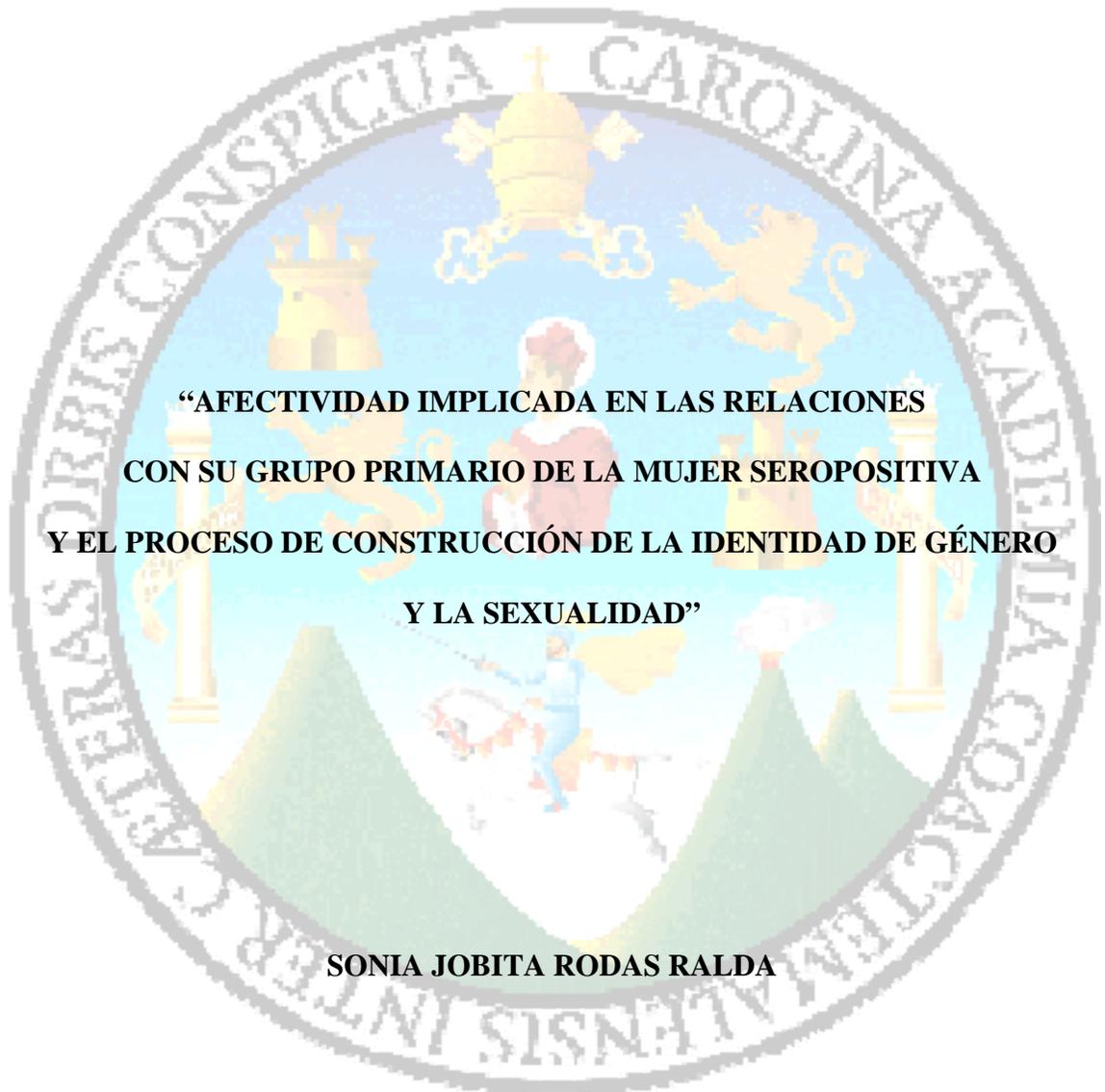


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**



**“AFECTIVIDAD IMPLICADA EN LAS RELACIONES  
CON SU GRUPO PRIMARIO DE LA MUJER SEROPOSITIVA  
Y EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO  
Y LA SEXUALIDAD”**

**SONIA JOBITA RODAS RALDA**

**GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2009**

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**“AFECTIVIDAD IMPLICADA EN LAS RELACIONES  
CON SU GRUPO PRIMARIO DE LA MUJER SEROPOSITIVA  
Y EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO  
Y LA SEXUALIDAD”**

**INFORME FINAL DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO  
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO  
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**POR**

**SONIA JOBITA RODAS RALDA**

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE  
PSICÓLOGA**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIATURA**

**GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2,009**

## **MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO**

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín

**DIRECTORA**

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes

**SECRETARIA**

Doctor René Vladimir López Ramírez

Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo

**REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS**

Ninette Archila Ruano de Morales

Jairo Josué Vallecios Palma

**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

**ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

C.c. Control Académico  
EPS  
Archivo  
REG.293-2008  
CODIPs. 1453-2009

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

05 de noviembre de 2009

**Estudiante**

Sonia Jobita Rodas Ralda  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

**Estudiante:**

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto CENTÉSIMO PRIMERO (101º) del Acta VEINTISIETE GUIÓN DOS MIL NUEVE (27-2009) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 27 de octubre de 2009, que copiado literalmente dice:

**"CENTÉSIMO PRIMERO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **"AFECTIVIDAD IMPLICADA EN LAS RELACIONES CON SU GRUPO PRIMARIO DE LA MUJER SEROPOSITIVA Y EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO Y LA SEXUALIDAD"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**SONIA JOBITA RODAS RALDA**

**CARNÉ No. 200317412**

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por la Licenciada Paula Cecilia López Vásquez y revisado por el Licenciado Emerson Amilcar Paredes. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanés  
**SECRETARIA**

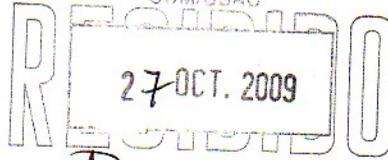


Velveth S.



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-  
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas  
Recepción e Información  
CUM/USAC



Firma: JP hora 18:00 Registro 293-08

Reg. 293-2008  
EPS. 095 -2008

26 de octubre del 2009

Señores Miembros  
Consejo Directivo  
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha asesorado, revisado y supervisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Sonia Jobita Rodas Ralda**, carné No. 200317412, titulado:

**"AFECTIVIDAD IMPLICADA EN LAS RELACIONES CON SU GRUPO PRIMARIO DE LA MUJER SEROPOSITIVA Y EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO Y LA SEXUALIDAD."**

De la carrera de Licenciatura en Psicología

Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo del Licenciado Emerson Amilcar Paredes, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada **Claudia Rossana Rivera**  
**COORDINADORA DE EPS** USAC



/Dg.  
c.c. Control Académico



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 293-2008  
EPS.095 -2008

26 de octubre del 2009

Licenciada  
Claudia Rossana Rivera Maldonado  
Coordinadora del EPS  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
CUM

Respetable Licenciada:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Sonia Jobita Rodas Ralda**, carné No. **200317412**, titulado:

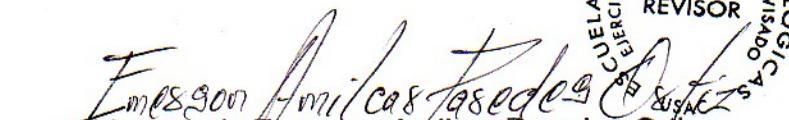
**"AFECTIVIDAD IMPLICADA EN LAS RELACIONES CON SU GRUPO PRIMARIO DE LA MUJER SEROPOSITIVA Y EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO Y LA SEXUALIDAD."**

De la carrera de Licenciatura en Psicología

Así mismo, informo que el trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por este departamento, por lo que me permito dar la respectiva APROBACIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
Licenciado Emerson Amilcar Paredes Ortiz  
Revisor

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS  
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO  
REVISOR

/Dg.  
c.c. Expediente



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 293-2008  
EPS.095 -2008

02 de octubre del 2009

Licenciada  
Claudia Rossana Rivera Maldonado  
Coordinadora del EPS  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
CUM

Respetable Licenciada:

Informo a usted que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Sonia Jobita Rodas Ralda**, carné No. **200317412**, titulado:

**"AFECTIVIDAD IMPLICADA EN LAS RELACIONES CON SU GRUPO PRIMARIO DE LA MUJER SEROPOSITIVA Y EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO Y LA SEXUALIDAD."**

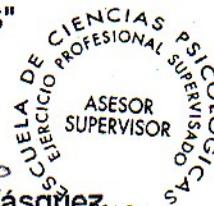
De la carrera de Licenciatura en Psicología

En tal sentido, y dado que cumple con los lineamientos establecidos por este Departamento, me permito dar mi APROBACIÓN para concluir con el trámite respectivo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
Licenciada Paula Cecilia López Vásquez  
Asesora-Supervisora



/Dg.  
c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico  
EPS

Archivo

Reg.293-2008

CODIPs.850-2008

De Aprobación de Proyecto EPS

13 de mayo de 2008

Estudiante

Sonia Jobita Rodas Ralda

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto TRIGÉSIMO QUINTO (35o.) del Acta DOCE GUIÓN DOS MIL OCHO (12-2008) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 08 de mayo de 2008, que literalmente dice:

**"TRIGÉSIMO QUINTO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **"AFECTIVIDAD IMPLICADA EN LAS INTERRELACIONES DE LA MUJER VIH POSITIVA CON SU GRUPO PRIMARIO Y EL PROCESOS DE CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**SONIA JOBITA RODAS RALDA**

**CARNÉ No. 200317412**

Dicho proyecto se realizará en ciudad capital, asignándose a la Licenciada Flor de María Díaz, quén ejercerá funciones de supervisión por la parte requirente, y a la Licenciada Paula Cecilia López Vásquez, por parte de esta Unidad Académica. El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN.**"

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes  
SECRETARIA



/rut



**CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS  
HOSPITAL ROOSEVELT**

**Oficio-CLIN-INFE-PSICOLOGIA/CL 17-002-2009**

Licenciada  
Claudia Rossana Rivera Maldonado  
Coordinadora EPS  
Centro Universitario Metropolitano  
Presente

Estimada Licda. Rivera:

Por medio de la presente hago constar que la estudiante Sonia Jobita Rodas Ralda, quien se identifica con carné No. 200317412, realizó su estudio profesional supervisado, titulado "AFECTIVIDAD IMPLICADA EN LAS RELACIONES CON SU GRUPO PRIMARIO DE LA MUJER SEROPOSITIVA Y EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO Y LA SEXUALIDAD" en la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, en el periodo de febrero 2008 a abril 2009, tiempo durante el cual demostró cumplimiento, responsabilidad, honradez y calidad humana.

Para los usos que la interesada convenga se extiende la presente el día catorce del mes de octubre de dos mil nueve.

Atentamente,

Licda. Flor de María Díaz  
Coordinadora de Psicología  
Clínica de Enfermedades Infecciosas  
Hospital Roosevelt

Vo. Bo. Dr. Carlos Rodolfo Mejía  
Jefatura  
Clínica de Enfermedades Infecciosas  
Hospital Roosevelt



C.c./Archivo

Trabajamos por tu salud, no es el fin de una vida... es un nuevo inicio.

**Interior Hospital Roosevelt**

**Calzada Roosevelt, zona 11**

**Telefax 2471-4728, 2471-0341, 245-4304, 2475-1138**

## **ACTO QUE DEDICO**

**A DIOS:** Porque su espíritu ha permitido cada acto de mi vida y alcanzar uno de los objetivos más anhelados.

**A MI ESPOSO:** Arturo Pérez Lam  
Mil gracias por su apoyo incondicional.

**A MIS HIJOS:** Walter, Marlon y Christian  
El triunfo hoy obtenido sea para ellos recompensa por su comprensión en estos años de estudio.

**A MIS PADRES:** Manuel de Jesús Rodas Herrera  
Estela Ralda de Rodas (QEPD). Amor y ejemplo que ha inspirado una superación constante en mi vida.

**Y HERMANOS:** Mary, Blanqui y Giovanni  
¡GRACIAS!

## **AGRADECIMIENTOS**

**A:**

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Por el orgullo de formar parte de la familia sancarlista.

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Por ingresar a las aulas universitarias y acceder a la educación superior.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Lugar donde laboro, por la comprensión en el trabajo y el apoyo en mis estudios.

CLINICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL HOSPITAL ROOSEVELT

Por el apoyo material y humano imprescindibles para la realización del EPS

MUJERES, PACIENTES DE LA CLINICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

DEL HOSPITAL ROOSEVELT

Por sus muestras de cariño. Gracias.

## INDICE

PÁGINA

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

### **CAPITULO I : ANTECEDENTES**

DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN.....	1
DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN .....	5
ANÁLISIS DEL CONTEXTO.....	7
Eje ideológico-político.....	7
Eje económico.....	9
Eje social.....	12

### **CAPITULO II:**

#### **MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL Y METODOLÓGICO**

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
OBJETIVOS.....	20
Objetivo General.....	20
Objetivos Específicos .....	20
MARCO METODOLÓGICO.....	22
Principios Metodológicos.....	24
Visualización del Proceso de Trabajo.....	28
Técnicas.....	30
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	40
Proceso de Configuración Afectiva.....	41
Grupo Primario e Identidad Social.....	45
Configuración Subjetiva.....	46
La Configuración Subjetiva desde la Perspectiva de Género.....	48
La Sexualidad, la vulnerabilidad de las personas y el VIH-Sida.....	52

### **CAPITULO III**

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	57
---	----

### **CAPITULO IV**

CONCLUSIONES.....	70
-------------------	----

RECOMENDACIONES.....	72
----------------------	----

BIBLIOGRAFÍA.....	73
-------------------	----

ANEXOS.....	75
-------------	----

## **RESUMEN**

El Ejercicio Profesional Supervisado –EPS– se realizó en la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt durante el año 2008 y versó sobre “AFECTIVIDAD IMPLICADA EN LAS RELACIONES CON SU GRUPO PRIMARIO DE LA MUJER SEROPOSITIVA Y EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO Y LA SEXUALIDAD”. La perspectiva teórica que se adoptó es la denominada Epistemología Cualitativa del Dr. Fernando González Rey, la cual propone la categoría de la Subjetividad, como un elemento para definir una psicología que conlleve la visión de los seres humanos como sujetos activos, creativos y llenos de las posibilidades de ruptura y cambio de la realidad circundante y sus circunstancias. Desde ahí se hace una valoración de las condiciones sociales de los casos de las mujeres seropositivas objeto de estudio, del grupo de discusión dentro de una situación de vulnerabilidad. Se utilizó la categoría de afectividad, como punto de entrada a las distintas dimensiones de la subjetividad de dicho grupo. Las técnicas utilizadas facilitaron la comunicación entre los sujetos involucrados y se pensó en dar un aporte a la creación de condiciones de cambio de la situación de las mujeres seropositivas involucradas. Dentro de las principales conclusiones alcanzadas pueden sintetizarse que, al irse adentrando en las historias particulares de las mujeres, se ve la tragedia personal que ha significado el haber sido infectadas por sus parejas y lo que esto ha implicado en términos de su salud, tanto para ellas, como a sus hijos/as. Pero además del drama personal, puede verse condiciones estructurales como la exclusión social, la explotación y la discriminación que han creado el contexto de alta vulnerabilidad, que han impactado en las vidas de las mujeres del grupo abordado.

# INTRODUCCIÓN

El presente informe de EPS de Psicología es la sistematización de la experiencia de acompañamiento a mujeres pacientes seropositivas que asisten a la Consulta Externa de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt.

Las mujeres con las que se trabajó provienen de contextos sociales donde la pobreza y la exclusión definen ciertas dinámicas de relación humana marcadas por la discriminación y la opresión de género.

El ser vulnerable no es por tanto una condición inherente a los seres humanos, si no que se puede explicar desde las condiciones sociales, en las que las personas desarrollan su práctica social. El proceso de construcción de la identidad de género, hay que visualizarlo como parte de un proceso más amplio de configuración subjetiva.

En tal sentido dicho proceso tiene una naturaleza integral y tiene que ser visto, como un proceso donde elementos del psiquismo humano como la afectividad son estructurados en una lógica de integración con otros contenidos del mismo.

En el caso del grupo de mujeres con el que se trabajó, pudo evidenciarse que algo que hay que tomar muy en cuenta son las diversas expresiones de su afectividad y cómo estas tienen un fuerte impacto en la relación con su grupo primario y a la vez cómo dicha relación tiene un impacto en el soporte que el grupo mencionado pueda brindar a ellas.

Las investigaciones sobre VIH/Sida realizadas en su gran mayoría, no consideran la mirada de género las indagaciones científicas realizadas en el mundo y en nuestro país, han estado centradas en lo que ha sucedido con la pandemia en el mundo masculino. Sólo en los últimos años se han realizado estudios sobre lo que sucede con las mujeres entorno a la prevención y en relación con la cuestión identitaria respecto a ser mujeres seropositivas.

Si indagamos en lo relativo a la sexualidad de las mujeres nos damos cuenta de que, en gran medida, se sustenta en el modelo patriarcal. Por una parte hemos visto anteriormente que los trabajos se orientan hacia el eje de prevención en cuanto pretenden limitar el ejercicio de la sexualidad de las mujeres que no estén viviendo con el virus del VIH. De diversas maneras: evitar los encuentros sexuales esporádicos; mantener la fidelidad hacia la pareja única o abstenerse a práctica sexual etc. Por otra parte las mujeres seropositivas en gran parte de las investigaciones se les invulneran sus derechos sexuales y reproductivos en tanto se cuestiona al derecho de la maternidad así como el ejercicio de las práctica sexual penetrativa, afirmando el riesgo de la transmisión antes que su derecho al deseo y la libre elección de practicas sexuales.

Las mujeres como singularidad cultural experimentan una nueva demostración de la presencia de poder con la aparición pública hace dos décadas y media de esta pandemia que afecta la población humana. Esta enfermedad ha demostrado que el patriarcado, como construcción cultural, se mantiene vigente como estructura de dominación. Sabemos que la enfermedad se transmite a través de conductas sexuales de riesgo, y en esta condición de riesgo la mujer es considerada, una de las variables de transmisión.

Para concluir al ser la vía sexual aquella de mayor contagio del virus y se consideró que la sexualidad es uno de los dispositivos que sostienen las conductas de dominación patriarcal que el mundo masculino ejerce y mantiene, la condición patriarcal es una variable que se debe considerar al momento de analizar las circunstancias que han provocado que el contagio se haya ido incrementando en las mujeres en relación con el contagio de los hombres, acortando la brecha entre ambos porque las restricciones implican más a la mujer, mientras que el hombre mantiene una práctica sexual libre.

Este trabajo se propone como objetivo: analizar desde una perspectiva de género las conductas detectadas en el entramado social sobre las mujeres seropositivas; y en conexión con este propósito dar cuenta de las diversas conductas que las mujeres asumen frente a su condición. Se focalizó a partir de dos dimensiones de la condición humana que configuran a la mujer como un ser de calidad de vida total como lo son la sexualidad y la afectividad.

# **CAPITULO I**

## **ANTECEDENTES**

### **DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN**

La Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt es la división de seguimiento por Consulta Externa de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Departamento de Medicina Interna, ubicada en la zona 11 del área metropolitana del departamento de Guatemala. La clínica cumple con un horario de atención en consulta externa de Adultos, pediatría y maternidad de lunes a viernes de 7:00 a 18:00 horas, cuenta también con un área de hospitalización o encamamiento, la cual funciona las 24 horas del día, los 365 días del año, con un horario de visitas de 12:00 a 14:00 horas, los días martes, jueves, sábados y domingos.

El personal multidisciplinario que labora en la clínica es dirigido por el Doctor Carlos Mejía Villatoro. La clínica presta diversos servicios entre los que podemos mencionar: la consejería, tamizaje voluntario, diagnóstico, enfermedades oportunistas, así mismo atiende otro tipo de infecciones como Hepatitis virales y crónicas, enfermedades de transmisión sexual y enfermedades de Chagas.

La Clínica nació en los años 70 como una necesidad de brindar seguimiento a los pacientes del Departamento de Traumatología y Ortopedia con problemas infecciosos como: Osteomielitis Aguda y Crónica y Artritis Séptica.

Funcionó de esta manera hasta finales de la década de los 80, dando consulta una vez por semana.

En agosto de 1989 sin un sede fija inicia el diagnóstico y seguimiento de personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana que se empezaban a detectar esporádicamente en los servicios de encamamiento general del Departamento de Medicina. Funcionó de esta manera hasta finales del año 1992, cuando dado el crecimiento de la epidemia y de la demanda de atención, se inició un proyecto de Atención y tamizaje voluntario como un Programa conjunto de la entonces: Asociación Guatemalteca para la Prevención y Control del SIDA (AGPCS), con el financiamiento del Proyecto de Atención Materno-infantil (PAMI), que era auspiciado por la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) de Estados Unidos y el cual se desarrollaba simultáneamente en el Hospital General San Juan de Dios. Este proyecto funciona de 1993-1995, periodo durante el cual se desarrollaron muchas actividades conjuntas entre ambas clínicas.

A partir de 1996 la Clínica de Enfermedades Infecciosas con ayuda del Patronato de Asistencia Social del Hospital Roosevelt y el Programa Nacional de SIDA, inicio su actividad de manera independiente en el espacio físico de la Consulta externa II, en el área física donde funciona actualmente la toma de muestras del Departamento de Laboratorios clínicos para los servicios medico-quirúrgicos. (Clínica Numero 8) A partir del año 2000 con el apoyo de las autoridades hospitalarias y el Patronato de Asistencia Social se trasladó al área actual de Consulta externa Numero 1, en la Clínica Numero 17, en donde funcionó hasta el mes de octubre del año 2007.

En el año 1999 se inició la participación del equipo médico y para-médico en estudios de investigación clínica para el tratamiento de infecciones fúngicas, particularmente Candida y Criptococo, así como en dos proyectos de investigación con antiretrovirales que se han constituido en las primeras experiencias de manejo de antiretrovirales en el país, de manera

similar a como lo hace la Clínica Familiar Luis Ángel García del Hospital General San Juan de Dios.

En el año 2000 se iniciaron conversaciones con la organización de ayuda humanitaria: Médicos sin Fronteras Suiza, para brindar acceso a Terapia Antirretroviral de Alta Eficacia en el Contexto de Atención Integral, el cual ha dado acceso hasta la fecha a tratamiento a 100 pacientes, con un límite en 130. Esta colaboración permitió mejorar la calidad de vida de muchos enfermos de SIDA, que de otra manera habrían fallecido.

El Programa contempla el acceso a medicamentos para la prevención primaria y secundaria de la mayoría de las Infecciones Oportunistas que aquejan a esta población. El periodo de colaboración de Médicos sin Fronteras permitió entre 2001-2004 y un tiempo de transición de apoyo logístico 2004-2005, brindar acceso a la terapia antirretroviral a más de 650 personas, de las cuales 525 estaban vivas al momento del traspaso de responsabilidades al Hospital, al Ministerio de Salud y Programa Nacional de SIDA.

Además de la Infección por VIH, la clínica atiende personas con Infecciones crónicas serias que requieren manejo más especializado, tales como: Osteomielitis Agudas y Crónicas, Artritis Sépticas, Hepatitis Virales Agudas y Crónicas, Micosis Sistémicas fuera del contexto de la Infección VIH, Infecciones de Transmisión sexual y Tuberculosis complicadas.

En el año 2002 se ha iniciado el seguimiento y tratamiento de la Enfermedad de Chagas en un Proyecto conjunto con la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Programa de Vectores del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana con proyectos que han fortalecido el diagnóstico microbiológico de las principales infecciones oportunistas que

afectan a las personas que viven con VIH, ha contribuido con los esfuerzos locales tanto de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Departamento de Medicina, como de la Sección de Microbiología del Departamento de Laboratorios Clínicos, a mejorar el pronóstico de las personas afectadas por infecciones serias provocadas por *Cryptococcus Neoformans*, *Histoplasma Capsulatum*, *Coccidioides Immitis* y *Micobacterium Tuberculosis* y proveer a Médicos, Químicos Biólogos, Patólogos Clínicos y Farmacéuticos en formación a desarrollar experiencia clínica en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos enfermos.

En lo que respecta al área de psicología, cumple entre sus múltiples funciones con brindar a los pacientes de la clínica 17 la atención Psicológica cuando requieran del servicio o sean referidos por los médicos después de su consulta; dar apoyo emocional a las personas recién diagnosticadas con la infección del VIH/SIDA, estimular el deseo de vivir y luchar contra los estigmas y la discriminación; realizar discusión de casos con el médico de la clínica 17; ofrecer el servicio a los familiares y afectados que requieran del servicio y estén afectados por la noticia de la infección.

En el año 2008 inicia el Programa de Epesistas en el Departamento de Psicología de la Clínica de Enfermedades Infecciosas, ingresando 4 estudiantes de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, llegando a formar parte del equipo de trabajo en la atención al PVVS, distribuidas dos en el servicio matutino y dos en el horario vespertino.

## **DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN**

La población atendida en la Clínica de Enfermedades Infecciosas No. 17 del Hospital Roosevelt fue aproximadamente 1,000 personas de las cuales 60% eran hombres y 40% mujeres. Las edades comprendidas en la mayoría de 25 a 45 años y en menor rango menores de edad y de edad avanzada.

La etnia mayoritaria es ladina que maya. En relación a la infección en las fases del VIH/SIDA, el mayor número de personas atendidas eran hombres en fase de SIDA y el de mujeres en fase VIH. La atención a la población de manera general fue diversa, se trabajó con hombres, mujeres, trabajadoras del sexo, privados de libertad tanto en Consulta Externa como en el área de hospitalización de las salas C y D donde se encuentran ubicadas las personas con enfermedades oportunistas y con Diagnóstico VIH/SIDA. La mayoría procedían del interior del país: Escuintla, Alta Verapaz, Zacapa, Chiquimula, Izabal, San Marcos, Petén y El Quiché; así como de la capital de los municipios de Mixco y Villanueva. Actividades laborales a las que se dedicaban: obreros, cocineros, panaderos, Maestros, venta de comida, artículos varios, etc., predominando la economía informal.

En lo que se refiere a la población objeto de estudio se trabajo con 8 mujeres seropositivas, comprendidas entre los 25 a 45 años. Las pacientes indicaron que fueron infectadas por sus esposos. En relación a la dependencia del alcohol indicaron que la mayoría de ellos lo consumían y uno de ellos fue deportado de Estados Unidos. La ocupación a que se dedicaban: una maestra, y las otras siete a la economía informal como realizar trabajo doméstico, venta de comida y mercadería suntuaria combinando sus funciones con las de

ama de casa. Estado civil: una casada, una soltera, y 6 unidas. Todas con residencia en el departamento de Guatemala, en los municipios de: Mixco (2), Villa Nueva (3); zonas 12, 21, y Ciudad San Cristóbal. La religión que profesaban: 5 católicas y 3 evangélicas. Con relación a la pertenencia étnica 7 de las participantes eran ladinas y 1 de etnia maya-Quiché, el número de hijos entre 1 y 4. Escolaridad: dos nivel diversificado, cinco únicamente primaria incompleta y una analfabeta.

## **ANÁLISIS DEL CONTEXTO**

El análisis contextual siguiente se define según la perspectiva de la realidad como un todo integrado, por lo que la división que se realiza, se hace en función de un recorte se elabora un marco general de la problemática particular de las mujeres como grupo poblacional, de la pandemia del VIH-SIDA y por tanto del impacto de la misma en dicho grupo.

La intención es aportar a la comprensión de la problemática, para que no sea vista simplemente como un problema de “personas enfermas” si no más bien como parte de las distintas problemáticas sociales existentes en Guatemala, y específicamente cómo dichas problemáticas tejen situaciones que crean las condiciones de vulnerabilidad y en las cuales la opresión de género en las mujeres, es importante de esta situación.

### **Eje Ideológico – político:**

El nivel ideológico se vincula íntimamente a la dinámica del poder, inherente al funcionamiento de toda formación social, como la sociedad guatemalteca.

El proceso de estructuración de ésta dimensión debe verse a fin de comprender cómo se han constituido los principales núcleos de poder, formas y mecanismos de opresión y las distintas concepciones del mundo y ocultamiento de condiciones sociales históricamente constituidas.

En Guatemala la etapa colonial y las distintas rupturas históricas como la revolución liberal y la de octubre de 1944, los grandes procesos de dictadura tanto personalistas (Manuel Estrada Cabrera/ 1898-1920) (Jorge Ubico/1930-1944), como militares (1960 - 1980) han dejado su cauda de muerte violencia y su impacto en la política y las ideológicas de los distintos actores, tanto subalternos como hegemónicos.

Lo anterior nos ha definido como una sociedad altamente autoritaria y donde los imaginarios colectivos tienden fuertemente a la discriminación, la descalificación y a la polarización. El ejercicio de la ciudadanía en estas condiciones ha estado marcado por la restricción y la precariedad, lo que en concreto ha definido una forma de ciudadanía restringida. Esto se evidencia en los mecanismos formales de participación, tal como los procesos electorarios, a los cuales es difícil llegar como candidatos, aún cuando la ley no presenta ninguna restricción, pero que en realidad éste mecanismo no garantiza elegir y ser electo.

El régimen de partidos políticos es la forma en la cual se organizan las acciones políticas, es predominantemente autoritario y excluyente y la cultura política que se ha constituido encarna dichas características, lo que obviamente es el resultado de la inexistencia de una experiencia política de carácter democrático. Dentro de este marco se han configurado concepciones de la realidad, marcadas por elementos de autoritarismo, discriminación, machismo, racismo, etc. elementos que se concretizan en las relaciones sociales polarizadas y dicotómicas. Lo descrito no está desvinculado de las condiciones socioeconómicas, presentadas por los pacientes atendidos en la clínica de Enfermedades Infecciosas.

En este sentido puede verse que la condición de vulnerabilidad emerge de dichas circunstancias y en lo ideológico se concretiza en encubrimientos y descalificaciones, en grupos como las mujeres y los pacientes VIH- positivos, implica una situación de discriminación por su situación que los define como peligrosos y ciudadanos de segunda clase, lo cual agudiza su condición.

### **Eje Económico:**

La sociedad guatemalteca se ha estructurado dentro de una lógica de acumulación de la riqueza basada en la explotación y expoliación de los grupos empobrecidos y oprimidos, los cuales han visto cómo su trabajo y la riqueza producida, les es arrancada y a cambio se les han ofrecido condiciones de vida llenas de pobreza, exclusión y precariedad.

Guatemala se incorpora al círculo económico mundial, en la época de consolidación del capitalismo mercantilista y refuerza dichos lazos durante la etapa de emergencia del capitalismo industrial y la expansión imperialista de los países de Europa. Lo anterior marca la estructuración de la economía hasta nuestros días, obviando los cambios mundiales, muchas lógicas, principalmente las expoliadoras y excluyentes han logrado reproducirse y seguir vigentes.

Al respecto es importante revisar algunos datos encontrados en el Informe de la Comisión Económica para América Latina y El Caribe, CEPAL (2008). En el cual se evidencian las principales características de dicho modelo. Según el informe la economía de Guatemala se desacelerará en 2008, cuando crecerá un 3,3 % 2,4 puntos menos que el 5,7 % anotado en 2007.

Por efectos de la crisis que afecta actualmente a la economía internacional, el crecimiento guatemalteco se reducirá a un 2% en 2009. El crecimiento en 2008 fue impulsado principalmente por la demanda externa y el consumo privado, señala el informe que la inflación pasará de un 8,7% el año pasado a un 10,9% en 2008, debido principalmente a factores de oferta, (CEPAL 2008).

Según el Informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2008), el déficit fiscal, en tanto, se reducirá a un 1,2% del PIB (1,5% en 2007) y aunque el

déficit comercial será alto (16% del PIB), la entrada de transferencias corrientes limitaría el saldo negativo de la cuenta corriente al 5% del PIB, que se financiaría con flujos de capital que además incrementarían las reservas internacionales.

Los datos anteriormente planteados dan cuenta de la dinámica del modelo de económico de Guatemala, el cual está basado en una especialización en las agro exportaciones, en el escaso valor agregado de la producción y poco preparada que está la economía y los distintos agentes económicos para enfrentar situaciones de agudización de la crisis, como en estos momentos están impactando al país. Hacen evidente igualmente el nivel de dependencia que tiene la economía de los flujos de capital externo y lo vulnerable de las distintas desaceleraciones que pueda tener la economía. Es importante señalar que a pesar de la marcada desaceleración económica, la economía guatemalteca no ha dejado de producir riqueza y que los niveles de inflación señalados, afectaran en mayor medida, como siempre a los sectores de menor poder adquisitivo. Cabe decir que es importante el identificar que los indicadores adversos que se han mencionados tendrán un impacto en la estructuración del presupuesto nacional, ya que al darse la situación mencionada, los niveles de captación de impuesta se reducen, lo que obliga muchas veces al recorte de los fondos de programas considerados “superfluos”, tales como los dirigidos a pacientes VIH-positivos, esto por un lado y por otro lado, porque al final de cuentas, las cifras macroeconómicas planteadas tienen un fuerte impacto en las economías familiares, agudizando las condiciones de vulnerabilidad ya existentes.

La CEPAL (2008) destaca que las autoridades gubernamentales darán prioridad a la política social, al desarrollo rural, la promoción de las pequeñas y medianas empresas (Pymes) y a

la seguridad pública y administración de justicia. Han procurado, además, consensuar normativas legales para que el gobierno disponga de ingresos estables y suficientes.

Al respecto y con relación a las PVVH que por el estigma y discriminación al virus se quedan sin empleo estas políticas favorecerían su condición económica ya que es frecuente que las mujeres queden viudas y con hijos y sin ingresos que les permitan llevar una vida digna.

En ese contexto, el PIB por habitante creció este año un 0,8% (3,2% en 2007), pero los salarios reales se desplomaron un 11%, frente a una baja de solo el 1,6% anotada el año pasado, (CEPAL, 2008). Debemos indicar que las PVVS tienen el agravante que además de tener que subsistir con salarios mínimos deben incurrir en gastos frecuentes como transporte para él y su pareja cuando tienen que venir a la capital por sus controles y medicamentos, esto hace que su condición económica sea muy limitada.

En Guatemala, durante el 2008, no hubo datos disponibles de empleo, el pasado marzo el Ministerio del Trabajo estimó una tasa de desempleo nacional del 5,5%, (CEPAL, 2008).

De acuerdo al informe de CEPAL (2008), el valor de las exportaciones se vio favorecido por los buenos precios, hasta totalizar unos 9.914 millones de dólares, un 15 por ciento más que en 2007, mientras las importaciones se incrementaron un 11 por ciento, a 16.166 millones. Los anteriores indicadores muestran la situación en que la economía en el país se ha visto afectada por la crisis mundial y que esto tendrá fuertes impactos en la situación social del país, lo que significará fuertes retrocesos en lo que respecta a las condiciones de vida de la población.

### **Eje Social:**

Un aspecto para entender la problemática abordada, pasa por conocer las condiciones sociales que generan la vulnerabilidad de los distintos grupos sociales desfavorecidos.

En este sentido es importante hacer la revisión de algunos datos que nos permitan analizar lo anterior. Cabe reconocer que en Guatemala a partir de las particularidades de su proceso histórico, se ha dado una acumulación de rezagos históricos, los cuales le han planteado a la población grandes limitaciones para el ejercicio de una ciudadanía formalmente existente, pero que en la realidad presenta grandes limitaciones para su concreción. Podemos ver en las siguientes cifras algunas de las condiciones que le plantean limitaciones de desarrollo humano a la población, al igual que grandes cargas de sufrimiento y vulnerabilidad.

Para el efecto haremos una revisión de lo expuesto en el Informe sobre el *Desarrollo Humano en Guatemala denominado La Fuerza Incluyente del Desarrollo Humano (2,000)*.

La población guatemalteca según este informe, muestra con datos de la Encuesta de Ingresos y Gastos Familiares que se encuentra dividida según el área Geográfica en **60.3 %** en el área rural y el **39.7%** en el área urbana, las mujeres representan un **51.2%** y **48.6 %** los hombres. Este informe señala que un elemento importante para conocer la situación de exclusión social, es la diferencia de los ingresos, recordando con ello, que Guatemala es uno de los países con mayor nivel de desigualdad en la distribución del ingreso. Situación que se evidenciaba en las pacientes que eran atendidos en la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt donde un porcentaje similar de personas provenían del área rural eran pobres y de pobreza extrema con relación al sector de la capital donde se reflejaban marcadores similares.

En este sentido el informe basándose en buena parte de los datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos Familiares (ENIGFAM, 1998), ubica entre otras cosas que *Hay más hogares rurales pobres que hogares urbanos pobres*, lo cual se puede ver en los porcentajes de 6% de familias con ingresos muy bajos en el área urbana y 30% en el área rural, lo que evidencia el mayor nivel de pobreza en dicha área. El otro aspecto que señala es que *hay más hogares pobres entre los indígenas que entre los no indígenas*, lo que se muestra en los porcentajes de los ingresos más bajos, lo cual registra un **11.8%** de los no indígenas y un **30.1%** de los indígenas; lo que plantea tres veces mas hogares indígenas pobres.

En términos del nivel de vida, el informe señala que *hay más hogares pobres con jefatura femenina que con jefatura masculina*, condición que se hace evidente en las mujeres del grupo objeto de estudio, el hecho de que la conducción del hogar la realizaban las mujeres, debido a que en la población estudiada 4 de los esposos presentaban la infección en fase SIDA lo cual las ubicaba con un nivel de ingresos inferior que en otros hogares, donde un hombre es el que esté al frente. Situación que muestra que en esta sociedad y específicamente en este grupo, el hecho de ser mujer, ya condiciona la posibilidad de ser pobre. En este sentido y como corolario de lo anteriormente apuntado se puede ver que los hogares con jefatura femenina, son más vulnerables a la pobreza. Y por último es importante señalar que las mujeres participan menos de la vida económica que los hombres, esto se muestra en el dato de que por cada **100** jefes de hogar, hay **6** fuera de la Población Económicamente Activa- PEA, en cambio en las mujeres por cada **100** jefas hay **41**. Con relación a la condición de actividad e inactividad, los datos plantean que de los jefes de hogar que forma parte de la PEA, entre el **36%** y el **47%** tienen empleo pleno, en

cambio de las jefas de hogar sólo el **25%** y el **36%** se encuentra en esa situación, hecho que se refleja en las mujeres del grupo estudiado, de las cuales solamente dos desempeñaban un trabajo remunerado. Otro dato que da el informe es la incidencia del género en la jefatura del hogar en la escolaridad de los hijos, informan que en donde la jefatura es femenina, la escolaridad de los hijos de 14 a 18 años, se ve en una diferencia de **5.33%** a **4.66%** de la masculina sobre la femenina (ENIGFAM, 1998). Los datos presentados con anterioridad son cifras que, poniendo énfasis en una lectura con perspectiva de género muestran cómo en la constitución de condiciones de exclusión social en Guatemala, existen tres grandes variables históricas, la de clase social, la de grupo étnico y la de género (ENIGFAM, 1998).

Más adelante el informe de ENIGFAM (1998), Señala las condiciones de exclusión de los que denomina “**poblaciones especialmente excluidas**”, entre las cuales señala: **la niñez, la juventud, los adultos mayores, las personas con discapacidad, las personas con una orientación sexual no heterosexual y los enfermos de SIDA**. Al respecto se presentan datos de esta última población que fueron particularmente importantes para efectos de este informe, los cuales muestran datos en torno a los casos detectados hasta momento en el país, los cuales son aproximadamente **50%**, la proporción por sexo de las personas reportadas es de 3 hombres por cada mujer, con más del **60%** en edades entre 19 y 39 años. En 1986 esta relación era de **6.5** por cada mujer, datos de 1998 muestran que esa distancia se redujo a **2.4** por cada mujer, lo que indica según dice el informe una feminización de la epidemia, lo cual ha dado como resultado la elevación de la denominada transmisión vertical (madre a hijo), la cual para 1999 se duplicó. El informe señala algunas de las

características socioculturales del país, que inciden fuertemente en la infección de la enfermedad:

El hombre tiene múltiples parejas sexuales y usa poco el condón. Esto expone a sus parejas a un mayor riesgo de infección, hecho que se hace evidente en la población estudiada, ya que cada una de las mujeres atendidas fueron infectadas por sus esposos, los cuales con frecuencia no utilizaban condón al momento de mantener una relación sexo genital, unos motivados por actitudes machistas o por alcohol.

- La mayor parte de las mujeres carecen de autonomía para tomar decisiones sobre su sexualidad y, por tanto, para protegerse de ITS y de VIH/ SIDA.
- El abuso del alcohol y la violencia del género favorecen los contextos de vulnerabilidad que facilitan una potencial infección, de los casos atendidos uno de los esposos presentaba problemas de alcoholismo severo mientras que el resto lo consumían ocasionalmente.

Algunos datos de la población atendida en la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, demuestran como se dio el contagio, es importante señalar el consumo del alcohol. En ocasiones han tenido relaciones sexuales con la pareja, sin su consentimiento y sin protección. Así mismo la migración y movilización por situación laboral, ya que algunos de los esposos trabajaban en el interior del país, lo que representa una condición para entender el tema de la infección.

Los datos anteriores muestran cómo las exclusiones históricamente acumuladas son condiciones que influyen fuertemente en creación de condiciones de vulnerabilidad de las personas y en el caso del grupo de mujeres acompañado, se evidenció la concreción de dichas situaciones, que plantean que, el ser mujeres es una condición para acrecentar el impacto de verse en determinado momento contagiada y a partir de ahí en una situación que las pone en mayor vulnerabilidad porque al mantener solo una pareja sexual se confía en la fidelidad de la misma.

Los datos evidencian una realidad en la cual las personas y los colectivos configuran su subjetividad, contenidos que se muestran en los sentidos y significados que se constituyen de dichas condiciones. Subjetividad individual, social y cultural se constituyen en partes de una misma realidad, que hay que entender para pensar en la generación de verdaderos cambios de las condiciones de las personas.

## CAPITULO II

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se pudo identificar, que las pacientes externan expresiones de emociones entre las que se encuentran los enojos desproporcionados que dijeron experimentar con el más mínimo inconveniente o sin ningún motivo aparente, el sentimiento de soledad y rechazo, así como también culpa.

En ocasiones simplemente recurrían a evadir la realidad de su situación, ya que al conversar con ellas manifestaban que todo estaba bien, tranquilo, y claro; pero habían sido enviadas a la clínica ya que necesitaban de apoyo para afrontar la situación de su diagnóstico y tratamiento.

Dicha situación plantea que en la estructuración de la identidad femenina, se configuran características de la subjetividad individual y colectiva, tales como culpabilización, postergación de sus necesidades ante la de los demás, asumir formas de subordinación y conformismo.

A partir de lo anterior se reconoce la implicación de la afectividad en la configuración de la identidad de género y cómo esto condiciona la constitución y manifestación de la afectividad.

Dentro de las expresiones que se encontraron en la experiencia que se acompañó podemos enumerar las siguientes:

*“No logro olvidar todo el sufrimiento que mi hijo sufrió antes de morir, me siento culpable y con mucha cólera contra mi esposo, él me infectó, me enteré de la infección al nacer mi hijo”. (Px. marzo de 2,008)*

Otra paciente dice:

*“Me siento muy afectada porque siempre había deseado un hogar con muchos hijos”. (Px. octubre de 2,008)*

Las anteriores expresiones evidenciaron la magnitud que para la vida de las mujeres tiene su situación actual y la importancia de abrir un espacio para abordar toda esa emocionalidad y fundamentalmente el drama humano ahí vivido.

En el proceso de acompañamiento con el grupo de mujeres, el factor tiempo también influyó de manera significativa, ya que en la clínica psicológica, el horario de funcionamiento en la jornada matutina, sólo contaba con quince minutos para realizar el asesoramiento, donde además de indagar sobre sus emociones también se debía reforzar la información sobre la enfermedad, tomando en cuenta que este aspecto es prioridad para el hospital. Sumado a esto, el hecho de que se debía reforzar la responsabilidad en relación a la toma del medicamento, teniendo que abarcar mucha información en corto tiempo, se hacía necesario establecer una empatía entre la psicóloga - paciente, para que ésta sintiera confianza de compartir sus sentimientos, emociones y temores.

Esta situación muestra que independientemente de lo definido y que exista un modelo de atención, muchas veces el mismo se ve desbordado por la demanda del servicio, lo que le resta calidad a la atención y la posibilidad de poder intencionar un proceso con una visión integral en perspectiva de constitución de sujetos sociales y en función de la emergencia se sacrifica la profundidad de la atención brindada.

En la jornada vespertina no se cuenta con todo el equipo multidisciplinario y los pacientes que son del interior del país que tienen necesidad de quedarse al día siguiente para continuar sus exámenes se encuentran con esta limitante porque es la trabajadora social la

encargada de buscar espacio en el albergue que esta ubicado dentro del Hospital, por lo que ellos tienen que ir pero como son del interior del país y el hospital es muy grande les cuesta ubicar el albergue que esta dentro del mismo y en el peor de los casos cuando llegan al albergue puede estar lleno y esto complica su situación porque son personas de escasos recursos.

La falta de privacidad no permitía a las pacientes exteriorizar sus sentimientos y emociones. De la misma manera la falta de comunicación con las pacientes hospitalizadas, debido a las condiciones de salud en las que se encontraban o incluso en algunos casos bajo sedantes.

Así mismo dentro de otras problemáticas también restricciones en los horarios de visita, únicamente son entre semana y en horario hábil de trabajo, así como no se permite el ingreso a niños, por lo que las pacientes no recibían apoyo moral y afectivo de sus familiares, principalmente porque en la mayoría de los casos, la familia reside en el interior del país y son de escasos recursos.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Acompañar a las mujeres del grupo de discusión en un proceso que permita identificar las configuraciones subjetivas implicadas en la relación de la paciente seropositiva con su grupo primario y fortalecer el empoderamiento de la calidad de vida sexual y afectiva.

### **Objetivos Específicos**

- Indagar en torno a las condiciones de configuración subjetiva sobre lo qué significa para ella el diagnóstico de VIH/SIDA.
- Elaborar conjuntamente con las integrantes del grupo de discusión, una interpretación del proceso subjetivo que configura su situación de ser mujer como condición de género y mujer seropositiva.
- Abrir un espacio de abordaje de la situación de las integrantes del grupo de mujeres asistentes a la consulta externa, que permita la definición de acciones grupales de mejoramiento sus condiciones emocionales de vida individual, familiar y grupal.
- Brindar acompañamiento psicosocial a pacientes hospitalizadas con infecciones oportunistas a fin de definir acciones de soporte emocional y enlace familiar.

Este último objetivo no estaba en la definición inicial de proyecto, pero se propuso al ser evidente la necesidad de soporte emocional que necesitaban las pacientes que se encuentran internas en esta área del hospital al igual que sus respectivas familias. Dichas personas están muchas veces en la fase terminal de la enfermedad y su condición es a veces

desatendida o con poca atención, de tal cuenta se vio la importancia de poder realizar dicha labor, la cual al final permitió conocer una arista de la problemática abordada.

## MARCO METODOLOGICO

La propuesta metodológica que se asumió en la presente investigación está basada en lo planteado por González Rey (2006), desde lo que él denomina “epistemología cualitativa”. Desde esta perspectiva se pudo identificar principios metodológicos como el que: la información y el conocimiento en la investigación y el abordaje, no se recopilaban, ni recababan, sino que se construían en un espacio de participación y diálogo entre la psicóloga y las mujeres seropositivas.

Como consecuencia de este principio la tradicional relación investigador-investigado, se replantea y deja de ser una relación sujeto-objeto, para pasar a ser dos sujetos en relación de conocimiento mediados por la realidad.

En este sentido fueron importantes los espacios conversacionales a partir de los cuales las mujeres podían desde una dinámica horizontal, realizar la construcción de información sobre su situación de vida cotidiana.

En este proceso de investigación existió la conducción de la psicóloga pero lo fundamental fue ser guiada por los elementos significativos de las mujeres seropositivas, esto al tomar en cuenta a lo que González Rey (2006) denomina “*zonas de sentido*” que son aquellas dimensiones de la subjetividad, las cuales se constituyeron en núcleos de significado para las mujeres y que fue desde allí donde la psicóloga pudo definir líneas y acciones de investigación e intervención, las cuales le permitieron la definición de investigación y la propuesta de trabajo dentro de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt con una visión mas amplia y coherente de lo que enfrentaban las mujeres viviendo con VIH/Sida en un proceso social de cambio. Las zonas de sentido de acuerdo con González Rey (2006) se constituyen en puntos de entrada de la indagación que se

realiza en todo proceso de investigación y/o acompañamiento, pues son elementos articuladores de los distintos contenidos subjetivos, que se han constituido en la práctica social de los sujetos.

Para esta investigación se buscaron diferentes formas de indagación las cuales fueron de forma directa a través de espacios conversacionales con las mujeres viviendo con VIH/Sida y otras de forma indirecta a través de su pareja o el equipo multidisciplinario a cargo de la atención a la mujer seropositiva.

La metodología tuvo una perspectiva participativa en la cual las mujeres fueron sujetas de dicho proceso y se pretendió que no se reprodujera una dinámica de revictimización con ellas. Se tomó en cuenta el enfoque liberador de Martín Baró (2005) cuando hace referencia que “la Psicología no puede ser simplemente una ciencia de recambio y compensación, sino un instrumento que posibilite el protagonismo de las personas y los colectivos y por consecuencia un elemento de liberación.” (p.225)

Como puede observarse en las categorías planteadas en el proyecto, están implicadas condiciones históricas, culturales y sociopolíticas. Desde esta perspectiva el abordaje metodológico no pudo ser pragmático, si no fue necesario realizarlo desde una visión compleja, integral e histórica. En este sentido el proceso de trabajo fue visualizado como un proceso donde las mujeres seropositivas serían sujetos del mismo.

En el proceso de acompañamiento que se intencionó desde este proyecto de EPS, todas las acciones fueron encaminadas a poder elevar los niveles de empoderamiento y protagonismo de las mujeres y de sus vidas, proceso que llevó a muchas complejidades y que por tanto no podía pensarse que la temporalidad del mismo, estuviera en correspondencia con el proceso de las mujeres, por lo que fue importante hacer una visualización del aporte dentro del

mismo y se definieron acciones en coherencia con las necesidades, concepciones y prácticas de las mujeres seropositivas..

Por tanto se reconstruye el marco metodológico, con la intención de servir para la acción comprometida con las integrantes de dicho grupo de mujeres.

### *Principios Metodológicos*

- **Los espacios de trabajo con los sujetos como espacios dialógicos:**

Se identificó que las acciones de acompañamiento fueran vistas como espacios de encuentro y construcción de conocimiento sobre la realidad de las mujeres. Estos momentos fueron vistos como espacios dialógicos, en los cuales prevaleció una lógica conversacional. En palabras de González Rey (2000). “En las conversaciones se construyen verdaderos trechos de información entre los participantes, quienes van ampliando su compromiso personal con el tema en proceso”. (p. 72). A diferencia de la epistemología centrada en la respuesta, el conversar no va dirigido a la producción de un contenido susceptible de ser significado de forma inmediata, por el mismo artefacto que lo produjo la conversación busca, ante todo, la emergencia del sujeto desde un compromiso total con su expresión. En este sentido los tramos conversacionales son inacabados, tensos, contradictorios manifestó las mismas características que tiene la expresión personal auténtica en cualquier campo de la vida.

Como puede verse la apertura de los espacios favoreció la construcción colectiva de un saber para la acción de las mujeres. En la experiencia de trabajo el principio guó la implementación de espacios como **grupos de discusión**, los cuales se convirtieron en espacios donde las mujeres pudieron compartir sus experiencias y abrir un diálogo con las

Epesistas. Igualmente los espacios de **consejería de pareja** daba la oportunidad de intercambiar la situación que estaban viviendo y las distintas formas de afrontamiento que ellos pudieran estar generando y el aporte profesional que pudiera dárseles, para el esclarecimiento de las formas de enfocar la situación.

- **Definir las acciones desde las necesidades de las mujeres seropositivas:**

Las acciones planteadas en el proceso no se definieron por los actores externos, sino por las propias mujeres dentro de la investigación, a partir de la definición de espacios particulares, para plantearse un distanciamiento de su realidad y poder hacer una identificación de las necesidades más sentidas y las que conllevaban una vinculación orgánica con prácticas de vida, sus concepciones, y por tanto, con los contenidos con mayor significado de su subjetividad. El poder partir en un proceso de acompañamiento de dichos contenidos es de suma importancia para la coherencia y sostenibilidad del mismo y el grado de compromiso de las mujeres en las acciones.

Desde el inicio se intencionaron espacios para poder identificar las necesidades que el grupo de mujeres presentó, se utilizó la **observación participante** a fin de generar un acercamiento a las personas y su pareja, con las cual llegaba en muchas ocasiones. Otra forma de realizar un acercamiento a las necesidades se dio en el espacio de consejería de parejas, ya que se podía conversar con los dos y poder ver su percepción sobre la situación vivida.

- **Visualizar a las personas como sujetos históricos y complejos:**

Entender a las mujeres desde su condición de historicidad fue fundamental para tener una comprensión integral de las condiciones que se articulan en su configuración y que conllevaba una mirada desde varios niveles, dimensiones y momentos de forma simultánea, el reconocer el carácter complejo de la condición humana.

Este principio marcó la relación de respeto hacia las personas y la percepción de las mismas.

El proceso del EPS fue un espacio con muchas limitaciones para poder ser totalmente coherentes, pero sí tuvo muy presente, el generar la comprensión del proceso de las mujeres, ya que fue importante comprender que por situaciones socialmente construidas, las mujeres se encontraban en condiciones de vulnerabilidad, la cual muchas veces no lograban entender en toda su magnitud.

- **La necesaria correspondencia entre la teoría, la metodología y las técnicas:**

En la definición de procesos de acompañamiento se superó la visión tradicional en la cual las técnicas pueden ser aplicadas y utilizadas como entidades en sí mismas y superar el instrumentalismo existente en las ciencias sociales y que tanto han limitado las posibilidades de la generación del conocimiento en las mismas. Al respecto González Rey (2000) afirma:

*Consideramos el instrumentalismo como la reificación del instrumento dentro de la actividad científica, que se define por considerarlo como la única vía legítima de producción de información.*

*Al mismo tiempo, esta reificación implica la definición de la legitimidad de la información producida por el instrumento a través de los criterios de construcción del mismo.*

*El instrumentalismo nació como una necesidad derivada de la búsqueda de objetividad, y se acompañó de la neutralidad como principio rector del uso de los instrumentos, pues estos son usados como medidor de la relación entre el investigador y el sujeto investigado eliminando las distorsiones que pueden aparecer como resultado del contacto subjetivo ente ambos. (p. 61)*

La anterior cita nos permitió argumentar en la vía de la ya mencionada correspondencia y articulación entre la metodología, las técnicas y los instrumentos y la necesidad de contar con una definición sobre el sujeto del proceso y las implicaciones teóricas y éticas de dicha definición, lo cual guió el proceso metodológico. Esta visión no plantea la necesidad de tener muy clara la perspectiva de trabajo, lo que en términos operativos implica la definición de objetivos claros y formas metodológicas de trabajo con sus respectivos procedimientos y técnicas que tuvieran correspondencia y no fueran contradictorios con la visión planteada. Por ejemplo los grupos de discusión se pensaron en la apertura espacios para dialogar con las mujeres, pero esto con la intención de que espacios con los de consejería complementaran la acción definida en estos y la información construida sirviera como insumo para la comprensión conjunta de su situación.

- **Los procesos de trabajo como procesos de construcción de sujetos sociales:**

Los anteriores principios plantearon necesariamente la situación de la construcción del conocimiento, desde las condiciones de vulnerabilidad de las mujeres y los grupos que la

padecen, definieron acciones de cara a poder replantear las condiciones que los colocan en condiciones de vulnerabilidad. Estas acciones fueron encaminadas al mejoramiento de las condiciones de vida, la organización en función de sus intereses, la identificación de sus derechos a los medicamentos que necesitaban, entre otras. El proceso, definió de inicio un carácter complejo de la realidad humana y su condicionamiento histórico.

### **Visualización del Proceso de Trabajo**

La concepción metodológica con la cual se estableció la relación de acompañamiento del grupo de mujeres seropositivas, hizo necesario el partir de sus condiciones concretas de existencia, lo cual conllevó el realizar un primer distanciamiento de una realidad cotidianamente vivida pero nunca reflexionada. Igualmente se partió de formas de pensamiento y acción del grupo e identificando acciones que en la medida de lo posible aportaran en torno a crear condiciones de cambio en niveles más profundos. Se asumió por tanto el esquema metodológico, el cual está enmarcado desde una concepción denominada dialéctica. Las siguientes fueron los momentos de trabajo:

#### **- Identificación de problemáticas y sus significados para las mujeres:**

Se partió de las condiciones más sentidas de las mujeres, lo cual se realizó en los primeros intercambios con el grupo, lo que implicó la reflexión de las condiciones existentes, y tocar situaciones íntimamente ligadas a sus relaciones de pareja y familiares y por tanto su afectividad, a partir de un manejo cuidadoso y respetuoso de las situaciones allí discutidas, y que fueron las que aportaron el contenido orgánico de las etapas posteriores del proceso.

**- Creación de espacios de reflexión, soporte y definición de acciones de cambio:**

Desde la lógica con la que se planteó la etapa anterior, se previó la necesidad de profundización y seguimiento de algunas líneas de reflexión y problematización que surgieron en el proceso, por ejemplo: la condición e identidad de género, la afectividad y sus formas de expresión en el grupo primario y la situación de vulnerabilidad y las formas de ejercicio de su sexualidad, entre otras. Al mismo tiempo al ir abriendo situaciones dolorosas se planteó un espacio de soporte y apoyo psicosocial tanto en lo individual como en lo grupal, esto se intencionó con la idea de definir, algunas acciones de cambio de las condiciones encontradas en la situación de las mujeres del grupo, las cuales podrían no definirse en el tiempo del acompañamiento del EPS, ya que por la misma naturaleza de la problemática, podría requerirse más tiempo del necesario para crear condiciones de acción social para el cambio o el grupo podría quedarse en un nivel de socialización de su problemática y afrontamiento de la misma.

**- Realización de acciones encaminadas al cambio y al fortalecimiento psico - social:**

La posibilidad de llegar a este momento, no pudo verse como algo mecánico y predeterminado, si no en función de los mismos contenidos que al proceso se agregaron, la experiencia y aportes del grupo, se llegó a un nivel de profundización de su situación que posibilitó la constitución de un nivel de conciencia de sus condiciones y visualización de la necesidad de acciones de cambio. En la situación concreta del grupo acompañado, fue importante el hecho como ellas pudieron desnaturalizar su condición de mujeres y vincularlas con la su problemática actual, y por tanto dejar de verse como una fatalidad; lo que llevó a sobreponerse en cierta medida a las condiciones que históricamente las han

vulnerabilizado. En todo caso llegar a este nivel dependió directamente del contenido de los momentos anteriores.

### **Técnicas**

Las técnicas utilizadas se plantearon en función de operativización y abordaje concreto, pero entendiendo que se da dentro del marco de la concepción metodológica arriba descrita, esto para plantear una superación al instrumentalismo fuertemente arraigado en las ciencias sociales, incluyendo a la psicología.

En este sentido se plantearon en primera instancia las siguientes técnicas:

#### **- *Observación participante:***

Fue utilizada para realizar observaciones en la cotidianidad del espacio institucional de la Clínica de Enfermedades Infecciosas, lo que permitió comprender a las integrantes del grupo de mujeres, en las distintas situaciones de su vinculación al espacio institucional y hacer una sistematización de lo observado, desde la presencia activa con los sujetos del proceso.

Con esta técnica se construyó la información sobre la condición de las mujeres. En este sentido se abrió espacios dialógicos y de intercambio entre las Epesistas y las personas sujetos del proceso. El compartir espacios de la cotidianidad de las mujeres dentro del marco institucional, fue importante en tanto se pudo identificar cómo las lógicas institucionales son condiciones que deben de esclarecerse para poder comprender su vinculación con otras condiciones sociales, dentro de las que están las de exclusión social y discriminación social.

Lo importante en esta línea fue el esclarecimiento del proceso de configuración subjetiva, la relación que tiene en la estructuración de la identidad y su impacto en la vivencia de la sexualidad y cómo asumían su actual situación.

***Abordamiento:***

En la ruta que se siguió en la atención a las mujeres del proceso acompañado inicialmente se partió de la observación que se realizaba en la sala de espera de consulta externa como en el área de Hospitalización.

En Consulta Externa de la Clínica de Enfermedades Infecciosas podía observarse el rostro de las mujeres tristes. Al acercarse a entablar un diálogo con ellas compartían las preocupaciones que en esos momentos no hacían alusión a lo que a ellas les había sucedido sino que tenían otras preocupaciones como estaban esperando que las atendieran pero a la vez tenían un bebe hospitalizado en pediatría o bien al esposo hospitalizado porque tenía una infección oportunista y le habían diagnosticado VIH y por esa razón ella se encontraba en la Clínica a donde había sido referida para que se realizara exámenes diagnósticos de VIH. En estos espacios de observación también se podía constatar la conducta de maltrato hacia la mujer por su pareja porque me pude dar cuenta como una señora se había tardado en una de las actividades de grupos de discusión y la habían llamado a consulta médica. Cuando ella se acercó al esposo que se encontraba en la sala de espera él con actitud agresiva le indicaba que la estaban llamando.

En el área de Hospitalización del Hospital Roosevelt, Medicina D era donde estaban internadas las mujeres con enfermedades oportunistas o en Fase Sida. Aquí se podía observar el sufrimiento de forma evidente ya que las condiciones de abandono por parte de la familia y desatención por parte de los prestatarios de salud como por ejemplo el aseo

personal de las pacientes no era atendido y algunas se expresaban que no eran atendidas cuando se quejaban. En los casos de las mujeres que su familia les llegaba a asistir, al conversar con ellas indicaban que hasta que ellas llegaban les cambiaban ropa.

**- *Consejería de parejas:***

Los espacios de consejería se orientaron más con la idea de una relación bilateral, a partir de la cual la persona y la psicóloga establecieron un diálogo. Esta modalidad se trabajó, tanto de forma individual, como con algunas parejas que estuvieron de acuerdo, esto porque no todas las parejas de dichas mujeres, estuvieron dispuestos a dialogar abiertamente de la situación que enfrentan.

Para realizar esta actividad se sugería a la paciente acompañar a su esposo cuando a él le tocara cita para presentarse al Hospital y así dialogar con los dos. Cuando se presentaban se escuchaba el relato de cada uno, lo que se hacía de forma individual y contando con la participación de otra compañera Epesistas que abordaba a uno de ellos. Se hacía de esta forma porque en algunas experiencias previas con otras parejas se había presentado la situación que estando juntos ya no expresaban sus sentimientos abiertamente. Así mismo nos servía para prepararnos en los tópicos que debíamos investigar para poderlos tratar con mayor propiedad. En la siguiente reunión con ellos se abordaban las situaciones de pareja intencionando un dialogo entre ellos con la intención que se llegaran a consensos de cómo mejorar la relación de pareja.

***Abordamiento:***

El contacto se establecía cuando las mujeres habían sido referidas a la clínica de psicología recién diagnosticada o cuando se presentaban con problemas que el médico consideraba, como por ejemplo estados depresivos. La Epesista se presentaba con las mujeres y les hacía saber que el espacio de psicología era para que se expresaran en confianza y que todo lo que se dialogara era de forma confidencial. Se propiciaba un ambiente de confianza y se le inducía a compartir sus sentimientos y preocupaciones. Se observaba tristeza y desesperanza en sus rostros. Expresaban cólera y asombro de lo que les estaba sucediendo porque habían tenido solamente una pareja sexual, por lo que se mostraban indignadas y se sentían traicionadas por la infidelidad de la pareja, eso cuando la mujer conocía las formas de contagio del VIH.

Ahora bien cuando no tenían información al respecto porque eran de escasos recursos, analfabetas por lo regular del interior del país, pero también de la capital, no manifestaban los mismos sentimientos de cólera e indignación solo se mostraban tristes cuando entendían que era una enfermedad grave y en la minoría ni eso porque desconocían totalmente la información. En el escritorio se mantenían pañuelos desechables porque frecuentemente expresaban sus sentimientos con llanto. Las mujeres relataban como con el transcurso de la enfermedad aunado a problemas familiares hacían que se sintieran desvaloradas ya que no sentían el apoyo moral de su pareja. Se les preguntaba si contaban con apoyo familiar, indicaban que se reservaban el diagnóstico y lo compartían solo con la pareja por temor a no sentirse comprendidas. Pocas tenían la confianza de revelarlo a los hijos (adolescentes). Cuando tenían que ir al Hospital o tomarse los medicamentos informaban cualquier

enfermedad crónica. Luego de escucharlas y de dialogar con ellas sobre sus sentimientos, se les informaba que podían asistir con su pareja a psicología de forma voluntaria.

- ***Testimonios:***

Esta técnica de investigación cualitativa, fue utilizada con la finalidad de realizar una sistematización de la experiencia de vida de las mujeres del grupo, se valoró la importancia que tiene la indagación en torno a la situación concreta de cada quien, en la comprensión de condiciones sociales estructurales, fue revalorizar lo particular, para conocer la sociedad en general. Los elementos de la experiencia que sirvieron de ejes para la construcción de la información desde dicho instrumento fueron: las formas de expresión y formación de la afectividad, las relaciones en el grupo primario y los diversos planos implicados en la construcción de la identidad de género.

Estos elementos fueron analizados desde la perspectiva, que se configuran y se constituyen como parte de la experiencia humana.

- ***Grupos de Discusión y Reflexión:***

Los Grupos de Discusión y Reflexión fueron espacios que se realizaron para la generación colectiva de condiciones para la conciencia y la acción social. Las participantes fueron 8 mujeres que asistían a la clínica de enfermedades infecciosas. Durante una hora las participantes tuvieron la oportunidad de contar con un espacio, donde compartieron su situación, identificaron algunos elementos explicativos de la misma. Cabe decir que las reuniones realizadas fueron tres lo que fue insuficiente para poder pensar en un proceso completo, pero lo ahí encontrado es un punto de partida, de una nueva etapa con dicho

grupo. La conducción metodológica de dicho espacio, se realizó con la idea de intencionar en dicho grupo la verbalización y en la medida de lo posible la resignificación de su experiencia de vida.

En las discusiones del grupo acompañado se evidenciaron aspectos estructurales de fondo en la problemática, como es la opresión y discriminación de género y cómo estas condiciones impactaban en la configuración subjetiva de dichas personas. En dicho espacio no se realizó una separación arbitraria de temas de fondo, con situaciones cotidianas, ya que éstas dieron inicio a la discusión de temas más profundos. Igualmente se identificó la naturaleza y tipo de relación familiar que se dan dentro de sus grupos primarios, o sea la calidad de los vínculos, formas de intercambio afectivo, el impacto de la situación de las mujeres VIH en dichos grupos, algunos principios que orientan la personalidad en dichos espacios. Esto como una condición importante para ver las posibilidades, de dicho espacio para la definición de acciones cambio y no una simple atención y revictimización, se tomó en cuenta que como telón de fondo de su situación se encuentran condiciones de opresión de género, las cuales por un lado ayudaron a entender la forma de configuración de la afectividad y por otro lado cómo se expresa.

**Abordamiento:** Se realizaron tres actividades presentadas por Fases:

**Primera Fase: Sexo y Género**

OBJETIVO	MENSAJE CENTRAL	RESULTADO ESPERADO
Examinar el concepto de género y sus características particulares y la diferencia entre sexo y género.	Lo constituía las características que definen las categorías de hombre y mujer son en gran parte determinadas culturalmente.	Conocer que el género es una construcción social que define los roles y las relaciones entre los sexos y, por ende, hombres y mujeres desarrollan diferentes experiencias, habilidades y necesidades.

**Segunda Fase: Roles de Género, acceso y control sobre los recursos.**

OBJETIVO	MENSAJE CENTRAL	RESULTADO ESPERADO
Adquirir los elementos para el análisis de los roles de género y el acceso y control sobre los recursos.	Las mujeres tienen múltiples roles que, por lo general, no son reconocidos social y económicamente. Estos roles implican un diferente acceso y control sobre los recursos y una diferente exposición a factores de riesgo o protectores para la salud.	Aplicar los conceptos analíticos para visibilizar los roles de género de hombres y mujeres. Identificar cómo el acceso y el control sobre los recursos para proteger la salud están afectados por estos roles de género.

### Tercera Fase: Origen de las necesidades en salud.

OBJETIVO	MENSAJE CENTRAL	RESULTADO ESPERADO
Comprender como la interacción de los factores biológicos y psicosociales genera necesidades de salud particulares de mujeres y hombres. Realizar un análisis de género, basándose en esta comprensión, para lograr profundizar en la necesidad de desarrollar intervenciones que respondan equitativamente a las necesidades en salud de los dos sexos.	Conseguir la equidad en salud es necesario identificar las necesidades particulares de los sexos, para luego poder atenderlas diferencialmente.	Que las participantes puedan identificar diferencias de género en las situaciones, condiciones y problemas en salud.

El material que se utilizó para estas actividades fueron presentación de casos y discusión de los mismos.

#### - *Complementación de Frases:*

Instrumento utilizado en la investigación cualitativa en psicología, en el cual se proponen una serie de enunciados, los cuales deberán de ser completados por la persona, lo que permitirá hacer una primera revisión de posibles indicadores en torno a zonas de sentido, de

la subjetividad implicada en la situación investigada. Esta herramienta se utilizó con la visión de poder generar información que pudiera completar la ya construida con otros instrumentos. Se ubicaron 10 frases como ejemplo: mi vida...., mi futuro lo veo....., mi vida actual es....., (Ver anexo No. 1); las cuales permitieron una expresión de núcleos de sentido y elementos importantes del contenido subjetivo, relacionado con la situación de las mujeres del grupo.

- *Terapia de Soporte:*

La terapia de soporte permitió un espacio para el manejo de las emociones que como parte de la situación vivida, era necesario manejar y elaborar, esto como una condición para la acción en otros niveles de la acción psicosocial. Esta modalidad se realizó con las/os pacientes que se encuentran internados/os en dicho centro hospitalario y que se encuentran en su mayoría en la fase terminal de la enfermedad. Se hizo evidente que la situación encontrada por dichos/as pacientes, es el producto de una serie de condiciones que van desde el alto prejuicio y discriminación que sufren, por el estigma que implica padecer dicha enfermedad, por la lógica institucional que se amarra a lo anterior y se concretiza en una desatención grande a las necesidades de dichas personas. La terapia de soporte no puede en este caso ser un medio para solucionar la situación encontrada, pues tal como se señaló, la situación es más extensa, ya que comprende situaciones subjetivas de carácter colectivo, tales como imaginarios sociales estigmatizantes y situaciones institucionales. Pero con todo cabe decir que las técnicas descritas permitieron que las pacientes de la Medicina D del área de hospitalización recibieran soporte emocional.

***Abordamiento:***

Conversar con las pacientes del hospital y brindarles asistencia en comunicarse con sus familiares. Se hacia llamando desde el teléfono de la clínica y trasladando algún mensaje importante que ellos quisieran hacer saber, como por ejemplo, se daban casos en que habían sido hospitalizados y la familia no estaba enterada.

## **MARCO TEORICO REFERENCIAL**

En Guatemala bajo las condiciones sociales existentes, la situación que se empezó a generar fue alarmante, debido a la agudización de las condiciones de empobrecimiento y exclusión social, además la existencia de casos y la instalación de la enfermedad se dieron en el marco de una coyuntura de suma precariedad del sistema de salud y de desatención estatal en la acción pública y la inversión social. Esto aunado a las condiciones de vulnerabilidad en las cuales se encuentran grandes sectores de la población debido a las condiciones de vida, siendo uno de los países con mayores niveles de desigualdad en el mundo.

Un aspecto importante de señalar y que está íntimamente ligado a la temática, que da cuenta este informe, es el impacto del diagnóstico en las mujeres, lo cual en un primer momento no fue tan evidente pero luego cuando la enfermedad se consolida, se da una feminización de la misma, lo que nos llevó a preguntar sobre las condiciones que promueven vulnerabilidad y cómo la condición de ser mujer es determinante. Al hacer una valoración de ésta situación, ver el aspecto subjetivo de la identidad de género, se convirtió en un marco para la comprensión y de las posibles acciones de abordaje de la problemática, en consecuencia, el hacer una reflexión vinculando las dos variables: Género y VIH-Sida nos llevó necesariamente al esclarecimiento de condiciones de vida históricamente constituidas, pero que han sido ideológicamente naturalizadas y por tanto vistas como inevitables y sin posibilidades de transformación. Este proceso tiene su impacto configurador en la subjetividad de los colectivos humanos, y específicamente en las mujeres tiene una fuerte influencia en la forma de ver la vida, de asumirse como mujeres, de ejercitar su sexualidad, la cual al contrario de ser una dimensión de crecimiento personal y despliegue

de su humanidad, se constituye en un mecanismo de control, sometimiento y la probabilidad para situaciones como la infección del VIH, el ejercicio de la sexualidad como una parte de sus vidas, de la cual no tienen pleno control.

Esto puede verse de manera concreta en éste grupo de mujeres, las cuales en su testimonio evidenciaron como causantes de su contagio a sus parejas, la falta de consideración del uso de protección y su conducta sexual fundamentalmente promiscua, fueron factores de riesgo, que se generaron desde la visión de ser hombre y el consecuente despliegue de masculinidad y feminidad serían dentro de ese modelo, dos polos dicotómicos que no se encuentran, si no para que el primero someta al segundo y agudice sus condiciones de vulnerabilidad. El reencuentro de los seres humanos vía la constitución de nuevas formas de feminidad y masculinidad y el despliegue de su sexualidad de forma humanizante, objetivo que pasa necesariamente por la constitución de las mujeres y los hombres en sujetos sociales y dispuestos en la transformación de condiciones que históricamente los han deshumanizado al no poderse ubicar en una práctica social y una relacionalidad distinta.

### **Proceso de Configuración Afectiva**

La perspectiva de la epistemología cualitativa, nos propone una visión de la psique de carácter complejo, no nos podemos remitir a visiones reduccionistas y fragmentadas, por lo que es importante ver lo que Fernando González Rey (1999) dice con relación a la afectividad y como ésta forma parte sustancial de la subjetividad humana: *las emociones representan estados de activación psíquica y fisiológica resultantes de complejos registros de organismo ante lo social, lo psíquico y lo fisiológico. Las emociones son verdaderas unidades que expresan la ecología compleja en la que se desarrolla el sujeto y responden a todos los espacios constituyentes de esa ecología.* (p.52). Para el autor el proceso de

configuración subjetiva lleva implícito la constitución de un sujeto y la afectividad es un sustrato del despliegue de la actividad humana y con relación a la temática que nos interesa es importante ver cómo la condición de ser paciente seropositiva, define condiciones de victimización y estigmatización, lo que puede generar contradicciones familiares, por el complejo manejo de dicha situación. Las familias de las pacientes con las que se trabajo son núcleos familiares que igualmente están en condiciones de alta precariedad, por lo que muchas de las situaciones encontradas en este sentido, se reproducen al interior de dichos espacios. El proceso de configuración subjetiva categoría planteada por Gonzáles Rey (1999) nos permite iniciar una discusión sobre un proceso complejo como es el de la estructuración de la dimensión subjetiva de la realidad, lo cual para la comprensión de la situación de las personas seropositivas permite dar cuenta de un área de la problemática poco indagada. Configurarse subjetivamente es desplegar una practica social, es por tanto en términos psicosociales el interrelacionarse o términos de Martín –Baro, (1989) socializarse lo cual dicho por él, tiene tres dimensiones (sexual, moral y lingüística), dan cuenta de un principio importante: nos constituimos como ser humanos, porque nos relacionamos y hay espacios sociales donde se posibilita dicha constitución, haciendo la salvedad de que las estructuras sociales tiene un impacto diferenciado en dicho proceso, lo cual es puntualizado igualmente por Martín –Baro (1989) cuando ubica tres tipo de relaciones: las relaciones primarias, las relaciones funcionales y las relaciones estructurales. Dichos niveles se articulan en el proceso de configuración subjetiva y socialización, no se excluyen, si no que articulan dialécticamente. De lo planteado cabe resaltar el papel de las relaciones primarias, las que según lo dicho por el autor tiene un carácter personalizante y es el espacio privilegiado para la constitución de la afectividad, en un primer momento. El

grupo primario es pues el espacio social donde se estructuran las bases afectivas y de identidad de las personas, dentro del marco innegable y necesario de las relaciones funcionales y estructurales. Esta relación de esos tres niveles nos permite ver igualmente la determinante influencia de factores sociales en la configuración de la identidad social y la afectividad.

Ver la afectividad como un elemento consustancial de la realidad social y por tanto un producto de la misma, nos permite situarnos en una perspectiva donde la misma es vista de manera integral y por tanto no como parte de un supuesto universo irracional, en tanto que la misma afectividad, tendría su propia racionalidad y efectivamente tiene manifestaciones de irracionalidad en forma y contenido. Ver la afectividad como acción colectiva, nos posibilita igualmente el superar la visión psicologizante de la misma y la ubica en otra lógica de definición ontológica, en tanto la enraíza en las condiciones sociales e históricas, y la hace un proceso complejo y contradictorio. La condición de las personas seropositivas nos es posible entenderla mejor con una perspectiva de este tipo, pues esta claro como se ha señalado que la situación de estas personas, no es una condición que se agote con la díada salud- enfermedad, si no esta vinculada a condiciones sociales de exclusión, marginación y por tanto de vulnerabilización y victimización social de personas y colectivos, como se ha señalado entre otras por situaciones socioeconómicas, étnicas y de género. En tal sentido es importante el poder ubicar una perspectiva de la afectividad con el carácter arriba descrito y en este sentido podemos señalar lo planteado por Fernández Christlieb: (1999)

*“La afectividad no es un conjunto de fenómenos ni una actividad específica, no es una secuela de hechos ni una serie de datos, no es un tema determinado y no es por*

*tanto, algo distinto del flujo de todos los días de toda la gente, con sus horarios, mercancías, planes, informes noticias. Es en suma, la afectividad no es algo distinto de la ciudad, de la sociedad y de la cultura: ocupa los mismos materiales y objetos, tiene el mismo tiempo y se mueve de la misma manera”* y más adelante señala igualmente “ *Puede afirmarse que, en principio, toda afectividad es **pertenencia**: a una colectividad, ciudad, sociedad o cultura; significa que uno está constituido por ellas, hecho de ellas, que ellas encarnan enteramente en uno mismo fuera de ella; existe una **identidad** entre colectividad y su pertenencia”* (p.43).

Como puede verse el autor señala una fuerte vinculación entre la afectividad y sentido de pertenencia a un espacio, a una historia y un grupo determinado, esto podría ser una condición importante para las acciones de carácter colectivo, pero en contextos como el guatemalteco, pude verse una fuerte desvinculación entre la historia y la afectividad colectiva, producto de una historia llena de desgarramientos sociales, los cuales evidentemente han marcado las distintas formas de afectividad individual y social. Pertenecer a un grupo como los pacientes VIH positivos implica además de los desencuentros históricos que han marcado la historia del país el de ser parte de un grupo fuertemente discriminado y excluido y tener una visión de la realidad y sus posibilidades de cambio. Afectividad no es un proceso social que este desvinculado de las condiciones sociales, si no al contrario se encuentra íntimamente ligados. La expresión de la afectividad esta por tanto vinculada a las distintas formas de cosmovisión social.

### **Grupo Primario e Identidad Social**

El proceso de configuración afectiva, está fuertemente vinculado a las condiciones en las cuales las personas constituyen su identidad social, en este sentido es importante como se dijo, en torno a lo que Martín Baró (1989) denomina socialización sexual, donde ubica las condiciones históricas y estructurales del proceso y como esto en términos psicosociales se concretiza en actitudes de conformismo y fatalidad de su situación y asumen situaciones con relación a la sexualidad y la enfermedad.

En este sentido cabe reconocer la íntima relación de cómo la gente, vivencia la sexualidad y esto con relación a las formas de contagio del VIH, e igualmente en las distintas formas de expresión de la afectividad de las personas con su grupo primario. En esta misma línea de pensamiento el autor menciona la importancia de las relaciones establecidas en el grupo primario, porque dan al individuo su experiencia más temprana y completa de unidad familiar y son relaciones con un carácter personalizador.

Entre las principales funciones que cumple la familia encontramos la instrumental y la expresiva, debido a que se constituye en un instrumento básico para la formación de los seres humanos, ya que transmite valores y enseña a manifestar nuestras ideas, sentimientos y pensamientos.

Los grupos primarios son influidos por cuatro factores, los cuales son: la atracción que existe entre cada uno de sus miembros, la semejanza que existe entre los miembros del grupo, la ansiedad que pueda manifestar cada uno de sus miembros y sobre todo el enriquecimiento que existe al poder complementar sus características individuales.

La actividad que se produce en los grupos primarios genera vínculos afectivos entre los miembros, lo que los hace más interdependientes; lo que puede llegar a modificar sus necesidades y hasta la propia identidad de la persona.

La familia es el primer medio de socialización que el ser humano conoce, las experiencias adquiridas en este grupo marcarán la vida de la persona, ya que el vínculo afectivo que se configura, proporcionará las capacidades para que se relacione con los demás.

Es por ello que el grupo primario de las mujeres seropositivas influyen en el proceso adecuado del tratamiento, ya que el apoyo que ellas reciben de sus seres queridos les proporciona fuerzas y las motiva a seguir viviendo y sobre todo a luchar por mantener y mejorar su calidad de vida. El espacio del grupo primario es un espacio personalizador donde en un primer momento se vivencian las experiencias necesarias para la configuración de la subjetividad, el cual es un proceso complejo y multideterminado que es importante revisar de forma particular. Ahora no puede verse la constitución de la afectividad desde una sola perspectiva ya que esta no solo es un proceso personal e impersonal, tiene también una dimensión colectiva, la cual según Fernández Christlieb (1999) debe de verse como dimensión global, condicionada por la historia y donde factores como el poder no están exentos. La afectividad esta fuertemente vinculada a la cultura y las formas contextuales de estructuración de la realidad social en un contexto históricamente determinado.

### **Configuración Subjetiva**

Configuración subjetiva definido por Gonzáles Rey (1999) se entiende por: *unidad compleja de la personalidad - la relación necesaria existente entre elementos dinámicos diferentes, en el espacio de un sentido subjetivo único e integral del sujeto. Por ejemplo, el sentido subjetivo que los padres tienen para el sujeto, no es expresión lineal y única de un*

*solo elemento dinámico, en él pueden participar elementos psicológicos que, en su integración, definen un sentido único de emociones y reacciones resultantes que se articulan de formas diversas en su vida psíquica, definiendo la especificidad subjetiva de los padres en su configuración personológica actual.* (p.52) La anterior cita nos permite ver un aspecto importante de la constitución del psiquismo, el cual no es una acumulación unilineal de rasgos y características universales, si no la concreción en un individuo de un proceso que tiene una dimensión socio - histórica y otra personal, y que dichas dimensiones no se pueden reducir una a otra, si no deben de ser vistas como polos dialécticamente articulados de un proceso complejo. Lo importante de lo anterior recae en que, para poder entender de manera adecuada la constitución de las personas, como hombres y mujeres, es de suma importancia el entender dicho proceso. Es importante no perder de vista que lo mencionado se da en contextos sociales donde la afectividad es una dimensión necesaria y que su construcción e implica la definición de las distintas diferenciaciones sexuales y sus respectivos roles sociales. Una dimensión que es importante resaltar es la implicación ideológica de dicho proceso, donde se constituyen elementos encubridores de las condiciones de poder y opresión que como la de género es una dimensión importante de configuración subjetiva. Maritza Montero (2004) plantea en este sentido que en la construcción de la realidad, se dan procesos por medio de los cuales las forma fenoménicas de la realidad se constituyen en realidades en si mismas y situaciones históricas se vuelven cotidianas, Montero (2004) denomina a este proceso naturalización y en lo que respecta a la situación de mujeres seropositivas, se puede ver que se da una construcción de estereotipos descalificantes y segregantes. Martín Baro (2005) llama a este proceso la naturalización ideológica de lo histórico y es en pocas palabras el hechas un manto encubridor en una

situación, como la de que ser mujer y configurarse subjetivamente como tal, implica la ubicación en una situación social de subordinación y sometimiento, lo cual no es una situación natural, si no engendrada en las condiciones y contradicciones sociales, que en la sociedad guatemalteca determina la existencia de grupos con altos niveles de vulnerabilidad, tales como las mujeres seropositivas.

### **La Configuración Subjetiva Desde la Perspectiva de Género**

Constituirse en mujer u hombre se da a partir de condiciones sociales, que van posibilitando y condicionando las respectivas características que son por tanto construcciones de sujetos sociales concretos en condiciones sociales determinadas, las que se constituyen en marcos de referencia importantes para poder comprender los procesos de configuración subjetiva desde esta perspectiva. En este sentido dicha perspectiva se propone cuestionar los análisis desde visiones biológicas, esencialistas y universalistas.

En este sentido nos ubicamos en la postura de Gloria Bonder (2007) cuando propone:

*la perspectiva de género nos impulsa a detectar y explicar cómo los sujetos se generan en y a través de una red compleja de discursos, prácticas e institucionalidades, históricamente situadas, que le otorgan sentido y valor a la definición de sí mismos y de su realidad. Ello implica abrir el interrogante acerca de qué, cómo y por qué invisten y negocian, en y a través de estos dispositivos y sentidos singulares. (p.7)*

Como podemos ver las condiciones en las que se dan el proceso de estructuración y configuración de la identidad de género, las cuales en sus aspectos más representativos, evidencian las características de ser hombre o ser mujer, y de fondo, evidencian las diversas

condiciones que en dicho proceso se encuentran vinculadas y que son una situación compleja difícil de entender.

Cada vez más se escuchan voces que igualmente plantean la situación en torno a que dichas identidades en todo caso son sólo el ejemplo de la expresión de la diversidad humana que, en este sentido en lo que respecta a las identidades sexuales, muestran una serie de variantes que cada vez más se van constituyendo en sujetos sociales que reivindican su particularidad desde la condición de diversidad y no pertenencia a las dos principales formas de identidad: masculina y femenina. Con relación a esto la siguiente cita es elocuente:

*Hombres y mujeres vivimos y coexistimos en una compleja red sexo/género dentro de la cual construimos el sentido de cada cual se forma de sí mismo en interacción con los otros/as y con el mundo, es decir, construye su identidad personal. Proceso que no es para nada simple, pues la identidad se mueve en un continuo de interrelaciones biológicas psicológicas, socioculturales e históricas, donde intervienen: la dimensión subjetiva, referida a las vivencias y procesos psicológicos de construcción de yo como individuo, la cual se convierte en ínter subjetividad, porque la experiencia de sí ( mismidad) cobra sentido en interacción con el mundo de los otros (alteridad) interviniendo de modo significativo, la dimensión sociocultural, que establece, dicta, transmite, impone, reproduce y legitima normas y pautas de comportamiento, creencias, valores que se asignan, atribuyen y esperan socialmente en un determinado contexto socio histórico que lo hacen abierto y contingente según la dinámica misma de la experiencia. (Cabral 2008; 8)*

Como puede verse el concebirse como hombre o como mujer, es un proceso con una serie de imbricaciones, que en la situación de las mujeres del grupo con el que se está trabajando, plantea grandes dificultades con relación a poder generar un proceso de esclarecimiento de dicha situación y la constitución de dicho grupo en actores sociales, en torno a su condición de vulnerabilidad. Esta situación no es vista como tal sino es enmascarada en velos de carácter ideológico, en este sentido es de suma importancia lo planteado por Maritza Montero (2004) cuando señala que un proceso importante para el fortalecimiento grupal e individual, es el de la desconstrucción de prácticas y discursos que constituidos desde la cotidianidad, se convierten en mecanismos de naturalización ideológica de condiciones socio históricas, las que deben de ser esclarecidas, para que el grupo y las personas, constituyan un nivel de conciencia, que puedan ser una condición para la acción social.

En torno a la perspectiva de género, es importante ubicar los aportes de Marcela Lagarde, (1997) la cual plantea el carácter global de dicho planteamiento cuando señala *“la perspectiva de género tiene como uno de sus fines contribuir a la construcción subjetiva y social de una nueva configuración a partir de la resignificación de la historia, la sociedad, la cultura, y la política desde las mujeres y con las mujeres”* (p.13). En el sentido que nos dice la autora nos ubica en la dimensión de una propuesta que posibilita una visión integral e integradora y posibilitante del protagonismo de las mujeres. Lagarde (1997) ubica elementos importantes en cuanto a la relación del género y la constitución de la sexualidad *el género es la categoría correspondiente al orden sociocultural configurado sobre la base de la sexualidad: la sexualidad a su vez esta definida y significa históricamente por el orden genérico* (p. 26) lo que nos permite ver la relación dialéctica entre dichas categorías, pero más que eso la íntima relación que tiene en la configuración del espacio social y de la

subjetividad humana. Lo planteado se encamina a la crítica de las visiones naturalizantes y ahistóricas que son más planteamientos de carecer ideológico y que ponen un manto ideológico en la comprensión de la realidad social y específicamente en este caso en lo que respecta a la situación de las mujeres seropositivas, la autora señala que en la estructuración de la realidad, la condición de género se enlaza con otras dimensiones como la de clase y la étnica y que juntas, pueden ayudar a explicar y comprender la situación de vulnerabilidad de la mujer. Hace un señalamiento importante con relación entre la relación entre el cuerpo de la mujer, el poder y la sexualidad de esta forma *En el centro de la organización genérica del mundo, como sistema de poder basado en el sexo, se encuentra el cuerpo subjetivado. Los cuerpos no son productos biológicos: las sociedades ponen en ellos grandes esfuerzos para convertirlos en cuerpos eficaces para sus objetivos, para programarlos y desprogramarlos* (Lagarde 1997; 56). Como puede verse la estructuración de género estaría dentro del marco de una construcción social de la realidad más amplia y dicha lógica, exigiría la definición de una determinada forma de disciplinamiento del cuerpo humano, lo que Lagarde (1997) denomina programación-desprogramación, en este sentido se puede evidenciar una íntima relación entre como el cuerpo es funcional a un sistema, la lógica de construcción y reproducción de dicho sistema y la sexualidad, como forma de subjetivación. Ser mujer implica por tanto una condición de alta vulnerabilidad, la cual muchas veces es verse constituidas en seres para los otros y muy poco para pensar en sus necesidades. Martín Baro (1988), señala que esto es una condición que necesariamente tiene una implicación psicosocial, las personas y los grupos oprimidos dice el autor, van constituyéndose y se van asumiendo como grupos que por fuerzas externas inexorables nacieron designadas para dicha condición. Dice el autor que esto se concretiza en los

individuos en actitudes de conformismo y sometimiento, lo que facilita la reproducción de condiciones de injusticia y opresión, debido a que dichos sujetos no ven la posibilidad de cambio y transformación de dichas condiciones, si no como inmutables. Las mujeres seropositivas se constituyen en sujetos sometidas y con escasas posibilidades de modificación de las mismas. Martín Baro (1989), ubica que una de las principales formas de socialización es la socialización sexual y que dicha dimensión de socialización, esta fuertemente vinculada a la constitución de la afectividad y la identidad social, esta constitución de una identidad social diferenciadora, esta fuertemente vinculada a formas de diferenciación social en cuanto a la distribución del poder social. Configuración afectiva, identidad social, afectividad y condición de género se articulan en la diferenciación sexual, la cual es una concreción de las situaciones señaladas. En este sentido el ejercicio de la sexualidad puede no ser una condición que expresa las distintas contradicciones sociales y las distintas situaciones de precariedad que en este caso las mujeres VIH positivas con las que se trabajo la experiencia.

### **La Sexualidad, la vulnerabilidad de las personas y el VIH-Sida**

Al hablar de sexualidad, es importante tener claro que se está hablando de una de las dimensiones humanas más complejas y valoradas desde elementos de prejuicios sociales e ideológicos. Cuando surge la pandemia del VIH- SIDA, se hizo una vinculación mecánica y unilineal al comportamiento sexual, aislándolo de las demás condiciones sociales que se dan alrededor de dicha interrelación. En este sentido la percepción con la que se hace está muy influenciada por una visión moralista de la realidad y de dicha problemática. Un autor que puede ser importante para realizar una lectura de dichas problemática es Michel

Foucault (1997) quien abordó dicha dimensión humana, desde el planteamiento de ver la sexualidad como una de las formas en que la cultura occidental, a partir de la modernidad asume algunas formas del ejercicio del poder. El libro del autor que aborda dicha temática se denomina “la Historia de la Sexualidad” el cual está constituido por tres tomos, en el primer tomo que se denomina “La Voluntad de Saber”, se encuentra un capítulo del cual hay algunas ideas para poder plantear alcances sobre la interrelación de la sexualidad, la vulnerabilidad y el VIH.- SIDA, dicho capítulo es el último del libro y se denomina “Derecho de Muerte y Poder Sobre la Vida”. (Foucault, 1997) En dicho capítulo el autor desde el análisis de lo que él denomina la “*sociedad de soberanía*”, la cual está regida por la idea del soberano como encarnación del poder y centro de las acciones punitivas, el cual tenía por consecuencia la capacidad de decidir sobre la vida y la muerte de sus súbditos. Se da como dice el autor una administración de la vida, la cual se evidencia en dos mecanismos privilegiados de dicha sociedad: *la guerra y la pena de muerte*, a partir de dicha decisión se legitima y se convierte en algo natural a la investidura del soberano. La ruptura de los regímenes monárquicos y teocráticos, basados en la naturalización del poder y la divinización de las coronas, producto de las contradicciones políticas y económicas que fueron generándose a partir de los cambios exigidos por la emergencia del capitalismo industrial, ocasionó la ruptura de la sociedad de soberanía y la aparición de las sociedades disciplinarias, las cuales en coherencia de la nueva estructuración social, se orientaban al control de lo viviente, en tanto que esto funcionara para las necesidades que planteaba el capitalismo industrial, “*poder sobre la vida*” lo denomina el autor y este tiene dos dimensiones: *El cuerpo como máquina*, lo que implicaba el control del mismo, el arrancarle sus fuerzas y vitalidad, o que denomina la *anatomopolítica del cuerpo humano*, la segunda

que denomina el *cuerpo-especie*, la que implicaba el dominio de la vida vía el control de los nacimientos, el nivel de salud, la longevidad y en general todas aquellas medidas orientadas a lo que denomina biopolítica de la población. Las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población plantea la definición de un poder cuya función no es matar, si no invadir la vida enteramente. Foucault (1997) dentro de este planteamiento denomina a la sexualidad como un dispositivo y lo ubica como de los más importantes. Dice que el resultado de la aplicación de un poder sobre la vida, fue la aparición de una *sociedad normalizadora*. Cuatro fueron las líneas en las cuales se dividió la aplicación de la denominada *Política del Sexo: la sexualización de la niñez, la histerización de la mujer, control de los nacimientos y la psiquiatrización de las perversiones*. Desde las ideas anteriores se puede ver que la intención de fondo en torno a la sexualidad, se amarra íntimamente al funcionamiento determinado de sociedad, basada en la rentabilidad y la productividad, donde toda la energía debe de ser orientada a la movilización de la maquinaria productiva. Lo planteado por Foucault (1997), no se aplica de forma mecánica a sociedades como la guatemalteca donde la constitución de su aparato productivo, conllevó la definición de un modelo de desarrollo, donde las fuerzas productivas no se desarrollaron plenamente y fueron fuertemente marcadas por una lógica de subdesarrollo. En el contexto señalado entender la sexualidad como un mecanismo de poder, debe de hacerse desde una contextualización del análisis, entendiendo que la constitución de la realidad en Guatemala, ha generado grandes rezagos históricos y contradicciones sociales, las que provocaron que sectores mayoritarios de la población guatemalteca, por situación socioeconómica, de etnia y género, se vieran sometidos a condiciones de vulnerabilidad social, lo que históricamente ha significado condiciones deplorables en su desarrollo humano.

Realizar una lectura desde Foucault (1997) del mecanismo de poder de la sexualidad en el contexto guatemalteco implica por tanto identificar, que en el proceso de constitución de la formación social guatemalteca, a lo contrario de los contextos analizados por Foucault (1997) son mucho más precarios y que dentro de esas condiciones el ejercicio de la sexualidad, se convierte en una actividad, no despliegue de la humanidad, si no de agudización de la misma vulnerabilidad, esto dentro de la problemática del VIH-SIDA nos lleva a ver como el ejercicio de la sexualidad, lleva a las personas a una espiral de victimización y vulnerabilidad creciente, lo que implica de fondo el ejercicio de un poder, que decide sobre la vida y la muerte de personas, las cuales por su condición de clase y ahora por la de enfermos de VIH-SIDA, no tendrán la posibilidad de acceder a los medicamentos para poder afrontar su situación y garantizar su vida, la cual según el ordenamiento legal, debe de ser garantizada por el Estado guatemalteco, en cual dentro de la lógica descrita se ha convertido en un ente que dentro de la perspectiva de la Biopolítica de Foucault (1997) administra la vida, pero también la muerte.

La lectura que hace Foucault (1997) de la situación de la sexualidad y el poder hay que contextualizarlo para Guatemala, debido a que el análisis que hace el autor lo hace para sociedades occidentales donde la modernidad se constituye como un proceso mas orgánico. En Guatemala la modernidad llego a medias y no logra consolidar las estructuras, practicas, visiones e instituciones no define un proceso de constitución de un ámbito nacional, la secularización de la realidad y la laicismo no son dimensiones plenamente apropiadas en la sociedad lo cual pude verse en situaciones como el manejo del Estado, las distintas formas de ver la realidad social que son en su mayoría formas bastante rígidas y cerradas. En la dinámica social guatemalteca se mezclan modernas y pre modernas. Lo anterior para

puntualizar en lo que Martín-Baro (1989) denomina la sexualidad como mecanismo de poder. En este contexto la sexualidad se puede convertir en la expresión de profundas contradicciones sociales y en una forma de ejercicio del poder donde grupos sociales como la mujer sobrellevan las peores condiciones. Los altos niveles de precariedad social que se viven en Guatemala, nos ponen ante la evidencia de que muchas de las formas de vulnerabilidad social, se agudizan profundamente, debido a que hay una acumulación de rezagos sociales, como expresión de una lógica de reproducción de la sociedad subdesarrollada.

## CAPITULO III

### ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

El proceso que se acompañó permitió el compartir con las mujeres del grupo, sus casos particulares y ver igualmente la concreción de las condiciones sociales, en las situaciones de salud y enfermedad, y por lo tanto, cómo las condiciones de vulnerabilidad se vuelven dramas humanos. El manejo de la pandemia de VIH, tiene fuertes implicaciones en lo que respecta a lo ideológico y muchos son los imaginarios sociales que se encuentran vinculados al manejo de la misma. Lo anterior se da tanto en las personas que desde fuera conocen de dicha problemática, como las que atienden a las personas que la padecen, y de parte de las mismas personas directamente afectadas por la misma.

Al inicio de dicho proceso se tenía la visión a partir de la cual, las personas afectadas eran pacientes del sistema de salud y la relación salud- enfermedad era la que dominaba dicha visión. El poder ir involucrándose en una relación más horizontal, fue permitiendo el indagar y comprender en torno a la dimensión que la situación tiene en la vida de las personas afectadas y como esto se vincula a condiciones sociales, de carácter estructural. Al iniciar el proceso se realizó una visualización del mismo, un poco pensando en ser coherentes con una visión, que pretendía el verlas como sujetos.

La afectividad y su relación con el grupo primario de las personas participantes, era una de las principales categorías que guiaron la definición del acompañamiento y sus objetivos, pudo evidenciarse que dicha situación en la problemática de las personas, si bien es cierto se presenta como parte de la misma, estaba fuertemente vinculada con otras, talvez más determinantes, la situación de género, las condiciones de vulnerabilidad, la afectividad, identidad y el grupo primario.

Las siguientes fueron las principales zonas de sentido encontradas y que se fueron dando la pauta del proceso:

- Condición social, vulnerabilidad y situación de género
- Afectividad, ejercicio de la sexualidad y VIH

Estas dimensiones de las experiencias, fueron las que se constituyeron conjuntamente con ellas en las dimensiones que evidenciaba la articulación entre lo personal y lo histórico, entre lo institucional y lo social. Dentro del marco de la indagación principal de la afectividad y su constitución dentro del grupo primario de mujeres seropositivas. Como se ha venido señalando la afectividad es una dimensión de la subjetividad que se encuentra vinculada a otras dimensiones de la realidad y a procesos sociales tanto micro sociales y macro sociales, en este sentido los contenidos afectivos se encuentran configurados dentro del marco de imaginarios sociales, los cuales están constituidos por contenidos culturales, ideológicos, etc.

Las zonas de sentido señaladas, están dentro del marco de las reflexiones centrales sobre la afectividad, la identidad social grupo primario.

**- *Condición social, vulnerabilidad y situación de género:***

Se hace evidente en las primeras reuniones y acercamientos al grupo, como por la revisión de la información sobre el mismo, que son personas con una condición desfavorecida, lo que implica condiciones como el ingreso, la escolaridad, el acceso a la información, los servicios y en general a condiciones de desarrollo humano. Lo anterior nos ubica en la importancia de entender la concepción de vulnerabilidad no como una condición inherente a las personas, pero si como parte de las condiciones de la realidad social guatemalteca que a lo largo del trabajo realizado en los grupos de discusión las participantes fueron poniendo

en discusión elementos de su realidad cotidiana, lo que implicó el reconocimiento de formas discursivas que plantean una atribución en tanto sujetos viviendo en condiciones de vulnerabilidad. En este sentido cabe señalar lo que plantea Butler (2007):

*“Es necesario percibir y reconocer cierta vulnerabilidad para volverse parte de un encuentro ético, y no hay ninguna garantía de que esto ocurra. Siempre está la posibilidad de que se la reconozca y que se constituya en irreconocible, pero cuando la vulnerabilidad es reconocida, este reconocimiento tiene el poder de cambiar el sentido y la estructura de la vulnerabilidad misma. Sin embargo, tenemos que hacer la afirmación precisamente porque no se puede dar por sentada, porque no en todos los casos se cumple con ella. La vulnerabilidad adquiere otro sentido desde el momento en que se la reconoce y el reconocimiento tiene el poder de de reconstruir la vulnerabilidad (p. 70).*

Como puede verse para la autora, la condición de vulnerabilidad y fundamentalmente el reconocimiento de la misma, lleva implícita la posibilidad de humanización y de ver constituidos desde dicha condición a víctimas en sujetos, pero esto también ubicando el riesgo ser reconstituida por el poder. La vulnerabilidad es una condición de la vida actual, donde millones de personas, son condenadas a la marginación y a la exclusión, lo que implica una serie de riesgos para su vida y daños permanentes en su integridad personal, pero también en la de su grupo primario y entorno macro social.

Vulnerabilidad en tanto condición social, no puede entenderse como algo desvinculado de otras condiciones sociales y procesos configuradores de la realidad subjetiva.

La condición de género que determina la diferenciación hombre- mujer, lleva para este grupo el estar en una situación de vulnerabilidad y riesgo, pero igualmente como se

vivencia la afectividad y como se vincula a otras áreas de la vida, pues la expresión de la afectividad se encuentra marcada por esa diferenciación de hombre y mujer y los imaginarios sociales que sustenta dicha diferenciación. La situación de género es muchas veces visualizada por ellas como discriminación laboral, tal como se expresa en un grupo de discusión realizado con las mujeres pacientes seropositivas por una de las participantes:

*Recuerdo que cuando era soltera fui asistente de un médico, quien me enseñó la actividad de enfermería, pero solo fue por la experiencia que aprendí, únicamente estudie primaria. El trabajo de las enfermeras esta desarrollado en gran parte por mujeres mientras que el trabajo del médico lo realizan en gran mayoría los hombres y en otros países donde la carrera de medicina es más femenina, es menos respetada o no tiene la misma importancia que en nuestros países. A mi me gustaría continuar mis estudios pero como no alcanza el dinero para hacerlo, ya que lo que gano cuidando a las sobrinas de mi esposo es muy poco y solo alcanza para mantenernos los dos, él no trabaja sólo estudia, vivimos en la casa de mis suegros (Testimonio Px. 33 años)*

Así mismo se evidencia también la situación que no permitió la autorrealización como persona, lo que implica en la actualidad, una situación precaria y la imposibilidad de poder continuar con proceso de desarrollo personal.

En el siguiente testimonio, se puede ver la fuerte vinculación de la construcción de género que evidencias acciones de sujeción y opresión:

*El es el que ha llevado una vida con mucha libertad, yo en cambio desde muy pequeña me educaron de tal forma que no debía hacer algo que no fuera dentro de las tareas de la casa. El solo se dedica a trabajar, nunca ayuda en las tareas de la casa y se dedica a*

*tomar mucho alcohol, me siento extremadamente cansada y cargada de las actividades de hogar (Testimonio Px. 46 años)*

También podemos afirmar que la condición de género, forma parte de una red de condicionamientos sociales, los que se convierten en factores de causalidad de situaciones de vulnerabilidad, lo cual demuestra que las vulnerables no son las personas, si no que estas se ven sometidas a situaciones que las vulnerabilizan y las victimizan. En este sentido la pertenencia a un determinado grupo primario conlleva la posibilidad de constituir una identidad dentro del marco de la diferenciación hombre –mujer y que esto tiene fuertes implicaciones en como las personas viven en contextos que las vulnerabilizan. Lo anterior evidencia la forma en la que dicho grupo vivencia la situación de discriminación, obviamente sin vincularla a elementos de carácter estructural y de fondo, pero significa un primer nivel de conciencia sobre la situación. La interrelación de los elementos de esta zona de sentido que se identificó en el trabajo con el grupo, se concretiza en la escasa posibilidad que han tenido las mujeres de asumir un rol más decisivo en las acciones de su vida y que en última instancia les ha llevado a ser pacientes VIH positivos y con SIDA, lo cual no agota las distintas dimensiones que están implícitas en la articulación de estas problemáticas.

***- Afectividad, ejercicio de la sexualidad y VIH:***

Otra dimensión, que muestra la fuerte vinculación en el estado actual de dichas mujeres, con la condición de género, es la de cómo se expresa y se ha dado en su vida el ejercicio de su sexualidad y la afectividad, cómo desde esta faceta de su vida de pareja se muestra los mecanismos opresivos de los cuales son objeto y que no dan margen a un despliegue abierto de la misma, si no dentro de la lógica de una sexualidad llena de restricciones y

condicionamientos dentro de un marco fuertemente machista. Común es el caso de mujeres que se vieron involucradas en su condición actual de forma involuntaria y desde la situación que conllevó el ejercicio de la sexualidad de sus parejas de forma promiscua.

En cada uno de los testimonios de las participantes en el grupo de discusión y en lo que respecta a su caso individual, puede verse cómo dicho grupo evidencia las distintas situaciones donde la afectividad es una dimensión social que se encuentra relacionada fuertemente con el ejercicio de la sexualidad y en este sentido se puede ver que la cultura se encuentra implícita en ella, como un contenido fundamental.

En el siguiente testimonio muestra las diferencias que se dan en torno a la socialización dentro del grupo primario es una condición social marcada por el predominio masculino:

*Es una situación que se repite a lo largo de nuestra vida, el tiene una forma de trabajar de tal cuenta que tiene que salir mucho, cuando llega a la casa yo le pido que use condón y se niega a usarlo. Y es una persona muy violenta, si bien es cierto que no me pega, si tengo que aguar sus manifestaciones de violencia, cuando discutimos tira las cosas y no se qué hacer (Testimonio Px. 32 años)*

En el siguiente testimonio, se puede ver la fuerte vinculación de la construcción de la afectividad y la diferenciación sexual y las posibles formas de contagio del VIH:

*Yo pienso que la situación es difícil en las familias, a uno no le enseñan a relacionarse, con los demás, lo vuelven bastante reseco y poco expresivo y cuando establecemos una relación, queremos pero no lo podemos decir y expresar nuestro amor, y no digamos que lo que se relaciona con las cosas del matrimonio uno cuando siente ya esta en todo eso y no decide al final de cuentas (Testimonio Px. 35 años)*

Evidentemente la práctica de la sexualidad, dentro del marco de su relación de pareja, ha puesto a dichas mujeres en una situación, que no siendo una elección personal, hace evidente la fuerte implicación de la situación de género en la constitución de la condición de riesgo de dichas personas.

Al parecer dentro de lo trabajado en el grupo se pudo con las participantes caer en la cuenta de que la problemática que se evidencia no es solo individual, si no grupal, lo que para las mujeres del grupo, implicó la desprivatización de su problemática y la posibilidad de una forma de acción grupal.

El siguiente testimonio hace referencia a la importancia del grupo primario en la constitución de la afectividad y como esta es una condición importante para las formas en las que las personas pueden tener comportamientos de riesgo.

*Como a uno no le enseñaron a ser expresivo, a uno le cuesta decirle a su pareja que uno lo quiere. Entonces como uno no puede ser así, se le dificulta las relaciones. Mi esposo es poco cariñoso, pero en la calle se pone diferente, los hombres de tal forma que con la familia son reseco, pero andan de enamorados en la calle (Testimonio Px. 25 años)*

La afectividad y sexualidad como lo hemos visto desde Foucault (1997), forman parte de una trama de dispositivos de poder y de control social. No es extraño que al respecto el autor señale:

*“el sexo es un tiempo, acceso a la vida del cuerpo y a la vida de la especie. Es utilizado como matriz de las disciplinas y principio de las regulaciones. Por ello, en el siglo XIX, la sexualidad es perseguida hasta en el más ínfimo detalle de las existencias; es acorralada en las conductas, perseguida en los sueños; se la sospecha en las menores locuras, se la persigue hasta en los primeros años de la*

*infancia; pasa por la cifra de la individualidad, a la vez lo que permite analizarla y torna posible amaestrarla. Pero también se convierte en tema de operaciones políticas, de intervenciones económicas (mediante incitaciones o frenos a la procreación), de campañas ideológicas de moralización” (p.176).*

En ese sentido puede verse como la sexualidad, en tanto dispositivo de poder, es un elemento clave de la dinámica social y que en términos del entendimiento de la condición de las personas seropositivas, nos permite ver la íntima relación entre condiciones de vulnerabilidad, ejercicio de un poder normalizador y disciplinante y el despliegue de una sexualidad deshumanizante.

La afectividad implicada en la relación de las mujeres y su grupo primario fue indagada también por medio de un instrumento de complementación de frases, el cual es un instrumento cualitativo que permite dar cuenta de dimensiones de sentido en torno a situaciones que, como la afectividad se estudiaron.

En el primer caso se pudo ver las principales zonas de sentido que se plantean de acuerdo a la afectividad y el grupo primario, de esta mujer la cual como en la totalidad de los casos fue infectada por el esposo lo cual provocó un sentimiento de traición bastante profundo en ella.

Instrumento Complementación de Frases: (anexo 1, Px. 25 años)

1. Mi vida... no recuerdo haber sido planamente feliz
2. La familia es... lo mas importante de un ser humano
3. La felicidad ... es algo tan frágil
4. Mi mayor deseo... volver a empezar
5. Siempre quise... construir una vida feliz
6. Amo... a mis hijos y mi familia y lo que hemos compartido
7. Mi principal preocupación actual... que va ser de mis hijos, si yo falto
8. Es difícil... entender porque esta pasando esto en mi vida
9. Tratare de hacer... de la mejor forma las cosas, confiare en mi familia y en Dios
10. Mi futuro lo veo... lleno de retos y dificultades, espero que Dios me ayude

Como puede verse la persona, plantea una preocupación central sobre la situación de su familia y lo que de esto resultara en su futuro. A pesar de que lo que esta experimentando es una algo sumamente desafiante, ella mantiene una fuerte vinculación con su familia, sus hijos y la creencia en Dios se evidencia como uno de los pilares de los mecanismos de afrontamiento que ella evidencia. De su pareja no se puede ver alguna evidencia en lo planteado, lo que puede deducirse de que fue él, que ocasiono dicha situación al infectarla, debido a su comportamiento promiscuo. El espacio del grupo de discusión fue un espacio que permitió a esta mujer, poder afrontar muchos de sus dudas y temores y poder, en medio de las dificultades plantear una actitud esperanzadora, la cual se basa, en su vinculación con su familia, la creencia en Dios y una fuerte confianza personal.

El segundo caso, contrasta con el anterior, en el sentido de la actitud, de la persona ante su situación, esto se vera en como complemento las frases e igualmente porque a lo largo de la

experiencia, esta mujer no tuvo una vinculación cercana con su familia, la cual la culpaba en parte de lo sucedido. Esto puede verse en lo planteada por ella en el instrumento:

Instrumento Complementación de Frases: (anexo 1, Px. 36 años)

1. Mi vida... ha estado llena de problemas
2. La familia es... quienes debería de apoyarlo a uno en tiempos difíciles
3. La felicidad ... quisiera saber que es
4. Mi mayor deseo... no lo se en estos momentos
5. Siempre quise... que me apoyara mi familia
6. Amo... a mis hijos
7. Mi principal preocupación actual... el futuro
8. Es difícil... todo lo que esta pasando
9. Tratare de hacer... lo mejor que se pueda
10. Mi futuro lo veo... sin posibilidades

Lo planteado por la mujer, nos muestra la diferencia con relación al tipo de vinculo que mantiene con su grupo primario, en este caso, se evidencia que su familia no ha sido una fuente de apoyo para ella, por lo que su actual familia, en este caso sus hijos son el único punto de referencia importante que ella tiene. Se muestra también que ella tiene una actitud menos esperanzadora de su vida, los mecanismos de afrontamiento son escasos y para nada se evidencia la posibilidad de algún nivel de control de su vida y esta ausente la mención sobre espiritualidad y creencias, que sea una fuente de fortaleza ante las situaciones que esta viviendo.

Los dos casos analizados, nos permiten en todo caso, poder señalar que para personas y grupos sociales en situación de vulnerabilidad y riesgo, que están de forma cotidiana

atravesando condiciones de precariedad y carencia, construyen una visión de la vida y de sí mismo fuertemente influenciada por dicha situación, con un contenido de auto descalificación, desesperanza e incertidumbre. Esto fue analizado por Martín –Baro (1977) con relación a un grupo empobrecido como los campesinos salvadoreños, los cuales al igual que las mujeres del grupo acompañado, son grupos que se encuentran en condición de vulnerabilidad, debido a la que sus vidas están planteadas dentro de la lógica de procesos sociales como la exclusión social, la pobreza, la discriminación y la dominación.

Los grupos de discusión fueron un espacio que posibilitó el intercambio grupal, la configuración de un nivel de conciencia colectiva que en determinadas circunstancias puede ser importante para la posibilidad de acciones que permitan abordar las condiciones inherentes a ser personas seropositivas. El grupo de mujeres en un primer momento abordó la conceptualización de género y las diferencias sobre género y sexo. Esto posibilitó la ubicación sobre elementos de la vida cotidiana de las mujeres y que dicha diferenciación es producto de procesos sociales y culturales, en contextos históricos determinados. El grupo de mujeres tuvo la posibilidad intercambiar experiencias sobre la situación que como personas seropositivas en este momento están atravesando situaciones de vulnerabilidad.

En el segundo momento el grupo abordó la temática de los roles de género y como estos roles implican, el acceso y la distribución diferenciada de recursos. Se reflexionó sobre que dicha distribución tiene implicaciones en lo que respecta a una distribución de niveles de poder. Esto abrió una discusión sobre como en la vida cotidiana, como se ve esto, concretizado en el ámbito doméstico de cada una de los espacios familiares de cada una de las mujeres. Fue importante igualmente la discusión que se dio en torno a las diferencias en las cuales se expresa la afectividad y como esto configura de forma diferente en los

distintos sexos. Esta reflexión igualmente posibilitó al grupo el poder ver que existen igualmente diferencias en cuanto a los factores protectores y de vulnerabilidad.

En un tercer momento, el grupo reflexionó sobre el origen de las necesidades en salud, lo que implica la relación de los factores biológicos y los psicosociales y como tiene implicaciones en la definición de acciones diferenciadas en cada una de ellas. Esto implicó que el grupo pudiera igualmente identificar las diferencias en cuanto a los programas que deben de definirse para las distintas necesidades.

El proceso en lo global, posibilitó en el grupo la configuración de las siguientes dimensiones en cuanto a la concepción y la acción grupal:

- Identificación de las diferencias entre género y sexo y los distintos niveles de distribución de los recursos sociales y el poder.
- La afectividad y las distintas formas de configuración de acuerdo a las diferencias entre hombre o mujer.
- Las necesidades diferenciadas de género y sus implicaciones en la definición de acciones sociales y gubernamentales en función de las necesidades de salud diferenciadas.

Los puntos señalados, están vinculados a zonas de sentido que el grupo fue constituyendo en el proceso, esto significó que dicho espacio fue de suma importancia para el grupo de personas y mostró igualmente que intencionar la constitución de niveles de conciencia grupal, pueden ser elementos que como grupo puedan definir niveles de acción colectiva, que signifiquen verdaderos aportes en relación al abordaje de su situación personal y grupal.

Fue claro el hecho de que los grupos en condiciones de vulnerabilidad, están siendo sometidos a situaciones de riesgo y de fuerte presión existencial, lo que no deja mucho espacio para la generación de acciones grupales en función de sus intereses. En el caso de este grupo de mujeres seropositivas, la condición de género y su consecuente opresión, tiene igualmente íntima relación con las mismas posibilidades de modificación de las condiciones de vida de las mismas. El grupo de reflexión fue entonces un espacio que posibilitó que las mujeres del grupo pudieran construir una vivencia de intercambio humano y posibilitante de acciones transformativas.

Es importante señalar que la temporalidad planteada por el EPS, llena de lógicas de carácter administrativo e institucional, no se vincula coherentemente con la temporalidad que objetivamente requiere las necesidades de dicho grupo y las posibilidades que objetiva y subjetivamente presentan. Cómo definir una temporalidad y un verdadero amarre entre cada una de las personas que realicen EPS y estas con las necesidades del grupo, es al parecer una tensión permanente, que se hace necesario reflexionar para abordarla y por lo menos disminuir su impacto en la calidad del acompañamiento, que defina procesos coherentes con las necesidades de los sujetos que se acompañan.

## CAPITULO IV

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### CONCLUSIONES

- Un proceso de acompañamiento psicosocial, con mujeres seropositivas conlleva el confrontar situaciones sociales históricamente constituidas y que se han concretizado en sus vidas, evidenciándose en toda su dimensión los impactos de carácter total y deshumanizante de dichas condiciones sociales.

Las condiciones sociales de carácter estructural impactan los espacios sociales micro sociales, los que muchas veces desestructuran a los grupos primarios, situación que agudiza la situación de vulnerabilidad de personas con VIH.

- La situación de vulnerabilidad del grupo de pacientes femeninas seropositivas debe de visualizarlas, no como víctimas, si no como sujetos de un proceso que ha tomado en cuenta la magnitud del daño que recoja diversas dimensiones de su práctica social y en este sentido la acción de afrontamiento y resistencia ante la situación, conlleva la visualización del proceso, no desde una perspectiva revictimizante si no dentro de la posibilidad de plantear acciones desde sus intereses y necesidades, esto obliga a trascender perspectivas cortoplacistas y asistencialistas.
- Los espacios de socialización primaria se constituyen en una dimensión personalizante de los individuos, donde se configuran aspectos fundamentales de la subjetividad tales como la afectividad, la cual se constituye en un aspecto importante en un proceso de acompañamiento que esté orientado a la creación de

condiciones de protagonismo grupal de grupos en condiciones de vulnerabilidad como el grupo de mujeres seropositivas.

## RECOMENDACIONES

- ***A la Clínica de Enfermedades Infecciosas:***

En relación a las parejas serodiscordantes que se contemple una orientación específica para salvaguardar el bienestar físico y emocional de la pareja.

- ***Al Hospital Roosevelt específicamente el área de hospitalización:***

Velar porque la atención del personal de salud sea realizada de forma eficiente en relación a la higiene de los pacientes por considerar que los pacientes allí referidos son personas que presentan enfermedades oportunistas y por ser paciente en fase SIDA, necesita cuidados especiales.

- ***Escuela de Ciencias Psicológicas:***

Se hagan esfuerzos para dentro del marco de la reforma curricular, el abrir de un esfuerzo de incorporación de contenidos, que permitan la formación en aspectos vinculados con problemáticas de las personas seropositivas y con SIDA, y otras temáticas del área de la psicología de la salud.

- ***Al Programa de Ejercicio Profesional Supervisado:***

El planteamiento de espacios reflexivos, de formación y de definición de lineamientos metodológicos, que permitan desde una perspectiva procesual e integral realizar procesos de acompañamiento que tome en cuenta el carácter didáctico – académico de dicho accionar, tome en cuenta las necesidades e intereses de los grupos y ubicar claramente que la temporalidad del Ejercicio Profesional Supervisado, no es la misma de los procesos de los grupos con los que se trabaja y por tanto poder darle continuidad a los espacios y procesos que se han trabajado.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bonder, Gloria. (2007) *Género y Subjetividad: avatares de una relación no evidente*. México: Educ Editora.
2. Butler, Judith. (2007) *Vida Precaria: El poder del duelo y la violencia*. Argentina: Paidós Editorial.
3. Cabral Blanca y Carmen García. (2006) *Identidad o Identidad de Género*. México: Editorial Paidós.
4. Encuesta Nacional de Hogares y Gastos familiares ENIGFAM , 1998.
5. Fernández Christlieb Pablo. (1999) *La Afectividad Colectiva*. México: Editorial Taurus.
6. Foucault, Michel. (1997) *Historia de la Personalidad*. México: Fondo de la Cultura Económica.
7. Fuerza Incluyente del Desarrollo. (2000) Guatemala: PNUD.
8. González Rey, Fernando. (1999) *Comunicación, Personalidad y Desarrollo*. Cuba: Editorial Pueblo y Educación.
9. Gonzáles Rey, Fernando. (2006) *Investigación Cualitativa y Subjetividad*. Guatemala: ODHAG.
10. Informe de Desarrollo Humano. (2000) *La fuerza incluyente del desarrollo humano*. Guatemala: PNUD.
11. Informe del Centro de Estudios para America Latina CEPAL, 2008.
12. Lagarde, Marcela. ( 1997) *Género y Feminismo*. España: Editorial J.C Producción.

13. Martín Baró, Ignacio. (1989) Acción e Ideología. El Salvador: UCA.
14. Martín Baró, Ignacio. (1977) Psicología Ciencia y Conciencia. El Salvador: UCA.
15. Martín Baró, Ignacio. (2005) Psicología de la Liberación. El Salvador: UCA.
16. Martín Baró, Ignacio. (1988) Sistema Grupo y Poder. El Salvador: UCA.
17. Montero, Maritza. (2004) Introducción a la Psicología Comunitaria. México: Editorial Paidós.
18. Sagone, Miguel Angel. (2003) Vulnerabilidad Social. Guatemala: IEPADES.

## ***ANEXO 1***

### ***INSTRUMENTO DE COMPLEMENTACIÓN DE FRASES***

Instrucciones:

El siguiente instrumento esta orientado a conocer la forma en la que usted está viendo aspectos importantes de su vida. De las 10 frases encontradas tendrá que complementar la primera parte y escribirlo en la línea punteada, con una oración que crea tiene relación con lo escrito y que signifiquen algo para usted.

11. Mi vida.....
12. La familia es.....
13. La felicidad.....
14. Mi mayor deseo.....
15. Siempre quise.....
16. Amo.....
17. Mi principal preocupación actual.....
18. Es difícil.....
19. Tratare de hacer.....
20. Mi futuro lo veo.....