



**Seminario para Acceder al Grado Académico de Licenciado en Psicología**

**Significados en las Configuraciones Socioemocionales de Mujeres que se Autoperciben Gordas: Análisis Experiencial Sobre la Atención Recibida por Profesionales de la Salud en Atención Pública, De la Región Metropolitana de Chile.**

**Elaborado por:**

Pía V. Corrales Hernández

Mirta H. Ravanal González

Ignacia M. Santa Cruz Handwerck

Tomás I. Soto Aubel

**Facultad de Psicología, Universidad Uniacc**

**Carrera: Psicología**

**Profesora guía:**

Ps. Francisca Ignacia Garrido Lucero

Santiago de Chile, 18 de Enero de 2024

## Indice General

Portada.....	1
Indice .....	2-5
Resumen.....	6
Introducción .....	7-10
1. Marco Teórico.....	10
1.1 La Transversalización de la Violencia Simbólica .....	11
1.2 Estructuras de poder, estereotipos y violencia de género.....	12
1.3 Violencia Institucional.....	13
1.4 El Cuerpo desde la Perspectiva Feminista.....	14
1.5 Politizando la Autoestima: Una Transición de la Comprensión Individual a la Afectación Colectiva.....	16
1.6 La Experiencia Más Allá de la Clave Conceptual .....	18
1.7 Afectaciones .....	19
1.8 Cómo llegaremos a Comprender el Significado. ....	20
1.9 La Relevancia de lo Socioemocional .....	21
1.10 Qué Entendemos por Configuraciones Socioemocionales .....	22
1.11 Qué Nos Dice la Mirada Biomédica .....	23

1.12 Breve Descripción del Sistema de Salud Pública Chileno .....	25
1.13. Sesgo o Estigma Pesocentrista .....	26
1.14 Gordofobia y Gordo-odio .....	28
2. Marco Metodológico .....	29
2.1Objetivos de la Investigación .....	29
2.1.1 Objetivo General .....	29
2.1.2 Objetivos Específicos .....	30
2.1.3 Preguntas Directrices .....	30
2.2 Diseño Metodológico .....	30
2.3 Paradigma de Investigación .....	31
2.4 Bases Epistemológicas: Feminismo Interseccional y Teoría del Conocimiento Situado de Donna Haraway .....	32
2.5 Técnica de Investigación .....	34
2.6 Procedimiento .....	34
2.7 Alcance de la Investigación .....	34
2.8 Muestra .....	35
2.9 Técnica de Análisis .....	35
3. Análisis de los Resultados .....	36

3.1 Dimensión N° 1: Manifestaciones de la violencia en la experiencia.....	36
3.1.1 Violencia de Género.....	37
3.1.2 Violencia Simbólica .....	38
3.1.3 Violencia Institucional .....	40
3.1.4 Discursos Pesocentristas .....	40
3.2. Dimensión N° 2: Significaciones de la Experiencia Gorda en Espacios de Salud.....	41
3.2.1 Vulnerabilidad .....	41
3.2.2 Malestar Subjetivo .....	42
3.2.3 Cuerpo Gordo Como Identidad Universal .....	43
3.2.4 Identificación de Agentes de Maltrato .....	44
3.2.5 Evación a la Atención de Salud .....	45
3.3 Dimensión N° 3: Estrategias de Afrontamiento y/o Resistencia que han Tenido que Implementar las Mujeres.....	46
3.3.1 Acciones de Agencia .....	47
3.3.2 Activación de Redes .....	48
3.3.3 Cuestionamiento del Ejercicio Profesional .....	49
3.3.4 Psicoeducación como espacios de activismo .....	50
3.4 Dimensión N° 4 Reapropiación de la Identidad Gorda.....	52

3.4.1 Afectos Políticos .....	52
3.4.2 Reivindicación del Lugar Gordo .....	53
3.4.3 Desestimar Prejuicios Sociales .....	54
4. Discusión .....	55
5. Conclusiones y Reflexiones de Grupo .....	58
6. Resguardos Éticos .....	61
7. Referencias Bibliográficas.....	62
8. Anexos .....	73

## Resumen

Los cuerpos, a lo largo de la historia han sido comprendidos bajo cánones normativos regidos por el peso y tamaño corporal, siendo una exigencia principalmente asignada a la esfera de lo femenino, y que necesariamente requiere ser observada como un problema cultural que interfiere en los distintos espacios sociales de participación. Dicho esto, la presente investigación tiene como objetivo explorar los significados otorgados a los tratos recibidos por parte de los profesionales de la salud en controles o consultas médicas, a un grupo de mujeres gordas y analizar críticamente cómo estas vivencias se enmarcan en un sistema específico de producción y reproducción de violencia sexista en el contexto del género. Por último, se espera habilitar espacios donde pensar las prácticas de opresión y violencia no tan sólo sea desde el padecimiento de éstas, sino que, logre rescatar las estrategias que las propias participantes han empleado para reivindicar esta dimensión de exclusión.

**Palabras claves:** significados, experiencias, cuerpos gordos, gordo odio, estudios de género.

## Abstract

Bodies, throughout history, have been understood within normative standards governed by weight and body size, primarily imposed on the feminine sphere. This requirement is culturally perceived as a problem that interferes with various social spaces of participation. With that said, the present research aims to explore the meanings attributed to the treatment received from healthcare professionals during medical check-ups or consultations by a group of plus-size women. The objective is to critically analyze how these experiences are framed within a specific system of production and reproduction of sexist violence in the gender context. Finally, the goal is to create spaces for reflecting on practices of oppression and violence, not only from the standpoint of

enduring them but also to highlight the strategies that the participants themselves have employed to reclaim this dimension of exclusion.

**Keywords:** meanings, experiences, plus-size bodies, fatphobia, gender studies.

## Introducción

Esta investigación busca establecer y/o entregar un espacio donde las experiencias de mujeres que se auto perciben gordas sean representadas; pudiendo así generar una mayor consciencia en el ámbito de la psicología respecto a las afectaciones que la gordofobia/gordodio pueden traer en la vida de las personas involucradas.

A partir de la revisión en torno al modelo biomédico, se logra dar cuenta de los elementos que han sustentado lógicas de establecimiento, de lo que podría pensarse es un cuerpo sano de otro que no lo es. Con ello, este modelo tradicional, considera una herramienta de medición que permitiría categorizar las corporalidades desde aquel binomio referido anteriormente sano/insano. Este concepto corresponde al Índice de Masa Corporal o IMC, el cual busca categorizar de forma cuantitativa a las personas según su peso y altura (Suárez-Carmona, Sánchez-Oliver & González-Jurado, 2017). Según la OMS (2020) un IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> corresponde a sobrepeso y por su parte, la obesidad se da a partir de un IMC  $\geq 30,0$  kg/m<sup>2</sup>, la cual es concebida como como una enfermedad crónica multifactorial y multicausal, por lo tanto, multideterminada, expresada por un exceso de grasa corporal (Suárez-Carmona, et al., 2017).

Expuesto esto, vale aclarar que nuestra investigación no lleva por propósito cuestionar y estigmatizar las lógicas de medición estandarizadas; sino que, reflexionamos en torno a que estas sean las únicas lógicas válidas para diagnosticar a las personas desde el binomio de sano/enfermo. Siendo el cuerpo gordo no excluyente de buena salud sino más bien marginado

del estándar de belleza devenido de las exigencias del sistema patriarcal debido precisamente, al no cumplimiento de estas.

Además, nuestra investigación es atravesada por la perspectiva de género, la cual incorpora la categoría de género al análisis social, cultural e histórico de un grupo humano o sociedad (Biblioteca Nacional de Chile, s/f). Referente a esto, para Judith Butler (1990, "la perspectiva de género busca desnaturalizar las diferencias y desigualdades de género, analizando cómo se construyen socialmente y se refuerzan a través de instituciones, discursos y prácticas culturales" (p.15); por lo tanto, el género corresponde a una construcción social y cultural, no a una realidad biológica, la cual es reforzada por las prácticas y normas sociales.

Dentro de nuestras bases epistemológicas investigativas está el feminismo interseccional, el que pone de manifiesto cómo distintas categorías sociales tienen una carga propia de opresión o privilegios (Vargas, Cobos y Morales, 2022). Este término fue desarrollado por Kimberlé Crenshaw, profesora de derecho de la Universidad de Columbia y la UCLA, quien señala que la interseccionalidad considera los aspectos particulares de una persona o comunidad y cómo estos pueden afectar el acceso a beneficios o la exposición a cosas negativas. Lo describe como "un prisma para ver la forma en que varias formas de desigualdad a menudo operan juntas y se exacerban entre sí" (Steinmetz, 2020).

Por consiguiente, hablar de la discriminación del tamaño corporal, en especial hacia las mujeres y el gran impacto que tiene es algo reciente, encontrándose el primer estudio en el 2011 (Fikkan & Rothblum, 2012 citado en Energici, Acosta, Huaiquimilla & Bórquez, 2016). Por su parte Fikkan & Rothblum (2012) indican aspectos no menores a considerar, lo referido al estigma de peso que han experimentado mujeres de cuerpo gordo en América del Norte, en diferentes áreas como el trabajo, relaciones interpersonales y prestaciones de salud, lo que ha repercutido de manera importante en su salud, calidad de vida e ingresos económicos. Los mismos autores



señalan que las mujeres de cuerpo gordo sufren discriminación específica lo que, a primeras, no ocurre en hombres de cuerpos gordo ni mujeres con otra descripción de cuerpo. Se puede observar según lo expuesto, que la ofensiva corporal resulta ser violencia (Expósito & Moya, 2011).

Dicho lo anterior, la discriminación a los cuerpos gordos tiene como nombre genérico “Gordofobia”. Harris et al., (1990 citado en Gallardo 2021) la comprenden como el conjunto de actitudes, estereotipos sociales y prejuicios hacia las personas con un peso mayor al que señala la tabla por peso y estatura de la OMS, siendo este un sistema de opresión que pone a las personas de cuerpos gordos en contextos de desventajas, injusticia y exclusión. La gordofobia no sólo se manifiesta con lo anteriormente señalado, sino que también puede llegar a observarse en las barreras ambientales o sociales que impiden a las personas acceder a diversos espacios.

Para nosotros/as como grupo de investigación, también nos resulta esencial destacar el concepto de gordo-odio, el cual podría eventualmente considerarse como una proyección discriminatoria, que podría conseguir instalar sentimientos de inferioridad, hostilidad y/o exclusión por parte de quienes se sintieran afectados; por lo mismo, cobra vital relevancia "desarticular la jerarquización de los cuerpos" (Aranda, 2021, p. 227). De modo que se internalice socialmente que los cuerpos independientes de su forma, atributos o elementos son transversales, es decir, son cuerpos tan humanos como los de cualquier persona y no poseen un significado per se.

Puhl & Brownell (2006) por su parte señalan como resultado de su investigación que a las personas con cuerpos gordos se les señala con frecuencia como “feas”, “tontas”, “incompetentes”, además indican dentro de los resultados que el sesgo de peso resulta más frecuente entre la familia y el mundo médico. En este ámbito los autores Halpern, King, Oslak, &

Udry (2005) señalan que dentro de los cuidados médicos las mujeres son discriminadas, teniendo el doble de posibilidades de ser diagnosticadas como “obesas” en comparación con los hombres.

En relación con lo anterior, la presente investigación tiene por finalidad comprender el significado de la experiencia y configuraciones socio emocionales percibidas en mujeres de cuerpos gordos, respecto de la atención recibida por los profesionales de la salud pública de la región metropolitana de Chile.

El alcance del presente estudio es de carácter descriptivo, la metodología de trabajo será cualitativa, bajo el paradigma construccionista social con bases epistemológicas del feminismo interseccional y la teoría de conocimiento situado de Donna Haraway. Nuestro instrumento de exploración será una entrevista semiestructurada desarrollada por los integrantes de esta investigación y validada por investigadora experta.

Para la comprensión profunda de la presente investigación se nos hace relevante ahondar en los términos que definimos a continuación en el marco teórico.

### **Marco Teórico**

El marco teórico de nuestra investigación busca emancipar la percepción sobre los cuerpos gordos, desde una mirada feminista, social, política, no reduccionista. Nos resulta importante relevar la observación y autopercepción corporal desde distintas esferas, ya que el cuerpo “puede hablar” desde el contexto cultural (entre otros puntos), en el cual se sitúa y devienen las experiencias.

## La Transversalización de la Violencia Simbólica

Cuando nos referimos a la transversalización de la violencia simbólica hacemos hincapié en que toda violencia de género es sostenida por la violencia simbólica.

Para el sociólogo Pierre Bourdieu (2000 citado en Blanco 2009),

La violencia simbólica se instituye a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador (por consiguiente, a la dominación) cuando no dispone, para imaginarla o para imaginarse a sí mismo o, mejor dicho, para imaginar la relación que tiene con él, de otro instrumento de conocimiento que aquel que comparte con el dominador y que, al no ser más que la forma asimilada de la relación de dominación, hacen que esa relación parezca natural.

La violencia simbólica viene a ser el cimiento invisible, sutil y perverso, que a través del lenguaje sostiene las representaciones culturales, que naturalizan e invisibilizan las relaciones de poder que históricamente han sido predominantes entre hombres y mujeres y que al no verse, no se cuestionan ni se identifican, perpetuando su función ideológica y poder simbólico. Esto sería entonces el aseguramiento de la dominación y justificación de la violencia estructural, con la que se legisla, se educa y se cría (Blanco, 2009).

A modo de ejemplo, podemos indicar que se puede identificar violencia simbólica en todo tipo de mensaje, íconos, valores (entre otros), que transmiten y perpetúan relaciones de poder, dominación, desigualdad y discriminación en todas las esferas sociales, naturalizando la subordinación de las mujeres (Blanco, 2009).

## **Estructuras de poder, estereotipos y violencia de género**

Según la ONU (1995 citado en Expósito & Moya 2011) la violencia de género es “todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada” (p. 20).

En relación al estudio de Fikkan & Rothblum (2012), referido al estigma de peso que han experimentado mujeres de cuerpo gordo en América del Norte, se puede indicar que la discriminación hacia la corporalidad es parte de la violencia de género y transversaliza la vida de las personas afectadas, interfiriendo en todas sus esferas participativas, obstaculizando su desarrollo pleno.

Continuando con lo anterior, respecto a estereotipos de género, las Naciones Unidas (2014) los definen como la práctica de asignar a un individuo determinado, ya sea hombre o mujer, características, atributos o funciones específicas, donde el sexo o género actúa como un sistema de categorización social (Delgado, Sánchez, y Fernández, 2011 en Gallardo y Franco, 2020). En el caso de las mujeres, un estereotipo de género está relacionado con una imagen de mujer basada en la belleza y el cuidado, sumado a esto atributos de debilidad, aceptar el control por parte de un otro y necesidad de protección (Delgado et. al., 2011). Suárez (2017 en Gallardo y Franco 2020) nos señala que para nuestra sociedad en el género femenino se potencia una cultura de delgadez y cosificación, que nace desde una sociedad patriarcal en donde se menosprecia a las personas que no se adaptan a estos modelos. Por lo mismo, es significativo realizar evoluciones en las interpretaciones sociales, ya que posibilita una mayor equidad, normalización y por lo tanto menos vulneración específica y multidimensional a lo socialmente construido como género femenino.

## **Violencia Institucional**

Continuando con la idea anterior, para comprender debidamente lo que es la violencia de género debemos saber que dicha violencia de género se nutre también de violencias institucionales, de acciones u omisiones realizadas por el Estado y sus autoridades. El movimiento feminista desde sus inicios fue consciente de las ambigüedades desde el Estado en el fenómeno de la violencia contra las mujeres. Es así, como en la década de los noventa muchos países latinoamericanos y del Caribe comienzan a levantar leyes sobre esta materia, en donde se pretendía abarcar diversas problemáticas asociadas a la violencia contra las mujeres, que de acuerdo al PNUD y ONU mujeres, en su informe conjunto del compromiso a la acción políticas para erradicar la violencia en el año 2017, da cuenta que a pesar de existir un interés en aprobar leyes para la protección y promoción de los derechos de las mujeres, se encontraron con las primeras ambigüedades en la responsabilidad del estado para enfrentar esta violencia, aparecieron las leyes de primera generación debido a que estas leyes establecen medidas de protección hacia las mujeres frente a la violencia que sufren sólo en el ámbito privado, es decir, ámbito familiar, intrafamiliar, doméstico e íntimo (BCN, 2019).

Dos décadas más tarde la convención de Belem do Pará, el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la mujer y la violencia doméstica define violencia contra las mujeres “como una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación contra las mujeres y designará todos los actos de violencia basados en el género que implican o pueden implicar para las mujeres daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad en la vida pública o privada” (BCN, 2019).

Este convenio exige a las partes que las medidas legislativas que se adopten sean la base para adoptar y poner en práctica políticas nacionales efectivas, globales y coordinadas para prevenir y combatir todas las formas de violencia incluidas en el ámbito de aplicación del presente convenio y ofrecer una respuesta global a la violencia contra las mujeres. Es así como algunos países han prosperado en la sanción de leyes integrales de violencia contra las mujeres o leyes de segunda generación (BCN, 2019).

En Chile la violencia hacia las mujeres comprende cualquier acción u omisión que tenga lugar en el ámbito público o privado, basada en el género y ejercida en el marco de las relaciones de poder históricamente desiguales que surgen de los roles diferenciados asignados a hombres y mujeres que resultan de una construcción social, cultural, histórica y económica que cause o pueda causar muerte, daño físico, sexual, psicológico, económico o de otra clase a las mujeres, incluyendo la amenaza de realizarlas, y en general cualquier conducta que afecte o amenace sus derechos (BCN, 2019).

### **El Cuerpo desde la Perspectiva Feminista**

Como hemos mencionado con anterioridad, el cuerpo de la mujer se ve influenciado y atravesado por las expectativas impuestas por una cultura patriarcal que promueve una noción de perfección hegemónica inalcanzable. En palabras de Simone de Beauvoir (1940 citada en Díaz, 2021, p.3), "No se nace mujer, sino que se llega a serlo". Esta cita subraya que existe una construcción predefinida de la identidad femenina que se refleja en el cuerpo, lo que Butler traduce en cómo el cuerpo se performa a través de los roles asignados, es decir, por ser mujer se debe actuar, sentir y pensar según lo que los cánones sociales dicten respecto de que es ser mujer.

El concepto de cuerpo, impulsado por los movimientos feministas, ha sufrido grandes transformaciones. Según Díaz (2021) a mediados del siglo XX, luego del movimiento sufragista, se desarrolla una visión esencialista, la cual se nutre de conceptos como “género” y “sexo”, para diferenciar entre lo construído y lo natural. El género se relacionaba con algo fluído, mientras que el sexo por ser biológico se consideraba estático o permanente. Esta postura no logra responder “qué” es un sujeto determinado, y para nuestra investigación no responde a qué es una mujer. Desde ahí dos grandes autoras invitan a problematizar nuevas aproximaciones a la corporalidad; las cuales son Judith Butler y Rosi Braidotti.

Nuestra primera autora, Butler, descarta la distinción entre sexo y género que lleva al supuesto de que hay algo inmodificable, no permeado por la cultura y entiende al cuerpo como “un marco de relaciones dinámicas que interactúa en un espacio ya político y social” (citado en Díaz, 2021, p.5), el cual no puede ser pensando sin considerar la cultura ya que “no hay cuerpos que no sean socialmente construídos” (Díaz, 2021, p.6). En relación a la materialidad del cuerpo, el que ocupa un espacio físico, Butler propone una deconstrucción del concepto, ya que la noción de materia está rodeado por discursos de poder, donde se materializa la diferencia sexual “en aras de consolidar el imperativo heterosexual” (Butler, 2002, citado en Díaz, 2021, p. 7). Respecto de la lógica binaria del cuerpo, es decir, materia y forma, Butler también propone su deconstrucción, ya que sostiene que está comprendido desde el falocentrismo que excluye lo femenino.

Según Díaz (2021) Braidotti considera al ser humano como la conjunción entre la materialidad corporal y la experiencia afectiva; su idea del cuerpo está mediada por la diferencia sexual. Este concepto supera la concepción racionalista de mente y cuerpo proponiendo en cambio el de cuerpo e inconsciente, donde el cuerpo expresa el conflicto psíquico, que recibe e interpreta estímulos, permitiendo la construcción de emociones como el sufrimiento o el placer

(Lamas, 2008). En esta lógica los cuerpos femeninos han sido excluidos y caracterizados como “lo otro”. Braidotti propone “una apropiación de los afectos y el deseo de las mujeres” (Díaz, 2021, p. 9) y comprende al cuerpo como el producto de la interacción de fuerzas sociales. Para Braidotti “el cuerpo viene a ser la interacción compleja de fuerzas sociales y simbólicas sofisticadamente construidas: no es una esencia, y mucho menos una sustancia biológica, sino un juego de fuerzas, una superficie de identidades, puros simulacros sin originales” (Braidotti, 2005, citado en Díaz, 2021, p. 12). Dicho lo anterior, la construcción de la corporalidad es compleja e interactúan a la base lenguajes culturales que imponen prototipos hegemónicos, los cuales pueden o no ser aceptables para una parte de la sociedad.

### **Politizando la Autoestima: Una Transición de la Comprensión Individual a la Afectación Colectiva**

Si nos adentramos a los estudios, documentos de la academia en nuestra formación como psicólogos/as, podemos encontrarnos con una infinidad de conceptualizaciones que hacen referencia, a grandes rasgos, de la autovaloración que perciben las personas sobre sí mismas y el impacto que esta apreciación tiene en la calidad de vida.

La construcción de la autoestima, como hasta ahora lo hemos aprendido, es un proceso íntimo y personal, que está transversalizado por las experiencias de vida, el reconocimiento y reciprocidad vincular. Valencia (2007 citado en Panesso y Arango 2017) indica que Maslow habla de la autoestima como una necesidad básica de todo ser humano y de esto trata el reconocimiento, respeto y la confianza que tenemos con nosotros/as mismo/as. Esta necesidad básica está teñida por las experiencias relacionales y el éxito en la vida, concluyendo en tener una valoración global personal, lo que conocemos como autoestima. Esta valoración incluye emociones, sentimientos, pensamientos y actitudes de vida.



Así surge la siguiente pregunta ¿Las experiencias personales están atravesadas por el género? Con lo descrito anteriormente, podemos comenzar a desmembrar críticamente cómo el desarrollo de la autoestima en las mujeres no tiene el mismo piso que el de los hombres, pues el malestar de muchas (incluso podemos afirmar que todas) mujeres está impactado por un sistema económico/patriarcal que comienza a instalarse desde la socialización de género, teniendo este como imperativo la perfección, y donde una baja autoestima es efectivamente un mecanismo de control de subordinación y opresión. Esto hace necesario un cambio de perspectiva que nos permita transitar de ver esta problemática como personal a un problema social, político y colectivo, pues es imposible construir una imagen de sí mismas/os sana, si tenemos un contexto que violenta en nombre del “amor propio” teniendo en su origen el modelo económico, el cual a través del marketing y la publicidad mercantilizan las inseguridades para vendernos la aprobación social, es decir, la inseguridad y la baja autoestima son rentables para este sistema económico patriarcal que lo sostiene (De Ugarte, 2022).

Es importante señalar que desde el concepto de autoestima podemos desprender el término autopercepción. Según Bolivar & Rojas (2014) el autoconcepto es un elemento orientador de la conducta humana, ya que explica la percepción que las personas poseen de sí mismas en un determinado momento de su historia y engloba un conjunto de creencias positivas y/o negativas respecto del Yo. Estas se van formando a partir de los distintos significados y pueden modificarse en el curso de la vida. Nos parece importante recalcar lo señalado por Peralta y Sánchez (2003 citados en Bolivar & Rojas 2014) que recalcan la importante contribución que tiene el autoconcepto en la formación de la personalidad.

## La Experiencia Más Allá de la Clave Conceptual

Cuando el feminismo habla de “lo personal es político” refiere a que las experiencias de las mujeres no son algo que se debe mantener en lo privado, pues son el reflejo de una voz colectiva y de problemáticas que deben llevarse al debate público. En este sentido Lamas (2007) nos habla de la importancia de vincular la política con todo ejercicio de poder (en cualquier ámbito). Es la antropóloga mexicana quien en su libro “Feminismo” hace una línea del tiempo que recorre las “distintas olas” que se levantan en el movimiento, y que estas surgen, efectivamente a través de experiencias compartidas que unen a las mujeres para organizarse y levantar luchas.

Por su parte Trebisacce (2016) hace un análisis crítico para repensar el concepto de experiencia desde el feminismo, entendiendo para ello que la autodenominada ciencia neutral carece precisamente de ese sustento neutro; por ende, se entiende que la experiencia es una herramienta que poseemos para desarrollar conocimiento, la cual incluye relaciones de dominación en su ejercicio que incluso provienen desde lo estructural. Cabe mencionar también que la autora, nos propone que la experiencia desde esta vereda, es capaz de visibilizar lo que denomina como las “realidades-otras”, es decir, aquellas realidades que usualmente se invisibilizan y que levantan banderas de lucha críticas, autorreflexivas y emancipatorias que orientan hacia un camino de levantamiento político.

Además de lo anterior, es la misma Catalina Trebisacce quien habla de la “matriz de inteligibilidad de las experiencias de las mujeres que discrimina qué experiencias son posibles de ser leídas como experiencias de mujeres y cuáles no” (Trebisacce, 2016, p. 291). Dicho esto, observamos que la matriz de inteligibilidad nos sitúa en posiciones donde se logre visibilizar experiencias que de otra forma difícilmente serían reconocidas, sin embargo, su paradoja radica

en que si bien se logra instalar y vislumbrar el discurso académico feminista, inevitablemente recortará experiencias que no pertenezcan a esta matriz. Por lo mismo, la autora en su artículo "Una historia crítica del concepto de experiencia de la epistemología feminista" luego de la narración histórica que da cuenta de cómo el feminismo academicista logra ser visibilizado tras varios esfuerzos y años de resistencia y lucha, nos sugiere desarmar la matriz mencionada, de tal modo que se pueda realizar una lectura de la experiencia que no excluya a ningún sujeto.

A partir de lo anterior, debemos señalar que la experiencia desde la ciencia neutra en su ejercicio, lee una subjetividad asignando en una categoría cualitativa que será denominada según los diversos estereotipos que desde ese modelo patriarcal acuñó, como por ejemplo "gorda" y generando que todas las lecturas de la experiencia de esa categoría sean las mismas. Con esto queremos decir que, a aquella forma de observación es que se le denomina desde los feminismos (Beauvoir, 1949 y Trebisacce, 2016) como una **lectura universal de la experiencia** donde cada subjetividad es leída como la misma, sin variar la experiencia de sujeto en sujeto, haciendo básicamente que sólo por el hecho de ser gorda por ejemplo, signifique que todas las experiencias por las que transiten estas mujeres sean las mismas; es decir, una gorda es igual a otra gorda.

### **Afectaciones**

Desde Mc Coy, Newball & Gutiérrez (2016) se desprende que las afectaciones psicológicas serían "una alteración de la salud mental, expresada mediante sentimientos y emociones que inciden desfavorablemente" (p.79); estas alteraciones presentes en la persona afectada podrían ser visibles o percibidas desde una esfera no meramente psicológica, sino que también podrían ser expresadas a través de sentimientos y emociones.

Las afectaciones serían entonces el componente que nos dará cuenta de cuál ha sido la posible impresión y/o cómo se sintió cada una de las entrevistadas en los significados de las experiencias percibidas en salud pública. Por lo tanto, la manifestación oral de esta autopercepción consideramos que posiblemente será la pauta que nos de cuenta de cuáles serán los tópicos que eventualmente han calado hondo en ellas y por lo tanto, podrían dar la guía que nos evidencie la información socioemocional para registrar y analizar.

### **Cómo Llegaremos a Comprender el Significado**

Para empezar vale preguntarnos ¿Qué es significado?; Resultaría muy ambicioso definir con precisión el concepto de significado en este artículo; su discusión está relacionada con definiciones metafísicas estrechamente relacionadas al extenso campo de la filosofía del ser humano. Autores como Saussure y Derrida abordan los aspectos más formales de este concepto.

Dicho lo anterior, para esta investigación, utilizaremos dos miradas transversales e integrales; la primera propuesta por la Real Academia Española (s.f) como una “cosa que se significa de algún modo”. En tanto que la segunda mirada vendría desde Vygotsky (1995, p.12) señalando que “La naturaleza del significado como tal no está clara, aunque es en él que el pensamiento y el habla se unen para constituir el pensamiento verbal”. Por lo tanto, en base a estas dos definiciones, podríamos dar cuenta que el significado es una herramienta que poseemos en nuestro lenguaje para adentrarnos en las relaciones que vamos estableciendo a través de nuestras experiencias, elaborando pensamientos que por su naturaleza son ideados a través de la recopilación e interpretación de nuestras vivencias.

## La Relevancia de lo Socioemocional

Las emociones han sido inmanentes al ser humano desde el inicio de su evolución y a lo largo de la historia, el consenso de qué son, se ha teñido con un lienzo desdibujado, pasando desde filósofos, epistemólogos, teólogos, psiquiatras, psicólogos, neurólogos, neurocientíficos, etc. Para la presente investigación, nos alineamos con la visión que Daniel Goleman y Humberto Maturana tienen, donde las emociones serían patrones nerviosos auto percibidos y auto significados que nos movilizan a realizar determinadas acciones o desarrollar determinadas ideas; en palabras de Goleman (1995, p.313) “en mi opinión, el término emoción se refiere a un sentimiento y a los pensamientos, los estados biológicos, los estados psicológicos y el tipo de tendencias a la acción que lo caracterizan”. Para Maturana (1990, p.10) “cuando hablamos de emociones son distintos dominios de acciones posibles en las personas y animales, y a las distintas disposiciones corporales que los constituyen y realizan”.

Con respecto a lo social, si ya con las emociones hay un gran bagaje de definiciones y orientaciones, en este ámbito sucede algo similar y nuestra premisa iría desde la lógica en que no habría una esfera social sin la base del lenguaje que entablamos como seres humanos, desde Maturana (1990, p.9) “el lenguaje es un operar en coordinaciones consensuales de coordinaciones de acciones consensuales”. Cuando entablamos lenguaje con los otros y logramos articularnos y generar acciones específicas, es que estamos adentrándonos en lo social; en la esfera en que nos teñimos con los demás de manera pactada o natural dentro de nuestra esfera humana. Al respecto, Baró (1990, p.53) nos comenta que,

*“buena parte del ser y hacer humanos no puede ser adecuadamente explicada sin acudir a las relaciones del sujeto (individuo o grupo) con otras personas y grupos, es decir, con sus raíces sociales. Esta relación o referencia es precisamente la que constituye el*

*carácter social (...) Aunque la acción humana es siempre social no toda acción humana es igualmente social.”*

Expuesto lo anterior, el concepto socioemocional y/o socio emoción utilizado en este artículo, combina ambas definiciones ya expuestas y se entremezcla en ellas, suscitando entonces significados tanto conscientes así como inconscientes posiblemente expresados en patrones nerviosos que no se limitan únicamente a la misma persona (autorreferida), sino que también se entablan en la relación y/o percepción con otros. En suma, es nuestro lenguaje, con su esencia más primigenia, el contacto de lo emocional con lo vincular, que de alguna manera nos ha permitido entendernos y ha posibilitado el desarrollo de la sociedad, y con ello que se configure y reconfigure una cultura. Por lo tanto, tras lo descrito, podríamos comprender también cómo lo socioemocional incluye la interseccionalidad, generando que lo autopercebido esté probablemente supeditado a las ideas de construcciones sociales debida -y normativamente- orientadas a las características humanas de quien se autopercibe.

### **Qué entendemos por Configuraciones Socioemocionales**

El término configuración puede comprenderse tradicionalmente como una “disposición de las partes que componen una cosa y le dan su forma y sus propiedades” (Real Academia Española, s. f.). Sin embargo, para esta investigación su carácter se relaciona con la esfera de lo socioemocional, es decir, de la relación que generamos para con los demás y las emociones que como seres humanos sentimos, por lo que incorpora la subjetividad como un factor principal.

En este sentido, una configuración no debería comprenderse como algo perpetuo o inmutable, ya que la forma de organizarnos internamente podría ir mutando según el paso del tiempo y/o la adquisición o reflexión de nuestras experiencias. Además, dada la naturaleza de lo

socioemocional, de carácter personal, por lo tanto experiencial y subjetivo, es que proponemos bajo esta línea el concepto que nos propone Rosi Braidotti (2004 en Mayobre, 2007, p.53) la Subjetividad Nómada, concepto que compone una relectura del concepto subjetividad, dando paso a una mirada que comprende cómo “una identidad que se está configurando en un continuo devenir como una identidad fluida, versátil, sin fronteras, abierta a nuevas posibilidades y con un gran potencial para resignificar el mundo y las cosas”. Dicho esto, la configuración socioemocional no emana netamente de los elementos contextuales por los que transita un sujeto ni es de naturaleza fija e inmutable respecto a su experiencia o subjetividad, sino que la configuración socioemocional guarda relación con la forma en que una persona se analiza a sí misma, pudiendo realizar críticas autorreflexivas que le permitan resignificar su visión o interpretación subjetiva dando forma a nuevas maneras de leer, sentir y apropiar su identidad.

### **Qué Nos Dice la Mirada Biomédica**

Ya entendiendo la relevancia de las experiencias y los afectos en la construcción de la autoestima mirada desde una perspectiva crítica, es que nos permitimos adentrarnos a explicar cómo el modelo biomédico concibe los cuerpos y la relación que establece entre los binomios sanos e insanos.

El modelo biomédico ha fundado la medicina moderna, la cual tiene una orientación básicamente patologicista, describiendo la salud, como ausencia de enfermedad y dónde se clasifica a las personas como sanas o enfermas según cánones establecidos (Baeta, 2015). Opera desde los dispositivos de salud, lugares donde se realiza el diagnóstico, evaluación y derivaciones pertinentes según lo observe el o la especialista tratante. El curso a seguir luego de entrar a consultar a los sistemas de salud está teñido por un sesgo cultural, político y económico basados en un modelo androcentrista y capitalista, donde todo conocimiento está vinculado a su

contexto y a la propia subjetividad del ser, esto es lo que Donna Haraway (1995 citado en Devine & Lareo 2020) describe como conocimientos situados.

Las y los profesionales de la salud, forman parte de la sociedad por lo que están expuestos a los mismos mensajes sociales sobre la obesidad, que se reflejan en actitudes desfavorables automáticas (inconscientes) hacia estos pacientes (Gómez-Pérez, Ortíz & Saiz, 2017). Asumen estos sesgos, tanto conscientes como inconscientes, reflejados en los diagnósticos y en las relaciones que se establecen en la consulta. Respecto de estas actitudes desfavorables automáticas, se señala que diversos profesionales de la salud perciben a los/las usuarios/as como indisciplinados/as e incluso evitan atenderlos (Brownell et al., 2005 citado en Devine & Lareo, 2020). Las personas de cuerpo gordo perciben recibir una menor calidad de atención, respecto de personas con un IMC “normal” (Gómez-Pérez, Ortíz & Saiz, 2017), las consultas médicas son más breves, se dan más órdenes para exámenes relacionados con estereotipos vinculados a la gordura (colesterol, triglicéridos y glucosa), prescripción de psicofármacos (antidepresivos) y más derivaciones a salud mental o psicológica (Hebl y Xu, 2001 citados en Devine & Lareo 2020).

Puhl y Heuer (2010), señalan que hay evidencia suficiente sobre los sesgos hacia personas gordas por los equipos de salud, esto genera estigma y discriminación, siendo una tremenda barrera para abordar estas temáticas de forma eficaz. Cabe señalar que los presentes estudios no aplican la perspectiva de género en el análisis, puesto que hasta hoy existe escasa investigación sobre las vivencias de usuarias de cuerpo gordo en los sistemas de salud. La experiencia de una mujer gorda en los dispositivos de atención biomédica llega a ser violenta y deshumanizante. Devine & Lareo (2020), a propósito de las actitudes desfavorables automáticas, entregan el siguiente relato:



El médico clínico que acabas de ver y con suerte (muchas veces no) leyó tu historia clínica, ya sabe quién sos y cómo sos desde antes que entrés al consultorio. Sos vaga, te cuesta comprometerte, no tenés fuerza de voluntad, no haces deportes ni actividad física, tenés una relación tóxica con la comida, si sos gorda no te querés y si te querés, te mentís a vos misma al gustarte. Sobre todas las cosas ESTÁS ENFERMA (A. Lareo, testimonio personal, 10 de agosto de 2020).

Devine & Lareo (2020) indican que los especialistas que no se enfocan en el peso son drásticamente escasos, reduciendo la posibilidad de interconsultas por alguna dolencia específica a profesionales especialistas.

Con todo lo anteriormente planteado no desconocemos ni negamos la postura biomédica que ve como un factor de riesgo un cuerpo con alto índice de grasa, ya que si puede predisponer al desarrollo de ciertas enfermedades o agravar cuadros que ya están presentes (Devine & Lareo, 2020). Sin embargo, consideramos que la perspectiva pesocentrista de este modelo es un enfoque reduccionista, que perpetúa el trato discriminatorio (Mancuso, Longhi, Pérez, s/f).

### **Breve Descripción del Sistema de Salud Pública Chileno**

El sistema de salud público es administrado por el MINSAL y busca brindar acceso equitativo a la atención médica y promueve la salud de la población, a través de atención médica de bajo costo o gratuita. Se organiza en 3 niveles; nivel de atención primario (APS) enfocado en prevención, promoción y tratamiento de enfermedades, compuesto por CECOSF (Centros Comunitarios de Salud Familiar), Postas y CESFAM (Centro de Salud Familiar). El nivel de atención secundario incluye atención con especialista en torno a temáticas más complejas y corresponde a hospitales y centros especializados. Finalmente, en atención terciaria

encontramos hospitales regionales, y hospitales de referencia nacional (Ministerio de Salud de Chile, 2020).

### **Sesgo o Estigma Pesocentrista**

Según Mackie (1973, citado en Gallardo, 2020, p.155) los estereotipos refieren “a las creencias populares sobre los atributos que caracterizan a un grupo social”. Respecto de nuestro grupo de investigación; mujeres que se autoperciben con cuerpos gordos, podemos señalar que la sociedad ha formado un estereotipo de “persona gorda”, relacionándola con un defecto moral, asociado exclusivamente a la conducta del individuo (Gómez-Pérez, Ortíz & Saiz, 2017) y describiéndola como indisciplinada, poco atractiva, con bajo autocontrol (Robinson et al 1993, citado en Gallardo, 2020). A esto corresponde el sesgo o estigma de peso, el cual establece responsabilidad personal a las personas con cuerpos grandes. El observar a quien posee un cuerpo gordo desde la irresponsabilidad de su mala salud, asumiendo que el peso es culpa de la pereza y sobre alimentación es la base que sostiene el Estigma de peso (Puhl y Heuer, 2010). La gordofobia, el gordo-odio y el estigma de peso también se dan dentro de los centros de salud, lo que podría dar pie a que mujeres de cuerpos gordos evitan los entornos de salud, dándose una baja adherencia terapéutica (Gómez-Pérez, Ortíz & Saiz, 2017). Por esta razón, es imperativo que los médicos consideren la compleja etiología de la obesidad al tratar a sus pacientes de cuerpo gordo (Pregalli-Politi, 2018).

En el ámbito de la psicoterapia, Quirk (2017) señala que alguna de las formas que puede tomar el sesgo de peso en salud mental consiste en: asumir que todos los pacientes con sobrepeso u obesidad tienen patrones de alimentación alterados, que el peso de los pacientes es fuente de problema y entender el peso como una expresión de desajustes psicológicos. Harrop (2019, p.9) por su parte lo ejemplifica de la siguiente manera:

Cuando una mujer muy delgada señala que está “gorda” y que su “gordura” la hace sentir poco atractiva, poco deseable y poco valiosa, los profesionales de la salud mental señalan que es una autoevaluación problemática y que es producto de un desorden mental tal como anorexia o un trastorno dismórfico. Sin embargo, cuando una mujer gorda se percibe a sí misma como poco atractiva, poco deseable y valiosa debido a su gordura, no se le cuestiona su autoevaluación, e incluso se justifica, reafirmando así una cultura de gordofobia internalizada. Puesto que es esperable que los cuerpos sean delgados sin que se realice un cuestionamiento tanto más abarcador de este canon; en suma, no se cuestiona la delgadez.

Es importante destacar que el trastorno dismórfico puede surgir precisamente a partir de esta imagen distorsionada, donde se desarrolla una conducta obsesiva y compulsiva relacionada con la apariencia, y hay una disfunción en la percepción que lleva a ver imperfecciones donde no las hay. En nuestra sociedad, existe la creencia arraigada de que ser delgado es lo adecuado y deseable. Se espera que una persona desee ser delgada y se considera una norma social. Por lo tanto, se valora positivamente a aquellos que son delgados, ya que se asocian con ser más atractivos y saludables. En contraste, las personas con sobrepeso son percibidas como menos atractivas y menos deseables según esta norma social predominante.

Es relevante reflexionar sobre cómo estas percepciones y estereotipos influyen en la forma en que las personas se ven a sí mismas y en cómo se perciben en relación con su peso y apariencia. Esta dinámica puede contribuir a la normalización e internalización del gordo-odio y el estigma de peso, lo cual puede tener un impacto negativo en la salud mental y emocional de las personas con cuerpos grandes.

## **Gordofobia y Gordo-odio**

La discriminación puede entenderse como el mecanismo por el cual se jerarquizan grupos de personas según alguna característica o características en particular, a la que se les otorga(n) condiciones de superioridad. En la literatura revisada se utiliza el concepto de gordofobia y se explica como un tipo de discriminación dirigido hacia los cuerpos no hegemónicos, cuerpos que “no entran en la norma” y corresponde a un tipo específico de discriminación abismalmente complejo y absolutamente naturalizado (Mancuso, Longhi y Pérez, s/f).

Múltiples autores definen este concepto; Robinson, Bacon & O'Reilly (1993) comprenden a la gordofobia como el miedo a la gordura. Gallardo (2020) indica que puede incluir trato negativo, estereotipos sociales, acompañados de violencia verbal, moral o psicológica. Friedman, Ashmore & Applegate (2008) señalan que la gordofobia puede verse reflejada en situaciones estigmatizantes como por ejemplo las barreras físicas o ambientales (por ejemplo: no contar con equipos médicos del tamaño adecuado). Para Pyñeiro (2019) la gordofobia es un tipo de opresión social, que discrimina a las mujeres de cuerpos gordos, mientras que Sánchez (2021) comprende a la gordofobia como un fenómeno social instalado y naturalizado en gran parte de la cultura occidental, donde se patologiza todo tipo de gordura, ya que el cuerpo gordo es percibido como enfermo, digno de burla, aislamiento social y asexualidad, por mencionar algunos.

La buena práctica médica requiere una suficiente competencia técnica para el correcto diagnóstico, para comparar las posibles alternativas diagnósticas y el tratamiento, porque no sólo deben tener las competencias, conocimientos y habilidades de la profesión, éstos también deben tener habilidades para comunicarse con el paciente, comprenderlos, en sus valores y deseos.

Así el principio de no maleficencia cobra gran relevancia, pues busca proteger física y mentalmente al paciente que recurre a ellos, para así evitar daños (Pregalli-Politi, 2018).

Hasta hace algunos años, se tomaba como sinónimos los conceptos de gordo-odio y gordofobia; pero para este trabajo integrador final, con fines de aportar al debate dentro de los feminismos, nos parece pertinente aclarar que, si bien hacen referencia al mismo tipo de discriminación, son de distinta naturaleza. Según Gasparini y Alvarado (2021, p. 10) el gordo-odio es un término de uso reciente y se puede definir como el “rechazo y/o opresión hacia las gorduras”, evidenciándose como conductas “establecidas, incorporadas y reproducidas” en la propia cultura de una sociedad, lo que las normaliza. Corresponde a una situación social, colectiva y patriarcal que indefectiblemente implica el ejercicio de la violencia (el odio, el rechazo de otros/as hacia un cuerpo) que podemos analizar desde el campo de la comunicación, mientras que la gordofobia obedece a un trastorno de ansiedad, que el DSM 5 (2014) caracteriza por miedo irracional, persistente e intenso frente a algún objeto o situación en particular, el cual puede gatillar en una crisis de angustia. Este trastorno se diagnostica y tiene como tratamiento la terapia de exposición, describe una vivencia personal, individual y no colectiva como lo hace el gordo-odio.

## **Marco Metodológico**

### **Objetivos de la Investigación**

#### ***Objetivo General***

Comprender los significados que un grupo de mujeres que se autoperciben gordas le atribuyen a la atención y trato recibido por profesionales de la salud durante sus consultas y controles médicos en atención de salud pública.

### ***Objetivos Específicos***

1. Conocer las vivencias de las participantes en la atención médica en torno a su corporalidad.
2. Analizar las emociones y afectos en las experiencias de atención de salud pública identificando si existió algún sesgo o discriminación.
3. Conocer las estrategias de afrontamiento y/o resistencia que han desplegado las mujeres en estas vivencias.

### ***Preguntas Directrices***

Las preguntas directrices que nos orientarán serán principalmente cinco.

- **A.** ¿Cuáles son las significaciones que las participantes le otorgan a su experiencia en el sistema de salud a partir de la reflexión de su corporalidad?
- **B.** ¿Qué explicación le otorgan a la forma de atención que se realiza en los espacios de salud?
- **C.** ¿Existen consecuencias en términos de salud mental por tratos negligentes y/o violentos en contra de las participantes?
- **D.** ¿Las situaciones de violencia en contra de las personas gordas provocan su baja asistencia al sistema de salud público?
- **E.** ¿Consideran que han debido desarrollar estrategias y/o resistencias suscitadas tras estas experiencias?

### **Diseño Metodológico**

Nuestro trabajo de investigación utiliza el método cualitativo, proceso dinámico que según Galvez y Amezcúa (2002) tiene como objetivo conocer y comprender el significado de un

determinado fenómeno en estudio, donde investigadores y participantes colaboran en la construcción de teoría y descripción de la realidad.

Este enfoque además permite reflexionar de forma constante sobre el proceso de investigación, a lo que Flick (2012) denomina como “circularidad”, siendo este un elemento central en la investigación cualitativa, que facilita la repetitividad en la pregunta “¿Hasta qué punto los métodos, las categorías y las teorías que se utilizan hacen justicia al objeto y los datos?” (p.58). Esto permite ir y venir las veces necesarias en el proceso investigativo.

Respecto del alcance de nuestro trabajo, consideramos que es de tipo descriptivo, donde más adelante se justificará con profundidad.

### **Paradigma de Investigación**

El presente estudio se realiza desde la óptica del paradigma de investigación construccionista social, el precursor de dicha óptica es Gerger (1997), quien señala que la forma que tienen los sujetos de construir el conocimiento está influido por las estructuras sociales predominantes. De esta forma se levanta el entendimiento y significados de los propios contextos y experiencias. Es el mismo autor quien acentúa la importancia que tiene el plano social en el conocimiento, siendo la realidad el resultado de la construcción de un proceso histórico enmarcado en las relaciones sociales desarrolladas a través del lenguaje (López-Silva, 2013).

Lo medular en esta propuesta es que a través del lenguaje se transmite el conocimiento de generación a generación, siendo el contacto social permanente el medio de reproducción de la realidad. El énfasis en el análisis está enmarcado en la forma que las personas detallan la realidad y así mismos/as, por tanto no existe una explicación de la realidad más válida que otra. El mundo no se explica en sí mismo como es, sino más bien a través de la interacción social (López-Silva, 2013).

Kenneth Gergen (1997) indica que en el lenguaje se van conformando realidades compartidas por una comunidad, "la verdad parece ser una cuestión de perspectivas, y éstas productos de intercambios y consensos sociales, es decir, construidas en los sistemas de comunicación social" (Gergen 1997, citado en López-Silva, 2013, p.14) es decir, el construccionismo social nos da cuenta que la realidad es un consenso de significados que se comparten socialmente. En este sentido, la producción del conocimiento está atravesada por las lógicas que cimientan las estructuras de poder, por tanto la realidad está construida y atravesada por la operación simbólica y prácticas que desembocan del mismo.

Dicho lo anterior, es este paradigma de investigación el que permite adentrarnos a observar desde una postura crítica las bases que interfieren en el fenómeno de estudio y por tanto nos permiten dar un contexto de análisis sociopolítico al gordo-odio.

### **Bases Epistemológicas: Feminismo Interseccional y Teoría del Conocimiento Situado de Donna Haraway**

El interés epistemológico que moviliza nuestra investigación, está sustentado a partir del análisis crítico, que han permitido los postulados de la autora Kimberlé Crenshaw, a partir de la teoría de feminismo interseccional. Se comprende la interseccionalidad como el "estudio de identidades sociales superpuestas o que se interseccionan y sistemas de opresión, dominación o discriminación" (Crenshaw, 1989). Estas opresiones que pueden converger incluyen: género, raza, etnia, clase, nivel de estudio, edad, orientación sexual, situación de discapacidad, religión, entre otras. Este modelo de comprensión permitiría entonces, acercarnos a la realidad estructural de la violencia con sesgo pesocentrista, no tan sólo desde la lógica biomédica, sino que, cuestionando las estructuras que producen y reproducen las acciones de violencia. Con ello, entender que cuando hablamos de opresión en el fenómeno estudiado, no sólo estamos pensando en el hecho mismo de la discriminación por corpalidad, sino que, ésta está situada en



un sistema de opresión mayor y que confluye con otros. A saber, sistema sexo/género y patriarcal, sistema biomédico, que resulta en el pesocentrismo, estándares de belleza hegemónica, etc.

Lo anterior da paso a la lectura que propone Donna Haraway (1995), con la teoría de conocimientos situados. Esta autora señala que las realidades que co-construimos en un proceso investigativo, a través de los discursos, no vienen dadas. Señalando con esto, que es imposible ser neutral en temas de investigación y que estas nutran y/o remuevan las subjetividades de los y las investigadores/as, en temáticas que despierten inquietudes políticas, ideológicas y de la ciudadanía (Cruz, Reyes y Cornejo, 2012).

Haraway, a través de esta forma de análisis del conocimiento situado da cuenta de un futuro que podría ser esperanzador, puesto que es enriquecedor dar paso a la parcialidad e implicaciones del propio pensamiento “lo que ve y lo que dice está en función de su propia especificidad y de su propia posición en el campo del poder (determinada por su blancura, género, sexualidad, origen nacional, etc.)” (Haraway, 1995, p. 17). Lo que ofrece es una visión “trenzada” a través de las conversaciones compartidas, debates feministas, reconociendo las implicancias políticas adoptadas que como investigadores/as traspasamos al conocimiento desde el compromiso, la responsabilidad y la transformación social.

Con todo lo anteriormente expuesto se sintetiza que esta investigación fue estudiada, reflexionada y diseñada teniendo a la base los debates feministas en relación a la forma de teorizar y por tanto, generar conocimiento. Dicho esto, el acto investigativo articula el saber con la política, haciendo de esto un proceso profundo y reflexivo que invita a repensar y reflexionar sobre las estructuras de opresión existentes, para así avanzar hacia la transformación social y dar voz a las experiencias de las mujeres, como a toda persona marginada. En este sentido, nuestra investigación al posicionarse desde un diseño cualitativo, posibilita también reconocer

distintas experiencias estableciéndose como reales, válidas, legítimas, donse la construcción del conocimiento es desde la horizontalidad.

### **Técnica de Investigación**

Usaremos el instrumento de evaluación que corresponde a una entrevista semiestructurada, gestionada por el grupo de investigación y su guía.

### **Procedimiento**

A través de una convocatoria abierta por redes sociales y grupos de whatsapp, se hace un llamado a participar de la entrevista informando a las interesadas los criterios de inclusión y exclusión. Posteriormente, se contacta a las entrevistadas seleccionadas para hacer llegar el consentimiento informado y los objetivos de la investigación, a través de correo electrónico. Luego de esto, el equipo de investigación se divide en duplas para hacer las entrevistas telemáticas, estas entrevistas son grabadas y posteriormente transcritas para realizar el análisis.

### **Alcance de la Investigación**

El alcance de esta investigación es de tipo descriptiva, según lo señalan Amezcua y Gálvez Toro (2002), ya que busca responder qué está sucediendo y de qué forma. En este alcance se busca poner énfasis a lo que dicen las personas, como también la forma que actúan ante los hechos, es decir, son las narrativas las que van construyendo la descripción de los acontecimientos, dejando a quien lee la posibilidad de interpretar lo ocurrido. El rol de los y las investigadores/as es importante, ya que selecciona y ordena los relatos en función de lo que les parezca importante relevar.

## **Muestra**

El tipo de muestra que se llevará a cabo es de tipo no probabilístico, puesto que la elección de las mujeres depende de las características y criterios de la investigación, por tanto la selección de las mismas depende de las decisiones del grupo de investigadores/as, siendo el tipo de muestreo por conveniencia (Sampieri, Collado & Lucio, 2006).

Respecto de los criterios de inclusión, consideramos que deben ser mujeres a partir de los 18 años residentes en la RM, que se atiendan en el sistema público de salud y se auto perciban gordas.

En relación a los criterios de exclusión, indicamos que no pueden participar en este estudio pacientes con diagnóstico de trastornos de conducta alimentaria (TCA), mujeres con diagnóstico de dismorfia corporal, embarazadas o puérperas (dos años post parto).

## **Técnica de Análisis**

La técnica de análisis que utilizaremos tiene por nombre Análisis de categoría la cual está basada en la propuesta de Taylor-Bogdan (1987), quienes proponen un enfoque de tres momentos: descubrimiento, codificación y relativización. Estos momentos tienen como objetivo comprender en profundidad a las personas que estamos estudiando. Es importante señalar que los tres momentos no se plantean (necesariamente) de forma secuencial, pues la esencia paradigmática de esta investigación es cualitativa, por tanto, la circularidad del proceso en todo momento está presente (Amezcuea & Gálvez, 2002).

El primer momento, llamado descubrimiento, persigue buscar temas analizando los datos de todas las formas posibles. Dentro de las acciones que se buscan están: leer repetidamente la información, seguir pistas, intuiciones e interpretaciones, buscar temas emergentes, elaboración

de tipologías, desarrollar conceptos y propuestas teóricas, leer bibliografía, desarrollar una guía histórica (Amezcuca & Gálvez, 2002).

En cuanto al segundo momento, la codificación, tiene como eje: reunir todos los datos que se refieran al tema central, ideas, conceptos, interpretaciones y proposiciones. Las acciones que se ejecutan son: desarrollar categorías de codificación, codificar la información, separar la información en las categorías correspondientes, observar lo que sobra, refinar el análisis (Amezcuca & Gálvez, 2002).

Respecto al tercer momento, la relativización de los datos, este busca interpretar la información en el contexto que fue recogida. Las acciones que desprende son: ver datos solicitados versus los no solicitados, la influencia que ejercemos como observadores/as en el escenario, ¿quién estaba allí? (la diferencia entre lo que la gente dice que hace sola o cuando está siendo observada), datos indirectos y directos, fuentes (individual o colectiva), nuestros propios supuestos/sesgos como investigadores/as (Amezcuca & Gálvez, 2002).

### **Análisis de los Resultados**

A continuación realizaremos la presentación de resultados y análisis de los mismos por medio de la presentación de dimensiones y categorías que permitieron no tan sólo organizar la información sino que, brindar un espacio de análisis a la investigación con la teoría y la experiencia de nuestras participantes.

#### **Dimensión N° 1: Manifestaciones de la Violencia en la Experiencia**

Para comenzar la Dimensión N°1 es probablemente el eje central de la investigación, esta se etiqueta cómo Manifestaciones de la violencia en la experiencia en dónde hallamos 4 categorías:

## Violencia de Género

La cual ha sido particularmente el centro de esta investigación y lo que desde ahí se desprende ha sido el motor para visibilizar los hallazgos que hemos visto plasmados en los relatos de nuestras entrevistadas. Este tipo de violencia es la que le da el nombre a todo hecho de violencia que sufre una persona en razón a su género, teniendo como origen la desigualdad y el uso del poder. Esta desigualdad no responde a una condición biológica, así lo explica Julieta Kirkwood (1987) en su libro "Feminarios", donde cita a Simone de Beauvoir (1949) con el libro el "Segundo sexo", es en ese libro donde la escritora, filósofa y activista señala que el origen de la discriminación hacia las mujeres es en la constitución de la consciencia, desde ahí es como se puede comprender cuando dice "la mujer no nace, se hace. No se nace mujer, se es hecha mujer". Kirkwood (1987) añade que estas especificidades de discriminación (el cómo se llega a ser mujer) son "construidas social y culturalmente, entonces pueden y deben ser modificadas cultural y socialmente" (Kirkwood,1987, p.25). Expuesto lo anterior, es que se construye en nuestra investigación una serie de *dimensiones* para dar lugar y voz a los discursos de las entrevistadas. En relación a la *dimensión* de "violencia de género", se logran evidenciar relatos que constatan cómo la sociedad, teñida por una cultura donde priman mandatos sobre cómo es y debe ser una mujer:

*"Recibir ese tipo de comentarios de verdad que daña, daña y duele y ahí recién uno empieza a dimensionar, no sé, vienen muchas cosas: de los pelos, de depilarse, de no comer pan, de no comas tanto, de Siéntate como señorita, de todas esas cosas que no deberían existir, pues si uno sigue siendo niña" (E-2).*

Estas palabras, que desde edades tempranas comienzan a recibir niñas son las que Beauvoir señala como el origen de la discriminación, es decir, la constitución de la conciencia, pues esos mensajes son los que diariamente se repiten, en los distintos espacios de

socialización, dejando tempranamente heridas y cuestionamientos personales que van insegurizando a las mujeres. Cuando hablamos de heridas, nos referimos explícitamente al daño psíquico y emocional que silenciosamente puede acompañar a las mujeres debido a estas exigencias:

*"Entonces daño es realmente, o sea, yo creo que es muy difícil lograr estimar porque no medir estimar el impacto que tiene la violencia que se ejerce sobre el cuerpo de las mujeres, fundamentalmente durante todo el resto de la vida, no lo hemos logrado estimar"* (E-4).

*"Entonces hace unos años atrás, todavía la belleza estaba asociada a cierto volumen y luego, como en los años 70, empieza con el fenómeno como de la modelo "la tuichi", que es como el ícono, cierto que anoréxica, donde se empieza a realzar la delgadez. Desde mi punto de vista, esta fobia, este odio es una construcción social moderna"* (E-4).

### **Violencia Simbólica**

La violencia de género ocupa un campo visual, sutil e invisible que es sostenido por la violencia simbólica. Esta se refiere a toda forma de violencia que tanto directa como indirectamente promueva y perpetúe la discriminación, desigualdad y violencia. Esto se instala a través de los mensajes, las palabras, las creencias que dan forma a la desigualdad, promoviendo así los roles y estereotipos de género. Cuando hablamos de estas narrativas sutiles que sostienen todo tipo de violencia, podemos encontrar el bombardeo de publicidad que dentro de sus mensajes destacan y promueven la inseguridad y disconformidad con el cuerpo:

*"Por ejemplo, tú, no sé, puedes abrir Instagram y así como todas las minas, y promocionan lo nuevo que te baja los kilos, así como ay! el corte del pantalón, ay! la faja,*

*la faja colombiana, tómate esta pastilla vas a quemar la grasa, puras huevadas que son así". (E-2)*

¿Nos parecen ajenos y desconocidos estos tipos de mensajes?, no lo creemos. Hemos crecido en una cultura que promueve y celebra la delgadez como algo hermoso, sano y aceptado, y se ha instalado la idea de que un cuerpo que no calce con aquello, será rechazado, juzgado y no deseado. Ahora una nueva pregunta surge y es la que moviliza nuestra investigación ¿Estos mensajes están insertos en los espacios de salud? y si fuese así ¿interfieren en la prestación entregada? Al analizar las experiencias de las entrevistadas se deja manifiesto que efectivamente la violencia simbólica transversaliza cada espacio en el que convivimos, y los centros de salud no son ajenos a ello, donde un discurso gordo odiante y los tratos recibidos hablan también de violencia de género. Esto nos llevó a identificar la categoría que a continuación se individualiza.

### **Violencia Institucional**

Respecto de esta dimensión y el testimonio de nuestras entrevistadas

*"Recuerdo que una vez estaba con un dolor demasiado demasiado grande, y llegué al hospital de Talagante, por una posible apendicitis (...) empecé a escuchar de una doctora comentarios de "ella es muy gorda", "no le va a gustar jamás a un niño", "debería bajar de peso", "¿cómo va a hacer así?" y yo tenía 13 años en ese momento. Y también era como "si es que es posible que pueda ser apendicitis, es posible por el tema de su gordura, que ella debería bajar de peso", entonces como que nunca se trató el problema como tal sino que siempre era desde como del peso, el cómo me veía físicamente." (E-1)*

En el relato de la entrevistada, se deja en evidencia que se dilata e impide la atención médica adecuada, centrada en el motivo de consulta de paciente, debido a su apariencia corporal, lo cual es un acto violento que atenta contra la salud y dignidad de esta persona. Bodelón (2015) en su artículo “violencia institucional y violencia de género” aporta con definiciones para este concepto al señalar “la ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia” (México, 2007), donde se describe este tipo de violencia como “los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos” (p.133). Por su parte Doz Costa (2010) señala que la violencia institucional “denota un tipo de violencia que brota desde instituciones formales del estado, o de sus ordenamientos funcionales, y que por ello mismo se encontraría cubierta de un manto de "legitimidad" (p. 152). Esta legitimidad que señala la última autora, es la que ampara y respalda el trato de los y las profesionales de salud, porque viene dadas de políticas públicas o modelos de atención establecidos.

A partir de este hallazgo es que creamos la siguiente categoría.

### **Discursos Pesocentristas**

Éste se entiende como “un enfoque reduccionista que concibe al peso como un indicador suficiente para segregar entre personas “sanas” y “enfermas”, sin detenerse a considerar otros aspectos que hacen a la salud integral” (Mancuso, et. al, 2021, p.13). Las experiencias de las entrevistadas lo dejan plasmado

*“El discurso en general que es como “el estar delgado es estar sano”. Y como el peso indica el tipo de salud que tengas” (E-1).*



*"El sesgo de pensar que todos los males de la vida son por el peso, yo creo que eso lo he escuchado constantemente entre los y las profesionales de la salud" (E-4).*

Este último relato comienza a hablar del sesgo que los profesionales de la salud podrían tener a la hora de prestar un servicio debido a la mirada pesocéntrica.

A continuación, la **Dimensión N°2** fue catalogada como: **Significaciones de la experiencia gorda en espacios de salud** de la cual se obtuvieron 5 categorías;

### **Vulnerabilidad**

En nuestras entrevistadas logramos recopilar de manifiesto lo siguiente:

*"Me da lata sentir que como que no soy parte de nada, en mi vida ha pasado de distintas formas de discriminación desde mi familia, desde compañeros de trabajo, de amigos" (E-2).*

Esto deja en evidencia que ha habido un foco situado en su vida desde la crítica del otro; independiente del emisor, ya sea en sus amistades, lo laboral o familiar posicionándose desde nuestra perspectiva como una persona que por su corporalidad está en una situación de propensión a la vulnerabilidad. Feito (2007) distingue este término como multidimensional y aplicable a diversos ámbitos. La concibe como una característica propia del ser humano y se relaciona con la posibilidad de ser herido, pero también se asocia a condiciones sociales. Desde ahí se desprende el concepto de "población vulnerable", que refiere a un grupo de personas de características particulares, susceptibles de ser dañadas. La vulnerabilidad se puede diferenciar en vulnerabilidad antropológica, relacionada como una condición propia de fragilidad o una vulnerabilidad socio - política, relacionada a la pertenencia a un grupo.

## Malestar Subjetivo

Se hace referencia a cómo las participantes significan la experiencia de violencia gordodiante desde la afectación integral. Cuando hablamos de afectación hay que recordar que hacemos alusión a una alteración del propio bienestar de manera multidimensional (Mc Coy, Newball & Gutiérrez, 2016). En este punto, se relaciona el grado de estrés y/o afectación percibido por nuestras entrevistadas debido a diversos estímulos y sus repercusiones o consecuencias en distintos niveles, ya sea emocional, cognitivo, conductual o relacional. Nuestras entrevistadas, señalaron:

*"Siento que afectó mucho en general en mi salud mental, en mi autoestima; fue algo que hasta el día de hoy me pasa no solamente en esto del como ir al doctor sino que me afecta como al mirarme al espejo" (E-1).*

*"¿Qué ha provocado eso en mí? Ansiedad, soy una persona muy ansiosa. Antes yo no entendía lo que me pasaba (...) pero sí me provoca mucho el tema de solo pensar, tener que ir al médico, Me provocaba mucha ansiedad por todas estas cosas que han pasado" (E-3).*

Expuestos estos relatos, logramos percibir en ellas cómo se ha instalado un malestar subjetivo que deviene de su significación como persona gorda, expresando emociones que alteran con cierto perjuicio la salud de nuestras entrevistadas. Ahora bien, ¿está justificado el actuar de los profesionales de la salud hacia nuestras entrevistadas? consideramos que esta acción es un sesgo pesocentrista y forma parte de la violencia institucional.

## Cuerpo Gordo Como Identidad Universal

En este punto las entrevistadas nos hablan de su experiencia siendo gordas y cómo su aspecto físico ha condicionado el trato recibido por profesionales de la salud, volviéndose más importante que su motivo de consulta. Como por ejemplo:

"Me acuerdo que fui a la ginecóloga hace un año porque yo no tenía periodo menstrual, me estaba cuidando cómo con unas inyecciones y no tenía periodo menstrual. (...) - Ginecóloga le dice- Mira lo que pasa (...) es que tú no tienes periodo porque tu carga hormonal es muy alta -en alusión a su peso- y es por eso (...) Entonces si yo bajaba de peso, probablemente iba a volver a mi periodo normal. Yo me hice todos los exámenes de la vida, así como los exámenes de sangre y de orina y no tenía ningún problema hormonal. Ella no me hizo ningún examen y me dijo eso, no revisó ningún examen y me explicó eso" (E-2).

En este sentido, damos cuenta cómo desde su interpretación, por tener una corporalidad gorda, una ginecóloga asume deficiencias en su salud, siendo que poseía exámenes previamente realizados donde sus índices estaban en niveles normativos. Para Contreras, et al., (2022) el ideal normativo estipula cómo es un cuerpo saludable, bello y deseable. Patologizar a alguien y clasificarla como enferma sólo por ser gorda, sin importar el motivo poniendo énfasis solo en que "toda gordura se asocia a mala alimentación y se ve como una situación que es peligrosa en sí misma, como una enfermedad en sí misma" (p. 18), cuando en realidad "la salud y la enfermedad no son patrimonio de un único tipo de cuerpo, son estados corporales posibles, tenemos que poder vivir con la diversidad, porque habitamos un mundo de diversidad corporal..." (p.19).

## Identificación de Agentes de Maltrato

Si bien, comprendemos que el maltrato está ligado en cierta medida a la Dimensión N°1, también consideramos que en la significación de la experiencia gorda pueden suscitar agentes de maltrato distinguibles en los espacios de salud pública, es decir, más allá de la violencia que se ejerce/ejerció. En este punto nos centramos en cómo han significado ellas, para sus propias historias personales, estos agentes de maltrato visibilizados. Desde el Informe de America Latina a propósito del estudio Mundial de las Naciones Unidas del 2006 (CDHDF, 2008) en Chávez (2013), entendemos por maltrato aquellas acciones o restricciones que pueden hacer perjuicio de una persona en alguno de los siguientes aspectos; lo físico, lo emocional y/o psicológico, la negligencia y/o abandono y/o el abuso sexual.

Dentro de los agentes de maltrato, podemos mencionar a los/las profesionales de la salud, como enfermeras, doctores y nutricionistas, personal capacitado para entregar atención en diversos niveles, esto según nuestras propias entrevistadas. También se describen personas dentro de la misma familia que operan como agentes de maltrato, muchas veces motivadas por indicaciones médicas lo que podemos reconocer en los siguientes relatos:

*"Hay una desvalorización, de lo que dice la persona, se le están negando el derecho a decir lo que sea, que diga, entonces la persona nunca tiene razón (...) es sumamente violento, que el personal de salud no te crea" y agrega respecto a la atención de psicólogos, creo que las psicólogas como profesionales de la salud mental hacemos lo mismo (...) cuando llegan personas con diferentes situaciones, y son gorditas, nosotros reforzamos del tema que bajar de peso le va a ayudar a mejorar su autoestima, su depresión" (E-4).*

*"Recuerdo haberle negado el pan -a mi sobrina- por culpa del nutricionista porque ella estaba por sobre la (...) curva de crecimiento. Me acuerdo que mi hermana le medía con*

*una taza lo que comía (a la sobrina), que si quería comer uva eran cinco gajos, porque cinco gajos equivalen a una marraqueta, entonces no podía ser más. Y esas cosas, por ejemplo, las decía la nutricionista de mi sobrina" (E-2).*

Expuestos estos relatos, consideramos interesante que nuestras entrevistadas lograron identificar el maltrato desde los profesionales de salud, a pesar de que hubo una época en que lo incorporaron en sus vidas y casas; replicando las explicaciones médicas sin cuestionarlas, integrando así conductas de maltrato y/o discriminatorias, lo que perpetuaba una relación de perjuicio con la imagen corporal.

### **Evasión a la Atención de Salud**

En esta categoría, logramos dar cuenta cómo nuestras entrevistadas manifestaron haber sentido juicio, crítica y sesgo por parte de los y las profesionales provenientes de la atención en sistema de salud pública, hacia ellas.

*"Sí, yo siempre evito ir al doctor siempre. (...) si yo voy y le digo, sabes qué me suenan las rodillas, antes de enviarme al traumatólogo (...) me diría ¿Cuánto pesa? súbase a la pesa, ya no sabe que usted está pasada, yo creo que debería ir a la nutricionista" (E-2).*

*"En ese entonces no había dimensionado, -hasta hace poco que lo empecé como a hablar- que siento que aún a mí me cuesta mucho ir al doctor (...) evito mucho como esta exposición de tener que ir con un profesional, el que me pesen me afecta, siento que me afectó más con el tiempo o lo puedo hacer más consciente quizás ahora ya adulta." (E-1)*

Barajamos la hipótesis de que esta evitación de asistir, se trate de una resistencia por parte de las entrevistadas, producida por tratos, directrices y/o comentarios sostenidos en el tiempo que finalmente terminan por instalar en ellas renuencia de continuar asistiendo a las sesiones y/o intervenciones médicas. Esto nos hace evidente lo estructural del problema, es

decir, cómo apunta a ser una construcción social que el cuerpo gordo sea un cuerpo no aceptable. Marta Lamas (2021) nos dice a propósito de este cuerpo no normativo, que en “Nuestro contexto, donde surgen múltiples expresiones de violencias, está inserto en una época en la que los intereses y deseos de un gran número de seres humanos giran en torno a la imagen y al consumo” (p.23). Justamente, nuestra tercera entrevistada, aporta en la comprensión de este punto al señalar:

*"Y de hecho, desistí de la cirugía bariátrica por lo mismo, porque ya la estaba pasando mal. Ya solo pensar que tenía que ir y que me dijeran lo mismo que me dicen siempre era como no, no sé si que lo va a hacer por esto (...) ellos no me quieren hacer la cirugía y es porque siento que la cirugía bariátrica para mí, totalmente desde mi punto de vista, es casi como un castigo de ser gordo como te tienes que operar porque no puedes ser tan gordo, así como que en esta sociedad no está permitido ser tan gordo. Entonces tienes que olvidarte, tienes que pasarlo mal para estar como todos quieren que tú estés" (E-3).*

En suma, podemos conjeturar, cómo las entrevistadas se han percatado de que por no ajustarse al paradigma de la imagen corporal culturalmente aceptada, es que han sido objeto de rechazo, prejuicio y crítica en las dependencias del sistema de salud público.

### **Dimensión N° 3: Estrategias de Afrontamiento y/o Resistencia que han Tenido que Implementar las Mujeres**

Para continuar, daremos contexto acerca de nuestra Dimensión N°3 calificada como Estrategias de afrontamiento y/o resistencia que han tenido que implementar las mujeres; de la cual se identificaron 4 categorías:

## Acciones de Agencia

En este apartado, podemos comprender cómo es que nuestras entrevistadas, a través de procesos reflexivos personales han decidido actuar y buscar reparación de las consecuencias de discriminación de las que han sido víctimas producto de su imagen corporal. Una de las formas recurrentes en sus relatos es la psicoterapia, donde inicialmente el motivo de consulta puede ser otro, pero la temática termina surgiendo:

*"Empecé con el tema de flores de Bach, a abordarlo un poco y después llegué a una psicóloga que llevo casi un año con ella." (E-1)*

*"Mi forma de como enfrentar esto, la verdad es que fue con la terapia, pues la terapia fue como en esto de aprender a hablarte bonito, hablarte desde el amor y encontrar cosas positivas en ti, que no tengan que ver con el peso" (E-2)*

*"La terapia, que no la terminé, sí, pero estuve varios meses. más que nada por el tema de cuando me quería hacer la cirugía bariátrica. Estuve con un psicólogo, me ayudó a entender que tengo que empezar yo también a aceptarme, quererme como soy y no esperar que por una cirugía me vaya a querer más. Que no porque me vaya a operar o que vaya a ser quizás más delgada, se va a solucionar todo." (E-3).*

Fue un hallazgo para el grupo, el hecho de que todas nuestras entrevistadas vivieran procesos terapéuticos como una estrategia de reapropiación de la experiencia, pero sin duda existen muchos otros espacios para aquello, como son el deporte, abrir espacios de debates y discusiones, la expresión artística, etc.

## Activación de Redes

Desde esta categoría, podemos vislumbrar el tipo de relación que tienen nuestras entrevistadas con sus redes de apoyo. Si bien el vínculo primario será con la familia, que es la red de apoyo principal y usualmente la primera, no es la única.

*“Si, el apoyo de mi familia que son mi pilar y lo otro es como que yo me refugio cuando he estado mal en el baile, yo bailo, como que mi manera de pasar las cosas es bailando, si yo me siento triste escucho música y me acuerdo de bailar y bailo, en eso es como que me libero” (E-5).*

*“Entonces mi Pilar es mi familia, entonces eso es lo que me ha apoyado a que esas cosas, por ejemplo, no me afectan tanto como realmente me afectarían” (E-5).*

Nos parece interesante la comprensión de la red de apoyo como una forma de apoyo social, ya que en este entramado de relaciones interpersonales es donde una persona incorpora o incluye su entorno, lo que influye en su bienestar material, físico y emocional, es decir en su salud (Aranda y Pando, 2013).

Si bien es importante, la familia no necesariamente trabaja como una red de apoyo ya que muchas veces es en este lugar donde se instalan sesgos discriminatorios que impiden desarrollar una autopercepción saludable, pudiendo ser el primer espacio o instancia donde se viven experiencias de discriminación.

*“Entonces el comentario siempre fue que yo era gorda. En mi familia Yo era la gorda, la gorda la gorda la gorda” (E-2).*

*“... mi hermana la que yo te digo que podé, ella toda la vida cada vez que me ve, me dice ¿qué te pasó? ¿Por qué estás así estás como gordita? Debería comer menos*



*debería de comer más... típico, lo que te dice todo el mundo, que debería comer más sano... como que uno comiera no sé ...” (E-2).*

*“Sí pues mi estrategia principal fue el hecho de ir a terapia, haber podado del árbol a mi hermana no necesito estos comentarios de mierdas y adiós. y no, porque sea mi hermana va a tener que estar conmigo lo mismo hecho como con el círculo de amigos cachai” (E-2)*

### **Cuestionamiento del Ejercicio Profesional**

A partir del testimonio de nuestras entrevistadas, podemos comprender cómo cuestionan la atención recibida por parte de profesionales de la salud pública,

*“Es que siempre te cuestionan porque pucha yo le decía yo me como medio pan al desayuno... pero ¿medio pan grande o medio pan chico? (...) soy muy mañosa para comer y soy gorda entonces me dicen ¿cómo tan mañosa y eres gorda? entonces todo te lo critican como que todo te lo cuestionan si realmente estoy diciendo la verdad” (E-5).*

*“... en el momento de cuando las enfermeras te van a cambiar, te van a mover, siempre hay un reclamo por detrás, como no te lo dicen a ti directamente, pero lo hacen así como, no sé las “mamás grandes”. Me acuerdo que ocupaban mucho ese término de las mamás grandes, dando a entender que no, ya tú anda con la mamá grande, como algo así” (E-3).*

*“...nosotros las nutricionistas usamos la medición de la cintura como, una medición que permite hacer una correlación con el riesgo cardiovascular (...) El daño que provoca esta medición en la gente, en la salud mental de la gente (...) a lo mejor*

*el riesgo cardiovascular lo puedes medir de otra manera (...) a veces puede resultar bastante violento para la persona" (E-4).*

Desde los relatos de nuestras entrevistadas, podemos dar cuenta de una percepción de maltrato por parte de los/las profesionales de salud; el que atribuyen a su aspecto físico. Hipotetizamos que estas personas asumen desde su perspectiva de profesionales calificados con los conocimientos y posición de privilegio, que su trato hacia los pacientes es correcto; justificándose como necesario para lograr mejorar la salud de sus pacientes. Debemos considerar que el personal de estas instituciones de salud pública forman parte del entramado social y tal como lo señalan Gómez- Pérez, Ortiz, Saiz (2017) estas personas no son ajenas a los mensajes sociales gordoodiantes, los cuales pueden incorporar y expresar a través de actitudes y creencias negativas, considerando aspectos cognitivos y en relación a la valía de las personas lo que reafirma este tipo de discriminación ya instalada en la sociedad.

### **Psicoeducación como Espacios de Activismo**

Transitando en las experiencias de nuestras entrevistadas, podemos identificar las estrategias utilizadas por ellas para enfrentar las consecuencias a raíz del gordo odio, como por ejemplo la terapia como proceso reparatorio. Desde ahí, se movilizan para generar cambios de percepción en su entorno a favor del respeto, inclusión y diversidad, lo que podemos ver reflejado en las siguientes citas,

*"hay que enseñárselo a los niños (...) hay gente que es gorda, flaca, chica, alta, baja son muchas muchas formas de describir una persona (...) Es una característica, solo es una característica física y cuando los niños entienden eso no se molestan entre ellos por gordos" (E-2).*

*“Yo trato desde mí a mi entorno más cercano es mi familia, mi hija y de ahí a mí no sé mis compañeras de trabajo mis niños trato de hacer como ese cambio de que el cuerpo solo sea cuerpo, que no tengamos valor por cuánto pesamos” (E-2)*

agrega además,

*“Tuve una conversación el otro día con unos profes (...) Y empezaron a hablar como el tema de la corporalidad de los chiquillos (...) y les dije que es fácil hablar como desde el privilegio de poder tener el dinero suficiente como para poder comer de manera saludable (...) entonces como que esté este discurso tan arraigado como en el sistema sin considerar cómo todo el contexto a nivel nacional que hay, es super cuático porque se habla muy desde el privilegio” (E-2).*

*“entonces estamos trabajando con el tema del cuerpo de la conducta alimentaria de la cultura. No es fácil porque tampoco es fácil encontrar profesoras o profesores que tengan una mentalidad de cambio. Entonces ha sido un poco difícil la cosa, pero en eso estoy empeñada, digamos en cambiar la malla curricular, el plan de estudio, en la formación de las emociones...” (E-4).*

Estos testimonios están en sintonía con lo que Tena-Hernández (2020, p.38) comprenden como psicoeducación; “proceso en que una persona tiene la posibilidad de desarrollar potencialidades propias en base al descubrimiento de sus fortalezas” y que comienza en el autodescubrimiento de los propios procesos y dificultades, lo que permite enfrentar situaciones de una manera más adaptativa. Es desde este lugar que emerge la necesidad de efectuar cambios, en este caso a favor de la diversidad corporal.

#### **Dimensión N° 4: Reapropiación de la Identidad Gorda**

Finalmente, llegamos a la Dimensión N°4 que lleva por nombre *reapropiación de la identidad gorda* en donde identificamos 3 categorías;

##### **Afectos Políticos (afecto político es disputar el poder)**

Dentro de los relatos de nuestras entrevistadas, se puede lograr entrever que están sujetas a diversos elementos que las afectan pública y socialmente, y dan cuenta cómo existe una relación de perturbación hacia ellas y es ahí mismo donde suscita su deseo de resistencia, lucha y hacerle un revés para generar un cambio.

*"Siento que debería estar como más conectado el sistema de salud público como lo físico, los doctores, con todo lo mental, con los psicólogos; Debería ser un trabajo mucho más integral en los consultorios y no de manera apartada". (E-1)*

*"Entonces, qué pasa, no hay una aceptación del cuerpo diverso, las mediciones, todas las mediciones en salud son binarias, esto para los hombres y esto para las mujeres. ¿Y dónde quedan los disidentes sexuales? Donde queda todo el mundo trans. ¿Dónde quedan? (...) La diversidad corporal es tan amplia desde las culturas étnicas y también desde las sexualidades diversas, que esos parámetros binarios no nos sirven, para nada. Tenemos que buscar otra forma de ver la salud de las personas."(E-4)*

y agrega,

*"Yo creo que el modelo biomédico está caduco, yo creo que el modelo biopsicosocial se acerca un poquitito, pero todavía es deficiente. Creo que hay que meterle género, realidad, derecho; una perspectiva de derechos humanos a la cosa. Pensar en el impacto*

*que tienen las palabras y las indicaciones de las y los profesionales de la salud en la psiquis de las personas." (E-4)*

Lamas (2021) nos ayuda a comprender qué significa hacer política; conversar la realidad de manera crítica, con miras a mejorar la calidad de vida social. Pero más importante aún para nosotros, es que nos invita a pensar en la construcción de políticas públicas desde un enfoque feminista, es decir "hacer política feminista supone mucho más que declarar que se tiene otra lógica política; implica abrir espacios deliberativos e instaurar prácticas argumentativas donde se discutan los significados políticos y se construyan acuerdos" (p. 146, 147). En esta misma línea Haraway (1995) nos explica cómo el feminismo apuesta a un proyecto de ciencia que permita una versión del mundo más adecuada, la que no acepta tácitamente las prácticas de dominación que hoy nos rigen, sino que se alza en una postura crítica en relación a desigualdad de derechos y opresión.

### **Reivindicación del Lugar Gordo**

Puntualmente, en esta categoría nuestras entrevistadas han señalado lo que sigue:

*"...Y me acepto y soy gorda y que me digan lo que me digan ya me da lo mismo (..) la verdad ya no me voy a operar porque ya no me quiero castigar por ser gorda y si lo soy, lo soy. Y si en algún momento logré bajar unos kilitos bien y si no, no, lo que me interesa es no tener dolor y con esto ya estoy bien" (E-3).*

*"La diversidad corporal es tan amplia desde las culturas étnicas y también desde las sexualidades diversas, que esos parámetros binarios no nos sirven, para nada. Tenemos que buscar otra forma de ver la salud de las personas" (E-4).*

En base a los relatos recabados, comprendemos la importancia de resignificar un elemento que han incorporado nuestras entrevistadas como bandera de lucha que es su propio

cuerpo, el cual, ellas entienden que socialmente está envuelto de significados relacionados a enfermedad, antiestética y por lo tanto, marginación; En este sentido, cuando las mujeres politizan su lugar, cambia su forma de relacionarse con el mundo, y logran abrir espacios en una búsqueda por modificar lo culturalmente normativo, y exigen la construcción de una nueva realidad que sea inclusiva, amable, no heteronormativa.

### **Desestimar Prejuicios Sociales**

En relación a este punto, nuestras entrevistadas comentan lo siguiente:

*"Para mí esto de la gordofobia realmente es una estupidez (...) uno mentalmente cuando tiene una fobia, no sé a mí me da miedo quedarme encerrada en un lugar y ¡qué pánico!, pero no te da pánico ver una persona gorda, es por odio al final, odio al cuerpo gordo" (E-1).*

*"Lo que más me motiva es visibilizar el tema de la gordofobia y de los malos tratos que se da en muchas ocasiones, en todo ámbito. Creo que es muy importante verbalizarlo para también uno darse cuenta de que hay cosas que están muy mal y que deberían cambiar " (E-3).*

Entendiendo como prejuicio todo pensamiento o actitud negativa que una persona puede tener respecto de otra(s) fuera de su grupo de referencia (Montes, 2010), es que podemos evidenciar que nuestras entrevistadas identifican los prejuicios existentes respecto a los cuerpos marginados; y junto a esto, logran distinguir incluso hasta lo irracional que deviene del concepto de gordofobia, lo que las lleva a colaborar en la construcción de significados que orientan a poseer más tacto con los demás y por lo tanto articulan una vía a una sociedad más empática e integrada.

## Discusión

Teniendo en cuenta los hallazgos de las entrevistadas y según lo que se ha ido teorizando en esta investigación, es cómo podemos dar cuenta que los elementos en común de estas experiencias no pueden ser vistas como hechos aislados, sino que, son producto de una estructura que opera tanto a nivel individual como social y la cual es fundamental llevar al espacio de la problematización. Es justamente esto lo que se pretende cuestionar con el presente documento.

Esta estructura que necesita ser repensada y debatida tiene un marco conceptual que la sostiene y viene dado por el: “Sistema sexo/género”. Gayle Rubin (1986) la cual señala que dicho sistema es “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (Pág. 97). Es decir, cómo a través de esta rigidez binaria (naturaleza/cultura) se mantienen estas formas de concebir las relaciones humanas al servicio de la producción, que por lo demás, se han construido desde un paradigma biologicista y universal, que atribuye ciertas características y conductas a mujeres y varones.

Teniendo presente ya, el anterior marco conceptual es cómo podemos identificar desde dónde se originan los productos simbólicos, es ahí cuando nos referimos al patriarcado, pues desde acá es donde se legitima el valor social de ciertos grupos de personas, como también el acceso al poder. Para Fontela (2008) es necesario comprender este sistema de dominio haciendo cierta revisión, señala:

“Las feministas han analizado y teorizado sobre las diferentes expresiones que ha ido adoptando a largo de la HISTORIA y las distintas geografías, estructurándose en instituciones de la vida pública y privada, desde la familia al conjunto de la social. También fueron definiendo los contenidos ideológicos, económicos y

políticos del concepto que, conforme a Carol Pateman (1988), es el único que se refiere específicamente a la sujeción de las mujeres y singulariza la forma del derecho político que los varones ejercen en virtud de ser varones.

En los relatos sobre el origen o la creación de los sistemas de organización social y política, del mundo público y privado, hallamos historias conjeturales, considerando algunas que la sociedad emerge de la FAMILIA patriarcal, o las más actuales, que se origina en el contrato. El PODER en el patriarcado puede tener origen divino, familiar o fundarse en el acuerdo de voluntades, pero en todos estos modelos, el dominio de los varones sobre las mujeres se mantiene” (2008. s/p)

Lo anterior ya nos indica un problema clave que es la distribución asimétrica del poder, una temática profundamente abordada en esta investigación, donde se devela que el ejercicio de las prácticas está sustentado en el género y esto a su vez, está sostenido por esta estructura dominante que facilita y reproduce la violencia. Para el patriarcado lo femenino está trazado y normado por lo masculino, Irigaray (2010) señala al respecto “El hombre ha sido sujeto del discurso: teórico, moral, político. Y, en Occidente, el género Dios, guardián de todo sujeto y de todo discurso. sigue siendo masculino-paterno” (p.36). Por tanto, ir en sentido contrario a esta lógica queda negado, oculto, desaparece, algo que observamos cuando las experiencias de las mujeres que se autoperciben gordas se universalizan, por lo tanto las particularidades se privan, se niegan, y como se privatizan, dejan de ser sujetas de derecho.

Dicho lo anterior es como podemos cuestionar las diferencias heteropatriarcales que se expresan en los tratos otorgados, donde el sistema de salud no queda ajeno, pues estas prácticas se dan en espacios públicos y privados. El sistema patriarcal con su finalidad opresora, instala un producto simbólico que se puede observar en el ejercicio de profesionales de la salud, donde las prácticas se encuentran sustentadas por el género. Esto requiere un especial énfasis, ya que



esta asignación que se realiza de forma naturalizada también institucionaliza las experiencias y aquello es tomado por distintos dispositivos, lo que según Poblete (2014) genera “un circuito de relaciones asimétricas y dicotómicas” que son fundadas por esta “construcción heteronormativa de los géneros y por tanto, de los sexos” siendo estos motivos de aceptación o rechazo donde se posicionan los dispositivos institucionales, quienes a su vez, diseñan su forma de operar y por cierto la “huella en la vida social” (pp. 19 y 20).

Todo lo anterior nos ha llevado a reflexionar acerca de que estas diferencias marcan no sólo la división sexual de la vida, sino que también, y siguiendo lo revisado anteriormente (sistema sexo/género y patriarcado) se establecen las identidades que cada existencia va a tener que actuar y performar según su sexuación y generización. De ese modo, pensar las exigencias en los cuerpos de las mujeres, es una cuestión que encuentra sus significados en la expresión de la violencia de género.

Con ello entonces, pensar que el gordo odio es una manifestación de violencia de género, hace sentido para cuestionar las formas en que el patriarcado ha influido en todas las esferas de la vida. Haciendo alusión a su cabida y reproducción en el sistema biomédico, como bien se evidencia en las experiencias de las participantes, pero también en los cuestionamientos más íntimos que las personas pueden tener a partir de sus propias existencias, como por ejemplo los conflictos personales que surgieron en la adolescencia y que nos compartieron las participantes, que posteriormente desarrollaremos en las conclusiones y reflexiones.

Con todo lo anterior, la relevancia de este estudio, nos permite comprender las maneras en que esta distribución del poder, las exigencias que se sostienen por el patriarcado, y las experiencias de violencia, operan en niveles sutiles e invisibles. Lo cual supone un desafío fundamental para nuestra disciplina la cual no puede estar enajenada de pensar estos elementos.

## Conclusiones y Reflexiones del grupo

A continuación, damos paso a plasmar las conclusiones y reflexiones que como grupo investigativo hemos compartido en el proceso que llevamos a cabo.

Como punto de partida queremos hacer alusión a un primer hallazgo importante durante la realización de la investigación, sobre dar cuenta cómo en los relatos de las entrevistadas se comparten experiencias suscitadas durante su adolescencia, donde todas refirieron sentir una presión social e incomodidad de tener el deber de cumplir con un cuerpo que fuera hegemónico. Esto lo respalda un estudio realizado en Chile por la marca Dove (2016) el cual indica que sólo un 35% de las adolescentes entre 13 y 15 años están conformes con su apariencia y además señalan que un 36% manifiesta conductas evitativas, como dejar de realizar alguna actividad que les guste por sentirse incómodas con su apariencia corporal, entre estas actividades se destacan: comprar ropa, hacer deporte, ir a la escuela, ir a la playa y piscina.

Otro aspecto relevante a considerar fueron las redes de apoyo y justamente la ayuda que se espera desde ellas; si bien la familia tiende a ser la primera red de apoyo, no es la única y también no significa que deba cumplir su función protectora, socializadora, generadora de autoestima, etc. ya que podría originar las primeras experiencias de discriminación dadas por la corporalidad que presente algún miembro. Desde los relatos recopilados, logramos identificar solamente una persona que ha contado con una red de apoyo por parte de su familia desprovista de críticas corporales, ya que el resto de las entrevistadas consideran que la familia no significa esencialmente un lugar seguro, sino que lo perciben como un ambiente hostil hacia su corporalidad.

Por otro lado, se suma el hecho de que logramos visibilizar cómo el cuerpo del otro - esencialmente el de la mujer- termina por ser un blanco de crítica y esto último es socialmente aceptado; no considerando que estas prácticas hieren y perturban a quien las recibe. Podemos

señalar entonces, que estas prácticas de maltrato están instaladas en nuestra sociedad, posicionándonos como sujetas/sujetos que reproducen la violencia. Tal como señalan nuestras entrevistadas, en el caso del gordoodio/gordofobia no ocurre solamente en los espacios de salud pública, sino que se trasladan también a cualquier espacio, pues el cuerpo termina siendo un lugar de opinión pública en la sociedad completa.

Además, se nos hace importante señalar que cuando unimos los relatos de nuestras entrevistadas, que por cierto, ninguna se conoce entre sí y además poseen diversas edades, nos dimos cuenta cómo las vivencias personales y privadas no eran hechos aislados, sino que, eran experiencias compartidas; por lo tanto, las mujeres deben dejar de ser entendidas desde la intimidad, ya que son estos discursos de odio hacia la gordura, los que nos hacen comprender una realidad colectiva. “Lo personal es político” es clave dentro del feminismo, y esta frase hace referencia a que a través de las experiencias de las mujeres, que deben ser de interés público, se puede contribuir al conocimiento y este saber, a nuestro juicio, debe ir apuntado hacia la justicia social.

Por otra parte, a través de la historia hemos podido ver cómo el acceso al conocimiento siempre ha estado enmarcado en un lugar de poder; sin ir más lejos, el feminismo interseccional señala el acceso a la academia como un lugar de privilegios. Dicho lo anterior, a raíz de los relatos expresados en nuestras entrevistadas, se logra plasmar cómo el uso del poder del conocimiento de los y las profesionales de la salud está encuadrado desde el sesgo pesocentrista, lo que en consecuencia, termina por instalar prácticas que interfieren, aplazan y dificultan los procedimientos médicos, afectando la salud integral de las mujeres. Por consiguiente, nuestra intención no es hacer un juicio hacia los y las profesionales, sino más bien realizar una invitación para replantear y problematizar el quehacer y los tratos dignos no centrados en la corporalidad en los espacios de salud ¿y por qué no? en la sociedad.

Asimismo, un hallazgo que nos resulta importante mencionar, es que todas las entrevistadas habían pasado por procesos terapéuticos donde se habían tratado temáticas relacionadas con la autoestima, lo cual está directamente relacionado con la imagen corporal. Esto nos hace pensar en que los espacios de terapia podrían ser lugares seguros de reparación y reivindicación de las experiencias, siempre y cuando la persona del terapeuta esté sensibilizada y con una postura crítica ante los discursos que reproducen la violencia. Con lo anterior podemos inferir que la acción terapéutica les permitió poder hablar de temáticas que podían resultar ser dolorosas. Si bien, varias entrevistadas señalaban que el motivo inicial de la consulta no era la imagen corporal, fue en el proceso terapéutico el que condujo a hablar de esta temática, como un malestar subyacente. Lo cual, nos hace considerar la posibilidad de que las mujeres que se adhirieron a esta convocatoria de investigación lo han podido realizar debido al proceso reparatorio previo que han tenido, de esta forma nos siembra la duda de ¿Qué sucede con las mujeres que no hayan pasado por esta instancia reparadora?

Por último creemos que como psicólogos/as podemos llevar estos hallazgos a diversos espacios del quehacer profesional, psicoeducando a la población, haciendo promoción y prevención en problemáticas que tienen relación con la corporalidad y autoestima, así como también enfatizamos en la importancia de abordar estas temáticas en espacios educativos formales e informales, para educar bajo el respeto y la diversidad corporal en edades tempranas, con el fin de desarrollar una autoimagen saludable y reapropiarse de las experiencias. También se nos hace relevante destacar la posibilidad de invitar a futuras investigaciones en estas materias a ampliar las muestras para seguir profundizando en las vinculaciones entre la corporalidad gorda, ejercicio de violencia patriarcal y salud mental.

## **Resguardos Éticos**

Desde el código de ética propuesto por el Colegio de Psicólogos de Chile (1999), en su artículo 15, hemos contemplado sus 7 aspectos enunciados. Principalmente nos adscribimos a la máxima de resguardar el bienestar y los derechos de los participantes, ejerciendo para ello el mecanismo de consentimiento informado, expreso y por escrito para cumplir con dicho cometido. Asimismo, asumimos que existe la posibilidad que algún entrevistado desee suspender su participación, por lo cual también nos comprometemos a disminuir posibles efectos no deseados ante cualquier evento suscitado por el desarrollo de la investigación.

## Referencias Bibliográficas

- Amezcuca, M., & Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de salud pública*, 76, 423-436.
- Aranda, M. (2021). Devenir gorda. Proceso de identificaciones y afectaciones deseantes. La ventana. *Revista de estudios de género*, 6(53), 217-248. Epub 23 de febrero de 2021. Recuperado en 2 de octubre de 2023, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-94362021000100217&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362021000100217&lng=es&tlng=es).
- Aranda, C., y Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de Investigación en Psicología*, 16(1), 233-245. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v16i1.3929>
- Baeta S, M. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y Salud*, 13(2), 81-84. Recuperado de: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-32932015000200011&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932015000200011&lng=es&tlng=es).
- Baró, M. (1990). *Acción e ideología: Psicología social desde Centroamérica*. UCA Editores.
- Bassi, J. (2015). *Formulación de proyectos de tesis en ciencias sociales: Manual de supervivencia para estudiantes de pre y posgrado*. Santiago, Chile: FACSO / El Buen Aire.
- Beauvoir, S. de *Le deuxième Sexe*, Paris, Galimard, 1949 y reediciones, 2 vol.

Biblioteca Nacional de Chile (2019). Violencia contra la mujer. [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27302/2/BCN\\_Violencia\\_contra\\_la\\_mujer\\_Derecho\\_comparado\\_2019.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27302/2/BCN_Violencia_contra_la_mujer_Derecho_comparado_2019.pdf)

Biblioteca Nacional de Chile (s/f). "Perspectiva de género", en: Historia, Mujeres y Género en Chile. Memoria Chilena . Disponible en: <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-94486.html>.

Blanco, J. (2009). Rostros visibles de la violencia invisible: Violencia simbólica que sostiene el patriarcado. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), 63-70.

Bodelón, E. (2015). Violencia institucional y violencia de género. *Anales De La Cátedra Francisco Suárez*, 48, 131–155. <https://doi.org/10.30827/acfs.v48i0.2783>

Recuperado en 18 de septiembre de 2023, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-37012009000100007&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100007&lng=es&tlng=es).

Bolívar López, J. M., & Rojas Velásquez, F. (2014). Estudio de la autopercepción y los estilos de aprendizaje como factores asociados al rendimiento académico en estudiantes universitarios. *RED. Revista de Educación a Distancia*, (44), 60-72.

Butler, J. (1990). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Páidos.

Chávez, S. (2013) *Historias de Cuidado Maternidad-es en contextos de violencia doméstica*. Disponible en <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/bitstream/123456789/1452/1/192313.pdf>

Colegio de Psicólogos de Chile. (1999). Código de ética profesional. Recuperado de <http://colegiopsicologos.cl/wp-content/uploads/2021/06/1999-Codigo-de-Etica-2a-Edicion.pdf>

Contreras, L., Cuello, N., Chagas, S., Lavia, J., Carol, J., Di Filippo, F. Alonso, S., Rossi, M. Moreno, L. (2022). ¿Qué ves cuando me ves? : aportes, perspectivas y reflexiones sobre la discriminación y la política de los cuerpos gordos / 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo - INADI. Libro digital, PDF - (Cuadernillos INADI. Aportes para el diseño de políticas antidiscriminatorias ; 1) Archivo Digital: descarga y online ISBN 978-987-4134-25-7. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/01-\\_gordobofia\\_libro\\_9\\_6\\_22\\_web\\_accesible.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/01-_gordobofia_libro_9_6_22_web_accesible.pdf)

Crenshaw, K. (1989). Interseccionalidad. recuperado de: [https://www.csj.gob.sv/wp-content/uploads/2020/01/11122019\\_Bolet%C3%ADn-G%C3%A9nero-21.pdf](https://www.csj.gob.sv/wp-content/uploads/2020/01/11122019_Bolet%C3%ADn-G%C3%A9nero-21.pdf)

Cruz, M. A., Reyes, M. J., & Cornejo, M. (2012). Conocimiento situado y el problema de la subjetividad del investigador/a. *Cinta de moebio*, (45), 253-274.

De Ugarte, N. (2022). *La dictadura del amor propio*. Editorial Penguin Random House.

Devine, B., & Lareo, A. L. (2020). La patologización del cuerpo de mujeres gordas en la consulta clínica. *El lugar sin límites. Revista de Estudios y Políticas de Género*, 2(4), 125-139. Recuperado de <http://revistas.untref.edu.ar/index.php/ellugar/article/view/688/691>

Diario Sustentable (2016). Dove y ONU Mujeres lanzan en conjunto un programa para empoderar a las jóvenes chilenas. Recuperado



de: <https://www.diariosustentable.com/2016/07/dove-onu-mujeres-lanzan-conjunto-programa-empoderar-las-jovenes-chilenas/>

Doz Costa, J. (2010). Violencia institucional y cultura política. Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy, (38), 145-168. Recuperado en 27 de diciembre de 2023, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1668-81042010000100010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-81042010000100010&lng=es&tlng=es).

Fontenla, M. (2008). ¿Qué es el patriarcado? Publicado en el "Diccionario de estudios de Género y Feminismos". Editorial Biblos.

Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos y Representaciones, 7(1), 201-229. Doi: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>

Grill, S., Sánchez, M., Castañeiras, C., Posada, M. (2009). Vulnerabilidad psicológica al malestar subjetivo. Estudio en población general. II Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/48140>.

Gómez-Pérez, D., Ortiz, M., & Saiz, J. (2017). Estigma de obesidad, su impacto en las víctimas y en los Equipos de Salud: una revisión de la literatura. Revista médica de Chile, 145(9), 1160-1164. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000901160>

Haraway, D. J. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinvención de la naturaleza* (Vol. 28). Universitat de València.

Irigaray, L. (2010) *Ética de la diferencia sexual*, Ellago Ediciones, España.

Kirkwood, J., y Montecino Aguirre, S. (1987). *Feminarios*.

- Mancuso, L. et. al (2021). Diversidad corporal, pesocentrismo y discriminación: la gordofobia como fenómeno discriminatorio. *Inclusive*, 4(2), 12-6. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/03/inadi-revista-inclusive-n4.pdf#page=12>
- Martínez, E. (s/f). ¿Cómo escribir el marco metodológico en una investigación cualitativa? Recurso para aprender a leer, escribir y hablar en la universidad. Universidad de Chile. Disponible en: <https://aprendizaje.uchile.cl/recursos-para-leer-escribir-y-hablar-en-la-universidad/profundiza/profundiza-en-la-tesis/como-redactar-el-marco-metodologico-en-una-investigacion-cualitativa/>
- Montes, B. (2010). Discriminación, prejuicio, estereotipos: conceptos fundamentales, historia de su estudio y el sexismo como nueva forma de prejuicio. *Iniciación a La Investigación*, (3). Recuperado a partir de <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/view/202>
- Panesso, K. & Arango, M. (2017). LA AUTOESTIMA, PROCESO HUMANO. *Revista Electrónica Psyconex*, 9(14), 1-9. Recuperado a partir de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/328507> psicología. *Pensando Psicología*, 15(25), 1-24. DOI: <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2019.01.03>
- Poblete, N. (2014). ¿ Ruptura o Continuidad?. Reflexiones en torno al Heteropatriarcado a partir de los relatos de un grupo de jóvenes infractores/as de ley.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política". *Nueva Antropología*, vol. VIII, núm. 30. Asociación Nueva Antropología A.C., 95 - 145.

- Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2006). Capítulo 8. Selección de la muestra. *Metodología de la Investigación*, 244-245. Recuperado de: <https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w24762w/4/Selecciondelamuestra.pdf>
- Energici, M. A., Acosta, E., Huaiquimilla, M., & Bórquez, F. (2016). Feminización de la gordura: estudio cualitativo en Santiago de Chile. *Revista de psicología (Santiago)*, 25(2), 01-17. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/revpsicol/v25n2/art08.pdf>
- Expósito, F., & Moya, M. (2011). Violencia de género. *Mente y cerebro*, 48(1), 20-25. Recuperado de <https://www.uv.mx/cendhiu/files/2013/08/Articulo-Violencia-de-genero.pdf>
- Feito, L.. (2007). Vulnerabilidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl. 3), 07-22. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000600002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600002&lng=es&tlng=es).
- Fikkan, J. L. & Rothblum, E. D. (2012). Is fat a feminist issue? Exploring the gendered nature of weight bias. *Sex Roles*, 66(9), 575-592. Recuperado de: <http://doi.org/10.1007/s11199-011-0022-5>
- Flick, U. (2012). Introducción a la investigación cualitativa (Vol. 303). *Ediciones Morata, SL*.
- Friedman, K. E., Ashmore, J. A., & Applegate, K. L. (2008). Recent experiences of weight-based stigmatization in a weight loss surgery population: psychological and behavioral correlates. *Obesity*, 16(S2), S69-S74.
- Gallardo, A. M. (2021). Gordofobia: Una deuda en el campo de la psicología. *Perspectivas: revista de trabajo social*, (37), 151-168. Recuperado de: <http://ediciones.ucsh.cl/index.php/Perspectivas/article/view/2671/2248>

Gallardo Zanetta, A. M., & Franco Vivanco, P. (2020). Cuestión de peso: estudio exploratorio hacia la identificación de estereotipos de cuerpo internalizados por mujeres. *Summa Psicológica UST*, 17(2).

Gasparini, A. Alvarado, M. (2021). Soy gorda ¿y qué). Problematizando las construcciones sociales sobre la gordura. Disponible en: [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/155639/Documento\\_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/155639/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Goleman, D (1995). La inteligencia emocional. Recuperado de <https://iuymca.edu.ar/wp-content/uploads/2022/01/La-Inteligencia-Emocional-Daniel-Goleman-1.pdf>

Gómez-Pérez, D., S. Ortiz, M.I., & L. Saiz, J. (2017). Estigma de obesidad, su impacto en las víctimas y en los Equipos de Salud: una revisión de la literatura. *Revista médica de Chile*, 145(9), 1160-1164. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000901160>

Halpern, C. T., King, R. B., Oslak, S. G., & Udry, J. R. (2005). Body mass index, dieting, romance, and sexual activity in adolescent girls: Relationships over time. *Journal of research on adolescence*, 15(4), 535-559.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2008). El inicio del proceso cualitativo: planteamiento del problema, revisión de la literatura, surgimiento de la hipótesis e inmersión en el campo. *Metodología de la investigación*.

Lamas, M., (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 7(18), 0. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35101807>

Lamas, M. (2007). *Feminismo*. Taurus.

- Lamas, M. (2021). Lamas, M. (2021). Dolor y política. Sentir, pensar y hablar desde el feminismo. Océano
- López-Silva, Pablo. (2013). Realidades, Construcciones y Dilemas: Una revisión filosófica al construccionismo social. *Cinta de moebio*, (46), 9-25. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2013000100002>
- Mancuso, L., Longhi, B., Pérez, M. (s/f). Diversidad corporal, pesocentrismo y discriminación: la gordofobia como fenómeno discriminatorio. Revista Inclusiva n°4 Corporalidades Diversas: de mandatos, narrativas y deconstrucciones. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (Inadi). Argentina. gov.ar. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/inadi/revista-inclusive/diversidad-corporal-pesocentrismo-y-discriminacion-la-gordofobia-como>
- Maturana, H. (1990) Emociones y Lenguaje en Educación y Política. Recuperado de [https://des-juj.infod.edu.ar/sitio/upload/Maturana Romesin H - Emociones Y Lenguaje En Educacion Y Politica.pdf](https://des-juj.infod.edu.ar/sitio/upload/Maturana_Romesin_H_-_Emociones_Y_Lenguaje_En_Educacion_Y_Politica.pdf)
- Mayobre, P. (2007). La formación de la identidad de género una mirada desde la filosofía. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer, 12(28), 35-62. Recuperado en 2 de octubre de 2023, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-37012007000100004&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012007000100004&lng=es&tlng=es).
- Mc coy, M., Newball, L. & Gutiérrez, N. (2016). Afectaciones psicológicas que experimentan adolescentes afrodescendientes con padres embarcados. Ciencia E Interculturalidad, 17(2), 76–90. <https://doi.org/10.5377/rci.v17i2.2641>
- Ministerio de Salud (Chile). (2020). Guía de Atención Primaria de Salud. Santiago, Chile: Editorial Ministerio de Salud.

Navajas-Pertegás, N. (2017). La gordofobia es un problema del trabajo social. *Azarbe, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, (6), 37-46.

OMS (20 de julio de 2020). Sobrepeso y Obesidad. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=En%20el%20caso%20de%20los,igual%20o%20superior%20a%2030>  
[0](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=En%20el%20caso%20de%20los,igual%20o%20superior%20a%2030).

Orellana, G. (2019). Metodología cualitativa de investigación: Análisis de datos. Apunte de clase unidad 4, Metodología Cualitativa de Investigación, Universidad UNIACC.

Peregalli-Politi, S. (2018). Discriminación y estigma por peso en el sistema de salud: caso hipotético. *Revista de Bioética y Derecho*, (44), 135-147. Recuperado de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1886-58872018000300010&script=sci\\_arttext](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1886-58872018000300010&script=sci_arttext)

Puhl, M. y Brownell, K. (2006). Social and Behavioral Confronting and Coping with Weight Stigma: An Investigation of Overweight and Obese Adults. *Social and Behavioral*, 14(10), 1802-1815.

Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: important considerations for public health. *American journal of public health*, 100(6), 1019-1028.

Ramos, C. A. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Avances en psicología*, 23(1), 9-17.

Ramos-Galarza, C. (2020). Los alcances de una investigación. *CienciAmérica Vol.9 (3) ISSN 1390-9592 ISSN-L 1390-681X*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7746475.pdf>

Real Academia Española (s. f.).

- Robinson, B. B. E., Bacon, L. C., & O'reilly, J. (1993). Fat phobia: Measuring, understanding, and changing anti-fat attitudes. *International Journal of Eating Disorders*, 14(4), 467-480.
- Sánchez, G. Q. (2021). Gordofobia: existencia de un cuerpo negado. Análisis de las implicaciones subjetivas del cuerpo gordo en la sociedad moderna. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*, 32(1).
- Steinmetz, K. (2020). She Coined the Term "Intersectionality" Over 30 Years Ago. Here's What It Means to Her Today. *Revista Time*. Disponible en: <https://time.com/5786710/kimberle-crenshaw-intersectionality/>
- Suárez-Carmona, W., Sánchez-Oliver, A., & González-Jurado, J. (2017). Fisiopatología de la obesidad: Perspectiva actual. *Revista chilena de nutrición*, 44(3), 226-233. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182017000300226>
- Tena - Hernández, F. (2020). Psicoeducación y salud mental. *SANUM*, 4(3) 36 - 45. Disponible en [https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum\\_v4\\_n3\\_a5.pdf](https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf)
- Trebisacce, C. (2016). Una historia crítica del concepto de experiencia de la epistemología feminista. *Cinta de moebio*, (57), 285-295.
- Thuan, J. F., & Avignon, A. (2005). Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *International journal of obesity*, 29(9), 1100-1106.
- Vargas, K., Cobos, M., Morales, C. (2022). 8M en Chile: la urgencia de un feminismo interseccional. Observatorio ciudadano. Recuperado de: <https://observatorio.cl/wp-content/uploads/2022/03/feminters.jpeg>

Vygotsky, L. S. (1995). Pensamiento y lenguaje. Recuperado de <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2015/10/Pensamiento-y-Lenguaje-Vigotsky-Lev.pdf>



**Anexos**  
**Carta Gantt**

<b>Actividades</b>	<b>Responsabl e</b>	<b>Agost o</b>	<b>Septiembr e</b>	<b>Octubre</b>	<b>Noviembr e</b>	<b>Diciembr e</b>
<b>Creación del Instrumento</b>	<b>Pía</b>	<b>x</b>				
<b>Revisión de entrevista semiestructurad a</b>	<b>Mirta</b>		<b>x</b>			
<b>Búsqueda de las participantes</b>	<b>Tomás</b>			<b>x</b>		
<b>Firma del consentimiento informado</b>	<b>Ignacia</b>				<b>x</b>	
<b>Categorización</b>	<b>Tomás</b>					<b>x</b>

**COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO UNIVERSIDAD  
UNIACC**

Participante N° \_\_\_\_\_ /

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UNA ENCUESTA O REGISTRO  
DE DATOS PARA UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

<b>Título del proyecto: “Significados en las configuraciones socioemocionales en mujeres que se autoperciben gordas: análisis experiencial sobre la atención recibida por los profesionales de salud en atención pública, de la RM de Chile”.</b>
<b>Nombre Investigador/investigadora Responsable: Mirta Ravanal, Pía Corrales, Tomás Soto e Ignacia Santa Cruz.</b>
<b>Facultad/Escuela: Psicología</b>
<b>Centro de Investigación: Universidad UNIACC</b>
<b>Teléfono investigador/a: +569 412 60 603, +56984246406; +56973643610; +56975165356</b>
<b>Correo electrónico investigador/a: francisca.garrido@uniacc.edu (Francisca Garrido Lucero, docente guía)</b>
<b>Investigadoras/Es</b>

[pia.corrales@uniacc.edu](mailto:pia.corrales@uniacc.edu);

[mirta.ravanal@uniacc.edu](mailto:mirta.ravanal@uniacc.edu);

[tomas.soto@uniacc.edu](mailto:tomas.soto@uniacc.edu);

[Ignacia.sancruz@uniacc.edu](mailto:Ignacia.sancruz@uniacc.edu)

**|Consentimiento Informado Versión N°**

**Fecha: /11/2023**

## **A. Información al participante**

### 1. Invitación

A partir del presente consentimiento, le agradecemos su participación en nuestra investigación titulada “Significados en las configuraciones socioemocionales en mujeres que se autoperciben gordas: análisis experiencial sobre la atención recibida por los profesionales de salud en atención pública, de la RM de Chile.”

El proceso de entrevista y levantamiento de información se desarrollará en aproximadamente una hora cronológica para dar la profundidad necesaria a los temas abordados.

Específicamente el tema a tratar en la entrevista es: significados y consecuencias de la gordofobia y gordo odio por parte de profesionales de salud hacia mujeres que se perciben gordas. Como objetivo general buscamos comprender los significados que un grupo de mujeres, que se autoperciben como gordas, le atribuyen a la atención y trato recibido por parte de profesionales de la salud durante sus consultas y controles médicos en atención de salud pública.

La información obtenida será utilizada para fines académicos y se resguardará de manera confidencial.

## 2. Razones de la invitación.

Se le invita a responder esta entrevista en su calidad de persona que se siente convocada a nuestra investigación, con la consideración de que cumple con los criterios que este estudio considera relevantes para realizar su desarrollo.

## 3. Objetivo del estudio:

A través de nuestra investigación buscamos comprender los significados que un grupo de mujeres, que se autoperciben como gordas, le atribuyen a la atención y trato recibido por profesionales de la salud durante sus consultas y controles médicos de atención en salud pública. En este estudio podremos además: describir cómo significan las usuarias sus experiencias en la atención de salud cuando acuden por controles y consultas médicas, conocer sus interpretaciones respecto a la atención y valoración de tratamientos indicados por los distintos profesionales, así como indagar en la experiencia emocional de las usuarias en la atención de los dispositivos de salud y cómo esta impactaría en su salud mental.

## 4. Confidencialidad

Se garantiza confidencialidad de la información proporcionada por usted.

Los datos serán anonimizados y no hay ningún identificador directo que conecte las respuestas con la persona.

Sólo tendrán acceso a los datos en bruto los/las investigadores de esta tesis y su docente guía. Teniendo en consideración que no se expondrán los datos de quienes participen de ella.

En una etapa de presentación de la investigación, los datos serán expuestos por medio de análisis, resguardando nuevamente la confidencialidad de quienes participaron.

#### 5. Beneficios posibles para los/las participante

Contribuir desde la perspectiva del participante, con un estudio que permita visibilizar algún tiempo de discriminación que han sufrido al recurrir a profesionales

Evitar que se sigan repitiendo estas malas prácticas desde los profesionales de la salud y de esta forma aumente la adherencia a tratamientos en la salud de los/las participantes.

El estudio pretende contribuir a la comprensión de las experiencias de mujeres que se auto perciben gordas y ser un aporte a la disciplina y su búsqueda de estrategias para fomentar sociedades menos violentas, entregar una atención digna, con perspectivas amplias y enfoques en área de la salud que sean basados en los DDHH.

Con sus experiencias podremos en nuestro estudio sustentar la creación de nuevos conocimientos que puedan beneficiar a nuestra sociedad de la salud.

#### 6. Riesgos posibles para los/las participantes del estudio

Esta entrevista no tiene riesgo para usted.

#### 7. Voluntariedad y revocación del consentimiento

Su participación en esta entrevista es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a no aceptar participar o revocar su consentimiento en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, usted no pierde ningún derecho y no implica sanciones o consecuencias negativas que lo afecten.

#### 8. Publicación científica y confidencialidad

Es posible que los datos y resultados derivados de esta entrevista puedan ser publicados en revistas y conferencias científicas, si esto ocurre, y en conformidad en lo establecido en las leyes 20.584, 20.120 y 19.628, sus datos serán anonimizados a fin de que usted no pueda ser identificado(a).

#### 9. Costos

No tiene costos.

#### 10. Compensaciones

Los participantes no recibirán dinero por concepto de pago de participación en la entrevista

#### 11. Derechos del paciente

Cualquier pregunta que usted desee hacer en relación a su participación en esta entrevista, será respondida por el/a Investigador/a responsable cuyos datos de contacto se encuentran al inicio de este documento. Cualquier pregunta que usted desee hacer en relación con sus derechos como participante del presente proyecto de investigación puede comunicarse con la presidenta del Comité Ético Científico de Universidad Uniacc Prof Marila García al correo [comitedeetica@uniacc.edu](mailto:comitedeetica@uniacc.edu) o al teléfono 961226271.

### **B. Consentimiento informado - Hoja de firmas**

Al firmar el presente documento, declaro que se me ha explicado y he comprendido el propósito de esta entrevista y firmo este documento individual y voluntariamente sin ser forzado(a) a hacerlo.

Los espacios que siguen van escritos de puño y letra por los firmantes

<b>Nombre del participante</b>	<b>RUT</b>	<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>	<b>Hora</b>
<p>.....</p> <p><b>Nombre del representante o testigo</b></p> <p><b>(si fuese pertinente)</b></p>				

<p>.....</p> <p><b>relación con el/la participante</b></p>	<p><b>RUT</b></p>	<p><b>Firma</b></p>	<p><b>Fecha</b></p>	<p><b>Hora</b></p>
<p><b>Nombre del profesional autorizado que obtiene el Consentimiento Informado</b></p>	<p><b>RUT</b></p>	<p><b>Firma</b></p>	<p><b>Fecha</b></p>	<p><b>Hora</b></p>
<p><b>Nombre del Investigador Responsable</b></p>		<p><b>Firma</b></p>	<p><b>Fecha</b></p>	<p><b>Hora</b></p>



	RUT			
--	-----	--	--	--

**Este documento sólo es válido si cuenta con la autorización y timbre del Comité Ético Científico de Universidad Uniacc**