

ACOGER LA SEXUALIDAD COMO DON DE VIDA

Martín Tantaleán Del Águila
Especialista en Medicina Integral y Gestión en Salud
Vicepresidente de CEPROFARENA
Instructor Internacional del Método Billings

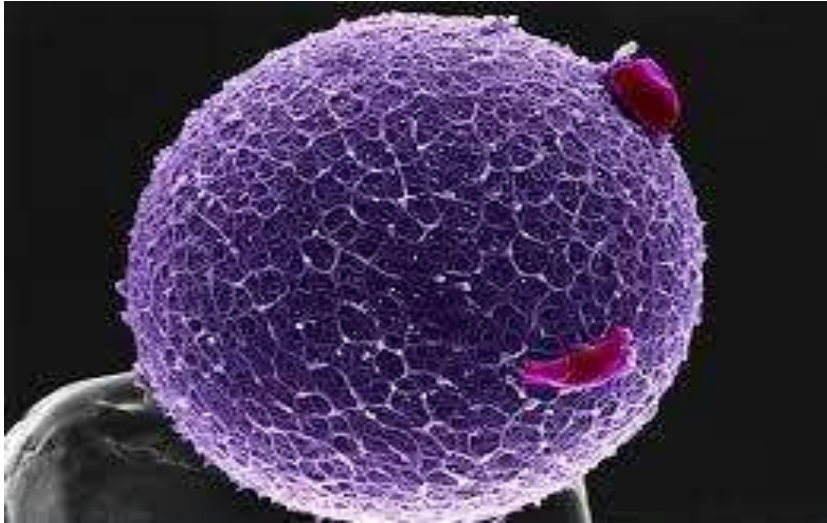
Esquema de la presentación



1. El maravilloso don de la vida
2. La mentalidad anticonceptivista y el paradigma del sexo sin hijos.
3. Bebes a la carta y el nuevo paradigma de tener hijos sin sexo.

EL MARAVILLOSO DON DE LA VIDA

ÓVULO

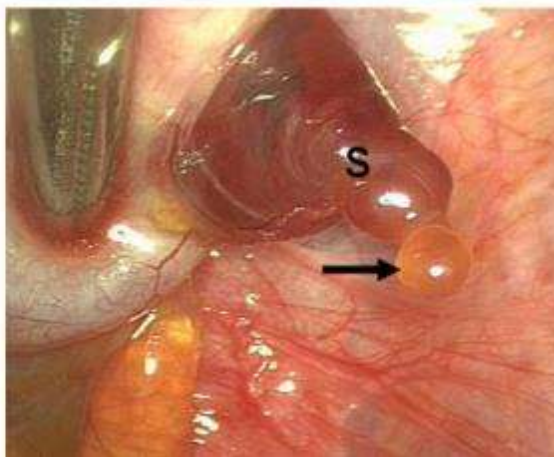
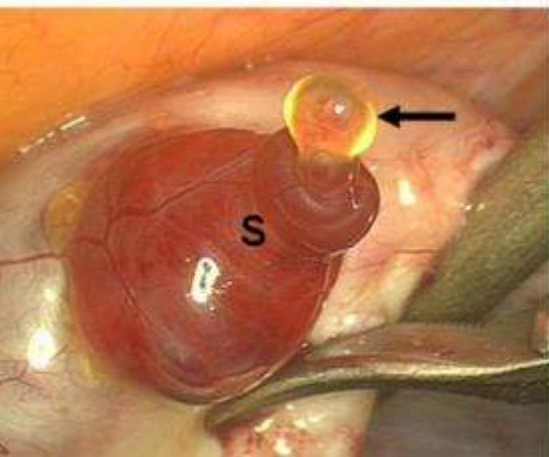
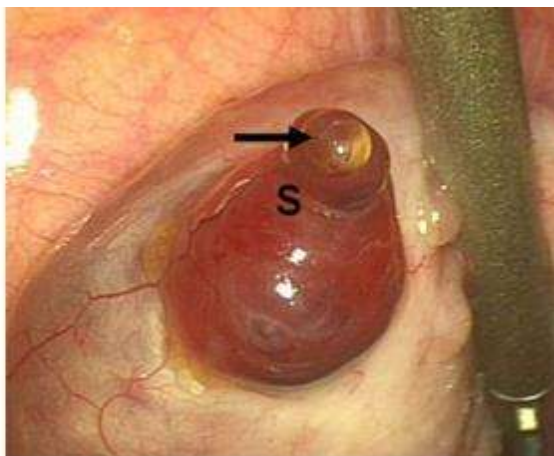
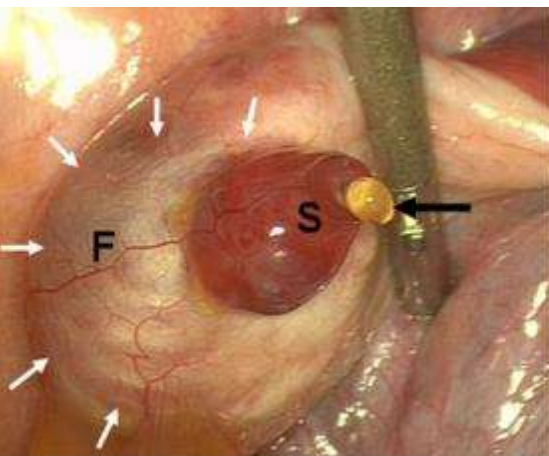


Mide 140 micras

Rodeado por la zona pelúcida

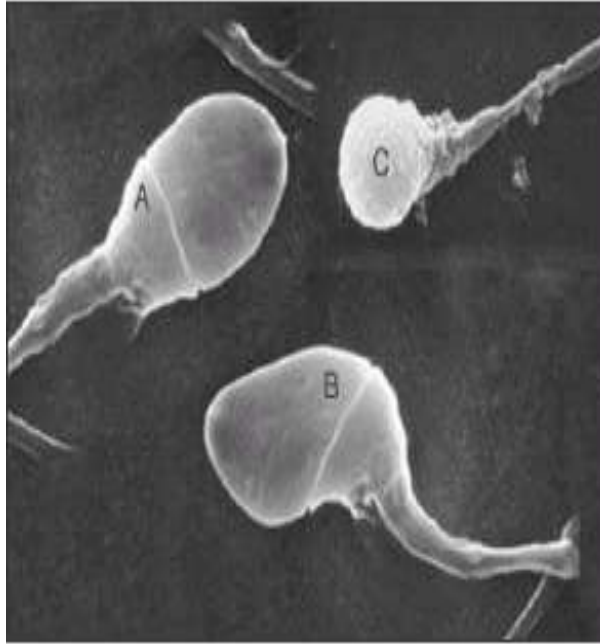
Proteínas: ZP glicoproteínas

Células del cúmulus oophoros



**OBSERVACIÓN
LAPAROSCÓPICA
DE UNA OVULACIÓN
HUMANA
ESPONTÁNEA.**

EL ESPERMATOZOIDE

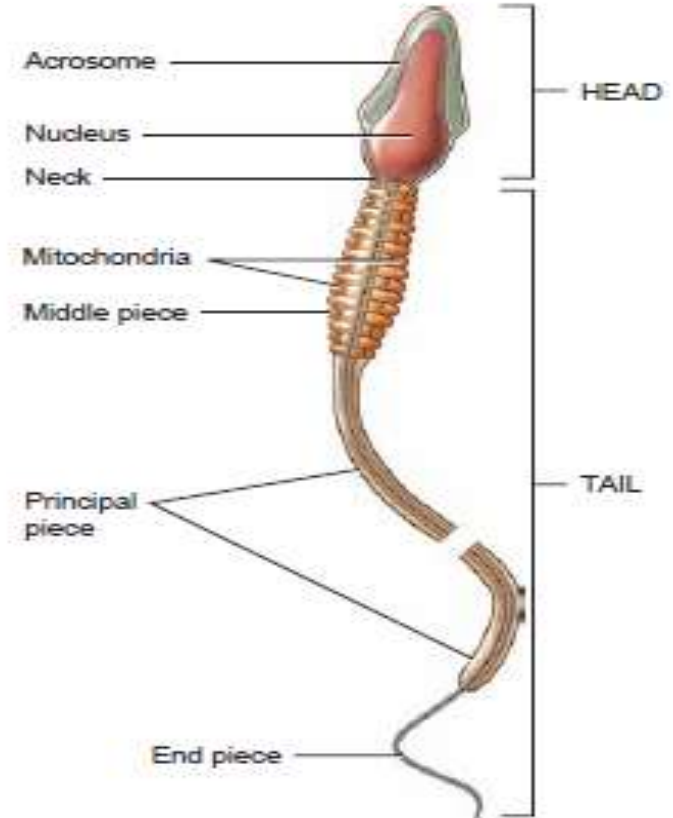


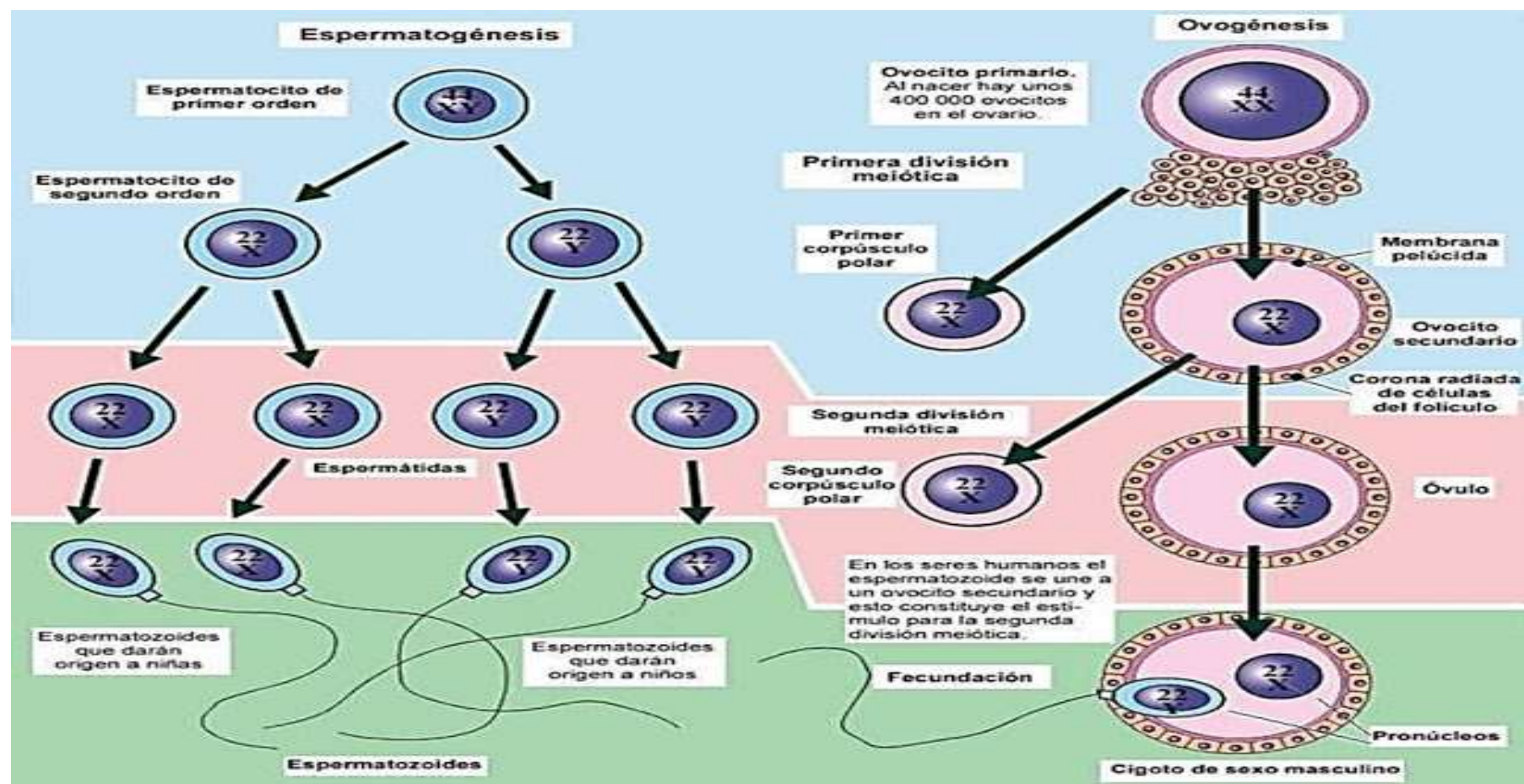
Sperm morphology is related to the fertilising capacity by in vitro fertilisation. (A=normal sperm head; B=abnormal head; C=globozoospermia—a rare syndrome in which all sperm heads lack acrosome caps and cannot fertilise)

6 a 8 micras



About 300 million sperm mature each day.

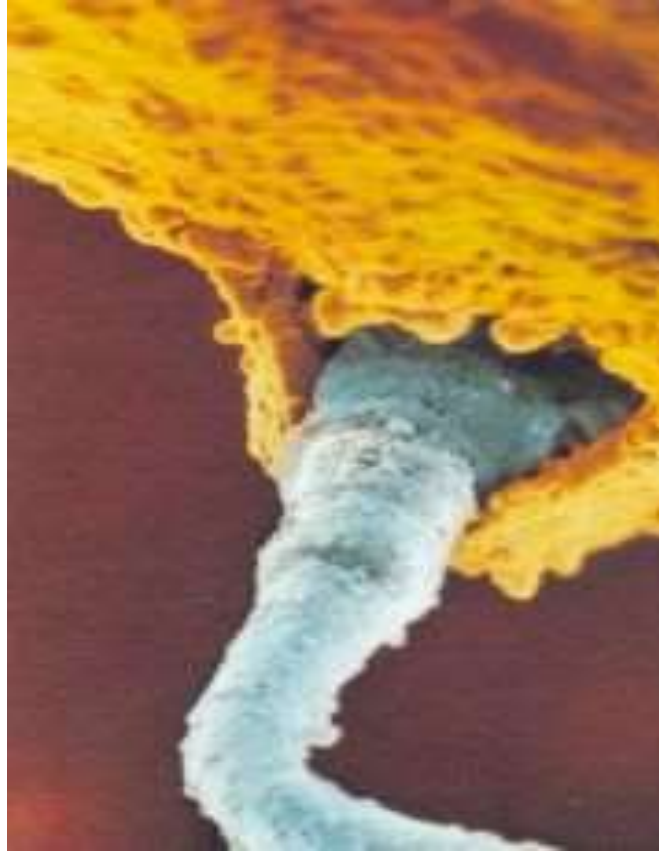




¡ INSTANTE DE LA FECUNDACIÓN !

"Desde el momento mismo de la fecundación, desde el instante en que a la célula femenina le llega toda la información que se contiene en el espermatozoide, existe un ser humano".

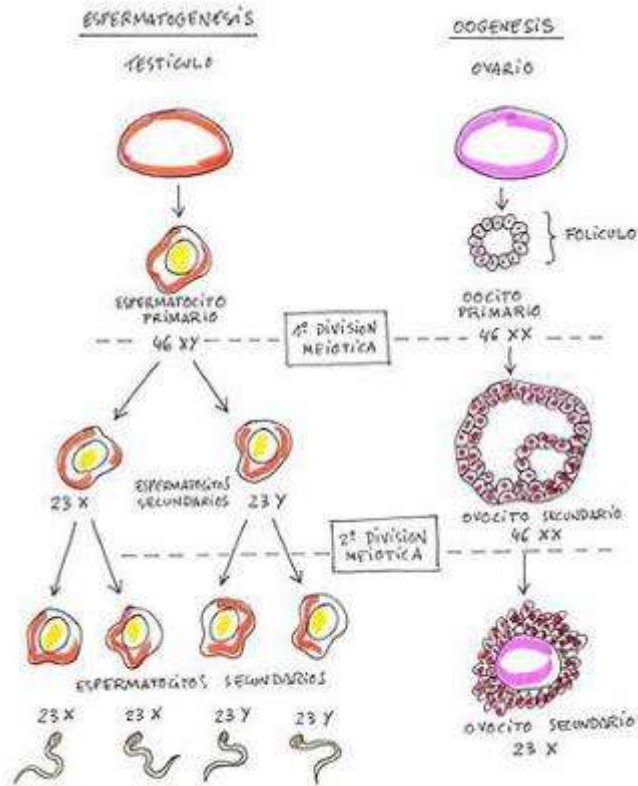
*Prof.. Jérôme Lejeune
Catedrático de Genética
de la Sorborna
París*



"La ciencia y el sentido común prueban que la vida humana comienza en el acto de la concepción y que en este mismo momento están presentes en potencia todas las propiedades biológicas y genéticas del ser humano".

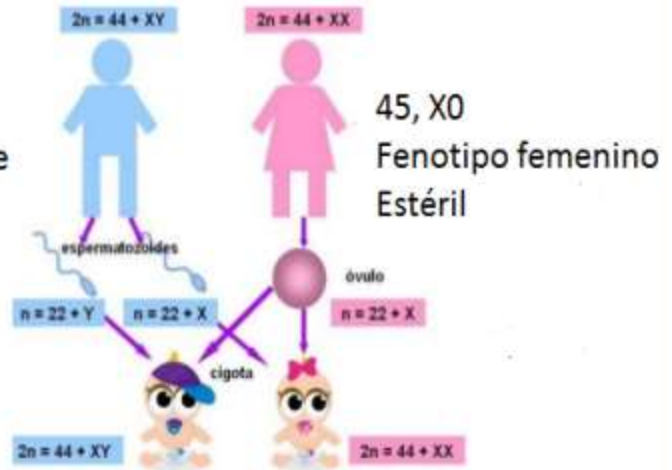
*Consejo de Europa
(Resolución nº 4.376,
Asamblea del 4-X-82)*

SEXO Y SEXUALIDAD



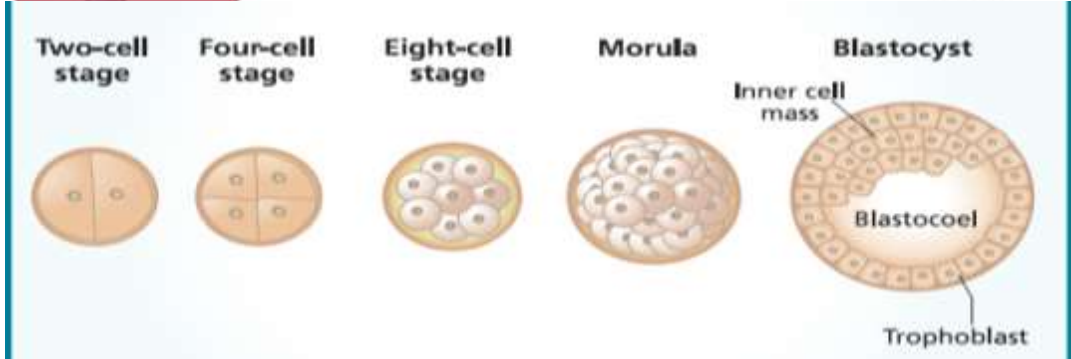
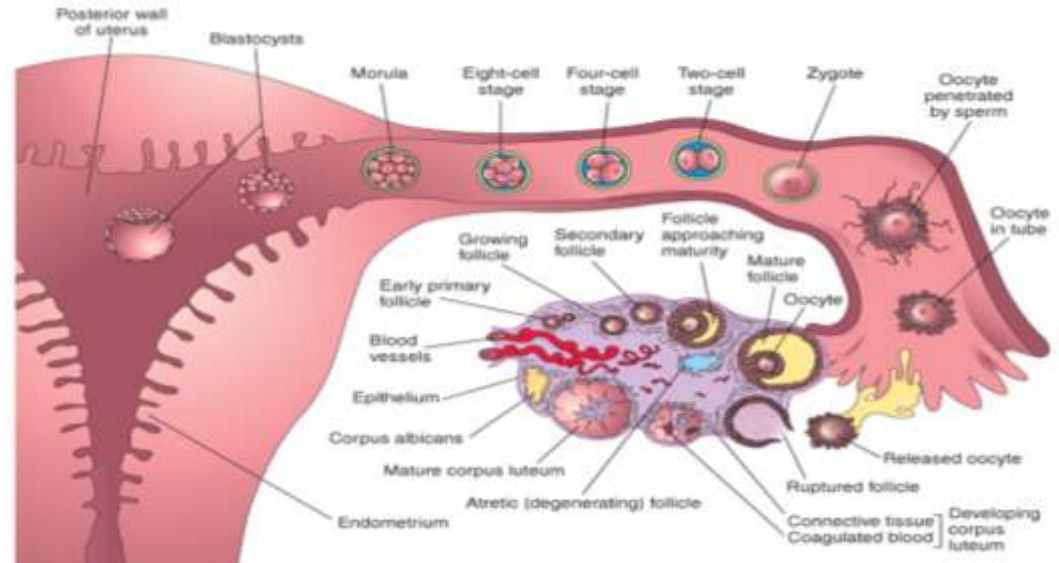
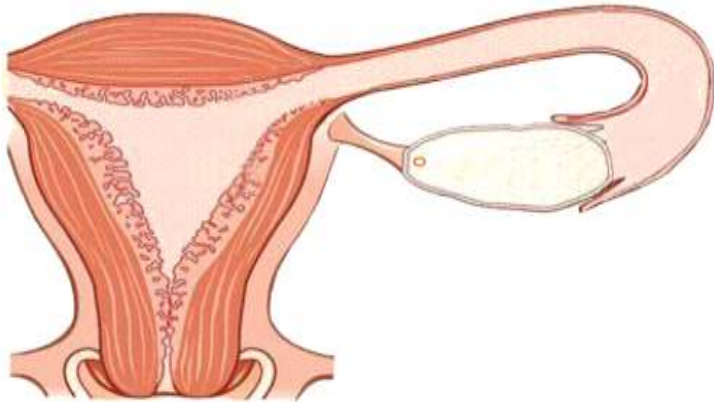
Determinación cromosómica del sexo

45, YO
incompatible
con la vida



En la especie humana, cada célula somática contiene 22 pares de autosomas mas un par XX si se trata de una mujer y 22 pares de autosomas y un par XY si se trata de un varón.

- Cigoto
- Mórula
- Blastocisto (5 día)
- Implantación
- Embrión
- Feto



PARA OMS EMBARAZO INICIA LUEGO DE IMPLANTACIÓN

% de abortos espontáneos y que no se habría establecido “individualidad”

Aborto Espontáneo vs Edad

Edad Materna	Aborto Espontáneo (%)
15 – 19	10
20 – 24	10
25 – 29	10
30 – 34	12
35 – 39	18
40 – 44	34
≥ 45	53

P.R. Gindoff and R. Jewelewicz. Reproductive potential in the older woman. Fertility and Sterility. 46:989;1986.

"HASTA LAS 12 SEMANAS
NO ES UN SER HUMANO."

¿POR QUÉ?

¿QUÉ PASA ENTONCES
QUE NO HAYA PASADO
A LAS 11 SEMANAS,
6 DÍAS, 23:59:59
HORAS?

¿4 ANTES QUÉ ES?

¿UN SER INHUMANO?

¿SUBHUMANO?

¿PARAHUMANO?

¿UN PÓLIPO?

¿UN MIOMA?



When do Human Beings Begin? “Scientific” Myths and Scientific Facts

¿Cuándo comenzamos los seres humanos?
Mitos “Científicos” y Hechos Científicos

Dianne N. Irving, M.A., Ph.D.

Int J Soc Policy 1999, 19:3/4: 22-36

B. Carlson, Profesor y Jefe del departamento de Anatomía y Biología Celular de la Universidad de Michigan, afirma:

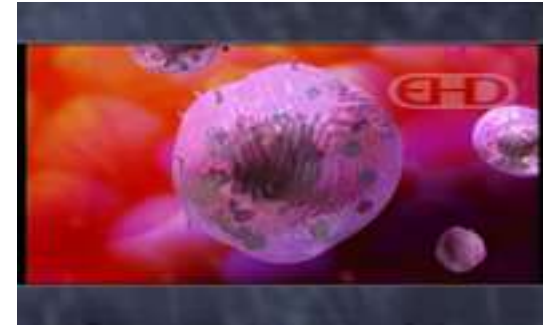
“El embarazo humano comienza con la fusión de un óvulo y un espermatozoide”

Human Embriology and Developmental Biology pag 2. Mosby Year Book Inc. 1998



FACTOR TEMPRANO DEL EMBARAZO (EARLY PREGNANCY FACTOR)

- Entre 12 a 16 horas después de la fecundación ya se secreta en el suero materno una proteína del embarazo (EPF) que se ha denominado “early pregnancy factor” (factor temprano del embarazo) .
- (Caperonina 10)



Quangang Chen,1 Xiaorong Zhu et al- Early Pregnancy Factor Enhances the Generation and Function of CD4+CD25+ Regulatory T Cells . Tohoku J. Exp. Med., 2016, **240**, 215-22E0PF

AUTOREGULACIÓN DEL EMBRIÓN

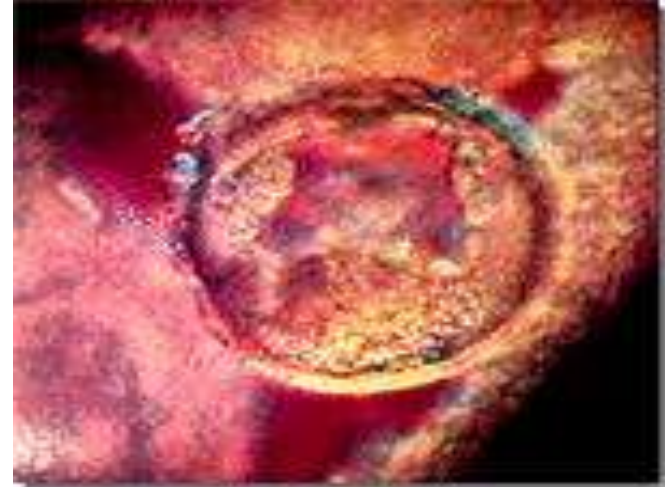
⌘ - Vol 6. No 2. 244–256 Reproductive BioMedicine Online; www.rbmonline.com/Article/732 on web 20 November 2002

Article

Embryo–maternal signalling: how the embryo starts talking to its mother to accomplish implantation

FACTORES EN LA IMPLANTACIÓN

- La interleuquina-1(IL-1),
- El factor de activación de las plaquetas (PAF)
- El factor de crecimiento de tipo insulínico (IGF)
- El factor de inhibición de la leucemia (LIF)
- El factor de necrosis tumoral (TNF)



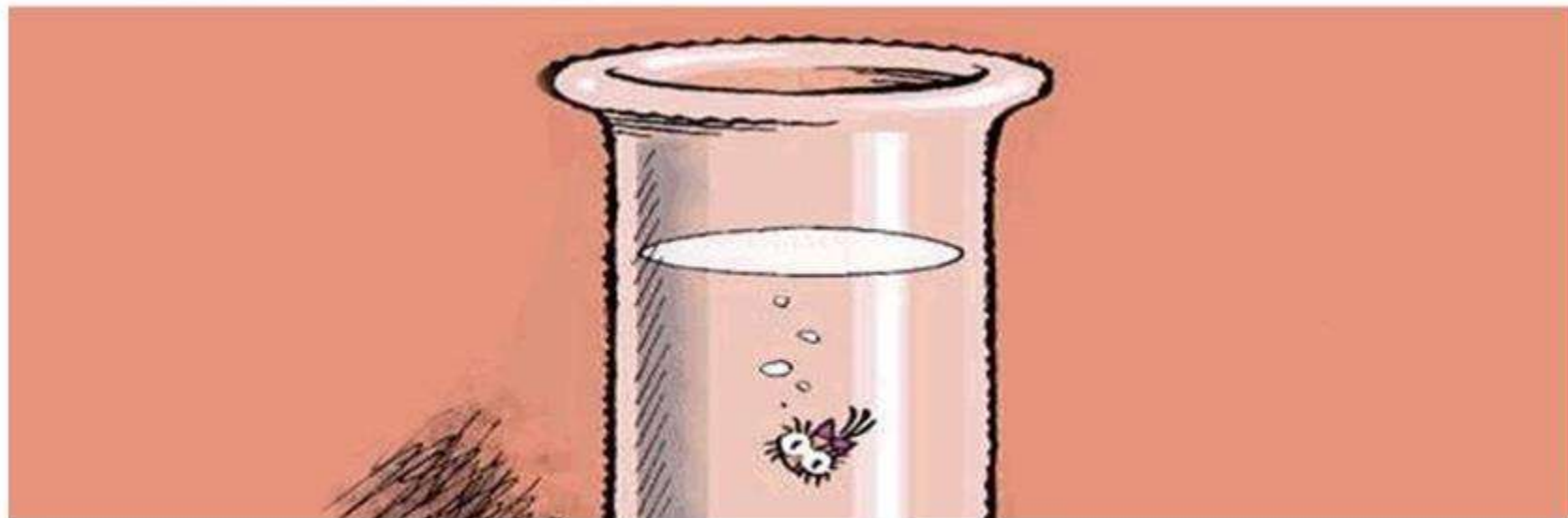
"ESO DICE LA CIENCIA."

¿SEGURO?

PORQUE "LA CIENCIA" TAMBIÉN
"DICE" QUE LOUISE JOY BROWN
FUE LA PRIMERA
"BEBÉ DE PROBETA".

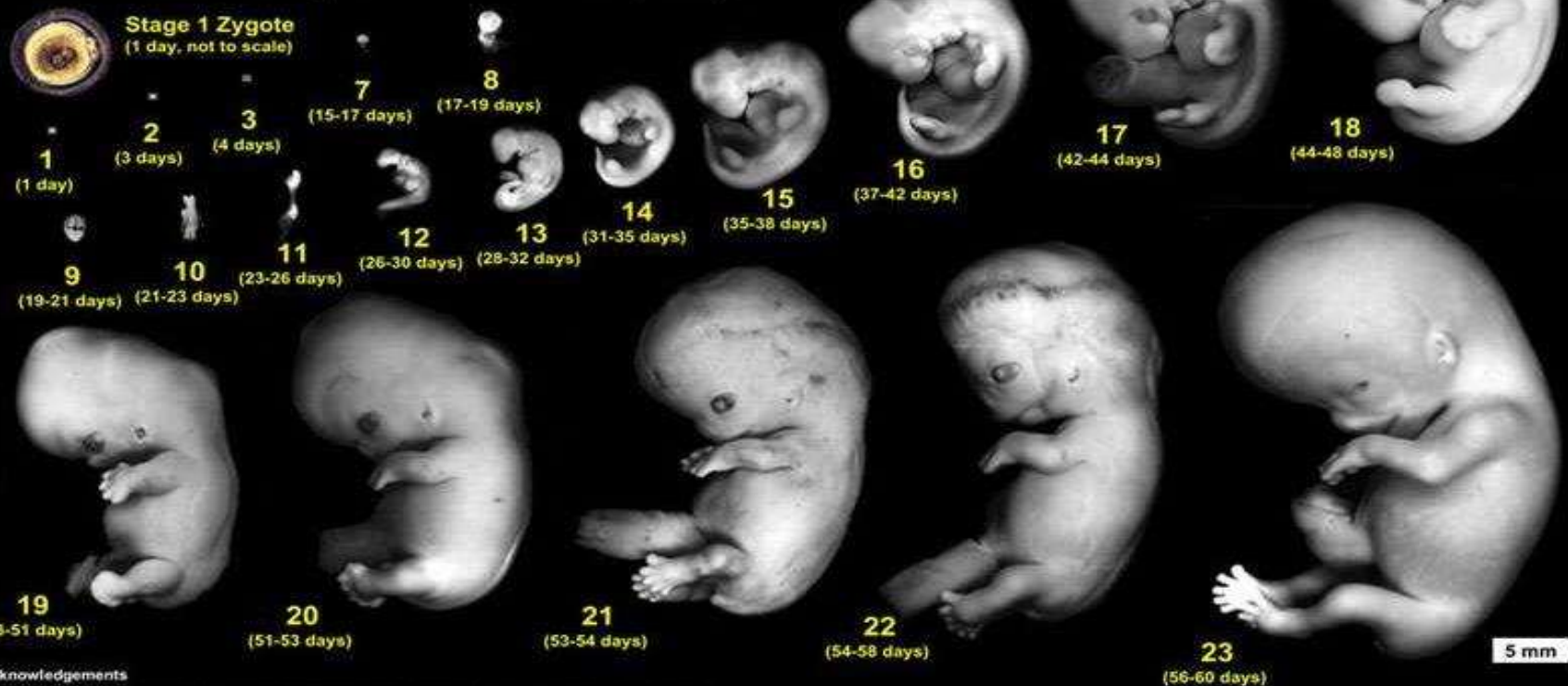
...Y SI EN LA PROBETA
SÓLO HUBO UN CIGOTO...

¿POR QUÉ "Dijo" QUE AQUELLO
FUE UN BEBÉ, Y AHORA "DICE"
QUE NI CIGOTOS NI FETOS
LO SON?



Carnegie Stages of Human Development

Dr Mark Hill, Cell Biology Lab, School of Medical Sciences (Anatomy), UNSW



Acknowledgements

Special thanks to Dr S. J. DiMarzo and Prof. Kohel Shiota for allowing reproduction of their research images and material from the Kyoto Collection and Ms B. Hill for image preparation.

© M.A. Hill, 2004

LA VIDA COMIENZA MES 1

El ser humano comienza a desarrollarse desde el momento mismo de su concepción. Al unirse el óvulo con el espermatozoide se inicia una nueva vida humana. Este pequeño bebé, que en el momento de la fertilización es tan solo una célula, ya tiene identidad propia, con todas las cualidades genéticas que habrá de tener toda su vida y que son distintas a la de su mamá. Su sexo está ya definido.

Comienza a desarrollarse el cerebro: algunos nervios craneales se hacen visibles.

Se desarrolla el corazón, que empieza a latir y a bombear sangre: el tipo de sangre del bebé es muchas veces diferente al tipo de sangre de la mamá.

Comienza el desarrollo del tracto gastro-intestinal.

Los brazos y las piernas, aunque muy pequeños, ya se hacen visibles.

Se forma el tejido que habrá de convertirse en las vértebras y algunos otros huesos.

Comienza el desarrollo de las estructuras de los ojos y del oído.

Ya existe una circulación rudimentaria a través de los vasos sanguíneos mayores.

Al final del primer mes mide ya medio centímetro.



gynedia Asociación Española de Ginecología y Obstetricia
Asociación Española de Ginecología y Obstetricia
 C/Alfonso de Ercilla, 14 - 28014 Madrid (España)
 Tel: 91 430 00 00 - Fax: 91 430 00 01
 www.asociaciongynedia.org

MES 2

El bebé tiene ya ondas cerebrales que pueden ser medidas con un electro-encefalograma.

Comienza la formación de los pedonesos.

Continúa el desarrollo del cerebro.

Los brazos y las piernas se han alargado y aparecen los dedos en las manos y los pies.

Las líneas de las manos ya están trazadas.

Se van formando los incisivos.

Las características faciales continúan desarrollándose: los párpados están más desarrollados y las características externas del oído comienzan a tomar su forma final.

El bebé nada libremente en el líquido amniótico.

Al final de este mes ya tiene todos sus órganos, los cuales deberán ahora crecer y madurar.

Longitud: 5 centímetros

Peso: 8 gramos



gynedia Asociación Española de Ginecología y Obstetricia
Asociación Española de Ginecología y Obstetricia
 C/Alfonso de Ercilla, 14 - 28014 Madrid (España)
 Tel: 91 430 00 00 - Fax: 91 430 00 01
 www.asociaciongynedia.org

MES 3

La cara está bien formada. Si se le acariciara el labio superior con un hilo, haría una mason.

Los párpados se cierran y no vuelven a abrirse hasta la semana 28.

Aparecen los brotes dentarios.

Las piernas y brazos son ya largos y delgados, y puede cerrar los puños.

Las huellas digitales están ya señaladas y no cambian hasta el final de su vida.

Si se les pudieran tomar las huellas, se les podría otorgar su carnet de identidad.

El hígado comienza a producir glóbulos rojos.

El oxígeno necesario lo obtiene por el cordón umbilical.

El bebé puede tragar gran cantidad de líquido amniótico a los meses les gusta mucho y lo hacen continuamente. Está demostrado que muchos bebés tienen hipo porque lo hacen muy de pronto; es entonces cuando la mamá siente sus movimientos.

Mediante una ecografía ya se puede determinar si es hombre y mujer.

Longitud: 12 centímetros

Peso: 100 gramos



Instituto de Previsión Social (IPS) - República de Colombia
Carrera 130 No. 24-25
Bogotá, Colombia. Tel: 01-261-2000
www.ips.gov.co

MES 4

El bebé se mueve activamente.

Puede usar las manos para agarrar, puede nadar y hasta dar volteretas.

Hace movimientos de succión con la boca.

En la cabeza del bebé se desarrolla un cabello delgado.

La piel es casi transparente.

Se ha desarrollado todo el tejido muscular y el óseo.

Los huesos se vuelven más duros.

El hígado y el páncreas comienzan a secretar sus sustancias.

Los médicos han grabado el movimiento típico de los ojos, señal de que duerme y sueña.

Longitud: 20 centímetros

Peso: 320 gramos



Instituto de Previsión Social (IPS) - República de Colombia
Carrera 130 No. 24-25
Bogotá, Colombia. Tel: 01-261-2000
www.ips.gov.co

MES 5

El bebé es activo y lleno de energía.
Su desarrollo muscular aumenta.
Flexiona los musculos, da puntitos y patos.
Ahora la mamá siente sus movimientos más claramente.
Los latidos cardiacos se pueden escuchar con el estetoscopio.
Aparecen las cejas y las pestañas.
Longitud: 25 centimetros
Peso: medio kilo



MES 6

Las estructuras de los ojos están bien desarrolladas.
Las cejas y pestañas están ya perfectamente formadas.
Aparecen las uñas en las manos.
Se comienzan a formar los pulmones.
El bebé ya tiene reflejos de sobresalto.
La mayoría de los bebés nacidos a esta edad sobreviven con ayuda de cuidados especiales.
Longitud: 32.5 centimetros
Peso: 1.1 kilo



MES 7

El cerebro se desarrolla con rapidez.

Los párpados se abren y se cierran.

El sistema nervioso está lo suficientemente desarrollado para controlar algunas funciones corporales.

El sistema respiratorio, aunque inmaduro, se ha desarrollado al punto de permitir el intercambio gaseoso.

Las uñas en las manos y los pies ya pueden verse.

Longitud: 37,5 centímetros.

Peso: 2.1 kilos



MES 8

Se presenta un aumento rápido en la cantidad de grasa corporal.

Aunque los pulmones no han alcanzado una madurez completa, se presentan movimientos respiratorios rítmicos.

Los huesos están completamente desarrollados, pero permanecen blandos y flexibles.

El bibe comienza a almacenar hierro, calcio y fósforo.

Las uñas de las manos llegan hasta la punta de los dedos.

Longitud: 45 centímetros

Peso: 2.9 kilos



La mentalidad anticonceptivista y el paradigma del sexo sin hijos

LA LEY NATURAL

Iguales en dignidad

Unitivo



Procreativo

Diferentes para complementarnos

El acto humano

Acto	Función	Satisfacción
Comer	Alimentar	Gusto
Sexual	Unitivo Procreativo	Placer sexual



HOJA INFORMATIVA

PROGRAMA Mujer, Salud y Desarrollo



Organización
Panamericana
de la Salud

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN LAS AMÉRICAS

¿Qué es la ACE?

La anticoncepción de emergencia (ACE) se conoce comúnmente como la "píldora partidarios y los proveedores han tratado de distanciarse de este término porque tras el día siguiente del contacto sexual sin protección. En realidad la ACE han demostrado tres días después (aunque son más eficaces en las primeras 24 horas) mientras hasta cinco días después. Además, el término "emergencia" expresa claramente que prevenir el embarazo no deseado y no debe sustituirse por los métodos anticoncepcionales: pastillas y dispositivo intrauterino que libera cobre (DIU). Si bien el DIU ha demostrado que su uso es más complicado, lo que a menudo actúa como elemento disuasivo. Am manera que la decisión acerca de qué método usar es una decisión que debe ser tomada en los servicios de salud.

Las pastillas de ACE vienen en dos formas diferentes. Pueden ser administradas como píldoras (ACO—cerca de 40 píldoras anticonceptivas). También pueden ser administradas como pastillas de ACE (ACE—usualmente 2 píldoras). Ambas formas actúan para cambiar el ambiente uterino a uno que no favorece la implantación de un óvulo fecundado. No se ha comprobado que ninguna de las dos formas sea más eficaz que la otra para prevenir el embarazo. La ventaja de usar las pastillas de ACO como anticonceptivo de emergencia es que hay mayor disponibilidad de las mismas que de las prescritas específicamente para la ACE. Los efectos secundarios más comunes de las pastillas de ACE (tanto ACO como ACE) son náusea, vómito, manchado de sangre y dolor de cabeza. La ventaja de utilizar las pastillas de ACE es que solamente se necesita tomar 2 píldoras y los efectos secundarios son considerablemente menos severos.

El DIU involucra insertar un dispositivo que libera cobre en el útero y hace cambiar el ambiente uterino a uno que no favorece la implantación de un óvulo fecundado. Aunque este método es algo más complicado que la ACE en forma de pastillas, una ventaja importante es que el DIU puede permanecer en el útero después de su inserción como un método regular de anticoncepción. Los efectos secundarios más comunes del uso del DIU son retorcijones y dolor de vientre durante las primeras 24 horas. A diferencia de las píldoras ACE, la inserción del DIU pueden terminar un embarazo.

El debate sobre la ACE

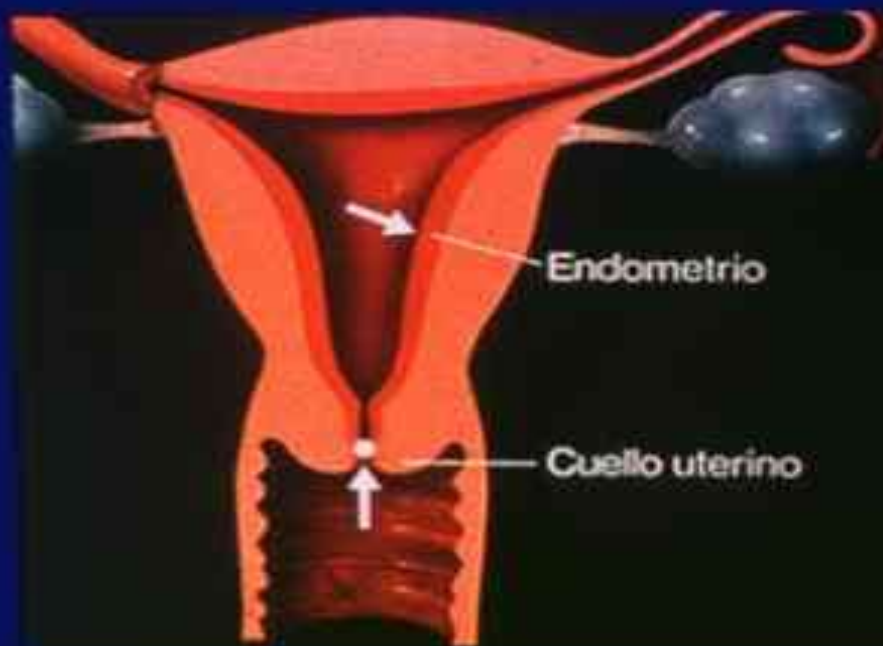
La ACE ha sido un tema polémico y a menudo divisivo en las Américas desde que este método anticonceptivo se hizo conocer públicamente. Si bien la ACE en forma de anticonceptivos orales está disponible en las Américas (en cualquier parte donde la anticoncepción es legal), el conocimiento de su existencia ni es común ni se fomenta (incluyendo gran parte de los Estados



Cerebro



Inhibición hipófiso-ovárica



Acción endometrial y cervical



Postfertilization Effects of Oral Contraceptives and Their Relationship to Informed Consent

Walter L. Larimore, MD; Joseph B. Stanford, MD, MSPH

The primary mechanism of oral contraceptives is to inhibit ovulation, but this mechanism is not always operative. When breakthrough ovulation occurs, then secondary mechanisms operate to prevent clinically recognized pregnancy. These secondary mechanisms may occur either before or after fertilization. Postfertilization effects would be problematic for some patients, who may desire information about this possibility. This article evaluates the available evidence for the postfertilization effects of oral contraceptives and concludes that good evidence exists to support the hypothesis that the effectiveness of oral contraceptives depends to some degree on postfertilization effects. However, there are insufficient data to quantify the relative contribution of postfertilization effects. Despite the lack of quantitative data, the principles of informed consent suggest that patients who may object to any postfertilization loss should be made aware of this information so that they can give fully informed consent for the use of oral contraceptives.

Arch Fam Med. 2000;9:126-133

Oral contraceptives (OCs) are among the most extensively studied and used medications in the world,¹ and are accessible without a prescription in some countries, although still virtually unavailable in others. In America, OCs have contributed to an increased acceptability of birth control,² although, for many patients, decisions about contraception still have moral, ethical, and religious implications.^{3,4} For patients who believe that human life begins at fertilization (conception), a method of birth control that has the potential of interrupting development after fertilization (a postfertilization effect) may not be acceptable.^{5,6} Postfertilization effects are operative for emergency (postcoital) contraception (when it is administered too late to prevent ovulation),^{7,8} luteolytic agents (ie, RU-486),⁹ and intrauterine devices,² and these methods therefore are unacceptable to some patients. Although postfertilization effects have been cited as a secondary mechanism of OCs,¹⁰⁻¹² the evidence for

such effects has not been systematically reviewed. The purpose of this article was to review and grade the available evidence for postfertilization effects of OCs and discuss the implications for informed consent, based on the premise that patients to whom postfertilization effects are important have the right to make decisions based on the best available evidence.^{13,14}

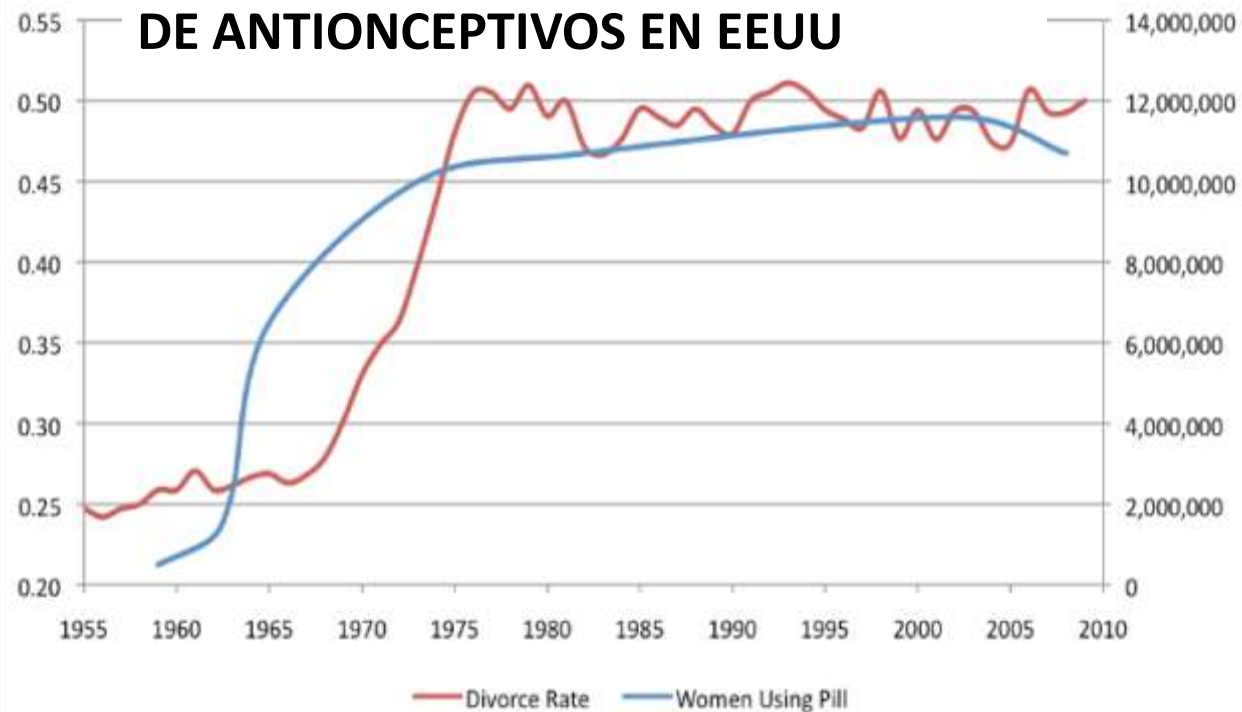
For Author's Comment see page 133

Our analysis of the evidence involved a review of the abstracts of all studies of OCs published since 1970 available on MEDLINE that discussed the commonly used OCs, including low-dose (<50 µg of estrogen) phasic combined oral contraceptives (COCs), low-dose monophasic COCs, and progestin-only OCs (progestin-only pills [POPs]). We also reviewed the patient handouts provided by OC manufacturers and the most recent editions of several medical textbooks and reference books.

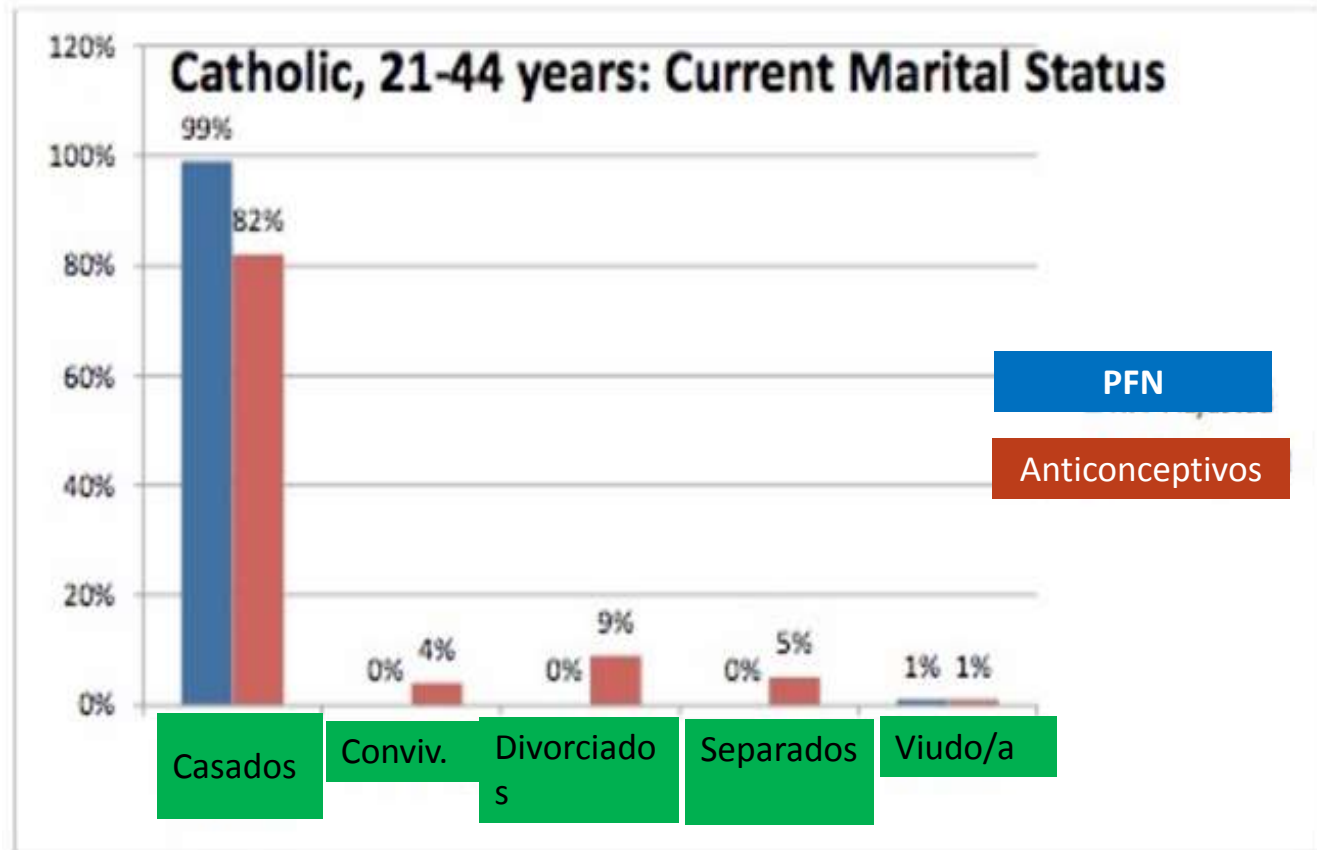
Since there is variability in the definitions and use of terminology in reproductive medicine, we used the American

From the Department of Family Medicine, University of South Florida, Kissimmee (Dr Larimore), and Department of Family and Preventive Medicine, University of Utah, Salt Lake City (Dr Stanford).

PROPORCIÓN DE DIVORCIOS Y USO DE ANTICONCEPTIVOS EN EEUU



<https://heartiste.wordpress.com/2013/05/29/the-pill-and-divorce-the-real-connection/>



http://www.lifeissues.net/writers/wils/wils_01naturalfamilyplanning2.html

National Survey for Family Growth

PERÚ: USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR TIPO DE MÉTODO EN TRES GRUPOS DE MUJERES ADOLESCENTES, 1996, 2000, 2009, 2012 Y 2013

(Porcentaje)

ENDES	Total usa	Modernos	Tradicionales y/o folclóricos	No usa	Número de adolescentes
Todas las mujeres de 15 a 19 años de edad					
1996	7,5	4,7	2,9	92,5	6 138
2000	8,8	5,6	3,2	91,2	5 645
2009	12,3	8,7	3,6	87,7	4 536
2012	14,0	10,2	3,9	86,0	4 423
2013	14,0	10,0	3,9	86,0	4 092

Fuente: INEI. Las adolescentes y su comportamiento reproductivo 2013

PERÚ: ADOLESCENTES QUE YA SON MADRES O EMBARAZADAS POR PRIMERA VEZ SEGÚN AÑO,
1996, 2000, 2009, 2012 Y 2013
(Porcentaje)

Años	Ya son madres	Embarazada de 1er. Hijo	Total alguna vez embarazada
1996	10,9	2,5	13,4
2000	10,7	2,3	13,0
2009	11,1	2,7	13,8
2012	10,8	2,4	13,2
2013	10,5	3,5	14,0

Fuente: INEI. Las adolescentes y su comportamiento reproductivo 2013

- **Bebes a la carta y el nuevo paradigma de tener hijos sin sexo**

INFERTILIDAD: Introducción

Una de cada seis parejas tiene retraso en lograr una concepción. Aproximadamente la mitad de éstas logrará concebir en forma espontánea o con una intervención o tratamiento menor. La mayoría de las parejas con un problema de fertilidad no tienen una infertilidad absoluta (esterilidad) pero un 4% no lograrán concebir ni siquiera con las tecnologías más avanzadas y tratamientos más sofisticados

Factores que sugieren necesidad de estudio temprano de infertilidad: en el Hombre

Mal descenso testicular u orquidopexia

Enfermedades de transmisión sexual

Quimioterapia o radioterapia

Varicocele

Cirugía urogenital previa



Factores que sugieren necesidad de estudio temprano de infertilidad: en la mujer

Edad mayor de 35 años

Cirugía pélvica o tubárica

Embarazo ectópico previo

**Amenorrea u oligomenorrea,
Ovario poliquístico**

**Enfermedad tubárica
previa, EIP o Enfermedad
de transmisión sexual**



INFERTILIDAD: Definición

Se denomina infertilidad o más apropiadamente subfertilidad, al fracaso de una pareja en lograr concebir luego de un año de actividad sexual regular sin uso de métodos anticonceptivos

Tipos

Infertilidad Primaria

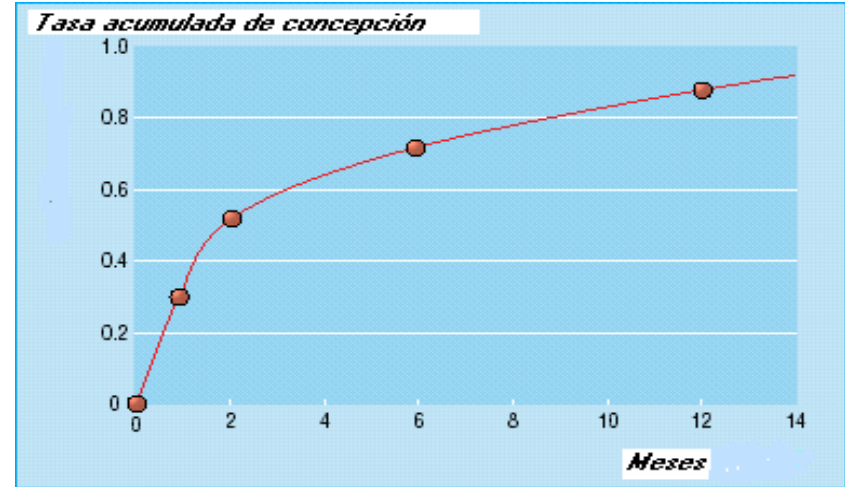
Es cuando se presenta en una pareja que previamente no ha tenido hijos

Infertilidad Secundaria

Es la que se presenta en las parejas que previamente ya concibieron independientemente de si el embarazo llegó a término (vg. Embarazo ectópico, natimuerto, aborto espontáneo)

Posibilidad de Concepción Espontánea

- El mayor número de embarazos ocurre en el primer mes de intento (alrededor del 30%).

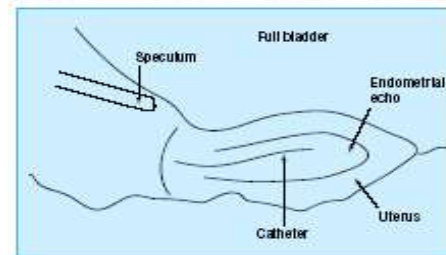


- Posteriormente la posibilidad disminuye sostenidamente hasta un 5% hacia el final del primer año. La tasa acumulada de concepción es de alrededor del 75% a los 6 meses, 90% después de un año y 95% a los dos años.

Concepción asistida

Insminación artificial

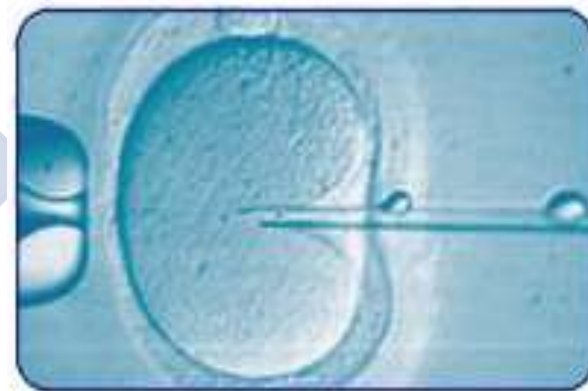
- Homóloga
- Heteróloga



Ultrasound picture of an intrauterine insemination procedure showing plastic catheter inserted into the mid-cavity of the uterus

Fertilización in vitro

- ICSI
- Diagnóstico pre implantatorio



Principios Fundamentales

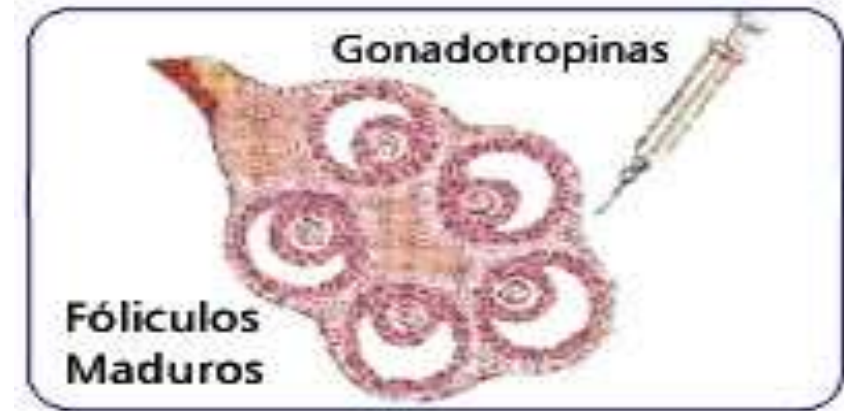
- **Dignitas Personae 8/9/2008**

«El ser humano debe ser respetado y tratado como persona desde el instante de su concepción y, por eso, a partir de ese mismo momento se le deben reconocer los derechos de la persona, principalmente el derecho inviolable de todo ser humano inocente a la vida» (n. 4).

«El origen de la vida humana... tiene su auténtico contexto en el matrimonio y la familia, donde es generada por medio de un acto que expresa el amor recíproco entre el hombre y la mujer. Una procreación verdaderamente responsable para con quien ha de nacer es fruto del matrimonio» (n. 6).

- Para efectos de la inseminación intrauterina (IUI) el objetivo es conseguir tres folículos maduros pues un número mayor conlleva el riesgo de embarazos múltiples. En el caso de las técnicas de fertilización in vitro y sus variantes el procedimiento es más agresivo (usualmente 4 o 5) pero solamente se transferirán dos embriones al útero.

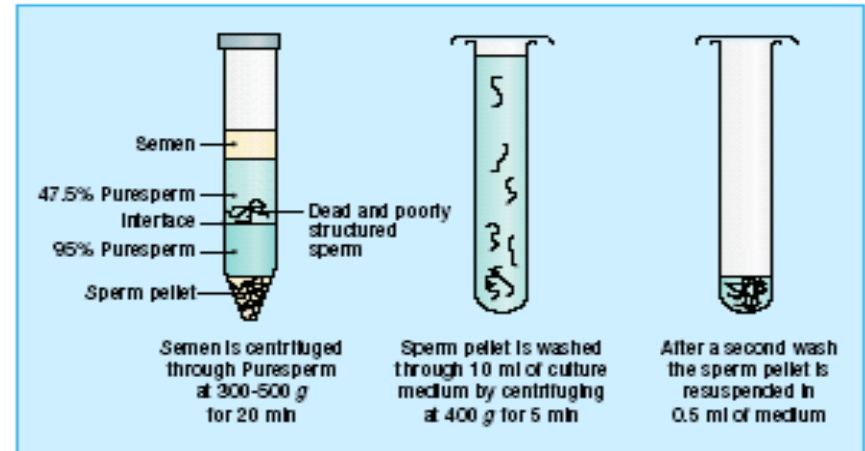
Hiper Ovulación



*Superestimulación ovárica
mediante la administración de
gonadotropinas*

Preparación del Semen

En el proceso de preparación se seleccionarán los espermatozoides de mayor motilidad y morfológicamente normales. Adicionalmente se retirará el plasma seminal, leucocitos y bacterias.



Fertilización in vitro

En esta técnica los oocitos son extraídos quirúrgicamente de los folículos y puestos en contacto con el semen preparado (50,000 a 100,000 espermatozoides ya capacitados) en una placa de laboratorio. Solo se transfieren dos o tres embriones y el resto son congelados o desechados.



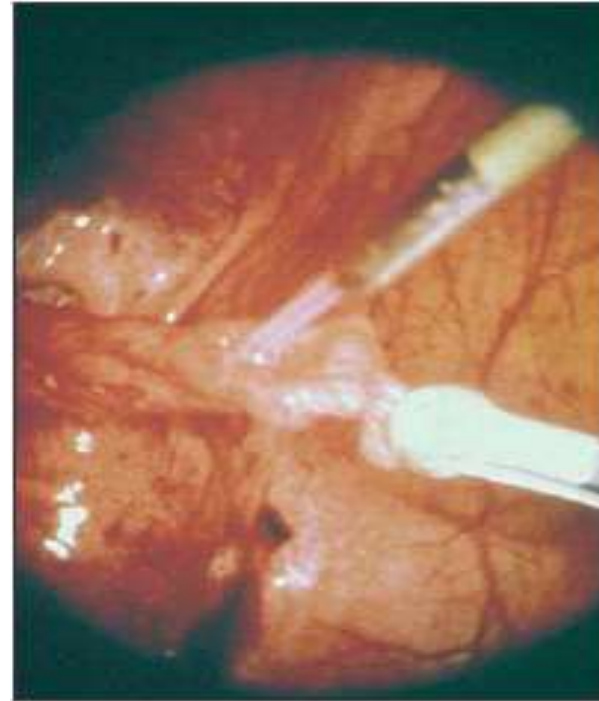
Tubes and dishes used in IVF



The top photographs from left to right show human embryos in vitro at the 2-cell stage (day 1); 4-cell stage (day 2); and 8-cell stage (day 3). The bottom row shows a compacted morula (day 4); a blastocyst (day 5); and a hatching blastocyst (day 6)

Transferencia Intratubaria de gametos

- GIFT: gamete intrafallopian transfer = transferencia intratubárica del gameto
- ZIFT: zygote intrafallopian transfer = transferencia intratubárica del cigote



Distal end of fallopian tube with gamete intrafallopian transfer tube catheter being inserted to deposit the eggs and sperm

¿Qué tan efectivo es la FIV?

Healthcare Login

Enter Search Terms



MENU

Ovulation Calendar Pregnancy Calculator

Baby Names Week By Week

Video Library Ovulation Calculator

How successful is in vitro fertilization?

The success rate of IVF clinics depends on a number of factors including patient characteristics and treatment approaches. It is also important to understand that pregnancy rates are not the same as live birth rates. In the United States, the live birth rate for each IVF cycle started is approximately:

- 30 to 35% for women under age 35
- 25% for women ages 35 to 37
- 15 to 20% for women ages 38 to 40
- 6 to 10% for women ages over 40

<s 35:
30-35%
35 – 37a:
25%
38 – 40a:
15-20%
>s 40a:
6 a 10%



americanpregnancy.org/infe



americanpregnancy.org/infe



La maternidad subrogada es semejante a la esclavitud

POR MIQUERIDAESPANA el 13 JUNIO, 2015 • (0)

Nos lo explica la presidente de La Manif pour Tous.



Ludovine de la Rochère

Ludovine de la Rochère es la presidente de **La Manif pour Tous**, la organización francesa que ha liderado la imaginativa y vigorosa reacción que en nuestro vecino del norte ha tenido



RELIGIÓN Confidencial

El Confidencial Digital

PORTADA	VATICANO	CATÓLICOS	IGLESIA-ESTADO	DIÓCESIS	CONFERENCIA EPISCOPAL
CRÓNICA DE ROMA	EN VOZ BAJA	ZOOM	TRIBUNAS		

Tribunas

22/03/2016

0

Contra una nueva esclavitud: la comercialización de la maternidad

We gusta 88 1 Imprimir

Un artículo de...

Salvador Bernal

Más artículos de Salvador Bernal >





**XIX CONGRESO DE
ESCUELA DE PADRES**

"LA ALEGRÍA DEL AMOR EN FAMILIA"

ACOGER LA SEXUALIDAD COMO DON DE VIDA

MUCHAS GRACIAS

Martín Tantaleán Del Águila
mtantalean@gmail.com