



Ciencia y Sociedad

ISSN: 0378-7680

dpc@mail.intec.edu.do

Instituto Tecnológico de Santo Domingo

República Dominicana

Liranzo Soto, Patricia; Hernández Mella, Rocío
LAS DIOSAS SOMETIDAS: AUTOCONCEPTO EN MUJERES DE GRUPOS VULNERABLES.
SEGUNDA PARTE: RESULTADOS Y DISCUSIÓN DEL ESTUDIO
Ciencia y Sociedad, vol. 39, núm. 1, mayo-, 2014, pp. 33-73
Instituto Tecnológico de Santo Domingo
Santo Domingo, República Dominicana

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87031229003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

LAS DIOSAS SOMETIDAS: AUTOCONCEPTO EN MUJERES DE GRUPOS VULNERABLES. SEGUNDA PARTE: RESULTADOS Y DISCUSIÓN DEL ESTUDIO*

The Subjected Goddesses: self-concept in women from vulnerable groups. Part II: Study results and discussion

Patricia Liranzo Soto
Rocío Hernández Mella**

Resumen: En este artículo se discuten los resultados, las percepciones y el autoconcepto de dieciséis mujeres, que viven con VIH. Ocho de ellas se desempeñan como trabajadoras sexuales. La aproximación cuantitativa de este estudio se realizó mediante el instrumento estandarizado Cuestionario Autoconcepto AF5, el cual se aplicó *antes* y *después* de los Encuentros Afectivo-Participativos, con el fin de medir las dimensiones académico-laboral, social, emocional, familiar y física de cada una de las participantes. En la primera medición llevada a cabo las primeras tres dimensiones resultaron dentro de la norma estadística, pero en la segunda medición estas mostraron cambios sugestivos. La dimensión familiar puntuó significativamente por debajo, mientras la física calificó muy por encima, en ambas mediciones. La dimensión física aumentada revela una conceptualización de sí misma “fabricada”, un falso yo, *que me protege del otro*. Esta investigación es no experimental (de tipo longitudinal de panel) con un alcance

* La primera parte del este artículo se publicó en *Ciencia y Sociedad* 38(4), 2013.

** Docentes e investigadoras del Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC).

exploratorio, descriptivo y con un enfoque mixto. En la aproximación cualitativa se utilizaron dos técnicas de recolección de los datos: entrevista socioeconómico-relacional semi-estructurada y grupo de enfoque. Los hallazgos en torno al autoconcepto evidencian que casi todas las participantes se sienten deprimidas, tristes y con necesidades afectivas apremiantes.

Palabras claves: autoconcepto, mujeres excluidas, diosas sometidas, VIH, emotividad.

Abstract: This article discusses the results, the perceptions and the own-self of sixteen women who live with HIV. Eight of these women work as sexual workers. The quantitative approximation of this research was done through a standardized instrument named Five Factor Self-Concept Questionnaire (AF5). This test was applied before and after the Affective-Participative Meetings in order to measure the academic-laboral, social, emotional, familiar and physical dimensions of each participants. The first three dimensions were done under the statistics norms, but in the second measurement, they show suggestive changes. Family dimension scored significantly low, meanwhile the physical dimension scored high. The augmented physical dimension reveals a “fabricated” concept of its own, a fake self *that protects me from another one*. This investigation is non-experimental (longitudinal panel) with an exploratory and descriptive reach and a mixed approach. In the qualitative approximation, two techniques of data collection were used: semi-structured socio-economic interviews and focus-groups. The findings regarding the own-self show most of the participants feel depressed and sad with affective-pressing needs.

Keywords: Self-concept, excluded women, subjected goddesses, HIV, emotionality.

1. Introducción

El autoconcepto se desarrolla y sostiene como un proceso en movimiento. La persona actúa y, posteriormente, delibera sobre la acción tomada, afrontando tanto las expectativas propias como la valoración de los demás sobre dichas acciones; además toma en cuenta las propiedades de su actuación y los resultados obtenidos. Esto significa que el autoconcepto no es innato, sino que es elaborado por medio a las interacciones con el contexto social y a través del análisis y la reflexión de dichas interacciones. Este rasgo dinámico que posee el *auto-concepto o concepto de si-mismo* (y por ende la autoestima) es relevante debido a que puede ser transformado (Huitt, 2004 citado por Villasmil, 2010).

Este artículo es el segundo de una serie de tres entregas, derivadas de la investigación: *Las diosas sometidas: Autoconcepto en mujeres de grupos vulnerables. Encuentros afectivo-participativos y sus efectos en el self*, realizada con la participación de dieciséis mujeres pobres viviendo con el VIH, ocho de las cuales se desempeñan como trabajadoras sexuales. En esta oportunidad se explicitarán las aproximaciones cuantitativa y cualitativa emanadas de la aplicación del instrumento que mide el autoconcepto, de las diversas técnicas cualitativas en la recolección de datos, así como de la interpretación y análisis de dichos resultados, de cara a la fundamentación teórica.

En la formación del autoconcepto y del afianzamiento de la autoestima, los vínculos primarios juegan un rol importante, ya que los padres son la fuente de referencia del infante. En la interacción con estos es que el niño y la niña aprenden a considerar las expectativas que se tienen de él o de ella y, de esta manera, se consolida un autoconcepto positivo o negativo con respecto a la forma como dichos vínculos fueron integrados (Allport, 1966, Oliveira, 2000 citado por Fernández, Bartholomeu, Marin, Boulhoça & Fernandes-Sisto, 2005).

En la adultez, el autoconcepto en la vida de las mujeres está matizado por las exigencias que la familia y la sociedad imponen, al demandar un ideal femenino tan sobredimensionado e irreal que el esfuerzo para alcanzarlo resulta extenuante, por lo cual a las mujeres se les dificulta vivir su *yo auténtico*, disminuyendo, así, su propia estima. Una autoestima empequeñecida resulta paralizante, entonces, sucede que *si no me creo valiosa no me creo capaz de salir de mi realidad*.

La realidad personal y social de las mujeres participantes, nuestras diosas, está marcada por la pobreza y exclusión social. Estas realidades o factores afectan considerablemente la visión que tienen de sí mismas. En el marco de esta investigación se les ofreció a las mismas una intervención de carácter lúdico y creativo que se llamó Encuentros Afectivo-Participativos, EAP, con el fin de abordar, descubrir y recuperar sus potencialidades. Dichos resultados serán presentados en el tercer y último artículo de la investigación sobre *Las diosas sometidas*.

2. Autoconcepto en mujeres vulnerables

El autoconcepto según Epstein (1974) es:

Un conjunto de conceptos internamente consistentes y jerárquicamente organizados, es una realidad compleja, integrada por diversos autoconceptos más concretos, como el físico, social, emocional y académico; es una realidad dinámica que se modifica con la experiencia, integrando nuevos datos e informaciones; se desarrolla a partir de las experiencias sociales, especialmente con las personas significativas (Amezcuza & Fernández de Haro, 2000, citado por Pappaletta & Kepic, 2005).

De esta manera, el autoconcepto puede ser evaluado en las siguientes dimensiones: autoconcepto académico/laboral, autoconcepto social, autoconcepto emocional, autoconcepto familiar y autoconcepto físico (García, Musito & Veiga, 2006).

El autoconcepto académico/laboral alude a la impresión que tiene el individuo sobre la calidad y el cumplimiento de su papel, tanto como estudiante o como trabajador. Esta dimensión se fundamenta en dos líneas principales: la primera relativa al sentimiento sobre su cumplimiento —expresado desde los profesores o superiores— y la segunda línea se enfoca en cualidades particulares evaluadas por la persona en este contexto (García & Musitu, 2009).

El autoconcepto social apunta hacia la imagen que tiene la persona de su desempeño en el *contexto social*. Dos cuestiones que fundamentan esta dimensión son las siguientes: la primera concierne al sistema social del individuo y a la habilidad para sostener dicho sistema o aumentarlo; la segunda se refiere a ciertas características relevantes en las relaciones interpersonales, como, por ejemplo, cuán amable y amistosa es la persona (García & Musitu, 2009).

El autoconcepto emocional manifiesta la percepción que tiene el individuo de su situación emocional y la manera cómo afronta circunstancias particulares con algún grado de responsabilidad e involucramiento en la cotidianidad. Dos cualidades de esta dimensión son, primero, la visión global que se tiene de la situación emocional (nervioso, calmado) y, segundo, el estado de la persona frente a circunstancias más específicas, donde los otros mantienen una jerarquía superior (García & Musitu, 2009).

El autoconcepto familiar es la visión que tiene el individuo de la manera como participa y se involucra en el contexto de la familia. Esta dimensión comprende dos perspectivas: la primera se pone en marcha en relación con los padres, como fuente de cariño y confianza, mientras que la segunda es la que se refiere a la familia y el hogar, la cual está constituida por cuatro factores: dos de ellos con una tonalidad positiva y los otros dos con una tonalidad negativa. Dichos factores reflejan el nivel de participación y de aceptación del individuo con su familia (García & Musitu, 2009).

El autoconcepto físico expresa la impresión que tiene el individuo sobre su aspecto físico y su condición. Uno de sus lineamientos se circunscribe a la práctica deportiva desde su perspectiva social, en tanto que el segundo enfatiza al aspecto físico *per se*, es decir, si la persona se gusta, es fuente de atracción, etc. (García & Musitu, 2009).

3. Método

En consonancia con los propósitos y compromisos epistémicos asumidos, esta investigación es un estudio no experimental de tipo longitudinal de panel, con un enfoque mixto específico y con un alcance de tipo exploratorio y descriptivo. Se habla de diseño mixto cuando incluye una combinación de procedimientos cuantitativos y cualitativos.

El tipo de investigación longitudinal de panel surge de la medición de la variable en varios momentos en el tiempo y con el mismo grupo de sujetos. En este caso específico, la medición efectuada fue en dos puntos en el tiempo, al principio de la recolección de datos y después de la intervención clínica al grupo de mujeres participantes.

Existen varios tipos de diseños mixtos específicos, pero debido a la orientación psicológica exhibida en el marco conceptual y a la manera compleja de aproximarnos al tema de investigación se utilizó el Diseño Transformativo Secuencial (DITRAS) (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado & Baptista-Lucio, 2010).

Este diseño permite que el marco conceptual guíe la recolección y análisis de los datos, como lo confirma Hernández-Sampieri et al. (2010) quienes afirman:

...esta teoría, marco conceptual o ideología es más importante para orientar la investigación que el propio método debido a que determina la dirección a la cual debe enfocarse

el investigador o investigadora al explorar el problema de interés, crea sensibilidad para recabar datos de grupos marginales, o no representados y hace un llamado a la acción (p. 569).

4. Contexto

El acceso a circunstancias que propicien el desarrollo humano se encuentra muy matizado por las distancias significativas con relación al nivel socio-económico, al ámbito social y al recurso educativo con los que cuentan y en los que crecen los diversos grupos humanos que se encuentran en situaciones de riesgo. Estas distancias expresan una inequidad de género, donde las coyunturas se hacen posibles mayormente para los hombres, en cambio las mujeres padecen de una gran marginación, principalmente en lo relacionado con el empleo, la movilidad social y en la estructura educativa, aunque en menor grado.

5. Muestra

Esta investigación fue llevada a cabo con personas pertenecientes a poblaciones en riesgo, con mujeres portadoras de VIH; la mitad de ellas trabajadoras sexuales, con edades que oscilan entre los 22 a 50 años. Se realizó con un solo grupo compuesto por dieciséis personas. Las participantes fueron elegidas a través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional. Fueron ocho mujeres y ocho trabajadoras sexuales, ambos grupos viviendo con VIH. El primer grupo está adscrito a la Alianza Solidaria para la Lucha contra el VIH y el SIDA (ASOLSIDA). El segundo pertenece al Movimiento de Mujeres Unidas (MODEMU). Estas son ONG que trabajan con esta población y con ONUSIDA, como ente rector y de coordinación interinstitucional para los temas de salud y educación.

6. Aproximación cuantitativa: Instrumento

El instrumento utilizado fue el Cuestionario AF5 Autoconcepto, de García, & Musitu (2001). El AF-5 está conformado por 30 ítems que evalúan el autoconcepto presente en los individuos, en sus diferentes ámbitos, tales como: social, académico-profesional, emocional, familiar y físico. El índice de confiabilidad es superior $\alpha = .71$.

7. Aproximación cualitativa: Técnicas de recolección de datos

Para la recolección de los datos cualitativos se utilizaron dos técnicas: la primera fue una *entrevista* socioeconómico-relacional semi-estructurada, elaborada por las investigadoras, la cual permitió recabar información pertinente de los contextos personales y sociales en los que se desenvuelven estas mujeres. A través de la entrevista se recolectaron datos importantes: datos socio-demográficos, situación económica, ámbito laboral, relaciones humanas, historia familiar, servicios de apoyo social, ámbito educativo, salud y discriminación. Cada entrevista se realizó de manera individual con una duración aproximada de una hora; todas fueron grabadas en audio con consentimiento expreso de las participantes.

La segunda técnica consistió en *grupo de enfoque*. Las participantes fueron divididas en dos grupos y cada investigadora tomó a su cargo uno de ellos. Los lineamientos del grupo de enfoque se crearon a partir de la información significativa suministrada por el Instrumento aplicado y las Entrevistas efectuadas; en tal virtud, las dimensiones trabajadas fueron: relación con hijos e hijas, familia de origen, relación con la pareja, visión propia de sí mismas, sentimientos en torno al VIH.

8. Procedimiento

El Diseño DÍTRAS en la investigación comprendió tres fases de recolección y análisis de datos, la fase inicial, intermedia y final, que en total abarcó siete momentos distintos. En la fase primera o inicial se recogieron dos tipos de información: la cuantitativa, a partir de la aplicación de un instrumento estandarizado. Los resultados de la aplicación de dicho instrumento dieron paso a un segundo momento de acopio de información que, desde el enfoque cualitativo, se hizo a través de entrevistas a profundidad y de grupos de enfoque.

La fase intermedia de recolección y análisis de datos se llevó a cabo en cuatro diferentes momentos, coincidentes con la realización de los encuentros afectivo-participativos (los EAP), a través de cada uno de sus cuatro talleres: Iniciación, Desarrollo, Consolidación y Epílogo. En estos cuatro momentos se recopila e interpretan datos por medio a distintas técnicas, tales como: observación no participante, observación participativa y análisis de contenido, a través de diferentes medios como fueron materiales audiovisuales, documentos escritos personales y bitácoras de análisis, lo que posibilitó una gran riqueza en la reflexión de las experiencias vividas, integradas en la parte de la discusión de los resultados.

En la fase final, efectuada en el séptimo momento, se repite la aplicación del instrumento estandarizado, después de finalizada la intervención clínica-creativa, con el propósito de valorar y apreciar los cambios ocurridos en el autoconcepto de las participantes.

Este diseño nos permitió articular, en la interpretación de los resultados y su discusión, el amplio y complejo marco conceptual con la data recolectada, lo cual permite integrar los hallazgos y vincularlos con las acepciones teóricas que sustentaron esta aproximación psicológica a mujeres vulnerables. Este diseño posibilitó la comprensión más profunda de las participantes y sus estados emocionales.

9. Resultados cuantitativos

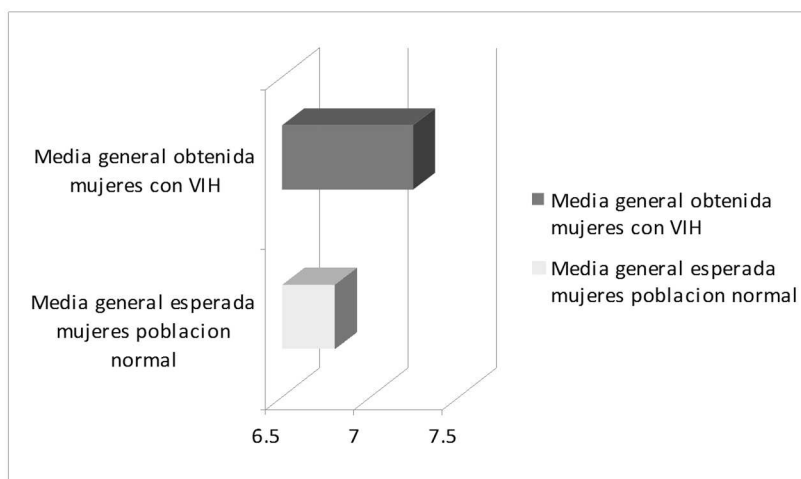
El propósito de esta investigación es determinar el autoconcepto en mujeres pertenecientes a poblaciones vulnerables.

El instrumento AF5 Autoconcepto Forma 5, mide el autoconcepto separándolo en cinco dimensiones, sin embargo, en consideración a los objetivos, las investigadoras decidieron elaborar una medida global de autoconcepto haciendo un promedio de las medias estadísticas de cada dimensión de la población normal, correspondiente a mujeres adultas, la cual resultó en $M= 6.80$ con un $DS= 1.48$.

10. Estadística descriptiva. Primera medición

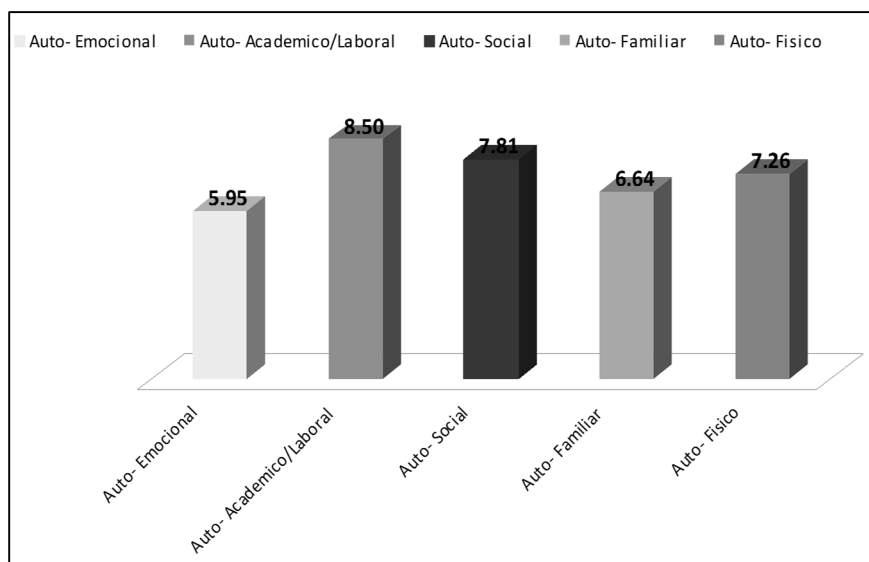
En la medida efectuada, a partir del instrumento AF5 Autoconcepto, los resultados arrojaron que, de manera global, las mujeres que viven con VIH tienen un autoconcepto de $M= 7.251$, por encima de la media esperable correspondiente a la población normal, que es de $M= 6.80$ (Ver gráfico N.º 1).

Gráfico N.º 1 - Media general de mujeres que viven con VIH



Con relación al autoconcepto por dimensiones, los resultados fueron: autoconcepto emocional con una media de $M = 5.95$, autoconcepto académico-laboral con una media de $M = 8.50$, autoconcepto social con una media de $M = 7.81$, autoconcepto familiar con una media de $M = 6.64$ y autoconcepto físico con una media de $M = 7.26$. La única dimensión con un puntaje significativo por debajo de la media normal fue el autoconcepto familiar, en tanto el autoconcepto físico puntuó muy por encima de la media normal (Ver gráfico N.º 2).

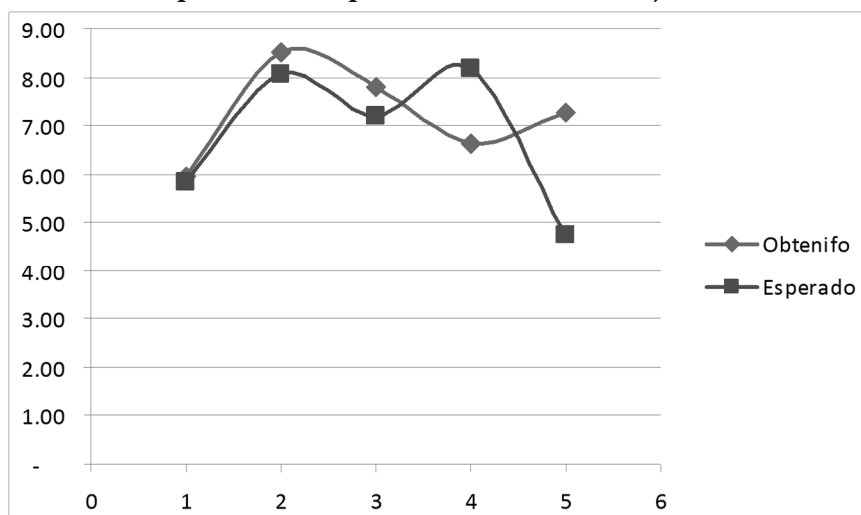
Gráfico N.º 2 - Autoconcepto general



Cada puntaje de las dimensiones del autoconcepto tiene un promedio normal esperado para mujeres adultas. En este sentido, las mujeres con VIH puntuaron ligeramente por encima de la media en las dimensiones académico-laboral, con una media de $M = 8.50$ con respecto a la media esperada ($M = 8.06$), en la emocional, con una media de $M = 5.95$ en relación a la media esperada ($M = 5.85$), y la dimensión social, con una media de $M = 7.81$, con respecto a la media esperada ($M = 7.20$). Las dimensiones donde hubo

diferencias significativas fueron: autoconcepto familiar con una media de $M = 6.64$, muy por debajo de lo esperado ($M = 8.17$), y autoconcepto físico con una media de $M = 7.26$, muy por encima de la media esperada ($M = 4.73$) (Ver gráfico N.º 3).

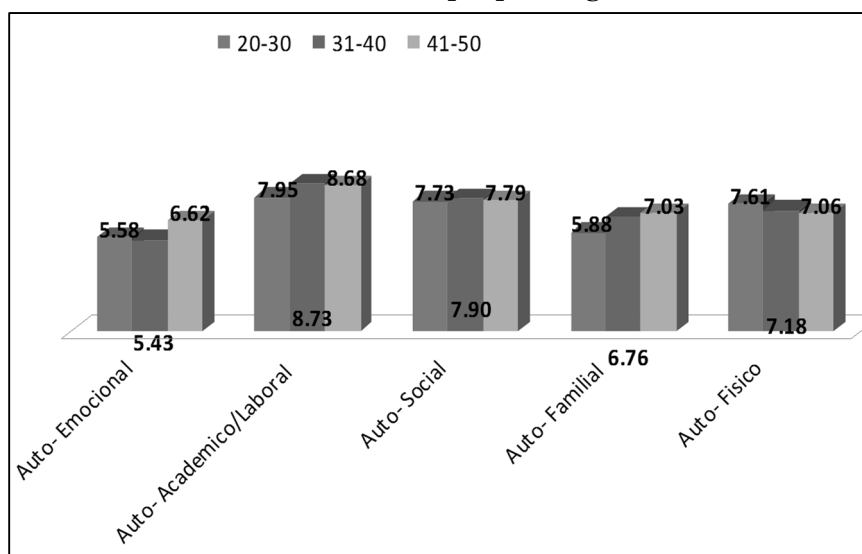
Gráfico N.º 3
Dispersión de los promedios obtenidos por las mujeres VIH con los esperados de la población normal de mujeres adultas



Con respecto al rango de edades, los resultados fueron: para el autoconcepto emocional todas las participantes puntuaron dentro de la media esperada; para el autoconcepto académico-laboral las participantes de edades entre 31-40 años obtuvieron una media de $M = 8.73$, ligeramente por encima de la media normal, de igual manera las participantes en el rango de edad de 41-50 años obtuvieron una media de $M = 8.68$, ligeramente sobre la media esperada. Con respecto al autoconcepto social las participantes se mantienen en las medias esperadas. Con relación al autoconcepto familiar las participantes con edades entre 20-30 años puntuaron con una media de $M = 5.88$, muy por debajo de la media esperada de $M = 8.17$, las mujeres de 31-40 años obtuvieron una media de $M = 6.76$,

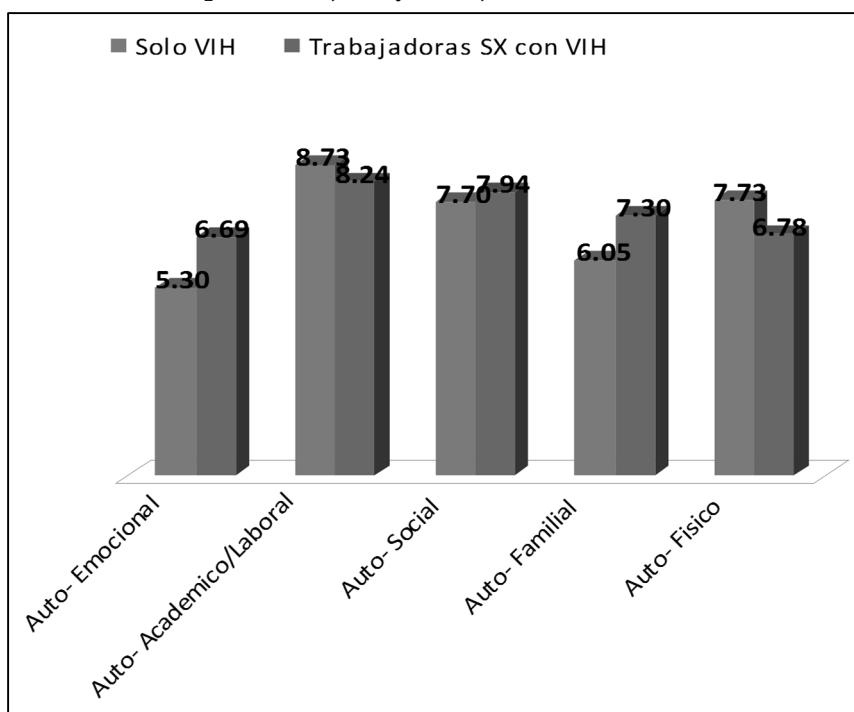
por de debajo de la media normal, y las mujeres de 41-50 años tuvieron una media de $M = 7.03$, moderadamente por debajo del punto medio normal. Para el autoconcepto físico las participantes entre 20-30 años obtuvieron un puntaje de $M = 7.61$, las de 31-40 años de $M = 7.18$ y las de 41-50 años obtuvieron $M = 7.66$, todos puntajes significativamente altos con respecto a la media esperada de mujeres adultas ($M = 4.73$) (Ver gráfico N.º 4).

Gráfico N.º 4 - Autoconcepto por rango de edades



Las dimensiones del autoconcepto en mujeres con VIH y trabajadoras sexuales con VIH fueron las siguientes: para los aspectos del autoconcepto emocional, académico laboral y social los puntajes se encuentran dentro de la media esperada. En el autoconcepto familiar, las mujeres con VIH obtuvieron una media de $M = 6.05$ y las trabajadoras sexuales una media de $M = 7.30$, lo que ubica a ambos grupos por debajo de la media para esta dimensión. Ambos grupos presentan, de forma consistente, una puntuación en el autoconcepto físico muy por encima de la media, con unos puntajes de $M=7.73$ mujeres con VIH y $M=6.78$ trabajadores sexuales con VIH (Ver gráfico N.º 5).

Gráfico N.º 5
Autoconcepto en mujeres y trabajadores sexuales con VIH



11. Resultados cualitativos

Como resultado del análisis de las entrevistas individuales y los grupos de enfoque, las categorías obtenidas fueron nueve en total: situación económica, relaciones humanas, historia familiar, servicios de apoyo social, educación y nuevas tecnologías, salud, discriminación experimentada, estado personal y relación con Dios.

Es posible establecer una relación muy estrecha entre estas categorías y las dimensiones y aspectos que se manejan en el instrumento Cuestionario AF5 Autoconcepto, a saber: la *situación económica* así como la categoría de *educación y nuevas tecnologías* se corresponden con la dimensión académico-laboral, la categoría *relaciones humanas* se vincula con el aspecto social del Cuestionario, la *historia familiar*

tiene su correlato en una dimensión casi homónima, llamada familiar en el Instrumento, los componentes de *salud* y *discriminación experimentada* pueden encontrar una expresión en la dimensión física y, por último, el *estado personal* se inscribe perfectamente en el autoconcepto emocional que se valora con el Cuestionario AF5. Las categorías *servicios de apoyo social* y *relación con Dios* son las de menos correspondencia con las dimensiones contempladas en el instrumento.

A continuación se exponen los hallazgos principales por cada categoría de información.

SITUACIÓN ECONÓMICA

Esta categoría se refiere al nivel socio-económico en que se encuentran las participantes, el cual está en el escalafón bajo. Esto se explica desde sus familias de origen, las cuales vivían en la pobreza, además del estado de situación actual, pues la mayoría no trabaja formalmente. Nuestras participantes cuentan con ingresos de manera ocasional, a partir de actividades informales como son la elaboración y venta de bisutería o productos de limpieza, el apoyo a personas viviendo con VIH en proyectos puntuales y el trabajo sexual. Solo una de ellas tiene un empleo formal, en una de las instituciones de apoyo a personas viviendo con VIH. Algunas de las participantes reciben colaboración económica familiar de manera esporádica.

RELACIONES HUMANAS

Esta categoría se refiere a las relaciones actuales que mantienen las participantes con su medio social cercano. La mayoría de las participantes son *cabezas de familia* y viven solas o con sus hijos e hijas. Solo tres de las mujeres mantienen una relación de pareja estable y positiva. Las relaciones con los hijos e hijas son armónicas, de apoyo y de una convivencia apropiada. La mayoría de los hijos e hijas se encuentran en la niñez y/o adolescencia. De los hijos e

hijas ya adultos, algunos de ellos colaboran económicamente con sus madres de manera módica y esporádica, debido a la precariedad de sus propias situaciones económicas.

Las valoraciones sobre la relación con la madre varían y se califican desde excelente hasta conflictiva; además hay ausencia de vínculo maternal debido a conflictos o por muerte. Al igual que con la madre, la relación con el padre va desde muy positiva o muy buena, hasta conflictiva y también de distanciamiento, por razones variadas, entre ellas, por intento de violación.

Con relación a la pareja, en esta oportunidad las participantes se refirieron a las relaciones que han tenido a lo largo de su vida, así como las que mantienen actualmente, hayan sido de casadas o en unión libre.

Prácticamente todas las participantes han vivido situaciones de infidelidad con sus parejas, las cuales fueron las responsables de infectarlas con el virus de VIH. La mayoría de las parejas abusan o son adictas al alcohol, situación que provoca un sinnúmero de consecuencias, como son maltrato físico y psicológico, así como violencia económica, debido a que ellos gastan el dinero del hogar o del negocio o el dinero personal de las participantes. Además de no cumplir con sus responsabilidades dentro del hogar, con los hijos y la pareja.

Las participantes han sido víctimas de chantaje por parte de sus parejas, lo que significa que las responsabilidades y obligaciones económicas del hogar, para poder ser otorgadas a las participantes, ellas debían entregarse sexualmente, contra su voluntad, a su pareja o ex-pareja.

Por último, nuestras diosas han experimentado actos de violación de adultas o intento de violación. Se refiere a eventos de violencia sexual vividos por las participantes, perpetrados por quienes fueron, posteriormente, en su mayoría, sus parejas. A su vez, implica violencia sexual por parte de la pareja, bajo los efectos del alcohol.

HISTORIA FAMILIAR

Esta categoría se refiere a las experiencias y características de la relación de las participantes con su entorno primario, su familia de origen. Fue en esta parte, relativa a la historia familiar, donde nuestras diosas se expusieron, dando muestra verbal y no verbal del dolor experimentado por sus experiencias en la niñez. De lo recogido en sus narraciones, su pasado familiar está asociado a abandono físico y emocional, relación conflictiva con la díada materna, padre valorizado y en ocasiones sobredimensionado, experiencias de abuso físico severo, con constancia a través del tiempo, donde la figura del abusador cambió de los padres a las parejas. De igual manera, abuso sexual y psicológico de adultas.

La mayoría de ellas fueron hijas parentificadas, es decir, tuvieron que asumir roles de dirección y gestión de la familia, no sólo a nivel del desenvolvimiento de la casa, sino en el cuidado de los hermanos y hermanas más pequeños. Las abuelas de muchas de ellas han fungido como las madres sustitutas y como entes de apoyo y de expresión de amor a las mismas.

Las participantes tuvieron que asumir experiencias laborales desde su niñez y juventud, producto de su situación de pobreza y de la responsabilidad adjudicada como hija parentificada, o auto-asumida, la que muchas veces podía ser remunerada o no. Otra experiencia significativa y traumática que vivenciaron las participantes fue de abuso sexual, cuya expresión fue desde el acto pedofílico hasta la violación per se, perpetrada por parte de familiares o personas muy allegadas a la familia con quienes existía un vínculo de confianza y cariño; por ejemplo, el marido de la madre, el director de la escuela, o un amigo de la familia.

Por último, se encuentra el estado emocional que de niña o adolescente manifestaron haber tenido nuestras participantes y que se refiere a la valoración que dan estas últimas de su estado de ánimo, el cual estuvo caracterizado por sentimientos negativos y

de tristeza profesados en esa etapa del desarrollo, durante la cual muchas de ellas tuvieron experiencias de vida muy difíciles.

EDUCACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

Esta categoría comprende dos grandes cuestiones, que son, la educación formal alcanzada y la capacidad, por parte de las participantes, del uso y manejo de las tecnologías de la información. De las dieciséis participantes, sólo cuatro terminaron la educación media; el resto abandonó los estudios por diferentes motivos, entre ellos es destacable la falta de recursos económicos y la inestabilidad en el hogar, así como la falta de convicción de los padres acerca de la importancia de la educación de sus hijos. Con respecto a las nuevas tecnologías, aunque todas ellas poseen un celular, no necesariamente aprovechan al máximo las potencialidades del mismo.

ESTADO DE SALUD

Se refiere al estado de salud actual de las participantes, en vista del riesgo posible de sufrir enfermedades oportunistas, debido a su condición de vivir con el VIH.

Prácticamente la totalidad de las participantes se encuentran en buen estado de salud, exceptuando una de ellas que se ha visto en la necesidad de seguir un tratamiento médico, debido a sus afecciones. Ellas indican que para mantener una buena salud hay que tener una alimentación balanceada, la cual se dificulta cuando no hay suficientes ingresos. Igualmente hay que preocuparse por la higiene y estar atentas a su medicación.

DISCRIMINACIÓN EXPERIMENTADA

Abarca dos vertientes, la primera es la que sufren las propias participantes a causa de su color, contextura física, trabajo sexual, por vivir con VIH y hasta por ser mujeres. La segunda vertiente es la discriminación que ellas realizan a grupos poblacionales

como drogadictos, delincuentes, personas con diferencias visibles físicas o mentales, con ideas políticas distintas a las de ellas y con una orientación sexual diferente.

Algunas de las participantes han manifestado que la razón principal para la discriminación que han sufrido ha sido su condición de ser portadoras del VIH; la de menos importancia ha sido la experiencia negativa con relación a su color de piel.

En la perspectiva de la discriminación que las participantes pueden ejercer hacia grupos poblaciones diversos se encontró que, respecto del papel hombre/mujer en la sociedad, indicaron que los hombres no son mejores políticos que las mujeres. En cambio, manifestaron que para ser una mujer completa se debe ser madre, lo que revela una contradicción en torno a la valoración del ser mujer. A su vez, expresaron que las mujeres son mejores que los hombres para estudiar en la universidad. Nuestras participantes, que son víctimas de prejuicios, a su vez marginan a individuos que ellas consideran diferentes, entre los cuales están: usuarios de drogas, personas que han estado en prisión y enfermos mentales.

ESTADO PERSONAL

Esta categoría puede explicarse como la valoración que tienen las participantes de su esfera emocional, expresada en los sentimientos hacia sí mismas. Dicha categoría comprende aspectos tales como emociones positivas y negativas, dentro de las cuales están: la culpa, la tristeza y la necesidad afectiva; auto-estigmatizaciones, auto-protección o actitudes defensivas en contra del dolor, emociones relativas al VIH y, por último, auto-imagen, que asociamos directamente al autoconcepto.

La mayoría de las participantes expresaron que su estado de ánimo más frecuente es deprimido, triste y nervioso. Casi ninguna dijo ser feliz; en cambio, expresaron sentirse abrumadas por la intensidad de sus sentimientos, lo que hizo que varias de ellas lloraran y utilizaran la entrevista como espacio de catarsis.

Indicaron que tienen necesidad de expresión de lo interno, ya que no está a su disposición un espacio profesional donde se trabajen las emociones y sus experiencias de vida. Las participantes al enterarse que eran VIH positivo reconocieron haber experimentado diferentes emociones, la de mayor preponderancia fue la depresión. A su vez, vivenciaron estados de ánimo producto de su condición que las llevaron a tomar decisiones drásticas de vida, como un aborto.

Durante las entrevistas, se pudo constatar un sinnúmero de contradicciones entre el discurso y la historia de vida relatada, ya que muchas de ellas no pueden vincular que sus experiencias traumáticas les afectan actualmente. La mayoría expresa sentirse satisfecha consigo misma, lo que corrobora los resultados del instrumento de Autoconcepto AF-5 donde todas presentan un autoconcepto estable en las dimensiones: académico-laboral, social, emocional y físico, a pesar de tener grandes precariedades económicas, y haber sido abusadas física, sexual y psicológicamente en su niñez y adultez.

Las experiencias traumáticas vividas, además de sus historias familiares son congruentes con el autoconcepto familiar que ellas obtuvieron, el cual resultó inestable y muy por debajo de la media, expresando grandes conflictos de carácter constitutivo.

Todas pertenecen a instituciones de carácter educativo donde han recibido capacitación de toda índole, acerca de temas como: VIH y tratamiento médico, alimentación balanceada, cuidado personal, derecho laboral y relaciones humanas. Este tipo de adiestramiento les otorga, principalmente, una evaluación positiva de sí, que se queda en el plano de lo intelectual.

RELACIÓN CON DIOS

Esta categoría fue incluida debido a que la fe o confianza en un poder superior o divinidad está inserta en el discurso, en las creencias y, a veces, en la falta de accionar de ellas. Estas convicciones sirven

para acompañar, mitigar y aliviar su situación precaria y de dolor y, otras veces, permiten evadir, dejar de afrontar y esperar que, por gracia del poder divino, se resuelva lo que está aconteciendo, de momento, en sus vidas. Se puede concluir que el sentimiento religioso define sus actitudes y se antepone a ciertas decisiones o deseos.

12. Resultados cuantitativos

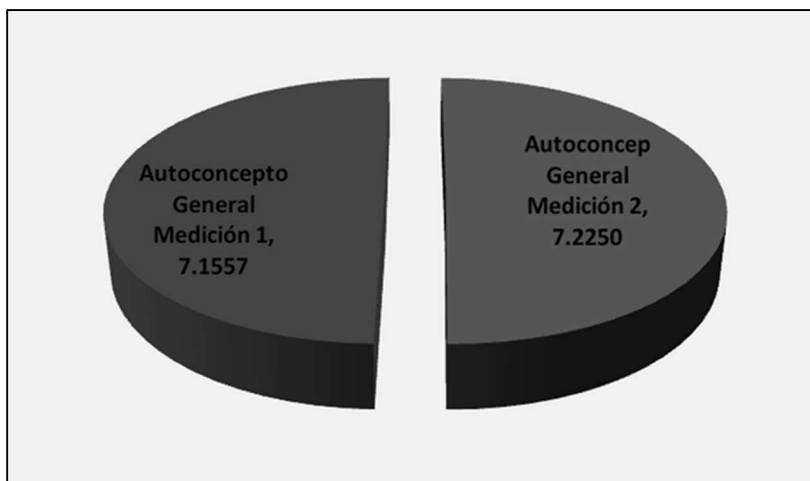
12.1 Estadísticas descriptivas. Segunda medición

Una vez finalizados los cuatro talleres que componen los Encuentros Afectivo-Participativos (EAP) y habiendo transcurrido el tiempo estimado como necesario para que el efecto de estos sobre las mujeres participantes se consolidara en su interior, se procedió a la segunda aplicación del instrumento Cuestionario AF5 Autoconcepto, con el propósito de documentar el cambio ocurrido.

Las participantes eran 16 en total, de las cuales ocho personas, correspondiente a la mitad del grupo, asistieron de manera constante a los cuatro talleres que conforman el EAP. En este sentido, de la primera medición efectuada, se seleccionaron los puntajes obtenidos por estas ocho participantes, para que la comparación con la segunda medición fuera adecuada. En la segunda aplicación del Cuestionario AF5 Autoconcepto, los resultados fueron los que se enuncian a continuación.

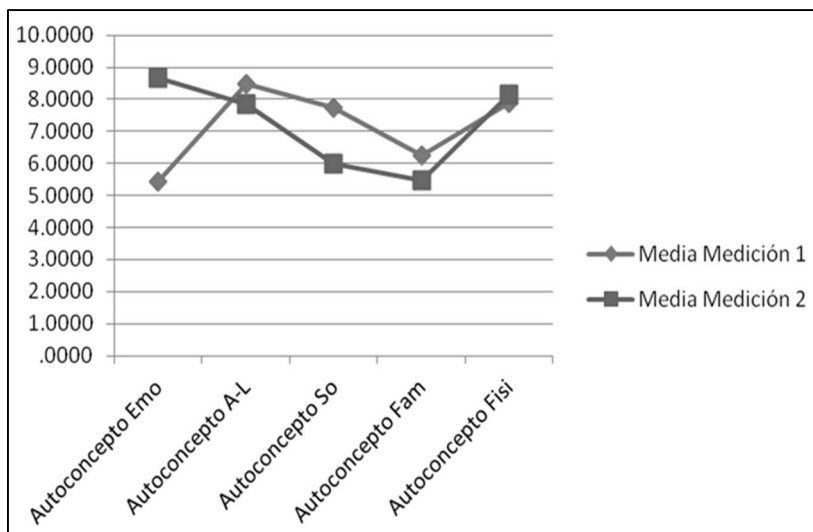
De manera global, las participantes, mujeres que viven con VIH, presentaron un autoconcepto de $M = 7.2250$, muy parecido al promedio obtenido en la primera medición de $M = 7.1557$ (Ver gráfico N.º 6).

Gráfico N.º 6
Comparación de medias autoconcepto global primera y segunda medición en mujeres que viven con VIH



Con relación al autoconcepto por dimensiones, en comparación con las medidas de autoconcepto tomadas antes de los talleres, los resultados fueron: el autoconcepto emocional en la segunda medición obtuvo una media de $M=8.6604$, presentando un aumento frente a la primera medición, con una media de $M=5.4208$. El autoconcepto académico-laboral presentó una media de $M=7.8625$, con una disminución frente a la primera medición, con una media de $M=8.4708$. El autoconcepto social de la segunda medición mostró una media de $M=5.9979$, presentando una disminución frente a la primera medición de $M=7.7208$. El autoconcepto familiar mostró una media de $M=5.4500$, presentando una disminución con respecto a la primera medición de $M=6.2375$. El autoconcepto físico mostró una media de $M=8.1542$, mostrando un ligero aumento frente a la primera medición $M=7.8667$. (Ver gráfico N.º 7).

Gráfico N.º 7
Comparación de promedios del autoconcepto
por dimensiones de la primera y segunda medición



13. Discusión

En el marco de esta investigación, se asume que el autoconcepto representa una parte fundamental del constructo *self*. Se puede explicar el *self* como la visión total de la experiencia psicológica, la cual está conformada de aspectos conscientes e inconscientes y a su vez funciona como un eje organizador y con capacidad de estructurar de la personalidad.

La manera de evaluar el autoconcepto se sostiene sobre el modelo de Shavelson, Hubner y Stanton [(1976) en Pappalettera y Kepic, 2005; Pérez, Vidal y Villaran, 2005; Esnaola, Rodríguez y Goñi, 2011] quienes se apoyan, a su vez, en toda la base teórica del *self* formulada por William James y otros autores. Para James (citado por Fernández, Bartholomew, Marin, Boulhoça y Fernandes-Sisto, 2005), el *self* es el germen de todo conocimiento personal, el cual

implica el conjunto de opiniones y visiones que tiene un individuo sobre sí mismo. De esta manera, James categorizó el *self* en: *self* material, *self* social y *self* espiritual. El primero se refiere al propio cuerpo y a las demás personas, el segundo a las opiniones sociales sobre el individuo y el tercero a sus sentimientos y deseos.

James recalcó el carácter multidimensional del *self*, lo que apoya el origen social del mismo. En esta misma tesitura, Mead (1934, citada por Fernández, Bartholomeu, Marin, Boulhoça y Fernandes-Sisto, 2005) sostuvo que existen varios *yo* y que los mismos se generan a partir de las experiencias sociales; de esta manera, existe un *yo social*, referido al grupo social, un *yo escolar*, vinculado a la escuela y maestros, un *yo familiar*, relativo a la familia, y un *yo personal*, asociado a la percepción propia.

Con relación al *autoconcepto general*, las participantes presentaron un autoconcepto elevado con respecto a la población normal. Esto corrobora los hallazgos de Aderoto, Oyefuga & Simisaye (2010), quienes, en su investigación con personas nigerianas con VIH, encontraron que las mismas presentaron un alto autoconcepto. Los autores lo explican suponiendo que la consejería psicológica y los programas de rehabilitación, al parecer, han producido efectos positivos en relación a la visión y evaluación que hacen estas personas acerca de sí mismas.

Estos hallazgos también apoyan lo planteado por De Moya (2003), quien ha realizado investigaciones con mujeres VIH dominicanas, entre las cuales se encuentran las trabajadoras sexuales. En su investigación *Juegos de guerra: El enfoque genérico-cultural de la respuesta al VIH-SIDA*, él expone que al estar organizadas y recibir capacitaciones de diversa índole, entre las que se incluye atender la estima propia, se valoriza “la dignidad de la trabajadora sexual casi siempre joven, bella, negra, pobre y madre” (p. 152). Sin embargo, este autor refiere que, a pesar de esa autoestima fortalecida, ellas continúan reivindicando las visiones tradicionalistas de género.

Lo anterior nos lleva a extrapolar esta misma dinámica a la valoración que tienen de sí nuestras diosas, que expresa una conceptualización de ellas tan fabricada y estructurada que no les permite vincular, a la visión que tienen de sí mismas, las experiencias primarias lacerantes que han vivido, como tampoco vincularse con quienes son hoy ni en comprender cómo dichas experiencias las han afectado.

Este autoconcepto elevado llama la atención por venir de mujeres pobres y excluidas, pero puede explicarse en el marco de lo expuesto por Quiroga (2002) quien argumenta que en la posmodernidad o modernidad tardía se experimenta al *otro* como un rival, a partir de la lógica del mercado. De ahí que mostrar *quién soy* en un instrumento significaría darle herramientas para vulnerarme, a ese otro que es mi enemigo. Por lo tanto, la persona, al no ser quien es, fractura su identidad propia y lo mismo ocurre en su relación con los demás.

De todas las dimensiones del autoconcepto, que incluyen académico-laboral, emocional, familiar, social y físico, las que puntuaron significativamente por encima y por debajo de la media fueron el autoconcepto físico y el autoconcepto familiar, respectivamente.

Quiroga (2002) nos da luz sobre este *autoconcepto físico* muy elevado, al indicarnos que hay un *debilitamiento del yo* que impide una identificación apropiada de sí y del otro. Si la persona no logra identificarse ni consigo misma ni con el otro, construye un *falso yo* con el cual se somete doblemente, se resquebraja su subjetividad y, como consecuencia, se sobreadapta al contexto social, alienándose. Dada esta condición, *al mirarme en el espejo me digo que soy bella, tratando de creerlo*. A su vez, Winnicot (1960) explica que el *self falso* más bien corresponde al desarrollo adaptativo del yo del individuo relacionado a su contexto social y cultural (Sassenfeld, 2011).

Esta situación puede ser explicada desde la perspectiva de la Psicología Profunda, con Jung, quien sostiene que la persona a nivel

inconsciente se ve afectada por los mecanismos de compensación y equilibrio de los opuestos; esto implica que coexisten polaridades en las dimensiones de la personalidad que se expresan una sobreponiéndose a la otra, lo que hace que solo se reconozca una de ellas, hasta que, con una oportunidad terapéutica, la persona sea capaz de integrar sus polaridades para entenderse como una totalidad.

En esta misma línea de análisis, desde los mitos y leyendas que utiliza la Psicología Profunda para explicar la esencia humana, se puede comprender el autonconcepto elevado en la parte física como una ejecución fantaseada que actúa de *fuelle de escape* socialmente aceptada y que representa negar los miedos más antiguos y los deseos innombrables (Martínez, 2011).

Las participantes presentaron un *autoconcepto familiar* disminuido, lo que se puede explicar a partir de las experiencias primarias lacerantes que vivenciaron. Dichas experiencias se expresan en abandono físico y emocional, relación conflictiva con la díada materna, padre magnificado y experiencias constantes de abuso físico severo. Gran parte de ellas fueron hijas *parentificadas*, las cuales asumieron roles de gestión familiar, no solo a nivel de la rutina propia del hogar, sino del cuidado de sus hermanos y hermanas pequeños. La pobreza las llevó a trabajar desde temprana edad.

Estas experiencias confirman a Fernández et al. (2005) quienes, recreando explicaciones de Oliveira (2000) a partir de Allport (1966), postulan que la calidad de los vínculos primarios determina el autoconcepto positivo o negativo, ya que es en dicha interacción que el niño o la niña aprende a considerar e integrar las expectativas que se tienen de él o ella.

Las participantes, nuestras diosas, no están conscientes de la intensidad de sus experiencias profundas, y de cómo estas han influido y siguen afectando sus vidas. Hay que aceptar que *eso que me ocurrió fue terrible*, y este paso se convierte en el inicio de la sanación. Entonces, la existencia de viejos traumas, las pérdidas

para las que no alcanzó el duelo, las frustraciones o carencias que no hemos podido superar, y las identificaciones patológicas son elementos que imposibilitan el desarrollo de niveles elevados de conciencia, como lo describe Pozzoli (2007). En esta misma línea, psicólogos como William James y Carl Gustav Jung reconocen que no existe curación que perdure si el sentido de la experiencia no es vivenciado desde la profundidad del ser.

El abandono físico y emocional experimentado por nuestras participantes corrobora la afirmación de Maturana (1992) de que *la mayor parte del sufrimiento viene de la negación del amor*. A nuestras participantes se les ha negado el amor una y otra vez, primero por sus madres o padres, luego por sus parejas, y, finalmente, por una sociedad que las excluye por ser pobres y tener VIH.

Siguiendo a Kohut (1984 citado por Sanfensseld, 2011), se comprende que las experiencias experimentadas con padres y madres, *madre conflictiva y padre magnificado* hicieron que se haya desarrollado en ellas, nuestras participantes, un *self* no cohesionado, el cual es consecuencia de un eje relacional que se fundamentó, en su mayoría, sobre un conjunto de experiencias negativas y de carácter traumático.¹

Las participantes tuvieron que trabajar en su niñez, convirtiéndose en hijas *parentificadas*, en vista de que la familia no fue capaz de protegerlas de la indefensión social, tal y como lo explican Laparra, Obradors, Pérez, B., Pérez, M., Renes, Sarasa, Subirats y Trujillo (2007), quienes argumentan, que la familia se constituye como un ente de protección que amortigua las dificultades económicas, en el sentido de que unos miembros con sus aportes económicos apoyan a los otros sin empleo o carencias de recursos. Como este resguardo no ocurrió con nuestras diosas, esto provoca que se instaure una indefensión que transita de lo social a lo personal

¹ Este autor se encuentra referido en el informe final de esta investigación. En el primer artículo, de la fundamentación teórica de este estudio, dicho autor no se encuentra incluido debido a requerimientos de espacio para la publicación.

y que, de una u otra manera, todavía sigue produciendo que ellas se coloquen en situaciones de vulnerabilidad real y simbólica.

Todas las participantes refirieron historias de abuso físico en su niñez, algunas de las cuales fueron experiencias extremas. Dichas historias, antes de ser relatadas, habían permanecido dormidas en la memoria y aceptadas como normales, pero sin ninguna vinculación con sus estilos de personalidad y maneras de comportarse. La incoherencia de que sean los progenitores, encargados de amarte y protegerte, los autores de semejante dolor se explica a partir de extrapolar lo postulado por Núñez (2001), de que la cultura de la *normalidad* surge de la pérdida del sentido de coherencia y esto nos hace insensibles ante los gravísimos problemas de la sociedad. Esta *normalidad* persiste a partir del convencimiento que contra la realidad social es imposible hacer nada y por eso me resigno.²

Las únicas *fuentes de ingreso* para casi la totalidad de las participantes se encuentran dentro del trabajo informal, temporal y precario, cuando no se encuentran desempleadas, lo que hace que su situación de pobreza las excluya, argumento que se sostiene a partir de Laparra et al. (2007) quienes señalan que las personas marginadas, para subsistir, se involucran en una sucesión de trabajos irregulares o en actividades penadas por la ley, como es el trabajo sexual.

Nuestras participantes, además de su precaria situación económica, se encuentran sometidas a *exclusión social* por su condición de vivir con VIH. Tal como lo definen Laparra et al (2007), la exclusión es un alejamiento progresivo de la integración social y la limitación de las oportunidades a empleos, así como a acceder a los servicios destinados a la protección, por ejemplo, los servicios de salud.

² Este autor se encuentra referido en el informe final de esta investigación. En el primer artículo, de la fundamentación teórica de este estudio, dicho autor no se encuentra incluido debido a requerimientos de espacio para la publicación.

La *relación de pareja* de todas las participantes ha estado caracterizada por violencia de género, que no es más que el reflejo de las experiencias primarias de abuso que ellas experimentaron. Seguimos a Oraison (2010), quien nos argumenta acerca de la necesidad de elevar la autoestima por medio a actividades lúdicas y artísticas, ya que la desvalorización a que han sido sometidas las participantes es producto de la descalificación continua de que han sido y son objeto, por su pareja, familia y sociedad, como mujeres pobres y excluidas que son.

En el marco de esta investigación, la categoría *Estado personal* contiene las dimensiones y características que conforman el autoconcepto. Casi todas las participantes se sienten deprimidas, tristes y nerviosas gran parte del tiempo. Casi ninguna expresó ser feliz, sin embargo manifestaron sentirse abrumadas por la fuerza de sus sentimientos, lo que provocó descarga emocional durante las entrevistas. Esto se vincula con lo hallado por Pinkola Estés (1998) acerca de la mujer sentirse amordazada, confusa, deprimida, fatigada, frágil, seca, débil, falta de inspiración, bloqueada, impotente, cediendo la vida creativa a los demás y no asumiendo su propio ritmo, cuando, por causas de la culpa, hace una ruptura con su fuerza interior, que se encuentra en la psique profunda.

Abundando sobre la culpa, estas mujeres, pobres y vejadas, no se permiten reconocer sus capacidades y recursos internos, los cuales utilizan cotidianamente para sobrevivir; en cambio, sienten que son víctimas, aunque no se definan como tales. El no admitirse como víctimas les impide transitar por su propio proceso de dolor emocional, lo que les dificulta poder cambiar y reconocer los recursos interiores con los que cuentan.

El tránsito emocional hacia el crecimiento personal parece ser una necesidad de nuestras participantes, identificada por la duración extendidas de las entrevistas, así como frases captadas en medio del proceso, las que apuntan a sensaciones de liberación, descarga y urgencia de expresión de lo interno, armonizando con Pozzoli

(2007), quien indica que los sentimientos de inferioridad producen sufrimiento y pérdida de la libertad interior. Se hace necesario detectar este sufrimiento, el cual es la base del trabajo espiritual que debe ser desarrollado.

Con respecto a los sentimientos de tristeza experimentados por nuestras participantes, hacemos referencia a la investigación de Flores, Borda y Pérez (2006) quienes encontraron que las personas con VIH y en fase SIDA mantienen estilos *evitativos* de afrontamiento, caracterizados por síntomas de tristeza, apatía, episodios de llantos, etc., vinculados a la situación de vivir con VIH, estos sentimientos son olvidados, por lo tanto no se tratan.³

Para Quiroga (2002), la consecuencia de un estado de depresión silenciosamente instalado se manifiesta como un *self* fragmentado que, a primera vista, pareciera tratarse de una subjetividad *light*, puesto que, al no profundizar en sus sentimientos dolorosos, las participantes se mantienen en la superficialidad de las cosas, en una relación de exterioridad consigo mismas y banalizando sus relaciones.

Nuestras participantes, las diosas, son mujeres sobrevivientes de su situación de pobreza, del abandono parental, del abuso físico en la niñez y, de adultas, con sus parejas estables, de la negligencia en las responsabilidades parentales, de sus escasas oportunidades educativas, y de todas haberse contagiado del VIH con sus parejas permanentes, sin reconocer y valorar estas experiencias como indicadores de su autonomía y control de vida.

El haberse negado a sí mismas el desarrollo propio, en pos de colaborar e impulsar la economía del hogar y el proyecto de otros miembros de la familia o de la pareja, manifestar la necesidad de un hombre en sus vidas y de tener hijos para sentirse *mujer completa*, demuestran que nuestras participantes han configurado su *ser*

³ Este autor se encuentra referido en el informe final de la investigación sobre las diosas sometidas. En el primer artículo, de la fundamentación teórica de este estudio, dicho autor no se encuentra incluido debido a requerimientos de espacio para la publicación.

femenino a partir del pensamiento androcéntrico patriarcal que ha caracterizado a la sociedad occidental. Para Pisano (2001 citado por Pacheco Salazar (2004), este pensamiento estructura las configuraciones sociales, entre las cuales el *deber ser femenino* se materializa en función de lo masculino, lo que va desde la mujer abnegada hasta la imposición de la maternidad como vía de redención femenina, roles aprendidos desde las diversas instituciones de socialización, como son: la familia, las iglesias, el Estado, la escuela y los medios de comunicación, según expone Pacheco Salazar (2004).

La autora Pacheco Salazar (2008), recreando los planteamientos de la feminista Gloria Steinem, explica cómo en una sociedad patriarcal el varón es valorado por sus acciones, mientras la mujer lo es por su cuerpo físico *objetivizado*. La mitad de nuestras diosas, por las vivencias experimentadas de violencia física, sexual y psicológica, han llevado al extremo la “objetivización” de su cuerpo y habiendo padecido el despojo del dominio de su cuerpo, *no acepto en mí a un cuerpo dañado, permito que el otro lo use, porque ya no me pertenece, y dejo que, en ese uso por los hombres, adquiera valor. Como ya me despojaron, adquiero valor en el uso que el macho dominicano hace de mi cuerpo y me convierto en trabajadora sexual.*

Llama la atención el calificativo de *varonista* utilizado por una de las participantes para referirse a acciones y comportamientos que en el imaginario social se vinculan a lo masculino, como, por ejemplo, construir casas, recoger piedras en el río, cultivar la tierra, etc. Este hallazgo refleja la devaluación de lo femenino que permanece, a pesar de los cambios que ha sufrido la sociedad, desde las luchas feministas y de la participación, cada vez más amplia, de la mujer en la economía y las instituciones sociales. Caruncho y Mayobre (1998) constatan el fenómeno mencionado, explicando que aún existen prejuicios, mitos e ideas irracionales con respecto a la mujer, como parte de las creencias que se transmiten a nivel colectivo, desde todas las clases y grupos sociales. De igual manera, Gissi (2004) comenta que en los mitos y símbolos

femeninos y masculinos en América Latina se manifiesta un conflicto, falta de equilibrio y la no incorporación complementaria de una y otro.⁴

Gissi (2004) amplía este hallazgo cuando expone que la negación y represión del arquetipo masculino ha impedido la autonomía e independencia, la educación, los trabajos calificados y el pensamiento abstracto en las mujeres, lo que se traduce en una discriminación social y psicológica que persiste como un círculo vicioso.

La *autoimagen* de nuestras participantes revela una contradicción profunda entre lo que ellas piensan y dicen que son, ante un cuestionamiento directo acerca de sí mismas y lo que narran de lo que han sido las experiencias de sus vidas. Oraison (2010) declara que la identidad de las personas en el contexto de la posmodernidad se muestra de modo ambivalente; esto quiere decir que el rasgo de independencia coexiste con la desconexión y el sentido de fragilidad de sí mismas, lo que las hace vulnerables, aunque no se reconozcan como tal.

En nuestras participantes la necesidad afectiva resulta acuciante; lo que viene a ser comprensible, dada sus historias de vida y las precariedades de todo tipo a que están sometidas, avalando lo que dice Maturana (1992) acerca de la importancia de lo emocional en el espacio de *con-vivencia*, puesto que es allí donde se construyen los afectos. Para este autor, es la emoción la que define toda acción humana y, por lo tanto, es un aspecto constitutivo del *self*. Añadiríamos, que desconsiderar el valor de la emoción nos aleja de nuestra condición verdaderamente humana, la persona se *cosifica*, y sostenemos que pierde sus virtudes, sobre todo las concernientes a relacionarse con las demás personas, como, por ejemplo, la solidaridad, el compromiso y la empatía social.

⁴ Este autor se encuentra referido en el informe final de la investigación sobre las diosas sometidas. En el primer artículo, de la fundamentación teórica de este estudio, dicho autor no se encuentra incluido debido a requerimientos de espacio para la publicación.

Varias de nuestras participantes mostraron vergüenza y expresaron sentirse apenadas por realizar trabajo sexual, para inmediatamente justificarse debido a la imposibilidad de tener una pareja (por su condición de VIH), con la cual mitigar su precaria situación económica, y al impedimento real de tener un trabajo, puesto que en casi todas las empresas, a pesar de ser contrario a ley, las someten a análisis para detectar el virus de VIH.

Esta doble *autodiscriminación*, por ser trabajadoras sexuales y vivir con VIH, se magnifica en nuestra cultura latinoamericana, que ha sublimado a la mujer, tanto en positivo como en negativo, tal y como ilustra Gissi (2004). Por ejemplo, en México está la *Malinche*, traidora y puta, versus *Guadalupe*, benefactora y madre perfecta; para la tradición judeo-cristiana es *María* versus *Eva*, que descansa sobre la premisa *la señora de la casa versus la mujer de la calle*, arquetipo del *pecado*.

Este análisis sobre los resultados, tanto cuantitativos como cualitativos, acerca de la visión de sí mismas que tienen las diosas, construye la base para los Encuentros Afectivo-Participativos (EAP) que se definen como una terapia grupal estructurada alrededor de técnicas lúdicas, artísticas y corporales; la terapia se realiza con el fin de hacer aflorar el contenido de la psique profunda. Se confía en que, a partir de su participación en dichos encuentros, las personas estén más dispuestas a *re-conocerse* en sus cualidades, así como a *re-convertir* sus limitaciones en potencialidades. La socialización de esta experiencia terapéutica será expuesta en el tercero y último artículo relacionado con esta investigación.

14. Referencias bibliográficas

- Aderoto, N., Oyefuga, A. B., & Simisaye, A. O. (2010). Persons with HIV in Ijebu-Ode, Nigeria: Self-concept and information needs. *Chinese Librarianship: an International Electronic Journal*, 9, 1-16. Recuperado de <http://www.iclc.us/cliej/cl29AOS.pdf>
- Barez, F. (12 de febrero de 2010). Emoción y exclusión social, una relación al descubierto: Una investigación sociológica sobre el impacto de las emociones en los procesos de exclusión e inclusión social. (Registro de mensaje en la Web). Recuperado de <http://javierbarez.wordpress.com/proyectos/emocion-y-exclusion-social-2/>
- Caruncho, C., & Mayobre, P. (1998). El problema de la identidad femenina y los nuevos mitos. En Tórculo (Ed.). *Novos Dereitos: Igualdade, Diversidade e Disidencia* (pp.155-172). Santiago de Compostela: España. Recuperado de <http://webs.uvigo.es/pmayobre/indicedearticulos.htm>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2008). *Panorama social de América Latina*. Recuperado de http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/34732/PSE2008_Versioncompleta.PDF
- Esnaola, I., Rodríguez, A., & Goñi, E. (2011). Propiedades psicométricas del cuestionario de Autoconcepto AF5, *Anales de Psicología*, 1(27), 09-117. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/113531/107521>
- Fernandes, D., Bartholomeu, D., Marín, F., Boulhoca, A., & Fernandes Sisto, F. (2005). Autoconcepto y rasgos de personalidad: un estudio correlacional. *Psicología Escolar e Educativa*, 9(1), 15-25. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pee/v9n1/9n1a02.pdf>
- Freire, P. (1980). *La educación como práctica de la libertad*. México: Siglo XXI Editores.

- Freud, S. (1970). *El chiste y su relación con lo inconsciente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Freud, S. (1983). *Autobiografía. Historia del movimiento psicoanalítico*. Madrid: Alianza Editorial.
- Freud, S. (1988). *El yo y el ello y otros escritos de metapsicología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Freud, S. (1991). *Psicoanálisis del arte*. Madrid: Alianza Editorial.
- García, F., & Musitu, G. (2009). *AF5 Autoconcepto forma 5. Manual*. Madrid: Tea Ediciones S. A.
- García, J., F, Musitu, G., & Veiga, F. (2006). Autoconcepto en adultos de España y Portugal. *Psicothema*, 18(3), 551-556. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718334>
- Gissi, J. (2004). La psique latinoamericana: Breve ensayo hermenéutico desde Freud y Jung. *Psyche* 3(1) 71-78. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282004000100006>
- Hesnard, A. (1972). *La obra de Freud y su importancia para el mundo moderno*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hilgard, E. R., Kubie, L. S., & Pumpian-Mindlin, E. (1969). *El psicoanálisis como ciencia*. México. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hillman, J. (2004). *El sueño y el inframundo*. Barcelona: Paidós
- Jung, C. G. (1970). *Arquetipos e Inconsciente Colectivo*. Buenos Aires/ México. Paidós
- Jung, C. G. (1992). *Formaciones de lo inconsciente*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Jung, C. G. (2006). *Sobre el amor*. Madrid: Editorial Trotta, S. A.

- Jung, C. G. (2010). *Recuerdos, sueños, pensamientos*. Chile: Seix Barral.
- Laparra, M., Obradors, A., Pérez, B., Pérez, M., Renes, V., Sarasa, S., Subirats, J., & Trujillo, M. (2007). Una propuesta de consenso sobre el concepto exclusión. Implicaciones metodológicas. *Revista Española del Tercer Sector*, 4, 15-57. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2376685>
- Martínez, M. (2011). La función social y psicológica del mito. *Kañina, Revista Artes y Letras Universidad de Costa Rica*, 35(1), 187-199. Recuperado de <http://www.latindex.ucr.ac.cr/kanina-35-1/kanina-35-1-14.pdf>
- Maturana, R. H. (1992). *El sentido de lo humano*. Santiago de Chile: Hachette y Ediciones Pedagógicas Chilenas.
- Miric, M. (2005). Carga psicosocial del estigma sentido entre las personas que viven con el VIH/sida en la República Dominicana: Autoestima, depresión y percepción de apoyo social. *Perspectivas Psicológicas*, 5, 40-48. Recuperado de <http://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb44be886536a#.UcJYEjvD5fZ>
- Montealegre Hurtado, R. (2001). Percepción estética: Una relación entre arte y psicología. *Ponencia en el vigésimo octavo Congreso Interamericano de Psicología*, Medellín, Colombia.
- Moore, T. (1993). *El cuidado del alma: Guía para el cultivo de lo profundo y lo sagrado en la vida cotidiana*. Barcelona: Editorial Urano.
- Morin, E. (1999). *La cabeza bien puesta*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Moya, A. E. de (2003). Juegos de guerra: El enfoque generico-cultural de la respuesta al VIH-SIDA. En G. Candelario (Ed.). *Miradas desencadenantes: Los estudios de género en la República Dominicana al inicio del tercer milenio*. (pp. 139-157). Santo Domingo: Instituto Tecnológico de Santo Domingo.

- Mussons, O. (2011). *Conociendo el alma a través de los esquemas de Bach, Jung y el árbol de la vida*. Recuperado de <http://www.sedibac.org/CONGRESO%202011/CD/PDF/O-Mussons-.pdf>
- Naciones Unidas. Programa Conjunto sobre el VIH/SIDA. (2011). *Nuevas evidencias del vínculo entre violencia contra la mujer y VIH*. Santo Domingo: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
- Naciones Unidas. Programa Conjunto sobre el VIH/SIDA. (2011). *Igualdad de género y VIH en la República Dominicana*. Santo Domingo: Programa Conjunto sobre el VIH/SIDA.
- Naciones Unidas. Programa Conjunto sobre el VIH/SIDA. (2012). *Together we will end AIDS*. Ginebra: Programa Conjunto sobre el VIH/SIDA.
- Núñez, C. (2001). *La revolución ética*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen.
- Oraison, M. (2010). Individuación y participación: Tensiones en la construcción de ciudadanía. En B. Toro y A. Tallone (Eds.). *Educación valores y ciudadanía*. (pp. 75-94). Madrid: Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- Pacheco, B. (2004). *Lunas, luces y llantos: Análisis del papel desempeñado por el dolor en la construcción de la Identidad psico-social femenina en mujeres urbanas*. Santo Domingo: Instituto Tecnológico de Santo Domingo.
- Pacheco, B. (2008). *Dialogando con las brujas: Aportes a la epistemología feminista*. (Tesis de maestría, inédita). Santo Domingo: Instituto Tecnológico de Santo Domingo.
- Pappalettera, N., & Kepic, A. (2005). *El autoconcepto profesional en la formación docente*. Revista Formadores. Recuperado de <http://www.formadores.org/RFautoconcepto.pdf>

- Pérez, M., Vidal, L., & Villarán, V. (2009). *Estudio exploratorio del autoconcepto en docentes de educación primaria de escuelas públicas de Comas y Puente Piedra. (Informe final)*. Recuperado de <http://www.scribd.com/doc/47753051/Autoconcepto-y-docentes>
- Piaget, J. (1975). *Problemas de psicología genética*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Piaget, J. (1986). *Seis estudios de psicología*. Barcelona: Barral Editores.
- Pinkola, C. (1998). *Mujeres que corren con los lobos*. Barcelona: Ediciones B.
- Pozzoli, M. T. (2007). Espiritualidad, arte y belleza: Espacios del universo para el desarrollo humano desde el pensamiento complejo. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 5(7), 1-13. Recuperado de <http://polis.revues.org/4305#quotation>
- Progoff, I. (1992). *At a journal workshop: Writing to access the power of the unconscious and evoke creativity ability*. New Jersey: J. P. Tarcher.
- Quiroga, A. P. (2002). Las relaciones entre el proceso social y la subjetividad hoy. En J. F. Morales, D. Páez, A. Kornblit y D. Asún (Coords.). *Psicología social*. (75-94). Buenos Aires: Prentice Hall & Pearson Educación.
- Ruiz Gómez, L. (2004). La mitología griega en la identidad de género. *Revista Electrónica de Educación y Psicología Repes* 1(2), 1-29. Recuperado de <http://revistas.utp.edu.co/index.php/repes/article/view/5195/2465>
- Sassenfeld, A. (2011). Afecto, vínculo y desarrollo del self. *Clínica e Investigación Relacional*, 5(2), 261-294. Recuperado de http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V5N2_2011/3_A-Sassenfeld_Afecto-vinculo-desarrollo-Self_CeIR_V5N2.pdf

- Seoane, J. (2005). Hacia una biografía del self. *Boletín de Psicología*, 85, 41-87. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1709090>
- Shinoda Bolen, J. (2006). *Las diosas de cada mujer*. Barcelona: Karios.
- Stein, M. (2008). *El mapa del alma según Jung*. Barcelona: Ediciones Luciérnaga.
- Villasmil Ferrer, J. (2010). El autoconcepto académico en estudiantes universitarios resilientes de alto rendimiento: Un estudio de casos. (Tesis doctoral). Universidad de los Andes, Colombia. Recuperado de <http://www.human.ula.ve/B0E2F644-56B2-4A26-87CA-69AC062A60C2/FinalDownload/DownloadId-F71107B0D5141E2743EDD1805B5C15A3/B0E2F644-56B2-4A26-87CA-69AC062A60C2/doctoradoeducacion/documentos/anzola.pdf>
- Zambrini, L., & Ladevito, P. (2009). Feminismo filosófico y pensamiento post-estructuralista: Teorías y reflexiones acerca de las nociones de sujeto e identidad femenina. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, 2, 162-180. Recuperado de http://webs.uvigo.es/pmayobre/indicedearticulos.htm#el_problema_de_la_identidad_femenina_y_los_nuevos_mitos
- Zayas, S. (2000). *Una posible tipología de exclusión social: Aproximación al caso de Málaga y Melilla*. VII Jornada de Economía Crítica, Albacete, España. Recuperado de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/ec/jec7/index.htm>

Patricia Liranzo Soto

Profesora Área de Ciencias Sociales y Humanidades del Instituto Tecnológico de Santo Domingo, INTEC. Maestría en Psicología Clínica, especialización en Psicología Clínica; curso Experto en Peritaje Psicológico e Intervención Judicial; curso en Diagnóstico y Rehabilitación Neuropsicológica en Neurología Conductual; curso en Evaluación e Intervención Psicofisiológica en Medicina Conductual; licenciatura en Psicología. Se desempeña como facilitadora en OEI-República Dominicana. Asesora de tesis; coordinadora de diplomados y asistente de investigación en el INTEC. Entre sus publicaciones están: *Apego y autoestima en estudiantes femeninas en Psicología* (2012); *El proceso de descentralización escolar y sus condiciones de posibilidad* (2006).

Email: patricia.liranzo@intec.edu.do

Rocío Hernández Mella

Profesora-Investigadora del Área de Ciencias Sociales y Humanidades del Instituto Tecnológico de Santo Domingo, INTEC. Candidata a doctora en Psicología Social; tiene una maestría en Planificación y Administración de la Educación, especialización en Psicología Educativa; licenciatura en Psicología. Consultora en Psicología y Educación para OEI-República Dominicana y el MINERD; Vice-presidenta de la Fundación Tonucci: educando para la Diversidad. Entre las publicaciones recientes están: *Vivir feliz como*

propuesta para un quehacer docente imaginativo e inclusivo (2012). Es coautora de los artículos ya publicados: “El arte salva” (2011); “La sobreedad escolar: De la exclusión a la oportunidad” (2011); “Nuevas miradas psicológicas al “ser mujer”: despertar, transgredir y renacer en el arte” (2009); “De la culpa a la redención: hacia una nueva psicología” (2009).

Email: rocio.hernandez@intec.edu.do

Recibido: 24/12/2013

Aprobado: 08/03/2014

