

ISSN (en línea): 2462-8611

EDICIÓN ESPECIAL

# BOLETINES COLPSIC

53

CAMPO DE

**Psicología de la Sexualidad**



ISSN (en línea): 2462-8611  
BOLETINES COLPSIC  
Campo de Psicología de la Sexualidad

Febrero - 2021 Boletín 53

© Colegio Colombiano de Psicólogos  
www.colpsic.org.co  
Bogotá, D.C., Colombia

Consejo Directivo Nacional

Presidencia  
Gloria Amparo Vélez de Cleves

Vicepresidencia  
Blanca Patricia Ballesteros de Valderrama

Miembros Consejo Directivo Nacional  
Alejandro Baquero Sierra  
José Jesús Londoño Osorio  
Juan José Cañas Serrano  
María Clara Rodríguez de Bernal  
Santiago Mateo Trujillo Lemus  
Wilson López López

Dirección Ejecutiva Nacional  
Rocío Hernández

Dirección de Campos, Programas y  
Proyectos

Pedro Pablo Ochoa C

Dirección de Comunicaciones y  
Mercadeo

Yuri Esperanza Ortiz Orobio

Jonathan Alejandro Cruz S.  
Diseño y Diagramación

Representantes del Campo de  
Psicología de la Sexualidad

Maryi Rincón  
Subdirectora Nacional del Campo Disciplinar  
Capítulo Bogotá y Cundinamarca

Magdalena Villegas  
Capítulo Cumanday/Caldas

Herney Bolaños Pazos  
Capítulo Valle del Cauca

José Manuel González  
Capítulo Zona Norte



**SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA  
EN COLOMBIA: UNA MIRADA DESDE LAS  
CIENCIAS SOCIALES**



**FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN UNA  
UNIVERSIDAD DE LA REGIÓN CARIBE  
COLOMBIANA**



**FANTASÍAS SEXUALES DE UNA PERSONA  
TRANSGÉNERO EN LA PRISIÓN**



## **SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN COLOMBIA: UNA MIRADA DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES**

# **3-16**

### **AUTOR**

Por: PhD. Maryi Rincón, Subdirectora Nacional del Campo de Psicología de la Sexualidad, Colpsic.

# INTRODUCCIÓN

**Ivan Bloch** en 1909 (citado por Cabello, 2010) exponía a la sexología como una Ciencia y promovió su desarrollo el cual ha sido equiparable al de otras disciplinas. Históricamente los profesionales en Colombia, al hablar de salud sexual y salud reproductiva, han sido reduccionistas y han enfocado la educación sexual en la función biológica. El propósito de este escrito es visibilizar la importancia de la función placentera desde una mirada de las ciencias sociales, para evidenciar el recorrido histórico de la sexología en Colombia.

Además, vemos la necesidad de precisar la definición de la sexología. De acuerdo con Alzate (1987):

La sexología es una disciplina sumamente compleja, puesto que tiene que ver, en mayor o menor proporción, con muchas otras ciencias y actividades humanas, como la biología, la antropología, la sociología, la psicología, el derecho, etc. Por ello, es simultáneamente ciencia natural (biológica) y ciencia humana (cultural), aunque si se requiriera mayor precisión taxonómica, probablemente habría que clasificarla dentro de las ciencias del comportamiento (p.5).

Cabe señalar que la sexología, entendida como ciencia humana, centra su interés en el estudio de la función sexual humana primaria, es decir, en el ejercicio de la sexualidad de modo placentero u erótico y, como ciencia natural, en la dimensión biológica de la sexualidad, que se relaciona con la función secundaria reproductora.



## Breve recorrido histórico del estudio de la sexualidad humana en Colombia

El recuento histórico de una disciplina científica implica un examen riguroso de los diferentes acontecimientos sociales, políticos, económicos y globales que determinaron su desarrollo, así como también la consideración de la producción intelectual y su impacto social, la consolidación de instituciones y agremiaciones, las luchas de poder y la circulación del conocimiento. Estos mismos factores deben ser considerados en la configuración histórica de la sexología.

En este apartado se presenta un breve recorrido por los principales hitos que propiciaron el desarrollo de esta ciencia en Colombia, a fin de dar a conocer a los lectores las diferentes variables contextuales que han favorecido la evolución del estudio científico de la sexualidad en el país.

## Inicios y avances en materia de salud sexual

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX, surgió en Colombia el debate sobre la regeneración de la raza (Facundo, Brigeiro y Parra, 2014). Este giró en torno a la creencia de que las características ambientales, climáticas y geográficas ejercían una influencia negativa sobre la población; también, al planteamiento referente a la herencia de una *raza degenerada* producto de la mezcla entre españoles, indígenas y afrodescendientes. En ese tiempo se pensaba que la mezcla racial, la permanencia en el trópico y la exposición a sus enfermedades y la ausencia de estaciones, además de generar una sensación abrumadora y deprimente —agravada por el consumo de alcohol— hacían enfermar a la sociedad.

El debate tuvo lugar en diferentes espacios, seminarios, periódicos y entornos académicos, donde se evidenciaron diversas posturas frente a la tesis planteada por el psiquiatra Miguel Jiménez López: la degeneración de la raza. La mayoría de los intelectuales convinieron en la necesidad de implementar una reforma educativa higienista. Sobre este respecto, Herrera (2001) agrega:

(...) entendida como la posibilidad de inculcar nuevos hábitos y costumbres relacionadas con el cuidado del propio cuerpo, pero tam-

bién con las viviendas, los locales escolares y el trabajo. Ideas en las que se expresaban disposiciones concernientes a los cuidados de la fuerza de trabajo, al factor humano y que se esperaba fuesen acogidas en todas las esferas sociales (p.59).

Lo anterior, permite afirmar que desde principios del siglo XX se empezaron a considerar como bases de transformación social la promoción de la salud y la instauración de estrategias educativas, la higiene y la modificación de hábitos físicos; referentes importantes para la salud reproductiva.

Dentro del debate en mención, se incluyó la iniciativa pública de control de enfermedades venéreas, puesto que a finales del siglo XIX y principios del siglo XX se incrementó la actividad de la prostitución, lo que produjo una presencia significativa de enfermedades como la sífilis. Así mismo, se observó un aumento de las tasas de embarazo y de natalidad. En consecuencia, el gobierno del presidente conservador Carlos Holguín propuso la creación de la Junta Central de Higiene, siendo esta una de las primeras medidas de control de enfermedades venéreas (Facundo, 2003). Una buena parte de la discusión sobre la salud reproductiva giró en torno al control de las enfermedades de transmisión sexual; problema de salud pública que continuó atrayendo la atención de diferentes gobiernos, tanto conservadores como liberales. Durante los años 30 y 40, se comenzó a hablar sobre educación sexual desde un enfoque biologicista y reproductivista y se mantuvo la preocupación por el control de la natalidad. Para 1945 se realizó el primer diagnóstico temprano de

sífilis en el hospital Santa María de Bogotá.

En la década de los 50 se presentaron acontecimientos sociales y políticos que impactaron la concepción de la sexualidad en Colombia. Algunos ejemplos de ello son el derecho al voto otorgado a las mujeres, la implementación de políticas sociales que permitieron la creación de instituciones de salud, la promulgación de nuevas leyes laborales y de la familia y la construcción de nuevos centros educativos y hospitalarios. Además, se continuó trabajando por el fortalecimiento de la salud reproductiva a partir de la esterilización y la anticoncepción. Si bien es cierto que se reconoció a la mujer como una ciudadana con derecho a elegir, se enfocaron los programas según su posición social de pertenencia: los de esterilización estuvieron dirigidos exclusivamente a las mujeres de estrato bajo, mientras que los de anticoncepción a mujeres de estrato medio —estas últimas debían contar con la aprobación de sus esposos—. En pocas palabras, aunque se otorgó a las mujeres el acceso al voto y se avanzó en materia de políticas sociales, la elección de los derechos reproductivos continuó bajo el control de los hombres.

A finales del mismo decenio, se fundó la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina —ASCOFAME— (Facundo, Brigeiro y Parra, 2014), la cual creó una oficina para realizar seguimiento y análisis de la población, contando con un área de educación sexual. Esta asociación promovió la educación sexual desde un enfoque biologicista y enfocó sus actividades al control de la reproducción de la mujer. Años más tarde, se observaron avances significativos en esta materia: la comercialización de la píldora anticonceptiva —que le permitió a la mujer ejercer su sexualidad de manera erótica— y la aparición de organizaciones como Profamilia y Oriéntame, creadas para brindar orientación sobre planificación familiar, embarazos no deseados y educación sexual. Esta última tuvo entonces un papel meramente secundario.

Los primeros cursos de sexología aparecieron hasta finales de los años 60. Estos se centraron en temas como la despenalización de las conductas eróticas, la sexualidad humana y la educación sexual, entre otros. Fueron impartidos en diferentes universidades de Colombia por académicos como Octavio Giraldo, Helí Alzate y María Ladi Londoño; algunas de ellas son: la Universidad de Manizales, la Universidad del Valle y la Universidad Javeriana. Cabe agregar que estos cursos estuvieron enmarcados



en la medicina y fueron desarrollados con base en metodologías experimentales (Facundo, Brigeiro y Parra, 2014).

Posteriormente, durante los años 60 y 70, el discurso feminista sobre la planificación trató de separar el ejercicio de la sexualidad de la reproducción y popularizar el uso de los métodos anticonceptivos. Con ello, buscó ampliar la discusión sobre los derechos sexuales y superar el enfoque biologicista y reproductivo que, bajo las premisas del control poblacional, logró asentarse en los últimos años. Se debe agregar que, a mediados de los años 70, se presentaron las primeras actividades públicas del movimiento *liberación homosexual de Colombia*, el cual marcó un hito en la expresión de la sexualidad al privilegiar la búsqueda del placer erótico sobre la reproducción. Estas movilizaciones y emancipaciones sociales, llevadas a cabo por diferentes sectores y grupos organizados, fueron fuertemente reprimidas años después por el gobierno de Julio Cesar Turbay Ayala (1978-1982); administración recordada como una de las más represivas y conservadoras de la historia nacional.

Para finales de los años 70, la sexología se consolidó como disciplina en Colombia; resultado del trabajo de diferentes profesionales ubicados en varios puntos del país. Desde Manizales, Helí Alzate propuso inscribir el estudio de la sexología dentro de la medicina; en Cali, Octavio Giraldo y María Ladi Londoño, ambos psicólogos, organizaron las primeras jornadas de enseñanza de la sexología y, desde Bogotá, Cecilia Cardinal de Martín coordinó el Comité Regional de Educación



Sexual para América Latina y el Caribe —CRESALC—, que centró su interés en la relación entre las características demográficas y la educación sexual (Facundo, Brigeiro y Parra, 2014). Así German Ortiz Umaña y Pedro Guerrero quienes coordinaron el primer proyecto de Educación Sexual a nivel nacional.

Durante ese tiempo, la sexología no sólo empezó a ganar espacio dentro de las universidades, a través de la organización de congresos y eventos académicos, sino también en otros escenarios como los medios de comunicación, los cuales comenzaron a explorar y difundir contenidos que alimentaron los imaginarios sociales sobre la sexualidad. Un ejemplo de ello es el programa televisivo *Sexología en pantalla*, impulsado por el periodista Elkin Mesa. Este proyecto estuvo al aire durante 11 años y contó con la participación de psiquiatras, psicólogos y sexólogos (Duque, 2016).

Posteriormente, durante los años 80, el narcotráfico tuvo una fuerte influencia en las prácticas cotidianas, por ejemplo, en la creación de estereotipos de la mujer colombiana. Facundo, Brigeiro y Parra (2014), mencionan:

Especialmente entre los sectores populares y aquellos en proceso de ascenso socioeconómico, se diseminó un nuevo sentido estético inspirado en algunas imágenes del sur de Norteamérica y de algunas zonas de México (...). Por ejemplo, las modificaciones corporales que se realizaran gran parte de las mujeres que acompañan a los capos y a los mandos medios del narcotráfico se

convirtieron en la imagen deseada por muchas mujeres o requerida para obtener los beneficios de su uso (p.35).

En esa misma década apareció la epidemia del VIH-SIDA, evento que se sumó a las preocupaciones del país e implicó cambios en la dinámica de las relaciones sociales. Este problema de salud pública dio un fuerte revés a los movimientos de emancipación sexual y fue aprovechado por los sectores más conservadores de la sociedad para fortalecer una visión moralista de la sexualidad que castigó la libertad sexual.

Años más tarde, con la Constitución de 1991, se buscó materializar varias de las aspiraciones de modernización de la sociedad, especialmente la democratización de las instituciones políticas. Con su promulgación, se establecieron nuevos mecanismos de representación, participación y reivindicación que reconocieron, al menos teóricamente, los derechos de diferentes actores sociales. En el caso particular de las reivindicaciones sociales de género, los derechos reproductivos y la disminución de la discriminación sexual, se observaron importantes avances en jurisprudencia que, no obstante, han enfrentado un sinnúmero de adversidades y obstáculos de implementación.

Más adelante, la Resolución 3353 de 1993, del Ministerio de Educación Nacional (1993), otorgó el carácter de obligatorio a la educación sexual en las instituciones educativas. Así mismo, la Ley 115 de 1995 exigió al Ministerio de Educación Nacional brindar planes a los colegios de todo el país para educar en materia

sexualidad. Mientras tanto, en el recrudecimiento del conflicto armado, se utilizó a las mujeres como armas de guerra u objetos de venganza, dejando secuelas en su sexualidad y normalizando los comportamientos de violencia y agresividad en la sociedad.

El manejo del conflicto acentuó la crisis de legitimidad del gobierno, favoreciendo la candidatura presidencial de Álvaro Uribe Vélez, quien gobernó el período comprendido entre 2002 y 2010. Durante su mandato asumió una postura bastante conservadora; recomendó de manera pública a los jóvenes aplazar el inicio de sus actividades sexuales hasta el matrimonio, haciendo eco del posicionamiento de grupos vinculados al Opus Dei y de organizaciones ultraconservadoras, cuyos miembros nombró en cargos de influencia en asuntos de salud, familia y desarrollo. Durante estos años, se desmovilizaron las Autodefensas Unidas de Colombia —AUC—. Pese a que sus miembros fueron los actores armados que cometieron más actos de violencia contra las mujeres, incluida la violencia sexual, ni durante ni después del proceso de desarme se abordó el tema, no se pidió perdón a las víctimas, ni se realizaron procesos de restitución de derechos.

Por otra parte, en el marco de la tensión entre aspiraciones progresistas y conservadoras que ha caracterizado la historia colombiana, movimientos liderados por organizaciones no gubernamentales feministas, incentivadas por organismos internacionales y determinados sectores de la rama judicial, lograron en 2006 que la Corte Constitucional aprobara la despenalización parcial del aborto. Simultáneamente, se puso en marcha el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, con el propósito de brindar orientaciones a los directivos docentes para transversalizar la educación sexual en las instituciones educativas. Posteriormente, en el 2011 Colombia adhirió a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que toma





en cuenta los derechos sexuales y los derechos reproductivos de esta población; su lema es: *nada sobre nosotros sin nosotros*.

Es preciso señalar que, en los últimos años, Colombia ha sancionado diferentes leyes que garantizan derechos fundamentales, entre los cuales figuran: el derecho a la capacidad legal plena de los mayores de edad con discapacidad, la adopción por parejas del mismo sexo, la solicitud de reasignación sexual, la diferenciación entre orientación sexual e identidad de género, la prohibición a las instituciones de educación superior a realizar actos discriminatorios por razones de raza, orientación sexual e identidad de género, y la orden dirigida al Ministerio de Educación para ajustar y adoptar la política pública de Educación Superior Inclusiva. Además, dentro de los Acuerdos de Paz, firmados en el 2016, se resaltó la importancia del respeto a la diversidad y el derecho a la no discriminación y a la igualdad de derechos humanos.

En suma, es posible afirmar que la expresión de la sexualidad y su legitimidad ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. La historia de la sexología como disciplina institucionalizada en Colombia permite identificar al menos dos perspectivas que han estado presentes en su desarrollo. De un lado, el interés por la salud reproductiva y la búsqueda del control de las enfermedades venéreas con una marcada perspectiva biologicista y médica; de otro, el surgimiento de movimientos sociales como el feminismo y los colectivos de defensa de los derechos de las personas homosexuales, además de la implementación de políticas públicas que, al haber tenido en cuenta aspectos como la búsqueda del placer, el erotismo y los derechos sexuales y derechos reproductivos, permitieron considerar de forma holística la sexualidad humana.

Colombia ha avanzado en el conocimiento y en la modificación de actitudes y creencias hacia la sexualidad, lo cual ha permitido norma-

lizar conductas que antes estaban penalizadas, y promover la igualdad y la equidad, los derechos sexuales y reproductivos, y las relaciones de pareja del mismo sexo. Esto ha sido posible gracias a la influencia de las transformaciones sociales que se han dado a nivel internacional.

Ciertamente, se han logrado promover los derechos a través de la legislación y la construcción de política pública, no obstante, se han presentado violaciones sistemáticas de los derechos humanos de las poblaciones diversas. Por esa razón, un grupo de expertos internacionales creó los principios de Yogyakarta; para crear estándares básicos internacionales que permitan evitar los abusos y proteger los derechos humanos de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales —LGBTI—, a fin de que sean incorporados por los distintos Estados en la normatividad de orden nacional.

En la actualidad, la sexualidad debe ser entendida desde la multidimensionalidad, como un concepto polisémico y dinámico que ha ido evolucionando a lo largo de la historia, que tiene diferentes comprensiones debido a la diversidad de culturas, religiones, ideologías políticas y modelos educativos y sociales existentes (Zapata y Gutiérrez, 2016).



## CONCEPTOS BÁSICOS

Profesionales de distintas disciplinas y medios de comunicación suelen emplear indistintamente los conceptos de sexualidad humana, por ejemplo, no logran distinguir entre sexo y/o vivencia de la función erótica. Esto contribuye a crear confusión y perpetuar posturas reduccionistas de la sexualidad, permitiendo que estas continúen ejerciendo control a nivel educativo, político y social. Es por eso que se presenta este apartado: para exponer, de manera clara y con rigor epistémico, los matices que diferencian los conceptos de la sexualidad humana, incluyendo la salud sexual y la salud reproductiva.

Cabe señalar que tener precisión y claridad conceptual debe ser una exigencia ética para todos los profesionales que hacen parte del sector salud y de la academia. De esta forma, será posible combatir los enfoques constructivistas radicales que hasta el momento se han mantenido presentes en Colombia (Useche, 1997).

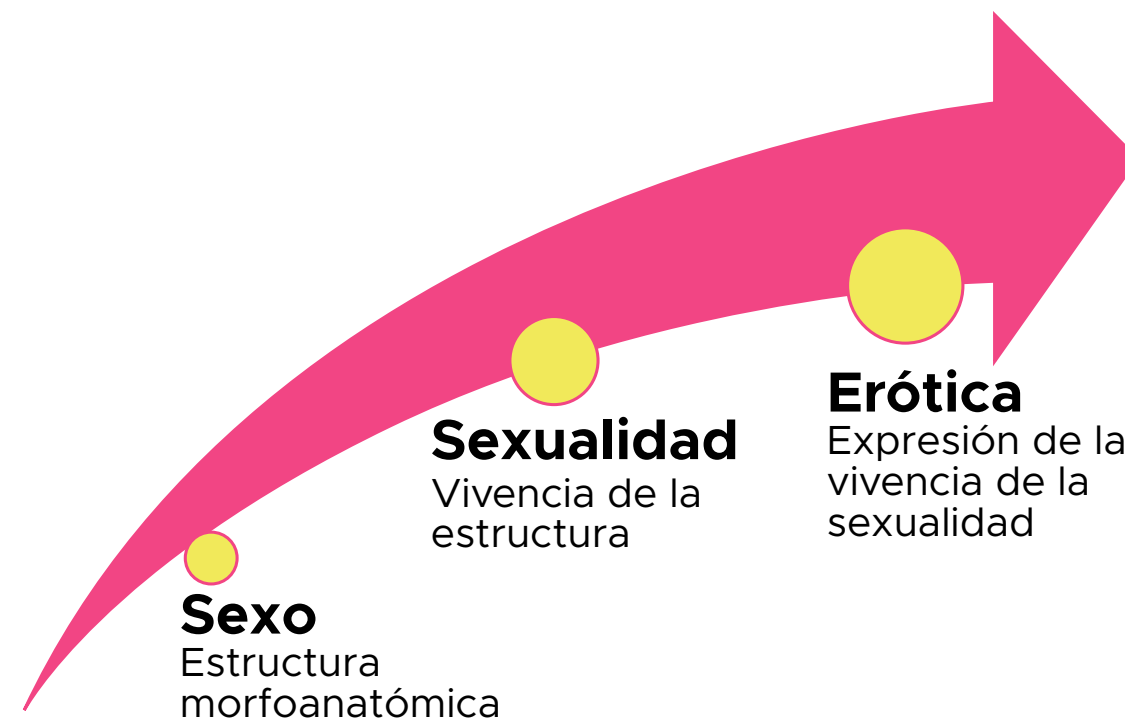


Figura 1. Claves del hecho sexual humano. Autoría propia.

### Sexo

Hace referencia al conjunto de características biológicas que definen al espectro de los seres humanos como hembras y machos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1975), las cuales aparecen antes del nacimiento y persisten hasta la muerte. Una serie de acontecimientos transforman las estructuras sexuadas durante el desarrollo embrionario, ocasionando la aparición de los caracteres sexuales primarios en el tercer mes de embarazo. Este proceso de sexuación finaliza durante la pubertad, etapa en la cual se desarrollan los caracteres sexuales secundarios.

### Sexualidad

Es una dimensión fundamental del ser humano, resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Abarca el sexo, el género, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se experimenta y se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, prácticas, roles y relaciones.

### Erotismo

La función erótica, definida como la búsqueda consciente del placer sexual, es la culminación evolutiva de la sexualidad, y es la dimensión que nos hace verdaderamente humanos, (Alzate, 1987), nos distingue de los demás seres del reino animal, puesto que para mientras para ellos el ejercicio de la sexualidad es un mecanismo de perpetuación vegetativo, el ser humano puede ser considerada como expresión de la vivencia de la sexualidad a través de gestos y conductas que comunican placer. Tiene especial relevancia debido a que el entramado de sentimientos, emociones y expectativas que ello implica pueden hacer una distinción entre vivir con cierta armonía y

satisfacción o, por el contrario, hallar en los escenarios relacionales y eróticos algunas sombras de miedo, frustración e infelicidad. Esta dimensión es la más accesible para todos los seres humanos. Se debe agregar que su banalización o minimización puede afectar las posibilidades de satisfacción (Gómez, 2013).

## Salud sexual

De acuerdo con la OMS (2018):



La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia (p.3).

A partir de lo anterior, se puede afirmar que los planteamientos de Mace, Banneman y Burton (1974) no estaban muy alejados de la definición actual de salud sexual. Los autores establecieron tres criterios para describir la sexualidad saludable:

- La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductora y para regularla de conformidad a una ética personal y social.
- La ausencia de temores, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, derivados de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiben la reacción sexual

o perturban las relaciones sexuales.

— La ausencia de trastornos orgánicos, enfermedades o deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y la salud reproductora.

Dicho brevemente, la salud sexual ha estado, y continúa estando, medicalizada por la comunidad científica. Además, al ser abordada desde las disfunciones, se sigue entendiendo como causa de malestar psicológico.

## Salud reproductiva

Es la dimensión a la que se le ha otorgado mayor relevancia a lo largo de la historia, debido a la importancia de la reproducción. Actualmente, no existe consenso respecto a su categorización; hay quienes sostienen que es una dimensión de la salud sexual, y quienes afirman lo contrario, esto es, que la salud sexual hace parte de la salud reproductiva.

Según la OMS (2010):



La salud reproductiva (...) aborda los mecanismos de la reproducción y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee. Esta concepción de la salud reproductiva supone que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, que las parejas puedan tener

acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres tener un seguimiento durante su embarazo y que ofrezcan a las parejas la oportunidad de tener un hijo sano.

## Derechos sexuales

González (2019), menciona que la primera declaración de los derechos sexuales fue proclamada en el XIII Congreso Mundial de Sexología, celebrado el 29 de junio de 1997, y aprobada en 1999 en el XIV Congreso Mundial de Sexología, llevado a cabo en Hong Kong. Estos derechos están relacionados con la satisfacción de la salud sexual y ligados al respeto, protección y cumplimiento de los derechos humanos.

Los derechos sexuales abarcan ciertos derechos humanos reconocidos en los documentos internacionales y regionales pertinentes, en otros documentos de consenso y en las legislaciones nacionales. Los derechos fundamentales para la realización de la salud sexual son los siguientes:

- 1 Derecho a la libertad sexual.** Abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Sin embargo, esto excluye de toda forma de coerción explotación y abusos sexuales en cualquier tiempo y situación de la vida.
- 2 Derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexual del cuerpo.** Este derecho incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida

sexual dentro del contexto de la ética personal y social. También están incluidas la capacidad de control y disfrute del cuerpo, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier otro tipo.

- 3 **Derecho a la privacidad sexual.** Hace referencia a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad, siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de los otros.
- 4 **Derecho a la equidad sexual.** Se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.
- 5 **Derecho al placer sexual.** Incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
- 6 **Derecho a la expresión sexual emocional.** La expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
- 7 **Derecho a la libre asociación sexual.** Significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y establecer otros tipos de asociaciones sexuales.
- 8 **Derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.** Abarca el derecho a decidir tener o no hijos, el número y espaciamiento entre cada uno y el derecho al acceso pleno de métodos de regulación de la fecundidad.

9 **Derecho a información basada en el conocimiento científico.** Este derecho implica que la información sobre la sexualidad debe ser generada a través de investigación científica, libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada a todos los niveles sociales.

10 **Derecho a la educación sexual integral.** Este es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida, el cual debería involucrar a todas las instituciones sociales.

11 **Derecho a la atención de la salud sexual.** Esta debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

Los derechos sexuales constituyen la aplicación de los derechos humanos existentes a la sexualidad y a la salud sexual. Es por esto que ellos protegen el derecho de todas las personas a satisfacer y expresar su sexualidad y a disfrutar de la salud sexual, con el debido respeto por los derechos de los demás, dentro de un marco de protección frente a la discriminación. Así como se evidencia en la figura 2.

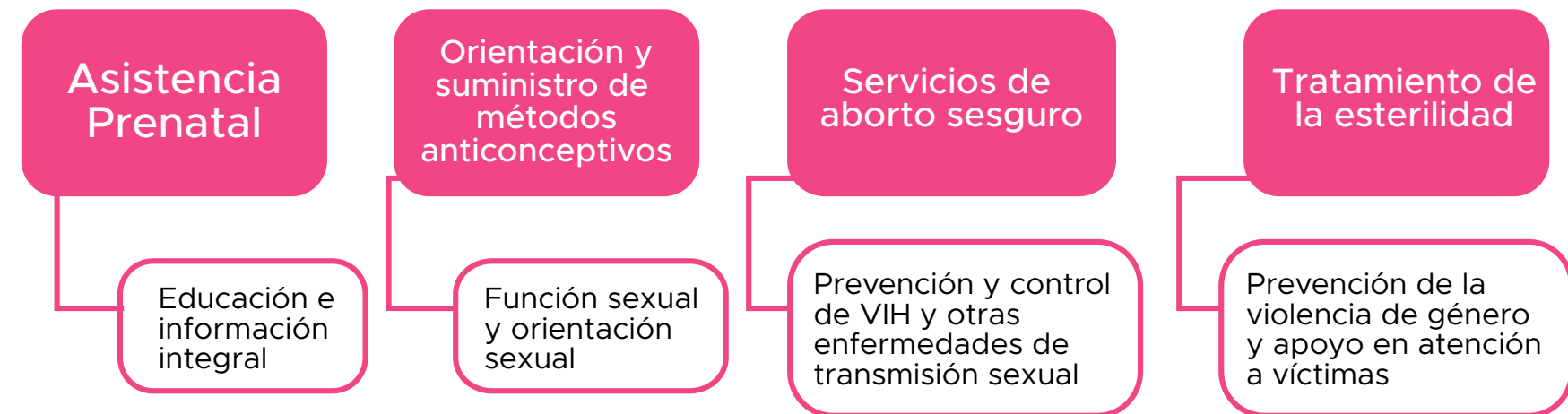


Figura 2. Salud reproductiva. Autoría propia.

## Sexualidad: promoción y prevención

La sexología, como ciencia aplicada e interdisciplinaria, desde un paradigma no organicista y holístico, cumple una misión fundamental en el desarrollo de estrategias de promoción y prevención. Martínez, León, Fernández y Barriga (1999) sugieren los siguientes niveles de prevención:

- **Nivel primario:** implica educación de la sexualidad, estudios de prevalencia de trastornos sexuales, modificación de factores socio ambientales que permitan una sexualidad más saludable, e incremento de recursos y habilidades personales relacionadas con el erotismo.
- **Nivel Secundario:** supone el desarrollo de técnicas diagnósticas, la optimización de estrategias de intervención y la creación y mejora de instituciones y centros de atención a la salud sexual —en Colombia solo existen dos: Profamilia y Oriéntame—.
- **Nivel terciario:** comprende la rehabilitación sexual de personas con necesidades físicas especiales, la reeducación sexual para personas con capacidades diversas y la atención a la sexualidad en la enfermedad crónica.

## Promoción

Este campo debe estar orientado a propiciar procesos formativos que despejen las dudas sobre sexualidad humana y salud sexual y reproductiva, lo cual servirá para promover la salud y mejorar la calidad de vida.

Es preciso decir que la salud sexual está contemplada desde hace 10 años en la política pública colombiana, la cual “tiene como propósito orientar el desarrollo de las acciones sectoriales e intersectoriales en materia de sexualidad y garantía del ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010). Sin embargo, su operacionalización se ha visto entorpecida por el escaso capital humano cualificado del que se dispone, y por la falta de los elementos necesarios para su funcionamiento. Además, la sexología aún no se ha implantado a nivel académico, pese a que la educación sexual en Colombia se hizo obligatoria en el año 2003. Se debe agregar que como mencionan Chong et al. (2013), hasta la fecha no se ha realizado ninguna sistematización de las intervenciones preventivas llevadas a cabo en las escuelas secundarias del país, que pueda garantizar a todos los estudiantes una educación sexual efectiva. Esto hace más vulnerables a los adolescentes a las infecciones de transmisión sexual y a los embarazos no deseados.

Es por eso que es necesario poner en práctica los niveles señalados anteriormente, incorporando la declaración sobre el placer sexual<sup>1</sup> realizada en el marco del XXIV Congreso de la Asociación Mundial de la Salud Sexual. Además, teniendo en cuenta que la política pública está a punto de actualizarse en su segunda edición, es preciso movilizarla y dividirla en dos ámbitos específicos.

### 1 Como plantea Cabello (2010), la prevención en el ámbito de la educación sexual debería cubrir los siguientes aspectos:

- Evaluación de las necesidades educativas a través de estudios que incluyan participantes que se encuentren en diferentes etapas del ciclo vital.
- Diseño y ejecución de programas<sup>2</sup> de acción comunitaria y comunicación social que, desde la escuela y de conformidad con las necesidades de la población, contribuyan al desarrollo de una sexualidad sana, plena, placentera y responsable.
- Acciones de fomento de la perspectiva de género: en Colombia la hegemonía patriarcal continúa visibilizándose en estudiantes de primaria y bachillerato. Por eso, es necesario desmontar los roles de género: para que la toma de decisiones se equitativa y así no se responsabilice únicamente a la mujer del inicio de la vida sexual.

<sup>1</sup> [https://www.amssac.org/wp-content/uploads/2019/10/2019\\_WAS\\_Declaracio%CC%81n\\_sobre\\_el\\_placer\\_sexual.pdf](https://www.amssac.org/wp-content/uploads/2019/10/2019_WAS_Declaracio%CC%81n_sobre_el_placer_sexual.pdf)

<sup>2</sup> Teniendo en cuenta los resultados investigativos de Morales et al. (2019), se recomienda enfocar la intervención educativa a grupos de estudiantes de la misma edad, los cuales serán multiplicadores de la información proporcionada. Vale decir que debe realizarse bajo el seguimiento y orientación de un profesional cualificado.

— Dotación de recursos científicos y formativos a las facultades de ciencias de la educación, para que fortalezcan la formación del profesorado en este ámbito.

— Creación de ofertas educativas a nivel de postgrado para la formación en intervención socioeducativa con perspectiva de género.

— Fomento de la investigación en educación de la sexualidad, intervención comunitaria y comunicación social, integrando perspectiva de género y diversidad.

— Promoción de la educación de la sexualidad a través del uso de diversos canales de comunicación y la elaboración de proyectos y programas de intervención que, acordes a las necesidades de los diferentes grupos poblacionales, contribuyan a cultivar estilos de vida saludable.

— Evaluación sistemática y periódica de las intervenciones realizadas, para actualizar las bases conceptuales y metodológicas que sustentan la educación de la sexualidad, la intervención comunitaria y la comunicación social con perspectiva de género.

— Supervisión de programas y vigilancia de la homofobia, la transfobia y la bifobia.

— Monitoreo sistemático del nivel de satisfacción de los beneficiarios.

## **2 Promoción en el ámbito de la salud sexual:**

— Diagnóstico del estado de la salud sexual de la po-

blación, según las etapas del ciclo vital, en los niveles de atención: primario, secundario y terciario.

— Prestación de servicios integrales de salud que aborden las problemáticas sexuales.

— Elaboración de protocolos de intervención y sistematización de la aplicación de procedimientos y estrategias terapéuticas que, obedeciendo al diagnóstico del estado actual de la salud sexual, contribuyan a mejorar el bienestar y la calidad de vida de quienes soliciten los servicios.

— Dotación de recursos científicos y formativos a las facultades de ciencias de la salud, tales como medicina y psicología, para formar en sexología clínica (asesoramiento y terapia sexual).

— Creación de ofertas educativas de postgrado (dirigidas al personal médico) para la formación en intervención en salud sexual con perspectiva de género.

— Fomento de la investigación en salud sexual, integrando perspectiva de género y diversidad.

— Promoción de la salud sexual a través del uso de diversos canales de comunicación y la elaboración de proyectos y programas de intervención que, acordes a las necesidades de los diferentes grupos poblacionales, contribuyan a cultivar estilos de vida saludable.

— Monitoreo sistemático del nivel de satisfacción de los beneficiarios.

— Supervisión de programas y vigilancia de la homofobia, la transfobia y la bifobia.

Estas actividades de promoción sugeridas para los ámbitos de salud y educación sexual, incorporan el enfoque de género, pues se espera que tanto hombres como mujeres aprendan a transitar entre los roles binarios y sus matices intermedios.



Debido a que los roles de género continúan destacando dentro de la sexualidad humana por su carácter desigualitario y, con cierta frecuencia, la función sexual no se puede llevar a cabo en su totalidad por alguna de las partes, especialmente por la mujer, es necesario incluir en la próxima actualización de la política pública de derechos sexuales y derechos reproductivos lo señalado en este escrito, teniendo en cuenta la declaración sobre el placer sexual efectuada el 15 de octubre de 2019 en México. En esta comunicación el WAS (2019) exhortó a:

— Promover el placer sexual en las leyes y la política pública como parte fundamental de la salud sexual y el bienestar, con base en los principios de los derechos sexuales —entendidos como derechos humanos—, incluida la autodeterminación, la no discriminación, la privacidad, la integridad corporal y la igualdad.

— Asegurar que la educación integral de la sexualidad aborde el placer sexual de modo incluyente, informado por la evidencia y basado en los derechos humanos, adaptada a las diversas capacidades y necesidades de las personas a lo largo de la vida, a fin de permitir experiencias de placer sexual informadas, autodeterminadas, respetuosas y seguras.

— Garantizar que el placer sexual sea elemento integral en la provisión de servicios de salud sexual, y que sean accesibles, asequibles, aceptables y libres de estigma, discriminación y persecución.

— Fortalecer el desarrollo del conocimiento de los beneficios del placer sexual como parte del bienestar,

con recursos, metodologías de investigación y difusión del conocimiento basados en los derechos humanos, para entender el papel del placer sexual en la salud individual y pública.

— Reafirmar los compromisos globales, nacionales, comunitarios, interpersonales e individuales para el reconocimiento de la diversidad en las experiencias de placer sexual, respetando los derechos humanos de todas las personas y respaldados por políticas y prácticas consistentes, basadas en evidencia, comportamiento interpersonal y acción colectiva.

## REFERENCIAS

Alzate, H. (1987). *Sexualidad Humana*. Bogotá, Colombia: Editorial Temis.

Asociación Mundial de Salud Sexual. (2019). *Declaración sobre el placer sexual*. Ciudad de México: 24º Congreso Mundial de la Asociación Mundial de Salud Sexual.

Cabello Santamaría, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid, España: Editorial Síntesis.

Chong, A., Gonzalez-Navarro, M., Karlan, D. & Valdivia, M. (2013). Effectiveness and Spillovers of Online Sex Education: Evidence from a Randomized Evaluation in Colombian Public Schools. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/20bf/631fa7f858b7ce71e8f4fae731c02f7b8165.pdf>

Duque, S. (2016). *Sexualidad y Educación: el caso del Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y la Construcción de Ciudadanía (PESCC) propuesto por el MEN (2004-2010)* (tesis de maestría). Universidad Francisco José de Caldas, Bogotá D.C., Colombia.

Facundo, A. (2003). *Las políticas del cuerpo: El problema de la higiene en Bogotáº 1930-1950* (tesis de pregrado). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C., Colombia.

Facundo, A. Brigeiro, M. Parra. I. (2014). *Sexualidad, Ciencia y profesión en Colombia*. Recuperado de [http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/Sexualidad\\_ciencia\\_profesion\\_Colombia.pdf](http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/Sexualidad_ciencia_profesion_Colombia.pdf)

Gómez, J. (2013). *Psicología de la sexualidad*. Madrid: Alianza editorial.

González, G (2019). *Manual de sexología clínica: Aspectos socioculturales de la sexualidad*. Buenos Aires: Panamericana Editorial.

Herrera, M. C. (2001). Debates sobre raza, nación y educación: ¿hacia la construcción de un “hombre nacional”? En M. C. Herrera y C. J. Díaz (Comps.). *Educación y cultura política: una mirada multidisciplinaria* (pp. 117–142). Bogotá D.C.: Plaza y Janés.

Mace, D. C., Banneman, R. H., & Burton, J. (1974). *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*. Ginebra: OMS.

Martínez, M., León, J., Fernández, I. y Barriga, S. (1999). Prevención y promoción en psicología comunitaria. En Martín, Chacón Martínez (Ed.). *Psicología comunitaria* (pp. 55-66). Barcelona: Textos Visor.

Ministerio de Salud y Protección Social (2010). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf>

Morales, A., García, E., Barrios, C., Niebles, J., García, P., Abello, D., Gómez, M., Saavedra, D., Vallejo, P., Espada, J., Lightfoot, & Martínez, O. (2019). Adaptation of an effective school-based sexual health promotion program for youth in Colombia. *Social Science & Medicine*, 222, 207–215. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/330245608\\_Adaptation\\_of\\_an\\_effective\\_school-based\\_sexual\\_health\\_promotion\\_program\\_for\\_youth\\_in\\_Colombia](https://www.researchgate.net/publication/330245608_Adaptation_of_an_effective_school-based_sexual_health_promotion_program_for_youth_in_Colombia)

[of\\_an\\_effective\\_school-based\\_sexual\\_health\\_promotion\\_program\\_for\\_youth\\_in\\_Colombia](https://www.researchgate.net/publication/330245608_Adaptation_of_an_effective_school-based_sexual_health_promotion_program_for_youth_in_Colombia)

Organización Mundial de la Salud. (1975). *Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud* (Informe n° 572). Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38329/WHO\\_TRS\\_572\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38329/WHO_TRS_572_spa.pdf?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Salud Reproductiva*. Recuperado de [https://www.who.int/topics/reproductive\\_health/es/](https://www.who.int/topics/reproductive_health/es/)

Organización Mundial de la Salud. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

Useche, B. (1997). Educación sexual con fundamento científico. *Deslinde*, (21), 73-90.

Zapata, R. y Gutiérrez, R. (2016). *Salud Sexual y Reproductiva*. Almería, España: Universidad de Almería.





## **FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN UNA UNIVERSIDAD DE LA REGIÓN CARIBE COLOMBIANA**

# **17-23**

### **AUTOR**

Por: Mg. José Manuel González Rodríguez,  
Representante del Campo de Psicología  
de la Sexualidad, Colpsic,  
Capítulo Zona Norte.

## Resumen

---

**INTRODUCCIÓN:** la función sexual femenina es un factor que facilita o restringe el bienestar personal. Hay pocos estudios sobre el comportamiento sexual de las universitarias. No existen estudios sobre la calidad de la función sexual en mujeres universitarias de la Región Caribe Colombiana.

**Objetivo:** Explorar la función sexual en mujeres universitarias de la Región Caribe Colombiana.

**Metodología:** estudio descriptivo con muestreo casual o accidental. Se aplicó el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) a 111 estudiantes universitarias de una institución privada de la Región Caribe Colombiana en el primer semestre de 2020.

**Resultados:** Se encontró una prevalencia de disfunción sexual de 50.58% en 85 estudiantes sexualmente activas en las últimas cuatro semanas.

**Conclusiones:** estos resultados son similares a los encontrados en estudios de otros tipos de poblaciones y muestran la necesidad de desarrollar programas de investigación e intervención en salud sexual femenina en las universidades.

**Palabra clave:** *Índice de función sexual femenina, disfunción sexual, deseo sexual hipactivo, disfunción orgásmica, dispareunia, comportamiento sexual, estudiantes universitarias, región caribe colombiana.*

## Abstract

---

**Introduction:** Female sexual dysfunction is a factor that restricts personal well-being. The female sexual function index is the most frequently used instrument to study female sexual dysfunction.

**Objective:** To explore the prevalence of sexual dysfunction, with the female sexual function index, in women studying at a university in the Colombian Caribbean Region.

**Methodology:** Descriptive study with casual or accidental sampling. The female sexual function index was applied to 111 university students from a private institution in the Colombian Caribbean Region.

**Results:** Among the 85 sexually active students in the last four weeks, a prevalence of sexual dysfunction of 50.58% was found.

**Conclusions:** These results are like those of previous studies with other types of populations and show the need to develop research and intervention programs in female sexual health in universities.

**Key words:** *Female sexual function index, sexual dysfunction, hypoactive sexual desire, orgasmic dysfunction, dyspareunia, sexual behavior, university students, Colombian Caribbean region.*

## “ ”

La función sexual femenina es un factor que facilita o restringe el bienestar personal (Meston, Freihart, Handy, Kilimnik & Rosen, 2019). Es por esto que es un elemento importante en la salud de las estudiantes universitarias (González et al., 2003).

Chapa, Fish, Hagar & Wilson (2018) aplicaron el Índice de Disfunción Sexual Femenino (FSFI) a 310 estudiantes universitarias (entre los 18 y 29 años) que se presentaron para recibir atención ginecológica de rutina en un centro de salud estudiantil universitario en Texas, USA. Hallaron alto riesgo de disfunción sexual femenina (DSF) en el 42.3% de las estudiantes sexualmente activas en las últimas 4 semanas (puntajes totales  $\leq 26.55$ ). También, identificaron mayor riesgo de presentar DSF en menores edad y en aquellas con un diagnóstico previo en salud mental.

Por otro lado, Escajadillo-Vargas et al. (2011) analizaron con el FSFI a 409 estudiantes de la Universidad de Piura, Perú. Encontraron que el 39.85% de las evaluadas, sexualmente activas en las últimas 4 semanas, tenía alto riesgo de DSF (puntajes  $\leq 26.55$ ). El 90% de estas estudiantes no tenía antecedentes de abuso sexual. El 58% de quienes refirieron antecedentes de abuso sexual presentó alto riesgo de DSF.

En Colombia se han realizado pocas investigaciones sobre el comportamiento sexual de las universitarias (Alzate, 1977, 1978; Arias et al., 2011; Constanza-Cañón et al., 2011; Uribe y Orcasita, 2009; Quiceno, Mendoza, Triana y Useche, 2014; Vera et al., 2004; Zuloaga-Posada, Soto y Jaramillo, 1991; López, 1975; Fuscaldó, Mercado y Rolong, 1987; González, 1985, 1995; González et al., 2003; González et al. 2000; González et al., 2004; González, 2020; Villafañe-Ferrer y González-Navarro, 2017). La gran mayoría se han concentrado en estudiar las diferencias de género en los comportamientos sexuales y las conductas de riesgo, específicamente los embarazos no planeados y las infecciones de transmisión sexual.

Meston et al. (2019) hicieron una amplia revisión del FSFI al cumplirse aproximadamente dos décadas de su creación. En ella explican la alta aceptación de este instrumento arguyendo varias razones, entre las cuales se destacan: 1) la disponibilidad de una amplia base de datos producida por muchos estudios realizados con diversas poblaciones y 2) la facilidad de aplicarlo y obtener los resultados (algo que lleva





pocos minutos). Estos investigadores también señalan que es necesario hacer estudios en otras poblaciones que todavía no han sido estudiadas, como las mujeres institucionalizadas sin posibilidades de tener una pareja, o mujeres homosexuales. Además, destacan que el FSFI fue respaldado por un consenso de expertos, en un panel de asesores de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (2014), como el instrumento preferido de autorreporte para evaluar la DSF.

En Colombia se han realizado varias investigaciones utilizando el FSFI para explorar la DSF en poblaciones diferentes a las estudiantes universitarias. García y Aponte (2005) estudiaron mujeres que consultaron los servicios de urología de un hospital en Bogotá, además del personal femenino de dicha institución. Reportaron DSF en el 62.4% de las evaluadas. El 55.8% de quienes tuvieron actividad sexual en las últimas 4 semanas presentó DSF. Los resultados estuvieron relacionados con la deficiencia androgénica de esas mujeres. Por otra parte, Echeverry, Arango, Castro y Raigosa (2010) estudiaron mujeres entre los 18 y 40 años radicadas en la ciudad de Medellín, y encontraron una prevalencia del 30% de DSF. Raigosa-Londoño y Echeverri-Ramírez (2012) estudiaron el deseo sexual hipoactivo en mujeres de la misma ciudad y hallaron una prevalencia de 20.3%. También, reportaron que este trastorno sexual estaba asociado a la falta de cercanía emocional con la pareja, el consumo de drogas antidepresivas y la presencia de depresión clínica. Por otro lado, Monterrosa-Castro, Márquez-Vega y Arteta-Acosta (2013) estudiaron la DSF en mujeres climatéricas afrodescendientes del Caribe Colombiano. Encontraron que el 23.1% de las mujeres sexualmente activas en las últimas 4 semanas presentó DSF. Por su parte, Espitia (2017) investigó a médicas del Eje Cafetero colombiano en etapa de climaterio; el 46,96% de ellas presentó DSF. Además, estudió a 16.812 mujeres residentes en 12 ciudades de Colombia, y encontró una prevalencia de DSF del 32,97 % (Espitia, 2018).

Se diseñó la presente investigación debido a que la DSF es un factor importante que limita el bienestar personal y conyugal. Esta se propuso explorar la prevalencia del riesgo de DSF en la comunidad de estudiantes universitarias, sobre la cual no existen estudios reportados.

## Método

---

Se realizó un estudio descriptivo con un muestreo casual o accidental. Se aplicó la versión colombiana del FSFI (Vallejo-Medina, Pérez-Durán y Saavedra-Roa, 2018) a 111 estudiantes de una universidad privada de la Región Caribe Colombiana. Esto se realizó a comienzos del primer semestre académico del 2020, durante una capacitación de ingreso libre sobre sexualidad. La mayoría de las participantes fueron estudiantes de los primeros semestres de la carrera de psicología. Los datos de esta investigación se procesaron con el programa SPSS, versión 24.

The Female Sexual Function Index (FSFI), desarrollado por Rosen et al. (2000), es un instrumento muy utilizado en la investigación de la disfunción sexual femenina (DSF). En una búsqueda del FSFI en Scopus, realizada en enero de 2020, se encontraron más de 1.500 artículos. En Google Académico se hallaron más de 15.000 artículos para esa misma época.

El FSFI está compuesto por 19 preguntas que cuentan con cinco opciones de respuesta estilo Likert, cuyos extremos son: “casi nunca o nunca” y “casi siempre o siempre”. Esta escala evalúa seis dominios específicos: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor (Rosen et al., 2000), los cuales pueden dar información sobre el trastorno de deseo sexual hipoactivo, el trastorno de excitación sexual, el trastorno orgásmico y la dispareunia.

## Resultados

---

La edad promedio reportada por las 111 estudiantes evaluadas fue de 19,9 años (DE 2,25). La edad promedio de las mujeres sexualmente activas en las últimas 4 semanas (85 estudiantes, 77%) fue de 19,9 años (DE 2,02). La edad promedio de las sexualmente inactivas en las últimas 4 semanas (26 estudiantes, 23%) fue de 19,8 años (DE 2,9). No se encontraron diferencias significativas en la edad de estos grupos empleando la prueba U de Mann-Whitney.

El puntaje total más alto fue 35.2, y el más bajo 1.8. Se encontró una prevalencia de riesgo de DSF (puntajes totales  $\leq$  26.55) en 69 mujeres (62.16%) de 111 universitarias sondeadas.

Además, se halló una prevalencia de riesgo de DSF en 43 mujeres (50.58%) de 85 estudiantes sexualmente activas en las últimas cuatro semanas.

La DSF con más prevalencia en ambos grupos se encontró en el dominio dolor, seguido del dominio orgasmo. En el grupo total (n=111) los puntajes que sugieren DSF presentaron las siguientes prevalencias: deseo, 31.53%; excitación, 41.44%; lubricación, 36.03%; orgasmo, 48.64%; satisfacción, 32.43% y dolor, 53.15%. Los puntajes que sugieren DSF en el grupo de 85 estudiantes, sexualmente activas en las últimas cuatro semanas, presentaron las siguientes prevalencias: deseo, 23.35%; excitación, 23.52%; lubricación, 16.47%; orgasmo, 34.11%; satisfacción, 17.64% y dolor, 41.17%.

## Conclusiones

---

Los resultados de este estudio deben tomarse con bastante cautela debido al tipo de diseño utilizado y al reducido tamaño de la muestra. Se sugiere ampliar el tamaño de la muestra y tomarla de forma aleatoria en futuras investigaciones.

Este estudio muestra resultados similares a los anteriores, evidenciando que una de cada dos estudiantes universitarias sexualmente activas está en alto riesgo de tener DSF. Esto afecta drásticamente la calidad de vida personal y el bienestar de las parejas.

Es conveniente que las dependencias de bienestar universitario desarrollen programas de investigación e intervención sobre salud sexual femenina, teniendo en cuenta las posibles alteraciones de la función sexual en los dominios orgasmo y dolor, que parecen ser los más deteriorados y, por tanto, los que pueden estar afectando más drásticamente el bienestar de las estudiantes.

## Declaración sobre aspectos éticos

Esta investigación tuvo en cuenta para su ejecución las normas éticas de la declaración de Helsinki<sup>1</sup> y la resolución No. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia<sup>2</sup>. El proyecto fue aprobado por el Comité de ética de la Fundación González. Cabe señalar que se solicitó el consentimiento informado a las estudiantes para participar en la investigación, y se protegió la privacidad de las mismas.

## Declaración de conflicto de intereses

Esta investigación fue efectuada con recursos propios. El autor de este artículo declara que no se presentaron conflictos de intereses durante su realización.



<sup>1</sup><https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

<sup>2</sup><https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

## Referencias

Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos. (2014). *The Voice of the Patient: Female Sexual Dysfunction*. Recuperado de <https://www.fda.gov/media/92963/download>

Alzate, H. (1977). Comportamiento sexual de los estudiantes de medicina. *Acta Médica Colombiana*, 2(2), 111-118.

Alzate, H. (1978). Sexual behavior of Colombian female university students. *Archives of Sexual Behavior*, 7(1), 43-54. Doi: 10.1007/BF01541897

Arias, L., Vásquez, M., Dueñas, E., García, L y Tejada, E. (2011). Comportamiento sexual y erotismo en estudiantes universitarios. *Colombia Médica*, 42(3), 309-318.

Chapa, H., Fish, J., Hagar, C. & Wilson, T. (2018). Prevalence of female sexual dysfunction among women attending college presenting for gynecological care at university student health center. *Journal of American College Health*, 68(1), 52-60. Doi:10.1080/07448481.2018.1515751

Constanza-Cañón, S., Castaño-Castrillón, J., Díaz, S., Hernández, J., Hoyos-Martínez, Y., López-Marín, F., Manchego-Arango, K., Narváez, C., Noguera, V. y Ortega, A. (2011). Prácticas y comportamientos sexuales de estudiantes de la Universidad de Manizales (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 28, 77-106.

Echeverry, MC., Arango, A., Castro, B. & Raigosa, G. (2010). Study of the Prevalence of Female Sexual Dysfunction in Sexually Active Women 18 to 40 years of Age in Medellín, Colombia. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(8), 2663-2669. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01695.x

Escajadillo-Vargas, N., Mezones-Holguín E., Castro-Castro J., Córdova-Marcelo, W., Blümel, J., Pérez-López, F. & Chedau, P. (2011). Sexual dysfunction risk and associated factors in young peruvian university women. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(6), 1701-1709.

Espitia, F. (2017). Evaluación de la prevalencia de disfunción sexual en mujeres médicas del Eje Cafetero colombiano, en etapa de clímate-rio. *Archivos de Medicina*, 17(1), 70-77.

Espitia, F. (2018). Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres en 12 ciudades colombianas, 2009-2016. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 69(1), 9-21.

Fuscaldo, M., Mercado, R. y Rolong, M. (1987). *Estudio descriptivo del comportamiento sexual del estudiante universitario en Barranquilla* (tesis de pregrado). Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

García, S., Aponte, H. y Moreno, S. (2005). Diagnóstico de la disfunción sexual femenina y su correlación con el perfil hormonal en la población femenina que consulta los servicios de urología, ginecología y personal femenino del hospital de San José, en Bogotá, Colombia. *Revista Urología Colombiana*, 14(3), 75-80.

González, J. M. (1985). Comportamiento sexual del universitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 17(1), 7-56.

González, J. M. (1995). Diferencias genéricas en el comportamiento sexual de estudiantes universitarios solteros de Barranquilla, Colombia. *Revista Latinoamericana de Sexología*, 10(2), 161-176.

González, J. M. (2020). *Satisfacción y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios de la Región Caribe colombiana*. En O. Rodrigues, J. M. González y C. Zeglio. Parejas y Sexualidades: Comprensiones Latinoamericanas (pp. 291-304). InPaSex/FunGonzalez.

González, J. M., Better, M., Navarro, X., Silvera, H., Bolívar, T. y Villegas, L. (2003). *Salud en la Universidad. Un estudio de riesgos en el caribe colombiano*. Barranquilla: Editorial Antillas.

González, J. M., Marín, J., Chala, D., Alba, N., Frutos, F. y Schmalbach, J. (2000). *Juventud y VIH/SIDA*. Barranquilla: Editorial Antillas.

González, J. M., Pinilla, L., Díaz, E., Girón, M., Restrepo, S. y Romero, L. (2004). Conocimientos y comportamientos sexuales de riesgo relacionados con VIH/SIDA en estudiantes universitarios: 1999 y 2003. *Revista Latinoamericana de Sexología*, 19(1), 15-21.

López, A. (1975). Educación sexual de la adolescente colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 4, 406-446.

Meston, C., Freihart, B., Handy, A., Kilimnik, C. & Rosen, R. (2019). Scoring and Interpretation of the FSFI: What can be Learned From 20 Years of use? *The Journal of Sexual Medicine*, 17(1), 17-25.

Monterrosa-Castro, A., Márquez-Vega, J. y Arteta-Acosta, C. (2013). Disfunción sexual en mujeres climatéricas afrodescendientes del Caribe Colombiano. *Iatreia*, 27(1), 31-41.

Quiceno, M., Mendoza, B., Triana, R. y Useche, B. (2014). Conducta sexual de estudiantes universitarios de la ciudad de Cúcuta. *Informes Psicológicos*, 14(1), 129-141.

Raigosa-Londoño, G. y Echeverri-Ramírez, M. (2012). Prevalencia del desorden de deseo sexual hipoactivo en mujeres colombianas y factores asociados. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 63(2), 127-133.

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D. & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191-208. Doi: 10.1080/009262300278597

Uribe, A. y Orcasita, L. (2009). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 27, 1-31.

Vallejo-Medina, P., Pérez-Durán, C. y Saavedra-Roa, A. (2018). Traducción, adaptación y validación preliminar del índice de función sexual femenina al español (Colombia). *Archives of Sexual Behavior*, 47, 797-810. Doi: 10.1007/s10508-017-0976-7

Vera, L., López, N., Ariza, N., Díaz, L., Flórez, Y., Franco, S., Isaza, S., Marciales, D., Ortiz, N., Rueda, J. y Torres, L. (2004). Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. *Colombia Médica*, 35(2), 62-68.

Villafañe-Ferrer, L. y González-Navarro, R. (2017). Comportamientos de riesgo y nivel de conocimiento de infecciones de transmisión sexual en estudiantes universitarios. *Duazary*, 14(2), 160-168. Doi: 10.21676/2389783X.1964

Zuloaga-Posada, L., Soto, C. y Jaramillo, D. (1991). Comportamiento sexual y problemas de salud en adultos jóvenes, Universidad de Antioquia. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, 119(3).





## **FANTASÍAS SEXUALES DE UNA PERSONA TRANSGÉNERO EN LA PRISIÓN**

# **24-33**

### **AUTOR**

Por: Abdón Ribero Ardila.  
Psicólogo clínico. Mg. Terapias Psicológicas de  
Tercera Generación.



## Introducción

El rol del psicólogo clínico en el proceso de intervención psicológica con las personas transgénero se ha transformado con el tiempo, ya que históricamente se llegó a hablar de opresión en la relación entre el profesional y el cliente de la comunidad trans, pero una percepción diferente y un cambio actitudinal del psicólogo demostró que la relación cliente terapeuta es clave para el éxito de la psicoterapia, o de las acciones que se propongan en atención a las necesidades de las personas trans (Vásquez, Nazario y Sayers, 2012).

Volviendo la mirada hacia el debate en torno a la despatologización del diagnóstico “Disforia de Género”, para la inclusión o exclusión social de las personas transgénero en Colombia, después de una revisión crítica sobre los conceptos y las significancias en los diferentes referentes sociales dentro de un marco de diferencia frente a un diagnóstico clínico, una persona gay o lesbiana no necesita tratamiento médico por su orientación sexual, por el contrario, muchos hombres y mujeres transexuales necesitan atención médica para la atención de sus cambios corporales como lo son la terapia hormonal y las cirugías estéticas (Verástegui, 2013).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V, define al transgénero como el conjunto de individuos que se identifican de forma transitoria o permanente con un género diferente de su sexo natal (American Psychiatric Association, 2013).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud en su Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11, incorpora lo que llama "incongruencia de género" en el apartado de "condiciones relativas a la salud sexual" acompañado a otras concepciones como "disfunciones sexuales" o "trastornos relacionados con dolencias sexuales". (Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11, 2018).

El cambio de la OMS según la clasificación de la CIE-11 publicada en 2019, tardará en implementarse entre uno y dos años desde entonces, por tal razón se actualizará la CIE-10 mientras se hace efectivo el cambio que modificará el nombre a "incongruencia de género" e incorporará la transexualidad en un apartado denominado "factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud" como lo vislumbró (Borraz, 2017).

Por su parte es importante resaltar que el deseo sexual en el ser humano son determinantes tres dimensiones: Estructuras neurofisiológicas, disposición cognitivo emocional y estímulos sexuales, capaces de aflorar el deseo sexual, según este planteamiento es necesaria una disposición emocional y cognitiva que permita a una persona ser receptiva a los estímulos sexuales según (Fuertes y López, 1997).

En el proceso de identidad y de identidad de género, se hace importante profundizar sobre aspectos de gran relevancia en las personas con variaciones de identidad de género, en el caso del travestismo donde se toma de forma fetichista, personas de sexo masculino erotizan su travestismo fantaseando una figura voluptuosa y visiblemente femenina, aceptando permitiendo que vivan un rol femenino y evidenciando que estas personas estén libre de cualquier patología (Useche, 2005).

Es decir para Robles, Rebeca et ál. (2016) la despatologización de la CIE-11 de la condición transgénero se convierte en un avance importante en la disminución del estigma y el rechazo social y de mayor utilidad clínica en la identificación de los problemas y necesidades de las personas que consultan en condición de transgénero, partiendo del reconocimiento como persona.

Por esta razón Useche (2000) en un estudio de caso de incongruencia de género pudo concluir algunos de los retos y responsabilidades de los profesionales de la salud de contribuir al bienestar de las personas que atraviesan conflicto de género.

En relación con las personas transgénero en prisión para Parra (2015) en un estudio de la comunidad LGTBIQ en las cárceles colombianas, describe la situación de las personas transgénero dentro de los establecimientos penitenciarios donde se logra identificar agresiones por parte del personal recluso, dificultades con sus cuerpos por algunas intervenciones y modificaciones a los mismos, tratos discriminatorios, manejo de enfermedades de trasmisión sexual, vulneración de sus derechos en algunos casos, por tal motivo algunas fundaciones hacen campañas de tolerancia a funcionarios penitenciarios y personas privadas de la libertad, para que se acepte y se respete la comunidad LGTBIQ.

Para poder describir este caso en particular la información se obtuvo en un establecimiento penitenciario colombiano por medio de una entrevista que más allá de pregunta respuesta esta se dio en un clima de alianza terapéutica y absoluta reserva de la identidad, donde la persona participante accedió voluntariamente, bajo el modelo de consentimiento informado para dar a conocer sus vivencias frente al tema.

*“En las noches en mi celda siempre fantaseo con tener a mi lado un hombre que sea cariñoso, tierno que me bese todo el cuerpo y me haga el amor como a toda una mujer”.*

## Su reconocimiento como homosexual

Desde que tenía uso de razón sentía atracción por personas del mismo sexo, a los trece años después de la muerte de su madre se declaró abiertamente homosexual, ella murió sin saberlo, a partir de ese momento sus hermanos y su padre lo rechazaron y lo confinaron a vivir en la calle, se desempeñaba como estilista en un salón de una persona tras género.

*“Una debe apoyarse entre las amigas, somos muy unidas”.*

También practicaba la prostitución como preferencia, dentro de sus experiencias sexuales siempre estuvo presente jóvenes inquietos de calle que se desempeñaban en un rol activo en las prácticas del sexo.

A los quince años decide hacer su transformación e iniciar a vestirse de mujer, desde ese entonces lo realiza hasta hoy después de los cuarenta años, “Todo lo que tenga que ver con mujer lo amo, el maquillaje la ropa, lástima que acá no me puedo vestir como una diva que soy”, en ese momento su cabello largo esta dividido en dos trenzas y un adorno sobre su cabeza, sombra celeste sobre sus parpados que resaltan su color de piel morena. Dentro de las formas de familia reconoce que la suya es su hijastra la hija de su única pareja sentimental estable, aunque clandestina ya que era un hombre casado, relata que se crío viéndolos como pareja.



## Una preferencia sexual que condena

***“Ellos los más jóvenes son inquietos les gusta explorar y sobretodo son amantes del sexo frecuente y muy apasionados”***

Siempre prefirió a los más jóvenes para su satisfacción sexual, en esos devenires de cada día siempre habían más jóvenes que querían experimentar nuevas sensaciones sexuales y nunca imaginó que esto podría desencadenar la tragedia de encontrarse inmersa en un delito por el cual se encuentra privada de la libertad, Abuso de menores. *“Él era quien debería estar preso por mí ya que fue el que disfruto del acto, él fue el que me buscó fue un acto consentido además obtuve una enfermedad de trasmisión sexual gracias a ese encuentro”*, lo detuvieron por abuso a menores con una condena de veinte años de prisión hasta la fecha lleva seis calendarios.

## La prisión y el mito de la violación

***“Mi primer día en la cárcel me presenté como mujer y no me querían dejar la ropa que tenía por qué no era permitido, sólo un guardia me dejó tener mi ropa interior femenina”.***

Su primer día en la cárcel fue difícil ya que ingreso con mucho miedo por aquello que decían que quienes ingresan a la cárcel por violación pagan sus actos de la misma manera, “Abrieron las puertas de la cárcel era grande y con mucha gente, estaba muerta del miedo y vestida de mujer pero la verdad no fue como lo pensé me recibieron unas amigas Trans que me ayudaron a vivir ese amargo momento”.

Dice no ser feliz al sentirse restringida por todas la normas que se deben cumplir dentro de la prisión, también por los poderes que se manejan por drogas las

cuales dice alguna vez consumió estando en libertad, asegura no haber consumido en la cárcel ya que no lo considera como una opción válida. Por su condición ha recibido agresiones verbales por parte de los internos quienes hasta el día de hoy tienen dificultad para aceptar que es diferente.

***“Me gustaría que hicieran una reunión frente a todos los internos donde se les dijera que deben tolerar a las Trans y a las personas que piensan y sienten diferente a ellos”.***

Pertenece al grupo de privados de la libertad que se reconoce como comunidad LGTBIQ dentro del penal, una población que se incluye dentro del llamado “Enfoque diferencial” en el contexto penitenciario dirigido a la orientación y apoyo, dar a conocer sus derechos dentro de la cárcel y como acceder a ellos, aspectos relacionados con: el solicitar visita íntima y el poder expresar abiertamente su condición de transgénero, el cual dice sentirse orgullosa de ser una mujer, utilizar prendas de mujer y verse como una mujer, en principio tuvo dificultades con algunos funcionarios del establecimiento penitenciario quienes le pedían quitarse los pendientes cuando la trasladaban a las remisiones pero con el tiempo las cosas fueron cambiando.

***“Los funcionarios de la cárcel me han entregado información valiosa para hacer valer mis derechos como mujer tras, cosas que antes no sabía”.***



## Fantasías sexuales tras las rejas

***“Ellos prefieren el sexo oral, este los hace sentir placer, pero yo prefiero la penetración siempre la busco.”***

Son innumerables las fantasías que un Trans puede experimentar dentro de una prisión, momentos situaciones y es que cualquier cosa puede suceder por eso siempre lleva consigo protección para poder entregarse en un encuentro sexual en un espacio tan restringido como lo es una cárcel, los baños, escaleras, el colegio y otros lugares son propicios para la satisfacción de esas fantasías.

***“Algunos hombres se me acercan con el deseo de probar mi debilidad por ellos, me hacen ofertas de sexo casual y rápido pero yo trato de cumplir con las reglas de la cárcel, claro que a veces se me olvida”.***

Entre sus preferencias están los hombres blancos y musculosos siempre desea uno de ellos en su celda para compartir noches interminables de sexo, pero su compañero de celda es alguien que no ha querido aceptar su condición sexual según relata.

***“las Trans sabemos cuándo alguien es homosexual y él lo es, solo que no me quiere decir y el asegura que le gustan las mujeres”.***

Respecto al tamaño del miembro su preferencia es por hombres que estén dotados de un tamaño que a la vista sea notoria y de grandes proporciones, pero asegura que si un hombre es tierno y cariñoso, y un caballero con ella el tamaño pasa a un segundo plano.

***“Lo importante es que me haga sentir una mujer completa, eso es todo para mí”.***

Sostuvo una relación con un interno de otro pabellón iniciaron mirándose por

la ventana se hacían señales, exhibían sus partes íntimas y se masturbaban pero su relación se acabó cuando él leyó la carta donde ella le hacía una propuesta.

***“le escribí que hiciéramos la solicitud para pedir nuestra visita conyugal me confesó que era casado, entonces he estado un poco mal por eso y no he dejado de pensar en él”.***



## ¿La vida después de la prisión ?

Contempla la posibilidad de una reasignación de sexo pero la ve lejana por la falta de dinero esto lo considera como lo ideal para ser completamente mujer.

**“Alguna vez tome hormonas intentaron salirme senos pero no fue posible seguir con ello lo hice porque una amiga me lo regalo”.**

Recuperar a quien llama como su hijastra la cual siempre ha estado a su lado inclusive en estos momentos difíciles en la cárcel, tener una casa y sobre todo poder tener un hombre a su lado que le dé su lugar como mujer que la ame y la respete como siempre lo ha soñado. Por ahora continúa en su celda cumpliendo con su pena a la espera del hombre blanco, musculoso y dotado con el que fantasea.

**“Siempre sueño con un hombre alto, blanco musculoso dotado que me envuelve en sus brazos y me hace suya”.**



## REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (2013). En Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.).

Borraz (31, Enero 2017). La OMS dejará de considerar la transexualidad un trastorno, pero pasará a llamarla "incongruencia de género" eldiario.es Recuperado [http://www.eldiario.es/sociedad/OMS-considerar-transexualidad-trastornocondicion\\_0\\_607189929.html](http://www.eldiario.es/sociedad/OMS-considerar-transexualidad-trastornocondicion_0_607189929.html)

Fuertes, A. M. & López, F. S. (1997). Aproximaciones al estudio de la sexualidad. Salamanca: Amarú.

Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades 11.a (CIE-11) revisión Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud Edición 2018. Disponible: <https://icd.who.int/es>

Parra Pérez, L. C. (2015). LA VERDAD DE LA COMUNIDAD LGTBI EN LAS CÁRCELESCOLOMBIANAS (Bachelor's thesis, Universidad Militar Nueva Granada).

Robles, R., Fresán, A., Vega-Ramírez, H., Cruz-Islas, J., Rodríguez-Pérez, V., Domínguez-Martínez, T., & Reed, G. M. (2016). Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 850-859.

Useche, B. (2005). Medicalización, erotismo y diversidad sexual: una crítica sexológica al DSM-IV-TR. *Sexología Integral*, 2(2), 87-95.

Useche, B., & Villegas, D. (2000). Estudio de un caso de "incongruencia de género"(transexualismo) en Colombia. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 6(1), 63-77.

Vázquez-Rivera, M., Nazario-Serrano, J., & Sayers-Montalvo, S. (2012). Actitudes hacia Gays y Lesbianas en psicoterapia de estudiantes graduados/as de psicología y psicólogos/as clínicos/as con licencia. *Interamerican Journal of Psychology*, 46(3), 435-446.

Verástegui Mejía, D. A. (2013). Implicaciones Psicosociales de la Despatologización de la Disforia de Género para la Inclusión o Exclusión Social de las Personas trans en el Contexto Colombiano (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia).