



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina Humana



SEMESTRE:

3° A

MATERIA:

SEXUALIDAD HUMANA

TRABAJO:

ENSAYO

DOCENTE:

DR. MAZA PASTRANA HUGO BALLARDO.

ALUMNO (A):

IRIANA YAYLÍN CAMPOSECO PINTO.

COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS, 07 DE JULIO DEL 2020.

INTRODUCCIÓN.

La mayoría de las mujeres experimenta una disminución o ausencia del deseo sexual, y una marcada disminución en la actividad coital muchas veces por miedo a desencadenar el parto. La excitación comienza a disminuir progresivamente a medida que progresa el embarazo, debido a la disminución de las sensaciones placenteras que son provocadas por las congestiones de la vagina, vulva y clítoris a raíz del aumento de tamaño del feto y la posición de encaje para el parto.

La frecuencia y la intensidad del orgasmo también disminuyen a medida que transcurre el embarazo. Si bien aumentan la necesidad de mimos, caricias y cuidados al sentirse más inseguras y frágiles, Sexualidad durante el puerperio

Durante el puerperio se produce un estado hormonal comparable a un hipogonadismo, donde hay una disminución de las hormonas sexuales y una liberación de prolactina causante de la producción de leche materna. Este estado hormonal influye de manera negativa en el deseo sexual y en el estado emocional de la mujer (la depresión postparto).

Son muchas las dudas en torno a la sexualidad que nos asaltan en nuestro día a día, lo seguimos considerando un tema tabú, pero buscamos cualquier excusa, momento o situación para hablar del tema. En muchas ocasiones nos aparecen dudas de la sexualidad entre hombres y mujeres, si somos iguales, si somos diferentes, en qué nos parecemos y en qué nos diferenciamos.

La respuesta sexual se va recuperando progresivamente, a los tres meses del parto la capacidad orgásmica es igual o ligeramente superior a la que existía y la mayoría de mujeres ya han reanudado las relaciones coitales. Debido al clima hormonal, comentado anteriormente, la mujer con lactancia materna tiene peor respuesta sexual que la mujer que no lacta, también se evidencia lo mismo en mujeres sometidas a cesárea, mientras que en las nulíparas y las mujeres que han realizado preparación al parto y asistencia perinatal la respuesta sexual y la actividad sexual se recuperan antes. El miedo al dolor, la falta de información y el miedo a un nuevo embarazo son algunos de los factores que se encuentran en mujeres con recuperación tardía, cada vez es más frecuente encontrarnos con parejas que han tenido problemas de esterilidad y que presentan disfunciones sexuales. Disfunciones que se iniciaron por el estrés de tener actividad sexual programada con fines reproductivos y mayoritariamente sin deseo y que acaban manteniéndose y cronificándose después del nacimiento del hijo.

La orientación en salud reproductiva debe incluir un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales activos, mediante el cual se brinden a los solicitantes de métodos anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva.

Los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes, y son los siguientes: temporales y permanentes.

Freud es un 'desarrollista' convencido de que las reorganizaciones estructurales de la personalidad ocurren en momentos cruciales de la vida individual. Afirma que tales momentos (etapas) son características universales de todos los seres humanos; que cada etapa suele estar dominada por urgencias biológicas instintivas de tipo hedonista; y que las fundaciones de la personalidad adulta deben ser rastreadas, igual que la psicopatología, hasta la niñez temprana. La naturaleza del presente capítulo exige que nos dediquemos solamente al tratamiento de las etapas del desarrollo psicosexual, cruciales para comprender la posición freudiana con relación al desarrollo de la personalidad infantil.

Las etapas del desarrollo psicosexual son:

Etapas oral: en el primer año de la vida la boca es el lugar más importante de intercambio con el mundo. El acto de chupar, mamar o succionar es vital porque no sólo así se nutre el niño sino porque también obtiene placer del acto mismo. Durante los primeros meses el niño no reconoce la existencia separada de los

otros (libido sin objeto o narcicismo primario, según Freud (1959) y parece concentrarse en su propio cuerpo.

Etapa anal: entre uno y medio y tres años la zona anal se convierte en el centro de los intereses sexuales. La excitación esfinteriana producida por los movimientos de las heces en el tracto intestinal se percibe como un evento placentero. En la concepción freudiana original esta es una forma elegante de describir la expulsión por el esfínter, que es la verdadera fuente de estímulos placenteros. A mayor cantidad, dureza y tamaño de las heces, mayor intensidad en las sensaciones.

Etapa fálica: entre los 3 y los 6 años el niño centra su interés en el pene y ello lo enfrenta con una nueva serie de problemas, entre los cuales es muy importante el Complejo de Edipo y sus modalidades de resolución. Conforme a la teoría, es la gran excitabilidad y modificabilidad del órgano lo que enciende la curiosidad infantil. Comienza por exhibirlo y compararlo con otros para después pasar a la formación de fantasías sobre el papel sexual que puede jugar como varón adulto.

Etapa de latencia: una vez establecidas las defensas anteriores el niño entra en la etapa siguiente, cuya duración se establece aproximadamente entre los 6 y los 11 años. Esta suele ser una etapa de tranquilidad relativa durante la cual la libido, tan poderosa, directa y obvia en la etapa fálica, resulta 'sublimada' y recanalizada hacia actividades sustitutas ya no de tipo sexual.

Cambios sexo masculino: los cambios de la voz aparecen en la fase avanzada del crecimiento genital en varones. La próstata y las vesículas seminales empiezan a crecer a partir del comienzo del desarrollo testicular. Aumenta la pilosidad en otras regiones corporales:

- Cara anterior del tórax, a nivel pectoral, y posterior del tórax a nivel lumbar y sacro. En los varones la cantidad y pigmentación del vello son habitualmente más acentuadas que en las mujeres de su misma familia.
- En la cara se pigmenta el vello en la región nasolabial (bigote), tres años después de iniciada la fase acelerada y final de la pubertad; cerca de un año después lo hace a nivel de la rama ascendente del maxilar superior (patillas); finalmente aparece en la rama horizontal de la mandíbula (barba) y región anterior y superior del cuello alrededor de los 18 a 25 años.
- Aparece vello en los hombros y parte superior de la espalda y ocasionalmente en los brazos y los muslos.
- f. Aparece vello escaso y poco engrosado a nivel de la primera falange de los dedos de las manos y de los orfejos de los pies.

En el varón generalmente ocurre una maduración mamaria incompleta y transitoria que alcanza los estadios II o III descritos para las mujeres por Tanner; se la denomina ginecomastia puberal y se debe a que una proporción relativamente alta de andrógenos suprarrenales sufre aromatización en los tejidos periféricos, convirtiéndose a estrógenos. Una vez que la producción de andrógenos testiculares aumenta, la ginecomastia tiende a revertir de manera gradual hasta

desaparecer por completo, excepto en quienes mantienen un sobrepeso mayor al 30% durante la pubertad y en aquellos con antecedentes familiares de ginecomastia persistente o en ambos.

Sexo femenino: La maduración del sexo femenino se determina por el desarrollo de los senos, la aparición del vello púbico y axilar, así como de la menarquia. Las modificaciones de la glándula mamaria dependen de la producción de 17- β estradiol ovárico y de la aromatización periférica de los andrógenos adrenales; asimismo, de la sensibilidad de los receptores tisulares para éstos.

El factor determinante principal del desarrollo cronológico de la pubertad es genético, hay otros factores que influyen a través del sistema hipotálamo hipófisis: localización geográfica, exposición a la luz, salud general, nutrición, actividad corporal y factores psicológicos. Existe relación entre la edad de inicio y la duración de la pubertad, cuanto antes sea el principio, más larga será la duración. La edad de la menarquia ha ido disminuyendo en las niñas de los países desarrollados, lo cual refleja la mejora de la nutrición y de las condiciones de vida más saludables.

Desarrollo Psico sexual del adolescente:

Decatexia: Retiran la energía emocional de los padres, Se aíslan físicamente de la familia, Existe mucho egoísmo, Lo central de la adolescencia es establecer un sentido claro de identidad. En la Decatexia existe desidealización, por falta de catexia hacia la familia el amigo se vuelve más importante. El adolescente en esta etapa es opositor, conflictivo e idealiza la amistad, presenta inestabilidad emocional y conflictos internos.

Hipercatexia: se caracteriza por el narcisismo, todo gira en torno a él, define sus límites corporales, experimenta constantemente es el apice de la creación de su identidad sexual, necesita de la creación de ídolos, confía y sobrevalora lo que le pueda ofrecer el amigo, busca autonomía pero le teme o por lo menos no la desea completa, necesita de seguridad, el amigo puede contribuir a la madurez personal y social del y la adolescente.

Recatexia: Explora nuevas relaciones fuera de la familia, necesita de un grupo, socializa más fácilmente, existe la aparición del amigo íntimo del mismo género para lograr la identidad sexual, se da cuenta que para lograr el éxito social, tiene que adaptarse a las normas del grupo.

Cuando el amigo (a) es insuficiente, el o la adolescente busca unirse a pandillas o agrupaciones, Inicia la relación de pareja y logra intimar con otros individuos, el enamoramiento es profundo y se integra el yo (trabajo, amor, creación de una ideología), la persona toma conciencia como un ser social.