200 años después, involucra inversiones millonarias para la industria farmacéutica.

En 1896, el químico alemán Leopold Spiegel estudió la corteza de un árbol africano llamado yohimbe e hizo la caracterización molecular de la yohimbina, que en 1900 patentaría en Inglaterra como el primer medicamento oral para el tratamiento de la impotencia. En 1998, cuando estudiaban fármacos para el tratamiento de la hipertensión arterial sistémica, la industria farmacéutica se topó, para su multimillonaria fortuna, con uno de los efectos secundarios más buscados y deseados por el hombre: la erección.

Así que la historia de la sexología como ciencia se ha visto enriquecida por distintos personajes que harían sus contribuciones también desde diversos paradigmas científicos y epistemológicos: Havelock Ellis, Magnus Hirschfield, Sigmund Freud, Wilhelm Reich, Alfred Kinsey, William Masters y Virginia Johnson, Michel Foucault, John Money y muchos más. Transitaron por el naturalismo, el positivismo asceta, el pospositivismo, el posmodernismo y hasta la actual medicina basada en evidencias. Desde el punto de vista ideológico la ciencia no es neutral y la sexología, como tal, tampoco. Los conocimientos han sido puestos al servicio de distintas ideologías y en la actualidad sucede lo mismo. Es por ello que en este texto los autores se suscriben a las propuestas consensuadas en instancias como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual reconoce los derechos humanos y sexuales como el marco ideológico desde donde se propone la salud sexual.

APARATO REPRODUCTOR MÁSCULINO

Está conformado por: los testículos, el epidídimo, las vías espermáticas (conductos deferentes, glándulas vesiculares, conductos eyaculadores, uretra), las glándulas anexas (próstata, y las glándulas bulbouretrales o de Cooper), y el Pene.

Testículos:

Estructuras glandulares, pares, derecho e izquierdo, de forma ovoide, aplanados transversalmente de color blanco azulado, miden 5 cm de largo, presentan 2 polos: uno superior y anterior, y otro inferior y posterior, tienen una cara lateral, una medial, un borde anterior (libre) y un borde posterior (adherido). Se encuentran fuera de la cavidad abdominal, rodeados por la túnica vaginal, formada por dos capas (parietal y visceral), la túnica presenta una reflexión superior que forma el Ligamento superior del epidídimo y otra inferior que es el Ligamento inferior del epidídimo. Entre el testículo y el epidídimo se forma el seno del epidídimo.

Epidídimo:

Se encuentra apoyado sobre el borde posteromedial de los testículos, su función es almacenar los espermatozoides, presenta 3 porciones: la cabeza (superomedial) formada por los conductos eferentes, el cuerpo (medial) separado por los surcos laterales y mediales, y la cola (inferior). Se extiende hasta el conducto deferente y mide 5-6 cm, presenta conductillos aberrantes entre la el cuerpo y la cola.

Escroto y envolturas del testículo y el epidídimo:

Escroto, es un saco cutáneo que contiene a los testículos y el epidídimo, formado por dos capas: la piel y la túnica dartos, la piel presenta el rafe escrotal. Sus capas son:

1. Piel, marcada por pliegues transversales, el rafe escrotal que divide en hemiescroto derecho y uno izquierdo. El adulto presenta pelos con glándulas sebáceas y sudoríparas.
2. Dartos: En la línea medial se encuentra el tabique escrotal, formando las bolsas escrotales, la contracción constituye el aparato suspensor del escroto.
3. Fascia espermática externa: Entre el dartos y el cremaster, dependencia de la aponeurosis del musculo oblicuo externo
4. Fascia Cremasterica y musculo cremaster: El musculo presenta un fascículo lateral originado del musculo oblicuo interno y un fascículo medial. Las fibras conforman la fascia Cremasterica. Esta inervado por el nervio ilioinguinal y su contracción asciende el testículo.
5. Fascia espermática interna: Prolongación de la fascia transversalis, se adhiere al testículo y epidídimo formando el ligamento escrotal.
6. Túnica vaginal del testículo: Vestigio del conducto peritoneo vaginal, tiene dos capas, estas se unen y forman la cavidad vaginal.

Conducto deferente:

Este conducto mide aproximadamente 50 cm de largo, su trayecto inicial es tortuoso y luego recto, comienza en la cola del epidídimo y termina en la uretra. Presenta 4 porciones: escrotal, funicular, inguinal y pelviana. En su terminación presenta una dilatación, la ampolla del conducto deferente, esta última, se llama divertículo de la ampolla.

Vesículas Seminales:

Pequeñas glándulas pares, bilaterales, anexas a los conductos deferentes, situadas detrás de la vejiga y delante del recto, miden 4-5 cm de longitud, tienen función secretora, producen el 70% del líquido seminal, el conducto excretor de las glándulas desemboca en el conducto deferente formando el conducto eyaculador.

Conducto Eyaculador: Formado por la reunión en ángulo agudo del conducto excretor de la vesícula seminal con el conducto deferente, está constituido por una pared muscular lisa, tapizada por una mucosa, toma sus vasos y nervios de las redes prostáticas.

Uretra masculina: Tubo muscular, transporta la orina y el semen hasta el meato uretral, se divide en prostática, membranosa y esponjosa

Próstata:

Glándula túbulo alveolar impar, ubicada debajo de la vejiga urinaria y rodea la uretra prostática, presenta una base de 3,5 cm, la porción proximal es palpable por encima del conducto eyaculador, la zona glandular periuretral región que rodea la uretra, la porción distal por debajo del conducto eyaculador. El vértice se encuentra cerca del musculo transverso superficial de periné con una longitud de 2,5 cm; su peso es de 18g

Pene

Órgano genital externo del varón, ubicado por debajo de la sínfisis del pubis y por encima del escroto, encargado de llevar a cabo la copulación gracias a su capacidad de erección. Está formado por los cuerpos cavernosos, el cuerpo esponjoso, y la uretra. Tiene forma cilíndrica y mide de 10 a 12 cm flácido en el adulto, en estado de erección aumenta de volumen, longitud y se endereza por delante del pubis. Presenta:

- Una porción proximal, la raíz del pene, adherida mediante el ligamento suspensorio del pene.
- Una porción distal, el cuerpo, que presenta una cara superior que se encuentra el dorso del pene y una cara inferior o cara uretral.
- Una extremidad distal, formada por el Glande, es liso, tapizado por mucosa, en su vértice se abre el orificio externo de la uretra, alrededor encontramos el prepucio, un repliegue cutáneo que rodea al glande en forma de manguito y cuya cara interna es mucosa, entre el prepucio y la cara inferior del glande se extiende el frenillo del prepucio.

Formaciones eréctiles:

Cuerpos Cavernosos: derecho e izquierdo, estructuras cilíndricas, se unen formando los pilares del pene. En el surco dorsal formado entre ambos cuerpos cavernosos encontramos la vena dorsal profunda del pene. En el surco inferior se encuentra alojado el cuerpo esponjoso.

Cuerpo Esponjoso: Rodea la uretra esponjosa (bulbar y Peneana), su porción posterior forma el bulbo del pene, su porción medial debajo del tabique del pene, y su extremo anterior se forma el glande

APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

Los órganos genitales femeninos internos se componen de: ovarios, trompas uterinas, útero, vagina y órganos genitales externos. Los ovarios, trompas y útero se encuentran ubicados en la cavidad pelviana. El ligamento redondo va por canal inguinal y se fija al ligamento pectíneo, el ligamento redondo sostiene labios mayores. Fondo de saco uterorectal y el uterovesical

Genitales femeninos externos

- **Labios mayores:** Delimitan el inicio de la vagina, posee muchas glándulas sebáceas y ocasionalmente vellos (los labios menores no tienen vello), se juntan anteriormente y forman la comisura anterior. Son homologos a las bolsas testiculares masculinas.
- **Labios menores:** Una parte cubre al clítoris y forma el prepucio del clítoris junto a un frenillo (une el clítoris al borde inferior del labio menor)
- **Orificio de la uretra**
- **Orificio vaginal**
- **Agujero de la glándula vestibular mayor o de Bartolino:** Cuando se obstruye se puede formar un quiste de Bartolino, debido a que este es muy doloroso se drena bajo anestesia general. El conducto de cada glandula se abre en el surco situado entre el labio menor y el borde de inserción del himen, son homologas a las glándulas bulbouretrales del hombre.
- **Clítoris:** Posee el glande, zona altamente sensitiva. Es homólogo del pene, se origina en la pelvis osea por 2 raices, cada raíz cubierta por el isquiocavernoso. Los cuerpos cavernosos están envueltos por una cubierta fibrosa recia y separados uno del otro por un tabique incompleto. Se forma triangulo urogenital y triangulo anal

ÓRGANOS GENITALES INTERNOS

- **Ovarios:** Órganos pares en forma de almendra que producen óvulos después de la pubertad, desempeñan función endocrina ya que segregan hormona estrogénica o folicular y progesterona o luteína. Posee un ligamento propio del ovario y se relaciona también con el ligamento ancho del útero. Antes de la 1ª ovulación el ovario es liso, luego se vuelve irregular, su tamaño varía con la edad y el momento del ciclo ovárico.
- **Trompas Uterinas:** Conducen los ovocitos desde los ovarios a la cavidad uterina, se conoce como salpinx. Posee 4 porciones: uterina, infundíbulo, ampolla e istmo. El embarazo ectópico se presenta más frecuentemente en la ampolla. Consta de 3 capas: mucosa, muscular y serosa (peritoneo del ligamento ancho). Se encuentra irrigada por arteria uterina y pequeñas ramas de la arteria ovárica. El drenaje linfático sigue a los vasos sanguíneos y desembocan en los ganglios lumbares. Inervación dada por el plexo ovárico y fibras del plexo hipogástrico inferior.
- **Útero:** Órgano en el cual el óvulo fecundado anida, la cavidad del útero y de la vagina constituyen el llamado conducto del parto. Posee fondo, cuello, cuerpo e istmo.
- **Vagina:** Tubo muscular de 12 cm, el fondo de saco existente entre la porción vaginal del cérvix y las paredes de la vagina es llamado fornix vaginal. Es irrigada por ramas vaginales de la iliaca externa o arteria uterina, la inervación es por el pudendo interno. Se encuentra cubierto por un pliegue llamado himen que al romperse deja unas carúnculas himeneales. La vagina se halla situada en parte en la cavidad pelviana y en parte en el perineo. Consta de tres capas: mucosa, muscular y fibrosa.

RESPUESTA SEXUAL HUMANA

La mayoría de las teorías de la conducta otorgan gran importancia al comportamiento sexual. Basta recordar el énfasis dado por los psicoanalistas a este aspecto de la vida humana. La conducta reproductora es particularmente importante porque ilustra la infracción de factores internos y externos; la motivación sexual se fundamenta en factores neurales y hormonales, pero requiere de estímulos ambientales determinados para ponerse en actividad. Los factores “innatos” interactúan con los factores aprendidos y la contribución de cada grupo de valores varía con el desarrollo evolutivo de la especie. En las especies inferiores la conducta sexual depende más de factores exclusivamente hormonales.

Al hablar de sexualidad nos referimos al conjunto de características anatómicas, fisiológicas y psíquicas que caracterizan el sexo; en sentido psicológico, todos los tipos de conducta y vivencias que están en relación con el instinto sexual que aparece en la pubertad (según S. Freud, comienza ya en el desarrollo infantil). Puede tratarse de una unión entre dos individuos de sexo diferente (relaciones heterosexuales) o del mismo sexo (homosexualidad), de acciones sexuales en la propia persona (masturbación). La conducta sexual humana está fuertemente influenciada por las correspondientes culturas y por los procesos de aprendizaje. Con lo anterior podríamos dividir a la sexualidad en dos tipos: sexualidad infantil y sexualidad juvenil, la primera abarca a todas aquellas expresiones de la sexualidad en la edad infantil agrupadas, según el psicoanálisis de Freud, en fase oral (primer año de vida, fase anal-uretral (dos-cuatro años) y fase fálica (cuatro-siete años), mientras que la conducta sexual y las actitudes de los jóvenes están caracterizadas por dos factores: una elevada apetencia sexual y el control específico de la sociedad sobre este potencial instintivo.

El conflicto entre apetencia y restricción social se resuelve de muy diversas maneras según los diferentes países y según las diferentes capas sociales dentro de ellos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la sexualidad humana como: Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual.

Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS,2006)

Para poder formular un concepto adecuado de sexualidad, se tienen que tomar en cuenta las características biológicas, psicológicas y socioculturales que permiten comprender en mundo y vivirlo como hombre o como mujer. Para ello es necesario tener claros conceptos como sexo biológico, sexo de asignación y sexo de identidad, los cuales no deben confundirse, ya que tienen connotaciones muy distintas

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES QUE RIGEN LA CONDUCTA SEXUAL

La investigación llevada a efecto sobre conducta sexual ha permitido aislar unos pocos principios, que parecen sumamente simples pero que pueden girar la investigación y comprender lo hallazgos particulares. Son los siguientes:

1. La conducta sexual resulta de una interacción compleja de factores hormonales, neurales y ambientales.
2. En los organismos inferiores en la escala filogenética, la conducta sexual está más rígidamente gobernada por mecanismos fisiológicos que en los organismos superiores.
3. En los mamíferos superiores, especialmente en los primates, la experiencia juega un papel más importante en la conducta sexual que en otras especies.

Hormonas y conducta

Las hormonas sexuales de origen hipofisario y gonadal influyen en el estado de preparación del organismo para responder adecuadamente a la estimulación sexual. Estos cambios hormonales afectan tanto mecanismos neurales como no neurales situados en todo el cuerpo. Los efectos de la castración y la ovariectomía se han estudiado tanto en sujetos humanos como subhumanos. En el caso de las hembras y de los animales inferiores, se ha encontrado que la conducta sexual depende más de factores hormonales de lo que sucede en el caso de los machos y mamíferos superiores.

La castración en el macho produce los siguientes efectos: si se efectúa antes de la pubertad, el animal nunca desarrolla un comportamiento sexual normal. Si se lleva a cabo después de ella, la sexualidad continúa normalmente y solo disminuye en forma muy lenta. La ovariectomía en la hembra produce falta de receptividad sexual. El efecto es igual si la remoción de los ovarios se realiza antes o después de la pubertad. En el caso de las mujeres parece que la ovariectomía disminuye el impulso sexual, aunque se presentan diversas variaciones causadas por diferencias individuales, experiencia previa y actitudes hacia la sexualidad en general. En el caso de los sujetos humanos, parece que es posible en castrados, restaurar la motivación sexual con inyecciones de hormonas; en todo caso se recupera la capacidad de elección y el interés sexual, en la mujer las inyecciones de estrógenos restauran la sexualidad perdida; la progesterona, por otra parte, parece tener un efecto inhibitor y no estimulante en la mujer normal. En numerosos casos no se ha logrado restaurar la sexualidad perdida de mujeres que sufrieron ovariectomía; parece que el factor sugestión tiene importancia tanto en los casos en los cuales surtió efecto la terapia de reemplazo, como en aquellos en que no surtió efecto.

LA HETEROSEXUALIDAD, BISEXUALIDAD Y HOMOSEXUALIDAD

Sexo biológico

Se refiere al conjunto de características y funciones fisiológicas, orgánicas y anatómicas que diferencian a un hombre de una mujer.

Sexo de asignación

Es el que se le asigna a un individuo al nacer, por lo general, en función del aspecto de sus genitales externos. El simple hecho de que el médico indique a los padres que su hijo será hombre o mujer establecerá las expectativas de la familia y especialmente de la sociedad en cuanto al futuro del rol sexual del recién nacido.

Sexo de identidad

Es el conjunto de características sexuales que nos hacen genuinamente diferentes a los demás: nuestras preferencias sexuales, nuestros sentimientos o nuestras actitudes hacia el sexo. Es el sentimiento de feminidad, masculinidad o ambos, que acompañan al individuo a lo largo de su vida, y que no siempre está de acuerdo con el sexo biológico o de asignación.

Orientación sexual

Se refiere a sentirse amorosa o eróticamente atraído por personas del sexo complementario (heterosexualidad), por personas del mismo sexo (homosexualidad) o gustar de ambos sexos (bisexualidad). Es importante destacar que la orientación sexual no es una decisión consciente ni una elección voluntaria.

Heterosexualidad

La heterosexualidad es la relación erótico-afectiva entre personas de diferente sexo; es el comportamiento predominante en la sociedad, por lo que se considera un ejemplo a seguir, pues se establece como principio biológico que la reproducción sexual solo ocurre cuando un espermatozoide fecunda un óvulo, mediante un acto de interacción, tanto física como sentimental.

Bisexualidad

Se considera bisexual a la persona que siente atracción erótica o afectiva hacia personas de ambos sexos; es decir que es posible que haya personas bisexuales que mantienen simultáneamente relaciones con mujeres y hombres, o bien que durante cierto tiempo sostengan una relación estable y monógama con un hombre y posteriormente con una mujer. Este tipo de orientación sexual es la menos estudiada por lo que está cargada de más

Homosexualidad

La homosexualidad es la relación erótico-afectiva entre personas del mismo sexo; este término engloba tanto a hombres como a mujeres, aunque comúnmente a los primeros se les conoce como “gays” y a las segundas como “lesbianas” pueden tener un aspecto masculino, pero no es ni su conducta ni su apariencia lo que hace que una persona sea homosexual. Hay homosexuales muy varoniles o lesbianas muy femeninas. Así como heterosexuales afeminados u hombrunas.

CONCEPCIÓN, EMBARAZO Y PARTO

La concepción

El mecanismo por el que ocurre la concepción es el siguiente:

- Al final de la relación sexual, el semen del hombre es expulsado y queda en la vagina de la mujer.
- Dicho semen contiene millones de espermatozoides, los cuales nadan y se introducen a la matriz a través del conducto (cuello o cérvix).
- Viajan hasta el fondo de la matriz y luego pasan a las trompas de Falopio o tubas uterinas. Dependiendo del periodo del ciclo sexual de la mujer, uno o más óvulos pueden haber descendido por las tubas uterinas.
- Si los espermatozoides se topan con el óvulo, cerca del extremo de dicha trompa, uno de ellos puede penetrar en él. Cuando esto ocurre, se dice que el óvulo ha sido fecundado, y este es el momento de la concepción. El óvulo fecundado viaja entonces hacia el útero.
- Una vez en él, se alojará en la pared uterina para crecer y desarrollarse.

La ovulación es el proceso mediante el cual un ovario libera un óvulo maduro. Aunque su frecuencia puede ser muy variada, en la mujer es aproximadamente mensual. Por lo regular una mujer produce sólo un óvulo cada mes, y esto sucede 14 días antes de cada periodo menstrual. Si el óvulo no es fecundado, sólo vive unos dos días y posteriormente se produce la menstruación.

La menstruación o regla dura de tres a siete días y se presenta aproximadamente de 11 a 15 días después de la ovulación. Una vez concluida, vuelve a empezar el proceso: se maduran óvulos en el ovario, se libera un óvulo, y si no es fecundado se vuelve a dar la menstruación, cuando es regular, entre 25 y 28 días después.

Los días del ciclo menstrual se enumeran en forma progresiva a partir del primer día de sangrado hasta finalizar el día previo a la siguiente menstruación. La extensión de un ciclo menstrual normal es muy variable; el típico ciclo de 28 días representa únicamente del 13 al 15% de los ciclos de una mujer con menstruaciones ovulatorias regulares; el 70% varía entre 25 y 31 días y el 17 al 19% a ciclos de mayor o menor duración.

El embarazo

El embarazo es el proceso de desarrollo del óvulo fecundado, que se localiza en los genitales femeninos. Se inicia con la concepción o fecundación y termina con el parto. El primer signo es, generalmente, la falta de flujo menstrual, aunque esta falta puede obedecer a muchas otras causas. Seguidamente las mamas se endurecen, se vuelven dolorosas y los pezones se tornan de color más oscuro. También se presenta una necesidad más frecuente de orinar. Los mareos, las náuseas y vómitos pueden orientar a establecer el diagnóstico, pero son signos que admiten diversas interpretaciones y, al igual que los antojos, los cambios de carácter, el rechazo a ciertos olores o la salivación abundante, se presentan también en muy diferentes situaciones patológicas.

El método de diagnóstico más seguro consiste en practicar una exploración ginecológica interna y externa. En cualquier caso, se puede recurrir al análisis de orina para detección de embarazo, que es una prueba más confiable. Cuando la prueba es positiva puede afirmarse que existe el embarazo con un margen de error ínfimo. Pero incluso cuando la prueba es negativa, puede existir embarazo, por eso conviene repetir el análisis transcurridas dos semanas.

De acuerdo con expertos, la mejor edad para que una mujer se embarace es entre los 20 y los 35 años, y el tiempo transcurrido entre el nacimiento de cada hijo debe ser de por lo menos dos años. Antes de los 20 años no es recomendable el embarazo porque el cuerpo en general puede no alcanzar todavía su madurez biológica y, sobre todo, porque la gran mayoría de los jóvenes no han acabado de madurar emocionalmente o simplemente continúan estudiando o tienen otras cosas que consideran más importantes que hacer. Asimismo, no se recomienda un embarazo posterior a los 35 años porque se ha comprobado que un número importante de malformaciones ocurren en hijos de madres de esa edad o mayores.

Desarrollo del feto

El periodo de gestación dura unos 266 días. El futuro bebé pasará por tres etapas:

Periodo embrionario. Adquiere su forma definitiva. Se han empezado a definir rasgos físicos, sexo, órganos internos, etc. Es un periodo delicado, donde se pueden producir malformaciones por factores ambientales, aplicación de medicamentos y fármacos en general.

MES	MEDIDA	PESO	DESARROLLO
1°	1 cm	0.5 g	Nidación. Empieza a formarse una pequeña mora.
2°	4 cm	5 g	Se forma la placenta. La forma del embrión es parecida a la de un anfibio. El corazón empieza a latir.
3°	7 cm	20 g	Se dibuja el contorno de los dedos y de los genitales externos. Los párpados empiezan a abrirse.

Periodo fetal. Es la etapa de maduración, donde van creciendo cada una de las partes a su propio ritmo.

4°	15 cm	120 g	Los huesos se calcifican.
5°	23 cm	300 g	Crecen el cabello, el vello corporal y las uñas (las faneras)
6°	35 cm	1200 g	Las vísceras están madurando pero aún no son funcionales

Periodo de maduración fetal. Aumenta de tamaño, hay un importante consumo de proteínas que ayudan a desarrollar el cerebro de la criatura.

7°	40 cm	1600 g	Aumento de los depósitos de grasa con el consiguiente aumento de peso
8°	45 cm	2500 g	Continúa crecimiento y aumento de peso
9°	50 cm	3000 g	Alcanza la madurez fetal

PARTO

El parto es la expulsión o la extracción del feto y sus anexos del útero materno. Se produce de una manera espontánea a partir de los 270 días de gestación, pero en algunos casos ~con el fin de evitar complicaciones diversas~ se recurre a la intervención quirúrgica (cesárea) provocando artificialmente la salida del feto.

El parto se inicia con la dilatación del cuello uterino. Para que ésta se produzca tienen lugar contracciones dolorosas del útero cuya frecuencia e intensidad aumentan paulatinamente. En principio son de corta duración con pausas largas (15 a 20 minutos). Las membranas que envuelve al feto y al líquido amniótico en el que se encuentra, generalmente se rompe después de que las contracciones dolorosas han comenzado. Finalmente, las contracciones tienen una frecuencia de 2 a 3 minutos y su presión se ejerce sobre el feto, que es impulsado hacia el exterior a través del canal del parto (parte inferior del útero y conducto vaginal).

El trabajo de parto puede durar entre 12 y 18 horas si es el primero, y entre 8 y 12 horas o menos si la mujer ha tenido otros partos antes. El parto termina cuando se expulsa la placenta, generalmente en los 5 o 10 minutos siguientes a la salida del feto.

La etapa posterior al parto se denomina puerperio. El organismo de la madre regresa al estado previo al embarazo. Este periodo puede durar de 4 a 5 semanas.

UNIDAD II TÉCNICAS REPRODUCTIVAS

PRINCIPIOS BIOPSIICOSOCIALES DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

En las últimas décadas, el uso de algún método anticonceptivo ha ido en aumento entre la población mundial, siendo clave tanto para la salud reproductiva como para la planificación familiar.

El impacto que los diferentes métodos anticonceptivos han tenido tanto sobre la sexualidad como la fecundidad está directamente relacionado con una mayor información por parte de los profesionales de la salud. Entre ellos, cabría resaltar la importancia del asesoramiento por parte del profesional de enfermería en la elección del método anticonceptivo que mejor se ajuste a las necesidades particulares de cada paciente.

Los anticonceptivos son métodos, medicamentos (hormonales o no hormonales), dispositivos y procedimientos quirúrgicos que se utilizan para prevenir un embarazo de manera temporal o permanente. Pueden utilizarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida fértil de la persona. Se clasifican de acuerdo con los mecanismos de acción, la duración anticonceptiva y la vía de administración, entre otros. Clasificados de acuerdo con su efecto anticonceptivo (temporal y permanente), así como por el mecanismo de acción y vía de administración. Aun cuando existen diferentes tipos de anticonceptivos, no todos son adecuados para todas las personas. El método anticonceptivo más apropiado para una persona depende de su estado general de salud, de su edad, de la frecuencia de su actividad sexual, de su deseo o no de tener hijos o hijas, del tiempo que desea posponer su siguiente embarazo, así como de los antecedentes familiares de determinadas enfermedades, entre otros factores.

Las condiciones o características médicas que deben considerarse para orientar a la mujer sobre las opciones de métodos anticonceptivos temporales disponibles para ella, de acuerdo con su condición de salud, están clasificadas bajo las siguientes cuatro categorías:

CATEGORÍA 1. Situación para la que no existen restricciones para el uso del método anticonceptivo.

CATEGORÍA 2. Situación en la que, en general, las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados.

CATEGORÍA 3. Situación en la que, en general, los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método.

CATEGORÍA 4. Situación en la que el uso del método anticonceptivo en cuestión constituye un riesgo inaceptable para la salud.

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR TECNICAS ANTICONCEPTIVAS

Métodos naturales.

Están basados en el conocimiento de la fertilidad por parte de la mujer, es decir se debe observar y registrar durante varios ciclos menstruales todos los signos y síntomas relacionados con el periodo fértil, tales como el cambio en el moco cervical o variaciones en la temperatura basal. Una vez identificado dicho periodo fértil, la mujer debe abstenerse de mantener relaciones sexuales si desea evitar un embarazo. Pese a que estos métodos pueden suponer una alternativa a aquellas mujeres que no pueden recurrir a otro tipo de anticonceptivos, se debe dejar claro que son métodos con un elevado índice de fallos, y que no son efectivos en aquellas mujeres cuyos ciclos son irregulares. Por otro lado, desde un punto de vista de la salud reproductiva de la mujer, estos métodos no protegen frente a infecciones de transmisión sexual (ITS).

Método del calendario (Ogino-Knaus): Se basa en el cálculo de la probabilidad del periodo fértil de la mujer. La mujer debe registrar la duración de sus ciclos menstruales durante un mínimo de 6 meses, y está contraindicado en mujeres cuyos ciclos sean irregulares o bien haya una diferencia mayor de 10 días entre el ciclo más corto y el más largo. Para el cálculo del periodo fértil se deben restar 18 días a la duración del ciclo más corto, conociéndose así el primer día de fertilidad. El último día fértil sería el resultante de restar 11 días a la duración ciclo más largo. Si se restan 18 días al ciclo más corto, se conoce el primer día de fertilidad. Para calcular el último día fértil se deben restar 11 días al ciclo más largo.

Método Billings: Está basado en la observación del moco cervical, teniendo en cuenta que, al igual que el anterior método, debe conocerse el periodo fértil de la mujer, que en este caso se conoce estudiando las características del moco cervical. Durante el periodo infértil el moco es escaso, turbio y amarillento. En cambio, durante el periodo fértil el moco es elástico, transparente, abundante y fluido y se mantiene así durante unos días. La ovulación suele ocurrir entre las 24-48 horas posteriores. Este método está contraindicado en aquellas mujeres con tratamientos que alteren el medio, por ejemplo, tratamientos hormonales, o bien en mujeres con secreciones vaginales anómalas.

Método de la temperatura basal: Durante el ciclo menstrual, tienen lugar 2 fases térmicas, una hipotérmica durante la menstruación y otra hipertérmica durante la ovulación, donde se produce un aumento de la temperatura basal de 0,2 a 0,4 °C, que es debida a la acción de la progesterona producida por el cuerpo lúteo. La pareja debe evitar mantener relaciones sexuales o utilizar otros métodos anticonceptivos desde el primer día de la menstruación hasta 3 días después de que la temperatura se haya elevado. Como recomendación, la mujer debería realizar un registro previo de su temperatura durante al menos 2-3 ciclos. Este método está contraindicado en enfermedades que modifiquen la temperatura basal.

Método sintotérmico.

Es un método más complejo basado en la combinación de los 3 métodos anteriores. En concreto, se usa el método del calendario y el del moco cervical para delimitar el comienzo del periodo fértil y el moco cervical y la temperatura basal para conocer el final del periodo. De todos los métodos naturales, es el que obliga a un periodo de abstinencia menor.

Método de la lactancia y amenorrea (Mela)

Se basa en la infertilidad natural que ocurre cuando una mujer está amenorreica y amamanta plenamente. Para que pueda ser considerado como efectivo, deben cumplirse 3 criterios: que no se haya iniciado la menstruación, que el bebé tenga menos de 6 meses y que la lactancia sea exclusivamente materna y con un intervalo menor de 4-6 horas durante el día como la noche. La posibilidad de embarazo es prácticamente nula durante los primeros tres meses siempre que se cumplan los criterios establecidos. Pese a ser un método eficaz, tiene como desventaja su limitación en el tiempo (6 meses), así como la dificultad de mantener un correcto patrón de lactancia una vez que el bebé va creciendo.

Métodos de barrera.

Son aquellos métodos que impiden el paso del espermatozoide al canal cervical mediante una barrera mecánica, química o ambas. Se colocan directamente sobre los órganos genitales femeninos o masculinos.

Preservativo masculino.

Es una funda que se coloca sobre el pene erecto antes de la penetración impidiendo que los espermatozoides entren en la vagina y evitando así un posible embarazo. Además, este método ofrece protección también frente a las ETS. Actualmente, junto con la anticoncepción hormonal, es el método más utilizado ya que es económico, no requiere de prescripción médica y su uso carece de efectos secundarios. Con un uso correcto del preservativo su eficacia es muy elevada, siendo la tasa de embarazos no deseados inferior al 10%.

Preservativo femenino.

Se trata de una funda holgada, con dos anillos, uno externo abierto y otro interno cerrado, que se adapta a la vagina, creando una barrera que impide el contacto entre los espermatozoides y el óvulo. Si bien su eficacia es similar a la del preservativo masculino, este método es muy poco utilizado ya que su colocación es más difícil y exige adiestramiento a la paciente. Otra diferencia con respecto al preservativo sería el precio, siendo el femenino más caro que el masculino.

Espermicidas.

Sustancias químicas que se introducen profundamente en la vagina antes de la relación sexual. Actúan rompiendo la membrana de las células del espermatozoide, matándolas o enlenteciendo su movimiento. Actualmente en el mercado se pueden encontrar en diferentes formatos, cuyas características implican algunas diferencias en cuanto a su uso. En forma de óvulos, tabletas o supositorios deben introducirse entre 10 y 15 minutos antes del coito. En el caso de cremas o espumas se deberán aplicar antes de la penetración, ya que son de acción inmediata.

En cuanto a las contraindicaciones, se ha de considerar una posible reacción alérgica por cualquiera de los miembros de la pareja. Es importante señalar también que su eficacia es mucho menor a la de otros métodos de barrera, por lo que su uso suele estar recomendado como refuerzo de otros métodos.

Diafragma.

Se trata de un capuchón blando, normalmente de látex, habiéndolo de otros materiales, que recubre el cérvix impidiendo la entrada del espermatozoide. Se utiliza combinado con espermicidas para aumentar su eficacia. Puede colocarse unos minutos antes de la relación sexual o hasta 6 horas antes. Se retira pasadas 6-8 horas del último coito, pero nunca después de 24 horas. Está contraindicado en aquellas mujeres que puedan presentar alergia a alguno de sus componentes, mujeres con alguna anomalía anatómica del cuello uterino o la vagina y en mujeres con antecedentes de shock tóxico.

El uso del diafragma requiere de un examen pélvico previo por parte del profesional de la salud ya que hay varias tallas disponibles, y además la mujer requiere entrenamiento para su correcta colocación y extracción, asegurando así un buen uso.

Protege frente a determinadas ETS (Gonorrea, Tricomoniasis, Clamidia), pero en general no se recomienda su uso cuando se persigue evitar la transmisión de este tipo de infecciones.

Métodos hormonales.

La anticoncepción hormonal es aquella basada en el aporte de hormonas ováricas a nuestro organismo de manera exógena. Los anticonceptivos hormonales pueden clasificarse en función del tipo de hormonas que contengan, siendo los llamados combinados aquellos compuestos que utilizan estrógenos y progestágeno; el otro gran grupo de anticonceptivos hormonales son los conocidos como gestágenos, que utilizan únicamente un progestágeno.

Anticonceptivos combinados (AOC).

El efecto anticonceptivo de los métodos hormonales combinados se debe fundamentalmente al efecto del progestágeno, que suprime la liberación de la LH hipofisaria y por tanto impide la ovulación. Así mismo dificulta el transporte de espermatozoides al disminuir el moco cervical e impide la implantación al modificar la estructura del endometrio. Por su parte el estrógeno contribuye a inhibir la ovulación al suprimir la liberación de FSH y LH, y previene la formación del folículo dominante.

Con respecto a sus propiedades farmacológicas, los progestágenos más utilizados se clasifican en función de su estructura molecular en: estranos, gonanos y pregnanos, que se utilizan fundamentalmente en métodos inyectables. En cuanto a los estrógenos, sólo hay dos compuestos que se utilizan habitualmente: el Etil-estradiol (EE), que es la molécula farmacológicamente activa, y el Mestranol, que es inactivo y debe ser transformado en EE para ejercer sus acciones.

Píldora.

Píldoras constituidas por dosis bajas de un estrógeno y un progestágeno, se encuentra en presentaciones mensuales de 21 o 28 comprimidos. En general el comienzo de la toma de la primera píldora ha de coincidir con el primer día de la menstruación y deberá alargarse hasta la finalización de los 21 comprimidos, momento en el que tiene lugar una semana de descanso. En las presentaciones de 28 comprimidos, no existe periodo de descanso, siendo los 7 últimos comprimidos de distinto color al no contener carga hormonal (comprimidos recordatorios). La toma de los comprimidos debe realizarse todos los días en la misma franja horaria. El sangrado tendrá lugar en el periodo de descanso o bien durante la toma de los comprimidos placebo.

DIU de cobre.

Es un pequeño dispositivo flexible que se introduce en el útero por vía vaginal, llevan atados uno o dos hilos que atraviesan el cérvix y quedan colgados en la vagina para el momento de la retirada. Es aconsejable insertarlo durante la menstruación ya que el cuello del útero está más abierto, pero puede ser insertado en cualquier día del ciclo. Una vez dentro del útero, dificulta el ascenso de los espermatozoides y crea un entorno hostil para su supervivencia. Por otro lado, en respuesta al cuerpo extraño introducido, se genera una reacción inflamatoria en el endometrio que produce una serie de cambios celulares que dañan tanto al espermatozoides como al óvulo antes de que se produzca la implantación. Entre los inconvenientes de este método podrían citarse que aumenta el riesgo de padecer menstruaciones más abundantes y dolorosas (dismenorrea).

DIU hormonal (Levonorgestrel).

Se trata de un dispositivo similar al anterior en cuanto a estructura y duración (hasta 5 años) pero en este caso libera pequeñas cantidades de un progestágeno (Levonorgestrel) cada día. Por lo tanto sus efectos anticonceptivos están basados en dos mecanismos:

- Como DIU produce una reacción de cuerpo extraño en el endometrio.
- Los efectos hormonales del progestágeno producen cambios en la morfología del endometrio evitando la proliferación del mismo, y espesando el moco cervical lo que dificulta el acceso de los espermatozoides.

Ligadura de Trompas.

Proceso quirúrgico irreversible que está basado en cortar o bloquear la trompa de Falopio, evitando que los óvulos la atraviesen y por tanto sean fecundados por el espermatozoide. Al tratarse de un método irreversible, está indicado en parejas estables que no deseen tener descendencia, o bien estaría indicado en aquellas mujeres en las que una situación de embarazo conllevara alteraciones de su salud mental y/o física. Obviamente se trata de un método altamente eficaz, pero cabe destacar que no protege frente a las ITS.

La intervención se realiza bajo anestesia general y puede realizarse mediante dos abordajes quirúrgicos:

Resección segmentaria o salpinguectomía parcial

PATERNIDAD RESPONSABLE

La Paternidad Responsable (PR) es una realidad de constante actualidad y su trascendencia es tal, que nuestra constitución la menciona. A nivel mundial, la ONU y la iglesia católica se han ocupado del tema por haber estado dedicado el año 1994 a la familia. (Bellido, 1995)

Antes de decidir tener un hijo se debe mantener una conversación dónde puedan descubrir si desean tener un hijo, ¿Cuáles son las razones para tener un hijo? Este sería el primer paso para iniciar una paternidad responsable y consciente, por ello para ser padre o madre hay que estar preparados y tener la suficiente edad para tomar esta decisión.

Para el progreso exhaustivo de un ser humano es muy importante la figura de los padres. Por ello es indispensable el compromiso de ellos en la crianza de los hijos. Los niños quienes sus padres estuvieron comprometidos con su educación se caracterizan por mostrar una mejor autoestima, mayor empatía, mayor capacidad cognitiva y capacidad de autocontrol.

La paternidad responsable va más allá de la provisión económica, sino también en la crianza y la vida cotidiana de sus hijos/as.

Paternidad Responsable en adolescentes

La paternidad en la adolescencia en este último tiempo ha tenido un incremento significativo. Incluso cuando se cuenta con amplia información, los índices se mantienen. El modo como los adolescentes implicados en la paternidad enfrenta la vida, se ve influenciado por su cotidianidad del ambiente familiar o conjunto social en que se desarrolla la pareja.

En el impacto de la paternidad en el adolescente, se descubre que el nacimiento de un hijo es una situación complicada para todas las familias.

Según Fuller (2000c, en Cruzat y Arcena, 2006) para los adolescentes, ser padre es tanto un logro como una pérdida; no obstante, no parece confirmarse este hecho, puesto que 75.7% de los adolescentes en su estudio afirmó que el embarazo es un logro y la mayoría se percibe feliz.

El llevar a sus hijos/as a consultar con el médico habla del involucramiento del joven en la crianza de los hijos, lo que ha sido reportado principalmente en jóvenes con creencias positivas sobre los cambios que debían hacer en sus vidas para cubrir las necesidades diarias de sus hijos, como proveer al niño/a lo mejor posible para una buena crianza. (Marsiglio 1988).

Respecto a las responsabilidades del hogar, el adolescente se ve involucrado desarrollando diversos papeles en casa apoyando en las labores domésticas, logrando tener responsabilidad compartida con su pareja.

El modo como los adolescentes implicados en la paternidad enfrenta la vida, se ve influenciado por su cotidianidad del ambiente familiar o conjunto social en que se desarrolla la pareja.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las ETS es una complicación de salud pública, que afecta fundamentalmente en el adolescente dado que su vulnerabilidad biológica y psicológica. Aunque la educación y consejería son las estrategias importantes para el control y prevención de las enfermedades de transmisión sexual, esto se logra cuando se integra el desarrollo de programas educativos que mantiene el conocimiento apropiado, con el propósito de mejorar actitudes y prácticas de riesgo, encaminadas a retrasar el inicio de la actividad sexual, reducir el número de parejas y sembrar el uso continuo de métodos de barrera.

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS), en Latinoamérica y el Caribe, cada año 15% de los adolescentes entre los 15 y 19 años adquieren una ETS. Los adolescentes tienen las mayores tasas de ETS que cualquier otro grupo de edad, puesto que con frecuencia mantienen sexo sin protección. Tienen probabilidades biológicamente de desarrollar una infección. Conjuntamente, tienen menos interés en asistir a los servicios de atención médica que les pueden brindar información sobre cómo protegerse contra las ETS.

Las estrategias de prevención recomendadas además de evitar actividad sexual, es mantener sexo seguro, utilizando un método anticonceptivo de barra, como el preservativo que puede ser utilizado tanto por el hombre como la mujer. El usar este método de protección desde el inicio de alguna relación genital, no solo evitará embarazos no deseados si no que prevendrá todo tipo de ITS, principalmente del SIDA.

Prevenir es la mejor manera de hacer frente a las necesidades de los adolescentes. Estos necesitan apoyo y ayuda de los adultos en lo que se refiere a educación sexual, por ello, de llegar a detectar algún comportamiento de riesgo sobre alguna infección de transmisión sexual, se debe realizar un descarte para evitar la retransmisión de la infección a futuras parejas y para evitar daños a largo plazo sobre su salud en todas las áreas, fundamentalmente en la sexual

enfermedad	Signos y síntomas	Tratamiento
Vulvovaginitis	Los síntomas son comezón intensa, secreción vaginal blanquecina, gris, amarillento e incluso verdoso que a veces puede tener mal olor	Aunque puede variar según los casos, se suelen recetar: Antibiótico. Antifúngico
Tricomoniassis	Secreción vaginal abundante de color gris, amarillento o verdoso con mal olor. Causa comezón, ardor intenso, dolor al orinar y durante las relaciones sexuales.	Antibiótico (Metronidazol)
Clamidialis	<p>Algunas ocasiones no presentan síntomas.</p> <p>Hombres: ardor al orinar y una descarga blanzuca que parece un hilo grueso blanco.</p> <p>En las mujeres: ardor al orinar, una descarga de mucosidad vaginal y dolor en el abdomen. Puede invadir el abdomen por el útero y producir endometritis, lo mismo en las trompas de Falopio (salpingitis). Cuando ocurre, puede desarrollarse una infección inflamatoria pélvica (PID) que puede producir infertilidad.</p> <p>Síntomas del PID son: dolor fuerte en el abdomen, fiebre, náusea, vómitos y dolores de cabeza.</p>	<p>Tratada con alguno de los siguientes antibióticos: ofloxacín (preferido), doxycycline, azithromycin, erythromycin.</p> <p>PID requiere un tratamiento más agresivo que envuelve la administración intravenosa de antibióticos, normalmente por 10 días en un hospital.</p>

Gonorrea	En los hombres son: orinar frecuente y con mucho ardor (disuria) y descarga espesa de pus por el pene. En la mujer el cervix es el más afectado	Una inyección ceftriaxona intramuscular o 500 mg de ciprofloxacina oral
-----------------	--	--

UNIDAD III GÉNERO

CONCEPTO

En 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se dieron a la tarea, junto con un panel de expertos, de crear un documento en el cual se establecieran estrategias para la promoción de la salud sexual. De esa reunión surgieron una serie de definiciones a las que se llegó por consenso y, aunque no representan la posición oficial de la OMS y la OPS, para efectos del establecimiento de un marco y lenguaje común en la tarea que nos ocupa en este texto, a continuación, se reproducen de manera textual las definiciones que surgieron del consenso mundial.

Género

Es la serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dismórficas de los seres humanos: masculina y femenina, así como las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias. El género, tal como ha existido de manera histórica, transcultural y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer.

Identidad de género

La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y comportarse socialmente en relación con la percepción de su propio sexo y género.”

La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia.

Equidad de género

La equidad de género hace referencia a la dignidad y los derechos que poseen todas las personas. Este término refiere al derecho que poseen hombres y mujeres de recibir un trato justo, más allá del género y a la lucha por garantizar el acceso de todos a oportunidades en el ámbito social, económico, político y doméstico. Por ejemplo, la incorporación de la perspectiva de género en la medicina ha permitido entender que los síntomas de ciertas enfermedades, o los efectos secundarios de algunos medicamentos son diferentes en las mujeres que en los hombres.

DESARROLLO PSICOSEXUAL

Desde la teoría psicosexual del desarrollo de la personalidad se entiende que la historia pasada de cada persona determina el modo en el que es modelada la relación de poder entre las estructuras inconscientes del individuo, por un lado, y las estructuras que luchan por no expresar estos elementos que pertenecen fuera de la consciencia, por el otro.

Así, la manera de comportarse de una persona dependerá del modo en el que haya afrontado las diferentes etapas de desarrollo psicosexual y los retos característicos de cada fase.

Como para el padre del psicoanálisis la libido es asumida como el principal tipo de energía que mueve a las personas, estos retos y conflictos de cada fase de maduración tendrán una vinculación más o menos velada con su manera de experimentar la sexualidad (entendida en un sentido muy amplio en el que participan todo tipo de simbolismos). Según la teoría freudiana, las etapas de desarrollo psicosexual y sus características son las siguientes

Etapas orales

Alimentación, chupeteo, distinción primitiva, placer oral auto erótico, yo-mundo externo, zona erógena: boca.

La etapa oral ocupa aproximadamente los primeros 18 meses de vida, y en ella aparecen los primeros intentos por satisfacer las demandas promovidas por la libido. En ella, la boca es la principal zona en la que se busca el placer. También es la boca una de las principales zonas del cuerpo a la hora de explorar el entorno y sus elementos, y esto explicaría la propensión de los más pequeños a intentar "morderlo" todo. Si se impide tajantemente que los bebés utilicen su boca para satisfacerse, esto podría producir un bloqueo que haría que ciertos problemas quedasen fijados en el inconsciente (siempre según Freud).

Etapa anal

Retención y expulsión de heces, ambivalencia, amor-odio, sadismo-masochismo, exhibir-mirar, aceptación-rechazo, cultura: orden, limpieza, belleza, zona erógena: anal.

Esta etapa se produciría desde el fin de la etapa oral y hasta los 3 años de edad. Se trata de la fase en la que se empiezan a controlar el esfínter en la defecación. Para Freud, esta actividad está vinculada al placer y la sexualidad.

Las fijaciones relacionadas con esta fase del desarrollo psicosexual tienen que ver con la acumulación y con el gasto, vinculadas con el espíritu ahorrador y la disciplina en el primer caso, y con la desorganización y el derroche de recursos en el segundo. Sin embargo, según el padre del psicoanálisis, estas dinámicas de gasto y ahorro no se expresarían solamente o principalmente a través de la gestión del dinero.

Etapa fálica

Primera elección de objeto de amor externo, tierno y sensual, investigación sexual infantil, complejo de Edipo y Electra, zona erógena: genitales.

Esta fase pulsional duraría entre los 3 y los 6 años, y su zona erógena asociada es la de los genitales. De este modo, la principal sensación placentera sería la de orinar, pero también se originaría en esta fase el inicio de la curiosidad por las diferencias entre hombres y mujeres, niños y niñas, empezando por las evidentes disimilitudes en la forma de los genitales y terminando en intereses, modos de ser y de vestir, etc. Además, Freud relacionó esta fase con la aparición del "complejo de Edipo", en el que los niños varones sienten atracción hacia la persona que ejerce el rol de madre y sienten celos y miedo hacia la persona que ejerce el rol de padre.

En cuanto a las niñas que pasan por esta etapa del desarrollo psicosexual Freud "adaptó ligeramente la idea con Complejo de Edipo para que englobas a estas, a pesar de que el concepto había sido desarrollado para que cobrase sentido principalmente en los varones. Fue más tarde cuando Carl Jung propuso el complejo de Electra como contraparte femenina al Edipo.

Etapa de latencia

Aprendizaje escolar, deportes, arte, sublimación, actividades culturalmente aceptadas, olvido de la vida sexual previa, meta de la pulsión.

Esta fase empieza hacia los 7 años y se extiende hasta el inicio de la pubertad. La etapa de latencia se caracteriza por no tener una zona erógena concreta asociada y, en general, por representar una congelación de las experimentaciones en materia de sexualidad por parte de los niños, en parte a causa de todos los castigos y amonestaciones recibidas. Es por eso que Freud describía esta fase como una en la que la sexualidad queda más camuflada que en las anteriores.

La etapa de latencia ha estado asociada a la aparición del pudor y la vergüenza relacionada con la sexualidad.

Etapa genital

Reedición de completo de Edipo y Electra, nuevo objeto de amor, zonas erógenas previas, preliminares acto sexual, fin genital reproductivo.

La etapa genital aparece con la pubertad y se prolonga en adelante. Está relacionada con los cambios físicos que acompañan a la adolescencia. Además, en esta fase del desarrollo psicosexual el deseo relacionado con lo sexual se vuelve tan intenso que no se puede reprimir con la misma eficacia que en etapas anteriores.

La zona erógena relacionada con este momento vital vuelve a ser la de los genitales, pero a diferencia de lo que ocurre en la fase fálica, aquí ya se han desarrollado las competencias necesarias para expresar la sexualidad a través de vínculos de unión de carácter más abstracto y simbólico que tienen que ver con el consenso y el apego con otras personas. Es el nacimiento de la sexualidad adulta, en contraposición a otra ligada solo a las simples gratificaciones in

Etapa psicosexual	Período evolutivo	Descripción.
Oral	Nacimiento -1 año	Succión del bebé del pecho o mamadera. La no satisfacción puede desarrollar hábitos como; morderse las uñas, lápices, beber alcohol, fumar, etc.
Anal	1-3 años	Se relaciona con el control de esfínter: la no satisfacción puede expresarse por ejemplo, en el desarrollo de compulsión por la limpieza.
Fálica	3-6 años	Se relaciona con la manipulación de los genitales. Aparecen fantasías sexuales con el padre del sexo opuesto; complejo de Edipo y de Electra. Para evitar la sanción se adoptan las características del padre del mismo sexo, con lo que aparece la instancia psíquica <i>superyó</i> .
Latencia	6-11 años	Desaparecen los impulsos sexuales. El superyó se desarrolla más, con lo que aparecen los valores sociales.
Genital	Adolescencia	Los cambios biológicos de la pubertad, reaparecen los impulsos sexuales. Hacia el término de la adolescencia la sexualidad se integra hacia una sexualidad adulta madura.

SEXUALIDAD EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Sexualidad en la niñez:

Definición de niñez (OMS): desde el nacimiento hasta el comienzo de la pubertad o adolescencia. Edad: 0 a 13 años. La formación de la identidad va de la mano con la sexualidad. Formación de identidad + sexualidad = Relaciones sociales, apego y exploración. En la niñez se debe entregar confianza y aclarar los límites el respeto al cuerpo y a otros. Es importante como entregamos la información al niño.

Manifestaciones sexuales en los niños.

- **Manifestaciones de género:**
 - Diferencian entre hombre y mujer, se identifican con un género e imitan a mayores.
- **Manifestaciones de reproducción:**
 - Interés de cómo se hacen los bebés, el embarazo y el parto.
- **Manifestaciones de vínculos afectivos:**
 - Relacionan los sentimientos de afecto con cercanos. Es importante la vinculación con el bebé para las futuras relaciones sociales.
- **Manifestaciones relacionadas al erotismo:**
 - La capacidad de los niños para percibir diferentes sensaciones.

** La masturbación es un tipo de manifestación que es normal entre los 3 y 5 años

Apego en la niñez

El apego influye en la manifestación de vínculos afectivos. Existen 4 tipos de apegos.

Tipos de Apego	Padres	Sentimientos del niño
Seguro	Seguro, responde a necesidades	Adecuada comunicación emocional Tolerancia a la frustración Autocontrol Autonomía Imagen positiva de si mismo
Inseguro Ansioso ambivalente	No hay disponibilidad para necesidades	Angustia al desapego Miedo a que se vayan los padres Inestabilidad emocional Reacción ambivalente al reencuentro
Inseguro evitativo	Incapaces de entregarle cuidados	No experimenta miedo frente a extraños Rígid y hostiles Menos sociables Manifestación de rabia Mayor impulsividad No reacciona al reencuentro
Inseguro desorganizad o	Son atemorizantes para el infante, generando confusión.	Patrones resistentes y evitativos Posición fría y rígida Se aferra al cuidador de manera distante evitando las miradas No reacciona a la separación ni al reencuentro.

SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Adolescente es el periodo después de la infancia y antes de la adultez, 10 a 19 años.

- Adolescencia Temprana: 10-14 años
- Adolescencia Media: 14-17 años
- Adolescencia Tardía: 17 -18 años en adelante

Es un proceso variable, Desarrollo psicosocial, los adolescentes tienen características comunes y progresivas. Según Erikson se enfrentan a “crisis de identidad y confusión de identidad” Están en búsqueda de la identidad, esta búsqueda tiene 3 componentes:

- Ocupación
- Sexual
- Valor

Moral en la niñez y adolescencia


- Nivel preconvencional: preocupación por consecuencias externas
- Nivel convencional: preocupación por satisfacer las expectativas sociales.
- Nivel 3: persona racional, valores y derechos a la vida y libertad
- Nivel 4: Perspectiva propia moral, acuerdos sociales, igualdad de derechos, respeto a la dignidad de los individuos.

Moral según el crecimiento:

- Infancia: El nivel preconvencional
- Adolescencia temprana: se pasa de preocupación por las consecuencias externas a la preocupación por satisfacer las expectativas sociales
- Adolescencia media tardía y posible en adultos: Nivel convencional

Cambios físicos en la adolescencia

Etapas de Tanner

Mujeres		Hombres	
Estadio 1.		Estadio 1.	
	Pecho infantil, sin vello púbico		Sin vello púbico. Testículos y pene infantiles
Estadio 2.		Estadio 2.	
	Botón mamario, vello púbico no rizado, escaso en los labios mayores		Aumento del escroto y testículos, piel del escroto enrojecida y arrugada, pene infantil. Vello púbico escaso en la base del pene
Estadio 3.		Estadio 3.	
	Aumento y elevación de pecho y areola. Vello rizado, basto y oscuro sobre pubis.		Aumento y elevación de pecho y Alargamiento y engrosamiento del pene. Aumento de testículos y escroto. Vello sobre pubis rizado, grueso y oscuro
Estadio 4.		Estadio 4.	
	Areola y pezón elevado sobre mama. Vello púbico tipo adulto no sobre los muslos		Ensanchamiento del pene y del glande, aumento de testículos, aumento y oscurecimiento del escroto. Vello púbico adulto que no cobre los muslos
Estadio 5.		Estadio 5.	
	Pecho adulto, areola no elevada. Vello adulto hasta zona medial del muslo		Genitales adultos. Vello adulto que se extiende a zona medial de los muslos

UNIDAD IV FAMILIA, SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA

LA FAMILIA Y SUS CLASIFICACIONES

Formas Tradicionales.

La función de una familia son las actividades que realizan, las relaciones sociales que establece en el desenvolvimiento de esas actividades y el análisis comprenden las aportaciones que damos para las personas y para la sociedad. Las relaciones sociales, las actividades, los aportes o efectos que la familia lleva a cabo durante el proceso de socialización de un niño.

Dentro de la familia existen diferentes necesidades culturales, la familia sufre cambios dentro de la sociedad día con día, ha abandonado las funciones de proteger y socializar a sus miembros. Dentro de las funciones familiares tenemos como objeto la protección de nuestros miembros, la acomodación a una cultura y transmitir esa cultura de generación en generación. En las formas tradicionales encontramos:

Nuclear

La familia nuclear se encuentra conformada por sus progenitores (padre, madre e hijos) que viven bajo el mismo techo o comparten una casa habitación, se le conoce también como elemental o básica.

El término “familia nuclear” empieza en los años de 1947, por lo que vemos desde aquí, no es algo nuevo, las familias nucleares tienen que ver algo con la promoción, expansión y reproducción de los valores de la cultura.

De acuerdo al concepto tenemos que la familia nuclear es un matrimonio e hijos que dependen de ellos, constituyen una comunidad de vida plena y total, un ámbito vital cerrado autónomo frente al Estado y a la sociedad; por encima del bien y de los intereses individuales de sus componentes, hay un bien familiar y un interés familiar, de los cuales requieren, ha dicho LECHELER, de devoción y la capacidad de sacrificio de todos.

Extensa.

Los integrantes de este tipo de familia no siempre han estado unidos por vínculos de sangre y matrimonio, como fue el caso de la familia romana, en la que siervos y clientes vivían bajo el mismo techo que el matrimonio y los hijos.

Son familias de varias generaciones que viven en un mismo hogar, comúnmente se le conoce como tres generaciones, donde vive el progenitor soltero, la abuela y el niño, parejas jóvenes que retardan el momento de su independencia ya sea por problemas económicos o comodidad y viven con sus padres o suegros que conviven con sus hijos o integración de miembros donde no existen lazos de parentesco. Es con esto que el apoyo, la cooperación en las diferentes tareas dentro de la familia se puede llevar a cabo con mayor flexibilidad.

Las posibles dificultades que pueden existir dentro de la familia extensa es la falta de espacio que tenga cada miembro de la familia, en donde se pierde la intimidad de las parejas como el espacio de los miembros; dificultades con la relación de abuelo o abuela, padre o madre por los tipos de crianza que se les desea dar a los niños dentro del hogar.

Con estas dificultades que existen dentro de la familia extensa podremos considerar el descubrir el orden que tiene una familia, deslindar barreras de la familia nuclear, diferenciar las funciones de cada integrante y organizar las funciones que debe cumplir cada integrante, así lograríamos la armonía dentro del hogar.

NUEVAS FORMAS DE ESTRUCTURA FAMILIAR.

Existen nuevos tipos de clasificaciones familiares, diferentes a la familia tradicional, las cuales son tan comunes que pueden llegar a pensarse que este tipo de uniones son tan perfectas que casi frecuentes como las tradicionales

Monoparental.

La familia monoparental son las que conviven el padre o la madre con los descendientes y sin el otro cónyuge. En la mayoría de los casos dichos núcleos familiares, se forman con la madre y los descendientes, siendo menos comunes las encabezadas únicamente por el padre. Las causas principales que originan las familias monoparentales son: el reciente número de divorcios; el abandono del hogar por parte de uno de los miembros de la pareja; la viudez; el aumento de nacimientos al margen de las uniones legalmente constituidas, bien porque la pareja no desea casarse ni hacer vida en común o por su imposibilidad para contraer matrimonio. Así mismo este fenómeno se relaciona con la migración de alguno de los miembros de la pareja a otro lugar por motivos de trabajo, estudio o reclusión en centros de salud o de rehabilitación social, sin que exista de por medio un rompimiento entre ellos.

La familia monoparental se entiende aquella familia nuclear que está compuesta por un solo progenitor (varón o mujer) y uno o varios hijos.

Poli genética o reconstruida.

Una de las tantas formas de concebir a un ser es la prueba de fecundación in vitro (FIV). En 1978 la británica Louise Brown se convirtió en el primer “bebe-probeta” del mundo. Desde entonces, miles de personas han sido concebidas de esta manera. A principios del siglo que viene, aproximadamente el 2 o el 3 por ciento de los niños serán concebidos en los países industrializados gracias a las nuevas técnicas de reproducción. Desde el punto de vista técnico, los bebés-probeta son la consecuencia de la fecundación in vitro, un procedimiento por el que el esperma masculino y el óvulo femenino se une en un tubo de ensayo en vez de en el cuerpo de la mujer. En este complicado procedimiento, los médicos estimulan los ovarios de la mujer para

FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA

FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA

Logra promover el desarrollo integral de sus miembros así como un estado de salud favorable

Adaptación

Es una fase durante la cual la familia hace todo lo posible por recuperar el equilibrio donde se utilizan nuevos recursos.

Afecto

El afecto es una relación de amor, cariño, respeto y atención que existe entre los miembros de la familia.

Recursos

Ayuda o el apoyo que la familia aporta ante las necesidades de cualquiera de sus miembros.

Ganancia o crecimiento

Se refiere a la madurez emocional y física y la autorrealización con apoyo y consejo entre los miembros de la familia.

Participación

Toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.

LA SALUD SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

Definimos a la adolescencia como la época de la vida en la que tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales, la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales y el fortalecimiento de la autoestima, autonomía, valores e identidad (Pasqualini, 2010). Así mismo, el concepto suele confundirse con “adolecer”, que significa tener alguna carencia, dolencia o enfermedad, o con otras ideas negativas vinculadas a dificultades o sufrimiento. La OMS la define como el “período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años”.

Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas, “la adolescencia es una etapa del desarrollo humano única y decisiva, caracterizada por un desarrollo cerebral y un crecimiento físico rápidos, un aumento de la capacidad cognitiva, el inicio de la pubertad y de la conciencia sexual, y la aparición de nuevas habilidades, capacidades y aptitudes. Los adolescentes experimentan un aumento de las expectativas en torno a su papel en la sociedad y entablan relaciones más significativas con sus pares a medida que pasan de una situación de dependencia a otra de mayor autonomía”.

Históricamente los niños, niñas y adolescentes han sido objeto sobre los que el adulto ejercía su tutela, encontrándose en una posición subalterna respecto del adulto.

La categoría de adultocentrismo pone de manifiesto que, en nuestra sociedad, las relaciones entre los diferentes grupos de edad se encuentran atravesadas por inequidades en la distribución del poder. “Los adultos gozan de privilegios por el sólo hecho de ser adultos, porque la sociedad y su cultura así lo han definido”

La consulta por métodos anticonceptivos es muy frecuente por parte de las y los adolescentes, por lo que es importante que todas las personas que cumplan alguna función en el Plan estén preparadas para responder inquietudes, asesorar, orientar y poder dar alguna respuesta en esta temática.

ALGUNOS ASPECTOS CONTROVERSIALES DE LA SEXUALIDAD

A pesar de los afanes por evidenciar la asimetría y la desigualdad entre los géneros, el mito sobre la igualdad entre mujeres y hombres es tan común en las mentalidades, que, al reconocerse asimetrías e injusticias entre ambos, se cree que se deben a dificultades de las personas, a sus equívocos, su falta de iniciativa y flojera, o a incapacidades y funciones biológicas. Creencias como éstas, forman parte de visiones ideologizadas cuyos dogmas surgen del mito patriarcal que afirma la básica igualdad natural de los hombres y las mujeres echada a perder por inadecuaciones sociales.

El mito encuentra su sustento en la ley natural: se afirma que, de manera natural, biológicamente, las mujeres y los hombres son iguales y valen lo mismo. Que ambos géneros comparten un soplo, un aliento de humanidad y un conjunto de derechos humanos inalienables, cuya previa existencia se asienta más allá de la historia. Que los derechos humanos abarcan a ambos géneros y tienen el mismo contenido.

Pero el mito no termina ahí. Se complementa con un dogma antagónico: el de la natural desigualdad entre los géneros, que permite a sus creyentes explicar tanto las diferencias y desigualdades, como las opciones de vida distintas que enfrentan las mujeres y los hombres. Así, la ley natural es usada no sólo para explicar las diferencias y las especificidades sexuales, sino también, las diferencias y las especificidades genéricas que, por cierto, se ubican en el terreno de la historia. La referencia a la naturaleza encuentra en supuestos instintos la causa de las conductas femeninas y masculinas. Se cree que, por instinto, las mujeres se dedican a la procreación, a la maternidad y a la vida doméstica en reclusión a lo privado y lo público, y que por instinto los hombres se dedican a la producción, al trabajo, al pensamiento y a la política en el mundo público.

Las ideologías hacen derivar de los instintos la debilidad y el sometimiento de las mujeres, y la disposición al mando y la dominación de los hombres (Heller, 1980). Las creencias así conformadas hacen que las personas no distingan los estereotipos culturales de género de las mujeres y los hombres reales, y aunque no correspondan del todo con ellos, son interpelados como verdaderos fantasmas de género a que sean como deben ser. La mayor parte de las personas en alguna medida, en el mito.

Las condiciones de género femenina y masculina

Por eso, a pesar de las evidencias recogidas al vivir, que muestran el sinfín de formas en que mujeres y hombres somos adiestrados, educados y disciplinados de manera permanente para ser como se debe, a pesar de las dificultades de cada quién para lograrlo, y de las muestras de represión para quienes no se adecuan a los estereotipos de género, hay personas que no se convencen todavía de que no hemos nacido así, sino que a través de procesos complejos de aculturación y endoculturación aprendemos, desarrollamos, ejercitamos y mejoramos o empeoramos las enseñanzas de género que hemos recibido de múltiples mentores.

La organización social de género

Algunas formas de organización de la vida social reproducen la enajenación, la opresión de género, como dimensiones aceptadas de organización genérica del mundo. Sucede de esta manera con la división del trabajo, tan especializada para cada género, que creemos que no es de hombres hacer ciertas cosas o que hay oficios o trabajos que no son femeninos y, por ende, no son adecuados para las mujeres.

La distribución de los bienes en el mundo sigue pautas de género. La mayor parte de los bienes y los recursos están monopolizados por el género masculino: la tierra, la producción, las riquezas, el dinero, las instituciones y hasta la cultura, son accesibles para los hombres porque ellos las generan o porque las expropian a las mujeres cuando ellas son sus productoras o creadoras

El control de los recursos y su uso está en manos de los hombres. La llamada política, es decir, el conjunto de actividades, relaciones, acciones y espacios a través de los cuales se decide sobre el sentido de la vida personal y colectiva, está en manos de los hombres. La reproducción privada doméstica es asignada a las mujeres como actividad prioritaria e ineludible en la vida y las mujeres son recluidas en el ámbito privado a recrear la vida cotidiana, subordinadas y bajo control masculino e institucional. Y, a pesar de la presencia masiva de las mujeres en el mundo público y en el trabajo visible, el trabajo doméstico invisible y desvalorizado sigue siendo una obligación de las mujeres. La doble, la triple y la múltiple jornada son parte de la situación vital de la mayoría de las mujeres en el mundo. Estos hechos convergen en un entramado de dominación que, en sí mismo, constituye una violencia a los idealmente supuestos derechos humanos de las mujeres.

Las mujeres de todos los países y regiones, de todas las clases sociales y las castas, así como de todas las etnias y de diferentes edades, las mujeres de todas las religiones, hablantes de todas las lenguas, son pobres económicamente. Y, en el fin del segundo milenio, la mayor contradicción en este sentido consiste en que el género femenino es el que más trabaja, recibe menor retribución personal, posee menor capacidad de apropiación de la riqueza social, y tiene menores oportunidades de desarrollo. La pobreza de género se conjuga con la generalizada exclusión de las mujeres de los espacios políticos, así como con su escaso poderío personal y de género.

El sexismo: machismo, misoginia y homofobia

La conformación de la humanidad por mujeres y hombres se ve obstaculizada por el sexismo que atraviesa el mundo contemporáneo y se expresa en políticas, formas de relación y comportamiento, en actitudes y acciones entre las personas, así como de las instituciones hacia las personas. Nuestra cultura es sexista en contenidos y grados en ocasiones sutiles e imperceptibles, pero graves, y en otras es sexista de manera explícita, contundente e innegable.

Las formas más relevantes de sexismo son el machismo, la misoginia y la homofobia. Y una característica común a todas ellas es que son la expresión de formas acendradas de dominio masculino patriarcal.

El sexismo patriarcal se basa en el androcentrismo. La mentalidad androcéntrica permite considerar valorativamente y apoyar socialmente que los hombres y lo masculino son superiores, mejores, más adecuados, más capaces y más útiles que las mujeres. Por ello es legítimo que tengan el monopolio del poder de dominio y de violencia. Así, el androcentrismo se expresa en el machismo como magnificación de ciertas características de los hombres, de su condición masculina, de la masculinidad y, en particular, de la virilidad: abigarrada mezcla de agresión, fuerza dañina y depredadora, y dominación sexual.

El androcentrismo se entreteteje y completa con la misoginia. Tras la sobrevaloración de los hombres y lo masculino se interioriza y subvalora a las mujeres y a lo femenino. La dominación patriarcal pone en condiciones sociales de subordinación a las mujeres, y las hace invisibles, simbólicas e imaginariamente: no obstante, la presencia de las mujeres, no son vistas, o no son identificadas ni reconocidas algunas de sus características. La invisibilización de las mujeres es producto de un fenómeno cultural masivo: la negación y la anulación de aquello que la cultura patriarcal no incluye como atributo de las mujeres o de lo femenino, a pesar de que ellas lo posean y que los hechos negados ocurran.

BIBLIOGRAFIA

- CONAPO: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
- BULLOUGH, V. (1994) SCIENCE IN THE BEDROOM, A HISTORY OF SEX RESEARCH, USA: BASIC BOOKS, A DIVISION OF HARPER COLLINS PUBLISHERS, INC: 15
- MONEY, J. (1999). PRINCIPLES OF DEVELOPMENTAL SEXOLOGY, USA: THE CONTINUUM PUBLISHING COMPANY: 24.
- MINES, R. (1999). THE TECHNOLOGY OF ORGASM: HYSTERIA, THE VIBRATOR AND WOMEN'S SEXUAL SATISFACTION, USA: THE JOHNS HOPKINS UNIVERSITY PRESS: 7.
- FAUSTO-STERLING, A. (2000). SEXING THE BODY. GENDER POLITICS AND THE CONSTRUCTION OF SEXUALITY: USA: BASIC BOOKS: 177.
- JARDIN A, ET AL. (2000). ERECTILE DYSFUNCTION. 1ST INTERNATIONAL CONSULTATION ON ERECTILE DYSFUNCTION. PLYMOUTH, USA: HEALTH PUBLICATIONS LTD.
- LUE, T. (2004). SEXUAL MEDICINE. SEXUAL DYSFUNCTIONS IN MEN AND WOMEN, 2ND INTERNATIONAL CONSULTATION ON SEXUAL DYSFUNCTIONS. PARIS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD –OMS. (2000). PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL. RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN.
- WAGNER, G., PIERRE BONDIL, P., KHALID DABEES, K. (2005). ETHICAL ASPECTS OF SEXUAL MEDICINE, J SEX MEDICINE, (2): 163-168.
- DISCACCIATI, V. Y MÜLLI, V. (2016). MANUAL PARA EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: CONSEJOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA. BARCELONA, SPAIN: NED EDICIONES. RECUPERADO DE [HTTPS://ELIBRO.NET/ES/EREADER/SCALA/59927?PAGE=48](https://elibro.net/es/ereader/scala/59927?page=48).
- INFOBAE. LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL MÁS COMUNES EN MÉXICO. INFOBAE. [HTTPS://WWW.INFOBAE.COM/AMERICA/MEXICO/2019/04/06/LAS-ENFERMEDADES-DE-TRANSMISION-SEXUAL-MAS-COMUNES-EN-MEXICO/](https://www.infobae.com/americamexico/2019/04/06/las-enfermedades-de-transmision-sexual-mas-comunes-en-mexico/)

- ZALDÍVAR, D. (2013). SEXUALIDAD HUMANA. SANTIAGO DE LOS CABALLEROS, UNIVERSIDAD ABIERTA PARA ADULTOS (UAPA). RECUPERADO DE [HTTPS://ELIBRO.NET/ES/EREADER/SCALA/178520?PAGE=142](https://elibro.net/es/ereader/scala/178520?page=142).
- PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. INFORME SOBRE DESARROLLO HUMANO. FONDO DE CULTURA ECONÓMICA, MÉXICO, 1994.
- AMNISTÍA INTERNACIONAL: INFORME 95. AMNISTÍA INTERNACIONAL, MADRID, 1995.
- AMORÓS, CELIA: VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y PACTOS PATRIARCALES. EN MAQUIEIRA, VIRGINIA Y CRISTINA SÁNCHEZ VIOLENCIA Y SOCIEDAD PATRIARCAL. PABLO IGLESIAS MADRID, 1990.
- HISTORIA DE LA TEORÍA FEMINISTA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE-CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA, MADRID, 1994.
- BURIN, MABEL: ESTUDIOS SOBRE SUBJETIVIDAD FEMENINA. GRUPO EDITOR LATINOAMERICANO, BUENOS AIRES, 1987.
- EL MALESTAR DE LAS MUJERES. LA TRANQUILIDAD RECETADA. PLANETA, MÉXICO, 1993.
- CAZÉS, DANIEL: LA DIMENSIÓN SOCIAL DEL GÉNERO: POSIBILIDADES DE VIDA PARA HOMBRES Y MUJERES EN EL PATRIARCADO. ANTOLOGÍA DE LA SEXUALIDAD HUMANA, TOMO I: 335-388. CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, MÉXICO, 1994.
- PERRO, NORMA: EL INSTINTO MATERNAL O LA NECESIDAD DE UN MITO. SIGLO XXI DE ESPAÑA EDITORES. MADRID, 1991
- FRIEDAN, BETTY: LA MÍSTICA DE LA FEMINIDAD. BIBLIOTECA JUCAR, MADRID. 1974. HELLER, AGNES: INSTINTO, AGRESIVIDAD Y CARÁCTER. PENÍNSULA, BARCELONA, 1980. SOCIOLOGÍA DE LA VIDA COTIDIANA.
- HELLER, A. Y FERENC FEHÉR: POLÍTICAS DE LA POSTMODEMIDAD. PENÍNSULA, BARCELONA, 1989.
- LAGARDE, MARCELA; ENEMISTAD Y SORORIDAD: HACIA UNA NUEVA CULTURA FEMINISTA. MEMORIA, 28:24-46, CENTRO DE ESTUDIOS DEL MOVIMIENTO OBRERO Y SOCIALISTA, MÉXICO, 1989. GÉNERO Y CAMBIO CIVILIZATORIO. ISIS INTERNACIONAL, SANTIAGO DE CHILE, 1992.

- LOS CAUTIVERIOS DE LAS MUJERES: MADRESPOSAS, MONJAS, PUTAS, PRESAS Y LOCAS. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, 1994, 2ª ED
- VON SNEIDERN, E., QUIJANO, L., & PAREDES, M. (2020). ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES. REV.MEDICA.SANITAS, (19 (4), 198,207. RECUPERADO DE [HTTPS://WWW.UNISANITAS.EDU.CO/REVISTA/61/REVTEMA_ESTRATEGIAS_EDUCATIVAS.PDF](https://www.unisanitas.edu.co/revista/61/revtema_estrategias_educativas.pdf)
- BELLIDO, P. (1995). SALUD PÚBLICA. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, (VOL. 41 N°1). RECUPERADO DE [HTTPS://SISBIB.UNMSM.EDU.PE/BVREVISTAS/GINECOLOGIA/VOL_41NI/PATERNIDAD.HTM](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_41ni/paternidad.htm)
- FERNÁNDEZ, Y. (2018). PATERNIDAD RESPONSABLE: UN ELEMENTO CLAVE PARA EL DESARROLLO HUMANO. RECUPERADO 8 DE FEBRERO DE 2021, DE REPÚBLICA DOMINICANA WEBSITE: [HTTPS://WWW.DO.UNDP.ORG/CONTENT/DOMINICAN_REPUBLIC/ES/HOME/BLOG/2018/PATERNIDAD-RESPONSABLE--UN-ELEMENTO-CLAVE-PARA-EL-DESARROLLO-HUM.HTML](https://www.do.undp.org/content/dominican_republic/es/home/blog/2018/paternidad-responsable--un-elemento-clave-para-el-desarrollo-hum.html)
- DOMINGO, A. (2013). LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. PEDIATRÍA INTEGRAL. RECUPERADO DE [HTTPS://WWW.PEDIATRIAINTEGRAL.ES/WP-CONTENT/UPLOADS/2013/XVII03/03/185-196%20INFECCIONES.PDF](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/XVII03/03/185-196%20infecciones.pdf)
- ARDILLA, R. (1981). PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA. MÉXICO: TRILLAS.
- KATCHADOURIAN, H. (1983). LA SEXUALIDAD HUMANA: UN ESTUDIO COMPARATIVO DE SU EVOLUCIÓN. MÉXICO: FONDO DE CULTURA ECONÓMICA.
- WHITTAKER, JAMES O. Y WHITTAKER SANDRA J. (1985). PSICOLOGÍA. MÉXICO: INTERAMERICANA.