



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

TESIS DOCTORAL



Obesidad, cultura e imagen corporal en mujeres saharauis

Leticia Alvarado Olmedo

Directora:

María del Mar García Calvente

Programa de Doctorado en Estudios de las Mujeres, Discursos y Prácticas de
Género

Granada, 2023

Leticia Alvarado Olmedo

Obesidad, cultura e imagen corporal en mujeres saharauis

Foto de portada y de todas las portadillas: Leticia Alvarado Olmedo

Maquetación: Correcciones Santaella

2023

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Leticia Alvarado Olmedo
ISBN: 978-84-1195-199-9
URI: <https://hdl.handle.net/10481/89842>

Al pueblo saharauí, por su fuerza, su hospitalidad
y su incansable lucha por la libertad.

AGRADECIMIENTOS

La realización de esta tesis es el resultado de varios años de duro trabajo que me han llevado por un largo camino de descubrimiento académico y personal. Ha supuesto encontrar en mí misma recursos que desconocía tener para afrontar y superar las dificultades que se me iban presentando.

Estoy muy agradecida a la Universidad de Granada y al Programa de Doctorado en Estudios de las Mujeres, Discursos y Prácticas de Género, por brindarme la oportunidad de desarrollar una actividad investigadora.

Quiero comenzar expresando mi profundo agradecimiento a mi directora de tesis María del Mar García Calvente, por su entrega, disposición y su excelente manera de orientarme en los momentos difíciles en los que me he sentido perdida. Sin sus consejos jamás podría haber finalizado este trabajo.

Gracias también a Amalia Morales Villena, coordinadora del Programa de Doctorado En Estudios de las Mujeres, Discursos y Prácticas de Género, que siempre ha resuelto con rapidez las múltiples dudas que le planteaba.

Mi agradecimiento al Centro de Iniciativas de Cooperación al Desarrollo de la Universidad de Granada (CICODE), por aceptarme como cooperante en el Programa Fortalecimiento a la Educación Primaria de los Campamentos de Refugiados Saharauis, que me permitió viajar por primera vez en el año 2016 a los campamentos y conocer la realidad de las condiciones de vida de la población saharauí.

A Milagrosa Olmedo Alguacil, Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta, por su empuje y permanente apoyo. Quiero extender este agradecimiento a todos mis compañeros y compañeras de trabajo de la Facultad por compartir sus conocimientos y consejos que han sido imprescindibles para mejorar el diseño de esta tesis.

Gracias a Juan Carlos Sánchez García, por sus sugerencias y por facilitarme contactos que me han resultado muy útiles para la finalización de esta tesis.

Tengo una deuda de gratitud con todo el pueblo saharauí y especialmente con las mujeres saharauis que desinteresadamente y dando un ejemplo de su tradicional hospitalidad se ofrecieron para participar en mi estudio.

Quiero expresar mi cariño y mi infinito agradecimiento a Omar y Meya, enfermero y enfermera de la *wilaya* de Auserd, que me ofrecieron una ayuda inestimable tanto en la recogida de datos como en la traducción, y a toda su familia por abrirme las puertas de sus *jaimas* haciéndome sentir una más.

A mi confidente y amiga Miriam, por compartir tantas vivencias y estar siempre a mi lado a pesar de la distancia, y a todos mis amigos y amigas que me animaron en los momentos duros y se alegraban conmigo en los felices.

A Oti, gracias por los valores que me enseñaste de pequeña, por tu ayuda y tu tiempo.

A mi querida familia:

A mi prima Ani y mi abuela Crista que tantas tardes compartimos juntas.

A mis primos Adrián, Pablo y Alejandro, mis primeros compañeros de juego.

A mis tías Inma y Eugenia, que me ayudan a seguir creciendo.

A mis abuelos, Pepín y María, que siempre me preguntaban por cómo iba mi tesis y se enorgullecían al ver mi progreso. Os echo de menos.

A mis padres, Charo y José Manuel, por la vida tan bonita que me han dado y porque lo único que quiero es verlos disfrutar a mi lado.

A mi hermana Silvia y su inseparable Andavi, eres el mejor regalo que me pudieron hacer papá y mamá.

A Ángel, mi referente, mi fiel compañero de aventuras, de viajes y, en definitiva, de vida. Gracias por existir, por cruzarte en mi camino y hacer del trayecto un dulce paseo en bicicleta.

A todos y todas, muchas gracias.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	XI
ÍNDICE DE FIGURAS	XIII
ÍNDICE DE IMÁGENES	XV
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	XVII
RESUMEN	XIX
ABSTRACT.....	XXIII
PRESENTACIÓN.....	XXVII
INTRODUCCIÓN	1
1. OBESIDAD: FACTOR DE RIESGO PARA LA SALUD Y ESTIGMATIZACIÓN SOCIAL.....	3
1.1. Apuntes históricos sobre la obesidad.....	3
1.2. Dificultades para validar un indicador diagnóstico universal de la obesidad	5
1.3. Factores implicados en la persistencia de la obesidad	7
1.4. La estigmatización social de la obesidad	8
2. OBESIDAD, EL PESO DE LA BELLEZA EN EL CUERPO DE LAS MUJERES.....	12
3. EL CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN: EL SAHARA	16
3.1. Evolución política e histórica: colonización, descolonización y guerra.....	16
3.2. Los campamentos de refugiados saharauis: contexto geográfico y organización social	19
3.3. Seguridad alimentaria en los campamentos. El impacto de la pandemia por covid-19	23
3.4. Las mujeres en la sociedad saharauí	24
4. FEMINISMO, FEMINISMOS Y DECOLONIZACIÓN	35
4.1. Feminismo, interseccionalidad y deconstrucción feminista.....	35
4.2. Corrientes teóricas en el feminismo occidental	36
4.3. Descolonizando el feminismo	40
5. EL GÉNERO COMO DETERMINANTE DE LA SALUD DE LAS MUJERES.....	56

5.1. Problemas para definir los términos género y salud.....	56
5.2. El género como determinante de la salud	61
5.3. La interseccionalidad en los estudios de género y salud.....	62
5.4. Los sesgos de género en la salud	63
5.5. La brecha de género en la obesidad	64
6. EL SIGNIFICADO SOCIAL DEL CUERPO	67
6.1. El feminismo y el cuerpo de las mujeres o el cuerpo del feminismo.	68
7. LA IMAGEN CORPORAL.....	69
7.1. Definición de imagen corporal	69
7.2. Imagen corporal y trastornos de la alimentación	70
7.3. Alteraciones de la imagen corporal.....	71
7.4. Métodos para estudiar las alteraciones de la imagen corporal	72
PREGUNTAS Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	79
1. JUSTIFICACIÓN.....	81
2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	83
3. OBJETIVOS	85
METODOLOGÍA.....	87
1. LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA DEL CONOCIMIENTO SITUADO	89
1.1. Presentándome y ubicándome en el proceso investigador	90
1.2. Centralidad de las mujeres como sujetos de estudio.....	92
1.3. El «peso del patriarcado» en la salud de las mujeres.....	93
2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	94
2.1. Ámbito y contexto de la investigación	96
2.2. Población de referencia	98
2.3. Acceso al campo	99
3. MÉTODO EMPLEADO EN LA FASE CUANTITATIVA.....	102
3.1. Diseño de la investigación.....	102
3.2. Población de estudio	102
3.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	102
3.4. Selección muestral y captación de participantes.....	102
3.5. Variables de estudio	104
3.6. Instrumentos para la recogida de datos	105
3.7. Procedimiento de recogida de datos	106
3.8. Procedimiento de análisis	107

4. METODOLOGÍA EMPLEADA EN LA FASE CUALITATIVA.....	107
4.1. Diseño de la investigación.....	107
4.2. Población de estudio	107
4.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	108
4.4. Selección muestral y captación de participantes.....	108
4.5. Diseño muestral	110
4.6. Dimensiones de estudio: áreas temáticas iniciales.....	111
4.7. Técnicas e instrumentos de recogida de información	112
4.8. Selección de informantes clave	119
4.9. Procedimiento de recogida de datos	121
4.10. Procedimiento de análisis e interpretación de los datos	124
5. ASPECTOS ÉTICOS	129
RESULTADOS.....	131
1. RESULTADOS DE LA FASE CUANTITATIVA	134
1.1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres saharauis	134
1.2. Alteraciones de la imagen corporal.....	139
2. RESULTADOS DE LA FASE CUALITATIVA.....	148
2.1. Aspectos generales sobre el desarrollo de las entrevistas	150
2.2. Categorías y subcategorías.....	152
2.2.1. Salud y enfermedad: un proceso de construcción y deconstrucción social.....	152
2.2.2. Imagen corporal.....	158
2.2.3. Prácticas disciplinarias para modelar el cuerpo.....	165
2.2.4. Mecanismos y elementos de control sobre el cuerpo de la mujer	177
2.2.5. Factores económicos y culturales.....	184
2.2.6. Sororidad saharahui.....	191
DISCUSIÓN.....	197
1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	199
1.1. Mito y realidad de la obesidad femenina en el Sáhara	199
1.2. Satisfacción con el propio cuerpo y distorsión de la imagen corporal en las mujeres saharauis.....	204
1.3. Prácticas disciplinarias: transformación y actualización de los rituales y prácticas tradicionales en el cuerpo de las mujeres para aumentar el peso	213
1.4. Mecanismos de control social y familiar. La agencia de las mujeres.	221
1.5. Otros factores relacionados con la obesidad femenina en el Sáhara	226
1.6. Empoderamiento femenino, sororidad, <i>tuiza</i> y seguridad alimentaria	233
1.7. Los efectos de la crisis económica, la pandemia y los cambios políticos.....	239

2. DISCUSIÓN DE LA METODOLOGÍA	241
2.1. El enfoque mixto de investigación. Ventajas y limitaciones	242
2.2. Dificultades, aportaciones y cuestiones sobre el trabajo de campo	245
2.3. El rol de la investigadora	246
2.4. Consideraciones sobre la selección muestral	247
2.5. Ventajas y limitaciones sobre los instrumentos empleados	247
3. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	249
CONCLUSIONES	253
REFERENCIAS	259
ANEXOS	295
ANEXO 1. FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO VERBAL INFORMADO PARA ENCUESTAS Y ENTREVISTAS (ULIN, 2005)	297
ANEXO 2. TEST DE LA SILUETA MAGANTO Y CRUZ	298

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación del IMC según consenso SEEDO 2020.	7
Tabla 2. Distribución de los centros educativos de la wilaya de Auserd.....	21
Tabla 3. Prevalencia de la anorexia nerviosa y la bulimia en distintas regiones del mundo	70
Tabla 4. Metodología e instrumentos empleados para responder a los objetivos de la investigación.....	96
Tabla 5. Distribución de la población residente en los distintos campamentos de refugiados, desagregada por sexo y grupo de edad (en número de personas)	98
Tabla 6. Datos descriptivos de la muestra de estudio: Número total de mujeres incluidas, estado menopausia, estado civil y número de hijos o hijas	104
Tabla 7. Características de las personas incluidas en la muestra final	111
Tabla 8. Enunciados de las preguntas ordenadas según las categorías de estudio.....	122
Tabla 9. Relación de términos que se mantienen en su idioma original en las transcripciones de entrevistas.....	123
Tabla 10. Clasificación del IMC según documento de consenso SEEDO.	135
Tabla 11. Distribución de las mujeres de la muestra por cada categoría del IMC	135
Tabla 12. Estadísticos descriptivos de las variables edad, número de hijos e IMC, de las mujeres incluidas en la muestra de estudio cuantitativa	136
Tabla 13. Distribución de las mujeres de la muestra por grupos de edad	137
Tabla 14. Índice de insatisfacción con la imagen corporal en cada grupo de edad de las mujeres	143
Tabla 15. Nivel de insatisfacción con la imagen corporal según el IMC de las mujeres	144
Tabla 16. Estadísticos descriptivos de las variables Insatisfacción con el cuerpo, distorsión de la imagen corporal, silueta elegida de «hombre ideal» y silueta de «mujer ideal».....	147
Tabla 17. Relación de los objetivos de investigación con las categorías y subcategorías	149
Tabla 18. Cuerpo deseado y cuerpo ideal. Respuestas de los hombres y mujeres entrevistados.....	162
Tabla 19. Comparativa de datos obtenidos en nuestro estudio con otros realizados anteriormente.....	200
Tabla 20. Comparativa de los datos obtenidos de obesidad femenina en el Sáhara con los de otros países.....	202

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Impacto de la obesidad en la esperanza de vida de países de la OCDE	4
Figura 2. Evolución de las tasas de sobrepeso y obesidad en la población infantil de España por sexo y edad (6-9 años) en los años 2011 a 2019 (% sobre la población infantil de 6 a 9 años).....	5
Figura 3. Evolución de la obesidad femenina respecto a la masculina en las regiones del mundo analizadas (en % de diferencia del IMC entre hombres y mujeres)	66
Figura 4. Perfil demográfico de la población de los campamentos de refugiados de Tinduf	99
Figura 5. Porcentaje de mujeres en cada categoría de IMCDE sobre el total de la muestra	136
Figura 6. Distribución de las mujeres de la muestra por cada grupo de edad	137
Figura 7. Resultados del Índice de Masa Corporal (IMC) en cada grupo de edad de las mujeres de la muestra.....	138
Figura 8. Proporción de las mujeres con y sin menopausia que presentan normopeso, sobrepeso u obesidad	139
Figura 9. Porcentaje de mujeres que puntúan cada valor de la escala del Índice de distorsión de la imagen corporal.....	141
Figura 10. Número de mujeres que puntúan cada valor de la escala del Índice de insatisfacción con la imagen corporal.....	142
Figura 11. Nivel de satisfacción con la imagen corporal en cada grupo de edad.....	143
Figura 12. Nivel de insatisfacción con el cuerpo de las mujeres participantes	145
Figura 13. Siluetas elegidas por las mujeres, correspondientes a sus preferencias de cuerpos «ideales» de hombres y mujeres	146
Figura 14. Comparación de las tasas femeninas de obesidad y sobrepeso entre Sáhara y países de la OCDE	202
Figura 15. Comparación de las tasas femeninas de obesidad y sobrepeso entre Sáhara y países de su entorno	203

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1. Venus de Willendorf (Museo de Historia Natural de Viena)	14
Imagen 2. Comparación obesidad Ginecoide y Androide.....	14
Imagen 3. Alimentación forzada de una joven en Mauritania.....	27
Imagen 4. Escala de siluetas de Stunkard, Sorensen y Schulsinger (1983)	72
Imagen 5. Escala de Bell, Kirkpatrick y Rinn (1986).....	73
Imagen 6. Escala de Thompson & Gray (1995)	73
Imagen 7. Test Body Image Assessment (Williamson <i>et al.</i> , 2000)	74
Imagen 8. Somatomorphic matrix (Pope <i>et al.</i> , 2000)	74
Imagen 9. Escala Body Size Guides (BSGs) (Harris <i>et al.</i> , 2007)	75
Imagen 10. Test de siluetas para adolescentes (Maganto y Cruz,2008)	76
Imagen 11. Situación geográfica y distribución de los campamentos de refugiados saharauis	97
Imagen 12. Vista general de la wilaya de Auserd.....	100
Imagen 13. Escala visual de figuras humanas empleada en las entrevistas semiestructuradas	116
Imagen 14. Escala de siluetas para hombres y mujeres empleada en este estudio.....	147
Imagen 15. Compartiendo charla y té en la jaima de una de las participantes (wilaya de Auserd, 2018).....	152
Imagen 16. Escala visual de figuras humanas empleada en las entrevistas semiestructuradas	162
Imagen 17. Estanterías de una tienda repletas de cremas hidratantes y blanqueadoras de la piel (wilaya de Auserd, 2016)	169
Imagen 18. Grupo de mujeres cubiertas con la melfha para protegerse del Sol (wilaya de Auserd, 2018).....	172
Imagen 19. Aplicando henna en las manos (wilaya de Auserd, 2016).....	173
Imagen 20. Baile y fiesta de mujeres en una boda saharauí (wilaya de Auserd, 2017).	175
Imagen 21. Semillas de halba, tal como se adquieren en el mercado local	177
Imagen 22. Presentación de una comida para invitados/as (wilaya de Auserd, 2018).....	187
Imagen 23. Grupo de jóvenes practicando boxeo (wilaya de Smara, 2018)	188
Imagen 24. Preparando el almuerzo (wilaya de Auserd, 2017)	192
Imagen 25. Grupo de mujeres regresando a casa. (wilaya de Auserd, 2017)	195
Imagen 26. Figuras de mujer ideal según mujeres y hombres	223

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
ACTION	<i>Awareness, Care, and Treatment In Obesity MaNagement</i>
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo
AESAN	Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición
ALADINO	Estudio de Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España
AMFCF	Asociación Mauritana de Mujeres Cabeza de Familia
ANOVA	<i>Analysis Of Variance</i> . En español, análisis de la varianza
BMJ	<i>British Medical Journal</i>
CICODE	Centro de Iniciativas de Cooperación al Desarrollo
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
ECHO	<i>European Civil and Humanitarian Operations</i>
EDP	Punto de Entrega Acordado (de alimentos)
FDA	<i>Food and Drug Administration</i> (Estados Unidos)
FISAHARA	Festival Internacional de Cine del Sáhara
GNUDS	Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible
IAM	Infarto Agudo de Miocardio
IMC	Índice de Masa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estadística
MENA	<i>Medium Est and North Africa</i>
MINURSO	Misión de las Naciones Unidas para el Referéndum del Sáhara Occidental
MSPRASD	Ministerio de Salud Pública de la República Árabe Saharaui Democrática.
NIH	<i>National Institute of Health</i> (Estados Unidos)
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PMA	Programa Mundial de Alimentos
POLISARIO	Frente Popular por la Liberación de Saguía el Hamra y Río de Oro
RASD	República Árabe Saharaui Democrática
SEEDO	Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TCA	Trastorno del Comportamiento Alimentario
TS-D	Índice de Distorsión de la Imagen Corporal
TS-I	Índice de insatisfacción de la Imagen Corporal
UNHCR	<i>United Nations High Commissioner for Refugees</i> . En español, ACNUR
UNMS	Unión Nacional de Mujeres Saharaui
WHO	<i>World Health Organization</i> . En español OMS
WMA	<i>World Medical Association</i>
TFM	Trabajo Fin de Máster

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La obesidad constituye un factor de riesgo para la salud, ampliamente reconocido por la comunidad científica. Los trabajos sobre la obesidad se han multiplicado en los últimos 20 años, desde campos de estudio relacionados tanto con las ciencias de la salud, como de áreas diferentes a ella como la psicología, la política o el feminismo. La crítica feminista, ha revelado la existencia de brechas de género en gran parte de los problemas de salud, y en la obesidad las diferencias de género aparecen de forma más acusada. La relación entre los trastornos del comportamiento alimentario derivados del rechazo a los cuerpos obesos o con sobrepeso, son consecuencia de la difusión de unos ideales de belleza que presentan los cuerpos delgados como modelos a conseguir para lograr el éxito social. Estas situaciones, bien conocidas en España y en general en occidente, contrastan con las que se han detectado en otras regiones del mundo donde el ideal de belleza en la mujer se relaciona con el deseo de tener una figura corporal grande.

En algunos países del África Sahariana, incluyendo las regiones donde se encontraba el antiguo Sáhara español, hay evidencias de que tradicionalmente el ideal de belleza de la mujer consiste en tener una figura corporal con sobrepeso, además de otras características físicas como tener la piel blanca. Los campamentos de refugiados y refugiadas saharauis de Tinduf, están compuestos por cinco wilayas, en las que desde hace 40 años reside la población saharauí refugiada como consecuencia del conflicto político y militar con el Reino de Marruecos.

Algunos trabajos han puesto en evidencia el alto porcentaje de obesidad que afecta a las mujeres en los campamentos saharauis. El deseo de las mujeres saharauis por tener un cuerpo grande y con un exceso de peso, puede estar detrás de la obesidad femenina. El ideal de belleza asociado a tener un cuerpo «gordo», genera otros problemas asociados a la obesidad, como la alimentación forzada hipercalórica a las mujeres jóvenes o el consumo de corticoides para engordar rápidamente.

La cultura patriarcal impregna toda la estructura de las sociedades tanto en occidente como en el resto de países. Una muestra la constituye la presión social sobre las mujeres para que modelen y ajusten su cuerpo según el patrón de belleza culturalmente aceptado y que es universal, aunque en los países occidentales la presión vaya dirigida a conseguir un cuerpo delgado y en el Sáhara a tener un cuerpo grueso. Son muy escasos los estudios que analizan la importancia que factores como el prestigio social, las preferencias estéticas o las jerarquías de género, tienen en la prevalencia de la obesidad en las mujeres de países en desarrollo. Con esta tesis se pretende dar luz a esas cuestiones.

OBJETIVOS

Se ha planteado un trabajo de investigación en el ámbito de los campamentos de refugiados y refugiadas saharauis de Tinduf, para analizar con perspectiva de género los factores sociales, culturales y estéticos asociados a los estereotipos de belleza que influyen en la obesidad femenina, y específicamente se pretendió:

1. Describir la prevalencia de la obesidad en las mujeres de los campamentos de refugiadas saharauis de Tinduf.
2. Analizar alteraciones de la imagen corporal relacionadas con la obesidad como la satisfacción/insatisfacción con la figura corporal o la distorsión en la percepción del tamaño corporal en estas mujeres.
3. Indagar sobre la existencia de mecanismos de control social o familiar que actúen sobre las mujeres en relación con su peso corporal y apariencia física, así como los factores culturales y sociales de género que determinen las preferencias estéticas sobre el cuerpo de las mujeres.
4. Comprobar la vigencia y utilidad de las redes de alianza y solidaridad entre mujeres para garantizar la seguridad alimentaria en los campamentos saharauis.

METODOLOGÍA

Para dar respuesta a estos objetivos, se utilizó una metodología con un diseño de tipo mixto concurrente cuantitativo y cualitativo que permitió una mayor riqueza en la obtención de datos y un más amplio análisis de los distintos factores implicados en la obesidad femenina en el Sahara.

La fase cuantitativa se realizó en el año 2016 y 2017 en la wilaya de Auserd sobre una muestra de 210 mujeres. Todas las mujeres fueron pesadas y talladas para calcular el Índice de Masa Corporal y posteriormente se aplicó a cada una de las participantes el cuestionario de siluetas de Maganto y Cruz, para valorar los índices de satisfacción y de distorsión con la figura corporal.

La fase cualitativa se desarrolló durante los años 2016, 2017 y 2018 en la wilaya de Auserd y se emplearon entrevistas semiestructuradas en profundidad e individuales a siete mujeres y tres hombres, junto a otras técnicas etnográficas como la observación participante y el análisis documental.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos arrojaron un porcentaje de obesidad entre las mujeres de la muestra del 21,9% y de sobrepeso del 38,5%. En total, el 60,4% de las mujeres

participantes en la muestra de estudio presentaban un exceso de peso. Los resultados han mostrado que entre las mujeres hay una tendencia a la infraestimación de su tamaño corporal, de manera que se ven a sí mismas más delgadas de lo que su Índice de Masa Corporal señala. En general, los resultados han detectado un elevado grado de satisfacción con su cuerpo, entre las mujeres estudiadas.

Los resultados también muestran que la antigua costumbre de la alimentación forzada a las niñas y las mujeres jóvenes antes del matrimonio, no se practica en la actualidad, pero sí se han recogido datos y testimonios que sugieren que en la actualidad hay un consumo no controlado de corticoides de forma oral para ganar peso de manera rápida y en forma de cremas y pomadas para blanquear la piel.

Estas prácticas, constituyen una muestra sutil de prácticas disciplinarias sobre el cuerpo de las mujeres. La fuerza de esas prácticas como mecanismo de control sobre los cuerpos de las mujeres es tanto más eficaz cuanto más sutil aparece y cuando consigue manifestarse en forma de prácticas que las mujeres aplican sobre sí mismas, aparentemente no como consecuencia de una imposición externa sino por propia voluntad, y se muestra como un signo de empoderamiento.

Un factor íntimamente ligado a la dieta y a la alimentación de las familias lo constituye la seguridad alimentaria. Los resultados de este trabajo han evidenciado que las redes de alianza entre mujeres y el trabajo de ellas, resultan esenciales para la supervivencia de las familias en un entorno tan hostil como el de los campamentos saharauis en el desierto. La fraternidad *tuiza* continúa vigente e implica compartir lo que se tiene con quien lo necesita. La costumbre de compartir constituye de hecho una obligación que atañe a todo el pueblo saharauí, y funciona como un eficaz igualador social.

CONCLUSIONES

Esta tesis doctoral ha puesto de manifiesto que la obesidad y el sobrepeso constituyen en la actualidad un riesgo para la salud de las mujeres en los campamentos del Sáhara. Aunque en la actualidad se está produciendo un cambio en las costumbres y preferencias en la sociedad saharauí, la persistencia de un modelo de belleza que prefiere la figura femenina grande y con exceso de peso, es un factor que contribuye a mantener la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso en las mujeres.

Se ha producido una transformación desde las antiguas prácticas de sobrealimentación hacia métodos farmacológicos más modernos, con potenciales graves consecuencias para la salud de las mujeres

El grado de satisfacción con la imagen corporal detectado al analizar las respuestas de las mujeres, sugiere un alto nivel de aceptación del tamaño y la figura corporal y no se han

encontrado datos que indiquen situaciones de frustración o ansiedad motivadas por el deseo de perder peso.

Esta investigación ha mostrado que hay tres elementos característicos de la vida en los campamentos saharauis que contribuyen al mantenimiento de la obesidad entre las mujeres, y que dificultan el consumo de una dieta «saludable»: las limitaciones derivadas de la canasta básica de alimentos, el rechazo a la práctica del ejercicio físico y el consumo de té, que, aunque constituye una seña de identidad de la sociedad saharauí, su consumo abusivo aporta un exceso calórico en la dieta.

Esta tesis doctoral ha mostrado que el trabajo colaborativo y la solidaridad entre las mujeres constituyen un factor esencial para garantizar la seguridad alimentaria de las familias, y que repartir distintas tareas de forma colaborativa entre las mujeres ayuda a contrarrestar los desequilibrios que se pueden presentar entre los distintos grupos familiares.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Obesity is a health risk factor that is widely recognised by the scientific community. Papers on obesity have multiplied in the last 20 years, from fields of study related to both health sciences as well as areas other than health sciences, such as psychology, politics and feminism. Feminist criticism has revealed the existence of gender gaps in many health problems, and gender differences appear more markedly in obesity. The relationship between eating disorders derived from the rejection of bodies that are obese or overweight is a consequence of the dissemination of beauty ideals that present thin bodies as models to be reached in order to achieve social success. These situations, well known in Spain and generally in the West, contrast with those that have been detected in other regions of the world where the beauty ideal in women is related to the desire to have a large body figure.

In some countries in Saharan Africa, including the regions where the former Spanish Sahara was located, there is evidence that traditionally the beauty ideal for women is an overweight body shape, in addition to other physical characteristics such as fair skin. The Sahrawi refugee camps in Tindouf are made up of five wilayas, where the Sahrawi refugee population has been living for 40 years as a result of the political and military conflict with the Kingdom of Morocco.

Some studies have highlighted the high percentage of obesity affecting women in the Sahrawi camps. Sahrawi women's desire for a large, overweight body may be behind female obesity. The beauty ideal associated with having a «fat» body generates other problems associated with obesity, such as the forced high calorie diet of young women or the consumption of corticosteroids to put on weight quickly.

A patriarchal culture permeates the entire structure of societies in the West as well as in other countries. This is evidenced by the social pressure on women to model and adjust their bodies according to the culturally accepted and universal standard of beauty, although in Western countries the pressure is directed at achieving a slim body and in the Sahara at having a fat body. There are very few studies that analyse the importance that factors such as social prestige, aesthetic preferences or gender hierarchies have on the prevalence of obesity in women in developing countries. This thesis aims to shed light on these issues.

GOALS

A research project in the Sahrawi refugee camps in Tindouf was proposed so as to analyse the social, cultural and aesthetic factors associated with beauty stereotypes that influence female obesity, and specifically to:

1. Describe the prevalence of obesity among women in the Saharawi refugee camps in Tindouf.
2. Analyse changed in body image related to obesity such as satisfaction/dissatisfaction with body shape or distortion in the perception of body size.
3. Investigate the existence of social or family control mechanisms that act on women in relation to their body weight and physical appearance, as well as the cultural and social factors that determine the aesthetic preferences of women's bodies.
4. Verify the validity and usefulness of alliance and solidarity networks between women to guarantee food security in the Saharawi camps.

METHODOLOGY

A methodology with a concurrent mixed quantitative and qualitative design was used in order to respond to these goals, which allowed for a greater richness in the collection of data and a broader analysis of the different factors involved in female obesity.

The quantitative phase was conducted on a sample of 210 women in the Auserd wilaya in 2016 and 2017. All the women were weighed and measured to calculate their Body Mass Index, and then the Maganto and Cruz silhouette questionnaire was applied to each of the participants to assess their body shape satisfaction and distortion indices.

The qualitative phase took place in the Auserd wilaya during 2016, 2017 and 2018 and used semi-structured individual interviews with women and men, along with other ethnographic techniques such as participant observation and documentary analysis.

RESULTS AND DISCUSSION

The results obtained showed an obesity rate among the women in the sample of 21.9% and a rate of 38.5% for those that were overweight. In total, 60.4% of the women in the study sample were overweight. The results have shown that among the women there is a tendency to underestimate their body size, so that they see themselves as thinner than their Body Mass Index indicates. In general, the results have detected a high degree of satisfaction with their body among the women studied.

The results also show that the old custom of force-feeding girls and young women before marriage is not practised today, but data and testimonies have been collected suggesting that there is now uncontrolled consumption of oral corticosteroids for rapid weight gain and the use of skin-whitening creams and ointments.

These practices constitute a subtle display of disciplinary practices on women's bodies. The strength of these practices as a control mechanism over women's bodies is all the more effective when it appears more subtle and when it manages to manifest itself in the form of practices that women apply on themselves, apparently not as a consequence of external imposition but of their own free will, and is shown as a sign of empowerment.

A factor closely linked to the diet and nutrition of families is food security. The results of this paper have shown that the alliance networks between women and their work are essential for the survival of the families in such a hostile environment as are the desert camps. The *Tuiza* fraternity is still alive and implies sharing what one has with those who need it. The custom of sharing is in fact an obligation that concerns the entire Sahrawi people, and functions as an effective social equaliser.

CONCLUSIONS

This doctoral thesis has shown that obesity and being overweight currently constitute a health risk for women in the Saharawi camps. Although there is currently a change in customs and preferences in Sahrawi society, the persistence of a model of beauty that prefers the large, overweight female figure is a factor that contributes to maintaining the prevalence of obesity and being overweight in women.

There has been a shift from older practices of overeating to more modern pharmacological methods, with potentially serious consequences for women's health.

The degree of satisfaction with body image detected when analysing women's responses suggests a high level of acceptance of body size and shape and no data were found to indicate situations of frustration or anxiety motivated by the desire to lose weight.

This research has shown that there are three characteristic elements of life in the Sahrawi camps that contribute to maintaining obesity among women, and that make it difficult for them to consume a «healthy» diet: the limitations derived from the basic food basket, the rejection of undertaking physical exercise and the consumption of tea, which although constituting a hallmark of Saharawi society, abusing its consumption brings about an excess ingestion of calories in the diet.

This doctoral thesis has shown that collaborative work and solidarity among women are an essential factor in guaranteeing the food security of families, and that sharing out different tasks in a collaborative manner among women helps to counteract the imbalances that may arise between the different family groups.

PRESENTACIÓN



En el año 2016 viajé por primera vez a los campamentos de refugiados saharauis de Tinduf, como enfermera cooperante en un proyecto de formación docente desarrollado por el CICODE de la Universidad de Granada. Por entonces yo tenía 26 años y mi mente estaba demasiado llena de preconcepciones sobre los pueblos que habitan en el desierto y demasiado vacía de conocimientos sobre la historia de estos pueblos. Hoy, después de siete años, tras varios viajes más realizados a los campamentos, con un considerable volumen de lecturas especializadas en mi cabeza y con un conjunto de enriquecedoras experiencias vividas, soy consciente de cómo la confección de este proyecto de tesis me ha abierto los ojos a otras realidades sociales y de cómo se han transformado determinadas premisas que yo creía inamovibles.

Las preguntas de investigación de este proyecto de tesis tienen que ver con un problema de salud que ha sido declarado una pandemia global: la obesidad. En el primer viaje a los campamentos pude percibir un fenómeno que, a mí, como mujer occidental, me resultaba sorprendente, como es que una sociedad considere la obesidad en las mujeres como un signo de belleza y de prestigio. ¿La obesidad en las mujeres saharauis es un fenómeno real, o una leyenda? ¿Son las mujeres grandes el prototipo de mujer bella en el Sáhara? ¿Para las mujeres saharauis, el peso corporal constituye la misma obsesión que para las mujeres españolas? ¿Cómo es la situación de género de las mujeres saharauis? ¿Las premisas del feminismo occidental son trasladables a regiones, como los pueblos que viven en el desierto?

La orientación epistemológica y los principios éticos que han guiado mi trabajo durante la elaboración de esta tesis doctoral, se estructuran en tres ejes fundamentales: El primero es reconocer la influencia del rol de la investigadora en la recolección e interpretación de los datos y que, lejos de aspirar a una objetividad ingenua que sería la aspiración del más puro positivismo, me obliga a asumir que mi formación, mis intereses y el contexto situacional desde el que investigo tendrán una influencia sustancial en el resultado final. Las experiencias que viví en mi primera visita a los campamentos despertaron mi interés en conocer más sobre la forma de vida de las mujeres y las estrategias que ellas desplegaban para hacer frente a las dificultades. Por ello, el segundo eje de mi trabajo me hizo centrarme en recoger los testimonios, discursos y las experiencias de mujeres en condiciones duras de vida y de escasez, marcadas por el exilio, el conflicto político y la diáspora. En tercer y último lugar, he querido dar prioridad al estudio de problemas de salud que afectan a mujeres y donde una perspectiva de género sea esencial para captar la magnitud y la comprensión del problema.

El presente trabajo, es el resultado de los datos recogidos durante mi trabajo de campo en los años 2016, 2017 y 2018 en la wilaya de Auserd, uno de los cinco campamentos de refugiados saharauis de Tinduf. La irrupción de la pandemia por COVID 19, detuvo de forma imprevista el proceso de análisis e interpretación y mi trabajo de enfermera durante

esos años me obligó a dejar en pausa la redacción de la tesis durante los dos años de duración de la pandemia. La situación pandémica me obligó a anular las visitas que tenía previsto realizar en los años 2020 y 2021. Durante este tiempo y gracias a las redes sociales, pude continuar en contacto permanente con los amigos y las amigas saharauis, que me han proporcionado información continua de la situación de las familias saharauis, lo que me ha permitido una actualización permanente de algunos datos y concluir el trabajo de tesis de manera que refleje la situación actual del problema de investigación.

ESTRUCTURA DE LA TESIS

El documento que presento a continuación está organizado en 6 grandes apartados (además de la bibliografía final y los anexos):

1 Bloque introductorio: en este capítulo presento los antecedentes y las bases teóricas relacionados con los problemas de investigación de la tesis doctoral. En primer lugar, hago un recorrido sobre el estado actual de la cuestión referente a la obesidad como problemas de salud, incluyendo las distintas propuestas de asociaciones científicas sobre los indicadores diagnósticos y los diversos factores implicados en la actual persistencia de la obesidad, que han provocado la declaración por parte de la OMS de la obesidad como la epidemia global del siglo XXI. A continuación, profundizo en la perspectiva de género en el estudio de la obesidad, con especial atención al peso que la dictadura de la belleza tiene sobre las mujeres y sus cuerpos.

En el segundo apartado de la introducción, procedo a presentar el contexto social y geográfico en el que realizo mi trabajo, el Sáhara Occidental. Aquí, haré en primer lugar un recorrido sobre los procesos de colonización, descolonización, guerra y posterior conflicto en la región del Sáhara Occidental, desde la antigua colonia española hasta la actual situación marcada por acontecimientos como los cambios en la postura política sobre el Sáhara de Estados Unidos o España, el impacto de la pandemia COVID-19 y las dificultades para conseguir la seguridad alimentaria en los campamentos de refugiados, derivadas de la crisis económica en los países cooperantes. Posteriormente, en este bloque haré un análisis en profundidad sobre la situación de las mujeres en la sociedad saharauí, y presentaré los antecedentes que han estudiado la obesidad en las mujeres del Sáhara, así como los trabajos más recientes que muestren la situación actual del problema de la obesidad femenina en el Sáhara.

En el siguiente apartado, dentro aún del bloque introductorio, haré un recorrido por las distintas corrientes teóricas feministas que sirven de orientación teórica en esta tesis. Aunque mencionaré los principales movimientos feministas en Europa y

Occidente, me centraré especialmente en las corrientes teóricas del feminismo en África y en los países árabes, para terminar analizando la producción científica existente sobre la situación de las mujeres en los territorios que actualmente forman la República Árabe Saharaui Democrática.

El apartado sobre género y salud, lo constituye el conjunto de la producción académica feminista que inspira el marco ideológico y teórico de esta tesis. En este apartado, comenzaré exponiendo los diferentes consensos científicos sobre los conceptos actuales del género y la salud, y mostraré la forma en que el género se comporta como un determinante de salud, así como los diferentes sesgos de género que afectan a las tres dimensiones en el campo de la salud: la investigación, el diagnóstico y el esfuerzo terapéutico. Finalizaré este apartado exponiendo las evidencias sobre la existencia de sesgos de género en la obesidad.

El bloque teórico finaliza con un apartado sobre la imagen corporal. El concepto de imagen corporal está presente a lo largo de esta tesis doctoral, y en este punto haré una definición del concepto, las alteraciones de la imagen corporal definidas en la actualidad y su relación con los trastornos de la alimentación. Para finalizar presentaré un recorrido por los distintos métodos empleados para la evaluación y detección de las alteraciones de la imagen corporal.

2 El siguiente capítulo plantea las «Preguntas y objetivos de investigación», y está organizado en tres apartados. El primero corresponde a la Justificación, donde defiende la pertinencia y necesidad de desarrollar estudios, como esta tesis doctoral, sobre problemas de salud que afectan a mujeres en contextos de conflicto, y especialmente en la región del Sáhara Occidental.

En el segundo apartado, mostraré una relación de las preguntas de investigación, los interrogantes que inspiran este trabajo. Se presentan organizados en 5 subapartados, y finalizaré mostrando las tres hipótesis de investigación de mi tesis doctoral.

En el tercer y último apartado se especifican los objetivos de mi investigación, organizados en uno general y 6 objetivos más específicos.

3 En el siguiente capítulo presento la metodología empleada para dar respuesta a los objetivos planteados en la investigación.

Comenzaré exponiendo la estrategia metodológica general que seguiré en la elaboración de esta tesis, justificando apropiadamente la elección del conocimiento situado como estrategia de investigación en mi trabajo.

A continuación, presentaré cómo se ha diseñado la investigación mediante el empleo de una metodología mixta. Expondré cómo he organizado las distintas fases de la investigación, las características de la población que he estudiado y cómo se

desarrollaron mis diferentes visitas a los campamentos de refugiados de Tinduf. En tercer lugar, presentaré el proceso de ejecución de la metodología cuantitativa, referido a los objetivos de analizar la prevalencia de la obesidad en mujeres saharauis y a la detección de determinadas alteraciones de la imagen corporal. Por último, presentaré el proceso de la metodología cualitativa, mediante entrevistas, observación participante e informantes clave, para dar respuesta al resto de los objetivos propuestos.

4 El cuarto capítulo corresponde a la presentación de los resultados obtenidos. Los resultados se presentan agrupados en dos grandes capítulos, el primero corresponde a los resultados obtenidos con métodos cuantitativos y el segundo a los métodos cualitativos. A la vez, los resultados se han ordenado en diferentes subapartados correspondiéndose cada uno de ellos con los objetivos de la investigación.

5 El siguiente capítulo se dedica a la discusión de los resultados, relacionándolos con la producción teórica y los antecedentes de la investigación. Se presentan de forma organizada, discutiéndolos de forma independiente en relación con cada uno de los objetivos propuestos.

Se incluye un apartado específico de discusión de la metodología, en la que expongo las fortalezas y limitaciones que he encontrado a lo largo de la elaboración de esta tesis, aplicando la metodología mixta en el contexto de los campamentos saharauis, y finalizaré con algunas recomendaciones de futuras líneas de investigación.

6 En el último capítulo se presentan las conclusiones de mi trabajo, organizadas en 6 apartados, correspondientes a cada uno de los objetivos de la investigación.

INTRODUCCIÓN



1. OBESIDAD: FACTOR DE RIESGO PARA LA SALUD Y ESTIGMATIZACIÓN SOCIAL

1.1. Apuntes históricos sobre la obesidad

Los estudios y referencias a la obesidad aparecían ya en los textos y manuscritos clásicos desde Hipócrates, quien por primera vez relacionó la obesidad como un factor de riesgo de mortalidad (Moreno Esteban *et al.*, 2000), Galeno que la relacionó con un estilo de vida inadecuado o Avicena que dedicó todo un capítulo de su *Canon* a la obesidad describiendo determinados efectos perjudiciales de la misma en la salud como limitaciones en el movimiento, alteraciones en la respiración o infertilidad tanto en hombres como en mujeres (Rodríguez Rodríguez *et al.*, 2003).

También en sociedades más alejadas culturalmente de las clásicas grecorromanas, como en el Japón medieval, hay referencias a través de pergaminos del s XII tanto de representaciones gráficas de mujeres obesas como de descripciones de los efectos que tiene el exceso de peso reflejando una de las más antiguas referencias de estigmatización de la obesidad en el cuerpo femenino (Stunkard *et al.*, 1998).

Con la extensión del cristianismo, en la Europa medieval la obesidad también fue objeto de censura moral. El exceso en la comida o su traducción en la conciencia como la culpa de la gula, aparecía como uno de los siete pecados capitales. Sin embargo, esta censura moral no alcanzó el nivel de estigmatización o rechazo social, lo que se explica porque en sociedades medievales dominadas por la escasez, la obesidad sólo se presentaba en las capas sociales más privilegiadas incluyendo, paradójicamente, aquellas que como la Iglesia eran las responsables de mantener la norma. Algunas bulas o incluso la aportación de donativos a la Iglesia, permitían esquivar la penitencia por romper la norma de las restricciones dietéticas cristianas, por lo que de hecho el control social de la Iglesia sobre la alimentación de sus fieles ha ido diluyéndose con el tiempo (Adamson, 2004).

A partir del siglo XIX, con la sustitución del paradigma teológico por el biológico como explicativo de los problemas de salud y la implantación del modelo médico-biologista actualmente hegemónico, se multiplican los estudios y trabajos sobre la obesidad y la acumulación adiposa. Adolphe Quetelet (1796-1874) matemático y sociólogo, en 1835 propone en su ensayo *Sur l'homme et le développement de ses facultés: essai de physique sociale* que el peso corporal debe ser corregido en función de la altura del individuo, estableciendo el Índice de Quetelet que hoy, conocido como Índice de Masa Corporal (IMC), se utiliza ampliamente para valorar el peso corporal y la categorización del sobrepeso y la obesidad (Donnelly, 2015).

En el siglo XX se inicia un progresivo aumento de la prevalencia de obesidad en la población de los países desarrollados, que conforme avanza el siglo va extendiéndose al resto del mundo hasta que a final del mismo la Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte

que la obesidad se ha constituido en un importante problema en todos los países desarrollados, con una alta prevalencia que lejos de disminuir aumenta progresivamente cada año, situando la obesidad como un significativo factor de riesgo, con una influencia determinante en los procesos patológicos con mayor morbimortalidad como la hipertensión y enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo II, el síndrome metabólico o las dislipemias (OMS, 2018). La obesidad se encuentra también como primera causa de procesos invalidantes como la artrosis de rodillas, caderas y columna o el síndrome de apnea del sueño (Salas-Salvadó *et al.*, 2007). El informe realizado en 2019 por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), señala que más de la mitad de la población de los 36 países miembros, tiene sobrepeso y una de cada cuatro personas es obesa (OCDE Health Policy Studies, 2019). El informe pronostica que la obesidad y las enfermedades relacionadas con ella, reducirán la esperanza de vida entre 0,9 y 4,2 años (Figura 1).

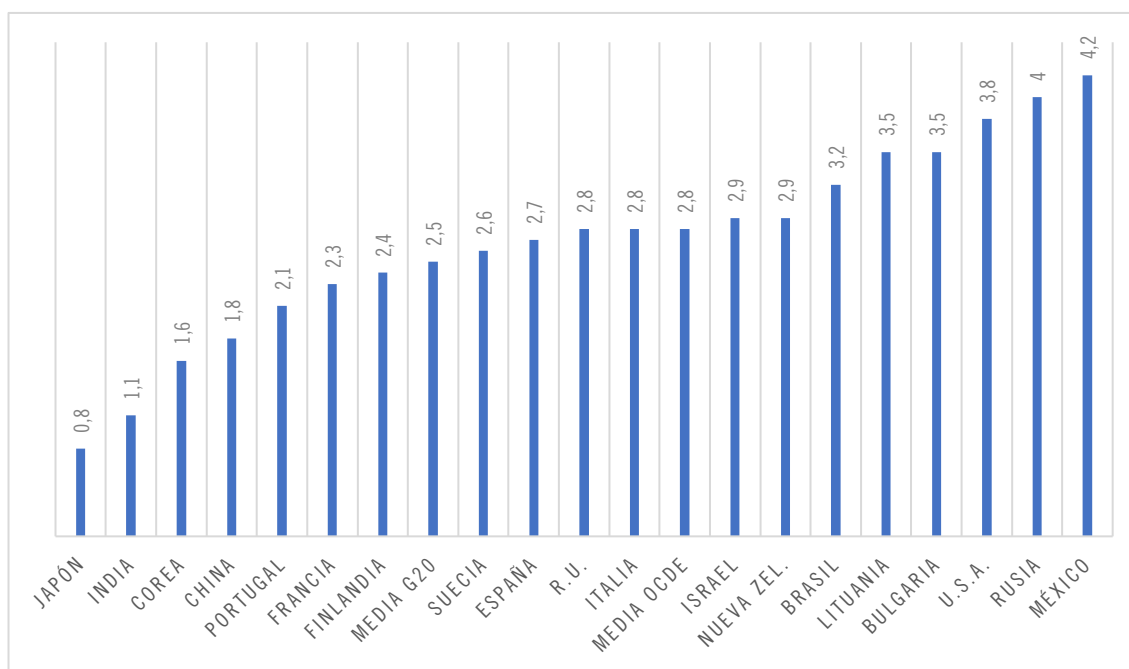


Figura 1. Impacto de la obesidad en la esperanza de vida de países de la OCDE

Fuente: Elaboración propia con datos de OCDE Health Policy Studies, (2019).

En la actualidad, la última revisión del año 2022 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) aprobada por la OMS define la obesidad como un almacenamiento anormal o excesivo de grasa, secundario a diversas causas incluyendo los desequilibrios energéticos, consumo de fármacos o alteraciones genéticas (OMS, 2022). A su vez, la Federación Mundial de Obesidad *World Obesity Federation* (WOF) la describe como una enfermedad crónica, recurrente y progresiva, y advierte sobre la imperiosidad de llevar a cabo acciones inmediatas de prevención y control (Bray *et al.*, 2017).

1.2. Dificultades para validar un indicador diagnóstico universal de la obesidad

La OMS ha calificado la obesidad como una epidemia global. Los estudios a nivel mundial advierten que la prevalencia en todo el mundo se ha triplicado entre los años 1976 y 2016, en la actualidad la obesidad afecta al 13% de la población adulta mundial. La obesidad infantil también ha aumentado del 0,7% a 5,6% en niñas y de 0,9% a 7,8% en niños (OMS, 2018). El documento de consenso de 2020 de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) señala que, en España, en el año 2016 la prevalencia estimada de obesidad en la población mayor de 18 años era del 21,6% con una mayor prevalencia en los hombres y que aumenta con la edad. Sin embargo, si en lugar del índice de masa corporal (IMC), se considera como indicador la obesidad abdominal definida con el perímetro en la cintura, la prevalencia aumenta hasta el 33,4% de la población y en este caso la prevalencia es mayor en mujeres (Caixás *et al.*, 2020). Respecto a la situación en la población infantil en España, los datos del Estudio de Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad realizado en 2019 (ALADINO, 2019) señalan una tendencia descendente desde el año 2011 del exceso de peso entre la población infantil de 6 a 9 años, aunque las tasas de prevalencia siguen siendo elevadas en ambos sexos en el año 2019 (Figura 2).

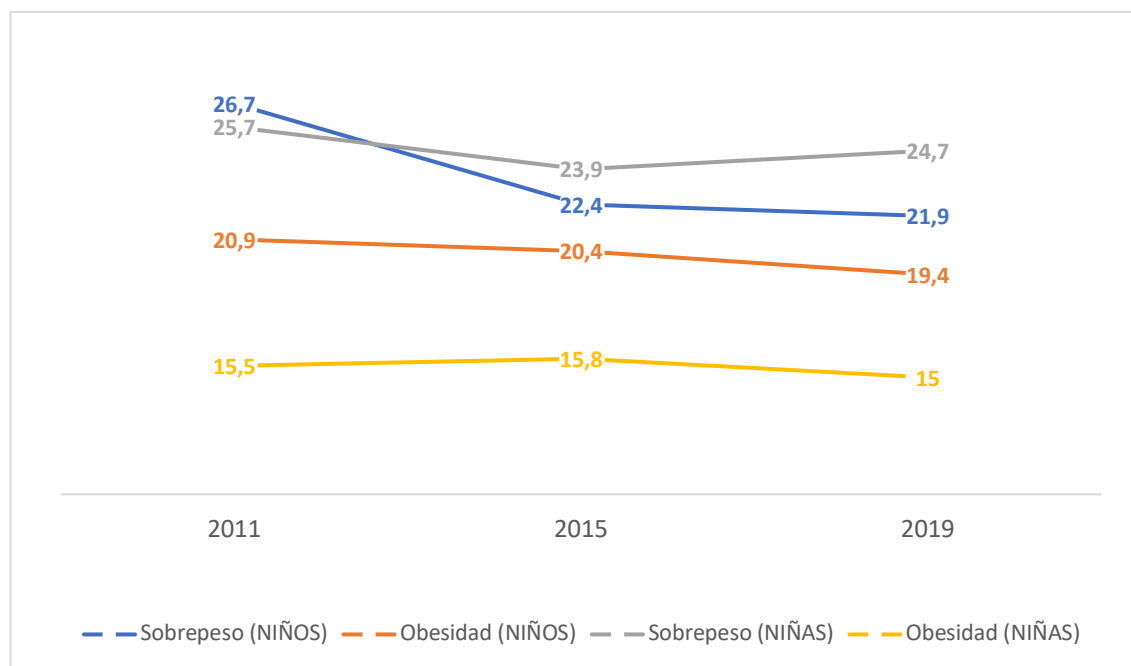


Figura 2. Evolución de las tasas de sobrepeso y obesidad en la población infantil de España por sexo y edad (6-9 años) en los años 2011 a 2019 (% sobre la población infantil de 6 a 9 años)

Fuente: Estudio ALADINO 2019. Agencia Española de Nutrición y Seguridad Alimentaria.

Existen diversos indicadores utilizados para el diagnóstico de la obesidad como el porcentaje de grasa corporal, la circunferencia de cintura, las mediciones de pliegues grasos en brazo o cintura o el índice cintura-cadera que han resultado útiles para estimar los riesgos de desarrollar enfermedades como diabetes tipo 2, hipertensión arterial o enfermedades cardiovasculares. Las prevalencias de obesidad según los indicadores utilizados pueden presentar considerables diferencias (Bautista *et al.*, 2020). No obstante, el IMC continúa siendo el indicador más utilizado de forma general.

El IMC descrito en 1825 por el matemático belga Adolphe Quetelet, y cuya denominación como índice de Quetelet está hoy en desuso utiliza una fórmula matemática que relaciona el peso del individuo con su talla. No tiene en cuenta otros factores como género, edad o proporción grasa/magro. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre la altura en metros al cuadrado y resultado se indica en kg/m^2 . La OMS considera sobrepeso cuando el IMC se encuentra entre 25 kg/m^2 y 30 kg/m^2 y obesidad con IMC por encima de 30 (Puche, 2005).

Precisamente, varias asociaciones científicas han cuestionado que la consideración de obesidad como enfermedad se fundamente exclusivamente en un punto de corte del IMC, e incluso se ha sugerido que calificar a la obesidad como enfermedad, en lugar de como factor de riesgo, desplaza la responsabilidad de disminuir el peso desde el individuo a la sociedad, con el consiguiente aumento del gasto sanitario (Tanner, 2020; Aguilera *et al.*, 2019). Por otra parte, existen grupos de pacientes con obesidad, con IMC por encima de 30 kg/m^2 , en los que no se detectan patologías asociadas, y que, salvo el exceso de peso, presentan un buen estado de salud. Por todo ello, las mismas asociaciones insisten en que el diagnóstico final debe basarse en un perfil completo del paciente en lugar de tomar únicamente el IMC como el criterio indicador de enfermedad (Aguilera *et al.*, 2019; Bautista *et al.*, 2020).

Pese a las limitaciones que tiene considerar al IMC como único criterio para catalogar la obesidad, éste continúa siendo el mejor indicador en los cribados de poblaciones para estimar la frecuencia de obesidad en grupos amplios. El documento de consenso de la SEEDO de 2019, utiliza las cifras del IMC para clasificar los grados de obesidad y sobrepeso (tabla 1) aunque recomienda que, en las consultas de Atención Primaria, a pacientes con IMC entre 25 y 35 kg/m^2 se le mida también la circunferencia abdominal para discriminar entre obesidad central y periférica (Caixás *et al.*, 2020).

Tabla 1. Clasificación del IMC según consenso SEEDO 2020.

CATEGORÍA	IMC (kg/m ²)
Peso insuficiente	< 18,5
Normopeso	18,5–24,9
Sobrepeso grado 1	25–26,9
Sobrepeso grado 2	27–29,9
Obesidad tipo 1	30–34,9
Obesidad tipo 2	35–39,9
Obesidad tipo 3 (mórbida)	40–49,9
Obesidad tipo 4 (extrema)	>50

Fuente: Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (Caixás *et al.*, 2020).

1.3. Factores implicados en la persistencia de la obesidad

La mayoría de los casos de obesidad tienen un origen multifactorial. Se reconocen factores genéticos, endocrinos y ambientales. Sin embargo, la obesidad exógena o por sobrealimentación constituye la principal causa. Entre los factores ambientales destacan tanto el aumento de la ingestión de alimentos como la reducción de la actividad física. Los trastornos psicológicos, el sedentarismo, la presión social y comercial para ingerir alimentos de gran contenido calórico, el factor socioeconómico, y el aumento de stress producido por los ritmos de vida parecen ser los factores más importantes en la etiología de la actual epidemia de obesidad (Mata Cárdenas & Yeverino Gutiérrez, 2015).

Desde que la obesidad ha sido asociada con el incremento de la morbilidad y mortalidad y con enfermedades crónicas no transmisibles y el IMC se ha establecido, aunque con las precauciones citadas, como el indicador científico más utilizado para definirla, se está instruyendo a la población para que procure mantenerse dentro de los límites normales según su IMC. La consideración de la obesidad como enfermedad ha dado lugar también a que las autoridades sanitarias destaquen la importancia de la relación entre salud y cultura y establezcan como la causa principal de su incremento el exceso alimentario y los preocupantes estilos de vida asociados al desarrollo y la industrialización (Esteban *et al.*, 2010).

Cuanto más bajo es el nivel socioeconómico, mayor es el riesgo de padecer sobrepeso y obesidad. Por ello muchas personas que viven en países con bajos ingresos se enfrentan no solo a la desnutrición, sino que también experimentan un aumento del sobrepeso y de la obesidad, debido a la incorrecta alimentación y la falta de actividad física. Este fenómeno que comprende a la vez grupos de población con prevalencia de desnutrición y bajo peso junto a otros con sobrepeso y obesidad se ha descrito como la «doble carga» de la malnutrición (Mata Cárdenas & Yeverino Gutiérrez, 2015; Grijalva-Eternod *et al.*, 2002; Muros *et al.*, 2016). En los países desarrollados, la doble carga también se observa en las capas sociales con menos ingresos. El Estudio ALADINO de 2019, muestra que la

prevalencia de exceso de peso en la población de entre 6 y 9 años en España, se concentra en mayor medida entre las niñas, niños y adolescentes de origen gitano, migrante y con discapacidad. El porcentaje de niños y niñas con obesidad es el doble en los hogares con menores ingresos (23,7%) en comparación con los de más ingresos (10,5%) (ALADINO, 2019).

En sociedades donde la comida es escasa, poseer un cuerpo gordo¹ puede constituir un símbolo de riqueza, pero en las sociedades de la abundancia una figura robusta deja de ser un símbolo con valor positivo y hace que las personas obesas carguen con un peso añadido de connotaciones y estereotipos negativos. Estar gordo o gorda es un estigma en nuestra sociedad, pero puede ser un signo de prestigio en otras (Esteban *et al.*, 2010).

1.4. La estigmatización social de la obesidad

HISTORIA DE UN ESTIGMA

Conforme la delgadez se va imponiendo como estándar de belleza y atractivo físico, los cuerpos con exceso de peso sufren un proceso de estigmatización acelerada tanto desde un punto de vista social, cultural y estético como también médico sanitario. Los programas de salud pública más recientes, están incorporando el «estigma de peso» como un factor de riesgo que influye decisivamente en la persistencia de la obesidad. En el ámbito de la salud, el término «estigma» se relaciona con una característica, rasgo o atributo diferenciador que, en base a la creencia social predominante, desacredita o desvaloriza a la persona o grupo de personas que lo poseen (Benítez Brito *et al.*, 2021). Las personas con sobrepeso u obesidad sufren discriminación durante su vida académica, en el terreno laboral y en sus relaciones interpersonales. Algunos trabajos han determinado que la discriminación por estigma de peso ha aumentado en un 66% y que es una de las formas de discriminación activamente tolerada por la sociedad (Balbi, 2013; Díaz Rojo *et al.*, 2006).

La opinión predominante de que la obesidad es una opción y que puede revertirse con decisiones personales y voluntarias como hacer ejercicio y comer menos, puede causar daños considerables a las personas afectadas, con consecuencias para su salud física y psíquica (Montgomery, 2021; Stoll, 2019; Bacon & Severson, 2019).

¹ A lo largo de este trabajo cuando utilice los términos *gordo/ gorda/ gordura* lo haré en su contexto sociocultural incluyendo sus connotaciones peyorativas y estereotipadas acerca de la apariencia estética y corporal de las personas. También emplearé esos términos cuando sean manifestaciones o expresiones realizadas por otras personas. Los términos *obeso/obesa/ obesidad* lo utilizaré en referencia a características médico clínicas que pueden ser medidas objetivamente a través de indicadores como el peso o el Índice de Masa Corporal resaltando que, con frecuencia, no coinciden ambos términos en la misma persona.

Uno de los primeros estudios que analizó la discriminación de las personas con obesidad se publicó en 1969 por Maddox y Liederman. El estudio, consistió en una serie de entrevistas a profesionales de la medicina de Estados Unidos y recogía como éstos expresaban su disgusto cuando tenían que tratar a pacientes obesos (Maddox & Liederman, 1969). Los resultados de este estudio son interesantes porque resaltan una idea extendida entre trabajadores y trabajadoras de la salud de que el sobrepeso y la obesidad son consecuencia de una falta de control de pacientes hacia su propia enfermedad o una ausencia de voluntad por mejorar su estado de salud, cargando a pacientes con la responsabilidad de su sobrepeso u obesidad y agudizando la sensación de «culpa» y de baja autoestima que acompañan siempre a las personas con exceso de peso.

La estigmatización social de la obesidad ha sido resaltada en diversos trabajos y estudios posteriores. En 2001, Puhl y Brownell publicaron la primera revisión exhaustiva recogida en varias décadas de investigaciones que documentaban los prejuicios y estigmas hacia las personas con sobrepeso y obesidad y que ya insinuaba el peso del estigma en los ámbitos del empleo, la atención médica y la educación demostrando la especial vulnerabilidad de las personas obesas. Los autores llamaban la atención sobre las lagunas que encontraron en las investigaciones revisadas sobre el origen, naturaleza y el verdadero alcance de estos prejuicios y especialmente sobre las consecuencias emocionales y de salud sobre las personas estigmatizadas (Puhl & Brownell, 2001).

Andreyeva, Puhl y Brownell (2008) compararon las actitudes de una muestra de población estadounidense en dos décadas distintas, concluyendo que las actitudes que discriminan a las personas obesas habían aumentado un 66% respecto a la década anterior a aquella en la que realizaron su estudio. Los resultados demuestran que el peso de la discriminación por obesidad era similar a la discriminación racial en su país, pero que el estigma afectaba de forma mucho más acusada a las mujeres. Los estereotipos negativos asociados a la obesidad, afectan a las personas implicadas en desigualdades e inequidades en todos los aspectos de la esfera social del individuo como el acceso al empleo, los cuidados médico-sanitarios, la vida académica o la sexualidad y las relaciones afectivas. Las ideas estereotipadas asocian a las personas obesas con múltiples cualidades negativas relacionándolas con personas perezosas, incompetentes, descuidadas y carentes de disciplina. Estos estereotipos son raramente cuestionados en la sociedad occidental², desplazando socialmente a las personas con sobrepeso y haciéndolas

² El término occidente/occidental es de confusa delimitación. Cuando a lo largo de esta tesis se nombre a occidente, lo haré refiriéndome a un grupo de países que comparten un conjunto de valores, una misma política exterior y un sistema democrático. En la actualidad el «bloque occidental» estaría compuesto por los países que integran la Unión Europea, los cuatro que forman la Asociación Europea de Libre Comercio (EFTA) más los Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y Reino Unido (Merino, 2022).

vulnerables a la injusticia social y la marginación, resaltando que dichos estereotipos adquieren una mayor carga negativa en el caso de las mujeres con sobrepeso (Andreyeva *et al.*, 2008).

El canon de la belleza masculina ha permanecido bastante estable a lo largo de la historia, ya que habitualmente se ha basado en un cuerpo musculoso, fornido y atlético. En la actualidad se han reforzado aún más las características típicas de este concepto clásico de masculinidad: torso en V, amplias espaldas, brazos fuertes, hombros grandes, cuello ancho, pectorales y bíceps muy desarrollados, abdomen liso con músculos bien marcados, glúteos prominentes y muslos fuertes (Díaz Rojo *et al.*, 2006).

Sin embargo, la mujer perfecta de hoy es la mujer delgada. Mediante la delgadez, las mujeres no solo exhiben su belleza, sino ante todo se demuestran a sí mismas y a la sociedad que poseen autocontrol emocional para dominar su cuerpo. Y dados los altos costes económicos requeridos por las dietas, los gimnasios, las intervenciones quirúrgicas, las cremas y otros tratamientos estéticos, la delgadez se convierte también en signo de riqueza y estatus social (Díaz Rojo *et al.*, 2006).

Adelgazar se ha convertido en metáfora del éxito y del bienestar y la imagen de un cuerpo delgado, se asocia simbólicamente a una clase social acomodada. Esto tiene más trascendencia de lo que parece a simple vista, porque conlleva medir las actuaciones y la presencia en la sociedad a través de los cambios corporales y la extensión del estereotipo de que los gordos y las gordas son personas vagas, poco activas y por tanto excluidas socialmente (Esteban, 2004).

EL «ESTIGMA POR EL PESO» EN LA ACTUALIDAD

En la actualidad, todos los programas de prevención de la obesidad incluyen entre sus objetivos, la lucha contra estigma de peso y la discriminación de las personas con obesidad y sobrepeso. En el año 2020, se publicó en la revista *Nature Medicine* un documento de consenso de un grupo internacional de expertos y expertas, para determinar el impacto que el estigma hacia las personas obesas tiene en la salud y en la justicia social hacia ellas. Los resultados del estudio desafían algunas de las creencias generalizadas y profundamente arraigadas en nuestras sociedades que contrastan con las evidencias científicas. Las ideas de que el sobrepeso y la obesidad son resultado de defectos o fracasos de las personas como la pereza o la glotonería, derivan de la suposición equivocada de que el peso corporal está controlado totalmente por la voluntad de las personas. Esta suposición, está en desacuerdo con un cuerpo amplio de evidencias. A continuación, se exponen algunos de las concepciones y estereotipos más extendidos entre la población general acerca de la obesidad y las evidencias que las cuestionan, recogidas en el documento de consenso (Rubino *et al.*, 2020).

1. *El peso corporal es el resultado de las calorías que entran menos las calorías que salen:* Esta ecuación, que incluso los profesionales de la salud aceptan como válida, es una simplificación excesiva del problema, como si la obesidad dependiera sólo de dos factores (la cantidad de alimentos consumidos y el ejercicio realizado). Sin embargo, ambas variables dependen de factores adicionales que frecuentemente no se tienen en cuenta. Por ejemplo, la cantidad de energía obtenida de los alimentos está influenciada no sólo por la cantidad, sino por factores como las enzimas digestivas, ácidos biliares, microbiota, hormonas intestinales o señales neuronales, ninguno de los cuales está bajo control voluntario. Por otra parte, la producción de energía no depende sólo del ejercicio físico, el cual sólo contribuye al 30% del gasto energético diario. La tasa metabólica puede representar entre el 60% y el 80% del gasto energético total y el efecto térmico de la alimentación supone el 10% (Hall *et al.*, 2012). Las evidencias respaldan la existencia de un importante sistema homeostático que contribuye a mantener el peso corporal dentro de unos rangos individuales bastante estrechos y que contrarresta los esfuerzos de las personas para perder peso (Hall *et al.*, 2016).
2. *La obesidad es causada por comer en exceso por propia decisión y tener un estilo de vida sedentario:* Aunque este concepto pueda parecer una deducción lógica, las evidencias obligan a matizar ese pensamiento. Por ejemplo, un estudio realizado en Canadá midió la actividad física en niñas con obesidad y en niñas con peso normal, y descubrió que las niñas con obesidad dieron más pasos por día que las que tenían un peso normal (Colley *et al.*, 2011). Otros trabajos han encontrado resultados similares en adultos. En los grupos de cazadores-recolectores de las sabanas de África, a pesar de tener niveles de actividad física más altos, se ha encontrado un gasto de energía diario muy similar al de los adultos que viven en las modernas ciudades de Europa o de Estados Unidos, donde la prevalencia de la obesidad es más alta (Pontzer *et al.*, 2012). El frecuente fracaso de las estrategias terapéuticas de «comer menos y moverse más» cuestiona que la sobrealimentación voluntaria y el sedentarismo sean las causas principales de la obesidad.
3. *La obesidad es una elección personal de estilo de vida:* En general, las personas con un exceso de peso reconocen la obesidad como un problema de salud grave. El 70% de las personas con obesidad que participaron en el estudio *Awareness, Care, and Treatment In Obesity MaNagement (ACTION)*, realizado en 11 países en 2018, respondieron que la obesidad es tan grave o más que otras enfermedades como la hipertensión, la diabetes o la depresión (Kaplan *et al.*, 2018). Dado los riesgos bien conocidos en la población y la reducción de la esperanza de vida, es un error definir la obesidad como una elección personal.

4. *La obesidad es una elección, no una enfermedad*: Un argumento que se utiliza a menudo en contra de catalogar a la obesidad como enfermedad, es que, al hacerlo, se transmite el mensaje de la responsabilidad no corresponde a la persona sino a la sociedad. Sin embargo, definir o no, la obesidad, debería sustentarse en la evidencia clínica y biológica y no en las implicaciones sociológicas. Los criterios utilizados para reconocer un estado como enfermedad, se cumplen sobradamente en la obesidad: signos y síntomas específicos, como el aumento de la adiposidad, empeoramiento de la calidad de vida, aumento del riesgo de enfermedades asociadas, complicaciones en la fisiología normal o alteraciones de las señales hormonales que regulan el apetito.
5. *La cirugía bariátrica es una solución simple y rápida*: Las evidencias demuestran que no es cierta la suposición de que la restricción mecánica digestiva mediante cirugía sea un remedio más eficaz para aquellas personas que no pueden perder peso mediante dietas. Las pérdidas de peso inducidas por las dietas provocan respuestas metabólicas a largo, sin embargo, con frecuencia los efectos metabólicos posteriores a la cirugía son contrarios a los que se consiguen mediante dietas (Cummings & Rubino, 2018).

En definitiva, el estigma y la discriminación relacionados con el peso se encuentran ampliamente extendidos en las sociedades modernas y causan un daño significativo a las personas afectadas. La narrativa acerca de la obesidad en los medios de comunicación, en las campañas de salud pública, en el discurso político e incluso en la literatura científica que atribuye su origen principalmente a la responsabilidad personal tiene un papel importante en la presión que el estigma social tiene sobre las personas y refuerza los estereotipos basados en el peso.

2. OBESIDAD, EL PESO DE LA BELLEZA EN EL CUERPO DE LAS MUJERES

Las evidencias sostienen que la obesidad es un problema multifactorial, por lo que centrar los estudios en su dimensión médico-clínica nos haría caer en un reduccionismo biologicista. La apropiación del problema de la obesidad por el modelo médico hegemónico conduce a su medicalización y al riesgo de olvidar la importancia que en la prevalencia de la obesidad tienen otros factores no biológicos. Esta tesis, analizará el efecto que tiene sobre las mujeres la presión social y cultural, que las obliga a ajustar sus cuerpos a unos determinados ideales de belleza y cánones estéticos, mediante un conjunto de prácticas y costumbres que tienen un impacto negativo en la salud femenina.

En su obra «El Mito de la Belleza», Naomi Wolf sugiere que nos encontramos ante un contraataque al feminismo, empleando los ideales de la belleza femenina como armas políticas para frenar el avance de las mujeres. Conforme la mujer se ha ido librando de la

mística femenina en el ámbito de lo doméstico, la presión que el mito de la belleza ejerce sobre sus cuerpos está ocupando ese espacio de control social (Wolf, 2020).

Finalizada la Primera Guerra Mundial, se produce en Estados Unidos un cambio brusco en el modelo femenino de belleza, y comienza una preferencia por los cuerpos de mujeres con figura andrógina y de extrema delgadez. En esa época, en España Gregorio Marañón (1926) publica su monografía «Gordos y flacos» que es la primera referencia en nuestro país que hace mención a la moda de la delgadez y en la que describe los peligros médicos que dicha tendencia provoca en el cuerpo de la mujer. En la década de los 30 resurge cierta preferencia por modelos femeninos con curvas, con actrices como Mae West como ejemplo de icono sexual (Powers, 1980), pero tras la segunda guerra mundial, la moda y la preferencia por la delgadez se extiende hasta la actualidad. Esta presión por tener un cuerpo delgado ha multiplicado los desórdenes alimenticios y dado lugar a una obsesión enfermiza por tener un cuerpo delgado y a una neurosis colectiva que utiliza la comida y el peso corporal para controlar a las mujeres (Balbi, 2013; Moscoso Salazar, 2011). La persistencia de estos Trastornos del Comportamiento Alimentario (TAC) como la anorexia o la bulimia, constituyen un obstáculo para el correcto desarrollo de las campañas de prevención de la obesidad (Martínez Barreiro, 2004).

Naomi Wolf (2020), sostiene que el concepto de belleza es un arma que se ha utilizado contra la mujer para poder controlarla. Cuando históricamente, un dominio de control social era derribado, el control de los cuerpos a través del mito de la belleza ocupaba su lugar, perpetuando la discriminación en la vida de las mujeres: cuando el feminismo consigue abolir normas contra la discriminación laboral basadas en el género, surgen leyes en EE.UU. y Gran Bretaña con nuevas discriminaciones basadas en la apariencia de las mujeres. Cuando la religión patriarcal se debilita, un nuevo dogma religioso sustentado en la edad y el peso lo sustituye. Cuando las feministas se oponen a los anuncios de productos domésticos que promueven el rol doméstico de la mujer y que dominaban la prensa, ese espacio pasa a ser ocupado por la industria de productos para el cuidado de la piel y de alimentación «saludable» para mantener una figura que se ajuste a los patrones normativos de belleza. Cuando los medios anticonceptivos le dieron a la mujer un mayor control sobre su cuerpo, los modelos empezaron a pesar un 23% más que la media de la población femenina (Wolf, 2020).

Aunque la belleza como concepto amplio es universal, su expresión en aspectos concretos es particular para cada contexto cultural. El mito de la belleza al que se refería Naomi Wolf, ni es igual en todo el mundo ni ha sido el mismo a lo largo de la historia.

Las primeras expresiones artísticas de los grupos humanos localizadas en yacimientos del Paleolítico, representan figuras femeninas con unas características muy particulares: cuerpo obeso, grandes pechos, abdomen prominente y nalgas muy desarrolladas (Mayor Ferrándiz,

2011). Este tipo de figura femenina, que se corresponde con el cuadro conocido como obesidad ginoidea, ha originado algunas teorías antropológicas que defienden que la obesidad ginoidea tendría ventajas en la reproducción (ver Imagen 1), lo que explicaría la preferencia y mitificación de los cuerpos femeninas con obesidad, mientras que la obesidad abdominal no sería la natural en la especie humana, es resultado de la deriva genética y por tanto no resulta atractiva (Power & Schulking, 2008). No obstante, en contra de lo que plantea esta teoría sobre que la obesidad ginoidea tiene menos complicaciones para la salud que la abdominal o androide, más propia de los hombres (ver Imagen 2), otras investigaciones muestran que ambos tipos de obesidad presentan el mismo nivel de riesgo respecto al síndrome metabólico asociado a la obesidad (Jialal *et al.*, 2013; Quero, 2016). Desde la antropología, las interpretaciones que se han dado a las figuras de las «venus» primitivas, son muy diversas, y no hay evidencias que permitan aceptar la certeza de una sobre otra, más allá de las meramente especulativas (Retana-Salazar, 2016).



Imagen 1. Venus de Willendorf (Museo de Historia Natural de Viena)

Fuente: Retana-Salazar, 2016.

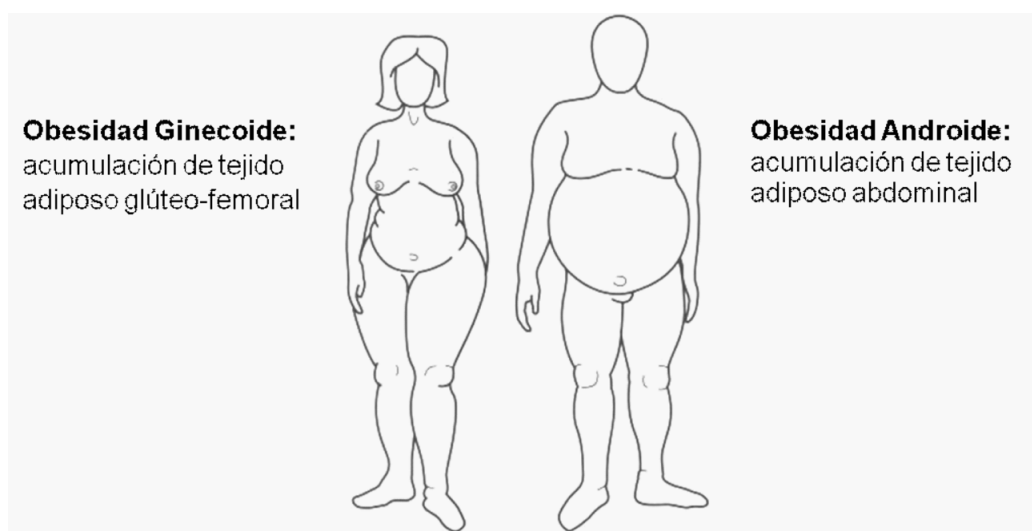


Imagen 2. Comparación obesidad Ginecoide y Androide

Fuente: Gil-Campos *et. al.* (2014)

La idea de que la belleza es algo que tienen las mujeres y que es deseada por los hombres, tampoco constituye un universal cultural. Por ejemplo, entre la tribu de los Wodabee, en Nigeria. Los wodabee se autodescriben como el pueblo más hermoso del mundo. Toda la tribu está obsesionada con la belleza masculina y las mujeres son las que tienen el poder económico. Los hombres wodabee participan en concursos de belleza, en los que el jurado lo conforman mujeres, y ellos dedican muchas horas del día a maquillarse, dibujan sus ojos con lápiz negro, se dibujan motivos florales en la cara, llevan el pelo largo y tatuajes faciales. El objetivo único de los hombres es ser elegidos como esposos. Los grupos wodabee tienen el Islam como religión, y han desarrollado una organización social donde las mujeres mantienen un amplio control en espacios políticos y económicos (Loftsdóttir, 2010).

Existen más evidencias de pueblos y grupos humanos que en la actualidad tienen preferencia por el cuerpo femenino obeso o con sobrepeso como prototipo de la belleza, con una fuerza equivalente en prestigio social y atractivo sexual a la del cuerpo delgado de las sociedades occidentales, con preferencias por los cuerpos delgados. Chapkis (1986) afirmaba que la belleza que impera en Occidente condiciona nuestros comportamientos y deseos y que la «naturalización» de ese modelo nos impide apreciar que en realidad está totalmente codificada por las imágenes estáticas, la pose o la fotografía difundida por la publicidad y los medios. En el mismo estudio se señala que las mujeres en las distintas culturas tienen una mayor responsabilidad en la preservación de los valores tradicionales y estéticos a través de sus apariencias, incluso en aquellos casos en que ciertas conductas, como el uso del velo en sociedades islámicas, puedan tener un componente de rebelión (frente a la cultura occidental en este caso). De todas formas, en estudios realizados en algunos países africanos se ha podido comprobar que el comportamiento de las mujeres tiene dos dimensiones: por una parte, son las depositarias de la cultura tradicional, mientras que, por otra, se muestran más dispuestas a modificar sus costumbres, adoptando, por ejemplo, las modas occidentales (Carbonell, 2005).

Mari Luz Esteban (1997) nos mostraba un ejemplo del relativismo cultural en los ideales de belleza respecto a la figura humana, mediante la transcripción de las respuestas de una informante que había vivido en una isla no identificada del Pacífico, donde la mujer gorda es considerada atractiva y bella, «están todas tremendas, tremendas y además torpes, porque las mujeres se mueven poco. Por ejemplo, M, la mujer con la que yo vivía, pues una mujer gorda, que anda despacio, que se cansa y con una cantidad de grasa en el cuerpo que vamos (...). Les gusta las piernas gordas, el tener los tobillos grandes y así» (Esteban, 1997).

Muchos estudios históricos y etnográficos, confirman la presencia de lugares con preferencias por los cuerpos femeninos gruesos en diversas partes del mundo como Fiji, Tonga, Nauru, Samoa, Tahití, Afganistán, Jamaica y sobre todo en diversos países del continente africano como Sudáfrica y algunas zonas del Sahel como Mali y Mauritania. Sobre este último país es del que existe una mayor producción científica acerca de la

preferencia social por las mujeres obesas (Esteban, 1998; Grijalva- Eternod *et al.*, 2012; Harter, 2004; Power & Schulkin, 1980; Rasmussen, 2010).

3. EL CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN: EL SAHARA

3.1. Evolución política e histórica: colonización, descolonización y guerra

El Sahara Occidental está situado al noreste de África, limitado por Argelia, Marruecos, Mauritania y el océano Atlántico. Se extiende en una superficie de 266.000 km² aproximadamente. Sus límites han sido trazados durante varios años. La presencia colonial española penetró en 1885. España y Francia se habían repartido África y a España le correspondieron 290.000 km en la franja costera del desierto.

La colonización influyó decisivamente en el modo tradicional de la vida nómada al crear factorías y puestos fijos, convirtiéndose finalmente en sedentarios. El pueblo saharauí vivió un acceso al ámbito urbano, al circuito de salario, a una alimentación segura y al consumo de mercancías. Su poder adquisitivo era la mitad que el del europeo, por lo que por esta discriminación vivida empezaron a preguntarse el por qué no se hacían cargo ellos de la prosperidad que nace del suelo de su tierra (Díaz Ojeda, 1990).

El trabajo de Alejandro García resulta muy útil para analizar los acontecimientos más relevantes del conflicto saharauí hasta el año 2010, por lo que los hechos narrados a continuación, excepto cuando se indique lo contrario mediante citas, se han extraído de su obra *Historia del Sahara y su conflicto* (García, 2010). En 1956 un movimiento soberanista cada vez más intenso en Marruecos comenzó su labor de reclutamiento y las primeras acciones militares en el sur con el objetivo de hostigar a españoles y franceses hasta recuperar los territorios del Sahara que consideraban propios.

El 20 de agosto de 1974 el gobierno español anuncia su intención de celebrar un referéndum de autodeterminación durante el primer semestre de 1975. Hassan II -rey de Marruecos entonces- se opuso a que la independencia fuera una de las opciones, por lo que presionó a Naciones Unidas con el apoyo de Francia y Estados Unidos para paralizar la consulta.

En 1975 la monarquía marroquí organizó la llamada «Marcha Verde». El rey se dirigió a su nación y les habló de una comunidad en peligro, los llamó no para conquistar sino para recuperar algo que siempre había pertenecido a ellos y a su cultura, y los invitó a sumarse a una marea humana que llegaría andando hasta el Sahara. Fue un movimiento táctico clave en la anexión del Sahara. Una invasión del territorio, llevada a cabo por 350.000 personas y 25.000 soldados con Hassan II a la cabeza.

España no cumplió con el compromiso de organizar el referéndum, en 1975 se firma los acuerdos tripartidos en Madrid donde Mauritania y Marruecos se reparten el Sahara,

aunque sin validez internacional. El Estado Español abandona su colonia en el Sahara Occidental, e inmediatamente estalla la guerra entre Marruecos y el Frente Popular para la Liberación de Seguía el Hamra y Río de Oro (en adelante, Polisario). En 1978 Mauritania acaba retirándose del Sahara a favor de Marruecos.

La sociedad saharauí quedó dividida en dos. Por un lado, quienes huyeron al desierto de Argelia y hoy en día siguen viviendo repartidos en los diferentes campamentos de refugiados y, por otro lado, se encuentran los habitantes del Sahara Occidental bajo el control de Marruecos, en los territorios ocupados. En 1980 Marruecos comienza con la construcción de lo que los saharauís llaman «el muro de la vergüenza» que cada vez va ocupando más territorio del Sahara Occidental y cuya función es separar ambos territorios.

Parte de la comunidad internacional ha intentado tomar parte en la solución del conflicto. La ONU llevó a cabo en 1991 la Misión de las Naciones Unidas para el Referendum en el Sahara Occidental (MINURSO). El objetivo de la misión todavía no se ha ejecutado, por lo que su cometido principal es supervisar el alto del fuego (MINURSO, 2016).

Con la candidatura del secretario general de las Naciones Unidas Kofi Annan y su representante James Baker se sellaron en 1998 unos acuerdos en Houston, a los que llamaron Plan de Arreglo. Según el Plan, Marruecos debía reducir su presencia militar y el Polisario acantonar sus tropas, los refugiados serían trasladados y reagrupados en varios centros del territorio a la espera de la votación y finalmente se garantizaba una campaña electoral limpia (García, 2010). Ambas partes parecían satisfechas hasta que el proceso resultó ser mucho más lento y conflictivo de lo esperado. Annan dio por enterrado el Plan y señalaba que el principal obstáculo era la imprecisión del censo de 1974, que es el que se toma como base para determinar a las personas llamadas a votar en un futuro referéndum, y añadía que, en caso de celebrarse, la ONU no disponía de un mecanismo para cumplir los resultados porque el dossier siempre se había inscrito en el capítulo VI que contempla un arreglo pacífico de la controversia, y no en el VII, que implicaría el uso de la fuerza. Sin embargo, tal y como estaba diseñado habría un ganador y un perdedor haciendo imposible un arreglo pacífico (García, 2010).

En 2003 se presenta el nuevo Plan de Paz para la libre determinación del Sahara Occidental conocido como Plan Baker. Este Plan, contempla la celebración de un referéndum de autodeterminación justificándolo en la existencia de un nuevo censo actualizado y ampliado. Sin embargo, las distintas partes implicadas reconocen que seguirá habiendo perdedores y ganadores por lo que, en 2004, un año después, el Plan Baker que definitivamente enterrado al establecer Marruecos su posición de no aceptar ningún referéndum que planteará una posible independencia.

Dada la negativa del Consejo de Seguridad a imponer una solución que habría requerido trasladar el conflicto al ámbito del capítulo VII, y el empleo de la fuerza armada por parte de la ONU, fue ganando unanimidad la idea de que la salida solo podría venir por el acuerdo entre las partes. Van Walsum, nuevo representante de Naciones Unidas en sustitución a Baker, centró la estrategia de los siguientes años en rondas de negociación. Dando el proceso por estancado, lo único que cabía a la ONU era continuar con los encuentros entre las partes, a sabiendas de que no habría resultados, pero que al menos dieran argumento al nuevo secretario general, Ban Ki-Moon, para pedir en sus informes la continuidad de la MINURSO.

En abril de 2013 Estados Unidos propone a la ONU que la MINURSO también se encargara de supervisar la situación de los derechos humanos en el Sáhara Occidental, a lo que se niega Marruecos manteniendo su negativa hasta hoy, por lo que la MINURSO es la única misión de paz de la ONU que no contiene un mecanismo de observación de los derechos humanos.

Desde 1991 que se pactó el alto al fuego entre ambos bandos, un comunicado de la República Árabe Saharaui Democrática (RASD) el 13 de noviembre de 2020, advierte que el ejército marroquí rompe el acuerdo y envía fuerzas militares al puesto fronterizo del Guerguerat que conecta el Sahara Occidental con Mauritania. Iniciando desde ese momento enfrentamientos armados (RASD, 2020 y Bollero, 2020).

En Naciones Unidas existe la convicción de que la independencia está fuera del alcance del pueblo saharaui y nada cambiará si el Polisario sigue exigiendo un referéndum que plantee la opción independentista porque Marruecos continuará rechazándolo y el consejo de seguridad seguirá insistiendo en alcanzar una solución consensuada, por lo que se ha convertido, para el pueblo saharaui, en un tema humanitario centrado en atender a las necesidades de la población que se encuentra en los campamentos. Aislados del mundo y lejos de cualquier sitio, alimentados por la asistencia mundial y sin recursos para emprender una nueva vida, los refugiados han acabado transformando los campamentos en un lugar estable de vida (García, 2010).

Desde enero de 2020, con la formación en España del gobierno de coalición, la gestión de la cuestión saharaui ha originado una creciente tensión con Marruecos. El acercamiento de España a Argelia como socio preferente en el comercio del gas, algunas declaraciones públicas de miembros cercanos a los partidos del gobierno de coalición defendiendo las tesis del Polisario y especialmente la entrada a España en Abril de 2021 del líder del Polisario, Brahim Gali para ser atendido en el Hospital San Pedro de Logroño (Corrochano, 2022), fueron algunos de los factores que originaron una de las crisis más graves de las relaciones hispano-marroquíes, con la cuestión de la soberanía del Sáhara como escenario de fondo del conflicto (Barba, 2022). Al mismo tiempo, y como resultado

de una intensa presión diplomática internacional desarrollada por Marruecos, suceden tres hechos que alteran el aparente equilibrio de la cuestión saharauí hasta entonces: La declaración del presidente de los Estados Unidos, Donald Trump en Diciembre de 2020, reconociendo la soberanía de Marruecos sobre el Sahara Occidental, la normalización de relaciones entre Marruecos e Israel (BBC, 2020) y el apoyo explícito en la ONU en Octubre de 2021 a la postura marroquí sobre el Sahara por parte de Arabia Saudí junto a otros 22 países árabes y africanos, entre los que destacan Emiratos Árabes, Qatar, Senegal o República Democrática del Congo, hasta entonces reacios a reconocer la soberanía de Marruecos sobre el territorio (ECSAHARAUI, 2021).

Este cambio en el panorama internacional respecto a la soberanía del Sahara Occidental junto a la tensión creciente en las relaciones entre España y Marruecos y el conflicto militar en Ucrania con sus consecuencias en la economía, forzaron el cambio en la tradicional postura española sobre el Sahara. El 23 de marzo de 2022, la prensa española revela el contenido de una carta, enviada con fecha 14 del mismo mes por el presidente del gobierno español, Pedro Sánchez al rey de Marruecos en la cual España «considera la propuesta marroquí de autonomía sobre el Sahara como la base más seria, creíble y realista para la resolución del conflicto» (El País, 2022). Esta nueva posición respecto a la antigua colonia, ha sido considerada tanto por el pueblo saharauí como por gran parte de la sociedad española, como una traición del Gobierno español hacia el pueblo saharauí. Los medios de comunicación están repletos de artículos de opinión y manifestaciones que señalan la contradicción entre la decisión del Gobierno y la opinión de una gran parte de la sociedad española (ElDiario, 2022; LaProvincia, 2022).

3.2. Los campamentos de refugiados saharauis: contexto geográfico y organización social

Los campamentos se ubican en la región argelina denominada Hammada de Tinduf y se extienden hacia el Sahara Occidental, conformado por un desierto pedroso y dunas de arena. Fueron divididos en *wilayas*³ (Smara, Ausserd, Aaiún, Dajla, Rabouni y Boujador) y estos a su vez en *dairas* (barrios dentro de cada *wilaya*). Están situadas unas de otras a una distancia de 45- 50 km salvo la de Dajla que es la más alejada, 170 km.

El censo de la población que reside en los campamentos de refugiados en la zona de Tinduf, Argelia, es uno de los asuntos que más dificultad presentan para establecer una cifra aceptada como real. El documento más reciente de ACNUR (Alto Comisionado de las

³ Se denomina *wilaya* a cada una de las cinco provincias o núcleos en los que se dividen los campamentos de refugiados saharauis. Cada *wilaya* se divide a su vez en secciones denominadas *dairas* o municipios. En la *wilaya* de Ausserd, los nombres de las *dairas* son: Zug, Agüenit, Tichla, Miyek, Lagüera y Bir-Ganduz.

Naciones Unidas para los Refugiados) sobre la población refugiada saharauí cifra en 173.600 personas el total de la población en los campamentos (ACNUR, 2018).

En cada *wilaya* hay cinco comités que organizan la vida social: el de artesanía y organización del trabajo, planifica las actividades ocupándose también de la fabricación y de la conservación de la artesanía tradicional; el de sanidad, encargado de los problemas sanitarios y de higiene; el de educación, alfabetización y formación educativa; el de justicia, centrado en asuntos sociales y la solución de los pequeños problemas que se puedan presentar; y el de abastecimiento, encargado de la repartición de alimentos y productos.

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA EDUCATIVO

El sistema educativo en los campamentos de refugiados de Tindouf se rige según la Legislación escolar de agosto 2005. Publicado por el Ministerio de Enseñanza y Educación de la República Árabe Saharaui Democrática (RASD) (Jiménez, 2015).

La educación en la RASD se organiza en las siguientes etapas:

- Preescolar, de 3 a 6 años.
- Enseñanza primaria, de 7 a 13 años. Las materias que se imparten son: Expresión oral, lectura y escritura, juegos de lectura y escritura, recitaciones, actividades, elaboración de proyectos, normas de dictado y expresión, reglas gramaticales y prácticas, expresión escrita, plan de prácticas e integración, revisión, matemáticas, religión, informática, educación civil, educación plástica, educación física, lengua española, historia, geografía, educación nacional y refuerzo escolar. La educación primaria consta de 5 niveles o cursos y las clases se imparten de sábado a jueves.
- Enseñanza secundaria, de 13 a 17 años. Las asignaturas que se imparten son: lengua árabe, lengua española, inglés, francés, matemáticas, Ciencias físicas y tecnológicas, Ciencias Naturales, religión, educación nacional y civil, historia y geografía, educación plástica, educación física, música e informática. La educación secundaria consta de 4 cursos.
- Formación profesional y técnica: Mayores de 17 años. Se imparten diferentes ramas como corte y confección, mecánica, peluquería, agricultura, electricidad o carpintería. Con una duración de 1 a 2 años.
- Enseñanza superior. Mayores de 17 años. Cuenta con: la Escuela de Enfermería (con una duración de 3 años, y con la especialidad de matrona ampliando un año más), y el Instituto Nacional de Formación Pedagógica (con una duración de 1 año para maestros de primaria y para maestros de español).

La enseñanza es pública en cada una de las etapas anteriores respetando los valores de la civilización saharauí, siendo el idioma oficial el *hassanía*⁴, y la lengua española se imparte como primera lengua extranjera desde tercero de primaria. La ratio es de 30 alumnos/alumnas por aula.

En la escuela se trabajan temas como la convivencia, trabajo en equipo, participación, deporte y juegos tradicionales, la igualdad entre sexos, la potenciación de actividades culturales, mantener la enseñanza del español, unidad del pueblo, dignidad nacional, responsabilidad de cada uno en la construcción de la sociedad (Moreno, 2011).

En los campamentos no existe financiación educativa. La educación se desarrolla gracias a la ayuda internacional, como en cualquier otro campamento de refugiados. No se emite moneda oficial, sólo se pueden hacer pequeñas compras, en dinares argelinos o euros, sobre todo de artículos de artesanía. El Estado gestiona el reparto de la ayuda que les llega.

En la tabla 2 se muestran los centros educativos que existen en la wilaya de Auserd, lugar de estudio del presente trabajo (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los centros educativos de la wilaya de Auserd

Wilaya de Auserd	Dairas
Colegio del Mártir Mohamed Basiri	Leguera- Tichla
Colegio del Mártir Zrgu Mohamed	Aguenit
Colegio del Mártir Abeida Chej (Madrid)	Birganduz- Leguera
Colegio del Mártir Walda Mohamed	Miyik
Colegio de Víctimas de Sowetto	Aguenit- Zug
Centro de secundaria del Mártir Sein Aram	Tichla- Aguenit- Leguera
Centro de secundaria del Mártir Suelim Ahmed Brahim	Birganduz- Miyik- Zug

Fuente: Jiménez, 2015

En 1974 la tasa de analfabetismo era de casi el 73% de la población, pasando en poco más de 10 años de diferencia, 1986, a una tasa de escolarización completa de los 3 a los 16 años (Jiménez, 2015). Según el último informe de la Agencia para los Refugiados de las Naciones Unidas (UNHCR), del año 2016, la tasa de alfabetización a los 16 años es del 96%, sin embargo el mismo informe resalta algunos problemas que deterioran la calidad de la enseñanza en los campamentos como la alta rotación y la baja capacitación del personal docente debido a los pobres incentivos, la escasez de fondos que afecta a la alimentación escolar y calidad de las infraestructuras, y los efectos de las inundaciones de 2015 que

⁴ El *hassanía* es un dialecto árabe, propio de los pueblos beduinos de Mauritania, sur de Marruecos y Sáhara Occidental. También en Mali hay grupos que lo utilizan habitualmente. No hay consenso entre los lingüistas para determinar su origen. Unos lo encuadran en el tronco magrebí, mientras que otros lo acercan al árabe peninsular. No es idioma oficial en ninguno de los países donde se habla (Topper, 2015).

empeoraron la situación y dañaron a 57 de los 64 jardines de infancia. En el año al que se refiere el informe aún quedaban 20 escuelas que necesitaban rehabilitación (UNHCR, 2016).

SALUD Y SISTEMA SANITARIO

Mientras que en la década de los 70 las necesidades en salud de la población saharai tenían relación con la desnutrición, altas tasas de mortalidad y morbilidad, escasez de alimentos y conseguir ropas de abrigo, la eficaz lucha contra las carencias nutricionales ha conseguido que en la actualidad las necesidades sean otras, como las relacionadas con la autosuficiencia que implica la determinación por controlar sus propias vidas y su propia situación en contra de dirigismos exteriores impuestos (Castaldo, 2005).

Los esfuerzos vertidos en materia de salud han pasado por diferentes etapas. En un primer período el sistema sanitario estaba dirigido a la lucha contra la mortalidad y la morbilidad, mientras que actualmente se están invirtiendo muchos esfuerzos en la prevención y en la formación de cuadros sanitarios.

Las enfermedades más frecuentes en la actualidad son las oftalmológicas y las respiratorias (bronquitis, neumonías, asma...), debido a la carencia de vitamina A, al sol y al polvo del desierto, las digestivas (diarreas, gastritis...) que se transmiten por el agua contaminada, las epidémicas y la obesidad en la mujer (Médicos del Mundo, 2022).

La atención sanitaria se organiza en tres niveles: local, provincial y nacional. En las *dairas* hay un dispensario donde se atienden las enfermedades comunes y se controla la evolución. Las *wilayas* poseen un hospital que está dividido en secciones: medicina general, obstetricia-ginecología y pediatría. Existen consultas externas y están equipadas para realizar operaciones sencillas. El último nivel lo constituye el Hospital General de la RASD, ubicado actualmente en la wilaya de Rabouni, donde se atienden los casos de mayor gravedad y en el cual existe el único laboratorio de los campamentos y su farmacia es la que distribuye a los niveles inferiores.

Diferentes remedios y técnicas de la medicina tradicional se emplean habitualmente por el pueblo como remedio paralelo a la medicina occidental.

Partiendo de las condiciones geográficas y económicas, las actividades de prevención para evitar los factores causales de las enfermedades incluyen la vacunación, campañas y normas de higiene personal, el control del agua y de los alimentos, la organización de un sistema de eliminación de basura y la sensibilización a la población.

Las vacunaciones son programadas según el calendario de los países occidentales y se realizan teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS. El mayor esfuerzo se está desarrollando en el terreno de la higiene, dada la escasez de agua.

El agua que procede de pozos subterráneos es transportada en camiones cisterna a las *wilayas* que carecen de ella como es el caso de Smara y Auserd, y aunque esté clorada existe la obligación de que sea hervida. Los alimentos pasan controles sanitarios como consecuencia de la inexistencia de cámaras frigoríficas.

Son muchos los problemas que han de ser resueltos. Los recursos no son suficientes siendo el nivel de carencias elevado. La satisfacción de unas necesidades genera la aparición de otras. El sistema sanitario no supone solo la necesidad de medicinas específicas, sino que también tropieza con dificultades relativas a la falta de energía en quirófanos, atención a prematuros... por lo que los avances conseguidos también encuentran su límite en las carencias y falta de medios.

3.3. Seguridad alimentaria en los campamentos. El impacto de la pandemia por covid-19

La situación política de refugio y las duras condiciones del desierto en el que vive el pueblo saharauí, los hace por completo dependientes de la ayuda internacional. Algunos alimentos que formaban parte de la dieta tradicional saharauí, leche de camella o de cabra, carne, harina de trigo y grasas animales escasean cada vez con más frecuencia en los últimos años y el acceso a los mismos se ha encarecido (ACNUR, 2019).

Las principales instituciones que prestan asistencia alimentaria en los campamentos de refugiados saharauíes, son el Programa Mundial de Alimentos (PMA), la Comisión Europea de Ayuda Humanitaria y Protección Civil (ECHO), la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID), y ACNUR. El PMA es responsable de los productos de la canasta básica de alimentos (cereales, aceites comestibles y grasas, legumbres y otras fuentes de proteínas, sal, azúcar y alimentos compuestos enriquecidos) y se encarga del transporte de los mismos hasta los puntos de entrega acordados, así como de su almacenamiento y gestión. ACNUR es responsable de la movilización del té y la levadura, también del transporte de los alimentos desde los puntos de entrega hasta los puntos de distribución final, además de informar sobre desvíos de alimentos, el mal uso y las pérdidas. Productos adicionales como los dátiles, la carne de camello, verduras frescas y frutas, son distribuidos por ACNUR, AECID y ECHO, que también cubren el periodo del Ramadán. La organización sueca *Praktisk Solidarität* distribuye caballa enlatada con regularidad desde 2009 (ACNUR, 2013).

Según la encuesta de nutrición que llevó a cabo ACNUR en 2019, el patrón diario de consumo es el de cereales, productos azucarados, aceites y grasas. La mayoría de los hogares consume tubérculos menos de 4 días a la semana, pero comen alubias, guisantes o nueces más de 4 días a la semana; la mayoría no consumen ni frutas ni verduras durante toda la semana, pero informan del consumo de productos de origen animal menos de tres días a

la semana. Estos datos fueron recogidos en el período después de Ramadán, lo que podría explicar potencialmente una tasa más alta de lo esperado del consumo de productos de origen animal; ya que durante de Ramadán se realizan donaciones de productos animales (ACNUR, 2019).

La situación nutricional de los campamentos se ha deteriorado a raíz de la crisis originada por la pandemia COVID-19, y la inflación de los precios causada por la guerra de Ucrania. En el año 2022, la Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), y el Programa Mundial de Alimentos (PMA) a través del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible (GNUMS), lanzó un comunicado de emergencia alimentaria y requirieron el apoyo urgente a la comunidad internacional. Estimaron que las raciones de alimentos en los campamentos habían disminuido un 75% y que cada beneficiario recibe raciones inferiores a los 5 kg, frente a los 17 kg, previstos por persona y mes. La caída de la ayuda internacional que comenzó tras la crisis económica de 2008, se ha agravado durante la situación pandémica mundial y está dificultando el acceso de la población refugiada a los alimentos, el agua, la salud, la nutrición, la educación y los servicios esenciales de subsistencia (GNUMS, 2022).

En el mismo año 2022, La Organización Médicos del Mundo, advirtió que la mitad de los niños saharauis entre 6 meses y 5 años padecen anemia de origen nutricional y uno de cada tres sufre retraso en el crecimiento. En septiembre del año 2022, la canasta básica consistía en 1 kg. Verdura (cebolla, zanahoria y/o patatas), 2 kg. de harina, 2 kg. de cebada, 2 kg. de lentejas, $\frac{3}{4}$ kg. de azúcar y 1 l. de aceite. La canasta no incluye productos como arroz, pasta o gofio, que eran habituales hasta ese momento. Además, esta canasta no llega a toda la población, sino sólo al 75% aunque las personas en situación de vulnerabilidad llegan al 91% de la población total, según la misma ONG (Médicos del Mundo, 2022). Buhabeni Yayh, presidente de la Media Luna Roja Saharaui, que es la encargada de la distribución de los alimentos procedentes de la ayuda internacional en los campamentos confirmó los mismos datos de Médicos del Mundo y, alertó en noviembre de 2022 que sólo disponía de alimentos de emergencia para dos meses (CEAS Sahara, 2022).

3.4. Las mujeres en la sociedad saharauí

PARTICIPACIÓN EN POLÍTICA

La temprana creación en 1974, de la Unión Nacional de Mujeres Saharauis (UNMS) favoreció el cambio de las estructuras sociales tradicionales y sin duda también la transformación de las relaciones familiares.

Con el comienzo de la vida refugiada en los campamentos, se concedió a las mujeres el derecho al voto, el acceso a la educación secundaria o a la universitaria permitiéndoles viajar al extranjero para recibir formación o trabajar fuera del hogar. En el año 2021, según

Suelma Beiruk, Ministra de Asuntos y Promoción de la Mujer, las mujeres participan en la dirección política de la RASD en un 25%, en el Gobierno un 34%, el Parlamento (45%), el cuerpo diplomático (45%), la dirección de municipios (100%) y en los sectores de enseñanza y salud pública (80%) (Beiruk, 2022).

El papel y el estatus de las mujeres el que ha sufrido una mayor transformación en la sociedad saharauí. El movimiento surgido en los últimos años del colonialismo impulsó su intervención en movimientos de protesta y oposición (Bengoechea Tirado, 2013).

En la actualidad su papel se centra en la vida social. La situación de guerra permanente en que viven determina que los hombres permanezcan en el ejército y las mujeres organizando el trabajo de los campamentos, integrados básicamente por mujeres, niños y ancianos. A la mujer se le asigna el papel de guardiana de las tradiciones y valores culturales, será por un lado continuadora del linaje y por otro representante del mismo, junto con los ancianos que cumplen la función de informantes de las nuevas generaciones, para la recopilación del legado cultural. Estos cambios le han otorgado una posición y un estatus social más elevado que repercute en una mayor igualdad sexual y de oportunidades (Castaldo, 2005). Su rol como madre también se ha visto revalorizado. No sólo prevalecen y sostienen estas sociedades, con el apoyo humanitario de los países cooperantes, que protegen la alimentación y la salud de las mismas, sino que también tiene que ver con sostener la fertilidad, fecundidad y natalidad, en estos campamentos. Para ello, las *tabibas*⁵ (mujeres de las medicinas), son las encargadas de deambular por las arenas cumpliendo con una tarea que trasciende como asistentes obstetras. Son sabias en transmitir modos y acciones para que las mujeres mantengan la procreación como método para mantener vivas las costumbres y la vida en el Sahara (Carbonell, 2005).

ELEMENTOS DE IDENTIDAD Y FEMINIDAD

Un símbolo central de la identidad femenina saharauí es el vestuario tradicional: la *melfa*⁶. Las mujeres saharauíes la visten a diario y la llevan como un rasgo de distinción entre ellas y las otras mujeres del mundo árabe. La *melfa* les cubre todo el cuerpo, no obstante, deja descubierto el rostro. Los ojos constituyen un atractivo notable en el concepto de belleza saharauí. Éstos se maquillan a menudo de forma muy suave. Las jóvenes se empiezan a

⁵ Se denominan *tabibas* a mujeres que dominan los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional saharauí. Son herederas de la tradición animista africana. Ayudan y atienden en los partos entre la población nómada, aunque su actividad trasciende lo puramente obstetra y despliegan un abanico de prácticas mágicas, tabúes alimentarios y utilización de hierbas y plantas, entre otras acciones. (Carbonell, 2005).

⁶ Vestido tradicional de las mujeres saharauíes que consiste en una pieza de tela muy colorida de unos 4 metros de largo y 1,60 de ancho y que envuelve por completo a la mujer protegiéndola de las inclemencias del desierto. Constituye un símbolo identitario de la mujer saharauí.

maquillar desde la adolescencia, cuando también se ponen por primera vez la *melfa*. También el tinte de *henna*⁷ se puede considerar un tipo de maquillaje y por definición es un símbolo de belleza en la cultura saharauí. Tiene un sentido simbólico y protector (Castaldo, 2005), se aplica en manos, pies y se utiliza durante las festividades, como signo de hospitalidad y amistad a las mujeres de otros países que visitan los campamentos.

En la actualidad la mujer saharauí utiliza varios productos para embellecerse; el maquillaje, la *henna*, los perfumes, pero la mayor parte está dedicada al cuidado de su piel. Las mascarillas para hidratar, pero sobre todo para aclarar y para blanquear la piel constituyen uno de los signos que es necesario interpretar para entender la concepción de la belleza femenina que tienen las mujeres saharauí (Castaldo, 2005).

El ideal de belleza en la mujer saharauí se basa en tener el rostro redondo y blanco sin manchas, la nariz chiquita, los ojos grandes pintados de negro o café-miel, el cabello lacio y largo, las manos pequeñas, sencillas, los hombros rellenos, la cintura chiquita, la cadera grande, las piernas gordas, no debe tener tobillo fino, tiene que ser todo parejo desde la pantorrilla hasta el talón, además debe tener el pie pequeño (Díaz Ojeda, 1990).

Para acercarse a este ideal de belleza, la mujer saharauí utiliza algunos de los que ha identificado como «remedios», como por ejemplo utilizar cremas blanqueadoras e intentar engordar por medio de cremas y pastillas de dudosa proveniencia y peligrosidad (Castaldo, 2005).

Las mascarillas para blanquear la piel son muy elaboradas, las mezclas de verduras, plantas, *henna* y grasa animal constituyen los tratamientos cotidianos que a menudo llevan las mujeres durante días; es muy frecuente ser recibidos en las *jaimas* por mujeres saharauí con el rostro de un color azul, gris, o con un espeso estrato de crema que deja descubiertos sólo los ojos y la boca, este tratamiento se utilizaba para quitar el bronceado y para las manchas del sol.

Existe una gran variedad de remedios tradicionales cuya finalidad es suavizar y blanquear la piel y el pelo u ocultar las arrugas, y para ello utilizan pepino, harina de trigo, yogurt, plátano, leche en polvo entre otros (Castaldo, 2005).

LA OBESIDAD EN LAS MUJERES DEL SÁHARA

Varios trabajos han descrito la preferencia por la figura femenina obesa y la permanencia de prácticas culturales de engorde femenino en Mauritania y pueblos tuaregs en épocas

⁷ La *henna* también se conoce en castellano como alheña. Es un tinte de color cobrizo que se utiliza de forma habitual en los países del Magreb, Oriente Medio, Irán y Pakistán para decorar la piel. Se extrae de la planta *lawsonia inermis*. Las referencias más antiguas de su uso cosmético aparecen en el papiro de Ebers (Utrera Esteban, 2001).

post coloniales. Edmond Bernus (1990) mostró fotografías de chicas tuaregs, acostadas de espaldas y sometidas por una mujer anciana de su grupo a una alimentación forzada a base de leche con harinas (ver Imagen 3). Bernus ya resaltó los estereotipos positivos que el pueblo tuareg asocia a la obesidad en la mujer, que consideraba que esta situación aceleraba la pubertad y permitía conseguir un matrimonio rápido y en mejores condiciones. Muchos poemas tuaregs recogían igualmente el ideal de mujer hermosa con la obesidad voluptuosa de una mujer sedentaria, con las piernas y el abdomen voluminoso y cubierta con la *melfa* tradicional (Bernus, 1990).



Imagen 3. Alimentación forzada de una joven en Mauritania

Fuente: Fotografía realizada por la autora.

Aline Tauzin (1990) describió similares prácticas, al señalar cómo las chicas en Mauritania engordaban hasta que conseguían tener lo que ellas llamaban «vestido de estrías» en su cuerpo. Algunas chicas a menudo pasaban un peine de púas sobre su piel para conseguir la apariencia de esas marcas propias del estiramiento dérmico relacionado con una rápida ganancia de peso. Tauzin revela cómo la mujer gorda trae honor a su familia y consigue casarse más rápidamente y señalando que con el sometimiento al engorde se sometía y limitaba también la propia actividad física y la sexualidad de la mujer. En el mismo trabajo, se enfatiza la extendida creencia local de que una mujer gorda y sedentaria convierte en «dócil» (*yeddebhe*) a la mujer y que la mujer aceptable y respetable debe ser *ga'da u hämiye* que la autora traduce como «sentada y sin moverse». La relación entre sexualidad y obesidad en la mujer es central en estos pueblos de Mauritania y cumple a la vez dos objetivos: despierta el deseo en los hombres y suprime el de la propia mujer (Tauzin, 1990).

En el año 2001, el gobierno de Mauritania publicó la Encuesta Demográfica y de Salud de Mauritania 2000-2001. Uno de los capítulos se dedicó a comprobar la persistencia de las prácticas de alimentación forzada entre las mujeres mauritanas. El trabajo se encargó al sociólogo francés Ould Isselmou y los resultados son muy interesantes, porque muestran que, aunque algunas de las personas encuestadas afirmaban que la alimentación forzada estaba desapareciendo, los datos confirmaban la vigencia de esas prácticas en capas significativas de la población (Ould Isselmou *et al.*, 2001). Existe otra publicación más reciente, del año 2013 sobre el mismo problema en Mauritania, sin embargo, utiliza los mismos resultados de la encuesta de Ould Isselmou y no aporta ningún dato nuevo (Ouldzeidoune *et al.*, 2013).

Los resultados del estudio de Ould Isselmou, mostraban que aproximadamente una mujer de cada cinco (22%), de las encuestadas, declaró haber sido alimentada a la fuerza, aunque las proporciones variaban mucho según la edad de las mujeres. Los resultados por edad indicaban un descenso regular en las proporciones de mujeres que han sido alimentadas a la fuerza desde las generaciones más mayores hasta las más jóvenes. Más de un tercio de las mujeres mayores de 40 años (35 %) declararon haber sido alimentadas a la fuerza, un poco más de una cuarta parte a los 30-39 años (27%) y el 11% a los 15-19 años.

Las mujeres que declararon haber sido alimentadas a la fuerza, fueron preguntadas acerca de las prácticas empleadas para obligarlas a comer. Los resultados mostraron que sólo en el 18% de los casos no se utilizaron medios de presión, pero el 62% declararon haber sido golpeadas y el 32% dijeron que habían utilizado un *zayar*⁸ como medio de presión para comer. En el estudio se señalaba que, aunque el uso del *zayar* había desaparecido en el año en que se realizó la encuesta, la práctica de golpear a la mujer parece que sí se mantenía. A la pregunta de qué miembro de la familia era el que las obligaba a comer, el 85% respondió que la decisión había sido de la madre o de la abuela. La importancia de los hombres en la toma de decisiones en la alimentación forzada es mucho menor, ya que sólo el 4% declararon que fueron obligadas por el padre y el 3% por el hermano mayor.

Cuando se preguntó a las mujeres acerca de su opinión sobre la alimentación forzada, el 40% respondió que hacía que las mujeres fueran más bellas, el 27% declaró que las mujeres obesas mostraban un mayor prestigio y elevado nivel económico y el 14% que mejoraba las posibilidades de un buen matrimonio. El criterio estético y el estatus social son las ventajas

⁸ El *zayar* es un instrumento de tortura que consistía en dos pedazos de madera con una cuerda entre los cuales se pone el pie de la niña. Cuando una mujer aprieta la madera, la niña llora y una segunda mujer aprovecha para obligarla a beber la leche o las gachas. Esta práctica podía causar fracturas y lesiones tendinosas, por lo que después de la alimentación forzada, la mujer no puede caminar bien por el dolor (Ould Isselmou *et al.*, 2001).

más citadas tanto por las mujeres mayores como por las más jóvenes (Ould Isselmou *et al.*, 2001).

Rebecca Popenoe (2004) llegó a conclusiones parecidas, mostrando la persistencia de la obesidad en la mujer como deseo e ideal de belleza. Los resultados de su trabajo de campo en una aldea de Níger y recogidos en una amplia monografía con el sugerente título de *Feeding desire: Fatness, beauty and sexuality among a Saharan people* (Popenoe, 2004) relacionan los significados de la gordura en las mujeres con el atractivo y el deseo sexual, el parentesco, los conceptos nativos de salud, el rol de la mujer recogido en el islam y la necesidad social de gestionar la sexualidad de la mujer. Popenoe demuestra que los ideales locales de belleza no pueden entenderse de forma aislada, sino relacionándolos con las distintas estructuras de la sociedad en la que dichos ideales se construyen con sus lógicas culturales particulares. De esta forma nos proporciona también una nueva forma de pensar acerca del ideal de delgadez en la sociedad capitalista occidental. En su trabajo, muestra también la imposibilidad mental de las mujeres y hombres con los que trabajó, para imaginar que pueda haber lugares donde la mujer no quiera estar gorda. El hecho de que no fueran especialmente habladores sobre la gordura en la mujer sugiere que la idea de la figura femenina obesa está encapsulada en toda una red cultural de significados y naturalizada como ideal de belleza. Cuando la autora preguntaba tanto a mujeres como hombres acerca de los motivos por los que preferían la figura de mujer gorda, invariablemente contestaban «porque sí, son guapas» (Popenoe, 2004).

Los ideales de belleza, por tanto, no obedecen a causas racionales sino a un proceso de naturalización que refleja estructuras sociales más amplias. En este sentido, no hay mucha diferencia entre estas sociedades con preferencia por los cuerpos grandes y aquellas que, como las occidentales, eligen los cuerpos delgados como patrón de belleza. Ambas alternativas, aunque opuestas en apariencia, tienen un origen común: el control social del cuerpo. El descubrimiento de sociedades en las cuales la mujer gorda se considera más atractiva, puede resultar chocante en nuestro país, pero sería un error interpretar estos resultados como consecuencia de exotismos o localismos culturales.

Foucault (1992) nos reveló que la presión por ajustar el cuerpo ideal o normativo al cuerpo real, constituye un eficaz instrumento de control y su extensión es universal. Independientemente del grado de desarrollo este fenómeno es observable en todos los países, pero, además, esta presión no es igualitaria respecto al género. Los problemas de salud derivados, pueden ser distintos según se imponga una figura delgada o una gorda como ideal de belleza, pero ambas situaciones afectan más a las mujeres que a los hombres (Le Breton, 2002; Eco, 2015). El deseo de estar delgadas o el de estar gordas son las dos caras de la misma moneda que es la ansiedad por conseguir la aceptación social ajustando el cuerpo al ideal de belleza imperante.

LA PERSISTENCIA DE LA OBESIDAD FEMENINA EN LA ACTUALIDAD

El deseo de conseguir un cuerpo grande junto a una piel blanca y suave, constituye un patrón de belleza tradicional en la cultura saharaui y algunos trabajos muestran que persiste en la actualidad. En la XVI edición del Festival Internacional de Cine del Sahara (FISAHARA) celebrado, a pesar de las restricciones pandémicas, en diciembre de 2020, se estrenó el 31 del mismo mes, el cortometraje *«El precio de la belleza»* del director saharaui Ahmed Mohamed. Este corto se realizó como un instrumento educativo dirigido a las mujeres jóvenes saharauis, y denuncia los peligros a los que se ven sometidas utilizando productos blanqueadores para aclarar la piel, o el consumo incontrolado de corticoides y otros fármacos para alcanzar el cuerpo ideal que impone el canon de belleza tradicional (Mohamed, 2020).

La obesidad sigue siendo hoy en día un fenómeno prevalente en la región del Sáhara (Naigaga *et al.*, 2018; Grijalva-Eternod *et al.*, 2012; Harter, 2004). El estudio de Carlos Grijalva-Eternod (2012), pone el énfasis en la doble carga de obesidad femenina y malnutrición que afecta a la población de refugiados del Sáhara Occidental y que dependen de la asistencia alimentaria internacional. Este trabajo constituye uno de los más importantes realizado en los campamentos, cuyo objetivo era analizar el estado nutricional de las mujeres y los niños/as en los campamentos saharauis, motivo por el cual no aparecen hombres en la muestra de estudio. Se implementó una encuesta nutricional estratificada por edad y sexo en octubre y noviembre de 2010 en los cuatro campos de refugiados del Sahara Occidental en Argelia. La muestra incluyó 2.005 hogares, recolectando medidas antropométricas (peso, altura y circunferencia de cintura) en 1.608 niños/as (6-59 meses) y 1.781 mujeres (15-49 años). Los resultados del estudio detectaron el problema de la doble carga de obesidad y desnutrición. Así, junto a una prevalencia de anemia en mujeres en edad reproductiva cercana al 40% se detectó que el 53.7% de las mujeres de la muestra presentaban sobrepeso u obesidad, y el 71.4% obesidad central. La prevalencia de bajo peso fue menor en comparación con la prevalencia de sobrepeso y obesidad, que, cuando se combinaron, afectaron a más de la mitad de la población. Del mismo modo, la prevalencia general del riesgo metabólico definido por la obesidad central fue muy alta (más del 70%). Tanto la obesidad como la obesidad central aumentan con la edad. Por último, el estudio descubrió que las mujeres saharauis urbanas con altos valores de IMC caminan significativamente menos que aquellas con valores de IMC normales, lo que reduce su gasto de energía (Grijalva-Eternod *et al.*, 2012).

Un factor importante que se debe tener en cuenta al estudiar el fenómeno de la obesidad en la población saharaui es la gran cantidad de azúcar que se encuentra en la dieta diaria debido al consumo frecuente y generalizado de té verde. Numerosos estudios han confirmado que el consumo de bebidas azucaradas se encuentra entre los principales impulsores de un aumento rápido de la obesidad. El consumo promedio informado entre

los refugiados saharauis es de tres vasos de 30 ml cada uno tres veces al día y que generalmente se prepara añadiendo aproximadamente cinco cucharaditas de azúcar para cada cucharadita de hojas de té verde. Esto puede suponer un aporte diario medio de entre 400 cal y 500 cal., procedentes sólo del azúcar del té (Grijalva-Eternod *et al.*, 2012; Trumbo *et al.*, 2002).

Sin embargo, aunque su consumo pueda ser uno de los factores que incide en la prevalencia de la obesidad y la diabetes tipo 2 en la población es preciso entender que el té es un elemento fundamental en la cultura saharauí, ya que no solo es la bebida tradicional, sino un verdadero aglutinador social del pueblo saharauí. En cada *jaima*⁹ se encuentra todo para realizar este ritual del té, que puede ser llevado a cabo tanto por las mujeres como por los hombres. Se toma y ofrece a cualquier hora y a cualquier persona que llegue de visita a la *jaima*, es un signo de socialización y de hospedaje muy importante para los saharauis. El ritmo en su preparación y la posterior degustación es un reflejo de la vida en el desierto y requiere calma y paciencia. Un buen té requiere las tres «c»: carbón, calma y charla (Rangel Ubaldo, 2022). La preparación y degustación del té puede llevar hasta una hora y en ocasiones más, ya que es necesario repetirlo tres veces tal como reza un antiguo y popular refrán, de autoría desconocida: *«el primer vaso de té es amargo como la vida, el segundo es dulce como el amor y el último es suave como la muerte»* (anónimo).

Rguibi y Belahsen (2006) estudiaron también la obesidad entre las mujeres saharauis marroquíes. En una muestra de 249 mujeres, el 30% de las mujeres tenían sobrepeso y el 49% eran obesas. El 90.4% de las mujeres informaron querer aumentar de peso actualmente o en algún momento del pasado. Para ganar peso, las mujeres usaron un período de engorde, *tablah*,¹⁰ al menos 40 días comiendo en exceso con una reducción de la actividad física, comidas tradicionales especiales y drogas terapéuticas. Los resultados de este trabajo son especialmente interesantes porque detectan el empleo de corticosteroides entre algunas mujeres para ganar peso rápidamente. El estudio destaca la necesidad de educación sanitaria sobre los peligros de la obesidad y el uso de corticoides en esta cultura. Solo 12 mujeres informaron su deseo de aumentar de peso sin practicar ninguna conducta de engorde, mientras que 168 mujeres informaron que ya habían utilizado en el pasado algunas prácticas para engordar, y 37 mujeres las practicaban en la actualidad. El uso de medicación, la sobrealimentación y la restricción de la actividad física fueron las formas más utilizadas por las mujeres para lograr su objetivo, engordar. Las mujeres también

⁹ Vivienda en forma de carpa o tienda de campaña confeccionada con pelo de camello, esparto o palma, utilizada como vivienda tradicional entre los grupos nómadas del desierto y que en los campamentos saharauis constituye parte de la vivienda habitual.

¹⁰ Antigua práctica que consistía en obligar a las niñas a una sobrealimentación forzada para engordar y conseguir un buen matrimonio. En el estudio citado de Rguibi y Belahsen se utiliza el término *tablah*, sin embargo, la población saharauí emplea el término *leblouh*, para referirse al mismo concepto.

respondieron que algunas semillas como el *halba*, se han utilizado para estimular el apetito. Es importante tener en cuenta que algunas de estas mujeres, a pesar de que sabían que había riesgos asociados con el consumo de corticoides, los habían usado porque les permitía aumentar de peso rápidamente. Además, las mujeres usaron algunas dietas tradicionales, compuestas de dátiles mezclados con semillas y plantas medicinales, específicamente para aumentar su grasa periférica. Con respecto al papel de la ingesta dietética, algunas mujeres dijeron que antes del matrimonio habían pasado por un período de engorde de al menos 40 días de comer en exceso intencionalmente con una alta reducción de la actividad física, tradicionalmente llamada *tablah*. Este período podría durar más tiempo hasta que logren el objetivo de aumentar de peso. La información sobre la dieta consumida durante este período de aumento de peso mostró que los tipos de alimentos utilizados tradicionalmente en el pasado habían cambiado con el cambio a un estilo de vida más urbano. Las mujeres mayores, cuyo estilo de vida antes era nómada, solo usaban el consumo de una gran cantidad de leche de camello que podía alcanzar hasta 10 litros por día. Mientras que después de establecerse en un área urbana, las mujeres utilizaron varios alimentos alternativos en este período de engorde tradicional, como la sopa y el cuscús de cebada, el hígado, la grasa y la carne de camello, aceite de oliva y leche y arroz azucarados. Por otro lado, otras mujeres usaron comidas tradicionales especiales (*aajna* y *lahssa*) como complemento consumidas al menos dos veces al día, particularmente antes del desayuno y después de la cena. Estas comidas (*aajna* y *lahssa*) se preparan a partir de una mezcla de varios alimentos, semillas y plantas medicinales.

El proyecto Zagharit, para la recuperación de la cultura saharaui llevado a cabo en 2005 por la ONG italiana *Centro Regionale d'Intervento per la Cooperazione* (CRIC) e implementado por Miriam Castaldo (2005), recogió una amplia galería de fenómenos y aspectos culturales de la sociedad saharaui. El informe resaltaba dos aspectos que creemos especialmente interesantes: por una parte, la transformación y el cambio en los espacios femeninos y masculinos. La cocina y la preparación de los alimentos continúan siendo espacios de mujeres, sin embargo, la rígida división del espacio obligaba a comer separados a hombres y mujeres en la sociedad tradicional, lo cual está cambiando hacia una situación de mayor flexibilidad, aunque se señalan situaciones en las que los mayores no ven con buenos ojos que las mujeres coman en la misma habitación que los hombres. Por otro lado, detectaron también el empleo de corticoesteroides y de otros fármacos cuyos principios activos no identifican pero que se administran en forma de pastillas para engordar el ganado. Resulta fácil detectar a las mujeres que utilizan ese tratamiento debido a la hinchazón que afecta a cuello y rostro. A pesar de las campañas de sensibilización por parte de los servicios locales de salud, mostrando las graves consecuencias del consumo incontrolado de corticoides, se muestra que el deseo por un cuerpo ideal supera y es prioritario respecto a cualquier otro condicionante como la salud o los consejos de las autoridades (Castaldo, 2005).

Además de la alta tasa de obesidad, (o quizás como consecuencia de ella) la prevalencia tanto de diabetes tipo 2, como del síndrome metabólico en el Sáhara Occidental es significativamente mayor en mujeres que en los hombres. En un cribado sobre una muestra de 782 personas sin diagnóstico previo y residentes en los campamentos saharauis realizado en 2018, se detectó una incidencia de prediabetes en el 61,5% de las mujeres, frente al 38,4% de los hombres, y de diabetes tipo 2 en el 58,7 % de las mujeres frente al 22,3 % de los hombres (Carretero-Anibarro & Hamud-Uedha, 2020). El estudio concluía que las mujeres saharauis presentan mayores porcentajes de sobrepeso y obesidad lo que conlleva una mayor prevalencia de Diabetes Mellitus Tipo 2 no diagnosticada y prediabetes en las mujeres respecto a los varones (Carretero-Anibarro & Hamud-Uedha, 2020).

El sobrepeso y la obesidad en las mujeres del Sáhara es un problema que continúa íntimamente unido a la cuestión del matrimonio. En la actualidad esta tradición de la alimentación forzada va poco a poco desapareciendo, aunque en las zonas rurales de Mauritania se sigue practicando. Aminetou Mint El-Moctar, presidenta de la Asociación Mauritana de Mujeres Cabeza de Familia (AFCF, por sus siglas en francés), afirma que el 40% de las mujeres jóvenes de Mauritania, practican aún prácticas para engordar que incluyen la alimentación forzada, dietas hipercalóricas y consumo de fármacos como corticoesteroides y estimulantes del apetito (Cluzel, 2021). La AFCF detectó en el año 2008, 148 casos de mujeres y niñas que practicaban la alimentación forzada ya fuera a la manera tradicional o moderna. Hubo 12 muertes entre ese grupo, causadas por el consumo de pastillas con corticoesteroides. La práctica de alimentación forzada está formalmente prohibida por las autoridades mauritanas y en 2010 el gobierno aprobó una ley para luchar contra la venta ilegal de medicamentos. A pesar de ello, en el mercado negro es fácil encontrar unas pastillas popularmente conocidas como *dreug dreug* que se producen en India y que están pensadas para engordar el ganado (Cluzel, 2021).

En un documental de Unreported World de 2018, la reportera Sahar Zand fue testigo de primera mano de la práctica del *leblouh*, interactuando con mujeres mauritanas. Ella describe cómo las niñas engordan durante la temporada de lluvias, cuando la comida es más abundante, ganando siete kilos como objetivo en un corto plazo. Según Zand, alrededor del 25 por ciento de las mujeres mauritanas sufren la práctica del *leblouh*, en el año en que se rodó el documental, pero el porcentaje podría llegar al 75 por ciento en las comunidades rurales donde las mujeres son especialmente vulnerables «porque no hay distracciones ni formas fáciles de escapar». El documental se centra en un grupo particular de nómadas rurales con dos niñas que se someten a *leblouh*. Les toma dos horas terminar un desayuno de 3000 calorías, seguido de un almuerzo de 4000 calorías y una cena de 2000 calorías. Al final de la temporada de alimentación, las niñas consumirán 16.000 calorías por día. En el documental, la propia Zand probó la dieta *leblouh*; después del almuerzo. No pudo continuar, pero las niñas se vieron obligadas a seguir comiendo. La madre, que era la

que obligaba a sus hijas a la alimentación forzada, declaraba que el *leblouh* es un acto de amor. Tratando de explicar cómo las madres pueden infligir tal «dolor y tortura» a sus propias hijas, Zand concluye: «Esta es una sociedad donde el mayor poder de una mujer es ser bella, y para ser bella, tienes que estar gorda» (Zand, 2018).

Muchos de estos hallazgos, como la prevalencia de la obesidad entre las mujeres del Sáhara, la preferencia por la figura de una mujer gorda y el empleo de corticoides como recurso para engordar rápidamente, coinciden con los trabajos de campo previos que comencé en 2016 en los campamentos de Tinduf (Alvarado Olmedo, 2016), que fueron utilizados en la redacción del Trabajo Fin de Máster y posteriormente me inspiraron para continuarlo y ampliarlo con el proyecto de tesis. En la recogida de datos para el Trabajo Fin de Máster estudiamos una muestra de 76 mujeres de la *wilaya* de Auserd, confirmando la preferencia por la obesidad en la mujer y recogimos algunas prácticas declaradas por las mujeres de lo que constituye el *leblouh*, ya descrito en otros estudios (Baya, 2002). El término hace referencia a un conjunto de prácticas destinadas a conseguir un engorde en la mujer que la haga más atractiva, e incluye el consumo de dietas hipercalóricas, productos de la medicina tradicional que potencian el apetito y fármacos dirigidos a conseguir un rápido aumento de peso. La carga cultural en el mantenimiento del sobrepeso es considerable ya que el aumento de peso siempre ha significado estatus, bienestar y riqueza y las mujeres realizan menos tareas en el hogar, teniendo más tiempo para sentarse, descansar y comer y hoy en día siguen manteniendo esa asociación.

El comportamiento aparentemente irracional caracterizado por una sobrealimentación, el consumo no controlado de fármacos y el ansia por engordar, no es muy diferente de los que observamos en sociedades capitalistas donde contemplamos un amplio abanico de actitudes y hábitos no saludables con el objetivo de conseguir el cuerpo que se ajuste al ideal social de belleza. No hay diferencia sustancial entre el pensamiento que lleva al consumo de corticoides entre las mujeres saharauis para conseguir engordar rápidamente frente a la utilización de laxantes, restricciones dietéticas estrictas y otras conductas de riesgo en las jóvenes de la sociedad occidental para conseguir un cuerpo delgado. Ambas situaciones derivadas del deseo por engordar o del deseo por adelgazar, suponen que arriesgarse a sufrir problemas en la salud propia es asumible si, a cambio, se consigue un cuerpo que se ajuste a los patrones sociales normativos y a los distintos estereotipos de belleza.

En definitiva, los trastornos del comportamiento alimentario en las sociedades occidentales y la obesidad en la sociedad saharai, aunque aparentemente sean problemas de salud muy diferentes, comparten entre ellos un origen causal. Ambos son ejemplos de las consecuencias que la desigualdad de género puede tener en la salud de las mujeres y las niñas.

4. FEMINISMO, FEMINISMOS Y DECOLONIZACIÓN

Cuerpo y feminismo constituyen un binomio inseparable desde que éste último nació como disciplina académica y movimiento social. La gran aportación del feminismo a las ciencias sociales y también, aunque más recientemente, a las ciencias biológicas es la insistencia de considerar el cuerpo como una dimensión que trasciende más allá de lo biológico, y se constituye en una forma de estar en el mundo, y un campo donde se despliegan las relaciones de poder y la opresión del género. Gisela Kozak sostiene que el feminismo ha abierto una vía de exploración de los cuerpos de las mujeres no como forma de expresión corporal sino como actividad creadora digna de ser descubierta (Kozak, 2022). Por tanto, considero imprescindible la revisión de las teorías y conceptos feministas que forman parte del marco ideológico y teórico de esta tesis.

4.1. Feminismo, interseccionalidad y deconstrucción feminista

En esta parte haré un recorrido por las distintas teorías y grandes conceptos que me ha servido de inspiración en la orientación teórica y epistemológica de mi trabajo. Está dividida en tres partes:

En la primera parte hago un breve repaso de las premisas que inspiran al feminismo clásico y occidental con el objetivo de contrastarlas con las corrientes feministas surgidas en África y países árabes, cuyo análisis será más profundo debido a la relación directa con el contexto geográfico y social en el que se desarrolla la tesis. La revisión teórica mostrará cómo los feminismos africanos, a pesar de su heterogeneidad, comparten ciertos valores y actitudes críticas hacia el carácter occidentecéntrico¹¹ del feminismo clásico. Este recorrido por las distintas corrientes feministas culmina al final de la sección con el análisis sobre cómo se entiende el feminismo en el pueblo saharauí y la «privilegiada situación de género» de las mujeres saharauis.

Creo necesaria una aclaración previa sobre el empleo del término feminismo en esta tesis. A pesar de que muchas de las autoras citadas en este capítulo rehúsan identificarse como feministas, especialmente aquellas integradas en el feminismo post-colonial, el africano y las saharauis, debido al rechazo de la carga ideológica y colonial que encierra el término, he preferido mantener el mismo en la descripción de los distintos apartados (excepto en el correspondiente al Sahara) debido a que el concepto de feminismo que inspira mi trabajo, escapa del encorsetamiento intelectual de las corrientes clásicas y occidentales, y considero feminista a cualquier movimiento que luche por los derechos tanto de hombres como de mujeres en cualquiera de los órdenes de injusticia o desigualdad. Frente al feminismo occidental, enfocado en el género como causa de desigualdad, los feminismos africanos,

¹¹ En ocasiones se utiliza también el término eurocéntrico o etnocéntrico, para hacer referencia al marcado carácter occidental de las interpretaciones y representaciones de la realidad internacional.

árabes y singularmente el saharauí, contribuyen con mayor eficacia a incorporar la interseccionalidad en el debate feminista, al observar cómo confluyen en la vida de las mujeres diversas opresiones como la raza, clase económica, inmigración, maternidad, género, etc.

4.2. Corrientes teóricas en el feminismo occidental

En este capítulo haré un recorrido general por las principales corrientes del feminismo occidental. Por la relación con el contexto social y geográfico de este trabajo, se analizarán con mayor profundidad en los siguientes capítulos las características del feminismo africano y especialmente el de los países árabes y saharauí.

El feminismo es la ideología en la que se enmarca esta tesis. Considero que hay formas específicas de acercamiento a la realidad de cualquier sociedad que, por su metodología, podemos denominar como feministas. Aunque el objeto de estudio de esta tesis son las mujeres, no excluye la posibilidad de incluir a los hombres, así como otros aspectos relacionados con el género, pero el compromiso último es el de mejorar las condiciones de vida de las mujeres.

Desde sus inicios, el feminismo tiene como objetivo ético la justicia e igualdad entre hombres y mujeres. A lo largo de las sucesivas generaciones las mujeres han conseguido derribar muchas de las barreras de orden político, social o cultural que mantenían un escenario de injusticia por razón de género. Aunque los avances para reducir la desigualdad y la marginación de las mujeres han sido considerables, las evidencias señalan que en ningún país del mundo se ha conseguido aún una plena justicia entre los sexos y que persiste la subordinación estructural de las mujeres en el mundo actual.

Cuando se hace una revisión histórica de las teorías feministas es frecuente encontrar una clasificación en distintas oleadas. Analizar la evolución del feminismo en «olas», como etapas históricas e ideológicas, es útil desde un punto de vista académico, pero puede llevar a errores de interpretación y el mismo concepto de «ola» es en la actualidad objeto de crítica por parte de muchas pensadoras. Estelle Freedman (2004) advertía del error semántico de resumir la evolución de los movimientos feministas en «olas», ya que puede llevar al error de pensar que en los periodos entre olas no encontramos actividad feminista y consideraba más correcto estudiarlo como un *continuum* de pensamiento y acción feministas. También Lidia Nicholson (2016) cuestionaba la clasificación del feminismo en olas y más recientemente Carmen Garrido Rodríguez (2021) centra la crítica a la clasificación en «olas» en tres argumentos: el carácter artificial, la falsa sensación de homogeneidad del movimiento y su etnocentrismo. Aunque en la actualidad muchas feministas rechazan el análisis en oleadas, encontramos pensadoras que lo defienden e incluso mantienen que nos encontramos en una «cuarta ola». Para Nuria Varela (2019) la metáfora de las olas es perfecta para describir el feminismo como «un movimiento arrollador por la fuerza desatada en torno a la igualdad» (Varela, 2019). A pesar de las limitaciones del concepto,

para el análisis del feminismo occidental seguiremos el recorrido clásico en oleadas, por su utilidad académica:

PRIMERA OLA: EL FEMINISMO «NO FEMINISTA» Y EL DERECHO DE CIUDADANÍA

Aunque algunas autoras como Amelia Valcárcel enmarcan el comienzo del feminismo en la Ilustración (Varela, 2019), hay un consenso general en situar la primera ola del feminismo entre mediados del siglo XIX y principios del XX. En 1848 se celebró la Primera Convención sobre los Derechos de la Mujer, de la que surgió *La Declaración de Sentimientos de Seneca Falls*¹². Las señas de identidad de esta primera oleada se limitaron al movimiento sufragista y la lucha por el derecho de ciudadanía. Por otra parte, hay autoras que sostienen que no todas las mujeres en el movimiento sufragistas eran feministas, y que ni siquiera se identificaban a sí mismas como tales (Nicholson, 2016).

SEGUNDA OLA: LO PERSONAL ES POLÍTICO

Tras lograr los objetivos del derecho al voto y la participación política, se sucede un largo período de calma, en el que aparentemente todas las reivindicaciones de las mujeres se habían satisfecho. A finales de la década de los 60, y empujado por los movimientos sociales surgidos en esa época, hay un despertar del movimiento feminista. Simone de Beauvoir es la referencia de este renacer feminista y su obra es un ejemplo de cómo la teoría feminista puede conseguir la transformación revolucionaria acerca de nuestra comprensión de la realidad social (De Miguel, 2005). Al contrario que en la época anterior, más homogénea en sus planteamientos teóricos y reivindicativos, en el feminismo de la segunda ola se multiplican los planteamientos teóricos y prácticos. Las principales corrientes de esta etapa fueron el feminismo liberal, el feminismo radical y el feminismo socialista.

Las principales reivindicaciones de estos movimientos se dirigían a conseguir la igualdad plena, tanto en el ámbito público como en el doméstico, inspirándose en la idea desarrollada por Kate Millet de que «lo personal es político» (Garrido Rodríguez, 2021), y dar la visibilidad al trabajo doméstico implicando a los hombres en las tareas del hogar. La defensa de una sexualidad libre, es otro de los objetivos que surgieron en esta época. El acceso a los nuevos fármacos anticonceptivos, permitió a las mujeres un mayor control de su vida sexual, y muchas de las reivindicaciones ligadas a la sexualidad y al control del

¹² La convención, organizada por Lucrecia Mott y Elizabeth Cady Stanton, se celebró en Nueva York los días 19 y 20 de Julio de 1848. El documento final se basó en la Declaración de Independencia de los Estados Unidos y en el mismo se denunciaban las restricciones a las que estaban sometidas las mujeres como la prohibición al voto, presentarse en elecciones, ocupar cargos públicos o afiliarse a organizaciones políticas. La publicación ese mismo año del Manifiesto Comunista de Marx y Engels, eclipsó para la historia la importancia de esta fecha como inicio del feminismo (Swain & Young, 2006).

cuerpo como el derecho al aborto, la gestación subrogada, o la abolición de la prostitución y pornografía continúan vigentes en la lucha feminista actual.

TERCERA OLA: LA INTERSECCIONALIDAD EN EL FEMINISMO

Con la caída del muro de Berlín, el derrumbe del equilibrio de bloques que se mantenía desde la Segunda Guerra Mundial y la difusión de un nuevo orden globalizador, el movimiento feminista en Europa y América del Norte sufre una desmovilización mediada la década de los 80, para regresar con fuerza en la década de los 90, dando lugar a la denominada tercera ola (Gamba, 2008).

La incorporación de otras voces procedentes de Latinoamérica y de las mujeres afroamericanas, puso de manifiesto la existencia de especificidades distintas a las reivindicaciones del feminismo clásico occidental. El reconocimiento de estos particularismos generó una crisis de identidad en el movimiento feminista ya que rompía con el paradigma femenino vigente hasta entonces (Gamba, 2008). Se extiende la idea de que el feminismo es un movimiento global pero no homogéneo en sus reivindicaciones e interpretaciones y de que no existe una visión única definitoria de la mujer (Garrido Rodríguez, 2021).

Surge la idea de que las mujeres no sufren un solo tipo de opresión, sino que en ellas se manifiesta una intersección de diversas condiciones como la raza, la clase económica, la nacionalidad, o el género. La interseccionalidad es la seña de identidad de esta tercera ola. Este concepto aparece íntimamente unido al feminismo postestructuralista inspirado a su vez en las teorías filosóficas de Foucault y Derrida (Zambrini, 2014). La convicción de que las desigualdades de género no pueden ser comprendidas desde una perspectiva unidimensional, ha obligado a incorporar visiones más holísticas que contemplen los múltiples ejes de desigualdad que se cruzan con el género como la raza, la clase social, la situación de refugiada o migrante, etc. María Luisa Jiménez (2022) mostró la necesidad de incorporar el enfoque interseccional en las distintas fases de las políticas públicas, como el diagnóstico, el diseño, los procedimientos y la evaluación (Jiménez, 2022).

La incorporación de la interseccionalidad en los estudios de género permite una mejor interpretación de las relaciones de poder. El término fue introducido por primera vez por Kimberle Crenshaw, jurista afroamericana quien desarrolló la disciplina de estudios críticos de la raza y el racismo en la década de los ochenta del siglo XX, y reveló la ceguera que mostraba el feminismo de esa época acerca del color, la neutralidad y la objetividad de las leyes de Estados Unidos. Crenshaw utilizaba la metáfora del cruce de caminos para ilustrar la interseccionalidad:

la interseccionalidad es lo que ocurre cuando una mujer de un grupo minoritario intenta desenvolverse en el principal cruce de la ciudad. La autopista principal es la carretera del racismo. Una intersección

puede ser el colonialismo, y otra la calle patriarcal. (La mujer) debe afrontar no solo una forma de opresión sino todas las formas que se unen para formar un manto de opresión doble, triple, múltiple y de muchas capas» (Yuval-Davis, 2006).

Mara Viveros (2006) señaló que en América Latina la discriminación de género se asociaba con la clase social de procedencia y el feminismo negro de Estados Unidos destacó la intersección entre género y raza (Viveros, 2006).

Chandra Mohanty (1988), originaria de India, fue la primera en llamar la atención sobre las diferencias de intereses y representaciones que de las mujeres de países en desarrollo – el término «tercer mundo» se utilizaba entonces con naturalidad hacia el feminismo occidental, conceptualizándolas como «pobres, esclavizadas por la familia, ignorantes y sometidas a la tradición del grupo», frente a la imagen de una mujer occidental «universitaria, formada, con autonomía de decisiones y control de su sexualidad». Mohanty observó que esta representación mental no es neutra, sino que constituye una inercia colonial, en forma de imposición cultural, y que esa imagen subalterna de las mujeres en el llamado tercer mundo era necesaria para contrastarla con la de una mujer blanca y occidental liberada.

Muchas autoras africanas posteriores coinciden en esa crítica al feminismo occidental, como Amina Mama que en una recopilación de entrevistas a escritoras africanas declaraba que «las mujeres blancas han mirado siempre hacia África para encontrar alternativas a su subordinación» o como Ama Ata Aidoo quien señalaba que esa visión estigmatizadora de Occidente hacia las mujeres de África como semiesclavas del trabajo y la familia hacía que se identificaran a escritoras africanas como feministas simplemente porque sus personajes no coinciden con la imagen construida desde Occidente de la mujer africana débil y sometida (Lagarriga, 2013).

La cuestión medioambiental y su asociación con la situación de las mujeres en el mundo, es otro de los debates surgidos en esta etapa, y que se consolida en la corriente teórica del ecofeminismo. Este movimiento sostiene que existe un profundo vínculo entre la subordinación de las mujeres y la destrucción de la naturaleza causada por un capitalismo salvaje, extractivo y androcéntrico (Martínez Pita & Verde, 2018).

CUARTA OLA: #METOO Y SORORIDAD

No hay unanimidad entre las autoras feministas acerca tanto de la fecha de inicio de esta cuarta ola, como de la existencia misma de esta etapa que la distinga de las anteriores. Las teorías más extendidas marcan como inicio el año 2017 con el movimiento #MeToo en Estados Unidos. O en el caso español, el 8 de marzo de 2018 con la convocatoria en todo

el país de movilizaciones, huelgas y paros defendiendo la causa feminista (Garrido Rodríguez, 2021).

El feminismo de estos años incorpora las demandas tradicionales, pero las dota de un nuevo significado. Los problemas personales se convierten en problemas públicos, retomando el lema clásico de la segunda ola de que «lo personal es político», y desarrollando todo un cuerpo normativo y legislativo que da respuesta pública a las demandas del movimiento feminista. Se profundiza en la idea de la interseccionalidad, y se extiende la idea de heterogeneidad de los feminismos, se identifica al sistema patriarcal como el enemigo a batir, y se incorporan cuestiones como los cuidados familiares, la doble jornada laboral de las mujeres o la sororidad (Garrido Rodríguez, 2021). Esta última cuestión se revelará de gran importancia en los resultados de esta tesis cuando aparezca como una estrategia de supervivencia, fundamental entre las mujeres saharauis.

4.3. Descolonizando el feminismo

Chandra Mohanty, citada en el apartado anterior, propuso deconstruir el conocimiento hegemónico que «coloniza» la vida de las mujeres y a la vez reconstruir estrategias y conocimientos autónomos, que estén situados en contextos culturales distintos al de Occidente (Mohanty, 1988).

Descolonizar o decolonizar el feminismo no quiere decir simplemente sumar a mujeres de países en desarrollo al proyecto feminista. Como señala Liliana Suárez, la descolonización feminista significa sobre todo democratizar el movimiento, corregir presupuestos, denunciar todos los mecanismos de dominación y articular lo universal con lo particular (Suárez & Hernández, 2008). La descolonización es un proceso absolutamente necesario, que debe aplicarse no solo al feminismo sino también a nuestras mentes que han sido enculturadas en una interpretación del mundo desde las posiciones de privilegio de las sociedades desarrolladas, urbanas y colonizadoras frente a las sociedades en desarrollo, rurales y colonizadas.

El contexto de investigación de esta tesis lo constituye un territorio localizado en África, antigua colonia de un país europeo y las mujeres que viven en él. Por ello, considero imprescindible analizar las principales aportaciones del feminismo africano y árabe que me han permitido entender y conocer otras formas de defender las condiciones de vida de las mujeres.

EL FEMINISMO EN ÁFRICA

En África, la lucha de las mujeres por la igualdad de derechos y oportunidades presenta características identitarias propias que en algunos casos la enfrenta a los paradigmas del feminismo hegemónico occidental.

No existe unanimidad académica en cuanto a la descripción de las diferentes corrientes del feminismo en el continente africano y, además, gran parte de la población de África rechaza abiertamente el término feminismo, cuyas premisas se relacionan con el poder colonial. Este rechazo al feminismo «occidentecéntrico», no se circunscribe a la población general, sino que incluye a políticas, escritoras, académicas y otros grupos influyentes en las sociedades africanas que defienden los derechos de las mujeres pero que critican abiertamente determinados aspectos del feminismo occidental.

Al contrario que los feminismos occidentales, los feminismos africanos, se han desarrollado alrededor de un conjunto reducido de mujeres escritoras y académicas cuyo énfasis se dirigía a resaltar elementos propios africanos. Se exponen a continuación las principales corrientes ideológicas surgidas en el marco del feminismo poscolonial africano:

- *El feminismo humanista de Chioma Stady*: Filomina Chioma Stady, antropóloga originaria de Sierra Leona, fue la primera intelectual que se enfrentó al estereotipo colonialista de la mujer blanca liberadora de una mujer africana oprimida. Su propuesta de feminismo humanista abarca tanto a las mujeres como a los hombres y a los niños y niñas, y las principales características que lo definen son (Chioma, 2011):
 - Énfasis en las redes de alianza y cooperación entre mujeres. En África, incluso en sociedades fuertemente patrilineales, la mujer ha tenido siempre un alto grado de autonomía e importancia pública y las sucesivas invasiones coloniales trastocaron estas estructuras tradicionales.
 - Prevalencia de la naturaleza frente a la cultura. Frente a la clásica dicotomía naturaleza/femenina vs cultura/masculina, Chioma defiende que en la tradición africana la naturaleza se impone sobre la cultura.
 - El papel central de los niños y niñas y la maternidad en las mujeres africanas. El concepto de familia es mucho más extenso y sólido que en Occidente.
 - El empleo de rituales que utilizan el humor y el ridículo para minimizar las tensiones entre hombres y mujeres.
- *Womanism*: constituye una de las más conocidas alternativas a las tesis del feminismo occidental. El término, que en español podría traducirse por «mujerismo», fue utilizado por primera vez por la escritora afroamericana Alice Walker (Walker, 1983). Su propuesta de un feminismo negro, ha sido objeto de controversia en el seno del feminismo africano, donde una parte del mismo lo ha aceptado como válido para la realidad del continente, pero a la vez ha sido

rechazado por otras intelectuales como Obianaju Acholonu, fundadora de una línea de pensamiento denominada *motherism* y que será analizada más adelante. Obianuju Acholonu, critica el *womanism* de Walker por las contradicciones que encierra su planteamiento, el origen americano, y por tanto occidental, de las propuestas de su autora, y alejado de la realidad de África, como por ejemplo la naturalización del lesbianismo el cual es motivo de rechazo y no tiene encaje en la tradición femenina africana (Obianuju Acholonu, 1995).

El *womanism* de Walker, tiene notables coincidencias con el feminismo humanista de Chioma Stady, y algunas diferencias con el mismo. En resumen, sus características serían las siguientes (Walker, 1983):

- Reconoce la independencia de las mujeres africanas y las redes de cooperación y solidaridad entre ellas como un método eficaz para afianzar su seguridad, pero rechaza la carga excesiva de trabajo de estas mujeres.
 - No excluye a los hombres africanos del planteamiento feminista y defiende contar con ellos para lograr un frente común, sin embargo, considera que deben ser sólo las mujeres las que puedan cambiar el mundo y proporcionar la igualdad de oportunidades y de poder tanto a hombres como a mujeres.
 - Acepta la importancia que la maternidad y los hijos e hijas tienen en la vida de las mujeres, pero rechaza la presión social para ser madre como la meta para conseguir un desarrollo pleno como mujer. Esta cuestión junto a la aceptación del lesbianismo como una opción sexual natural y válida, han sido las más criticadas de su pensamiento, por parte de otras corrientes del pensamiento feminista africano.
 - Estudia con imparcialidad la situación de las mujeres en los países sometidos a guerras y conflictos de liberación nacional. Walker hace interesantes observaciones sobre casos en los que mujeres que participaron activamente en las luchas por la liberación, son marginadas y vuelven a excluir cuando la lucha armada termina y empieza la fase de reconstrucción. Este hecho va a adquirir una especial trascendencia cuando se analice el papel de la mujer en la sociedad saharaui.
- *African womanism*: responde a la necesidad de dotar al *womanism* walkeriano, de características propias de la cultura y tradición africana y que incluya aspectos no recogidos en el planteamiento inicial de Alice Walker. La escritora nigeriana Chikwenye Okonjo Ogunyemi, que comenzó utilizando el término *womanism* en sus primeros trabajos, fue la que acuñó el término *african womanism* para desmarcarse del feminismo blanco y occidental y dotar de personalidad propia a un

feminismo africano. Aunque inspirado en el *womanism*, encierra diferencias con el mismo y plantea que la praxis del *womanism* en África no se identifica con los preceptos originales de Walker (Okonjo Ogunyemi, 1998).

Las dos diferencias más evidentes entre ambas corrientes tienen que ver con la maternidad y la homosexualidad femenina. Respecto a la maternidad, Okonjo Ogunyemi señala que el planteamiento de Walker no le da la importancia que realmente tiene para la vida de las mujeres en África y que se interpreta desde el *african womanism*, casi como una obligación. En cuanto al lesbianismo, Okonjo Ogunyemi prefiere no darle la importancia que tiene en los escritos de Walker, y en el fondo se aprecia en sus trabajos y entrevistas un rechazo a la práctica de la homosexualidad femenina, ya que considera que atenta contra las estructuras familiares (Okonjo Ogunyemi, 1998).

- **STIWANISM:** el término es un acrónimo de *Social Transformation including Woman in Africa*. Fue acuñado por la escritora y activista nigeriana Molar Ogundipe Leslie en 1994. Su propuesta se sitúa a medio camino entre el feminismo occidental y las corrientes anteriormente citadas (Ogundipe Leslie, 1994). Las características del *stiwanism* serían las siguientes:
 - Hombres y mujeres deben unirse en el rechazo a la influencia colonial en África y a la hegemonía blanca y afroamericana. No existe el antagonismo entre hombres y mujeres.
 - Afirma que la mujer no tiene que estar obligada a rechazar su rol biológico. Coincide con Ogunyemi y las tesis del *african womanism*, en la centralidad que tiene la maternidad en la vida de las mujeres africanas.
 - La sexualidad es un aspecto más a tener en cuenta en la identidad femenina, pero no tiene la relevancia que se aprecia en el feminismo occidental o en el propuesto por Alice Walker.
 - Defiende la participación activa de las mujeres para lograr la necesaria transformación social en África. Hace especial énfasis en la necesidad que tiene las mujeres de conseguir la independencia económica.
- **Motherism.** Este término, que podría traducirse al español como maternismo, fue introducido en la década de los 90 del pasado siglo por Catherine Obianuju Acholonu, escritora e investigadora especialista en temas de género y original de Nigeria.

La propuesta de Obianuju Acholonu, es la de un feminismo afrocéntrico, opuesto frontalmente al feminismo occidental el cual se interpreta como una forma de

neocolonialismo ideológico. El maternismo de Obianuju Acholonu pone el énfasis en dos aspectos que se consideran centrales en todo su pensamiento: la maternidad y la naturaleza.

Para la autora, la maternidad es tanto el signo identitario primordial de las mujeres como la solución a los problemas y conflictos mundiales y particularmente de África: «*the essence of the mother as the matrix of all existence*» (Obianuju Acholonu, 1995). Esta visión esencialista e idealizada de la maternidad constituye el eje alrededor del cual desarrolla su pensamiento y a la vez el motivo de rechazo del feminismo occidental. Obianuju Acholonu rechaza de plano el tratamiento que, en el feminismo occidental, incluyendo el afroamericano, se da a la maternidad y la sexualidad en la mujer, y sitúa esta cuestión como causa central de problemas del primer mundo como la destrucción de las estructuras familiares, el aumento de los delitos por el debilitamiento de la ley y el orden, el hacinamiento de familias en barrios marginales con infravivienda o la violencia sobre los niños y niñas. Su oposición a las políticas de control de la natalidad o de liberalización del aborto, está presente desde el principio en sus trabajos, y su rechazo a las mismas tiene como base considerarlas una imposición cultural que desde las instituciones europeas y americanas se quiere trasladar a las mujeres de las sociedades africanas.

Más recientemente y continuando la línea de pensamiento del maternismo otra mujer nigeriana Ekeocha, de formación biomédica y fundadora de la organización activista *Culture of Life África*, saltó a la fama internacional al dirigir una carta abierta a Melissa Gates, mostrando su absoluto rechazo a un programa dotado con más de 4 billones de dólares para proporcionar medicamentos anticonceptivos a las mujeres de varios países del África subsahariana, que la fundación Gates quería implantar en el continente. La carta terminaba exponiendo las necesidades que, según Ekeocha, eran realmente necesarias como mejorar la situación de las mujeres, reforzar la asistencia sanitaria perinatal y los programas de nutrición infantil, desarrollar instituciones educativas superiores o implantar programas de educación sexual para combatir la promiscuidad sexual (Ekeocha, 2015).

- Negofeminismo. Este acrónimo fue propuesto por Obioma Nnaemeka y surge de la fusión de los términos feminismo y negociación. El negofeminismo de Nnaemeka, coincide con el resto de corrientes feministas africanas al rechazar el concepto de maternidad y sexualidad del feminismo occidental, en línea con el *motherism*, y también al evitar el antagonismo de mujeres y hombres como defendían igualmente tanto los distintos *womanism* como el citado *motherism* (Nnaemeka, 2004).

La aportación que hace Nnaemeka es el énfasis en la negociación y la cooperación, como características propias de la tradición africana, frente a la confrontación y

competitividad propias de las sociedades occidentales. Para desarrollar un feminismo realmente afrocéntrico, es necesario tomar como referentes las costumbres e instituciones propiamente africanas y descartar las del feminismo de inspiración occidental: negociar y compartir poder y obligaciones, frente al individualismo y egoísmo capitalistas, la complementariedad de hombres y mujeres frente a la lucha de sexos del feminismo occidental.

EL FEMINISMO EN LOS PAÍSES ÁRABES

En los países árabes, la lucha por el estatus de las mujeres y las reivindicaciones feministas, han estado siempre ligadas a los cambios políticos y los conflictos de raíz nacionalista. La historia del feminismo en estos países reconoce tres periodos (Ketiti, 2017):

1. Etapa precolonial: durante este período, anterior a la Primera Guerra Mundial, aparecen tímidamente las primeras demandas de las mujeres que se inspiraban en los movimientos sufragistas de América y Europa y que estaban marcadas por las especificidades nacionales y los particularismos locales y tribales. El derecho al voto y la participación de mujeres en los espacios públicos, la regulación de la edad mínima para el matrimonio, restricción de la poligamia y la mejora las condiciones para el divorcio son reivindicaciones que tienen su origen en esta época.
2. Etapa colonial: Con la colonización, comienza también la modernidad en la sociedad árabe, sin embargo, la represión colonialista y el sentimiento de usurpación de los recursos por las metrópolis, generan un rechazo de lo occidental frente a los valores tradicionales árabes y la mujer se convierte en la bandera que garantiza la supervivencia de la tradición. Los cambios políticos surgidos en Turquía tras la primera Guerra Mundial, con la separación de la política y la religión en la configuración del estado y la proclamación de la igualdad de derechos entre ambos sexos, fueron el estímulo para los cambios políticos en países árabes sometidos aún al poder colonial. Túnez fue el primero en implantar las mismas reformas que en Turquía, desarrollando un modelo laico en las estructuras políticas que se traslada igualmente a la situación de la mujer. Las discusiones en esta etapa entre la intelectualidad árabe y occidental, se plasmaron en intensos debates acerca de la influencia de la religión, la modernidad y la democracia en la condición de la mujer (Bencheneb, 1983).
3. Etapa poscolonial: con la descolonización, se intensifica la reivindicación de los particularismos frente a la corriente globalizadora y en la mayoría de los países, con la excepción de Túnez que continúa implantando leyes que mejoran la situación de

la mujer, se observa una vuelta a la religión y a la *sharía*¹³ frente a todo lo occidental. El mismo término feminismo, es considerado una imposición occidental y es rechazado por amplios grupos de la población. La situación de las mujeres sufrió un retroceso general en su lucha por la igualdad. Frente al feminismo occidental, se configura un discurso islamista sobre la mujer que a finales del siglo XX comienza a llamarse feminismo islamista y que defiende que en el islam está la solución para la situación de la mujer (Paradela, 2014). Esta reislamización y encerramiento en los valores tribales árabes se centra en la mujer a la que se asigna el papel de guardiana de la tradición. Algunos analistas han llamado la atención sobre la responsabilidad que los países del Golfo y especialmente Arabia Saudí, tienen en la implantación y extensión de estas políticas en el mundo árabe (Tamzali, 2010; Paradela, 2014).

En la actualidad, en los países árabes se observa una polarización en el feminismo que se refleja en dos posiciones radicalmente opuestas y enfrentadas entre sí: el feminismo laico y el feminismo islamista. Se analizan a continuación ambas corrientes y una tercera vía que se sitúa ideológicamente entre ambas (Córdoba Sánchez, 2016):

FEMINISMO ÁRABE LAICO

El feminismo árabe laico, más cercano en sus tesis a las del feminismo occidental, centra las causas de los problemas de las mujeres musulmanas en la religión y la tradición patriarcal árabe. Con variaciones entre los planteamientos de las distintas mujeres incluidas en este feminismo, según su nación de origen, formación académica o país de residencia, hay una general coincidencia entre ellas al rechazo absoluto en vestir prendas como el burka o el chador que supongan ocultación del cuerpo de la mujer, defensa de la libertad sexual de las mujeres y crítica frontal a cualquier relativismo cultural aplicado a la sexualidad y el cuerpo de las mujeres.

Muchas de sus autoras han alcanzado un elevado grado de notoriedad tanto en los países occidentales como árabes, y son muy activas en las redes sociales y es frecuente su participación en congresos y jornadas en universidades y medios de comunicación de diversos países.

Se exponen a continuación, de forma sintética los aspectos relevantes de las autoras más conocidas de esta vía laica del feminismo árabe. Todas tienen el árabe como lengua materna, aunque se expresan en distintas lenguas:

¹³ La *sharía* o ley islámica es el conjunto de normas que rigen la vida y los comportamientos de los musulmanes. Se traduce como ‘camino del islam’ hacia la salvación, y sus preceptos influyen en todos los aspectos de la vida pública y privada de la población musulmana.

Nawal El Saadawi, (1931–2021, Egipto). Es médica, escritora y una de las feministas árabes más reconocidas a nivel mundial. Varias veces candidata al premio Nobel, desarrolló un feminismo de inspiración marxista, y en sus primeros trabajos ya destacó la importancia que tuvieron las huelgas y movilizaciones de las mujeres trabajadoras egipcias en el siglo XX para conseguir la regulación de las jornadas laborales y los permisos por embarazo y maternidad. Su obra *Mujer y Sexo* (El Saadawi, 1968) le costó perder su puesto en la dirección del Ministerio de Sanidad egipcio y la clausura de la revista *Health* que también dirigía (Córdoba Sánchez, 2016). Tras un periodo de exilio, regresó a su país en 2011, participando en las manifestaciones de la primavera árabe que terminaron derrocando a Mubarak. En una de sus entrevistas al diario *El País* en 2017 declaraba: «*no se puede ser feminista y aprobar el uso del velo. Ahí no hay libertad de elección y admitirlo es aceptar la esclavitud*» (Zabalbeascoa, 2017). Todas sus obras continúan prohibidas en Egipto.

Joumana Haddad (1970, Beirut) es escritora, traductora, periodista y activista libanesa. Es la única del grupo de feministas citadas que no procede de una familia musulmana (sus padres son cristianos), aunque ella se declara atea en todos sus escritos y entrevistas y es muy crítica con las religiones a las que sitúa en el centro de la opresión de las mujeres. Su novela *Yo maté a Sherezade* (Haddad, 2011) es una alegoría que representa la destrucción del extendido estereotipo de la mujer musulmana media como sumisa, obediente y abnegada.

Najat El Hachmi (1979, Nador, Marruecos) escritora, traductora y licenciada en filología árabe. Tras emigrar junto a su familia obtuvo la nacionalidad española y desde entonces reside en Cataluña. El Hachmi defiende la libertad sexual por encima de cualquier norma religiosa y pone a menudo de manifiesto el hecho de que una gran parte de mujeres migrantes en Europa, a pesar de vivir en un entorno que les permite expresarse y vivir en libertad, tienen dificultades para denunciar el machismo en el que crecen y cuyos preceptos asumen con resignación (El Hachmi, 2019). En 2019, respondía a la cuestión acerca del aumento en el uso del *hiyab* por las mujeres musulmanas emigrantes en países de Europa, como un marcador étnico y decía lo siguiente: «*¿De qué forma se puede seguir marcando el cuerpo de las mujeres, ahora que no se detienen en el umbral de la puerta de casa? Pues ni más ni menos que estableciendo una marca en apariencia menos violenta (el hiyab) que los muros de la cárcel doméstica.*» (El Hachmi, 2019).

Wassyla Tamzali (1941, Bejaïa, Argelia) abogada, escritora y periodista, redactora jefa de la revista *Contact*. Fue directora del programa para la promoción de las mujeres en el Mediterráneo de la UNESCO en 1996. Destaca, entre sus obras, la publicada en 2010 *El Burka como excusa*, donde critica abiertamente las premisas del feminismo islámico como un oxímoron que ha conseguido infiltrarse en universidades y en múltiples organismos internacionales. Es muy crítica con la postura de los movimientos y partidos de la izquierda

europea que aceptan con acrítica ingenuidad símbolos de opresión patriarcal como el velo de las mujeres musulmanas (Tamzali, 2010).

Mona Eltahawy (1967, Port Said, Egipto) escritora, periodista y activista. En la actualidad tiene la doble nacionalidad egipcia y estadounidense. En una de sus obras más conocidas *El Himen y el Hiyab. Porqué el mundo árabe necesita una revolución sexual*, defiende que la revolución política y la sexual van unidas y ambas son imprescindibles para la liberación de las mujeres y la destrucción de las estructuras patriarcales de la sociedad. Eltahawy critica la doble moral de los hombres que participan en las revoluciones y luchas políticas, y que, sin embargo, mantienen los privilegios machistas cuando cada día regresan a sus casas. Así, afirma que la revolución que necesitan todas las mujeres es «*la revolución contra el dictador del Estado, contra el dictador de las calles y contra el dictador del dormitorio*» (Eltahawy, 2018).

Amina Tyler (1994, Túnez) es bloguera, activista e integrante de la organización Femen¹⁴. Su actividad se desarrolla especialmente a través de las redes sociales. Es la primera mujer del mundo árabe que ha hablado abiertamente de su homosexualidad en la televisión pública de su país (Túnez). Su nombre se hizo popular en todo el mundo cuando en 2013 publicó en Facebook una foto suya desnuda, en apoyo de la organización Femen, en cuyo pie de foto se leía: «*mi cuerpo es mío y no representa el honor de nadie*» (Silas Adamson, 2015). Su posterior encarcelamiento y juicio desencadenó una ola de solidaridad en todo el mundo para lograr su liberación (Mujeres en Red, 2013).

FEMINISMO ISLÁMICO

La relación entre feminismo e islam ha sido siempre conflictiva. Son muchas las voces dentro del feminismo que se niegan a aceptar la existencia de un feminismo islámico. Por eso creo necesaria una aclaración terminológica para diferenciar entre «feminismo islamista» y feminismo islámico.

Como señala Ziba Mir Hosseini (2011), el término «islamista» hace referencia al islam político, un movimiento que tiene la aspiración de implementar en la vida pública los preceptos Coránicos y que se ilustra con expresiones como «vuelta a la sharía» o «el islam es la solución». El término islámico, por el contrario, significa simplemente encontrar inspiración en la historia islámica y los textos sagrados, rechazando cualquier forma de imposición ideológica o política. Para no ser confundidas con el movimiento islamista, muchas mujeres prefieren denominarse «feministas musulmanas». Cuando nos reunimos con mujeres musulmanas, y hablamos de feminismo, es común encontrarnos con dos tipos de repuestas: por un lado, mujeres que rechazan el término islámico unido al de feminismo

¹⁴ Organización feminista fundada en Ucrania en 2008 y que practica un potente activismo para combatir el sexismo y la opresión religiosa. Sus tesis se encuentran cercanas al feminismo radical y sus acciones de protesta suelen incluir apariciones repentinas en actos públicos mediante mensajes escritos en sus torsos desnudos y flores en el pelo. Más información en <https://femen.org>

y que reclaman definirse sólo como feministas, por otro lado, un grupo también de mujeres que no acepta la etiqueta de feminista, y que quieren definirse sólo como musulmanas.

Mientras que las mujeres que integran el movimiento laico del feminismo árabe, en su mayoría han recibido una educación académica universitaria, las responsables de la corriente islámica, suelen ser mujeres que proceden de barrios urbanos marginales y que han accedido por distintos caminos al ámbito público, reclamando mejoras en la situación de las mujeres, pero respetando estrictamente los límites de la religión coránica. A pesar de ser menos conocidas en Occidente, su discurso tiene una gran aceptación entre las mujeres a las que va dirigido, ya que emplean un lenguaje con códigos mucho más cercanos y entendibles, al proceder de entornos populares, que el de las feministas laicas de origen social más alto. Mientras que las tesis del feminismo laico se asocian frecuentemente con el ateísmo, el discurso de las islamistas que justifica las prohibiciones y el control de la mujer en base al Corán, se entiende mucho mejor entre la población a la que se dirige (Córdoba Sánchez, 2016).

Con diferencias en cuanto a la radicalidad de sus planteamientos, las mujeres islamistas comparten entre ellas la idea de que la religión no es la causa, sino la solución para mejorar su situación. El rechazo del término feminismo es común a todas ellas, ya que éste se considera una imposición ideológica de Occidente e identifican la opresión a la mujer como una consecuencia que se inserta en la opresión social que los países occidentales ejercen sobre los musulmanes en su conjunto. Su discurso contra-globalizador y antioccidental llama a la mujer a quedarse en casa y a reforzar los roles tradicionales de esposa y madre, pero no de una manera pasiva sino como una forma de rebelión activa, en la que la mujer musulmana tendría la misión de ser la guardiana de la identidad colectiva y de enfrentarse a las presiones modernizadoras a través de un activismo moral que finalmente le permite la participación activa en todas las esferas de la vida (Karam, 1995).

La reforma del código de familia de Marruecos, es un claro ejemplo de la tensión dialéctica entre las corrientes laicas e islámicas del feminismo árabe. El primer intento de reforma de la *mudawana*¹⁵ en 1993 ya fue motivo de un intenso debate nacional y enfrentó a los movimientos feministas con los islamistas. Ambas partes organizaron recogidas de firmas por todo el país con el resultado de un millón de firmas apoyando la postura reformista frente a los tres millones recogidas por los ulemas e islamistas. Como consecuencia la reforma fue paralizada y siete años después el Rey Mohamed VI impulsó el desarrollo de una nueva reforma denominada Plan Nacional para la Integración de la Mujer al Desarrollo. El Plan, reactivó de nuevo el debate acerca del estatus jurídico femenino en la

¹⁵ Se conoce como *mudawana* al código familiar de Marruecos, un conjunto de normas y reglas que regulan las relaciones de los miembros de la familia y aspectos como el matrimonio, la herencia o la custodia de los hijos. Se basa en los preceptos de la Escuela Maliki del islam sunita. El primer código se aprobó en el año 1958, 2 años después de la independencia del Reino de Marruecos.

sociedad marroquí, y dio lugar a varias manifestaciones en apoyo de una u otra postura. Las más multitudinarias se llevaron a cabo en el año 2001 en Rabat y en Casablanca, la primera a favor de la reforma incluida en el Plan, organizada por asociaciones de mujeres y con apoyo gubernamental y la segunda en contra del mismo y apoyada por asociaciones islamistas como el Partido Justicia y Caridad o el Movimiento Popular Democrático. Finalmente y gracias a negociaciones directas del monarca con las distintas fuerzas sociales durante más de dos años, en 2004 se aprobó la reforma de la *mudawana*, que aunque no llegó a cubrir todas las reivindicaciones originales, sí logró incluir cambios importantes para mejorar el estatus de la mujer, como la abolición del principio de obediencia de la mujer al marido, aumentar la edad legal para el matrimonio a los 18 años, limitar la poliginia exigiendo el permiso de la primera esposa, mejorar el derecho a la propiedad para las esposas en caso de divorcio o invalidar el repudio verbal de las mujeres, entre otros (Bouyach, 2003).

El empleo del *hiyab*, es un motivo clásico de enfrentamiento entre el feminismo islamista y laico. El debate está lejos de cerrarse y mientras que para el feminismo laico el *hiyab* es el símbolo más visible de la opresión femenina, su uso se ha convertido en *casus belli* para el feminismo islámico, una punta de lanza de las reivindicaciones identitarias de las mujeres musulmanas. Este debate sobre el *hiyab* de la mujer musulmana, está plagado de referencias, noticias y trabajos académicos, que se sitúan en todas las posiciones posibles de un *cotinuuum* entre la prohibición y la libertad de uso.

Una de las mujeres cuyos trabajos se encuentran cercanos a las tesis del feminismo islámico, aunque ella rechaza el término feminista, es Sirin Adlbi Sibai (Granada, 1982). Adlbi propone decolonizar el pensamiento árabe-islamista mostrando las imposiciones coloniales que ejercen el patriarcado occidental sobre el resto de culturas y, además, redefinir los conceptos y categorías en los que el feminismo occidental basa sus argumentos, abriéndose a otros modos diferentes de entender el mundo. Para Adlbi, la imagen de mujer musulmana con *hiyab*, es una construcción mental colonial polivalente que sirve por un lado para simplificar las múltiples realidades de las mujeres musulmanas y por otro para ocultar intereses económicos y políticos de los países occidentales, utilizando la situación de la mujer de los países árabes como excusa para intervenirlos política o militarmente (Adlbi, 2017). Describe el concepto de «cárcel epistemológica» como un marco mental e imaginario que delimita quien, cómo y sobre qué se puede hablar, e incluye dentro de esa cárcel a la mayoría de los discursos sobre mujeres e islam (Adlbi, 2014). Refiriéndose a la postura de Fátima Mernissi (a quien analizaremos a continuación) sobre el uso del *hiyab*, decía:

Su posición de obnubilación prácticamente total respecto a la modernidad occidental, que la erige como modelo incuestionable... la conduce a forzar sus conclusiones según lo que ella cree más acorde

con dicha modernidad.» Y más adelante continúa: «esto solo puede hacerlo sistematizando una violencia epistémica sobre el estudio de la tradición y la historia islámicas. Mernissi se mueve a lo largo de toda su obra en conceptos extraídos de una cosmovisión cristianocéntrica y occidental. (Adlbi, 2014)

FEMINISMO ÁRABE DE TERCERA VÍA

Entre el feminismo laico y el islamista, emerge una nueva corriente con un amplio espectro de intelectuales que promueven una actualización y reinterpretación del islam, para avanzar en la emancipación de las mujeres musulmanas, pero sin abandonar el marco de la religión, aunque reinterpretando los textos sagrados. Esta corriente que se ha denominado feminismo de tercera vía, quiere encontrar el encaje de muchas de las reivindicaciones del feminismo occidental, en los países árabes mediante reformas de las estructuras políticas y sociofamiliares respetando o reinterpretando el islam. Analizaremos a dos representantes de esta corriente: Asma Lamrabet y Fátima Mernissi.

- Asma Lamrabet (1961, Rabat). Es médica hematóloga y escritora. Desde el comienzo de su carrera utiliza el término de feminismo de tercera vía para posicionarse de un lado frente a la superioridad laica del feminismo occidental y de otra frente a la ortodoxia inmovilista de los movimientos islamistas. Defiende la necesidad del diálogo y la negociación, pero con las mujeres como protagonistas. En este sentido, es escéptica en los resultados que se puedan obtener de un diálogo interreligioso, debido a que las instituciones religiosas están en manos de hombres y las mujeres no están representadas a nivel institucional. Ante la alternativa de las mujeres musulmanas al tener que elegir entre modernidad o tradición, Lamrabet escoge ambas, insiste en hacer que las mujeres tomen la palabra y elijan por ellas mismas. Critica la visión homogénea e inmovilista que en Occidente se tiene de la mujer musulmana, insistiendo en la multiplicidad de visiones y necesidades de las mujeres musulmanas en sus distintos contextos culturales y nacionales. De la misma forma que no hay una mujer musulmana sino mujeres musulmanas, tampoco hay en el mundo árabe un solo feminismo sino muchos feminismos, resultado del contexto en que se desarrolla (Lamrabet, 2011). Frente al reduccionismo del feminismo occidental que centra en el uso del hiyab, la emancipación de la mujer musulmana, afirma que: *«Para las mujeres musulmanas de hoy, el verdadero desafío es encontrar el espíritu liberador del mensaje espiritual del islam. El uso del velo no es una finalidad espiritual en sí mismo. Quienes no perciben la necesidad de llevarlo, tienen la libertad de elegir su espiritualidad de manera diferente»* (Lamrabet, 2014).
- Fátima Mernissi (1940, Fez–2015, Rabat). Escritora, historiadora y socióloga. Probablemente la mujer árabe feminista más conocida en Occidente. Ha recibido multitud de premios y reconocimientos tanto en su país como fuera del mismo,

entre otros el Premio Príncipe de Asturias en el año 2003. Analizó la relación entre el nivel educativo de las mujeres y la natalidad, mostrando en su país que las mujeres no alfabetizadas tenían como media 3 hijos más que las alfabetizadas (Mernissi, 1993). A lo largo de su amplísima obra, critica por igual tanto a los poderes políticos y religiosos de su país, como al feminismo europeo que infantiliza a las mujeres árabes y su capacidad de elección.

Por la relación directa con nuestro tema de trabajo, hay que resaltar el análisis de Mernissi sobre la cosificación de las mujeres como objeto sexual que se produce en occidente, y los modelos de belleza que impone la globalización. En su libro *El harén en Occidente* (2001), observa cómo «el estereotipo de belleza vigente en el mundo occidental puede herir psicológicamente y humillar a una mujer» y con su estilo finamente irónico, titula al último capítulo de su libro *El harén de las mujeres occidentales es la talla 38* (Mernissi, 2001).

LA «PRIVILEGIADA SITUACIÓN DE GÉNERO» DE LAS MUJERES SAHARAUIS

En este apartado hago referencia a la situación de las mujeres en los territorios del antiguo Sáhara español que en la actualidad forman parte de la RASD incluyendo por tanto los campamentos de refugiados de la región de Tinduf y los «territorios liberados» al este del muro. Se excluye en este análisis, en general, a la población que ocupa los «territorios ocupados» al oeste del muro y controlados por Marruecos.

Al igual que sucede con otros feminismos africanos y árabes, es inexacto utilizar el término feminismo para tratar la situación de las mujeres saharauis, ya que en su mayoría ellas evitan definirse a sí mismas como feministas. Sin embargo, ese rechazo al término no impide que la imagen que estas mujeres proyectan al exterior sea la de una situación privilegiada y progresista, en relación con otros países árabes y africanos, y con importantes avances en cuestión de género y de participación en los asuntos públicos y políticos. La interseccionalidad resulta esencial para estudiar la situación de las mujeres saharauis, ya que en ellas se cruzan distintas categorías como mujeres árabes, africanas, musulmanas o refugiadas.

El feminismo saharauí ha ido desde sus inicios íntimamente unido a la lucha nacionalista. El trabajo de las mujeres en la lucha por la liberación nacional ha sido muy activo y continuado desde el comienzo. Esto ha hecho que las mujeres tengan un alto grado de consideración como elemento político y social en la sociedad saharauí. Caratini (2006) distingue cuatro periodos en la situación de las mujeres saharauis: 1º periodo pre-revolucionario, hasta el año 1975, con el abandono de España del territorio. En 2º lugar un periodo revolucionario, desde 1975 hasta 1991, año en que se pacta el alto el fuego y que está marcado por la guerra. Un tercer periodo que denomina fase de latencia, desde 1991 hasta 1997, y una cuarta y última etapa posrevolucionaria, a partir de 1997 y hasta la actualidad.

Durante el período revolucionario, la situación de la guerra marcó la vida de toda la sociedad saharauí. Con el exilio de gran parte de la población hacia Argelia mientras la mayoría de los hombres permanecía en el frente, el trabajo de las mujeres fue esencial en la organización social y política de los campamentos. Las mujeres eran las responsables del reparto de las ayudas, de la organización general de los campamentos, de la atención sanitaria, del cuidado de los niños, los ancianos y los heridos en el frente, de montar las *jaimas* que constituyeron los primeros refugios y de construir edificios como escuelas y hospitales. Las mujeres saharauíes lanzaban una imagen hacia el exterior como agentes sociales empoderadas y que eran una referencia para el feminismo internacional. La misma fundadora de Los Verdes de Alemania, Petra Kelly citó a las mujeres saharauíes como ejemplo de liberación y solidaridad e inspiración para el feminismo europeo, y terminó afirmando «...y todo ello a pesar de nuestra idea de las sociedades islámicas que sugiere una imagen completamente opuesta de la mujer» (Kelly, 1992).

Desde su comienzo, el Frente Polisario incorporó los principios de igualdad y libertad en su ideario político, e hizo de la equiparación de derechos entre hombres y mujeres un signo de identidad del incipiente estado saharauí. Suprimieron antiguas costumbres tribales como la ablación del clítoris o el cebado de las niñas previo al matrimonio, se prohibió la dote que quedó reducida a un simbólico dinar, se obligó a los hombres a obtener el consentimiento de la mujer para el matrimonio, se otorgó a la mujer los mismos derechos que al hombre, incluyendo el derecho al voto, el acceso a la educación superior incluso en el extranjero o el trabajo fuera del hogar entre muchos otros logros (Juliano 1998; Medina Martín, 2015). La participación de mujeres en los distintos comités y ministerios saharauíes se veía con naturalidad, y aunque ninguna mujer llegó a ocupar un alto cargo en el aparato del Estado, sus voces se oían en las asambleas y el debate político. Rocío Medina, apunta que la situación «privilegiada de género» de la mujer saharauí se mantiene todavía hoy, aunque con matices que se analizarán a continuación, y las mujeres continúan siendo el eje sobre el que pivota la resistencia y la supervivencia del pueblo saharauí (Medina Martín, 2015).

Una muestra de esta incorporación de la mujer como elemento de la identidad nacional saharauí, fue la fundación de la Unión Nacional de Mujeres Saharauíes (UNMS) que integraba a las mujeres en el proceso de construcción nacional y que consiguió que desde el inicio muchas mujeres militaran en el partido. La UNMS se fundó en 1974, prácticamente desde el comienzo de la actividad del Frente Polisario y la iniciativa de su creación partió del Estado y no como consecuencia de las reivindicaciones feministas, como sí sucedió en otros países árabes. Esta circunstancia ha hecho que se cuestione en ocasiones la realidad de la imagen de las mujeres saharauíes como progresista y liberada, y que esto pueda obedecer más a una estrategia de propaganda política que a la verdadera situación de la mujer saharauí (Mohamed Dafa, 2014).

Después del alto el fuego y tras los años de latencia, la vida en los campamentos se va a transformar progresivamente hasta llegar a la situación actual. Tres son los factores que van a aparecer y que tendrán un impacto directo en la situación de las mujeres (Caratini, 2006):

En primer lugar, el regreso de los hombres a sus hogares. Aunque, incluso en la actualidad, en la sociedad saharaui se percibe un déficit de hombres respecto al de mujeres, la vuelta de gran parte de ellos tras el alto el fuego supuso un cambio en las estructuras que se habían desarrollado durante la fase revolucionaria. Caratini señala como la revolución trastocó el principio matrilocal tradicional de la sociedad nómada saharaui y, en consecuencia, muchos hombres encontraban extraño el hogar donde vivían con su esposa e hijos y se movían continuamente entre la casa de su madre y hermanas y su hogar familiar. Muchos hombres solteros no tenían domicilio y se veían obligados a vivir en casas de parientes o dormir a la intemperie (Caratini, 2006). Algunos de los trabajos más duros de los que se hacían cargo las mujeres, como la fabricación de ladrillos de adobe y la construcción de casas y edificios pasaron a ser labores masculinas, pero otros tradicionales de la mujer como cuidar el ganado y el hogar continuaron siendo exclusivos de las mujeres. El regreso de los hombres no tuvo una influencia negativa en la importancia social y política de las mujeres en la sociedad saharaui, ya que, como señala Rocío Medina, la implicación política que las mujeres habían tenido había alcanzado un punto de difícil vuelta atrás, y esto unido a la formación universitaria de muchas hijas que habían estudiado en el extranjero y que regresaban con renovados códigos culturales configuró una identidad de género que se mantiene en la actualidad (Medina Martín, 2015).

En segundo lugar, la desaparición de los comités políticos. Si el regreso de los hombres no disminuyó la relevancia social de las mujeres, la supresión de los comités que habían organizado la vida en los campamentos durante la época revolucionaria, hizo que ellas perdieran gran parte del sentimiento de importancia que tuvieron en esa etapa. La antropóloga francesa Sophie Caratini, ha realizado trabajos de campo en los territorios saharauis y publicado obras fundamentales para entender cómo se han transformado los roles de las mujeres refugiadas saharauis, como *La prisión del tiempo. Los cambios sociales en los campamentos de refugiados saharauis*. Caratini relata su experiencia en una de las campañas de higiene organizada por el comité de salud, observando que obedecía más a una cuestión de mantenimiento de la imagen exterior, y que poco tenía que ver con el trabajo que las mujeres debieron realizar en los tiempos duros para mantener limpios los campamentos. Las mujeres le confesaban que ya trabajaron muy duro en la época de la guerra y que ahora recurrían siempre que podían a sus familiares varones (Caratini, 2006).

El tercer factor que va a trastocar a la sociedad saharaui es la introducción del dinero. Sophie Caratini, de nuevo, apunta a que la aparición de la economía monetaria provocó el surgimiento de multitud de pequeños negocios y servicios y junto a todo ello una incipiente jerarquización económica de clase en una sociedad habituada a un igualitarismo extremo.

La obligación –más que costumbre– de compartir, tan arraigada en la sociedad saharaui desde la época del tribalismo nómada, se ha mantenido como un mecanismo de igualación social que incluso hoy en día permite atenuar esas diferencias económicas entre las familias. Las mujeres habían desarrollado unos lazos muy fuertes entre ellas durante los años de guerra y trabajo duro, y si ahora la fortuna consigue que alguna tenga algo de más tanto ella como el resto de su grupo consideraría una ofensa no compartirlo con las más necesitadas (Caratini, 2006).

La solidaridad entre las mujeres ha sido una pieza clave e indispensable para el mantenimiento de la sociedad saharaui y la cohesión familiar. Esta solidaridad femenina, recibe el nombre de *tuiza* y sobre ella observaba Francesca Gargallo que permitía a las mujeres saharauis afrontar trabajos pesados que una sola mujer sería incapaz de realizar, así como mantener sus tradiciones, compartir informaciones vitales o tomar decisiones sobre educación y participar en las decisiones de la tribu, cuando vivían en la época tribal, o sobre los órganos políticos de la RASD en la actualidad (Gargallo, 2014).

La *tuiza*, ha jugado siempre un importante papel en la economía del Sahel. Caro Baroja, en sus Estudios Saharauis, la describió como un trabajo que hacen quienes conviven en un espacio para uno de ellos que lo necesita (Caro Baroja, 2008). Aunque no le daba un carácter obligatorio a la solidaridad *tuiza*, el hecho es que todos y todas colaboraban cuando era necesario. Distinguía entre actividades de solidaridad exclusivas de mujeres como los trabajos de hilar, las exclusivas de hombres como las de esquila del ganado y otras labores relacionadas con la agricultura a las que no asignaba ninguna preferencia de género.

En definitiva, las características que configuran la situación de las mujeres en los campamentos saharauis, pueden resumirse en tres: la incorporación de las reivindicaciones de género como rasgo diferenciador frente al enemigo (el Reino de Marruecos), la participación activa de las mujeres en los asuntos públicos de la sociedad saharaui y la fuerza que las redes de alianza y solidaridad femenina tienen en el sostén de la economía de las familias y el mantenimiento de la tradición.

Es difícil pronosticar la manera en que evolucionará el feminismo saharaui y la situación de las mujeres en los campamentos, cuando llegue la pacificación completa y la estabilización política. En la RASD, feminismo y revolución han caminado de la mano desde el comienzo de la lucha, por lo que puede resultar paradójico escuchar algunas voces que alertan sobre la posible regresión de los avances conseguidos, en el caso de una pacificación completa. No hay respuesta al interrogante sobre si las mujeres saharauis estarían en su misma situación aventajada de género, si el país no estuviera ocupado. La saharaui Maima Mahamud Nayem, representante de la RASD en Suiza, advirtió recientemente sobre los riesgos de regresión de los derechos en el caso de una pacificación completa del territorio (Dauden 2020).

5. EL GÉNERO COMO DETERMINANTE DE LA SALUD DE LAS MUJERES

El problema de investigación de esta tesis, parte de la premisa de que determinados aspectos de la salud, como la obesidad, están fuertemente determinados por aspectos sociales y culturales, con un peso mayor que los factores puramente biológicos, tal como reconoce la OMS (OMS, 2018). Las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres se expresan también en el proceso de salud/enfermedad y tanto la obesidad como el sobrepeso constituyen un excelente ejemplo de problema de salud asociado al género, que afecta de forma más acusada a las mujeres. En esta sección hago un recorrido de los aspectos más relevantes para mi problema de estudio que catalogan al género como un determinante de la salud, y como la desigualdad social de entre los géneros tiene su reflejo en las desigualdades en la salud y en la salud de las mujeres en particular.

5.1. Problemas para definir los términos género y salud.

DEFINIENDO EL GÉNERO

De todas las innovaciones que el feminismo teórico ha aportado a la ciencia, el concepto de género es, con seguridad, el que ha tenido una mayor trascendencia en todos los ámbitos científicos, incluidos los estudios en ciencias de la salud. El género, como categoría analítica, ha permitido superar las interpretaciones reduccionistas del sexo como algo inmutable, natural, primario y esencializado.

Amelia Valcárcel, señala que el descubrimiento del género como construcción social se remonta a la Ilustración y es en el S XVIII, cuando se percibe que la desigualdad no es un hecho natural sino histórico (Cobo, 1995). Simone de Beauvoir aunque sin emplear aún el término género, se aproximó a su significado cuando en su obra *El Segundo Sexo* afirmaba que «ningún destino biológico, psíquico o económico define la figura que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana; es el conjunto de la civilización el que elabora ese producto... al que se califica de femenino» (De Beauvoir, 1949).

La primera feminista que utiliza el término «género» para hacer referencia a la dominación patriarcal de las mujeres es Kate Millet (1970), si bien quince años antes el sexólogo John Money adoptó dicho término, hasta entonces exclusivamente gramatical, como equivalente a identidad de género y roles de género para analizar la masculinidad o feminidad de las personas nacidas con diferentes sexos (Aranzadi Martínez, 2008).

El interés por los estudios de las mujeres se intensifica a partir de la década de los 70, durante la segunda ola del feminismo, con la incorporación de la perspectiva de género a las ciencias psicosociales. En un contexto histórico feminista caracterizado por el cuestionamiento de los anteriores paradigmas científicos y los métodos de estudio, se critican las interpretaciones androcéntricas desde las que se elaboran los trabajos

científicos. En esta época se comienzan a sacar a la luz los sesgos y estereotipos asociados al género que discriminan a las mujeres respecto a los hombres (Barberá- Heredia, 2008).

A finales del siglo XX, se multiplican los estudios de género que como los de Henrietta Moore (1994), refuerzan el concepto de sexo como propiedad biológica o como una serie de procesos biológicos, cuya existencia se considera independiente de una matriz social (Moreno Feliu, 2010). Frente a la dicotomía que estos trabajos presentan de la naturaleza frente a cultura o de sexo frente al género, surgen voces críticas que cuestionan el concepto mismo de «naturaleza», poniendo de manifiesto la fuerte carga ideológica dada por las ciencias sociales a dicho término, el cual, desde una perspectiva antropológica, está siempre definido desde la cultura ya que lo que se entiende por «natural» varía de un grupo social a otro y de una época a otra dentro de la misma sociedad (Stolcke, 2000).

En la misma línea crítica con el binarismo del sistema sexo/género se sitúa Narotzky (2005), cuando afirmaba:

Si el sexo, la sexuación y la sexualidad procreativa tienen un inexcusable componente biológico, no son, en las sociedades humanas, exclusivamente biológicos: son también sociales y culturales (...). Como conceptos, pues, sexo y género, ambos, son constructos culturales y sociales. (Narotzky, 2005)

La difuminación de la línea que separa sexo de género, aparece también en autoras como Collier y Yanagisako quienes consideran que tanto el sexo como el género son constructos culturales cuyo sentido está inserto en varias redes de significados y prácticas sociales (Moreno Feliu, 2010) o más recientemente en Judith Butler, que coincide con las tesis de Foucault, y concluye que tanto el sexo como el género son construcciones sociales que obedecen a relaciones de poder y que el género es una forma cultural de configurar el cuerpo y el sexo no existe sin un marco normativo y cultural determinado (Butler, 2006).

La traducción del término anglosajón *gender* al castellano género, ha sido conflictiva. El Diccionario Panhispánico de Dudas (RAE, 2005)¹⁶, reconoce la necesidad de emplear la palabra género, referida a personas, dentro del ámbito de los estudios sociológicos, sin embargo, considera inadmisible emplearla como sinónimo de sexo, y en expresiones como «discriminación de género» o «violencia de género» continúa defendiendo como forma correcta las expresiones discriminación por razón de sexo o violencia contra las mujeres, violencia doméstica o similares. En el mismo Diccionario se asegura que son las palabras las que tienen género (y no sexo) mientras que los seres vivos tienen sexo (y no género). La limitación del concepto de género a un ámbito exclusivamente gramatical aparece también

¹⁶ En el momento de consulta para esta tesis, la primera edición del Diccionario Panhispánico de Dudas de 2005, continúa vigente, y es la que aparece colgada en la web de la RAE.

en otros autores como Juan Ramón Aranzadi Martínez (2010), quien sostiene que se habrían evitado muchos errores si en su momento, en lugar del término género, se hubiera empleado el de «carácter», para designar las características que cada cultura asigna a cada uno de los sexos (Aranzadi Martínez, 2010).

El trabajo de Teresa Ortiz Gómez (2006) es muy útil para entender la polisemia del concepto que nos ocupa. Cuando en castellano utilizamos el término género, podemos hacerlo en referencia a dos significados:

1. Un sistema de relaciones sociales, conductuales y simbólicas que cada cultura asigna a las personas y que coloca en diferentes estatus a hombres y mujeres. Este sistema crea y define las categorías de hombre y mujer como dicotómicas y legitima las diferentes posiciones mediante todo un aparato simbólico repleto de rituales y estereotipos que contribuyen a la construcción de las identidades subjetivas
2. Una categoría científica de estudio que nos permite analizar cómo se construyen históricamente las relaciones entre hombres y mujeres y decodificar sus significados ocultos.

La categoría de género, a su vez, encierra tres dimensiones fundamentales:

1. Una dimensión estructural, relacionada con las diferentes formas de organización social y división del trabajo.
2. Una dimensión simbólica expresada mediante atributos que se asocian a los ideales de hombres y mujeres y que puede aplicarse tanto a las personas como a las cosas y conceptos abstractos
3. Una dimensión individual que afecta a la identidad personal y a la forma en éstas se identifican a sí mismas y a sus cuerpos.

A lo largo de esta tesis, emplearé el concepto más aceptado en la actualidad tanto de género como de sexo, y que se basa en el recogido por la OMS en su *Gender Equality Glossary* (UNWOMEN, 2023). De esta forma, con género hago referencia a los roles, comportamientos, actividades y atributos que una sociedad considera apropiados para hombres y mujeres. Estos atributos se construyen socialmente y se aprenden a través de los procesos de socialización. Son específicos de cada contexto histórico y cultural y son modificables. El género determina lo que se espera y se valora como positivo o negativo en mujeres y hombres en un determinado contexto cultural. El género es, a su vez, parte de un entramado sociocultural más amplio que incluye otros determinantes significativos para el análisis sociocultural como la raza, la clase económica, el grupo étnico, la edad, orientación sexual, etc.

En oposición al género, con sexo me referiré al sexo biológico, que incluye todas las características tanto genotípicas como fenotípicas que distinguen a los hombres y a las mujeres.

DEFINIENDO LA SALUD

Al igual que el género, los intentos para definir salud también encierran considerables dificultades. La definición de salud universalmente utilizada en la actualidad es la de la OMS, como la de «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad». Esta definición fue formulada en 1948, aunque sigue vigente en la actualidad. En su momento, la fórmula fue innovadora, en primer lugar, porque desarrollaba el concepto de salud de forma más ambiciosa y amplia que anteriormente y en segundo lugar porque superaba la definición negativa de la salud como ausencia de enfermedad. A pesar de que la definición ha sido objeto de críticas, nunca se ha reformulado. Desde que comenzó el presente siglo, las críticas se han intensificado (The Lancet, 2009; Jadad & O'Grady, 2008; Smith, 2008) en consonancia con los cambios en los patrones de enfermedades y el envejecimiento de la población. Un artículo aparecido en «The British Medical Journal» en 2011, cuestionando la definición de la OMS, dio lugar a la formación de diversos grupos internacionales de trabajo para reformular el concepto, cuyos resultados es previsible que aparezcan en breve (Huber *et al.*, 2011).

La mayor parte de las críticas a la definición de la OMS hacen referencia a carácter del término «completo» con relación al bienestar. La primera consecuencia, probablemente involuntaria, es la medicalización de la sociedad, ya que en sentido estricto el requisito de «completa», dejaría a la mayoría de la población como enfermas, la mayor parte del tiempo, a la vez que apoya los intereses de las empresas farmacéuticas, la tecnología médica y las organizaciones profesionales para ampliar el alcance de los sistemas de salud. Las nuevas tecnologías detectan anormalidades que tal vez nunca llegarían a derivar en enfermedades y las farmacéuticas surten al mercado de medicamentos para procesos que anteriormente no se definían como problemas de salud. Los umbrales para diagnosticar enfermedades y situaciones de riesgo para la salud, se reducen progresivamente. Son ejemplos la presión arterial, las tasas de glucemia o los niveles de colesterol en sangre. La descripción de la obesidad como enfermedad, o como la «epidemia del siglo XXI» es otro caso que se deriva de la definición vigente de salud.

Otro problema es que desde que se formuló la definición en 1948, la demografía mundial se ha transformado y los patrones de enfermedad han cambiado. En 1948, la causa de morbilidad más frecuente recaía sobre las enfermedades agudas y los procesos crónicos llevaban a una muerte prematura y tenían un menor impacto en las tasas globales de morbilidad. En las últimas décadas, por el contrario, incluso en zonas marginales del planeta como barrios pobres de la India o los campamentos de refugiados saharauis, el

patrón de mortalidad está más cargado de enfermedades crónicas (Huber *et al.*, 2011; Kanungo *et al.*, 2010). Las enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento de la población son la norma y representan la mayor parte del gasto de los sistemas de salud. En estas condiciones, la definición de la OMS es contraproducente al declarar como enfermas definitivas a personas con enfermedades crónicas o con discapacidades.

Se han hecho varias propuestas para redefinir el concepto, aunque hasta el momento la OMS no ha aceptado ninguna de ellas. La más conocida es la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, aprobada en noviembre de 1986. (OMS, 1986). La lucha contra las desigualdades, se recogía en la Carta de Ottawa, aunque limitaba las mismas a reducir la pobreza y la exclusión social, y no abordaba ni las bases sociales del proceso de salud/enfermedad, ni los determinantes sociales de las inequidades en salud. No obstante, las recomendaciones de la Carta consiguieron influir en políticas públicas, sobre todo de los gobiernos locales, que fomentaron la creación de ambientes saludables (López-Fernández & Solar Hormazábal, 2017).

Una de las propuestas más serias surgió en el marco de la Conferencia Internacional que la Organización Holandesa para la Investigación y el Desarrollo en Salud y el Consejo de Salud de los Países Bajos, organizaron en 2010 bajo el título *¿Es la salud un estado o una habilidad? Hacia un concepto dinámico de la salud*. La reunión generó un amplio consenso para transformar la actual formulación estática en una más dinámica basada en la resiliencia y en la capacidad de las personas para hacer frente a los problemas de salud y restaurar la propia integridad y equilibrio. La definición propuesta gira sobre la capacidad de las personas ante los problemas de salud para adaptarse y autogestionarse. Los participantes cuestionaron incluso si la nueva formulación debería ser una definición, porque esto implica poner límites y dotar al concepto de salud de un significado rígido. Aunque las definiciones precisas son necesarias para los estudios y trabajos de salud pública, los expertos de la conferencia holandesa, preferían reemplazar la definición por un concepto o marco conceptual de la salud (Health Council of the Netherlands, 2010).

Por todo lo anterior, el concepto de salud que utilizo en mi trabajo incorpora a la definición de la OMS una idea de salud como un proceso dinámico, que incorpora la autogestión del proceso por las personas implicadas y su adaptación a los distintos niveles de bienestar, y a la vez elimina de la ecuación el concepto de «completo bienestar» que considero utópico y poco realista.

5.2. El género como determinante de la salud

El género opera como un determinante de salud de las mujeres y los hombres a través de dos aspectos (OMS, 2011): Por una parte, la desigualdad de género es en sí misma un factor de riesgo para la salud de mujeres y niñas en todo el mundo, por lo que abordar la igualdad de género en salud permitiría mejorar sensiblemente la salud de las mujeres. Por otra parte, el desigual reparto de derechos y relaciones de poder entre los géneros, expone a una mayor vulnerabilidad a problemas en la salud en hombres y mujeres.

Tradicionalmente, los trabajos sobre el género como determinante de la salud, se han centrado en las mujeres. Aunque las condiciones de las mujeres y la igualdad de género han mejorado considerablemente a lo largo de los últimos 20 años, las mujeres y las niñas siguen estando en desventaja en relación con hombres y niños. El último informe sobre brecha de género publicado por el Foro Económico Mundial, señala que en el año 2022 la brecha global de género se ha reducido a un 68,1%, y estima que, manteniendo el ritmo actual de mejora de la brecha, se necesitarían 132 años para alcanzar la paridad total. No obstante, los datos reflejan una ligera mejora respecto al informe anterior de cuatro años de mejora (136 años hasta la paridad), Aunque la brecha global se ha reducido, el informe alerta de que la desigualdad de género en salud permanece en el año 2022, por debajo de los niveles de 2006 debido a las crisis económicas y a la pandemia COVID 19, que han afectado con mayor intensidad a las mujeres y niñas de todo el planeta. África Subsahariana ha sido la tercera región (por detrás de América Latina y Asia Central) en la que más se ha cerrado la brecha de género en salud y supervivencia, y cuenta con 11 países con plena paridad en esperanza de vida saludable (World Economic Forum, 2022).

Las diferencias y desigualdades de género en la salud se manifiestan en muy diversas situaciones. El ejemplo más conocido de lo representa la diferencia en las tasas de mortalidad de mujeres y hombres: en general las mujeres viven más que los hombres. En el año 2020, la esperanza de vida al nacer de las mujeres es de 76 años, frente a los 70 de los hombres (The World Bank, 2022). Esta diferencia de género es aún mayor para algunas causas de mortalidad como las muertes violentas, accidentes o suicidios (World Economic Forum, 2022). La brecha de género por esta «ventaja de la mortalidad» (OMS, 2015) de las mujeres se ha visto reducida en los últimos años, debida a la disminución de la mortalidad en hombres y aunque las mujeres viven más años, lo hacen con peor salud. Este fenómeno se ha calificado como «la paradoja del género» o «paradoja de la mortalidad» (García-Calvente, 2004). Las mujeres, en contraste con su menor mortalidad, expresan una mayor morbilidad, según señalan los indicadores de salud autopercibida o de discapacidad por enfermedades crónicas, especialmente en mujeres mayores. Como media, las mujeres viven con mala salud 12 años (Bambra *et al.*, 2020; García Calvente, 2004). A pesar de que algunos trabajos cuestionan la existencia de esta diferencia de género en la morbimortalidad, (Hunt,

1999) hay una coincidencia en la mayoría de la evidencia científica contemporánea de que la paradoja es real, aunque menor de lo que se pensaba anteriormente (Bambra *et al.*, 2020).

Las diferencias biológicas entre hombres y mujeres no son suficientes para explicar estas paradojas. Las evidencias muestran que en las sociedades con más equidad de género se reducen las diferencias tanto en esperanza de vida como en salud autopercebida (Hernández Valles, 2019; Bambra *et al.*, 2020). Tradicionalmente se acepta como origen de las diferencias de mortalidad y morbilidad a los roles, estereotipos y expectativas asignadas a cada uno de los géneros. Las actitudes asociadas a la masculinidad hegemónica relacionadas con el riesgo, la fortaleza y la competitividad tienen más peso que las razones biológicas para explicar las mayores tasas de mortalidad por accidentes y conductas de riesgo en los hombres, (García Calvente 2004; Sen *et al.*, 2005; OMS, 2011). Los hombres, a menudo retrasan la búsqueda de atención médica más tiempo que las mujeres y presentan peores tasas de adherencia a los tratamientos. Así, por ejemplo, en algunas regiones se ha detectado que los hombres rechazan someterse a los tratamientos de la tuberculosis porque implica evitar el consumo de alcohol durante su duración (OMS, 2011). Respecto a la mala percepción de la salud de las mujeres, no hay acuerdo en sus causas, aunque se acepta que la carga de la enfermedad crónica es mayor en las mujeres y que ellas arrastran durante toda su vida más problemas crónicos que los hombres y peor salud mental. En definitiva, ellas viven más, pero con menos salud (Borrell *et al.*, 2020).

5.3. La interseccionalidad en los estudios de género y salud

Uno de los riesgos que presentan los trabajos de género y salud es el de considerar las diferencias de género como la única causa de las desigualdades en salud o bien aislar el género sin tener en cuenta sus relaciones con otras dimensiones de opresión. Progresivamente las investigaciones en salud reconocen la importancia de factores como la clase social, la raza/etnicidad, los ingresos, el nivel educativo, la edad la orientación sexual, el estado migratorio o la geografía que interactúan con el género y moldean la salud de las personas. La interseccionalidad en los estudios de género y salud constituye un paradigma fundamental para comprender la complejidad de las desigualdades en salud (Hankvisky, 2012).

La interseccionalidad cuestiona los análisis que priorizan cualquier eje específico de desigualdad (como el género) y muestra la intrincada red de configuraciones y procesos sociales interactivos en la producción de desigualdades. Algunos trabajos realizados en Estados Unidos, advierten que los análisis enfocados en el género son problemáticos porque asumen como normativos una serie de estados sociales privilegiados de la cultura estadounidense, como la clase media, la heterosexualidad o la raza blanca (Hankvisky, 2012; Cole, 2009).

Un ejemplo de la aplicación de la interseccionalidad en los estudios de género y salud es el trabajo realizado por Pamela Collins, Hella Von Unger y Armbrister (2008) en mujeres latinas con enfermedades mentales en Nueva York. Los resultados mostraban las complejas relaciones entre género, raza, clase y el estigma de la enfermedad mental y las implicaciones que dicha red de interconexiones tiene en las relaciones sexuales y comportamientos de las mujeres y en el riesgo de VIH. Por una parte, las mujeres presentan una mayor vulnerabilidad por conductas sexuales de riesgo, como la falta de uso de preservativos, lo que aumenta el riesgo de padecer VIH. Pero por otra parte la enfermedad mental sufrida por las mujeres les permite liberarse de sus parejas masculinas abusivas y poder acceder a las ayudas del gobierno. Los hallazgos del estudio resaltan que un programa de prevención de la salud, en este caso concreto de VIH, solo puede ser efectivo si se reconocen las múltiples capas de vulnerabilidad y de recursos tanto a nivel individual como estructural, aunque sin borrar los efectos del género (Collins *et al.*, 2008).

La incorporación de la interseccionalidad en los trabajos de salud, nos obliga a reflexionar sobre nuestras propias ubicaciones sociales como investigadoras, así como los valores, experiencias e intereses que nos involucran en los problemas de investigación, incluidas las preguntas de investigación y las hipótesis planteadas. Además, debido al rechazo de cualquier ordenamiento jerárquico de las dimensiones de opresión, la aplicación de la perspectiva interseccional nos exige rechazar en el diseño de una investigación, cualquier proyecto que sugiera que determinadas dimensiones tienen mayor influencia que otras en el problema de salud a investigar (Couto *et al.*, 2019).

Sacar al género de la posición central en los diseños previos de una investigación nos permite una mayor flexibilidad y precisión para hallar las dimensiones más sobresalientes en cada etapa de la investigación (y no al inicio de la misma) ya sea en el diseño de las preguntas de investigación, en la elección de la muestra o en el análisis e interpretación de los datos. Olena Hankivsky (2012) señalaba las virtudes que los trabajos de investigación con diseños mixtos cualitativos y cuantitativos tienen para incorporar el paradigma de la interseccionalidad en los problemas de salud donde el género constituye una de las dimensiones implicadas.

5.4. Los sesgos de género en la salud

Las desigualdades de género determinan a su vez desigualdades en la salud de las personas. El concepto de sesgo, proviene de la ciencia estadística que lo describe como un error sistemático que se puede producir en cualquier etapa de la investigación y que tiene un impacto sobre la exactitud y veracidad del fenómeno de estudio. Los sesgos de género, hacen referencia a cómo los diferentes estereotipos, comportamientos y roles asignados a cada género determinan los resultados en un problema de estudio.

Los estudios sobre los efectos de los sesgos de género en la salud, se desarrollan en la década de los noventa del siglo XX, cuando aparecen grupos de investigación médica que ponen en evidencia las necesidades de salud de las mujeres, distintas a las relacionadas con el sistema reproductor. Es en esta época cuando aparecen trabajos que confirman los errores sistemáticos y la falta de rigor científico cometidos en determinadas prácticas médicas habituales hasta entonces (Silverman, 1999; Malterud, 2000; Bernard, 2018).

En 1993, la Sociedad Americana de Mujeres Médicas, define por primera vez el concepto de sesgo de género en la salud, como «la diferencia en el tratamiento de ambos sexos con un mismo diagnóstico clínico, que puede tener consecuencias negativas, positivas o neutras para su salud» (Lenhart, 1972). Esta definición coincide con la de sesgo por «doble estándar» que describió Margrit Eichler en 2002, pero sin embargo se queda corta al no incluir otros dos tipos de sesgo, que la misma Eichler ya describió como «Androcentrismo», con el que hacía referencia a la identificación de lo humano con lo masculino y por tanto invisibilizando a las mujeres, e «Insensibilidad de género» que consiste en no considerar las diferencias biológicas de ambos sexos y tratarlos como iguales —y tomando como patrón de «normalidad» el del hombre— con lo que se perpetúan las desigualdades (Eichler, 2002).

En el caso de la obesidad, las evidencias indican que no afecta de la misma manera a hombres y mujeres. Las diferencias biológicas y hormonales ligadas al sexo, así como las diferencias en las expectativas asignadas a cada género determinan diferencias en la aparición y la persistencia de la obesidad en ambos sexos. Este fenómeno, que se expondrá a continuación, constituye la brecha de género en la obesidad.

5.5. La brecha de género en la obesidad

El sobrepeso y la obesidad son enfermedades complejas y multifactoriales en la que las características biológicas de las personas interactúan con una gama amplia de variables sociales, económicas y culturales. De forma simple, aceptamos que la acumulación de grasa en el cuerpo es el resultado de un desequilibrio energético entre la ingesta y el gasto de energía. Sin embargo, tanto la ingesta como el gasto están determinados no sólo por las características biológicas, sino conductuales y ambientales que, a su vez, son el resultado de la interferencia de factores económicos, institucionales y socioculturales que operan en distintas capas (individuales, familiares, de comunidad o de población y de país) y que condicionan las decisiones de los hombres y las mujeres que determinan su peso corporal.

En España, tanto la obesidad como el sobrepeso afectan especialmente a los hombres. Los datos de la Encuesta Europea de Salud en España (INE, 2020) muestran que padecen obesidad el 16,5% de los hombres mayores de 18 años frente al 15,5% de las mujeres y que padecen sobrepeso el 44,9% de los hombres frente al 30,6% de las mujeres. No se aprecia paralelismo de género entre las cifras de obesidad/sobrepeso y la actividad física y en la

misma Encuesta, se recoge que el 40,3% de las mujeres se declaran sedentarias mientras que en hombres la cifra es de un 32,3%. Las cifras en el resto de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), recogidas en la misma Encuesta Europea de Salud, reflejan una tendencia similar a la de España, con una incidencia mayor de la obesidad en hombres que en mujeres.

Sin embargo, los datos muestran que esta diferencia entre ambos sexos se invierte en otras regiones geográficas y que la carga de la obesidad recae especialmente en las mujeres en los países en desarrollo (Kanter & Caballero, 2012). Diversos estudios demuestran que las diferencias entre mujeres y hombres son aún más acusadas en las regiones de Oriente Medio y países del Norte de África, en donde las mujeres pueden llegar a tener un 10,3% de posibilidades más que los hombres de ser obesas, en comparación con el 4% de media en todo el mundo (Kanter & Caballero, 2012; Ferretti & Mariani, 2017).

Se han ofrecido distintas explicaciones para estas brechas de género en la obesidad. Rebeca Kanter y Caballero (2012) atribuye la mayor tasa de obesidad femenina en los países de Oriente Medio a las diferencias en la práctica del ejercicio físico entre hombres y mujeres (aunque como se ha visto antes, en sociedades como la española la obesidad afecta más a los hombres, a pesar de que el nivel de sedentarismo declarado es mayor entre las mujeres). Otras explicaciones se refieren a las preferencias culturales por formas corporales regordetas en las mujeres, pero no en los hombres (Naigaga *et al.*, 2018, Rguibi & Belahsen, 2004), o a las normas culturales respecto a la priorización de los miembros de la familia cuando las calorías escasean (Egger & Swinburn, 1997; Swinburn *et al.*, 2011). También se ha documentado la importancia que las diferencias de género tienen en las dietas y el consumo de alimentos, observando una mayor ingesta de azúcares y snacks altamente calóricos en las mujeres (Azizi *et al.*, 2005).

En los últimos años han aparecido estudios que relacionan la obesidad femenina en los países de Oriente Medio y Norte de África con el nivel de empoderamiento de las mujeres, aunque la mayor parte se centran más en la desnutrición que en la obesidad. Los trabajos de Hazel Malapit y Agnes Quisumbing (2015) realizados en Ghana y en Nepal, muestran que fortalecer el empoderamiento de las mujeres dedicadas a tareas agrícolas mejora la diversidad nutricional de las familias. Los estudios de Wells *et al.*, (2012) y Garawi *et al.* (2014) desarrollados en Oriente Medio proporcionaron evidencias de que el empoderamiento de las mujeres contribuía a disminuir los niveles de obesidad y sobrepeso en mujeres y en consecuencia el diferencial entre ambos géneros. Especialmente interesante es el trabajo de Joan Costa-Font y Mario Gyori (2020) con el ingenioso título de *The Weight of Patriarchy?*, que analiza la brecha de género en la obesidad en Oriente Medio y Norte de África. Los autores analizaron los datos históricos de sobrepeso y obesidad durante un

periodo de 41 años en 190 países, 17 de los cuales constituyen la región MENA¹⁷. Los resultados indican que, aunque las diferencias de sexo en obesidad y sobrepeso como promedio se han mantenido estables desde 1975, la obesidad femenina en los países de la región MENA ha aumentado a un ritmo mucho más rápido que la obesidad masculina, lo cual lleva a una brecha mayor entre sexos (ver Figura 3). Uno de los resultados más interesantes del trabajo de Costa-Font y Gyori, se refiere a la relación entre la brecha de género en obesidad y el empoderamiento de las mujeres. Para evaluar el nivel de empoderamiento los autores emplearon indicadores como la incorporación femenina al mercado laboral y la participación de las mujeres en el sistema político de sus comunidades, y mostraron que el aumento en la autonomía y empoderamiento femenino en espacios como el hogar, el empleo y la política, afecta a la toma de decisiones de salud y específicamente disminuye las brechas de género en la obesidad de los países (Costa-Font & Gyori, 2020).

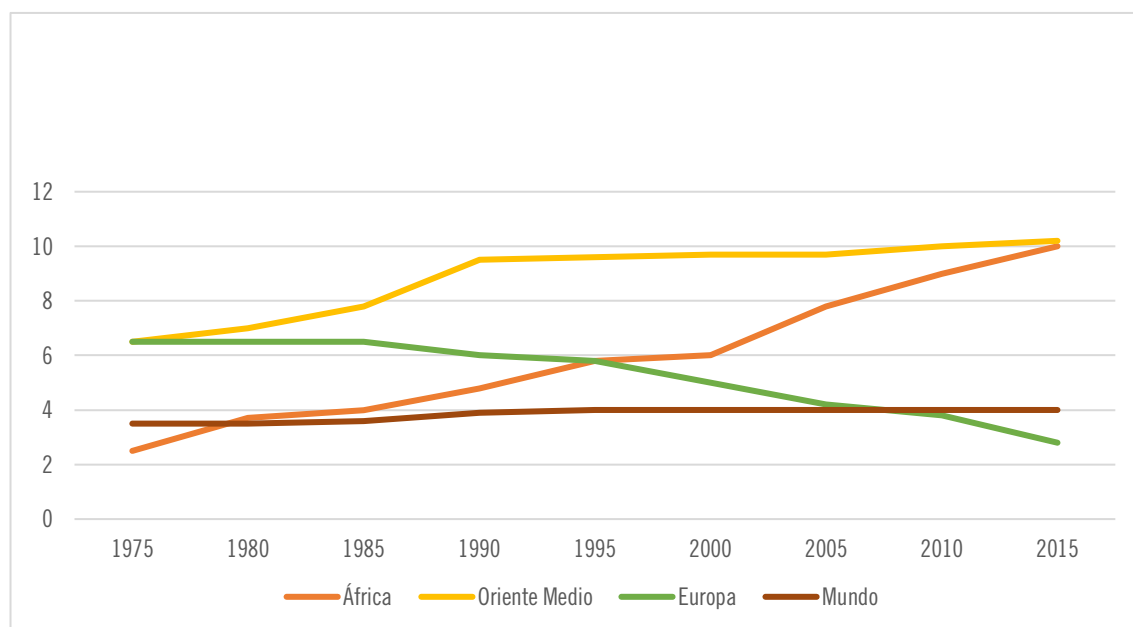


Figura 3. Evolución de la obesidad femenina respecto a la masculina en las regiones del mundo analizadas (en % de diferencia del IMC entre hombres y mujeres)

Fuente: Costa-Font y Gyori, 2020

¹⁷ Región MENA: acrónimo de Medium East and North África. Los países incluidos en la región MENA son Argelia, Bahrein, Djibouti, Egipto, Irán, Irak, Israel, Jordania, Kuwait, Líbano, Libia, Marruecos, Omán, Qatar, Arabia Saudita, Somalia, Siria, Túnez, emiratos Árabes Unidos, Cisjordania y Gaza y Yemen (Costa-Font y Gyori, 2020).

6. EL SIGNIFICADO SOCIAL DEL CUERPO

La cuestión de qué es el cuerpo y cuál es su significado, más allá de su dimensión biológica, ha estado presente en el pensamiento filosófico desde los clásicos griegos, aunque históricamente la filosofía ha interpretado el cuerpo de forma neutra y sin marcar por la anatomía sexual. Si la dicotomía naturaleza/cultura tiene su relación directa con la de cuerpo/mente y esta a su vez con lo femenino/masculino el hombre-varón ha intentado siempre olvidarse de su cuerpo para elevarse en forma de razón pura, incorpóreo por lo que a la mujer se la ha identificado con su cuerpo mucho más que el hombre-varón (Pérez-Estévez, 2008).

La mujer saharauí debería tener el rostro redondo y blanco sin manchas, la nariz chiquita, los ojos grandes pintados de negro o café-miel, los labios negros y las encías oscuras, los dientes blancos el cuello largo, el cabello lacio y largo, el tamaño del pecho mediano, las uñas finas, las manos pequeñas, sencillas, los hombros rellenos, la cintura chiquita, la cadera grande, las piernas gordas, no debe tener tobillo fino, tiene que ser todo parejo desde la pantorrilla hasta el talón, además debe tener el pie pequeño (...). Es complejo encontrar todos estos aspectos en una mujer, nadie es perfecto sino Dios. (Castaldo, 2005)

La anterior descripción, hace referencia a las características que el cuerpo de las mujeres saharauí, debe tener para ser considerada guapa y atractiva y que, hasta la fecha, aparece en la web SaharaLibre.es referenciado por Castaldo (2005) en el apartado «La construcción de la belleza femenina». He querido comenzar la sección con este relato porque el inicio del mismo ofrece una pista sobre lo que significa el dominio social sobre el cuerpo, cuando dice que la mujer saharauí «debería tener», y que encierra la obligación implícita a las mujeres para ajustar su cuerpo a un determinado modelo de belleza.

El análisis que realizó Foucault en 1975 en su obra *Surveiller et punir*¹⁸ sobre las prácticas disciplinarias ejercidas por el poder para producir cuerpos dóciles, se convirtió en la piedra angular de muchas teorías feministas que surgieron en los años siguientes. Las observaciones sobre el poder que hizo Foucault, han sido muy útiles para explorar la construcción social del cuerpo y de la feminidad y muchos trabajos posteriores han explorado la feminidad, como un artificio y cómo los actos normalizados de feminidad se entrelazan con el control social ejercido por el poder. Por ejemplo, Sandra Lee Barkty (2020) examinó las prácticas disciplinarias desplegadas sobre las mujeres que dan como

¹⁸ *Surveiller et punir* era el título de la edición original en francés. La primera edición en inglés, un año después, se tradujo como *Discipline and punish*, Ese mismo año apareció la edición en español con el título *Vigilar y Castigar*.

resultado un cuerpo que a través de sus gestos y apariencia sea reconociblemente femenino y agrupó estas prácticas en tres categorías: aquellas que se dirigen a producir un cuerpo de cierto tamaño y configuración general (cuerpos grandes o delgados, pechos grandes o pequeños, etc.), las que determinan un repertorio específico de gestos, posturas y movimientos y en tercer lugar, las prácticas cosméticas y de embellecimiento que se dirigen a la exhibición del cuerpo como superficie ornamentada.

A pesar de la reputación de Foucault dentro del feminismo, su pensamiento no se dirige específicamente a las mujeres por lo que también ha sido objeto de críticas y motivo de tensiones en el seno de la filosofía feminista. Foucault trata el cuerpo como si las experiencias corporales de hombres y mujeres no fueran distintas y como si ambas tuvieran la misma relación con las instituciones características de la vida moderna. No percibe que las prácticas disciplinarias para engendrar «cuerpos dóciles» en las mujeres son mucho más poderosas que para producirlos en los hombres (Morris, 2018; Posada Kubissa, 2015).

6.1. El feminismo y el cuerpo de las mujeres o el cuerpo del feminismo.

El cuerpo ha sido y continúa siendo, una cuestión central en la historia del feminismo. Existe una gran diversidad de explicaciones entre las teorías feministas acerca del cuerpo, pero todas suelen situarse en dos extremos ideológicos: la opresión o la liberación:

Por un lado, las teorías feministas de la «segunda ola» que interpretan el cuerpo de las mujeres como un espacio donde el poder ejerce su fuerza opresiva de formas muy variadas, y que muchas de las prácticas femeninas serían un reflejo simbólico de esas formas patriarcales de dominación y control (Bolton, 2013; Yovel, 2009; Mackinnon, 2007; Jeffreys, 2015). Por otra parte, muchas académicas representantes de las escuelas postfeministas y postestructuralistas, ven el cuerpo como una oportunidad para la liberación y defienden que feminismo debería permitir que las mujeres tomen el control de sus cuerpos sin juzgar sus prácticas (Wolf, 2013; Paglia & Vázquez, 2020).

Las posturas enfrentadas en el seno del feminismo acerca del trabajo sexual o de las prácticas cosméticas y de embellecimiento corporal, constituyen un ejemplo de la polarización de ambas posiciones. Mientras teóricas como Julie Bindel (2017) o Amelia Valcárcel (2022) ven el trabajo sexual como un acto degradante que oprime el cuerpo de la mujer, y que debería ser abolido desde los poderes públicos, feministas liberales como Michael Hardt (2020) defienden que puede ser una oportunidad de empoderamiento femenino, y una situación donde la mujer tiene el poder de decidir sobre su cuerpo o como Anne Philips (2013) que asimila el concepto de cuerpo al de la propiedad privada del capitalismo, y por tanto es cada mujer la que tiene el único y exclusivo derecho utilizarlo como desee. La declaración de Amnistía Internacional en 2021 sobre la necesidad de

despenalizar el trabajo sexual en todo el mundo, agravó aún más el cisma en el seno del feminismo sobre esta cuestión (Amnesty International, 2021).

Otro ejemplo lo constituye las distintas interpretaciones feministas de las prácticas de embellecimiento corporal. Mientras que Sheila Jeffreys (2015) las asimila con una forma de automutilación, dictadas por el dominio masculino sobre los cuerpos de las mujeres, Kathy Davis (2008) entiende esos procedimientos, incluso los más extremos como la cirugía estética, como una manera de «decidir sobre la vida y el cuerpo de cada una con nuestras propias manos» (Davis, 2008).

Aunque esa dicotomía opresión/liberación continúa vigente, en el amplio espectro de las teorías feministas, encontramos posiciones que no se ajustan a uno u otro extremo, especialmente en académicas del feminismo post-colonial que desafían las interpretaciones monolíticas del poder. Por ejemplo, Avtar Brah que reflexiona sobre los cuerpos como fronteras. Afirma que todos los sucesos que acontecen a lo largo de la vida, quedan inscritos en el cuerpo, junto a la carga histórica y cultural asociada a su género, raza, religión, etc., y si, por ejemplo, se trata de una mujer negra, su cuerpo es portador de la negritud, y tiene una historia detrás y toda una construcción simbólica de la que no se puede desprender. El cuerpo es político también, cuando a esa misma mujer la paran en un control policial sólo por el color de la piel (Castillo Cerezuela, 2018).

Un interesante trabajo que estudió el cuerpo femenino y las prácticas disciplinarias descritas por Foucault, lo realizó Amelia Morris (2018) mediante el análisis de entrevistas a mujeres afroamericanas con obesidad. Los resultados de su trabajo, pusieron en evidencia que las mujeres se sometían a dietas para para ajustar su peso, pero con pleno conocimiento de las normas culturales sobre el cuerpo. Las mujeres que hacen dieta pueden ser críticas con los relatos que rodean a los cuerpos obesos, pero a la vez se sienten felices ante la perspectiva de perder peso. Amelia llega a la conclusión de que las estructuras de poder y las practicas disciplinarias que rodean el cuerpo femenino tienen tanta fuerza y están tan omnipresentes que a menudo es imposible para las mujeres resistirse a ellas (Morris, 2018).

7. LA IMAGEN CORPORAL

7.1. Definición de imagen corporal

La imagen corporal se define como la representación mental que las personas hacen de su propio cuerpo. El proceso de (re)construcción del cuerpo en la mente, es muy complejo e incluye la percepción global de todo el cuerpo y la de cada una de sus partes. La representación mental de nuestra imagen, es el resultado de múltiples dimensiones que interactúan entre sí, y que está en continuo cambio.

La imagen corporal se construye mediante el encadenamiento de 3 componentes: en primer lugar, la percepción global de todo el cuerpo y cada una de sus partes, a continuación, la satisfacción (o insatisfacción) de cada persona con la imagen representada y por último las consecuencias que el grado de satisfacción tiene en la conducta y salud de las personas (Ramos *et al.*, 2016).

7.2. Imagen corporal y trastornos de la alimentación

Las investigaciones sobre la distorsión de la imagen corporal, han aumentado progresivamente en los últimos 20 años, y hay un consenso general en dos aspectos: en primer lugar, que las alteraciones con distorsión e insatisfacción con la imagen corporal son las responsables de la elevada incidencia de trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en la población juvenil y segundo, que las citadas alteraciones se presentan de forma más acusada en mujeres que en hombres (Cruz & Maganto, 2003; Arija Val & Canals, 2022; Ramos *et al.*, 2016). El trabajo de Eugenia Gil (2007) nos proporciona un enfoque más original en el estudio de los trastornos de la alimentación, al incorporar el punto de vista feminista en el análisis de los TCA, dando voz a los discursos de las mujeres diagnosticadas con anorexia (Gil, 2007)

Los patrones estéticos culturales, son cambiantes a lo largo de la historia y diferentes según el origen cultural y geográfico de los grupos humanos. El aumento de frecuencia de casos de TCA es un fenómeno moderno, propio de las sociedades industrializadas, y todos los estudios sobre TCA e imagen corporal evidencian que se trata de un problema específico de países occidentales (Arija Val & Canals, 2022).

Tabla 3. Prevalencia de la anorexia nerviosa y la bulimia en distintas regiones del mundo

REGIÓN O PAÍS	ANOREXIA	BULIMIA
Europa *	0,69 – 1,20	0,59 – 0,60
Estados Unidos**	1,37	2,6
Latinoamérica*	0,10	1,16
África*	< 0,01	0,87
Japón*	0,43	2,32
China*	1,05	2,98
España***	0,3	0,8

Nota: Las cifras expresan porcentaje sobre la población femenina menor de 18 años. * Van Hoeken *et al.*, 2016; ** Lindvall Dahlgren *et al.*, 2017; *** ACAB, 2021.

No hemos localizado ningún estudio que haya encontrado tasas significativas de prevalencia de TCA en países de África (tabla 3), aunque la mayoría de estudios publicados sobre TCA e imagen corporal han sido diseñados para detectar trastornos como anorexia o bulimia en la población juvenil y adolescente e ignoran otras posibles alteraciones tanto

del comportamiento alimentario como de la imagen corporal que se relacionen con ideales de belleza y patrones estéticos corporales distintos a los dominantes en Occidente.

Los estudios sobre prevalencia de los TCA en países africanos son muy escasos. Una revisión llevada a cabo en 2016 de trabajos sobre TCA realizados en África (Van Hoeken *et al.*, 2016) encontró sólo 4 estudios con datos epidemiológicos sobre anorexia nerviosa y bulimia en países de África junto a otros 9 que no evaluaron diagnósticos formales de TCA sino comportamientos dietéticos no saludables. Los autores cuestionaban los resultados de los trabajos revisados por el empleo de indicadores originalmente diseñados para los estudios en países occidentales que se emplearon sin las necesarias adaptaciones al contexto geográfico y cultural de África. Descubrieron que determinadas respuestas que se corresponden con patología alimentaria en los instrumentos de detección, no podían atribuirse a preocupaciones con la imagen corporal o el peso sino a prácticas culturales de distinto origen. Por ejemplo, el uso frecuente de los laxantes no se debía al deseo de perder peso sino al estreñimiento debido al alto contenido de hidratos de carbono de la dieta. Los autores advierten contra la aplicación transcultural indiscriminada en regiones de África, Asia y Latinoamérica, de indicadores y medidas de instrumentos construidos en países occidentales para la detección de los TCA (Van Hoeken *et al.*, 2016).

7.3. Alteraciones de la imagen corporal

Las alteraciones de la imagen corporal, aunque con frecuencia aparecen juntas, pueden manifestarse en dos niveles diferentes (Segura-Badilla, 2022):

A nivel de la percepción, que se expresa por la desviación (que puede ser sobre o infra dimensión) de las personas al estimar su tamaño corporal con precisión y que se denomina Distorsión de la imagen corporal.

A nivel cognitivo-afectivo que se expresa mediante emociones o pensamientos negativos por el aspecto físico y que se denomina Insatisfacción con la imagen corporal.

De lo anterior se deduce que la distorsión de la imagen corporal se refiere a la discrepancia entre la figura que la persona dice o imagina tener y la que tiene en realidad. Por tanto, podemos encontrar dos direcciones en la distorsión de la imagen: una en forma de sobredimensión (la persona dice o imagina tener una figura más grande de la que tiene en realidad) y otra como infradimensión (la persona dice o imagina tener una figura más delgada de la que realmente tiene).

Por otra parte, la satisfacción (o insatisfacción) con la imagen corporal, refleja el conjunto de emociones y pensamientos hacia el tamaño y forma del cuerpo. También aquí podemos encontrar alternativas en dos sentidos: La satisfacción con la imagen, que refleja sentimientos y emociones positivas con el propio cuerpo y en sentido contrario la

insatisfacción que incluye sentimientos y emociones negativas o de rechazo de la propia figura.

7.4. Métodos para estudiar las alteraciones de la imagen corporal

Actualmente disponemos de una gran variedad de instrumentos que nos permiten medir las alteraciones de la imagen corporal. La mayoría se han desarrollado para evaluar los dos componentes: el perceptivo y el cognitivo-afectivo. Cristina Cuervo, Javier Cachón, M^a Luisa Zagalaz y Carmen González (2018) realizaron una revisión sistemática de la literatura sobre los sistemas para la evaluación de la imagen corporal. Los resultados de su trabajo confirman que los instrumentos usualmente empleados para la estimación de alteraciones de la imagen corporal, utilizan escalas con figuras, siluetas o fotografías que ha demostrado ser el sistema más fácil de aplicar y permite también medir el nivel de satisfacción o insatisfacción corporal.

Las escalas de siluetas consisten en dos series de figuras, una de hombres y otra de mujeres, con una serie de tamaños, formas y pesos graduados de menor a mayor. Al aplicar el instrumento, se solicita a las personas que seleccionen la figura que estiman que mejor les representa. La desviación respecto a la imagen real permite calcular el grado de distorsión y su sentido en forma de sobredimensión o infradimensión.

Se exponen a continuación algunas de las escalas más conocidas y empleadas.

ESCALA DE STUNKARD, SORENSEN Y SCHULSINGER (1983)

Se compone de dos series de figuras cada una con 9 siluetas (femeninas y masculinas) presentadas de forma ascendente de muy delgadas a muy gruesas (ver Imagen 4).

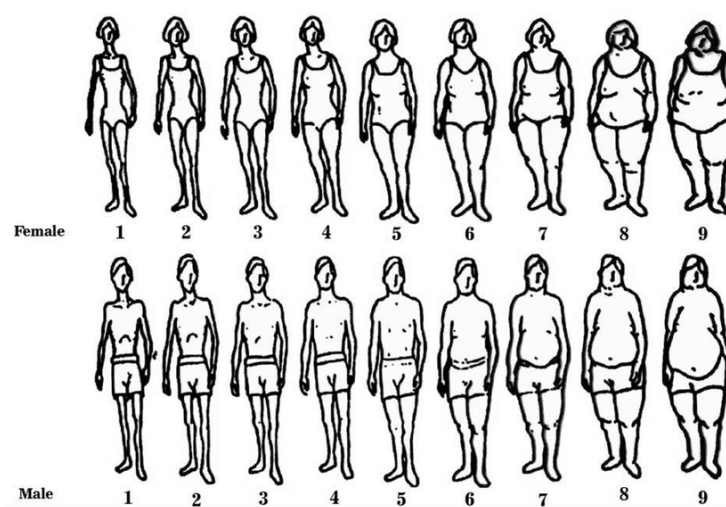


Imagen 4. Escala de siluetas de Stunkard, Sorensen y Schulsinger (1983)

ESCALA DE BELL, KIRKPATRICK Y RINN (1986)

Consta de 9 siluetas exclusivamente femeninas, igualmente graduadas de menos a más gruesas. Conocida como *Silhouette Measurement Instrument* (ver Imagen 5).

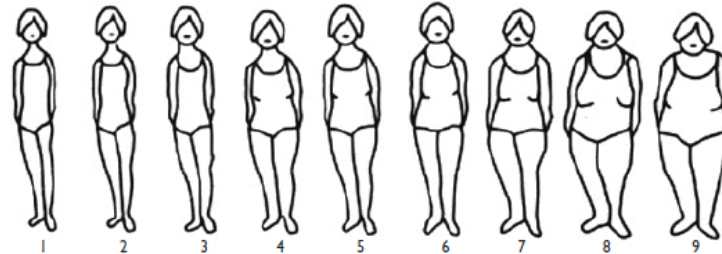


Imagen 5. Escala de Bell, Kirkpatrick y Rinn (1986)

ESCALA DE SILUETAS DE THOMPSON & GRAY (1995)

Se compone de una serie de 9 siluetas de mujeres y 9 de hombres, también de menor a mayor tamaño (ver Imagen 6). Se conoce también como *Contour Drawing Rating Scale*. Las figuras se caracterizan por incluir más detalles como cabello, ropa interior. Se diseñó para ser aplicado en adolescentes.

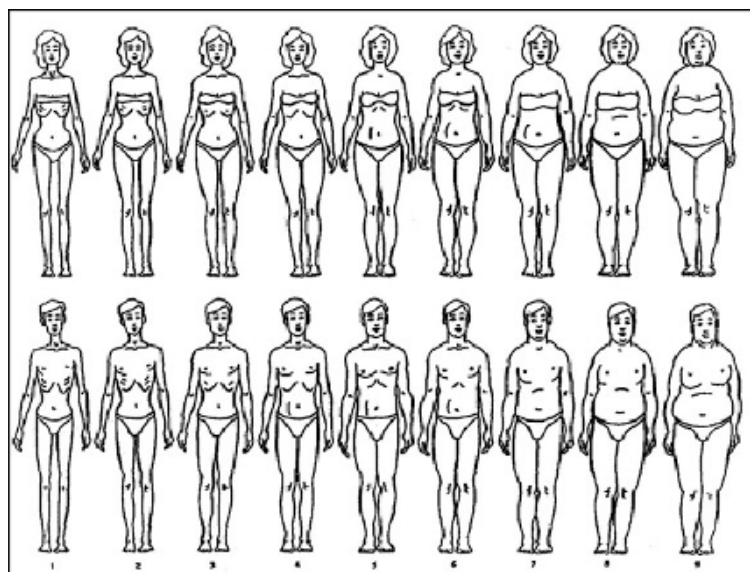


Imagen 6. Escala de Thompson & Gray (1995)

TEST BODY IMAGE ASSESSMENT (BIA) (WILLIAMSON *ET AL.*, 2000)

Tras una primera versión con escalas exclusivamente femeninas, se modificó en el año 2000 incluyendo también a hombres (ver Imagen 7). Contiene las escalas con mayor número de graduaciones: 18 siluetas para cada sexo.



Imagen 7. Test Body Image Assessment (Williamson *et al.*, 2000)

SOMATOMORPHIC MATRIX

Pope et al. (2000) evalúan las alteraciones de la imagen corporal midiendo el nivel de grasa y de musculatura. Dispone de una versión para hombres y otra para mujeres. Consiste en una matriz gráfica de 10 x 10, con un total de 100 imágenes de hombres o de mujeres, que representan distintos grados de grasa y de musculatura. Al incluir la variable de la musculatura se ha utilizado con frecuencia para evaluar el riesgo de trastorno dismórfico corporal en hombres (ver Imagen 8).

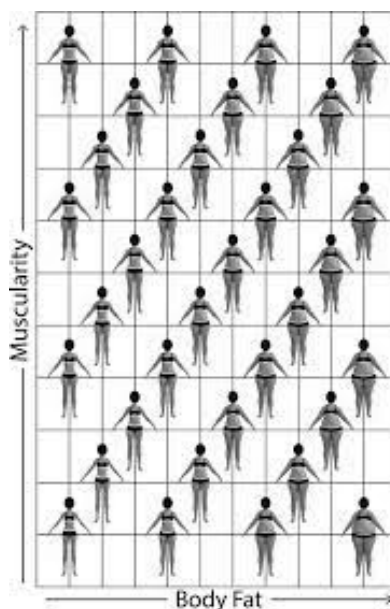


Imagen 8. Somatomorphic matrix (Pope *et al.*, 2000)

ESCALA BODY SIZE GUIDES (BSGS)

Expuesta por Harris et al. (2007), consta de una serie de 10 fotografías graduadas de menor a mayor tamaño (ver Imagen 9). Dispone de una versión masculina y otra femenina. Permite determinar la percepción del cuerpo como sano, con sobrepeso, obesidad o bajo peso. También se aplica para valorar la percepción de los cuerpos de la familia y amigos.

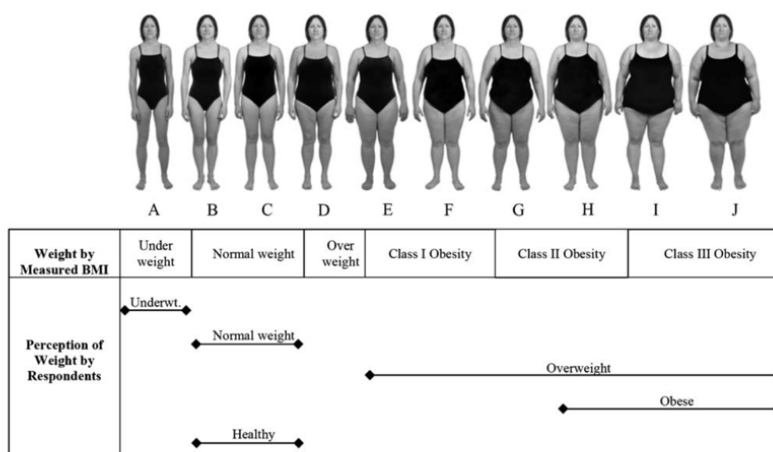


Imagen 9. Escala Body Size Guides (BSGs) (Harris *et al.*, 2007)

TEST DE SILUETAS PARA ADOLESCENTES (TSA)

Elaborado por Carmen Maganto y Soledad Cruz (2008) inicialmente pensado para evaluar el riesgo de desarrollar TCA en jóvenes y adolescentes. Valora tanto la distorsión como el grado de satisfacción con el cuerpo.

Consta de una serie de 8 siluetas para cada sexo, graduadas de menor a mayor tamaño y con muy pocos detalles. Es de fácil aplicación en la población general y permite valorar otros datos relevantes como la presión social de la familia o la pareja sobre el aspecto físico. Requiere medir y tallar a los y las participantes para calcular su IMC, que se utiliza para contrastar las respuestas de las personas y calcular el grado de distorsión corporal (ver Imagen 10).

Nombre y apellidos: _____ Sexo: ☐ Varón ☐ Mujer Edad: _____

Fecha: ____/____/____ Centro: _____ Curso / grupo: _____

► Observa con atención las siluetas que aparecen en la página anterior y responde a las preguntas 1 y 2.

	Siluetas 1	Siluetas 2	Siluetas 3	Siluetas 4	Siluetas 5	Siluetas 6	Siluetas 7	Siluetas 8
1. En cada una de las SILUETAS MASCULINAS indica si te parece delgada, normal o gorda. Pon una marca (x) en la casilla elegida sin olvidarte de ninguna silueta.	☐ Delgada ☐ Normal ☐ Gorda	☐ Delgada ☐ Normal ☐ Gorda	☐ Delgada ☐ Normal ☐ Gorda	☐ Delgada ☐ Normal ☐ Gorda	☐ Delgada ☐ Normal ☐ Gorda	☐ Delgada ☐ Normal ☐ Gorda	☐ Delgada ☐ Normal ☐ Gorda	☐ Delgada ☐ Normal ☐ Gorda
2. En cada una de las SILUETAS FEMENINAS indica si te parece delgada, normal o gorda. Pon una marca (x) en la casilla elegida sin olvidarte de ninguna silueta.	☐ Delgada ☐ Normal ☐ Gorda	☐ Delgada ☐ Normal ☐ Gorda	☐ Delgada ☐ Normal ☐ Gorda	☐ Delgada ☐ Normal ☐ Gorda	☐ Delgada ☐ Normal ☐ Gorda	☐ Delgada ☐ Normal ☐ Gorda	☐ Delgada ☐ Normal ☐ Gorda	☐ Delgada ☐ Normal ☐ Gorda

► Ahora contesta a las preguntas 3 a 8 marcando sólo una oferta en cada cuestión.

	Siluetas 1	Siluetas 2	Siluetas 3	Siluetas 4	Siluetas 5	Siluetas 6	Siluetas 7	Siluetas 8
3. ¿Qué silueta representa tu peso actual?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. ¿Qué silueta representa tu peso ideal?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. ¿Qué silueta elegirías como pareja?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. ¿Qué silueta crees que elegiría una persona del sexo contrario como pareja?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. ¿Qué silueta le gustaría a tu madre que tuvieras?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. ¿Qué silueta le gustaría a tu padre que tuvieras?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

☐ ¿Cómo más? (sin más)
☐ ¿Cómo más? (sin menos)

☐

POR FAVOR, COMPROBADA SI HAS CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS.

Imagen 10. Test de siluetas para adolescentes (Maganto y Cruz,2008)

El deseo de conseguir un cuerpo que se ajuste al modelo de belleza, ya sea un cuerpo gordo o uno delgado, produce alteraciones en la percepción y la estimación de la imagen corporal. Los estudios que relacionan los cánones de belleza, la presión social sobre el cuerpo de las mujeres y los trastornos de la conducta alimentaria causados por el deseo de ajustar el cuerpo al ideal estético son habituales en España (Cruz & Maganto, 2003; Gómez Mármol, 2013; González-Carrascosa *et al.*, 2015), y suelen realizarse a través de cuestionarios de siluetas en la población infantil y adolescente para detectar de forma precoz y prevenir los desórdenes alimentarios.

Sin embargo, la realización de este tipo de estudios en los países de África y en especial en los del Sahel y el Sahara Occidental, son muy escasos. Uno de ellos fue un estudio transversal realizado por Naigaga y otros (2018), sobre una muestra de 180 mujeres y 175 hombres saharauis, seleccionados al azar entre 18 y 80 años. Aproximadamente 48%

fueron clasificados como de peso normal, mientras que el 42% tenían sobrepeso y obesidad. Significativamente más mujeres (60%) presentaban sobrepeso y obesidad en comparación con los hombres (25%). En total, se detectó bajo peso en el 10%. En el estudio utilizaron la escala de figura corporal de Stunkard para identificar el tamaño corporal autopercebido, así como el deseado por el sexo opuesto (Naigaga *et al.*, 2018). Los resultados reflejaron una tendencia en mujeres a la infraestimación del peso de la propia imagen corporal, así como un patrón generalizado en mujeres de conseguir un cuerpo más grueso del que tenían en el momento de realizar el trabajo.

De nuevo, hay que destacar como esa presión social que genera ansiedad por conseguir el cuerpo ideal es mucho más acusada en las mujeres que en los hombres.

PREGUNTAS Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN



1. JUSTIFICACIÓN

Desde muy joven, me he preguntado acerca de la necesidad que tenemos las mujeres de resultar atractivas a los demás. Me cuestionaba si esta «obligación de gustar» la sienten por igual hombres y mujeres o si, como sospecho, afecta especialmente a las mujeres. Y esta pregunta me lleva a continuar con otro interrogante ¿hasta dónde estamos las mujeres dispuestas a llegar, por ese afán de gustar? ¿Cuántos sacrificios somos capaces de admitir en nuestros cuerpos para hacerlos más atractivos y bellos?

Existe una reciente, aunque abundante literatura científica, que trata de responder a esas cuestiones y a los problemas de salud que de ellas se derivan, como la obsesión por tener un cuerpo delgado, los diversos trastornos del comportamiento alimentario relacionados con la obsesión por la delgadez o las consecuencias que tiene en la salud femenina la dictadura de la belleza.

La mayor parte de esta producción científica se realiza en países occidentales, tomando como población de estudio a la de estas naciones, y con frecuencia son investigaciones dirigidas a analizar problemas de salud específicos de naciones ricas, cuyos resultados sirven para desarrollar programas de salud en estos países. Tanto en canales científicos como en medios de comunicación general, se observa un aumento en la difusión de problemas como la anorexia, la bulimia, problemas psicológicos en adolescentes relacionados con la insatisfacción con su cuerpo, la idealización de un cuerpo delgado como metáfora del éxito, o la obsesión por la alimentación «natural» y el ejercicio físico. Se llevan a cabo políticas de salud y de prevención, e igualmente se desarrollan instrumentos específicos para la detección y valoración de los citados problemas de salud, que suelen tener como diana a las capas más jóvenes de la población.

Muchos estudios han mostrado que esos problemas de salud asociados al deseo de un cuerpo delgado no son universales. De hecho, los ideales de belleza varían y en diversas zonas, como en algunos países de Oriente Medio o en el Magreb, se prefiere a mujeres con figuras gruesas antes que con cuerpos delgados. Sin embargo, existe una muy escasa producción científica que haya estudiado este problema en estas regiones. El reducido número de publicaciones que analizan la obesidad femenina en estas regiones suele incluirse dentro de estudios más generales sobre malnutrición en países de África o en regiones como Oriente Medio o Latinoamérica. Aún más escasos son los trabajos que estudien la obesidad de las mujeres de África, como respuesta a la presión social por ajustarse a un modelo de belleza determinado, el de la mujer «gorda». Una revisión de la literatura sobre prevalencia de los trastornos del comportamiento alimentario en países de África publicada en 2016 (Van Hoeken *et al.*, 2016) encontró tan sólo 4 estudios epidemiológicos sobre anorexia nerviosa y bulimia en países de África. Los resultados de estos estudios tienen aspectos cuestionables, porque utilizan indicadores e instrumentos

originalmente diseñados para los estudios en países occidentales que se emplearon sin las necesarias adaptaciones al contexto geográfico y cultural de África. En el estado actual de la ciencia, no conocemos en profundidad los problemas de salud que afectan estas mujeres. Tampoco sabemos con certeza, debido a la escasez de trabajos recientes, la frecuencia con que hoy en día las mujeres de estos países realizan determinadas prácticas para engordar, así como las consecuencias que estas tienen en la salud femenina.

Considero que esta escasez de estudios sobre mi problema de investigación, justifica por sí sola la realización de esta tesis doctoral. Pero si este trabajo se limitara sólo a analizar los problemas de salud que se han descrito anteriormente, asociados a la obesidad, quedaría incompleto y caería en el error de la «ceguera de género». El cuerpo de las mujeres, constituye una cuestión central en toda la historia del feminismo. Como señalaba Sandra Bartky (2020), el concepto de feminidad y la imagen de una mujer considerada bella, no dejan de ser sino las marcas visibles que las prácticas disciplinarias de la sociedad, dejan en el cuerpo de las mujeres. Los modelos de belleza, independientemente de que éste sea el de una mujer delgada o una mujer gorda, son instrumentos sociales de control que se despliegan sobre las mujeres y sus cuerpos para hacerlas más dóciles y sumisas. En el apartado sobre la brecha de género en la obesidad, incluido en la introducción de esta tesis, se han mostrado evidencias de que existe un importante sesgo de género en la obesidad, y que ésta afecta especialmente a las mujeres en los países de África. Cualquier estudio sobre problemas de salud que afecte a la morfología visible del cuerpo de las mujeres, debería desarrollarse bajo la perspectiva/marco ideológico del feminismo. La objetividad científica, por definición, debe huir de cualquier tipo de sesgo que invalide sus resultados y las evidencias han puesto de manifiesto que la incorporación de las teorías feministas en el diseño de los trabajos científicos ha logrado eliminar o al menos minimizar el efecto de los sesgos sexistas que hasta ese momento afectaban a la ciencia. En estas circunstancias, un trabajo sobre la obesidad de las mujeres, que se desarrolle bajo premisas feministas, no sólo no constituye una visión sesgada, ni ideológica de un problema de salud, sino que debe ser un trabajo con un mayor nivel de rigor científico.

Elegir a las mujeres que viven como refugiadas en los campamentos saharauis de Tinduf como mi población de estudio constituye una oportunidad ideal para poner en práctica una metodología que permita conseguir algunas respuestas a mis preguntas de investigación, por varias razones: Es una comunidad pequeña y relativamente aislada y las evidencias sugieren que las mujeres continúan sometidas a unos antiguos estándares de belleza que las empuja a engordar y tener una piel blanca. También hay evidencias de que las mujeres consumen corticoides y otros medicamentos dirigidos a ganar peso de forma rápida, sin embargo, el número de publicaciones sobre estos problemas en la población saharauí es muy escasa. Otra razón de peso, la constituye el particular modo de hacer y construir feminismo que llevan a cabo las mujeres saharauis, mediante el desarrollo y

mantenimiento de todo un entramado de redes de solidaridad, que han resultado ser esenciales para garantizar la seguridad alimentaria de la sociedad saharaui en el exilio.

En definitiva, mi pretensión con esta tesis doctoral es proporcionar alguna luz sobre un problema poco estudiado y que afecta a la salud de las mujeres que viven en situaciones de conflicto y falta de recursos, como es la obesidad cuando ésta es ocasionada por factores que resultan extraños en las sociedades occidentales como las preferencias culturales que otorgan un mayor atractivo y prestigio social a los cuerpos de mujeres gruesas, y consecuentemente analizar el precio que deben pagar estas mujeres por ajustar sus cuerpos a un modelo cultural que les es impuesto.

2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

En el desarrollo de esta tesis, pretendo dar respuesta a las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cómo afectan la obesidad y el sobrepeso a las mujeres saharauis? ¿Cuál es la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso entre las mujeres refugiadas saharauis? ¿Constituyen el sobrepeso y la obesidad un problema de salud relevante y significativo para la población saharaui? ¿La prevalencia del exceso de peso en las mujeres es significativamente distinta en el Sahara, respecto a otras regiones y países? ¿Es el peso corporal un motivo de preocupación entre las mujeres saharauis?
- ¿Cuál es el grado de satisfacción y aceptación de estas mujeres respecto al propio cuerpo? ¿Existen problemas de salud relacionados con la insatisfacción con la imagen corporal? ¿Las alteraciones en la salud que son consecuencia de la insatisfacción con el propio cuerpo, son parecidas entre las mujeres saharauis y las de países occidentales? ¿Se observa el mismo tipo de distorsión de la imagen corporal que el que los estudios señalan como propios de países occidentales?
- ¿Cómo es el ideal de belleza femenino en la sociedad saharaui en la actualidad? ¿Cuál es el modelo de cuerpo culturalmente «normativo»? ¿Persiste el modelo tradicional de belleza femenina? ¿Cuáles son elementos que determinan la concepción nativa de la belleza? ¿La representación mental de la belleza en la mujer es similar en hombres y mujeres? ¿Coinciden las preferencias sobre el atractivo físico femenino en los hombres y las mujeres? ¿Puede influir el modelo de belleza en el exceso de peso en las mujeres?
- ¿Qué hacen las mujeres saharauis para sentirse atractivas? ¿Qué tipo de dietas emplean? ¿Se siguen observando métodos tradicionales de alimentación forzada en la actualidad? ¿Se consumen medicamentos o productos medicinales para ganar

peso? ¿Qué otras técnicas y procedimientos emplean las mujeres para resaltar su belleza al resto de personas?

- ¿Cómo funcionan las redes de apoyo entre mujeres? ¿Cuánta influencia tiene en la configuración de la dieta y en el abastecimiento diario de alimentos, las redes de ayuda y solidaridad entre las mujeres? ¿Cómo se organizan las mujeres para alcanzar la seguridad alimentaria en situaciones extremas? ¿Existen formas específicas de solidaridad femenina? ¿Qué relevancia tiene en la sociedad saharaui el trabajo de las mujeres? ¿Cómo es la situación de género de las mujeres en la sociedad saharaui?

Para responder a estas preguntas he planteado un diseño de investigación mixto con triangulación de métodos cuantitativos y cualitativos cuyos detalles se expondrán en los siguientes capítulos.

Centraré mi investigación en las mujeres de los campamentos de refugiados saharauis de Tinduf. Pretendo mostrar el efecto que las relaciones del sistema sexo/género tienen en la salud de las mujeres, mediante el empleo del concepto de belleza femenina como un instrumento de control social de las mujeres. Sostengo que el cuerpo femenino es el reflejo de la dinámica cultural de los grupos humanos, y que los estereotipos de belleza tienen un impacto en la salud de las mujeres. Las hipótesis de mi trabajo son las siguientes:

- Las mujeres se encuentran obligadas a modificar sus cuerpos para que se ajusten al modelo de belleza y estético impuesto en la sociedad. En la sociedad saharaui, la imagen de la mujer grande o gruesa se considera atractiva y este puede ser uno de los motivos por los que la obesidad tiene una mayor prevalencia en las mujeres saharauis. Sostengo que la presión social sobre las mujeres para que modifiquen y ajusten su cuerpo a las exigencias estéticas, es un hecho universal, pero que se manifiesta localmente de forma diferente según las modas y gustos particulares de cada grupo humano. La obesidad femenina en la sociedad saharaui no es interpretada como un problema de salud importante por la mayoría de la población, sino como signo de belleza y reflejo del prestigio de la mujer.
- Sostengo que en las mujeres saharauis con obesidad y sobrepeso no se observan problemas de salud asociados a insatisfacción o rechazo del propio cuerpo. Presumo que en la sociedad saharaui no aparecen problemas de trastornos del comportamiento alimentario relacionados con el deseo de tener un cuerpo delgado. Por el contrario, supongo que en las mujeres saharauis aparecen problemas de salud motivados por el deseo de tener un cuerpo más grueso.
- Los problemas de malnutrición, que abarcan tanto la desnutrición como la obesidad, tienen una relación directa con la facilidad o dificultad en el acceso a la oferta alimentaria. Considero que en situaciones de conflicto y en contextos

extremos de escasez de alimentos, la solidaridad entre las mujeres constituye un elemento fundamental para la supervivencia del grupo y permite mejorar la seguridad alimentaria de las familias. En situaciones de conflicto el trabajo y el poder organizativo de las mujeres resulta esencial para el grupo, y la situación de género de las mujeres en estas circunstancias es de mayor privilegio y las relaciones de género aparecen como más igualitarias.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Estudiar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en las mujeres de los campamentos de refugiados saharauis de Tinduf, y analizar, desde una perspectiva feminista y de género los factores sociales, culturales y estéticos asociados a los estereotipos de belleza que influyen en la obesidad femenina.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir la prevalencia de sobrepeso y la obesidad en las mujeres de los campamentos de refugiados saharauis de Tinduf.
2. Analizar el nivel de aceptación y satisfacción con el propio cuerpo entre las mujeres estudiadas, así como la existencia de posibles alteraciones en la autopercepción de la imagen corporal.
3. Explorar las técnicas, usos y prácticas destinadas a conseguir un aumento de peso en mujeres saharauis, incluyendo la descripción de recursos dietéticos, métodos naturales tradicionales y empleo de medicamentos.
4. Indagar acerca de la existencia de mecanismos de control social y familiar que puedan empujar a las mujeres para engordar y comprobar la forma en que ellas aceptan o rechazan dichos mecanismos.
5. Analizar la existencia de otros factores sociales o culturales que, al cruzarse con el género, determinen las preferencias de hombres y mujeres por la figura femenina con sobrepeso u obesidad o por otros elementos de la belleza femenina.
6. Comprobar la vigencia de las redes de apoyo y alianza entre mujeres, su influencia en la mejora del acceso a una alimentación saludable que facilite el control del peso corporal, y la relevancia que tienen para garantizar la seguridad alimentaria de las familias residentes en los campamentos saharauis.

METODOLOGÍA



1. LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA DEL CONOCIMIENTO SITUADO

La introducción del empirismo feminista en la forma de hacer ciencia, provocó un auténtico terremoto en las bases teóricas en las que se sustentaba gran parte de las producciones científicas (Freedman, 2004; Garrido, 2021).

Frente al ideal positivista, la epistemología feminista ha cuestionado algunos de los principios que se pensaban intocables en la forma de hacer ciencia, como la supuesta neutralidad del investigador o investigadora en la producción del conocimiento, las pretensiones omnicomprensivas de la ciencia o la ilusión de alcanzar una objetividad pura, como resultado de la aplicación rigurosa del método científico.

Cuando se introdujo el empirismo feminista en la producción científica, en sus inicios no se cuestionaban los postulados del positivismo científico. Estas primeras investigadoras aplicaban lo que hoy se denomina «empirismo ingenuo» y consideraban que la mera inclusión de mujeres en los ámbitos científicos, como productoras del conocimiento o como objeto de investigación, podía ser suficiente para conseguir una ciencia menos sexista (Harding, 1996).

La incorporación por Sandra Harding (1996) del feminismo de punto de vista (*standpoint feminism*) en la metodología científica supuso un importante avance para superar ese empirismo ingenuo porque otorgó un lugar epistémico privilegiado a las personas que tradicionalmente no tenían acceso al poder, como las mujeres, cuyas experiencias y visiones de la realidad se revelaban como una fuente de conocimiento menos hegemónica y una alternativa al positivismo androcéntrico de la ciencia clásica (Martínez *et al.*, 2014). Sin embargo, este *privilegio epistémico* que el feminismo de punto de vista otorgaba a la voz de las mujeres, arrastraba también su carga de ingenuidad ya que presumía que los relatos y vivencias expresados por las mujeres y los sujetos marginales estaban dotados de una neutralidad que los hacía empíricamente superiores.

Paralelamente a la anterior, aparece la teoría del conocimiento situado (*situated knowledge*) desarrollada por Donna Haraway (2018). Su propuesta parte de las premisas del feminismo del punto de vista, pero critica esa supuesta neutralidad de las mujeres y defiende que todo el mundo ve e interpreta la realidad de forma parcial. Al aplicar la estrategia del conocimiento situado en una investigación es indispensable conocer la posición de privilegio desde la que observamos la realidad, porque esto influirá en el conocimiento producido. Es decir, incorporar a las mujeres y a grupos sociales marginalizados en las estrategias de investigación es prioritario, pero no porque su mera presencia les dote de un privilegio epistémico, sino porque aportan experiencias y conocimientos diferentes de la realidad que nos permiten tener una perspectiva más completa del problema de estudio.

Los principios teóricos y éticos que orientan mi trabajo al desarrollar esta tesis incorporan las premisas del conocimiento situado y se manifiestan en tres principios que dirigen mi estrategia investigadora:

1. Identificar mi propia situación, mis intereses, mi formación y en suma el contexto desde el que realizo este trabajo
2. Privilegiar los discursos y las experiencias de las mujeres en situaciones de exilio y en condiciones de vida determinadas por la escasez.
3. Estudiar problemas de salud que afecten a las mujeres.

1.1. Presentándome y ubicándome en el proceso investigador

Soy una mujer que en el momento de escribir estas líneas estoy en los 32 años, aunque cuando comencé a recoger los datos para esta tesis tenía 28 años. Nací, crecí y me eduqué en Jerez de la Frontera, una ciudad de la provincia de Cádiz que me ha proporcionado un inconfundible acento al hablar.

En el año 2010 fui admitida en la Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta, que es donde la Universidad de Granada tiene uno de sus campus. Cuatro años después, me gradué como Enfermera, cumpliendo así uno de mis sueños desde que era pequeña. Mi intención era trabajar en áreas clínicas, pero a la vez quería seguir con alguna formación que me permitiera viajar para intercambiar experiencias con otras mujeres y, si me fuera posible, trabajar también como enfermera en otros países.

En el año 2015 fui admitida en el Máster Universitario de Cooperación al Desarrollo, Gestión Pública y de las ONG's de la Universidad de Granada. En esos años estuve alternando mi trabajo clínico con el estudio y la formación del máster.

La realización del Trabajo Fin de Máster me dio la primera oportunidad de visitar los campamentos de refugiados saharauis de Tinduf. Admito que hasta ese momento yo desconocía la realidad del Sáhara Occidental y por otra parte las noticias sobre el Sáhara que daban los medios en nuestro país eran escasas, y las que aparecían, o bien se limitaban a enumerar los enfrentamientos armados entre el Polisario y Marruecos, o bien culpaban a la situación del Sáhara de los conflictos diplomáticos entre España y Marruecos.

Este primer viaje en el año 2016 a los campamentos me permitió conocer una realidad muy distinta de la imagen previa que yo había construido en mi mente. Entablar amistades con las enfermeras y los enfermeros saharauis y observar cómo realizaban su trabajo en un entorno de escasez crónica de materiales hizo que me descubriera a mí misma como enfermera y me hizo percatarme de otras formas de entender las prioridades en los cuidados de la salud. Con la ayuda de mis colegas saharauis conseguí estudiar una muestra de 70

mujeres, quienes amablemente se ofrecieron para ser talladas, pesadas y complimentar los cuestionarios de siluetas. El estudio y análisis de estos resultados me sirvieron para finalizar y presentar mi TFM.

A la vuelta a España, continué reflexionando sobre mi experiencia con las mujeres del Sáhara. ¿Era la obesidad un problema de salud, equivalente a la obesidad en los países occidentales, que afecta especialmente a las capas sociales más deprimidas? ¿Es la consecuencia de un modelo de belleza, heredado de la época de vida nómada y con una inercia que hace que persista en la actualidad? ¿Qué estrategias de supervivencia despliegan las mujeres en entornos hostiles? ¿La obesidad es vista como enfermedad en todos los lugares? Si es así, quizás deba cuestionarme el concepto mismo de enfermedad y su dimensión transcultural.

Todas estas preguntas, me animaron a continuar el trabajo que había iniciado con mi TFM y ese mismo año 2016 conseguí ser admitida en el Programa de Doctorado en Estudios de las Mujeres, Discursos y Prácticas de Género de la Universidad de Granada. Mi intención era continuar con periódicas visitas a los campamentos, ampliar la muestra de estudio, aunque centrándome siempre en las mujeres y poder finalizar con la defensa de la tesis doctoral. Por entonces no podía imaginar que una pandemia mundial atrasaría mis planes dos años.

En el año 2017, realicé una segunda visita a los campamentos, ya con la idea de la tesis y con un plan para recoger datos de una muestra mayor de mujeres y planificar las entrevistas que realizaría en una siguiente visita.

El conflicto político y la situación en el Sáhara continuaban estancados, pero la crisis económica mundial que estalló a partir del año 2010 tuvo un impacto mayor en el continente africano y muy especialmente en los campamentos de refugiados, que eran totalmente dependientes de la ayuda internacional. En esta segunda visita percibí una mayor escasez de material médico en los dispensarios, una disminución en las visitas de las comisiones médicas y de otros programas de cooperación de ONG's. Las mujeres solían hablar de la escasez de los productos básicos, y entre los hombres era común la desazón por falta de expectativas. Sin embargo, la gente continuaba realizando su vida diaria de la forma habitual. Nunca faltaba alguna amiga que me invitara a un té, y una buena charla, había bodas con sus celebraciones y fiestas, los niños jugaban al fútbol y las niñas se juntaban entre ellas para charlar o ayudaban a sus madres. La separación de espacios era estricta desde la infancia, pero en apariencia, todos y todas lo vivían con armonía y con naturalidad.

En noviembre de 2018, realicé mi tercer viaje a los campamentos. En esta ocasión me centré en realizar las entrevistas semiestructuradas que tenía programadas y que posteriormente

me permitirían completar el estudio al contrastar las experiencias y los relatos de las mujeres con los resultados de la fase cuantitativa que recogí el año anterior.

Durante este tiempo, además de los viajes a los campamentos de Tinduf, me impliqué en actividades de cooperación y voluntariado en otros lugares: En el año 2017 me desplacé a Perú donde participé como enfermera voluntaria en un hogar de acogida de madres adolescentes en situación de vulnerabilidad, y en Ceuta colaboro de forma habitual con ONG's locales que trabajan con mujeres trabajadoras transfronterizas y con personas inmigrantes acogidas en centros de la Ciudad.

Regresé a España y en el año 2019 conseguí una plaza de Profesora Sustituta Interina en la Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta donde continúo en la actualidad. El mismo centro en el que 5 años antes terminé mis estudios universitarios.

Relato todo este recorrido personal, para justificar y explicar mi situación epistémica actual. La primera vez que viajé, mi mente iba orgullosa de ser representante de un feminismo que puedo definir como hegemónico pero que estaba cargado de estereotipos especialmente hacia las propias mujeres de los países y zonas en desarrollo. Confieso que en mi mente llevaba la imagen de la mujer del «Tercer Mundo» a la que se refería Chandra Mohanty (1988), y que iba con la predisposición de ver a las mujeres como dependientes y a los hombres como opresores, olvidando que las relaciones entre hombres y mujeres son el producto de las situaciones y el contexto en el que ambos viven.

A lo largo de estos años yo misma he pasado por un proceso personal de desconstrucción y descolonización de mi mente. Cuestiono la superioridad moral de algunos paradigmas feministas occidentales que antes creía inmutables y progresivamente he ido incorporando a mi condición de mujer feminista dimensiones a las que no prestaba suficiente atención como la solidaridad entre mujeres para sobrevivir en momentos de dificultad o la importancia de las mujeres para mantener los lazos familiares.

1.2. Centralidad de las mujeres como sujetos de estudio

Como se verá a lo largo de esta tesis doctoral, mi interés se ha centrado en recoger, analizar y exponer las experiencias y las distintas situaciones relatadas por las mujeres saharauis especialmente respecto a sus concepciones sobre la belleza femenina, la obesidad o el consumo de fármacos y otros productos que influyen en la figura corporal. Aunque he recogido también testimonios y discursos de los hombres, mi intención no era indagar sobre si determinados problemas de salud o de imagen corporal afectan por igual a mujeres que a hombres, sino comprobar qué influencia podían tener esas visiones masculinas sobre las mujeres saharauis.

Los conflictos no son neutros desde el punto de vista del género. Existe un acuerdo generalizado en que las mujeres y menores en situación de refugio o exilio, sufren una mayor vulnerabilidad que los hombres. Sin embargo, mi experiencia en los campamentos saharauis me demuestra que ese planteamiento es simplista y no muestra la realidad de las mujeres que viven en los campamentos.

Las mujeres saharauis han experimentado una transformación en sus roles desde la época nómada hasta la actualidad, que ha sido mucho más intensa que en el caso de los hombres. Mientras ellos estaban en la guerra, las mujeres fueron las encargadas de la construcción y organización de los campamentos, fundaron escuelas, dispensarios de salud, guarderías y desplegaron unos sistemas de solidaridad que continúan vigentes en la actualidad y que han sido claves para la supervivencia de la población refugiada. En la mayoría de los casos en que se presenta un desplazamiento forzado de poblaciones como consecuencia de guerras, se produce una desintegración de las estructuras familiares y una transformación de los relaciones de género en perjuicio de las mujeres, sin embargo en los campamentos de refugiados saharauis, las mujeres han cargado con la responsabilidad de mantener los núcleos familiares, la solidaridad comunitaria, contribuido en la división del trabajo y participado activamente en la política saharauí (Medina, 2015)

Mi estrategia seleccionando a las mujeres como sujetos de estudio se justifica porque quiero comprobar si en el caso de las mujeres saharauis se ha producido un proceso de empoderamiento colectivo que no responde al paradigma de victimización de las mujeres en situaciones de conflicto y exilio forzado. Considero que las experiencias, narraciones y vivencias relatadas por las mujeres saharauis constituyen una visión distinta de la realidad y que no se le ha prestado la atención que merece. Estas mujeres están en una situación de «privilegio epistémico», y poder recoger sus testimonios en estos momentos de incertidumbre para el pueblo saharauí constituye también un privilegio personal y un motivo de enriquecimiento para la teoría feminista.

1.3. El «peso del patriarcado» en la salud de las mujeres

A lo largo de este trabajo voy a tratar de responder a determinadas preguntas sobre el cuerpo femenino que son motivo de preocupación y angustia para todas las mujeres del mundo, como el peso corporal, cómo nos vemos a nosotras mismas, cómo creemos que nos ven los demás. Si bien la obesidad y el sobrepeso, son problemas de salud que afectan tanto a mujeres como a hombres en todo el mundo, los determinantes que originan esos problemas no son iguales para las mujeres y los hombres.

En la introducción de esta tesis, he recogido algunos análisis que relacionan los ideales de belleza femenina con instrumentos políticos de control social para evitar el avance de las mujeres y que el concepto de belleza se utiliza como un arma de control de las mujeres (ver

capítulo Obesidad y género, el peso de la belleza en el cuerpo de las mujeres). En consecuencia, en esta tesis doctoral, analizaré el impacto que ejerce sobre las mujeres saharauis la presión social y cultural, que las obliga a ajustar sus cuerpos a unos determinados ideales de belleza y cánones estéticos, mediante un conjunto de prácticas y costumbres que tienen un impacto negativo en la salud femenina.

2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El problema de investigación que planteo presenta distintas dimensiones y cada una de ellas requiere técnicas e instrumentos de medida y análisis diferentes. Mientras que algunas variables como el peso corporal o el grado de satisfacción con el cuerpo pueden estudiarse con métodos cuantitativos, mediante mediciones antropométricas y la aplicación de cuestionarios validados, otras dimensiones que tienen que ver con aspectos como sentimientos acerca del propio cuerpo, las idealizaciones sobre lo que se considera un cuerpo atractivo, la participación de las mujeres en lo relacionado con la alimentación y otras categorías que aparecerán como relevantes a lo largo de la investigación, precisaran de instrumentos de recolección y análisis de los datos como entrevistas personales u observación participante más ajustados a una metodología cualitativa.

En la investigación, los métodos mixtos se pueden definir como cualquier combinación de metodologías y métodos que incorporan diseños de investigación y técnicas de recogida y análisis de datos cuantitativos y cualitativos con tres condiciones (Pluye, 2020):

- a) Combina al menos un método cuantitativo y un método cualitativo. Por ejemplo, medidas antropométricas, aplicación de cuestionarios validados y entrevistas semiestructuradas
- b) Cada método se aplica rigurosamente siguiendo la tradición y reglas metodológicas correspondientes
- c) Ambos métodos se integran en alguna de las fases del proceso de investigación. Los problemas abordados en las investigaciones en ciencias de la salud, suelen ser complejos y multidimensionales, por lo que el empleo de métodos cualitativos o cuantitativos, por sí solos, son insuficientes para abarcar la totalidad del problema. El uso combinado de técnicas cuantitativas y cualitativas proporciona una mejor comprensión del problema de investigación.

En los métodos mixtos, Creswell (2023) distinguía dos formas de recogida de los datos, denominadas secuencial y simultánea. En los métodos mixtos secuenciales, los datos se recogen primero en una fase cualitativa o cuantitativa, según corresponda, y los resultados de la primera fase determinaran la selección muestral y recogida de datos de la segunda fase. En un método simultáneo, los datos se recogen de forma independiente en una fase

cuantitativa y otra cualitativa que pueden coincidir o no en el tiempo. Este diseño con fases independientes de recolección se denomina también concurrente, cuando el peso de ambas fases sea similar. Por comodidad para el desarrollo de la investigación Creswell recomienda recoger los datos cualitativos y cuantitativos al mismo tiempo, y de esa forma evitar sucesivas visitas al campo de trabajo. Sin embargo, las características de mi contexto de investigación, determinadas por el desplazamiento a los campamentos de refugiados durante períodos de tiempo muy estrictos, obligan a que las fases cualitativas y cuantitativas de recogida de los datos se realizaran en distintos periodos temporales.

Los datos de ambas fases, se conectan entre sí en la etapa final de análisis. La combinación de los resultados de las fases cuantitativas y cualitativas se ajusta al modelo contemplado por Creswell, cuando no se realiza una integración pura, sino que una fase (en este caso la cualitativa) se incorpora para proporcionar información de apoyo a otra que se ha realizado con anterioridad (cuantitativa).

En mi caso, me he inclinado por este tipo de diseño, realizando una primera fase de tipo cuantitativo mediante mediciones antropométricas y aplicación de cuestionarios y una segunda fase cualitativa realizada posteriormente, cuyos resultados me sirvieron para dar sentido y explicación a los obtenidos en la primera fase. Según el esquema propuesto por Creswell, en el diseño de recogida de datos para esta tesis, la fase cualitativa se comporta como una fuente secundaria de datos respecto a la fase primaria cuantitativa. Sin embargo, el hecho de nombrar a una fase como primaria y otra secundaria no debe llevar a la equivocación de adjudicar mayor peso a una respecto a otra. Tanto en los momentos de diseño, recogida como análisis de los datos, las fases cualitativa y cuantitativa presentan un peso equilibrado, y el conjunto de datos obtenido en cada fase ha tenido una importancia similar en el análisis final.

El diseño de investigación que he elegido para esta tesis doctoral, se corresponde por tanto con un modelo de tipo mixto concurrente cuantitativo y cualitativo. En la tabla 4, se presenta la metodología aplicada para responder a cada uno de los objetivos planteados, así como los instrumentos para la recogida de datos en cada caso (Tabla 4).

Tabla 4. Metodología e instrumentos empleados para responder a los objetivos de la investigación

	METODOLOGÍA	INSTRUMENTOS
Objetivo 1	CUANTITATIVA	Mediciones antropométricas: peso, talla e IMC
Objetivo 2	CUANTITATIVA Y CUALITATIVA	Test de siluetas y cuestionarios de satisfacción y distorsión de la imagen corporal. Entrevistas personales con cuestionarios de figuras corporales
Objetivo 3	CUALITATIVA	Entrevistas semiestructuradas e individuales con preguntas abiertas
Objetivo 4	CUALITATIVA	Entrevistas individuales semiestructuradas a mujeres. Informaciones recabadas a enfermeras y enfermeros locales.
Objetivo 5	CUALITATIVA	Entrevistas individuales semiestructuradas a mujeres y hombres. Observación participante.
Objetivo 6	CUALITATIVA	Entrevistas individuales semiestructuradas a mujeres. Observaciones propias en situaciones de agrupamiento de mujeres.

2.1. Ámbito y contexto de la investigación

El presente estudio se llevó a cabo en los Campamentos de Refugiados saharauis de Tinduf (Argelia), en la *wilaya* de Auserd durante los años 2016, 2017, 2018.

Los campamentos se ubican en el suroeste de Argelia en la región denominada *hammada*¹⁹ de Tinduf y se extienden hacia el Sahara Occidental, conformado por un desierto pedregoso y dunas de arena (ver Imagen 11). Fueron divididos en 5 *wilayas* (Smara, Auserd, Aaiún, Dajla, Rabouni y Boujador) y estas a su vez en *dairas*. Las *wilayas* están separadas una de otra a una distancia de 45- 50 km salvo la de Dajla que es la más alejada, 170 km. A cada *wilaya* también se la suele denominar campamento saharauí

¹⁹ Se denomina *hammada*, a un tipo de paisaje desértico sin dunas y con aspecto de llanura pedregosa con una superficie polvorienta y árida. En árabe, el término *hammada* significa desierto. En lengua bereber, se traduce también como el vacío o la nada.

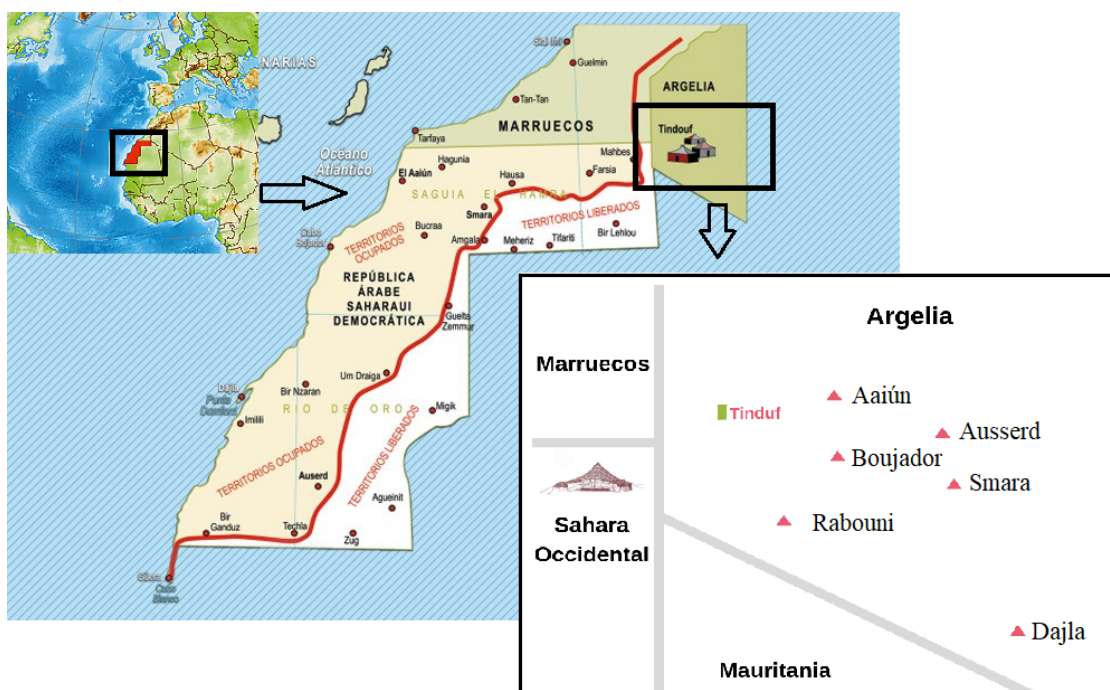


Imagen 11. Situación geográfica y distribución de los campamentos de refugiados saharauis

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de MINURSO, 2021

Cada daira se divide a su vez mediante una imaginaria estructura cruciforme en 4 barrios. En el centro de los barrios se localizan los centros administrativos de la daira, la escuela y los dispensarios de salud. La población de los campamentos, se organiza en comités que funcionan a niveles de barrio, daira y wilaya. Los comités comunes a todos los campamentos son:

- Comité de salud
- Comité de educación
- Comité de suministros
- Comité de desarrollo económico
- Comité de justicia y asuntos sociales

La capital administrativa es Rabouni, en la cual se ubican las instituciones de protocolo, los edificios de la presidencia, los ministerios y el resto de las administraciones de la RASD.

Aunque los campamentos se localizan en territorio argelino, su administración y organización es autónoma y queda por completo en manos de la RASD. Para viajar a los campamentos desde España, además del visado para Argelia, es necesaria la aprobación previa al viaje por parte de las autoridades saharauis. Los visados se obtienen en el

consulado de Argelia en España y los de autorización para visitar los campamentos se tramitan en las delegaciones saharauis de cada Comunidad Autónoma.

2.2. Población de referencia

Mujeres y hombres que residen en los campamentos de refugiados saharauis de Tinduf, wilaya de Auserd mayores de 14 años.

El censo de la población que reside en los campamentos de refugiados en la zona de Tinduf, Argelia, es uno de los asuntos que más dificultad presentan para establecer una cifra aceptada como real. El documento más reciente, disponible durante la fase de recogida de datos, es de ACNUR sobre la población refugiada saharai que cifra en 173.600 personas el total de la población en los campamentos (ACNUR, 2018).

En la Tabla 5 y la Figura 4, se presenta la distribución de la población residente en los distintos campamentos de refugiados y su perfil demográfico, según el informe ACNUR de 2018.

Tabla 5. Distribución de la población residente en los distintos campamentos de refugiados, desagregada por sexo y grupo de edad (en número de personas)

CAMPO	SEXO	GRUPO DE EDAD (en años)								TOTAL
		< 2	2-4	5-11	12-14	15-17	18-49	50-59	> 60	
Auserd	H	1000	1100	2500	900	700	9100	1200	2000	18500
	M	900	1200	2400	900	700	8900	1200	1900	18100
Boujador	H	500	700	1100	500	500	3700	600	1000	8600
	M	300	1000	1100	500	500	3200	500	700	7800
Dajla	H	300	1100	1100	500	500	4500	700	1300	10000
	M	200	1200	1000	400	500	4300	600	1200	9400
El Aaiún	H	1500	1600	3900	1600	1400	11500	1600	2800	25900
	M	1200	1300	3600	1600	1400	11300	1700	2500	24600
Smara	H	1200	1500	4100	1700	1500	11200	1500	2700	25400
	M	1400	1800	3900	1700	1600	10900	1600	2400	25300
TOTAL		8500	12500	24700	10300	9300	78600	11200	18500	173600

Fuente: elaboración propia con datos de ACNUR, 2018.

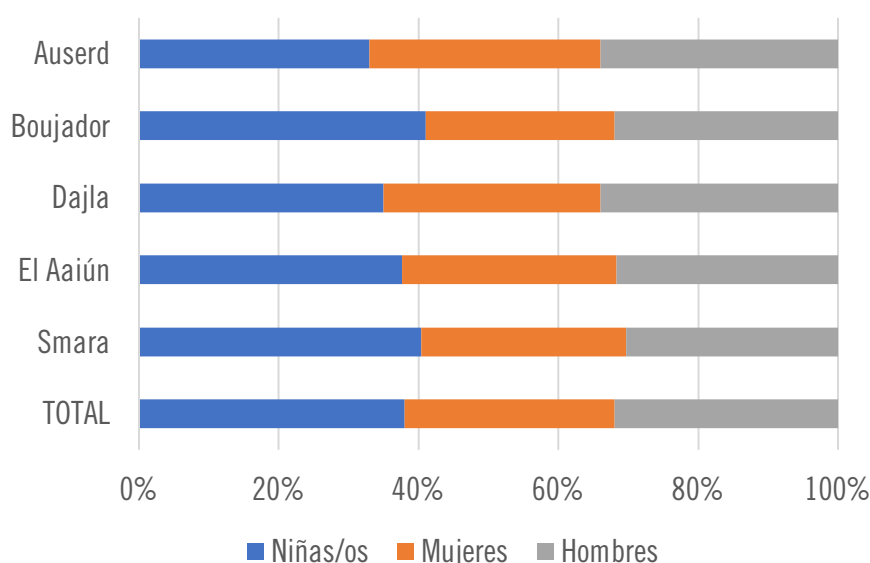


Figura 4. Perfil demográfico de la población de los campamentos de refugiados de Tinduf

Fuente: Elaboración propia con datos de ACNUR (2018)

La población se divide de forma equilibrada entre sexos con un 49% de mujeres y un 51% de hombres. Algo más de un tercio de la población (38%) tiene menos de 18 años. El grupo etario más importante es el comprendido entre los 18 y los 49 años de edad que es de 78.600 personas.

2.3. Acceso al campo

En el año 2015 me encontraba cursando el Máster Universitario de Cooperación al Desarrollo, Gestión Pública y de las ONG's, estaba buscando un tema para mi Trabajo Fin de Máster (TFM), cuando a través de colegas de profesión que habían visitado los campamentos me llegó por primera vez información acerca de cómo la obesidad suponía un problema de salud para las mujeres y las niñas en el Sáhara.

El Centro de Iniciativas de Cooperación al Desarrollo (CICODE) de la Universidad de Granada, desarrolla desde el año 2010 un proyecto de cooperación con el pueblo saharaui sobre educación y salud, denominado Fortalecimiento a la Educación Primaria de los Campamentos de Refugiados Saharauis (CICODE, 2018). El proyecto es resultado de la iniciativa de un grupo de profesorado de la Facultad de Educación y Humanidades del Campus de Ceuta.

Solicité participar en dicho proyecto y en el año 2016 fui admitida como enfermera voluntaria, lo que me permitió visitar por primera vez los campamentos.

PRIMERA VISITA A LOS CAMPAMENTOS DE REFUGIADOS; ABRIL DEL AÑO 2016

En este primer viaje, junto a las actividades a las que me había comprometido realizar en el marco de mi participación en el proyecto de cooperación del CICODE, empecé a recoger datos para desarrollar mi TFM. Tanto en este primer viaje como en los siguientes mi destino fue la wilaya de Auserd (ver Imagen 12), y ahí desarrollé todo el trabajo de recogida de datos.



Imagen 12. Vista general de la wilaya de Auserd

Fuente: fotografía tomada por la autora

El problema de investigación para el TFM se centró en comprobar si la obesidad y el sobrepeso tenían una prevalencia significativa en las mujeres saharauis. Conseguí una muestra de 77 mujeres, y gracias a la ayuda e implicación de las enfermeras y los enfermeros que trabajaban en los dispensarios de salud de la wilaya, pude realizar las mediciones del IMC y aplicar los cuestionarios para la valoración de la imagen corporal. La facilidad y sencillez con que pude aplicar los cuestionarios en las mujeres me convencieron para utilizar el mismo instrumento en las siguientes visitas. Los datos recogidos me sirvieron para realizar el TFM cuyo título fue «Obesidad, cultura e Imagen Corporal en un grupo de Mujeres Saharauis. Proyecto de Intervención en Salud».

Los resultados obtenidos y su análisis me convencieron de que la obesidad constituía un serio problema para la salud de las mujeres refugiadas saharauis y que además escondía otros problemas asociados, como dietas hipercalóricas, que constituían un factor de riesgo

para diabetes tipo 2, consumos de corticoides y productos con principios activos no conocidos pero que tenían efecto obesogénico y estimuladores del apetito. Por todo ello decidí profundizar en este problema de investigación y continuar con la realización de la tesis doctoral.

SEGUNDA VISITA A LOS CAMPAMENTOS; ABRIL DEL AÑO 2017

En esta ocasión, acudí con un proyecto más ambicioso de recogida de datos con vistas a la tesis doctoral. Pude visitar los cinco dispensarios de la wilaya de Auserd, y de nuevo gracias al apoyo y la implicación de las enfermeras y los enfermeros saharauis, conseguí ampliar la muestra de estudio. Meya, enfermera del dispensario de la daira Zug y Omar, que ese año era enfermero en el Hospital de Auserd, se ofrecieron a facilitarme la comunicación con las mujeres haciendo de intérpretes con las que no dominaban el español. La implicación y el interés que demostraron con mi proyecto hizo que conocieran a la perfección el manejo de los instrumentos de medida, y se ofrecieron a continuar las mediciones durante los meses siguientes hasta mi siguiente viaje, lo que me permitió ampliar la muestra de estudio hasta las 210 mujeres. El trabajo sirvió para fraguar una amistad entre nosotros tres que se fue intensificando con los años y que me enorgullece mantener en la actualidad.

TERCERA VISITA A LOS CAMPAMENTOS: NOVIEMBRE DEL AÑO 2018.

La recogida de datos de la fase cuantitativa de mi trabajo estaba ya finalizada. En este viaje me centré en realizar las entrevistas abiertas individuales a mujeres de la wilaya de Auserd. Gracias de nuevo a Meya y Omar, empecé a contactar con mujeres quienes, siguiendo la tradición saharai, rápidamente me invitaban a un té, ocasión que yo aprovechaba para realizar las entrevistas, grabarlas en cinta de audio y tomar notas de mis observaciones. Para evitar el sesgo de selección que supondría entrevistar sólo a mujeres presentadas por mis amigas enfermeras, le pedía a las ya entrevistadas que me presentaran algunas conocidas o familiares, siguiendo la clásica técnica de bola de nieve. Aproveché también algunas ocasiones de excepcional interés como reuniones en el Centro de Mujeres de la Wilaya, y varias celebraciones de bodas a las que fui como invitada. El material recogido de las entrevistas y mis propias observaciones ocupa un volumen importante en notas de observación, cintas de audio, fotografías y video, y constituye la fuente de datos de la fase cualitativa.

La recogida de información para la elaboración de la tesis ya había finalizado, sin embargo mis planes eran mantener al menos una visita anual a los campamentos. Por causas laborales no pude visitar los campamentos en el año 2019, y mi previsión de regresar en el año 2020, tuvo que ser aplazada por la irrupción de la pandemia COVID-19. Por entonces no podía imaginar que la espera para una siguiente visita sería tan larga.

3. MÉTOD EMPLEADO EN LA FASE CUANTITATIVA

3.1. Diseño de la investigación

Para dar respuesta a los objetivos relacionados con la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso en las mujeres saharauis se realizó un estudio descriptivo transversal con técnicas que incluyeron mediciones antropométricas para el cálculo del IMC. Estas mediciones se completaron con la aplicación de un cuestionario de imágenes corporales (Anexo 2) para determinar la existencia de tendencias generales acerca de posibles distorsiones de la imagen corporal femenina y para valorar el grado de aceptación y satisfacción con el cuerpo (Maganto y Cruz, 2008).

3.2. Población de estudio

La población de estudio fueron las mujeres mayores de 14 años residentes en la *wilaya* de Auserd durante los años en que se realizó el estudio (2016-2018).

Los datos más recientes disponibles en el momento de realizar el trabajo de campo, fueron los recogidos por el informe de ACNUR (2018) que cifra en 36.400 personas el total de la población en la *wilaya* de Auserd, de las cuales 12.700 son mujeres mayores de 14 años.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron a todas las mujeres mayores de 14 años que una vez informadas aceptaron participar en el estudio.

Se excluyeron del estudio a las mujeres con enfermedades psiquiátricas, embarazadas en cualquier mes de gestación y aquellas en las que observamos problemas para la comprensión de los ítems del cuestionario. El total de exclusiones fue de 2 mujeres por motivo de embarazo en el momento del estudio.

3.4. Selección muestral y captación de participantes

La ciencia estadística recomienda el muestreo probabilístico como el mejor método para explicar los resultados de un estudio ya que garantiza que la selección será aleatoria e imparcial, será representativa de la población y presenta un menor margen de error muestral. Sin embargo, para poder realizarlo es imprescindible acceder a una lista completa y actualizada de todos los miembros de la población de estudio.

Las características del entorno de los campamentos hacían imposible llevar a la práctica un muestreo con técnicas aleatorias por varias razones: en primer lugar, no disponíamos de un padrón ni listado actualizado de las mujeres residentes en la *wilaya* en el que poder aplicar una selección aleatoria. Si bien otra posibilidad sería la selección aleatoria sobre las casas y jaimas, esta opción tampoco resulta práctica porque era necesario tener un mapa

actualizado de la wilaya, con la localización de los hogares, que tampoco existe y además hay una permanente destrucción y construcción de casas y jaimas.

La posibilidad de llevar a cabo las mediciones en las casas de las familias tampoco es factible, por las condiciones urbanas y sociales del lugar. Desplazarnos significa también desplazar la báscula de casa en casa y además, las diferentes tareas de las mujeres tanto dentro como fuera del hogar harían muy difícil encontrarlas en la casa y en disposición de participar en el estudio.

Por estas razones, la selección muestral se realizó de forma no aleatoria, según los criterios de muestreo intencional.

Las mediciones y la aplicación de cuestionarios se realizaron en una sala cedida de los dispensarios de salud de cada daira, a grupos de mujeres que eran avisadas por las enfermeras, mediante un sistema de megafonía. Para minimizar un potencial sesgo de selección, opté también por avisarlas a través de colaboradores ajenos al sistema de salud local. La comunicación boca-oído es el sistema más eficaz de difusión de las noticias en el desierto, y en muy poco tiempo, todas las mujeres de la daira ya sabían cuando podían acudir al dispensario para participar en el estudio.

En otras ocasiones, aparte de los dispensarios, se dispuso del local de la Asociación de Mujeres y también de una sala en el Hospital de Auserd, que nos facilitaron para continuar con el trabajo.

Tanto para la selección de las mujeres como las posteriores mediciones y análisis de las mismas se contó con la participación de las enfermeras y los enfermeros locales a quienes se explicó previamente el estudio y los instrumentos de medición.

Para calcular el tamaño muestral, utilicé la calculadora GRANMO (2012) un programa de software libre desarrollado por el Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques de Barcelona. Los datos para estimar el tamaño de la muestra fueron los siguientes:

Población de referencia: 12.700 (número de mujeres mayores de 14 años, que residen en la wilaya de Auserd según los datos del informe de ACNUR (2018).

La estimación de la proporción en la población se fijó 0,54 (basado en una estimación de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en las mujeres del 53,7 %, según los datos publicados en el estudio de Carlos Grijalva (2012). Se determinó un nivel de confianza 95%, con una precisión de +/- 10 unidades porcentuales.

La muestra final del estudio estuvo compuesta por 210 mujeres. La edad media de las mujeres de la muestra era de 34,2 años con un mínimo de edad de 14 y un máximo de 80 años.

Los datos descriptivos de la muestra final de estudio se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6. Datos descriptivos de la muestra de estudio: Número total de mujeres incluidas, estado menopausia, estado civil y número de hijos o hijas

		Frecuencia (número casos)	Porcentaje sobre el total
Número total de mujeres		210	
Menopausia	SI	33	15,7 %
	NO	177	84,3 %
Estado Civil	Casadas	124	59 %
	Solteras	74	35,2 %
	Divorciadas	11	5,2 %
	Viudas	1	0,5 %
Número de hijos/as	0	88	41,9 %
		28	13,3 %
	1	34	16,2 %
	3	23	11 %
	4	10	4,8 %
	5	8	3,8 %
	6	12	5,7 %
	7	5	2,4 %
	8	2	1 %

3.5. Variables de estudio

Las variables analizadas fueron las siguientes:

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Edad.: en años. Los datos se aglutinaron en 5 categorías de grupos de edad (< 20 años; 21- 30 años; 31- 40 años; 41- 50 años y > 60 años)
- Número de hijos/as: Número total de hijos e hijas por mujer. Se excluyen abortos y los fallecimientos antes del año de vida
- Estado civil: Se preguntó por el estado civil en el momento del estudio: Soltera; Casada; Divorciada/Separada; Viuda; Otros
- Menopausia: Se solicitó a las mujeres que marcaran SI, en el caso de presentar estado de menopausia o NO, en caso contrario.

VARIABLES DEPENDIENTES

- Índice de Masa Corporal (IMC): Se calculó mediante la fórmula peso/talla² y los datos se agruparon siguiendo los criterios de la OMS (2018) y el consenso de la SEEDO (Salas-Salvado *et al.*, 2007).
- Índice de distorsión de la imagen corporal (TS-D): mide el grado de desviación perceptiva que presenta la persona sobre su propia imagen corporal (Maganto y

Cruz, 2008). Este índice representa la dimensión de la diferencia entre la silueta que la persona percibe como representante de su peso actual y la silueta que corresponde en función a su IMC. Para asignar la silueta que corresponde a cada persona en función de su IMC, el cuestionario previamente asigna a cada intervalo de IMC su correspondiente silueta. El valor 0 del TS-D indica que no hay distorsión de la imagen corporal, la silueta elegida por la persona se corresponde con la asignada por el sistema según su IMC. Los valores negativos muestran que el sujeto ha elegido una silueta más delgada de lo que le corresponde. Por el contrario, los valores positivos indican que ha seleccionado una silueta más gruesa de la que le pertenece.

- Índice de insatisfacción de la imagen corporal (TS-I): calcula la diferencia entre la imagen corporal que la mujer desearía tener con la que cree tener en la actualidad, por lo que valora el grado de satisfacción de la persona con su cuerpo en el momento de aplicación del cuestionario. El mayor grado de satisfacción se obtiene cuando las respuestas tienen un valor cero o cercanas al mismo. Los valores negativos revelan que las mujeres desearían estar más delgada y los valores positivos muestran que desearía estar más gruesa (Maganto y Cruz, 2008).

3.6. Instrumentos para la recogida de datos

PESO Y TALLA

Todas las mujeres fueron pesadas y talladas para determinar el IMC. Las mediciones se realizaron a la misma hora de cada día y con el mismo instrumento de medida. Se empleó una báscula digital modelo 7810 de la casa SOEHNLE con una precisión, según ficha técnica del fabricante de ± 100 gr. Para medir la altura se empleó una cinta métrica de 200 cm. adherida a la pared como tallímetro. A las mujeres sólo se les solicitó que se descalzaran para determinar tanto peso como la talla.

IMAGEN CORPORAL

Para la valoración del modelo estético corporal preferido por las mujeres, se empleó el cuestionario para el estudio de los índices de distorsión y de insatisfacción con la figura corporal (Imagen 10). Dicho cuestionario se basa en el Test de Siluetas de Maganto y Cruz (2008).

Las autoras diseñaron este cuestionario para la detección precoz de los trastornos del comportamiento alimentario, sin embargo numerosos estudios han comprobado que la alteración de la imagen corporal no sólo está presente en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria sino que también se observa en la población general (Aguirre-Loaiza, 2017; Arenillas, 2011; Moscoso Salazar, 2011) por lo cual este cuestionario permite evaluar el modelo estético corporal de las personas a las que se aplica padezcan o no algún tipo de

TCA, así como las preferencias sobre el modelo estético corporal de las potenciales parejas y progenitores.

Las ventajas que presenta este cuestionario y por lo que se decidió a utilizarlo en el presente estudio, son su brevedad, sencillez, la posibilidad de aplicarlo colectivamente y la facilidad para entrenar a las enfermeras y enfermeros locales para su aplicación en las mujeres que se incluyeron en la muestra.

No he localizado estudios previos que apliquen algún tipo de cuestionario mediante imágenes en la población refugiada saharauí, ni en países africanos. Tampoco he encontrado diseños de cuestionarios específicos para poblaciones con preferencias estéticas hacia el cuerpo distintas del modelo occidental. El cuestionario que finalmente he elegido sí se ha aplicado previamente en estudios sobre trastornos de la imagen corporal en grupos poblacionales marginados, realizados en escuelas o institutos, sin embargo éstos se encontraban en países occidentales o de Latinoamérica (Peris *et al.*, 2016; Arenilla Juanas, 2012; Cruz & Maganto, 2003).

El cuestionario está compuesto por 8 ítems que evalúan diferentes aspectos de la imagen corporal todos ellos referidos a las siluetas que aparecen en el test. En total se utilizan 16 siluetas distribuidas en dos filas, 8 siluetas de varones y 8 siluetas de mujeres. Las siluetas están ordenadas de izquierda a derecha y muestran un incremento del tamaño corporal en anchura, pero no en altura, con relación al incremento de peso (Anexo 2).

3.7. Procedimiento de recogida de datos

Los datos fueron recogidos desde abril del año 2016 hasta abril de 2018.

Debido a la imposibilidad de utilizar medios de comunicación como líneas telefónicas o correos electrónicos, el llamamiento para participar se realizó mediante un sistema local de avisos a través de altavoces. Los mensajes de llamada fueron transmitidos por la enfermera de cada dispensario en la lengua local.

Conforme iban llegando las mujeres se las reunía en la sala del dispensario. Una vez completado un grupo de 10-20 mujeres, se procedía a las presentaciones, información sobre los objetivos de la reunión, explicación sobre los procedimientos de medición del peso y talla, así como una breve explicación sobre el cuestionario que deberían rellenar.

Mientras yo pesaba y tallaba a cada una de las mujeres, el resto cumplimentaba el cuestionario con la ayuda de la enfermera local para la traducción cuando era necesario, ya que solo el 20% de las mujeres de la muestra dominaban el castellano.

Una vez finalizada la recogida de datos de cada grupo de mujeres, aproveché la presencia del grupo de mujeres para impartir una charla de educación sanitaria con algunos consejos

para prevenir problemas de salud asociados a la obesidad femenina e infantil con una duración de 15 minutos. Los contenidos de la charla habían sido previamente pactados con la enfermera del dispensario.

Durante estas reuniones conseguí también recoger una valiosa cantidad de información que me permitió enriquecer los datos que utilizaría posteriormente en la fase cualitativa. Al finalizar las reuniones se obsequió a las mujeres con un desayuno saludable.

3.8. Procedimiento de análisis

Los datos se recogieron en una tabla Excel y se analizaron con el programa estadístico SPSS.

Se analizaron las relaciones entre las variables IMC y grupo de edad con los índices de distorsión y satisfacción corporal. Para determinar las relaciones entre las variables se aplicó la prueba del chi-cuadrado y el análisis de varianza (ANOVA) considerando una correlación cuando la significación era $<0,05$. Además, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para determinar tanto la fuerza como el sentido (negativo o positivo) de relación entre las variables.

4. METODOLOGÍA EMPLEADA EN LA FASE CUALITATIVA

4.1. Diseño de la investigación

Al finalizar la recogida de datos de la fase cuantitativa y tras un análisis de sus resultados, se procedió a diseñar el tipo de estudio que constituiría la fase cualitativa de la investigación. Los hallazgos y las revelaciones que surgieron de la fase cuantitativa, se utilizaron para describir las áreas temáticas que permitieron elaborar un primer guion de las entrevistas semiestructuradas que se aplicarían en esta segunda fase, durante la siguiente visita a los campamentos. Para la elaboración de las áreas temáticas, además de los hallazgos surgidos de los resultados de la fase anterior, se utilizaron también informaciones recabadas a través de las conversaciones con las enfermeras y los enfermeros de los dispensarios recabadas durante las diferentes visitas. Todo el conjunto de información se completó con las aportaciones teóricas obtenidas en la revisión de la literatura que forma parte del marco teórico, para construir una jerarquía de áreas temáticas que conforme avanzara la investigación, se irían transformando en las categorías y subcategorías de análisis definitivas.

4.2. Población de estudio

El trabajo de campo de la fase cualitativa se realizó en la wilaya de Auserd, uno de los cinco campamentos de refugiados saharauis localizado en la región de Tinduf (Argelia), durante el mes de noviembre del año 2018. La población de estudio fueron mujeres y hombres mayores de 18 años de edad y residentes en la *wilaya* de Auserd durante el año 2018.

4.3. Criterios de inclusión y exclusión

Las condiciones que deberían tener las personas para ser incluidas en la muestra final de estudio fueron las siguientes:

1. Residencia habitual en la wilaya de Auserd.
2. Mayor de edad (> 20 años).
3. Dominio básico de la lengua española.

Criterios de exclusión de la muestra final:

1. Haber sido incluidas en la muestra de estudio de la fase cuantitativa de abril 2017.
2. Haber asistido a las charlas de educación para la salud que se desarrollaron en abril de 2017.
3. Presentar ninguna enfermedad o problema de salud en los que la obesidad fuera factor de riesgo o desencadenante (Síndrome metabólico, hipertensión arterial, diabetes tipo 2, insuficiencia cardíaca o problemas osteoarticulares en miembros inferiores).

La muestra final debería cumplir las siguientes condiciones:

1. Equilibrio entre mujeres casadas y solteras.
2. Equilibrio entre mujeres con y sin hijos/as.
3. La proporción de mujeres y hombres en la muestra final sería de 2:1. El objetivo de la investigación era acercarse al punto de vista y problemas de salud de y en las mujeres. La inclusión de hombres en la muestra tuvo la finalidad de indagar en esas cuestiones a través de la mirada de los hombres seleccionados. En ningún caso era un objetivo comparar o contrastar las características del problema de estudio en hombres y en mujeres.
4. Edad de las mujeres: como los resultados de la fase cuantitativa mostraron que algunos de los problemas de estudio como el nivel de insatisfacción con el cuerpo, afectaba más al grupo etario de los 21 a los 30 años, se decidió que al menos el 80% de las mujeres seleccionadas estuvieran en ese rango de edad.

4.4. Selección muestral y captación de participantes

Para seleccionar a las personas que se incluirían en la muestra final se optó por la técnica de muestreo en cadena, también denominada en avalancha o en bola de nieve. Esta técnica es la que mejor se adapta para los estudios realizados en poblaciones de difícil acceso o con

limitaciones debidas al pobre conocimiento de la distribución de los hogares en el campo de estudio (Amezcuza & Carricondo Guirao, 2000).

El muestreo en cadena presenta varias ventajas: tiene un menor coste en medios y en tiempo que otras técnicas, hace más sencillo el proceso de presentación de las personas que se van a incluir en la muestra para ser entrevistadas y permite establecer una relación de confianza con ellas. Además, facilita el proceso para especificar las características que se desean en nuevos participantes.

El procedimiento del muestreo en cadena también tiene sus limitaciones: en primer lugar, el restringido número de participantes en la muestra debido a la limitada red de contactos, y en segundo lugar las dudas sobre el sesgo inducido porque las opiniones de los y las participantes que se van integrando puedan estar influidas por informantes clave o las personas que los invitaron a participar. En mi caso, ambas limitaciones se minimizaron iniciando el proceso de reclutamiento desde 4 informantes diferentes, que me permitieron acceder a una muestra final integrada por personas reclutadas desde distintos orígenes.

El procedimiento para contactar con cada persona que se incluyó en la muestra final consistió en primer lugar en una explicación por mi parte a los informantes clave de las características que buscaba en la persona para entrevistar. Una vez que el o la informante me proponía presentarme a quien reunía las características, concertaba una primera reunión de presentación que podía realizarse en el domicilio de la persona o en otro lugar decidido por ella. Esta primera reunión era más informal y en ella en primer lugar me presentaba y le explicaba el motivo y los objetivos de mi trabajo. Este primer contacto me servía para conocer su grado de colaboración y disposición a hablar, el nivel de dominio de la lengua española, que, en algunos casos, haría necesario el apoyo de una intérprete durante las entrevistas.

El primer contacto también me servía para despejar dudas sobre si conversar sobre determinados temas relacionados con los objetivos de mi estudio podía ser causa de reparo o vergüenza. Si apreciaba cualquier duda en este sentido, rechazaba incluir a la persona en la muestra final. Creo preciso señalar que tanto las personas que accedieron a ser entrevistadas como yo misma, somos «invitadas a participar». Ellas, al acceder a formar parte de mi estudio y yo al permitirle ellas acceder a sus hogares y a sus opiniones y experiencias. La aceptación de las personas en un estudio de este tipo, la considero una condición conceptual y éticamente imprescindible y que debe ir más allá del mero consentimiento informado por escrito. Como señalaba Marzano (2007), en investigación cualitativa, la invitación a participar no es el equivalente al consentimiento informado de otras investigaciones epidemiológicas. Informar sobre los propósitos de una investigación no implica necesariamente un respeto sensato a las intenciones, miedos o rechazos de las personas implicadas (Marzano, 2007).

Una vez decidida la inclusión de la persona en el grupo de entrevistadas, procedíamos a concretar la fecha y hora de su mejor conveniencia para el desarrollo de la entrevista individual.

4.5. Diseño muestral

El tamaño final de la muestra se determinó una vez que se alcanzó la saturación de la información recogida. Se entiende por punto de saturación, el momento en el que cada entrevista u observación adicional no proporciona nuevos elementos que añadir a los ya recogidos (Amezcuza & Carricondo Guirado, 2000).

Una de las consecuencias del muestreo en cadena y de la limitación por el punto de saturación, es que el tamaño muestral no se conoce con exactitud al inicio de la investigación, sino cuando ésta ha concluido. El diseño de la selección muestral orienta sobre la forma de reclutamiento de participantes, pero su inclusión se va realizando de manera paulatina según los hallazgos que van apareciendo en el trabajo de campo. Muchos especialistas, advierten que en el resultado final de una investigación cualitativa la riqueza de los datos proporcionados por los participantes y por un detallado procedimiento de observación, tienen más peso que el tamaño final de la muestra (Martínez-Salgado, 2012; Zarco *et al.*, 2019).

La previsión al comienzo de la investigación, fue que la muestra final estuviera compuesta por 12 mujeres y 3 hombres. Este número era una previsión, ya que como he referido anteriormente el tamaño muestral definitivo sólo se conocería al finalizar la fase de recogida de los datos. La previsión del tamaño muestral se hizo en función a dos razones de tipo práctico derivadas de las limitaciones del entorno de trabajo: En primer lugar el factor tiempo.: Las entrevistas debería realizarlas durante los días de mi tercer viaje a los campamentos, en Noviembre de 2018, con fechas de inicio y cierre muy rígidas, y las limitaciones para el movimiento y desplazamiento en la wilaya requería de un previo proceso de planificación diaria acerca de las personas a visitar y lugares de desplazamiento, por lo que cada día debería dedicarlo a una persona entrevistada. En segundo lugar, el número previsto inicialmente se calculó teniendo en cuenta que habría un porcentaje de contactos fallidos o de otros que por muy diferentes razones no se realizarían, a pesar de haberse acordado la reunión (imprevistos de última hora de las personas participantes, problemas con el vehículo o el conductor para los desplazamientos, solicitudes o invitaciones para asistir o participar en eventos que por su interés para la investigación requerían mi presencia, etc.).

El tamaño final de la muestra de estudio mediante las entrevistas individuales semiestructuradas fue de 7 mujeres y 3 hombres. En la Tabla 7 se muestran las características de cada una de las personas incluidas.

Tabla 7. Características de las personas incluidas en la muestra final

NOMBRE (Ficticio)	SEXO	EDAD	IMC	EST. CIVIL	Nº HIJOS/AS	ACTIVIDAD
LAUFA	M	25	25,4	S	0	Administrativa en una oficina de la Daira.
LAMINA	M	45	27,5	C	2	Labores domésticas y Cuidado del ganado
FAKHLA	M	29	25,7	S	0	Secretaria Instituto de enseñanza
FATIMETU	M	26	27,2	S		Maestra. Cuidadora de madre dependiente. Labores domésticas
ZENA	M	30	27,6	C	1	Sin trabajo asalariado. Labores domésticas
ZAHRA	M	25	27,1	S	0	Labores domésticas.
AZIZA	M	32	28	C	1	Maestra. En el momento de la entrevista no ejerce y se dedica al cuidado de madre dependiente
RACHID	H	40	25	C	3	Mecánico de coches
FARID	H	39	24	C	2	Albañil
RAYAN	H	28	24,2	S	0	Militar

4.6. Dimensiones de estudio: áreas temáticas iniciales

A continuación, paso a presentar la relación de las áreas temáticas que se determinaron al inicio de la fase cualitativa, y que sirvieron para una redacción provisional del guión de preguntas que se utilizó en las entrevistas semiestructuradas para posteriormente clasificar y organizar los datos recogidos. Las diferentes dimensiones de estudio se determinaron en base a la revisión de la literatura, recogida en el marco teórico, a los objetivos de la investigación y a los resultados obtenidos en la fase cuantitativa:

1. Modelos de creencias sobre obesidad y salud: Concepciones sobre el proceso salud/enfermedad. Percepciones individuales del estado de salud. Conocimientos sobre la obesidad como factor de riesgo en la salud. Principales preocupaciones sobre enfermedades y problemas de salud
2. Modelos de creencias sobre obesidad y género: Semejanzas y diferencias entre la obesidad en hombres y mujeres. Testimonios y fenómenos que relacionen la obesidad en las mujeres con las características de edad, menopausia, matrimonio y número de hijos/as. Otros elementos relacionados con el género que contribuyen a la obesidad femenina.
3. Imagen Corporal: Grado de aceptación de las mujeres de su cuerpo y tamaño corporal. Distorsiones en la representación mental de la imagen corporal. Descripciones de los conceptos de «cuerpo ideal». Significados culturales del concepto de belleza femenina
4. Modelos de creencias sobre dietas y alimentos: Persistencia de las técnicas dietéticas de sobrealimentación en las mujeres. Elementos habituales de la dieta diaria.

Recetas de procedimientos culinarios. Utilización de remedios naturales de la medicina tradicional saharauí

5. Productos farmacéuticos: Consumo de corticoides en presentaciones oral o tópica. Conocimientos sobre los efectos nocivos de los corticoides en la salud de las mujeres.
6. Solidaridad y redes de apoyo entre las mujeres saharauis. Formas en que se manifiestan las relaciones de ayuda entre las mujeres saharauis. Datos y fenómenos relacionados con la «privilegiada situación de género» de las mujeres saharauis.

Como en cualquier investigación cualitativa que emplea las entrevistas como instrumento de recogida de información, el proceso de elaboración de categorías es un permanente viaje de ida y vuelta. Aunque una descripción inicial de las áreas temáticas es necesaria como punto de partida, tanto para orientar la mirada hacia lo que queremos investigar como para establecer el guion de las entrevistas, conforme éstas se van desarrollando suele ser necesario volver a repensar las categorías de partida. Igualmente, durante la fase de análisis y codificación de los testimonios recogidos en las entrevistas, pueden revelarse distintos interrogantes que obligan de nuevo a replantear las categorías iniciales, su jerarquía y la ordenación de las mismas.

4.7. Técnicas e instrumentos de recogida de información

Los datos se obtuvieron mediante el empleo de cuatro diferentes medios de recogida de información: Entrevistas individuales semiestructuradas, escalas de siluetas humanas, fuentes secundarias de información y observación participante. En determinados momentos de la investigación dos o más de estas técnicas se emplearon simultáneamente y en otras de forma separada. A continuación, se detallan las características de cada una de las técnicas empleadas:

ENTREVISTAS INDIVIDUALES SEMIESTRUCTURADAS

La entrevista como técnica de recogida de datos, tiene una larga tradición en la investigación cualitativa. Aunque la entrevista, como técnica de investigación, utiliza el diálogo coloquial entre dos personas para recoger datos, no puede definirse como una conversación, ya que la entrevista tiene un fin y unos objetivos distintos al hecho simple de conversar. El objetivo fundamental de la entrevista, como instrumento de recogida de datos dentro de la metodología cualitativa de investigación según Demmer (2016) es la descripción de grupos sociales y los elementos culturales compartidos, recogiendo las vivencias y experiencias de las personas implicadas para captar cómo éstas definen su propia realidad y cuáles son los aspectos culturales que organizan su mundo. En metodología cualitativa, la entrevista permite a la investigadora comprender los fenómenos del mundo

a través del punto de vista de las personas entrevistadas y centrarse en sus experiencias y atribuirles significado (González-Vega *et al.*, 2022).

Clásicamente se han definido tres grandes tipos de entrevistas que se utilizan en la investigación cualitativa (Flick, 2014): entrevistas estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas o abiertas. El modelo de entrevista semiestructurada es el que se ha utilizado en esta investigación.

La principal virtud de las entrevistas semiestructuradas frente a los otros dos modelos, es que presenta un mayor grado de flexibilidad que las entrevistas estructuradas y permite ajustar las preguntas planteadas a las características individuales de las personas entrevistadas. La mayor flexibilidad del modelo semiestructurado, proporciona más posibilidades para la motivación en las respuestas obtenidas y reduce el formalismo y la rigidez del contexto entre entrevistadora y entrevistada. Flick (2014) consideraba que las entrevistas semiestructuradas mantienen el mejor equilibrio entre flexibilidad y uniformidad para alcanzar las interpretaciones necesarias para responder a los objetivos del estudio y que utilizando esta técnica es más probable que las personas entrevistadas expresen sus puntos de vista de manera más abierta que en una entrevista estructurada.

Las principales limitaciones de las entrevistas semiestructuradas, como instrumento en investigación cualitativa son tres: en primer lugar, la mayor cantidad de recursos y tiempo que precisan, en segundo lugar, las dudas sobre la fiabilidad y validez de los datos recogidos y por último la posibilidad de sesgos inducidos por la subjetividad y preconceptos de la investigadora.

El factor tiempo, así como la incomodidad que pueda producirse en las personas entrevistadas puede llegar a ser determinante en el diseño de investigaciones mediante entrevistas individuales (González-Vega *et al.*, 2022). La experiencia y la sensibilidad del personal investigador constituyen la clave para atenuar este inconveniente, pero también las características del grupo social objeto de estudio pueden ser determinantes. En el contexto de la sociedad saharauí, la particular medida del tiempo del pueblo saharauí caracterizada por la calma y la falta general de prisas durante las situaciones de diálogo, se revelaron como un elemento importante que permitió minimizar la limitación que el factor tiempo suele tener en el desarrollo de las entrevistas individuales. En el caso concreto de esta investigación, la limitación debida al factor tiempo no lo fue por la duración de las entrevistas, sino por el plazo estricto de días que podía permanecer en el campo de estudio, con fechas de regreso muy cerradas.

La segunda desventaja que presentan las entrevistas individuales tiene que ver con las posibles dudas sobre la validez y fiabilidad de los datos obtenidos. Para superar esta limitación, los expertos recomiendan combinar las entrevistas con el empleo de otras

técnicas de recogida de datos como la observación, el análisis documental o el empleo cruzado de técnicas cuantitativas que permita triangular y cruzar resultados que provengan de distintas fuentes (Flick, 2014; González-Vega *et al.*, 2022). En mi trabajo, las entrevistas semiestructuradas individuales constituyen un elemento más en una red más amplia de técnicas de investigación que terminan integrándose, como la observación participante o el análisis de fuentes secundarias, junto a otras técnicas cuantitativas de investigación como los cuestionarios de evaluación de la imagen corporal o las mediciones antropométricas del IMC.

La introducción de sesgos como consecuencia de los preconceptos, ideologías o formación de la persona que investiga, constituye otra reconocida limitación de las entrevistas como instrumento de investigación. En general, se acepta que, en la investigación con métodos cualitativos, la influencia de la persona que investiga sobre los datos recogidos y su interpretación es mayor que en métodos cuantitativos, ya que, al fin y al cabo, de ella dependen la selección de las personas a entrevistar, el establecimiento de las categorías de análisis y el ordenamiento de los resultados, y todo esto depende de lo que para ella es importante (Amezcuza & Carricondo Guirao, 2000). La mejor manera de superar este sesgo del investigador es realizar una labor previa y rigurosa de preparación y de recopilación teórica, que permita establecer un orden preliminar de categorías temáticas basada en la revisión de los trabajos más actuales sobre el tema de estudio.

Los estudios cualitativos en salud que emplean entrevistas individuales como instrumento de recogida de datos, han experimentado en España un notable incremento en los últimos 20 años. Una revisión de la producción cualitativa indexada en el Índice Médico Español, ha puesto en evidencia el aumento en la producción de este tipo de estudios en nuestro país, principalmente en revistas de enfermería, atención primaria, salud pública y gestión de los cuidados (Zarco *et al.*, 2019).

La inclusión de entrevistas individuales dentro de la estrategia investigadora de estudios sobre la obesidad se está haciendo cada vez con más frecuencia. La constatación de que la obesidad es un problema de salud con múltiples dimensiones, tanto biológicas como sociales, psicológicas o culturales, hace que las publicaciones sobre la obesidad que utilizan entrevistas como técnica de investigación, de forma aislada o con más frecuencia combinada con otros métodos, se hayan incrementado en los últimos años, especialmente en lengua inglesa. Por ejemplo, un estudio de 2019 realizó una evaluación de la conducta de las familias de niños y niñas en riesgo de exclusión social, para prevenir la obesidad infantil utilizando como técnica de investigación las entrevistas a los padres y madres de las familias (William *et al.*, 2019). Otro artículo publicado en 2021, con el título «*That chart ain't for us: How Black women understand «obesity», health, and physical activity*» (Justin & Jette, 2021) utilizó una metodología cualitativa mediante 8 entrevistas a mujeres negras que se identificaban a sí mismas como obesas, para entender los discursos relacionados con la

obesidad y la feminidad entre las mujeres negras. El proceso de elaboración de categorías previas a las entrevistas incorporó las tesis de Foucault, acerca del despliegue del poder en el cuerpo de las mujeres. Los resultados permitieron a las autoras mostrar las formas en que las mujeres resisten y a la vez reproducen los discursos sociales sobre el género y la obesidad racializada (Justin & Jette, 2021). Un último ejemplo, esta vez en lengua española, es un estudio de 2018 que utilizó entrevistas grupales para analizar el discurso de personas obesas con perspectiva de género. Las autoras advirtieron acerca de las pocas investigaciones cualitativas que han analizado el discurso de las personas obesas desde la perspectiva de género para comprender mejor la información difícil de obtener mediante investigación cuantitativa. La metodología cualitativa permitió a las autoras observar diferencias importantes entre las perspectivas masculinas y femeninas sobre la obesidad (Barragán *et al.*, 2018).

ESCALAS DE SILUETAS HUMANAS

Aunque en las entrevistas semiestructuradas, el lenguaje y el diálogo son los elementos básicos, algunos autores recomiendan complementarlas incluyendo en el transcurso de las mismas otro tipo de estímulos, como por ejemplo visuales, para obtener información útil para resolver la pregunta de investigación (Heinemann *et al.*, 2016).

Para obtener los datos que se incluirían en las subcategorías correspondientes a los estereotipos de género sobre el cuerpo femenino, correspondiente al cuarto objetivo de esta tesis, se optó por incluir en el guion de las entrevistas una escala visual de siluetas, y utilizar este instrumento para que las personas entrevistadas expresaran sus preferencias sobre las figuras que les resultaban más atractivas, y contrastar con un mismo patrón de referencia, los testimonios de los hombres y las mujeres.

Anteriormente se ha mostrado cómo en la fase cuantitativa de este trabajo se empleó también un cuestionario de siluetas para dar respuesta al segundo objetivo de investigación. Aunque las dos escalas empleadas comparten el mismo concepto visual, el contexto de la investigación en el que lo he aplicado es muy diferente. La inclusión, en las entrevistas semiestructuradas de una escala visual responde a un objetivo distinto, que es el de contrastar las preferencias de hombres y mujeres respecto al tamaño corporal que les resulta más atractivo.

La escala visual empleada se ha tomado del trabajo de Blanch (2014), que a su vez es una adaptación más artística de la escala de Stunkard, Sorenson y Schulsinger (1983). En la Imagen 13 se muestra la escala de figuras humanas empleada en las entrevistas.

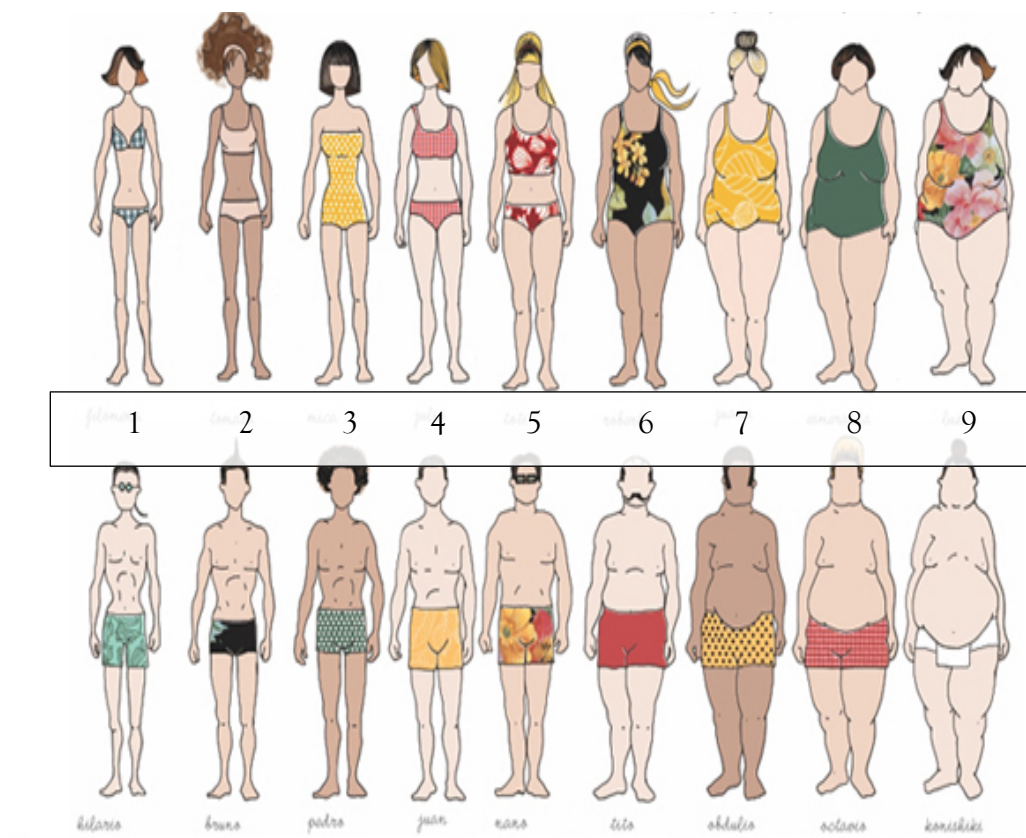


Imagen 13. Escala visual de figuras humanas empleada en las entrevistas semiestructuradas

Fuente: Blanch, 2014

Durante el transcurso de las entrevistas individuales, la imagen con la escala de siluetas se mostró a las mujeres entrevistadas y se pidió que señalaran la figura de mujer que ellas consideraban que resultaba más atractiva para los hombres. A los hombres se les pidió que señalaran la figura de mujer que a ellos les resultaba más atractiva. Cada silueta está numerada desde el 1 (*muy delgada*), al 9 (*muy gruesa*). Para poder comparar los resultados, en lugar de presentar las respuestas individuales, se ha preferido agrupar las respuestas de hombres y mujeres por separado, calculando la media aritmética de las respuestas en cada grupo. Quiero resaltar, que la utilización de este instrumento no tiene ningún objetivo ni interés estadístico, sino el de la simple comparación de las preferencias estéticas de los hombres y las mujeres entrevistados. El momento en que solicitaba a cada persona que me indicara la figura que preferían, de entre la gama de siluetas que les mostraba, debería ser un desencadenante para iniciar una nueva conversación que me iba a proporcionar una mayor profundidad de información.

Como señalan Araceli Serrano, Juan Carlos Revilla y María Arnal (2016), el objetivo al incorporar fotografías, imágenes u otros recursos visuales en las entrevistas individuales es analizar como las personas elaboran un discurso oral tras la presentación de las imágenes,

cómo aportan sus propias perspectivas y puntos de vista y como narran sus vivencias junto con las imágenes (Serrano *et al.*, 2016).

FUENTES SECUNDARIAS DE INFORMACIÓN

Los siguientes documentos fueron rigurosamente examinados para obtener información adicional y datos que se incorporaron en las correspondientes categorías de análisis:

1. Guía Terapéutica para la Atención Primaria (2002). Este documento se elaboró con el apoyo de la ONG alemana Médico Internacional dentro del Proyecto de Atención Primaria de Auserd. Constituye una guía de referencia dirigida a profesionales de la salud, para orientar en el tratamiento y cuidados básicos de las principales entidades patológicas que se atienden en los dispensarios de salud de los campamentos. El documento está disponible en la web oficial del Ministerio de Salud Pública de la RASD (Ministerio de Salud Pública RASD, 2002).
2. Plan Estratégico de Salud 2016/2020: constituye el tercer plan estratégico en salud que elabora el Ministerio de Salud de la RASD desde el año 2006. Es el que estaba en vigor durante mis estancias en los campamentos. La actualización del Plan para el quinquenio 2021/2025 está aún pendiente de aprobación. Aunque es un documento político, constituye una fuente importante para determinar los recursos y los activos en salud de la población saharauí (Ministerio de Salud Pública Saharaui, 2016).
3. Plan de Género y Salud 2018/2020 (Ministerio de Salud Pública Saharaui, 2018) con la colaboración de la ONG Médicos del Mundo España en el marco del proyecto «Mejorando el acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva de calidad con perspectiva de género en los campamentos». Recoge el Plan del Ministerio de Salud Pública de la RASD para incorporar la perspectiva de género en la política de salud saharauí. Es un documento útil para identificar las áreas prioritarias de trabajo en los problemas de salud que afectan a las mujeres saharauíes (Ministerio de Salud Pública Saharaui, 2018).
4. Plan Estratégico para la Población Refugiada Saharaui 2020-2024 del Centro de Estudios Rurales y de Agricultura Internacional (CERAI). La asociación CERAI, tiene su origen en 1994 en Valencia (España) y su proyecto se basa en el desarrollo rural sostenible. El documento establece como objetivo prioritario la soberanía alimentaria del pueblo saharauí (CERAI, 2020).
5. Plantas Medicinales Saharauíes, de Gabrielle Volpato (2008). Constituye una guía muy útil para localizar los nombres científicos de las plantas y los remedios naturales, cuando la información sobre éstos era recogida con los términos en *hassanía*.

OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Gran parte de la información recogida en los resultados, es fruto de un proceso de observación participante. El trabajo de campo implica necesariamente una mirada activa del entorno que se pretende estudiar. Bernard vinculó la observación participante con un juego de equilibrio entre el engaño y la impresión personal y la definió como «un proceso que permitía establecer relaciones y mezclarse con una comunidad, aprendiendo a actuar como un miembro natural del grupo, para luego salirse de la comunidad del escenario y sumergirse en los datos para dar sentido a lo que está ocurriendo y ser capaz de escribir acerca de ello» (Bernard, 2018).

Mis diferentes estancias en los campamentos suman un total de 90 días de convivencia con el pueblo saharauí. El tiempo vivido allí, tanto en los viajes previos más informales como en los dos últimos ya definitivamente orientados a la recogida de datos, me permitió convertirme por momentos en parte de la comunidad y participar en muchas de las actividades de la vida diaria de la sociedad saharauí. Mi posición como *nativa marginal*²⁰ me ha permitido navegar por diferentes roles, en función al contexto situacional: como enfermera colaboradora, cuando era invitada por las enfermeras a visitar los dispensarios, como educadora cuando participaba en las charlas de educación sanitaria a las mujeres. Ser mujer me ha sido útil para conversar con otras mujeres sobre temas referidos al aspecto físico, pero ha sido un obstáculo en las conversaciones con los hombres. Como extranjera no he tenido la libertad de movimiento que tiene cualquier saharauí en la wilaya, pero a cambio esa misma condición hacía que las personas cuando conocían mi trabajo, se abrieran espontáneamente y charlaran amigablemente en cualquier ocasión.

Los datos en la observación participante se obtuvieron desde tres procesos diferentes, según la orientación de la mirada:

- Una observación descriptiva: aquí incluyo los aspectos más informales, de muy distinto origen como conversaciones informales, informaciones de terceros, observación de juegos y dinámicas, observación de actividades laborales diversas, etc. Cualquier cosa, discurso o imagen fué recogida y anotada en el diario de campo. Aunque muchos de los datos y observaciones registradas una vez analizadas resultaron no tener una relación directa con los objetivos de mi estudio, me resultaron francamente útiles para enriquecer mis conocimientos sobre la sociedad

²⁰ El concepto *nativa marginal*, hace referencia a que la posición de la investigadora nunca es ser una más del grupo que estudia, pero si simultáneamente debe tratar de integrarse lo máximo posible para culminar con éxito su investigación. En investigaciones mediante observación participante, la investigadora está obligada a vivir en dos mundos paralelos, el de la participación y el de la investigación. El mundo de la participación implica integrarse en el grupo tratando de interferir lo menos posible en el modo de vida de las personas estudiadas (Hamersley y Atkinson, 2005)

saharaui y me permitieron, conforme avanzaba el trabajo de campo, establecer conversaciones cada vez más enfocadas al propósito de esta investigación

- Una observación selectiva: concentrando la mirada en diferentes actividades que me permitiera analizar y detectar diferencias. El trabajo de las mujeres en la cocina, la preparación y servicio de la comida, la elaboración del té, o el trabajo clínico en los dispensarios junto a las enfermeras locales, constituían ocasiones especialmente idóneas para la recogida selectiva de datos.
- Una observación focalizada: aquí se incluyen aspectos relacionados con los momentos en los que se realizaron las entrevistas. Junto a los discursos y respuestas a las preguntas, se recogen datos que ayudan a entender el contexto en el que se llevan a cabo. Interrupciones de la entrevista para charlar de otros temas, presencia de otras personas en el mismo lugar que podían intervenir o reaccionar a nuestra conversación, características físicas del entorno, etc.

Los datos fueron recogidos en un diario de campo y en algunos casos en la cinta grabadora. Al final de cada jornada revisaba el diario para ampliar las observaciones, eliminar las redundantes o plantear nuevos interrogantes. Los datos recogidos procedían de muy diversas fuentes incluyendo transcripciones de fragmentos de conversaciones informales, chismorreos que llegaban de terceros, impresiones propias de comportamientos observados, fotografías, reacciones de las personas o significados de términos en *hassanía*, entre muchos otros.

4.8. Selección de informantes clave

Los y las informantes clave constituyen una pieza fundamental en el diseño de una investigación cualitativa, ya que pueden determinar el éxito o el fracaso del proceso, especialmente cuando se trabaja en entornos donde la investigadora es una extraña y no posee una red previa de contactos o amistades en la sociedad que estudia.

Los informantes clave son las personas que, por sus experiencias, capacidad de empatizar y relaciones que tienen en la sociedad que se va a estudiar, pueden apadrinar a la investigadora, y constituyen una rica fuente de información además de facilitar el acceso de la investigadora a otras personas y situaciones (Amezcuca & Carricondo Guirao, 2000).

Durante la segunda visita a los campamentos, en abril del año 2017, mi trabajo de investigación se centró en la recogida de datos de la fase cuantitativa. Esta actividad me permitió contactar con una diversidad de personas y decidí hacer la selección de informantes clave, que serían imprescindibles para la siguiente fase de la investigación, en ese período. Las características que deberían tener los y las informantes debían ser:

- Dominio de la lengua española y *hassanía*.

- Tener un número importante de relaciones personales entre la sociedad saharauí.
- Residencia fija en los campamentos
- Conocimientos amplios sobre distintos aspectos de la vida saharauí.
- Empatía con la investigadora

Tras un primer contacto con varias personas durante el mes de abril de 2017, a quienes les expliqué detalladamente los objetivos de mi investigación, les propuse su colaboración en dos aspectos: aportar información sobre aspectos de la sociedad saharauí para mejorar mis conocimientos sobre la misma y determinar las categorías de estudio y en segundo lugar que me facilitaran el acceso a las personas que serían entrevistadas en mi tercera visita a los campamentos en noviembre de 2018.

Muchas de las personas a quienes les propuse la colaboración aceptaron con agrado. Finalmente seleccioné a cinco como informantes clave, con quienes mantuve el contacto mediante *wasap*, correo electrónico y teléfono durante los meses que transcurrieron entre las dos visitas a los campamentos (finales de abril de 2017 a noviembre de 2018). Los y las informantes clave que participaron en el estudio se muestran a continuación:

- Meya (mujer, 50 años). Enfermera del dispensario de la *daira* de Zug en Auserd.
- Omar (hombre, 42 años). Enfermero del Hospital de Auserd y encargado de una farmacia local.
- Maina (mujer, 45 años). Directora del Centro de personas discapacitadas de la *wilaya* de Auserd.
- Dayin (hombre, 50 años). Jefe de seguridad del centro de acogida de extranjeros («protocolo») de Auserd.
- Taufa (mujer, 40 años). Maestra en el Colegio Zrgu Mohamed de la *daira* de Agüenit.

Tengo una deuda de gratitud con todos ellos y ellas, con quienes conservo una gran amistad y sin cuya ayuda y disposición este trabajo no habría sido posible.

4.9. Procedimiento de recogida de datos

DESARROLLO DE LAS ENTREVISTAS

Las entrevistas se desarrollaron a lo largo del mes de noviembre de 2018 en la wilaya de Auserd. Todas las dirigí yo con la asistencia de una informante clave que realizó las funciones de intérprete cuando fue necesario, y de observadora en el resto de los casos. En las entrevistas a 3 mujeres se hizo necesaria la función de intérprete.

En el transcurso de las entrevistas a las mujeres, solicité su autorización para pesarlas y tallarlas para calcular su índice de masa corporal.

Cada sesión de entrevistas tuvo una duración media de 120 minutos. Todas las entrevistas se desarrollaron en la casa de los y las participantes, en un ambiente relajado y compartiendo la bebida de un té, siguiendo la ceremonia saharauí de los tres vuelcos, mientras se desarrollaba la entrevista.

Como en toda investigación que utiliza entrevistas semiestructuradas como instrumento de recogida de datos, los enunciados de las preguntas no son fijos, sino que se adaptan y modifican en función de las características de las personas entrevistadas y el transcurrir de la conversación, que permite abrir nuevos caminos de diálogo. Las preguntas se organizaron en bloques temáticos correspondientes a las categorías de estudio, que fueron descritas anteriormente. En la Tabla 8, se muestran los enunciados de las preguntas y su ordenamiento según las categorías de estudio.

Tabla 8. Enunciados de las preguntas ordenadas según las categorías de estudio

CATEGORÍA TEMÁTICA	ENUNCIADO DE LAS PREGUNTAS
Percepciones sobre la salud y la enfermedad.	¿Cómo dirías que estas de salud? ¿Tú dirías que estás delgada, normal o gordita? ¿Tú crees que la mujer para estar sana tiene que estar delgada o gorda? Un hombre saharauí me dijo que la mujer tiene que ser grande para estar sana ¿a ti que te parece? ¿Crees que estar gorda pueden hacer que la persona tenga peor salud?
Imagen Corporal.	¿Qué piensas de las amigas que les gusta engordar y toman <i>jarabes</i>? ¿Te importaría decirme cuales son las partes de tu cuerpo que más te gustan y las que menos? ¿En qué parte de la mujer te fijas antes? ¿Te gustaría estar más gorda (o gordo, si la pregunta se dirige a hombres), más delgada o te encuentras bien cómo estás? ¿Piensas que los niños pequeños tienen que estar gorditos para estar sanos? ¿Prefieres que la mujer esté más bien delgada o más bien gorda? ¿Qué parte de tu cuerpo es la que más cuidas, para arreglarte? (Sólo a mujeres). ¿Tú prefieres a una mujer grande, fuerte o más bien delgada? (A hombres). ¿Tú crees que aquí a los hombres, les gustan las mujeres delgadas, o más bien gordas? ¿Y a ti como te gustan los hombres, delgados o gorditos? (Solo a mujeres). <i>Preguntas utilizando la escala de siluetas:</i> Señala la figura de mujer, que consideras que más les gusta a los hombres (dirigida a mujeres). Señala la figura de hombre que te resulta más atractiva (dirigida a mujeres). Señala la figura de mujer que te resulta más atractiva (dirigida a hombres).
Prácticas disciplinarias sobre el cuerpo de las mujeres.	¿Me puedes contar si tenéis dietas o comidas especiales para engordar? ¿Tú tomas <i>cabush</i>? ¿Has oído hablar de una botella que se vende en las tiendas y que se toma para engordar? ¿Tú has tomado el <i>jarabe</i> alguna vez, o conoces amigas que lo tomen? ¿Tienes amigas que toman <i>jarabe</i> para engordar? ¿Qué opinas de eso? ¿Tú crees que podrías presentarme a alguna amiga que lo tome <i>jarabe</i> para hablar con ella? ¿Tú crees que los hombres saben que muchas mujeres toman <i>jarabes</i> para engordar? ¿Utilizas alguna crema para estar más blanca? ¿Te gusta estar morena de piel? ¿En qué ocasiones te maquillas la cara? ¿Qué otras cosas te pones para estar guapa? ¿Crees que las mujeres saben lo peligroso que es abusar de esas cremas (blanqueadoras de piel)? ¿Me podrías contar de hierbas o plantas saharauí que tú conozcas y que se usen para engordar?
Normas de género sobre el cuerpo femenino.	¿Tú has oído alguna vez que las amigas critiquen a otras por su aspecto físico? ¿tus amigas o tu familia te hacen comentarios sobre tu cuerpo? Bueno, lo importante es lo que tú piensas ¿tú cómo te ves? Aparte de tus amigas ¿alguien de tu familia te dice algo de tu peso o te insiste para que comas más?
Factores económicos y culturales que contribuyen en el peso corporal.	¿Te llegan suficientes alimentos para cocinar cada día? ¿Qué problemas ves con los alimentos aquí en los campamentos? ¿Comparado con hace 10 años, ha mejorado o ha ido a peor? ¿Haces algún tipo de deporte o de ejercicio aquí? ¿Qué es lo que más te gusta hacer cuando no estás trabajando y tienes tiempo libre? ¿Puedes explicarme como debe prepararse un buen té?
Sororidad saharauí y seguridad alimentaria.	¿Además de tu trabajo en la casa, tienes algún otro afuera? ¿Tu marido te ayuda en la casa? (Sólo a mujeres casadas). ¿Cuánto tiempo pasa tu marido fuera? (Sólo a mujeres casadas). ¿Cómo lleváis estar tanto tiempo separados? (Sólo a mujeres casadas). ¿Y vosotras, las mujeres saharauí, como lucháis? (sólo a mujeres). ¿os reunís las mujeres para organizar asuntos de los campamentos? (sólo a mujeres) ¿y que asuntos tratáis? ¿Cómo te sientes cuando pasas mucho tiempo separado de la familia? ¿Crees que es verdad cuando dicen que la mujer es el alma de la casa?

Nota: Entre las mujeres de los campamentos Saharauí, llaman *jarabe* a una bebida que entre otros componentes incluye corticoides y que se utiliza para ganar peso rápidamente. El enunciado de la pregunta original, utilizaba directamente el término corticoides. Posteriormente decidí cambiarlo por el de *jarabe*, que es la forma coloquial más utilizada para referirse al mismo compuesto.

Todas las entrevistas fueron grabadas en soporte de audio y posteriormente transcritas a texto. Las transcripciones se realizaron respetando cada palabra, expresión, reiteraciones o contradicciones expresadas por las personas entrevistadas. La transcripción se realizó siguiendo las convenciones recomendadas por Jefferson (1984). El lenguaje empleado en las entrevistas fue el español, aunque en tres casos fue necesario el apoyo de la intérprete para mejorar la comunicación cuando el dominio del idioma era bajo.

Determinados términos que no tienen traducción al idioma español se mantienen en su forma original y se presentan en la Tabla 9.

Tabla 9. Relación de términos que se mantienen en su idioma original en las transcripciones de entrevistas

Wilaya	Cada una de las cinco provincias o núcleos en los que se dividen los campamentos de refugiados saharauis.
Daira	Barrios en los que se divide una wilaya.
Hammada	Tipo de paisaje desértico pedregoso, árido formada por mesetas rocosas y con poca arena.
Hassanía	Dialecto beduino derivado del árabe, propio de los pueblos del Sahara Occidental.
Jarabe	Denominación genérica para referirse a una bebida que entre otros componentes incluye corticoides y se utiliza para ganar peso rápidamente.
Melfa/Melfha	Vestido tradicional de las mujeres saharauis que consiste en una pieza de tela muy colorida de unos 4 metros de largo y 1,60 de ancho y que envuelve por completo a la mujer protegiéndola de las inclemencias del desierto. Constituye un símbolo de la mujer saharai.
Khol	Cosmético utilizado por las mujeres para delinear el contorno de los ojos.
Jaima	Carpa o tienda de campaña confeccionada con pelo de camello, esparto o palma, utilizada como vivienda tradicional entre los grupos nómadas del desierto y que en los campamentos saharauis constituye parte de la vivienda habitual.
Talha	Remedio natural que se extrae de diversas partes del árbol de la acacia (<i>acacia tortilis</i>). La acacia es un arbusto frecuente en todo África y cada una de sus partes tiene múltiples usos en artesanía, construcción, ganadería, combustible y varias indicaciones terapéuticas como protector gástrico, antiséptico de heridas, infecciones oculares, y gastroenteritis.
Cabush	Alimento altamente calórico que se obtiene mezclando cacahuets y almendra molida, miel, mantequilla y dátiles y que se amasa con las manos en forma de bola antes de comerla.
Leblouh	Antigua práctica que consistía en obligar a las niñas a una sobrealimentación forzada para engordar y conseguir un buen matrimonio.

4.10. Procedimiento de análisis e interpretación de los datos

El método empleado para la interpretación de los datos recogidos, se ajusta a las recomendaciones para los trabajos con entrevistas, enunciados en la Teoría Fundamentada (*Grounded Theory*) tal como fueron desarrollados por Glaser y Strauss en 1967. Esta teoría desarrolla un método de interpretación basado en la recolección y análisis sistemático de los datos empíricos, sin partir de hipótesis previas. Los autores, definen esta teoría como «un conjunto de métodos que, aplicados de forma sistemática, puedan generar una teoría inductiva sobre un área de estudio». El producto final de la investigación constituye un conjunto integrado de hipótesis conceptuales sobre problema de investigación (Corbin, 2015). Por tanto, la interpretación de los datos bajo las premisas de la teoría fundamentada, utiliza el análisis inductivo de los datos cualitativos para producir una teoría determinada.

El proceso de análisis de datos en que se basa la Teoría Fundamentada se denomina también Codificación Teórica (Hernández Carrera, 2014). Los procedimientos empleados en el análisis se ajustaron a las propuestas de Corbin y Strauss para la aplicación de la Teoría Fundamentada en el análisis de datos obtenidos mediante entrevistas. Dichos procedimientos son: transcripción, grillado, codificación, formulación de hipótesis y análisis temático (Corbin, 2015):

TRANSCRIPCIÓN

Aunque las entrevistas hayan sido registradas mediante sistemas de grabación de audio, en la investigación cualitativa es mucho más lo que se gana que lo que se pierde, si se analizan las transcripciones en lugar del registro auditivo de la entrevista (Seid, 2016).

En el caso de este trabajo, las transcripciones se realizaron de manera textual y completa, respetando cada término y palabra expresada por la persona entrevistada, incluyendo errores de expresión, repeticiones, contradicciones o interrupciones. Sin embargo, el análisis de la entrevista no se limitó a la transcripción textual de lo hablado y, dependiendo del tema del que se conversaba, se transcribieron también aspectos no verbales como los silencios, las entonaciones, énfasis, emociones expresadas, etc. que podían ser igual de relevantes que la conversación textual recogida.

GRILLADO

El siguiente paso, una vez transcritas las entrevistas, fue la fragmentación del texto recogido en varios segmentos, relacionando cada uno con el eje temático correspondiente (Seid, 2016). Los ejes temáticos de la grilla se corresponden con cada una de las categorías y subcategorías de análisis, que deben dar respuesta a los objetivos de la investigación. El grillado es un proceso de «copiar y pegar» fragmentos textuales en las correspondientes casillas de categorías y subcategorías. Cada fragmento de la entrevista se asignó a una categoría, pero un mismo fragmento puede aparecer en más de un eje temático. En el

proceso de grillado pueden revelarse nuevas categorías de análisis, que habían pasado desapercibidas en las fases previas de la investigación.

CODIFICACIÓN

El proceso de codificación supone la asignación de una etiqueta identificativa a los segmentos textuales, que lo identifiquen como perteneciente a cada categoría temática, de tal forma que fragmentos con significados similares comparten la misma etiqueta. Como la codificación requiere de categorías y las categorías se modifican a lo largo del proceso investigador, es en esta fase, cuando el árbol de categorías y subcategorías adopta su forma definitiva.

En la codificación de los párrafos o frases textuales, Corbin y Strauss recomiendan analizar el significado de fragmentos textuales pequeños, que permita comparar fenómenos con características similares (Corbin, 2015).

En mi trabajo, para esta fase de codificación, utilicé el software de ayuda a la investigación cualitativa MAXQDA© versión 2018 para macOS. Este software, me facilitó la tarea de codificación y organización de las ideas y teorías, así como las relaciones entre las palabras y fragmentos incluidos en las diferentes categorías.

Siguiendo las recomendaciones de Corbin (2015), para codificar en la misma categoría a los nuevos fenómenos que van apareciendo, se lleva a cabo un proceso de comparación constante con los fenómenos anteriormente clasificados. Al realizar esta comparación puede suceder que haya que redefinir algunas de las categorías conceptuales. El empleo del software, facilita este proceso de comparación al permitir cambiar los nombres de los códigos o de integrar varios en uno sólo.

FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Este proceso, denominado también «codificación axial» constituye el momento en que el trabajo pasa del nivel textual al conceptual (Seid, 2016). En esta fase, se relacionaron las categorías con las subcategorías. Como señalaba Corbin (2015) este proceso se realiza alrededor del eje de cada categoría principal que se articula con otras categorías y se determinan las propiedades y dimensiones de cada una de ellas.

En esta fase, se realizó un proceso de re-ensamblaje de los datos que fueron fracturados en la codificación, para construir un esquema conceptual que proporcione explicaciones más precisas acerca de los fenómenos analizados.

La determinación definitiva del árbol de categorías y subcategorías de análisis se dio por finalizada en esta fase. A continuación, se presentan la relación final de categorías analíticas

y sus correspondientes subcategorías, junto a la descripción de los datos y fenómenos que se incluyeron en cada una de ellas:

CAT: 1: PERCEPCIONES SOBRE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

Se incluyen las concepciones desde una perspectiva *emic* del proceso salud/enfermedad. La salud pensada como un hecho social y los conjuntos de significaciones que las personas manifiestan para poder comprender los conceptos nativos de salud y enfermedad. En esta dimensión se incluyeron dos subcategorías:

Subcat. 1.1: Valoración autopercebida del estado de salud. Percepciones subjetivas del propio estado de salud expresado por las personas. Manifestaciones de problemas de salud reales y potenciales autopercebidos.

Subcat. 1.2: Valoración de la obesidad como factor de riesgo en la salud: Percepciones subjetivas sobre la relevancia de la obesidad y el sobrepeso como factor de riesgo en la calidad de vida de las mujeres y los niños y niñas. Estimaciones *emic* sobre los conceptos de peso ideal y obesidad.

CAT: 2: IMAGEN CORPORAL

Imágenes mentales que las mujeres tienen de sus propios cuerpos, expresiones y sentimientos de satisfacción o insatisfacción con el cuerpo o con partes del mismo. Se incluyen tres subcategorías:

Subcat. 2.1: Cuerpo real y cuerpo deseado: Percepciones subjetivas de las mujeres acerca de su cuerpo. Distorsiones entre la representación mental del cuerpo y el cuerpo real. Preferencias personales sobre la configuración de los cuerpos de los hombres y las mujeres. Consideraciones sobre la influencia del peso corporal en el atractivo físico en hombres y en mujeres.

Subcat. 2.2: Imagen Proyectada: Percepciones subjetivas sobre la imagen que las personas que nos rodean se hacen sobre nuestros cuerpos y nuestra figura corporal. Sentimientos de inseguridad acerca de la imagen que proyectamos a los y las demás.

Subcat.2.3: Autopercepción: expresiones que hacen referencia a la representación mental subjetiva del propio cuerpo. Sentimientos y expresiones de agrado, conformidad, aceptación o insatisfacción con el propio cuerpo.

CAT. 3: PRÁCTICAS DISCIPLINARIAS SOBRE EL CUERPO DE LAS MUJERES

Conjuntos de prácticas que las mujeres despliegan para producir un cuerpo que se reconocido como femenino. Descripción de los signos socialmente aceptados de belleza y feminidad Prácticas y técnicas dirigidas a conseguir un cuerpo con un determinado tamaño y peso y modificaciones de caracteres anatómicos. He considerado tres subcategorías

Subcat. 3.1: Prácticas dietéticas tradicionales: Grado de vigencia de las costumbres dietéticas para engordar dirigidas a las mujeres jóvenes y niñas. Preparaciones culinarias para regular el peso. Experiencias y valoraciones de las mujeres sobre las dietas para engordar.

Subcat. 3.2: Productos farmacéuticos Fármacos consumidos para aumentar de peso. Consumo de corticoides por vía oral o tópica. Grado de conocimiento de los efectos secundarios sobre el uso de corticoides. Utilización de cremas y productos farmacéuticos para blanquear la piel. Grado de conocimiento de los efectos secundarios de las cremas blanqueadoras de la piel. Prácticas cosméticas utilizando productos farmacéuticos

Subcat. 3.3: Medicina tradicional Saharai: Conjunto de plantas, semillas u otros productos naturales utilizados para engordar o aumentar el apetito. Grado de conocimiento de los remedios de la medicina tradicional saharai, indicaciones y potenciales efectos nocivos. Prácticas cosméticas femeninas mediante la aplicación métodos tradicionales y naturales de la cultura saharai.

CAT: 4: NORMAS DE GÉNERO SOBRE EL CUERPO FEMENINO

Mecanismos sociales que ejercen presión sobre las mujeres para que ajusten su cuerpo a un determinado modelo cultural de belleza. Estereotipos de género asociados a la feminidad y a los patrones culturales del atractivo físico. Elementos familiares de control del cuerpo de las mujeres. Se incluyen tres subcategorías:

Subcat. 4.1: Estereotipos de género sobre el cuerpo femenino: conjunto de creencias o pensamientos que los sujetos tienen acerca de cuáles son y cuales deberían ser los atributos de los hombres y las mujeres. Conductas correspondientes a roles de género, las ocupaciones laborales o la apariencia física que se considera característica de los hombres y de las mujeres y que diferencian a los unos de las otras Aspectos físicos del cuerpo de la mujer que lo hacen atractivo para las mujeres y para los hombres. Preferencias masculinas y preferencias femeninas sobre el cuerpo o partes del cuerpo.

Subcat. 4.2: Elementos familiares de control: Control y presión ejercida por la familia en el aspecto físico de las mujeres. Autoridad e influencia de la madre en el control del cuerpo y el peso corporal de sus hijas.

Subcat. 4.3: Mecanismos sociales de control: La crítica social mediante el cotilleo y chismorreio como forma de control sobre las mujeres y su aspecto físico. Influencia de las opiniones de las amigas en la apariencia física de las mujeres.

CAT. 5: FACTORES ECONÓMICOS Y CULTURALES QUE CONTRIBUYEN EN EL PESO CORPORAL

Otros elementos de origen económico, cultural o social, que se cruzan con el género y contribuyen en la persistencia de la obesidad y el sobrepeso de las mujeres. Se incluyen tres subcategorías:

Subcat. 5.1: La canasta básica de alimentos. Componentes de la canasta básica. Valoraciones y opiniones de las mujeres sobre los alimentos incluidos en la canasta básica. Accesibilidad a alimentos no incluidos en la canasta básica.

Subcat. 5.2: Práctica de ejercicio físico. Sesgos de género en la práctica del ejercicio físico. Concepciones culturales sobre la práctica de las mujeres del ejercicio físico y el deporte. Estereotipos sobre la práctica del ejercicio físico en las mujeres.

Subcat. 5.3: Ocio y tiempo libre: Influencia de la ceremonia del té en la cohesión social. El té saharauí como lubricante social. Aspectos históricos, sociales y culturales implicados en la ceremonia del té.

CAT. 6: SORORIDAD SAHARAUI Y SEGURIDAD ALIMENTARIA

Formación de redes de alianza entre las mujeres para garantizar la seguridad alimentaria del grupo. Vigencia de la solidaridad *tuiza* en la actualidad. Estrategias para mejorar el estado nutricional mediante el empoderamiento de las mujeres Espacios sociales asignados a hombres y a mujeres. Se incluyen dos subcategorías:

Subcat. 6.1 División del trabajo por género: Actividades laborales y domésticas asignadas a los hombres y a las mujeres. Roles de género en el hogar.

Subcat. 6.2: Roles de género en situaciones de conflicto. Normas, actividades y espacios asignados a hombres y mujeres en la sociedad saharauí, relacionados con la organización social, el conflicto político y la defensa militar.

ANÁLISIS TEMÁTICOS

Una vez finalizado el esquema conceptual, se obtuvo una primera elaboración teórica de los fenómenos recopilados con los distintos instrumentos de recogida de datos. El análisis temático área por área de la grilla permitió desarrollar las primeras teorías. Esta fase de análisis temático constituyó la ocasión para comparar las teorías emergentes con los datos, evaluar de nuevo los significados, corregir omisiones y afinar detalles.

En esta última fase, la incorporación e integración de datos procedentes de la fase cuantitativa, permitió afinar y mejorar la producción teórica. Varios autores señalan las virtudes de conectar en esta fase final de análisis, los hallazgos procedentes de entrevistas y observaciones con datos cuantitativos previos (Seid, 2016; Hernández Carrera, 2014; Corbin, 2015).

5. ASPECTOS ÉTICOS

Durante toda mi estancia en los campamentos con el trabajo de recolección de datos y aplicación de los cuestionarios, mi mayor preocupación fue mantener y respetar el anonimato de las mujeres que se prestaron a participar en el proyecto. Tuve especial cuidado en la custodia de los cuestionarios cumplimentados, a pesar de que no incluían datos que pudieran identificar a la persona que lo rellenó, y cada día, una vez recogidos los encerraba con el resto de mis objetos personales en el lugar que consideraba más seguro.

A lo largo de todo el trabajo y en las distintas fases del mismo he cumplido con los principios éticos para investigaciones médicas en seres humanos recogidos en la Declaración de Helsinki de 2013.

Antes de comenzar con la recogida de datos, informé a las autoridades sanitarias saharahuis de los objetivos, los métodos que iba a utilizar y la finalidad de la investigación, tras lo cual me dieron la autorización para desarrollar el trabajo.

Todas las mujeres fueron informadas por mí previamente tanto del procedimiento como de la finalidad del estudio, y el objetivo final de la investigación. Solicité su consentimiento explícito, asegurándoles que podían desistir en cualquier momento y garantizando la confidencialidad de todos los datos y cuál era el objetivo final de la investigación. Las salas y lugares de reunión pudieron cerrarse durante el tiempo en que realicé las mediciones y se cumplimentaban los cuestionarios. Todos los datos fueron recogidos de forma anónima, sin incluir ninguna información que pudiera servir identificar a las o los participantes.

Debido al escaso dominio en algunos casos del español, se prefirió no solicitar un consentimiento por escrito, y seguí las recomendaciones de la OMS sobre consentimientos verbales en contextos difíciles (Ulin, 2005). El documento para el consentimiento verbal, se leyó en *hassanía* a todas las mujeres y hombres que participaron voluntariamente en el estudio y se presenta en el Anexo 1, limitándose a la confirmación verbal previa exhaustiva información acerca de los objetivos del estudio, el procedimiento de recogida de datos y la posterior custodia de los mismos para garantizar el anonimato. No se recogió ningún dato personal que pudiera servir de identificación de las personas que participaron. Todas las mujeres que aparecen en las fotografías que se presentan en esta tesis fueron tomadas por mí, con la autorización expresa de las personas fotografiadas, a las cuales les mostré el resultado una vez tomado la fotografía para asegurarme su completa conformidad.

La base de datos con los resultados, los devolví de forma agregada sin incluir ningún dato identificativo para compartirlos con las enfermeras y los enfermeros locales y que dispusieran de ellos para incorporarlos en los programas locales de salud.

RESULTADOS



En este capítulo presentaré los resultados de las mediciones antropométricas, de los cuestionarios de siluetas, de las entrevistas realizadas y de mis propias observaciones, obtenidos durante las visitas que realicé a los campamentos de Tinduf.

Para una mejor comprensión he dividido este capítulo en dos partes: La primera la denomino «Fase Cuantitativa», y en ella mostraré los datos descriptivos correspondientes al peso, talla, IMC de las mujeres que componían la muestra cuantitativa, así como las respuestas obtenidas, al cumplimentar los cuestionarios de siluetas para evaluar las variables correspondientes al nivel de satisfacción con el cuerpo y el grado de distorsión de la imagen corporal.

En la segunda parte, denominada «Fase Cualitativa», presentaré los testimonios y relatos obtenidos de las personas entrevistadas. También incluiré observaciones propias fruto de mi actividad como observadora participante en las distintas situaciones en las que pude participar. Completaré los datos con algunos comentarios y testimonios que no fueron recogidos directamente por mí, sino de fuentes secundarias o relatados por una segunda persona que participó en conversaciones en las que yo no tuve ocasión de estar.

Aunque los resultados cuantitativos y cualitativos se presentan por separado, tratándose de una investigación que aplica metodología mixta, los datos y las informaciones obtenidas en ambas fases se conectaron e integraron en el proceso final de discusión. Con el método mixto de investigación que he aplicado en mi trabajo no he pretendido reemplazar a una investigación cuantitativa o a una cualitativa ni privilegiar a un método sobre otro, sino aprovechar las ventajas que cada uno me ofrece.

En la exposición de los resultados, podrán apreciarse un conjunto de variables analizadas con técnicas cuantitativas de análisis, incluyendo sus correspondientes tratamientos estadísticos, y otro conjunto de categorías obtenidas mediante técnicas propias de los métodos cualitativos como las entrevistas semiestructuradas y la observación participante. En las variables y categorías correspondientes a las alteraciones de la imagen corporal y las concepciones idealizadas de los cuerpos femeninos y masculinos se podrá observar que los datos han sido recogidos utilizando técnicas cuantitativas y cualitativas.

Las dos fases de la investigación se desarrollaron de forma secuencial, comenzando por la fase cuantitativa y seguidamente la cualitativa. Una vez finalizada la recogida de datos de ambas fases, los resultados se conectaron e integraron, para descubrir similitudes y diferencias entre ellos y obtener un tercer grupo de inferencias que Creswell (2023) denominaba metainferencias que ya son intrínsecamente mixtas, y que se presentaran en el apartado de la discusión de los resultados.

1. RESULTADOS DE LA FASE CUANTITATIVA

En este apartado, se presentan los resultados obtenidos mediante técnicas cuantitativas de recogida de datos. Estos resultados se corresponden con el primer y segundo objetivo de la investigación: describir la prevalencia de sobrepeso y la obesidad en las mujeres de los campamentos de refugiados saharauis de Tinduf (objetivo nº1) y analizar el nivel de aceptación y satisfacción con el propio cuerpo entre las mujeres estudiadas, así como la existencia de posibles alteraciones en la autopercepción de la imagen corporal (objetivo nº 2).

Los resultados se muestran divididos en dos bloques temáticos.

En el primer bloque se exponen los resultados correspondientes a las mediciones antropométricas, peso, talla e IMC de las mujeres que participaron en la muestra cuantitativa y su relación con las variables de edad, menopausia, así como los tratamientos estadísticos que mostraran las cifras de prevalencia en los distintos grados de obesidad y sobrepeso.

El segundo bloque corresponde a los resultados relacionados con las variables sobre alteraciones de la imagen corporal, que incluyen los componentes de insatisfacción y distorsión en la representación mental del cuerpo de las mujeres.

1.1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres saharauis

Expondré en primer lugar los resultados correspondientes a las mediciones antropométricas (peso, talla e IMC) correspondientes a las 210 mujeres que componían la muestra cuantitativa de estudio. El IMC se calculó aplicando la fórmula clásica de peso en kg. dividido por la estatura en metros cuadrados. Tanto el peso como la talla se realizaron con las mujeres descalzas, aunque vestidas con la melfa.

Para la clasificación en los grados de obesidad y sobrepeso, he seguido las recomendaciones del documento de consenso de la SEEDO 2020 que considera existencia de sobrepeso cuando el IMC se encuentra entre 25 y 29,9 (kg/m²) y obesidad cuando el IMC es de 30 o superior.

En la Tabla 10 se presentan las distintas categorías de normopeso, sobrepeso y obesidad según las recomendaciones de la SEEDO (Caixás *et al.*, 2020).

Tabla 10. Clasificación del IMC según documento de consenso SEEDO.

CATEGORÍA	IMC (kg/m ²)
Peso insuficiente	< 18,5
Normopeso	18,5–24,9
Sobrepeso grado 1	25–26,9
Sobrepeso grado 2	27–29,9
Obesidad tipo 1	30–34,9
Obesidad tipo 2	35–39,9
Obesidad tipo 3 (mórbida)	40–49,9
Obesidad tipo 4 (extrema)	>50

NOTA: *SEEDO: Sociedad Española para el Estudio De la Obesidad.

En algunas gráficas que presentaré, para una mejor comprensión he considerado agrupar las 8 categorías del consenso SEEDO en sólo tres: normopeso, sobrepeso y obesidad. La categoría de infrapeso no aparece en ningún gráfico puesto que no se detectó a ninguna mujer con peso inferior al normal.

Los resultados obtenidos en mi trabajo, muestran unas cifras elevadas de prevalencia tanto de sobrepeso como obesidad entre las mujeres incluidas en la muestra. Esto era lo esperable, y coincide con los datos de todos los trabajos previos revisados y que se realizaron en el entorno de los campamentos (Grijalva-Eternod *et al.*, 2019; Naigaga *et al.*, 2018). Los datos obtenidos muestran que de las 210 mujeres que participaron en el estudio, 127 presentaban un IMC superior al normal, lo que supone el 60,4% del total de la muestra. El resto de las mujeres (83), se situaban en la franja de peso normal, con un IMC entre 18,5 y 24,9. No se detectó a ninguna mujer con infrapeso, que correspondería a un IMC inferior a 18,5.

En la Tabla 11 se presenta los datos correspondientes al número de mujeres y el porcentaje que representan en cada categoría del IMC.

Tabla 11. Distribución de las mujeres de la muestra por cada categoría del IMC

CLASIFICACIÓN SEGÚN IMC	Nº de mujeres	% sobre total de la muestra
NORMOPESO	83	39,5
SOBREPESO GI	36	17,1
SOBREPESO GII	45	21,4
OBESIDAD TI	27	12,9
OBESIDAD TII	17	8,1
OBESIDAD T III	2	1,0

NOTA: Las cifras de frecuencia indican el número total de mujeres en cada grupo de IMC y las de porcentaje el porcentaje de mujeres sobre el total de la muestra en cada grupo de IMC.

De forma global, las mujeres presentaban una situación de sobrepeso. La media del IMC de todas las mujeres que fueron pesadas y talladas fue de 26,96. La menor cifra detectada de IMC corresponde a una mujer con 18,59, en el límite inferior del rango de normopeso.

La cifra más elevada fue de 48,95 que corresponde a una obesidad mórbida, según la clasificación SEEDO.

En la Tabla 12, se muestran los datos estadísticos correspondientes al IMC, así como la edad y número de hijos e IMC de las mujeres participantes en la muestra.

Tabla 12. Estadísticos descriptivos de las variables edad, número de hijos e IMC, de las mujeres incluidas en la muestra de estudio cuantitativa

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación
EDAD (en años)	14	80	34,19	12,86
NÚMERO DE HIJOS	0	8	1,75	2,065
IMC (kg/m ²)	18,59	48,95	26,96	4,83

N=210.

Del total de las mujeres de la muestra, 83 mujeres (39,5%) presentaban un peso normal, 81 mujeres (38,5%) presentaban sobrepeso y 46 mujeres (21,9%) tenían obesidad. En la Figura 5, se expone un gráfico de barras que muestra el porcentaje respecto al total de mujeres que presentan normopeso, sobrepeso u obesidad.

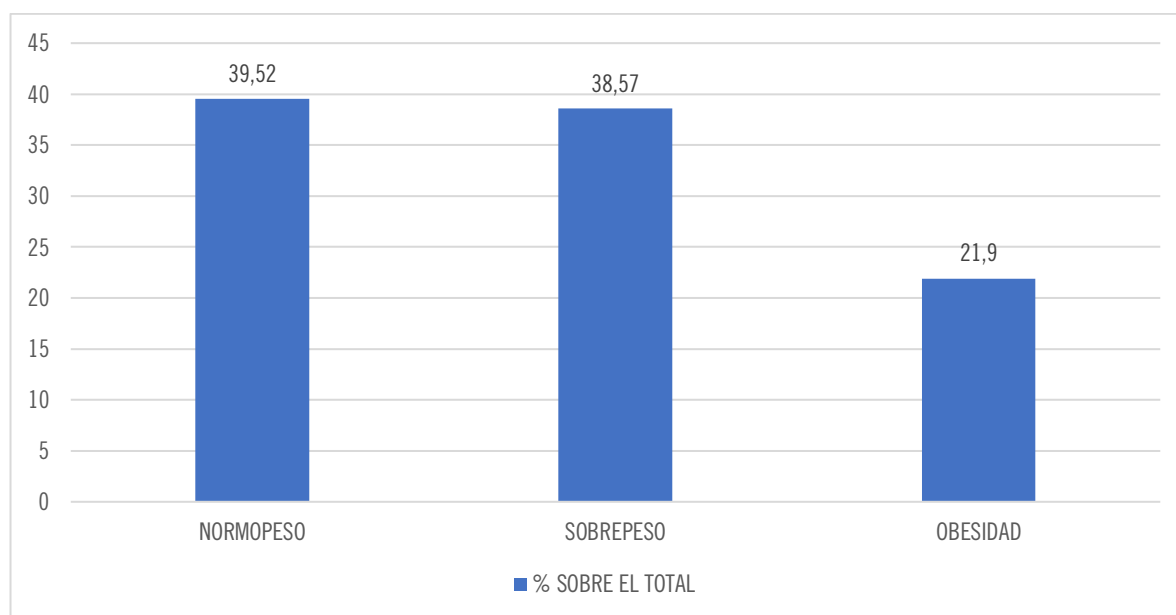


Figura 5. Porcentaje de mujeres en cada categoría de IMCDE sobre el total de la muestra

NOTA: Las cifras representan el porcentaje de mujeres sobre el total de la muestra. *No se detectó ninguna mujer con infrapeso.*

Dentro del total de mujeres que presentaban un exceso de peso, el sobrepeso era una situación más frecuente que la obesidad. Las cifras de sobrepeso casi triplican a las de obesidad entre las mujeres estudiadas. Los resultados muestran que, dentro del grupo de mujeres con exceso de peso, el 73,6% de ellas presenta sobrepeso mientras que con obesidad se veían afectadas el 26,4%.

El grupo de edad más numeroso de la muestra, corresponde al de mujeres entre 21 y 30 años, que suponen el 41% del total de la muestra. En la Figura 6, se presentan los datos correspondientes al número de mujeres en cada grupo de edad y en la Tabla 13, se muestran tanto el número de mujeres en cada grupo etario, como su porcentaje sobre la muestra total.

Tabla 13. Distribución de las mujeres de la muestra por grupos de edad

	Número de mujeres en cada grupo	Porcentaje sobre el total de la muestra
MENORES DE 20 A.	25	11,9
DE 21 A 30 A.	86	41,0
DE 31 A 40 A.	37	17,6
DE 41 A 50 A.	41	19,5
DE 51 A 60 A.	13	6,2
MAYORES DE 60 A.	8	3,8

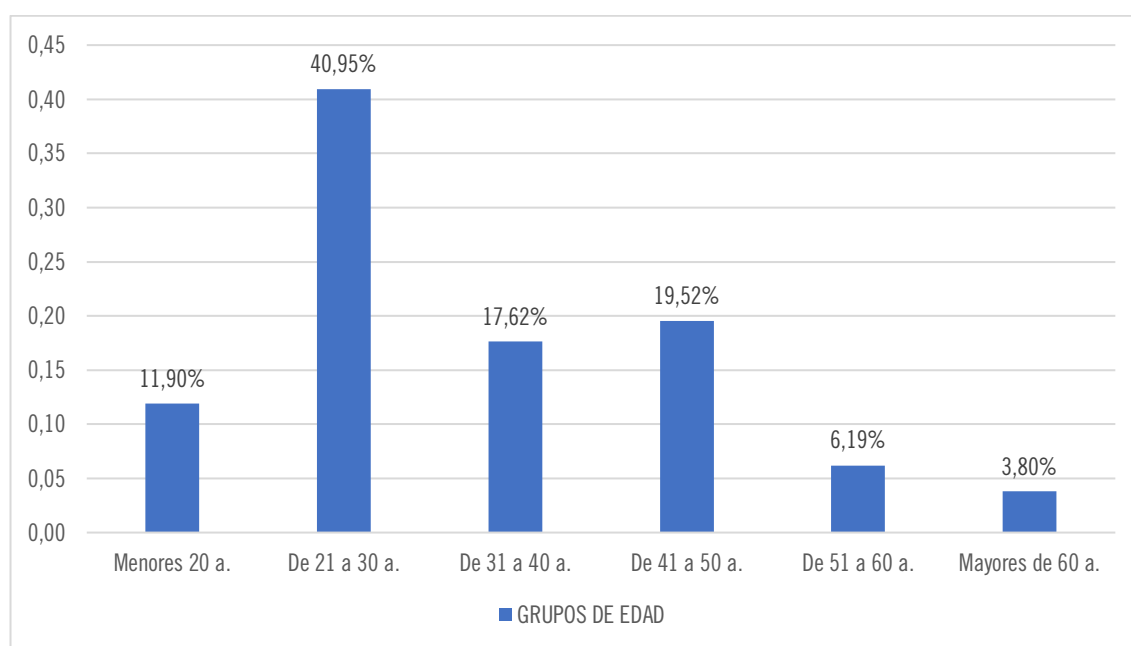


Figura 6. Distribución de las mujeres de la muestra por cada grupo de edad

Nota: Las barras indican porcentaje de mujeres sobre el total de la muestra

Los resultados mostraron una correlación positiva entre la edad de las mujeres y el IMC. Aunque las diferencias no son muy importantes, se observa un aumento lento pero continuado del IMC conforme aumenta la edad de las mujeres, hasta que se superan los 60 años de edad, en la que, de nuevo, el IMC desciende ligeramente. En este sentido debo resaltar que el grupo de edad de mayores de 60 años es el menor de todos los grupos etarios, con tan sólo 8 mujeres incluidas en la muestra total. En la Figura 7 se expone un gráfico de barras que representa la media del IMC en las mujeres de cada grupo de edad.

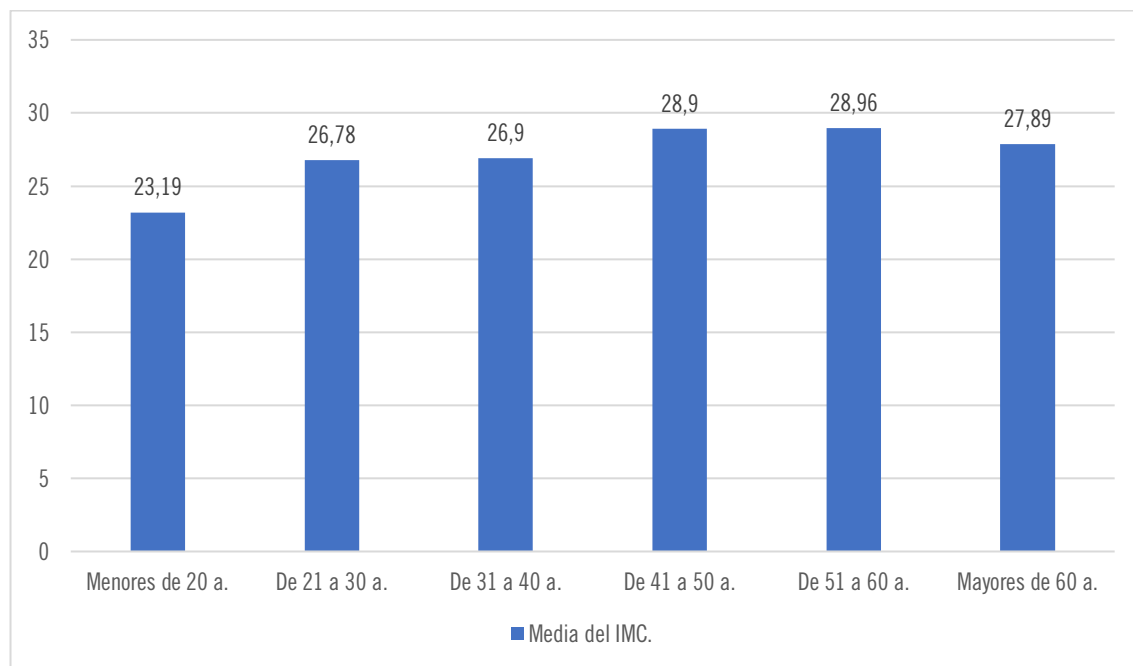


Figura 7. Resultados del Índice de Masa Corporal (IMC) en cada grupo de edad de las mujeres de la muestra

Las barras representan la media del IMC en cada grupo de edad

Respecto a la relación entre la menopausia y el exceso de peso, los resultados muestran algunas diferencias, especialmente en las cifras de obesidad entre las mujeres postmenopáusicas. Estos resultados no son sorprendentes y coinciden con el estado actual de la ciencia que ha determinado un aumento de peso en las mujeres ligado a la menopausia. Entre las mujeres postmenopáusicas de la muestra, el 39,4% presentaba obesidad, frente al 18,4% entre las mujeres no menopáusicas. Las cifras de sobrepeso en cada grupo ofrecen diferencias mucho menores: 39,4% de sobrepeso en mujeres postmenopáusicas y 38,4% en el resto.

En la Figura 8 se muestran las diferencias en los porcentajes de sobrepeso y obesidad entre las mujeres con y sin menopausia.

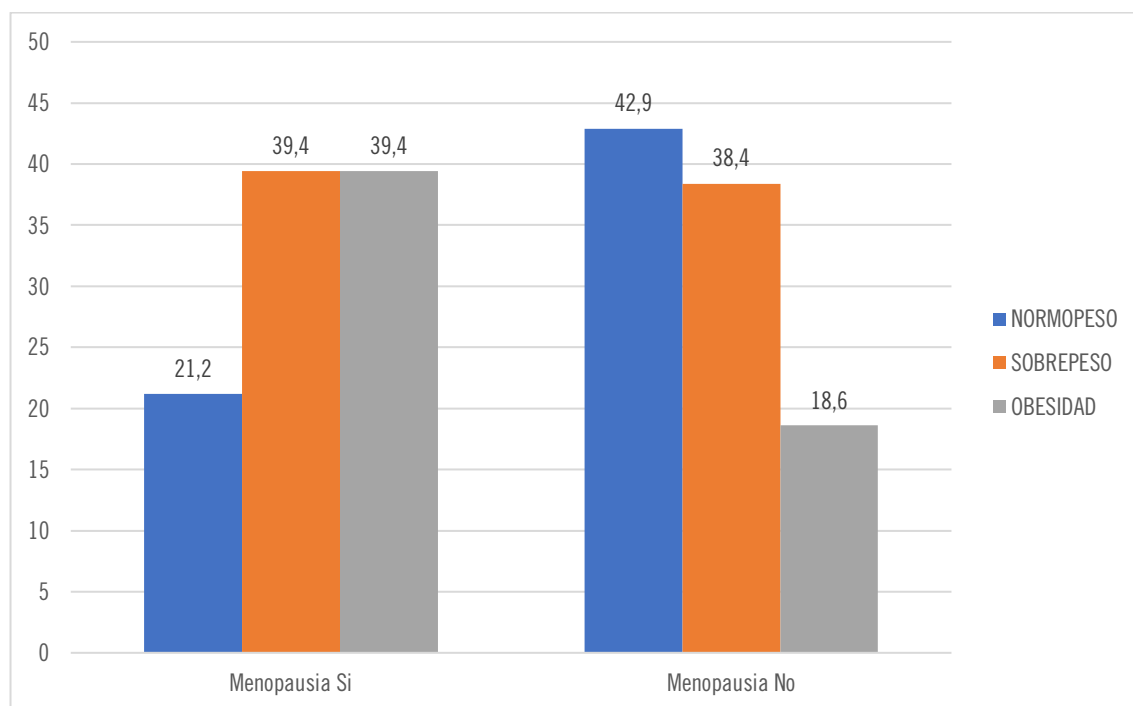


Figura 8. Proporción de las mujeres con y sin menopausia que presentan normopeso, sobrepeso u obesidad

Las barras representan el porcentaje de mujeres entre cada grupo

1.2. Alteraciones de la imagen corporal

A continuación, se exponen los resultados correspondientes a los dos componentes de las alteraciones de la imagen corporal que se han analizado: la insatisfacción con el cuerpo y la distorsión de la imagen corporal.

NIVEL DE INSATISFACCIÓN Y DISTORSIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

Junto a los datos de peso, talla e IMC, mostrados en el apartado anterior, en la fase cuantitativa evalué también las alteraciones de la imagen corporal, utilizando como instrumento el cuestionario de siluetas de Maganto & Cruz (2008).

Como señalaba Orietta Segura-Badilla (2022), las alteraciones de la imagen corporal se pueden manifestar de dos maneras distintas y ambas pueden ser valoradas con el instrumento correspondiente:

Por una parte, las alteraciones de la percepción de la imagen corporal que denominamos distorsión corporal. La distorsión de la imagen corporal se refiere a la discrepancia entre la figura que la persona dice o imagina tener y la que tiene en realidad. Por tanto, podemos encontrar dos direcciones en la distorsión de la imagen: una en forma de sobredimensión (la persona dice o imagina tener una figura más grande de la que tiene en realidad) y otra como infradimensión (la persona dice o imagina tener una figura más delgada de la que realmente tiene).

El instrumento que utilicé para valorar la distorsión de la imagen corporal de las mujeres participantes, consistió en un cuestionario con una escala de 8 siluetas de mujeres y 8 de hombres, graduadas de muy delgada a muy gruesa (Maganto & Cruz, 2008). Se solicitó a cada mujer que identificara la silueta que mejor se ajustaba a su cuerpo. Posteriormente se comparó la silueta elegida por cada mujer con la que el cuestionario tiene previamente asignada según el IMC real de la persona. La diferencia entre la silueta elegida y la real determina el índice de distorsión corporal. En los resultados que se presentaran a continuación unas cifras negativas indican una distorsión en forma de infradimensión o infraestimación de la imagen. Las cifras en positivo reflejan sobreestimación o sobredimensión de la imagen corporal. El cero, representa la situación de equilibrio, sin ningún grado de alteración.

Por otra parte, las alteraciones de la imagen corporal a nivel cognitivo-afectivo se manifiestan mediante emociones o pensamientos negativos por el aspecto físico. A esta alteración la denominamos insatisfacción con la imagen corporal. La insatisfacción puede manifestarse, al igual que la distorsión, en dos sentidos: la satisfacción que refleja aceptación del propio cuerpo con emociones y sentimientos positivos o la insatisfacción que significa rechazo del propio cuerpo e incluye emociones o sentimientos negativos hacia la propia figura. El cuestionario empleado para valorar el grado de insatisfacción corporal emplea la misma escala de 8 figuras graduadas de menor a mayor tamaño. Se solicitaba a las mujeres que señalaran la figura que ellas tienen y la que desearían tener. El mayor grado de satisfacción se obtiene cuando las respuestas tienen un valor cero o cercanas al mismo, ya que revelan una coincidencia entre la figura real con la deseada. La insatisfacción con la imagen corporal puede expresarse con cifras negativas o positivas. Los valores negativos revelan que las mujeres desearían estar más delgada y los valores positivos muestran que desearía estar más gruesa.

A continuación, mostraré los resultados correspondientes a los índices de distorsión e insatisfacción de la imagen corporal, obtenidos de las respuestas de las mujeres que participaron en la muestra cuantitativa.

ÍNDICE DE DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Los resultados del índice de distorsión de la imagen corporal, muestran una acusada tendencia a la infraestimación de la figura corporal entre las mujeres estudiadas. En otras palabras, la mayoría de las mujeres que participaron en la muestra de estudio, piensan que están más delgadas de lo que realmente están.

Los datos correspondientes al Índice de Distorsión de la imagen corporal reflejan que 194 mujeres de la muestra (92,4%) presentaban un índice negativo, es decir, que se identificaban con una silueta más delgada de la que les corresponde por su IMC. En 14 mujeres (6,6%) no se detectó distorsión de su imagen corporal y solo 2 mujeres (1%) de la

muestra manifestaron un índice positivo de distorsión, que se relaciona con una silueta más gruesa de la que les corresponde.

En la Figura 9 se muestra la distribución de mujeres que puntúan en cada nivel de la escala de distorsión. El punto cero, indica una situación de equilibrio, sin presencia de distorsión de la imagen. Hacia la derecha del punto cero se encuentran las cifras positivas que indican sobreestimación o sobredimensión. Hacia la izquierda del cero se encuentran las cifras negativas que indican infradimensión o infraestimación. En este gráfico se puede observar la marcada tendencia al agrupamiento hacia la izquierda del punto cero.

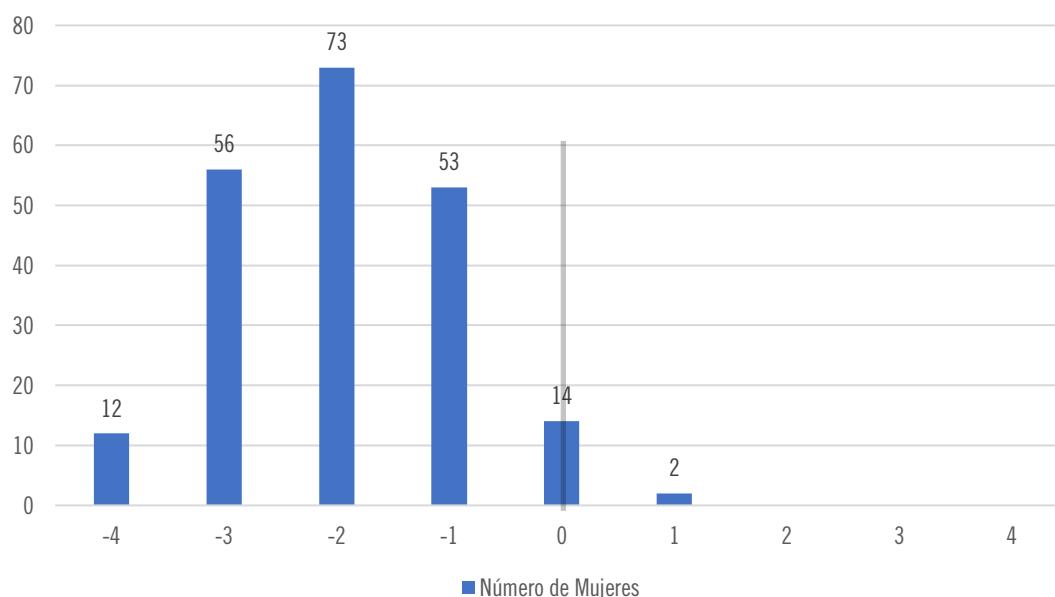


Figura 9. Porcentaje de mujeres que puntúan cada valor de la escala del Índice de distorsión de la imagen corporal.

NOTA: Las barras representan el porcentaje de mujeres en cada valor del índice de distorsión. La línea correspondiente al cero señala el punto donde no se observa distorsión de la imagen corporal. Los valores negativos muestran que la persona ha elegido una silueta más delgada de lo que le corresponde. Los valores positivos que ha seleccionado una silueta más gruesa de la que le pertenece según su IMC.

ÍNDICE DE INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

Respecto al nivel de insatisfacción con el cuerpo, los resultados muestran que las mujeres que más satisfechas y contentas están con su cuerpo constituyen el grupo más numeroso. A continuación, el segundo es el de las mujeres que desearían estar más gruesas de lo que estaban en el momento en que recogí los datos. El grupo con menor número de mujeres corresponde a las que desearían estar más delgadas.

Los datos indican que 85 mujeres (40,5%) de la muestra se sienten satisfechas con su imagen corporal, 43 mujeres (20,5%) desearían estar más delgadas y 82 son las mujeres (39%) que desearían estar más gruesas. El índice de distorsión medio obtenido es de 0,2 muy cercano al cero, lo que indica una alta satisfacción general de las mujeres con su cuerpo.

En la Figura 10 se muestra la distribución de las mujeres en cada punto de la escala de insatisfacción corporal. En el gráfico se puede observar que el mayor número de mujeres se agrupa en torno al punto cero, lo que indica el alto grado general de aceptación y satisfacción con el tamaño corporal. También se puede percibir una mayor agrupación hacia la derecha del histograma que hacia la izquierda, lo que significa que hay un mayor número de mujeres que desearían estar más gruesas que mujeres que desearían estar más delgadas.

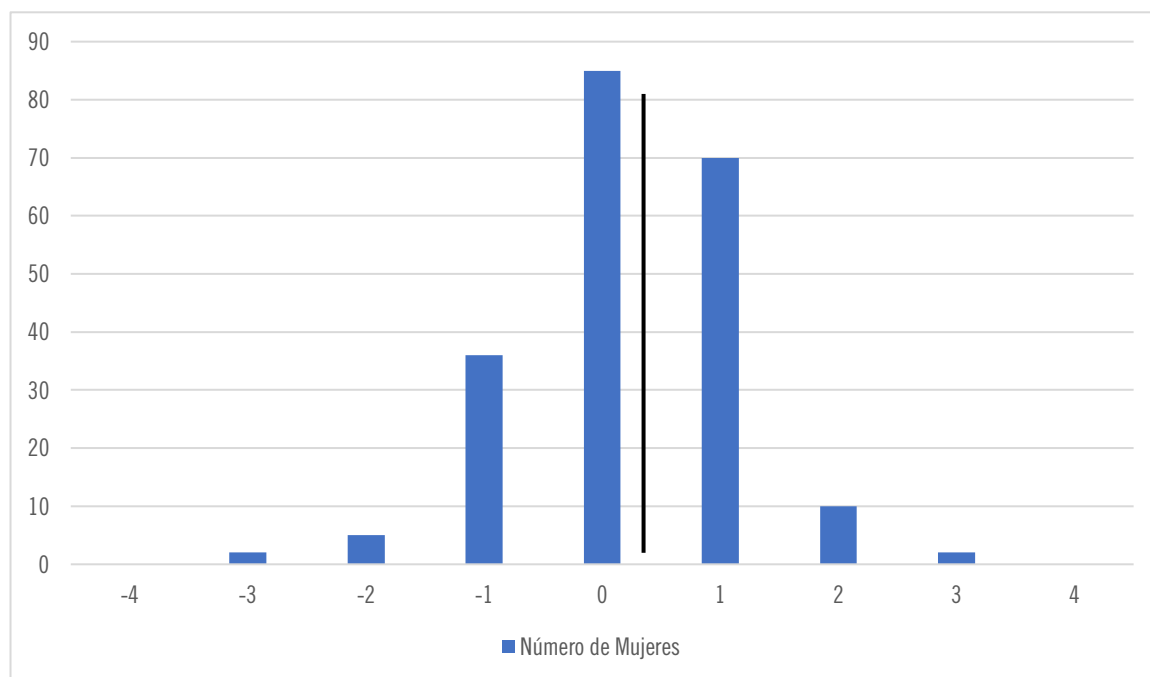


Figura 10. Número de mujeres que puntúan cada valor de la escala del Índice de insatisfacción con la imagen corporal

NOTA: La línea correspondiente al 0 indica que el punto en que las mujeres están más satisfechas con su cuerpo, los valores negativos revelan que desearían estar más delgadas y los valores positivos muestran que desearían estar más gruesas.

Es de resaltar que la media para toda la muestra de este índice es cercana a cero, lo cual, como he señalado anteriormente, indicaría un alto grado de satisfacción general de las mujeres con su imagen corporal, sin embargo, cuando este dato se desglosa por grupos de edad sí se observan algunas diferencias. El 33,3 % de todas las mujeres encuestadas, presentan un índice de insatisfacción de +1. Esto se traduce en la proporción de mujeres que desearía tener un cuerpo más grueso.

Los resultados muestran una tendencia entre las mujeres más jóvenes a expresar una mayor insatisfacción con su cuerpo que las más mayores. Las cifras del nivel de insatisfacción (que se gradúa de -4 a +4), son de signo positivo en todos los grupos de edad excepto en el grupo de 41 a 50 años, que es de signo negativo y en el grupo de 51 a 60 cuyo resultado es cero. Los mayores niveles de insatisfacción se detectan en los grupos de edad más jóvenes. El 64% de las mujeres menores de 20 años muestran el mayor grado de insatisfacción corporal

de signo positivo es decir que desearían estar más gruesas de como estaban en el momento en que realicé las mediciones. En el grupo de edad comprendido entre los 21 y los 30 años, el porcentaje de mujeres que desearían estar más gruesas es del 38,4 %. Estos datos reflejan el mayor deseo de engordar entre las mujeres más jóvenes que entre las que tiene más edad.

En la Tabla 14 se presentan desglosadas por cada grupo de edad, los porcentajes de mujeres que corresponden a cada categoría del índice de insatisfacción.

Tabla 14. Índice de insatisfacción con la imagen corporal en cada grupo de edad de las mujeres

GRUPO DE EDAD (años)	GRADO DEL ÍNDICE DE INSATISFACCIÓN CORPORAL						
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Menos de 20		4,0 %	12,0 %	20,0 %	64,0 %		
De 21 a 30		1,2 %	14,0 %	40,7 %	8,4 %	4,7 %	1,2 %
De 31 a 40	2,7 %	2,7 %	18,9 %	29,7 %	37,8 %	8,1 %	
De 41 a 50	2,4 %	4,9 %	19,5 %	58,5 %	9,8 %	2,4 %	2,4 %
De 51 a 60			30,1 %	46,2 %	15,4 %	7,7 %	
Más de 60			25,0 %	50,0 %	12,5 %	12,5 %	
Total	1,0 %	2,4 %	17,1 %	40,5 %	33,3 %	4,8 %	1,0 %

NOTA: Las cifras expresan el porcentaje de mujeres de cada grupo de edad. La columna que corresponde al valor cero, indica el porcentaje de mujeres que están satisfechas con su cuerpo y que no aspiran ni desean cambiarlo. Las columnas con los valores negativos revelan el porcentaje que desearían estar más delgadas y con valores positivos muestran las que desearían estar más gruesas. Cuanto más se alejen las cifras del punto cero, más fuerza tiene el nivel de insatisfacción.

En la Figura 11 se muestran las medias obtenidas del índice de insatisfacción desglosadas por cada grupo de edad de las mujeres de la muestra. El grupo de 51 a 60 años aparece sin barra, debido a que el resultado es cero.

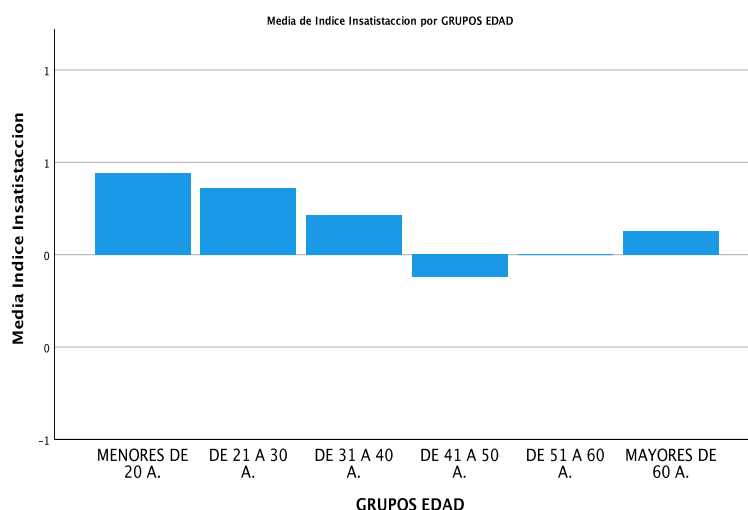


Figura 11. Nivel de satisfacción con la imagen corporal en cada grupo de edad

NOTA: Las barras indican la media del índice de insatisfacción corporal. Las barras por encima de la abscisa correspondiente al cero, indican las mujeres que desearían estar más gruesas. El cero representa a las mujeres que se encuentran satisfechas con su figura y no desean cambiar. Las barras hacia abajo de la abscisa cero, corresponde a mujeres que desearían estar más delgadas. En el grupo de edad de 51 a 60 años el resultado obtenido es cero.

Los resultados indican que el nivel de aceptación y satisfacción con el cuerpo, varía según el IMC de las mujeres. En nuestro estudio no se detectó a ninguna mujer con infrapeso. Los datos sugieren que, entre las mujeres participantes en el estudio, el deseo de tener un cuerpo más grueso es más fuerte que el de estar más delgadas.

La mayor fuerza del índice de insatisfacción se encuentra en las mujeres con normopeso, y va progresivamente descendiendo conforme aumenta el IMC de las mujeres. Del grupo de mujeres con peso normal (IMC de 18,5 a 24,9), al 53% de ellas les gustaría tener un cuerpo más grueso. Entre las mujeres con sobrepeso grado I, la proporción de las que desearía estar más gruesa es del 41,6% y sólo al 22,2% de ellas les gustaría estar más delgadas. En las mujeres con sobrepeso grado II al 31,1 % les gustaría estar aún más gruesas mientras que a sólo el 17,8% de ellas preferirían un cuerpo más delgado. En los grupos de mujeres con obesidad, la proporción se invierte y es más habitual encontrar mujeres que deseen un cuerpo más delgado. El 33,3% de las mujeres con obesidad de grado I desean un cuerpo más delgado, lo que parece tener sentido, sin embargo, el 25,9% de ellas, desearían tener un cuerpo aún más grueso. Ya entre las mujeres con obesidad grado II, la proporción de las que desearían tener un cuerpo más delgado es del 70,7 %, aunque todavía al 11,8% les gustaría estar algo más gruesas. En el grupo de mujeres con obesidad grado III, no se ha encontrado a ninguna que respondiera desear un cuerpo más grueso. Sin embargo, la mitad de ellas se encuentran satisfechas con su cuerpo y la otra mitad si desearía estar más delgada.

En la Tabla 15 se muestran con detalle, el porcentaje de mujeres, dentro de cada grupo de IMC, que se sitúan en cada categoría del índice de insatisfacción corporal. El mayor grado de aceptación y satisfacción se corresponde con la categoría cero. Las cifras positivas reflejan el deseo de tener un cuerpo más grueso mientras que las negativas el de tenerlo más delgado. Cuanto más positivo o más negativo es el índice, más fuerza tiene el grado de la insatisfacción.

Tabla 15. Nivel de insatisfacción con la imagen corporal según el IMC de las mujeres

		ÍNDICE DE INSATISFACCIÓN						
		-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
CLASE IMC	NORMOPESO		1,2%	4,8%	41,0%	45,8%	6,0%	1,2%
	SOBREPESO GI		2,8%	19,4%	36,1%	33,3%	8,3%	
	SOBREPESO GII			17,8%	51,1%	28,9%	2,2%	
	OBESIDAD TI		3,7%	29,6%	40,7%	18,5%	3,7%	3,7%
	OBESIDAD TII	11,8%	11,8%	47,1%	17,6%	11,8%		
	OBESIDAD T III			50,0%	50,0%			
Total		1,0%	2,4%	17,1%	40,5%	33,3%	4,8%	1,0%

NOTA: Las cifras indican el porcentaje de mujeres dentro de cada grupo de IMC. El Índice de Insatisfacción indica el grado de aceptación o insatisfacción con el cuerpo. La columna del cero marca el mayor grado de satisfacción y aceptación. Las cifras positivas indican un deseo de tener un cuerpo más grueso. Las cifras negativas indican el deseo de tener un cuerpo más delgado. Cuanto más se aleja la cifra del cero, más fuerte es el grado de insatisfacción.

En la Figura 12 se muestran los datos de la insatisfacción corporal en relación al IMC anteriormente expuestos, agrupados en niveles generales del IMC (normopeso, sobrepeso y obesidad).

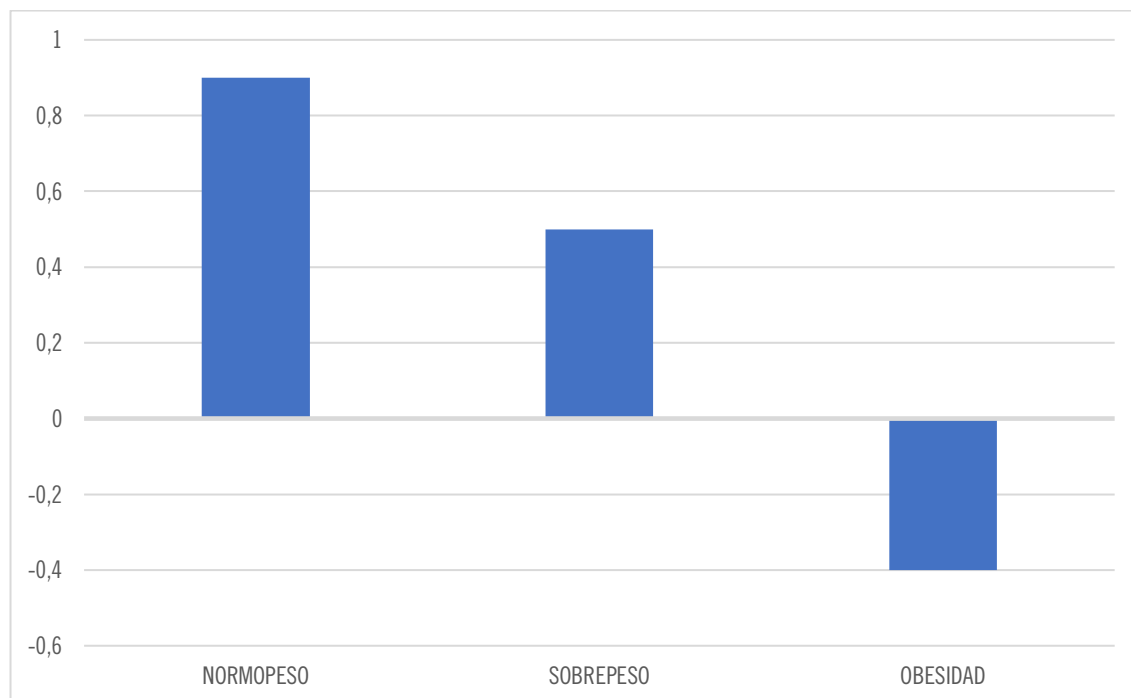


Figura 12. Nivel de insatisfacción con el cuerpo de las mujeres participantes

NOTA: Las barras representan la media del índice de insatisfacción en cada grupo de IMC. El Índice de Insatisfacción: indica el grado de aceptación o insatisfacción con el cuerpo. La abscisa cero indica el mayor grado de satisfacción y aceptación. Las cifras hacia arriba del cero (positivas) indican un deseo de tener un cuerpo más grueso. Las cifras hacia abajo del cero (negativas) indican el deseo de tener un cuerpo más delgado. Cuanto más se aleja la cifra del cero, más fuerte es el grado de insatisfacción.

Utilizando el mismo cuestionario de siluetas se preguntó a las mujeres acerca de las preferencias sobre la figura que debería tener su pareja²¹. He denominado a esta variable como «hombre ideal» y a la figura femenina que las mujeres creen que resulta más atractiva a los hombres como «mujer ideal». En la relación de las 8 siluetas masculinas graduadas de *muy delgado* (1) a *muy grueso* (8), se solicitó a las mujeres que marcaran la silueta del hombre que les resultaba más atractiva como pareja. En la relación de las 8 siluetas femeninas igualmente graduadas, se solicitó a las mujeres que marcaran la figura que ellas pensaban que le resultaba más atractiva a los hombres.

La comparación de las respuestas del ítem 6 del cuestionario («¿Qué silueta crees que elegiría una persona del sexo contrario como pareja?»), con las del ítem 5 («¿Qué silueta elegirías como pareja?») me permitió valorar el nivel de ajuste o desajuste entre el modelo

²¹ Durante las explicaciones a las mujeres sobre sus preferencias, me he referido siempre a pareja heterosexual.

de imagen corporal que las mujeres elegirían como pareja («hombre ideal») y la atribución que éstas hacen al sexo contrario en la elección de las mujeres («mujer ideal»).

Los datos señalan que el 73% de las mujeres elegirían como pareja a hombres más delgados (siluetas número 4 y 5) mientras que el 41% de las mujeres piensan que los hombres elegirían como pareja a mujeres más gruesas (silueta 6 y 7). En la Figura 13 se muestra el número de mujeres que eligen cada categoría de «mujer ideal» y «hombre ideal». Para una mejor comprensión, se ha sobrepuesto al gráfico las siluetas correspondientes a cada categoría.

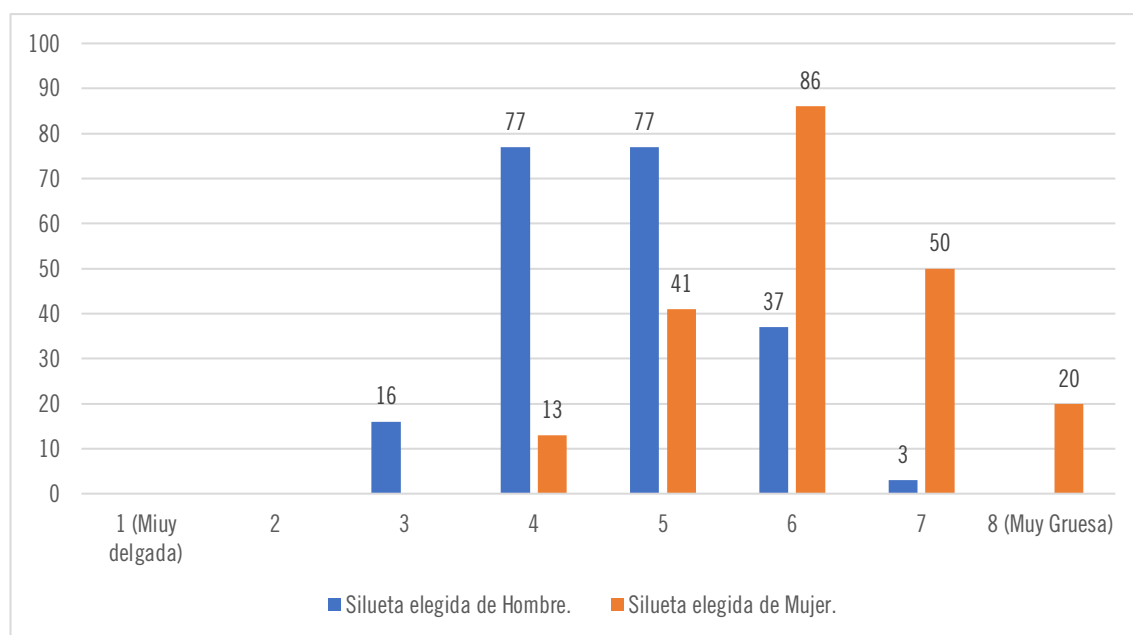


Figura 13. Siluetas elegidas por las mujeres, correspondientes a sus preferencias de cuerpos «ideales» de hombres y mujeres

NOTA: Las barras representan el nº de mujeres que puntúan en cada grado de la escala. Escala de siluetas empleada de Maganto & Cruz (2008) graduada de 1 (silueta más delgada) a 8 (silueta más gruesa). En la Imagen 8 se muestra la escala empleada, con la graduación de siluetas de hombres y mujeres y el IMC asignado a cada figura (Maganto & Cruz, 2008).

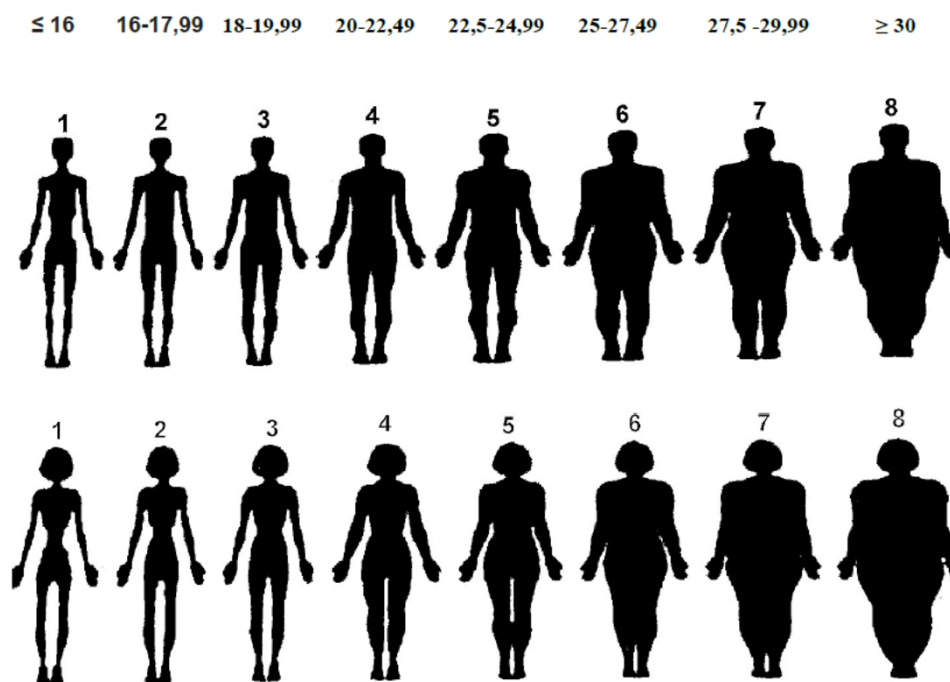


Imagen 14. Escala de siluetas para hombres y mujeres empleada en este estudio

NOTA: El 1 corresponde a la figura más delgada. El 8 a la más gruesa. IMC corresponde al IMC asignado a cada silueta

En la Tabla 16, se presentan como cierre de este apartado, las cifras mínimas, máximas y las medias aritméticas de las variables utilizadas para el análisis de las alteraciones de la imagen corporal.

Tabla 16. Estadísticos descriptivos de las variables Insatisfacción con el cuerpo, distorsión de la imagen corporal, silueta elegida de «hombre ideal» y silueta de «mujer ideal»

VARIABLE	MÍN	MÁX	MEDIA	DESVIACIÓN
Índice Distorsión (min. -4; max. +4)	-4	1	-1,97	1,05
Índice Insatisfacción (min. -4/max.+4)	-3	4	0,22	0,99
Silueta del hombre ideal (min.1; max.8)	3	7	4,69	0,9
Silueta de la mujer ideal (min.1; max.8)	4	8	6,11	1,02

Nota: recogidos de las respuestas de las mujeres al cuestionario de siluetas Maganto&Cruz (2008)

Índice de distorsión: indica el grado de desajuste entre la figura real y la que la mujer dice tener. Un índice de cero, indica que no hay desajuste. Las cifras positivas indican una sobreestimación (las mujeres creen estar más gruesas de lo que realmente están). Las cifras negativas señalan una infraestimación (Las mujeres creen estar más delgadas de lo que realmente están). Cuanto más se aleja la cifra del cero, más fuerte es el grado de desajuste.

Índice de Insatisfacción: indica el grado de aceptación o insatisfacción con el cuerpo. Un índice de cero indica el mayor grado de satisfacción y aceptación. Las cifras positivas indican un deseo de tener un cuerpo más grueso. Las cifras negativas indican el deseo de tener un

cuerpo más delgado. Cuanto más se aleja la cifra del cero, más fuerte es el grado de insatisfacción.

Silueta del «hombre ideal»: indica las respuestas de las mujeres acerca de la silueta de hombres que les resulta más atractiva. El número de categorías posibles es de 8 siendo 1 la más delgada y 8 la más gruesa.

Silueta de la «mujer ideal»: indica las respuestas de las mujeres acerca de la silueta femenina que ellas consideran más atractiva para los hombres. El número de categorías posibles es de 8 siendo 1 la más delgada y 8 la más gruesa.

2. RESULTADOS DE LA FASE CUALITATIVA

Los resultados que se exponen a continuación provienen de las informaciones que he recogido a través de tres fuentes principales:

1. Respuestas y testimonios recogidos directamente por mí, fruto de las entrevistas personales a las 10 personas, que gustosamente aceptaron participar en mi trabajo.
2. Informaciones recogidas mediante un proceso de observación participante durante mi trabajo de campo. Mi rol como «nativa marginal» me permitía, en momentos, mezclarme con la comunidad, entender sus preferencias y establecer relaciones más cercanas con ellas y con ellos. A la vez, en otros momentos de cada día, mi mente debía salir del escenario de la investigación para sumergirme en los datos, realizar las transcripciones de todo lo que había recogido y dar sentido al creciente número de datos que se acumulaban en mi diario de campo.
3. Datos, testimonios y relatos obtenidos de fuentes secundarias a través de personas e informantes de confianza, que habían participado en reuniones o situaciones en las que yo por alguna circunstancia no pude asistir o bien yo consideraba que mi presencia no sería oportuna y alteraría la naturalidad de la conversación, como por ejemplo en reuniones exclusivas de hombres.

Los resultados aparecerán ordenados según las distintas categorías de análisis que constituyen la clasificación definitiva. Estas categorías se corresponden con los objetivos planteados en mi investigación, y se presentaran siguiendo el orden en que éstos han sido expuestos.

En la Tabla 17 se muestran de nuevo los objetivos junto a sus correspondientes categorías y subcategorías utilizadas para la organización y análisis de los datos recogidos en esta fase.

Tabla 17. Relación de los objetivos de investigación con las categorías y subcategorías

OBJETIVO 1	Revelar las percepciones nativas de salud y enfermedad y de la obesidad como factor de riesgo.		
	CATEGORÍA 1	Percepciones sobre salud y enfermedad.	
	SUBCATEGORÍAS	-Valoración autopercebida de la salud. -Valoración de la obesidad como factor de riesgo.	
OBJETIVO 2	Analizar la satisfacción y aceptación de las mujeres con su cuerpo y alteraciones en la autopercepción corporal.		
	CATEGORÍA 2	Imagen Corporal.	
	SUBCATEGORÍAS	-Autopercepción y autoimagen. -Cuerpo ideal y cuerpo deseado. -Percepción de la imagen proyectada.	
OBJETIVO 3	Explorar sobre las prácticas y usos tradicionales, recursos dietéticos y empleo de medicamentos entre las mujeres, para aumentar de peso.		
	CATEGORÍA 3	Prácticas disciplinarias.	
	SUBCATEGORÍAS	-Prácticas dietéticas tradicionales: <i>leblouh</i> tradicional. - Fármacos: corticoides y cremas. Cosmética y remedios de belleza. -Medicina tradicional saharauí.	
OBJETIVO 4	Explorar la existencia de fuentes de control social y familiar que puedan presionar a las mujeres para engordar y comprobar el grado de aceptación de ellas.		
	CATEGORÍA 4	Normas de género sobre el cuerpo femenino.	
	SUBCATEGORÍAS	-Estereotipos de género sobre el cuerpo femenino: Preferencias masculinas y femeninas sobre el cuerpo. -Elementos familiares de control: El peso de la figura materna -Mecanismos sociales de control: Cotilleo y chismorreó.	
OBJETIVO 5	Analizar elementos económicos, culturales cruzados con el género que puedan influir en la obesidad femenina.		
	CATEGORÍA 5	Factores económicos y culturales que contribuyen al exceso de peso.	
	SUBCATEGORÍAS	-Elementos de la canasta básica. -Práctica de ejercicio y actividad física. -Ritual del té.	
OBJETIVO 6	Comprobar la vigencia de las redes de apoyo y alianza entre mujeres para garantizar la seguridad alimentaria.		
	CATEGORÍA 6	Sororidad saharauí. Seguridad alimentaria.	
	SUBCATEGORÍAS	-División del trabajo por género. -Roles de género en situaciones de conflicto.	

2.1. Aspectos generales sobre el desarrollo de las entrevistas

En los siguientes epígrafes mostraré los fragmentos y extractos que he considerado más relevantes en relación con los objetivos, categorías y subcategorías propuestas.

Debido al carácter cualitativo de esta fase de la investigación, el tamaño y la selección muestral no responden al muestreo en el sentido estadístico o cuantitativo del mismo. En todo caso, es una muestra significativa en sentido cualitativo, y en la selección muestral debí ajustarme a varias circunstancias, que expongo a continuación.

Al comienzo del trabajo de campo y por agilizar la recogida de datos opté por entrevistar a mujeres que supieran hablar español. Aunque esto me facilitaba la comunicación y conseguía entrevistas más fluidas, enseguida consideré que entrevistar sólo a mujeres que hablaran español, introduciría un importante sesgo en los resultados, ya que habitualmente son estas mujeres las que han viajado previamente a España, a través del programa de Vacaciones en Paz²² y sus preferencias podrían estar «contaminadas» por los gustos propios de países europeos. Por tanto, elegí incluir también a mujeres que hablaban sólo *hassanía*, y en estos casos debí coordinarme con alguna amiga local que amablemente me hiciera de intérprete. Las enfermeras de los dispensarios se ofrecieron a hacer de intérpretes en estas entrevistas, pero preferí evitar que me acompañaran para minimizar el sesgo de aceptación social en las conversaciones sobre algunos temas sensibles con las mujeres, como los que hacen referencia al consumo de corticoides o a la canasta básica. Otras circunstancias que me dificultaron el acceso a las mujeres, tenían que ver con las condiciones de la seguridad que el Frente Polisario impone a los extranjeros durante su estancia. Cualquier salida desde el local donde yo residía, el «protocolo» debía ser notificada con suficiente antelación al jefe de seguridad del mismo y autorizada por él. Posteriormente debía contactar con la mujer, a través de una persona de confianza para concretar el lugar y la hora de nuestra reunión. Por último, debía contratar algún medio de transporte para desplazarme hasta el lugar de reunión y volver al «protocolo» una vez finalizada.

Todas las entrevistas se desarrollaron en la *jaima* de las mujeres y de los hombres participantes. El ambiente siempre fue relajado y en una atmósfera impregnada de la calma tan característica del pueblo saharauí. Como no conocía previamente a ninguna de las

²² «Vacaciones en Paz» es un programa de sensibilización política y social que surgió a mediados de la década de los 80 del pasado S.XX. Por la parte Saharauí, está organizado por el Ministerio de Juventud y Deportes de la RASD y por la parte española por la Delegación Saharauí para España y por las distintas Asociaciones de Amigos Saharauis, presentes en todas las Comunidades Autónomas. El programa permite la acogida en familias españolas durante los meses de verano a niños y niñas saharauis de entre 10 y 12 años de edad. Según los datos del Ministerio español de Trabajo, Migraciones y Seguridad, Social (2019) entre los años 2013-2018 se acogieron 27.201 niños y niñas en familias españolas. En el año 2019, fueron 4.286. Tras la suspensión durante los dos años de pandemia, en el año 2023 la previsión era de 2800 niños y niñas (Europapress, 2023)

mujeres ni hombres entrevistados, los primeros momentos comenzaban siempre con las habituales muestras de agradecimiento y presentación. Tras el saludo convencional, toda conversación con una persona saharauí, debe obligatoriamente incluir preguntas sobre la familia, y no de forma general, sino particularizando la pregunta a cada miembro (*¿Como está tu padre? ¿Como está tu madre? ¿Como están tus hermanos? ¿Como están tus hijos? ¿y tus hijas?*) El proceso puede demorarse algunos minutos, y alargarse más o menos en función del grado de amistad con la persona con la que se conversa o del tiempo pasado desde la última visita. No obstante, es habitual que, aunque vuelva a coincidir con la misma persona al día siguiente o poco tiempo después, de nuevo deba comenzar con la misma relación de preguntas antes de iniciar la conversación. Una vez terminada las cuestiones familiares se suele preguntar también acerca de cómo va el trabajo, que tal la casa, o el clima.

Cuando estos saludos rituales se dirigían hacia mí, podían estar planteados en español, si mi interlocutor o interlocutora dominaba el idioma, o en *hassanía*, pero todos terminan con un *lâa-bas?* que la cortesía obliga a contestar igualmente con otro *lâa-bas* (muy bien) a cada pregunta.

Una vez finalizada la convención social de los saludos, yo procedía a explicarles el objetivo de mi trabajo, los temas de los que quería hablar con ellas y con ellos, y pedirles autorización para registrar la conversación en una grabadora de audio. Para no perder naturalidad en la conversación preferí no tomar notas y memorizar previamente los temas y preguntas a realizar, aunque por precaución llevaba un pequeño bloc donde ocasionalmente consultaba las preguntas o anotaba rápidamente alguna observación que no pudiera quedar registrada en la grabadora, para ampliarla posteriormente al terminar la entrevista.

Todas las entrevistas transcurrieron alrededor de una tetera, siguiendo el ritual saharauí de los tres «vuelcos», que explicaré con detalle más adelante. Una vez sentadas a la manera saharauí, en la jaima, y con el agua para el té preparada en el anafre, podíamos comenzar con las entrevistas (ver Imagen 15).



Imagen 15. Compartiendo charla y té en la jaima de una de las participantes (wilaya de Auserd, 2018)

Fuente: Fotografía realizada por la autora.

Durante el transcurso de las entrevistas era habitual que algún familiar, niños o vecinas hicieran una breve visita para saludar o para incorporarse al té y a la conversación.

Presento a continuación los resultados de mis observaciones y los extractos de los testimonios y respuestas de las personas entrevistadas, clasificados en sus correspondientes categorías y subcategorías.

2.2. Categorías y subcategorías

2.2.1. SALUD Y ENFERMEDAD: UN PROCESO DE CONSTRUCCIÓN Y DECONSTRUCCIÓN SOCIAL

En esta categoría muestro los testimonios y respuestas que tienen relación con las nociones nativas sobre el proceso de salud y enfermedad, valoraciones subjetivas del estado de salud, y concepciones sobre factores de riesgo conocidos, especialmente los referidos a la obesidad y el sobrepeso.

En el planteamiento de las preguntas y el transcurso de las entrevistas, he procurado evitar dejarme arrastrar por la corriente biologicista, propia de una profesional del área de la salud que me habría impedido captar en su totalidad las experiencias y pensamientos de las personas. Las preguntas se orientaron bajo la premisa de que ni la salud ni la enfermedad son hechos objetivos, sino el resultado de condiciones históricas, económicas y culturales.

Para facilitar el análisis de esta categoría he contemplado 2 subcategorías: la valoración del estado de salud autopercebido, y las percepciones de la obesidad como factor de riesgo o problema de salud.

VALORACIÓN AUTOPERCIBIDA DEL ESTADO DE SALUD

Se trata de la valoración subjetiva que realizan las personas entrevistadas acerca del estado de salud propio y problemas de salud reconocidos como tales en el momento de la recogida de datos.

La percepción del estado de salud es un concepto altamente subjetivo, cuya expresión se ve afectada y dirigida por factores estructurales externos a la persona como la cultura, el género o la política, junto a otros factores individuales como la edad, el sexo, o las características psicológicas. De todos ellos, probablemente la cultura y los comportamientos asociados al género que cada grupo cultural define, sean los que más influyen en la percepción y la expresión a los demás del estado de salud. Sobre las representaciones sociales de la salud y enfermedad, Mari Carmen Vergara señalaba que hay dos opciones para enfrentarla: una relacionada con el punto de vista de los y las profesionales de la salud, que imprime una mirada externa, reduciendo la experiencia al aspecto físico. La otra opción es enfocar la mirada hacia la persona para entender sus prácticas de vivir con salud o con enfermedad (Olarte Jaramillo, 2018).

La manera en la que las mujeres y los hombres participantes en esta investigación expresaban su estado de salud es el resultado de esa influencia de la cultura en la salud y constituye una excelente ocasión para apreciar las diferencias culturales. Cuando hablaba con las mujeres y observaba sus cuerpos y su forma de vida, desde mi posición de mujer europea y enfermera detectaba determinados problemas de salud que, sin embargo, no eran importantes para ellas. Mi concepto de lo que significa salud y estar sana y el de las mujeres saharauis, en muchas ocasiones no coincidían.

En general, todos los testimonios recogidos sugerían que tanto las mujeres como los hombres entrevistados, se autopercebían con un muy buen estado de salud.

Aspectos relevantes para mí como el exceso de peso o el agotamiento físico y mental por la carga de trabajo, no eran sentidos como problema de salud por las mujeres, que en general se percibían con un estado de salud bueno o muy bueno. Era frecuente la expresión «estar fuerte» como sinónimo de una buena salud, y «yo estoy sana, estoy fuerte», era la respuesta más habitual a la pregunta «¿cómo estás de salud?».

P.: ¿Cómo dirías que estas de salud?

R.: *«Yo estoy bien, estoy fuerte. Muchos días me duele la espalda, y cansada, pero eso es de la casa y las cabras no de enferma. Pero de salud estoy bien, gracias a Dios²³. No tengo azúcar ni tensión, ni nada malo».* (AZIZA, 32 AÑOS. CASADA CON 1 HIJA)

Esto no significa que nieguen lo que desde mi posición defino como problemas de salud, sino que dichas situaciones no se sienten como tal problema desde la perspectiva de ellas. Son simplemente fenómenos añadidos asociados de forma natural a su estilo de vida.

Las referencias a molestias en aparato locomotor y sobre todo a dolor de espalda eran habituales. Si embargo, cuando insisto en dichas situaciones, de nuevo no las asocian a algo que tenga que ver con la salud, sino a circunstancias «inevitables» de su estilo de vida:

P.: Entonces sí estás mala de la espalda ¿no?

R.: *«Si, tengo dolor en la espalda. Me hice una prueba porque mi tío es médico. Pero me dijo que podía ser de llevar mucho peso encima... le digo: eso ya lo sé, ¿me traes tú la bombona a la casa? (risas) Si yo ya lo sé que es de trabajar y de agacharme. Si me acuesto o me siento estoy bien, no quiero pastillas».* (LAMINA, 45 AÑOS. CASADA 2 HIJOS)

Laufa, una de las mujeres participantes sí expresó la delgadez como un problema de salud. Desde mi punto de vista, ella tiene un peso correcto y desde una visión estrictamente cuantitativa y biologicista con un IMC de 25.4, se encuentra en la línea entre el normopeso y el sobrepeso. Sin embargo, cuando le pregunté por su salud, inmediatamente hizo referencia a su delgadez como un problema asociado a mala salud.

«...estoy algo bien, pero cansada y es porque estoy muy delgada».

P: ¿tú crees que estas muy delgada? Yo te veo muy bien de peso ni delgada ni gorda ¿tú no?

R.: *«No, no. Si un poquito más gorda mejor. Estaría más fuerte. Gorda no es malo ¿sabes? Aquí delgada si es malo y te pones enferma»* (LAUFA, 25 AÑOS. SOLTERA).

Tanto las mujeres como los hombres entrevistados, tienen una autopercepción buena de su estado de salud. La diferencia entre las respuestas de ambos, viene dada por las referencias a algunos problemas asociados como el cansancio o las raquialgias. Las mujeres

²³ En unas ocasiones dicen Gracias a Dios directamente en español y en otras la expresión árabe *aláamdu_lillah*. Se ha optado por poner en ambos casos la expresión en español. Los términos locales que aparecen en las transcripciones y que no han sido traducidos al español, se exponen en la tabla nº 4, página 86.

no suelen reconocer que estos problemas interfieran en un buen estado de salud. Los hombres, por el contrario, sí aluden al cansancio o problemas de espalda cuando se les pregunta por la salud y sus respuestas son más claras y sin referencias a otras situaciones o problemas.

P.: ¿Cómo dirías que estas de salud?

R.: *«Bien bien, gracias a Dios. Estoy sano. Ni dolor, ni azúcar, ni nada. Todo bien»* (RACHID, 40 AÑOS. CASADO CON 3 HIJOS).

R.: *«Muy bien. No tengo nada y estoy bien de salud, gracias a Dios».* (RAYAN, 28 AÑOS. SOLTERO).

Es interesante la respuesta que ofrecían los hombres que participaron en este estudio cuando les preguntaba acerca de lo que consideran una mujer sana. De nuevo el adjetivo «fuerte» lo asociaban a la mujer grande y éste a su vez a una buena salud, y en ocasiones de sus respuestas se desprende la obligación de la mujer por ajustarse a ese modelo:

P.: ¿Tú crees que la mujer para estar sana tiene que estar delgada o gorda?

R.: *«Una mujer tiene que ser grande, si flaca no aguanta trabajo ni al marido y se cansa mucho. Tu no entiendes, pero es así. Aquí es así».* (FARID, 39 AÑOS. CASADO CON 2 HIJOS).

PERCEPCIONES DE LA OBESIDAD: ¿FACTOR DE RIESGO DE ENFERMEDADES O SEÑAL DE BUENA SALUD?

Mostraré aquí los testimonios que transmiten las concepciones nativas y representaciones acerca de la obesidad y el sobrepeso. Percepciones de la obesidad como problema de salud o como factor de riesgo de patologías asociadas. En general, de las conversaciones y respuestas obtenidas se puede sugerir que la disyuntiva entre percibir la obesidad como un factor de riesgo en determinadas enfermedades o percibirla como un signo de buena salud, se suele decantar hacia esta segunda alternativa.

La antropología médica clásica ha diferenciado dos grandes dimensiones que conforman el concepto de enfermedad y que en lengua inglesa se denominan *illness* y *disease* (Fábrega, 1972). Una enfermedad requiere necesariamente la confluencia de ambas variables para ser considerada como tal. Por un lado, la dimensión subjetiva, (*illness*) que hace referencia a la conciencia (y a la consciencia) individual de la enfermedad, al reconocimiento por parte de la persona de estar enferma. En suma, a «sentirse enfermo». Por otro lado, la dimensión objetiva (*disease*) que se refiere a la limitación funcional que dicha enfermedad produce en el sistema o los sistemas fisiológicos de la persona.

En la obesidad y el sobrepeso la limitación funcional es clara y así se ha reflejado en la bibliografía consultada. Sin embargo, las personas obesas ¿perciben que están enfermas? ¿identifican el exceso de peso como un problema de salud y por extensión se identifican a sí mismas como enfermas? Si la respuesta a estos interrogantes es afirmativa se cumplirían las dos condiciones para ser considerada como enfermedad, por el contrario si la respuesta es negativa, la obesidad no sería sino un fenómeno más, asociado a diferencias biológicas y dietéticas entre las personas. El abordaje en uno u otro caso sería completamente distinto.

Ni las mujeres ni los hombres que han participado en este trabajo manifiestan que la obesidad sea un problema de salud. Para ser más precisa, no perciben que la obesidad en las mujeres sea un problema de salud que necesite un apoyo médico sanitario. Sin embargo, las mujeres entrevistadas sí conocen los riesgos para la salud asociados a la obesidad y paradójicamente sí dan a estos una relevancia clínica. Las molestias en el aparato locomotor, diabetes o problemas de corazón son situaciones que suelen asociar a las personas con obesidad, pero, aunque éstos, y algunos otros no citados, sí se perciben como patologías, la causa de los mismos, en este caso la obesidad, no tiene esa consideración.

P.: Un hombre saharauí me dijo que la mujer tiene que ser grande para estar sana ¿a ti que te parece?

R.: «Si claro, a los hombres de aquí les gustan las mujeres así...pero estar grande no es malo ¿no? Yo estoy bien, no tengo males gracias a Dios. Mi hermana no es como yo, está más gordita pero ella tiene azúcar en la sangre. Dice (la hermana) que es de no comer fruta (se ríe tapándose la cara con la melfa²⁴), pero es mentira, es de los dulces que come siempre». (ZENA. 30 AÑOS. CASADA 1 HIJO).

P.: ¿Crees que las mujeres que están gordas están enfermas?

R.: «¿por qué dices que gorda es enferma? Nooo, si yo estoy como tú (de delgada) no puedo con trabajo, no tengo energía». (ZENA. 30 AÑOS. CASADA 1 HIJO).

Aunque la asociación entre obesidad en la mujer y su buena salud es frecuente entre las personas entrevistadas, no es en absoluto una opinión unánime. Muchas de las mujeres y también de los hombres entrevistados reconocen los efectos perjudiciales y nocivos que un exceso de peso tiene sobre la salud, aunque en algunas respuestas pude apreciar cómo se manifiesta la aceptación y normalización social de la obesidad.

²⁴ Melfa: Vestido tradicional de las mujeres saharauí que consiste en una pieza de tela muy colorida de unos 4 metros de largo y 1,60 de ancho y que envuelve por completo a la mujer protegiéndola de las inclemencias del desierto. Constituye un símbolo de las mujeres.

P.: ¿Y qué piensas de las amigas que les gusta engordar y toman jarabes²⁵?

R.: «¡Aaah, a mí me da igual!, cada una que haga lo que quiera, pero ellas (las que toman jarabe) no piensan en el futuro solo piensan en el presente. Da igual si se muere o no, solo quiere blanca y gorda». (FAKHLA, 29 AÑOS. SOLTERA).

R.: «Me parece bien, ¿Por qué no? Yo me he cuidado de no comer mucho quiero mantenerme así. Respeto a quien se cuida y no quiere estar gorda y a la que esta gorda y hace eso también la respeto». (LAMINA, 45 AÑOS. CASADA CON 2 HIJOS)

Si bien, aunque un grupo importante de participantes no asocia la obesidad a un problema de salud y yo no percibo unanimidad al respecto, en lo referente a la delgadez sí que aprecio una coincidencia general que relaciona delgadez con enfermedad. La asociación delgadez/enfermedad es especialmente acusada cuando se hace referencia al peso de las mujeres, especialmente a edades tempranas.

P.: ¿Entonces los niños pequeños tienen que estar gorditos no?

R.: «sii es verdad, están más guapos. Un niño delgado esta malito. Y la gente te dice que no le das de comer bien. Se piensan que no eres buena madre. Un niño gordito está fuerte y guapo» (ZENA, 30 AÑOS. CASADA CON 1 HIJO).

R.: «Mas delgada, y no estaba bien. Después de los exámenes no tenía fuerza de nada y la enfermera me dijo que tenía anemia. Luego he comido más y he engordado y ahora ya no tengo, ya estoy bien». (ZAHRA, 25 AÑOS. SOLTERA).

Farid, es un hombre de 39 años cuyas respuestas son siempre cortas y directas. Son sentencias muy ricas en significados, y es habitual que introduzca algún refrán saharauí como colofón de lo que quiere decir:

P.: Entonces, Farid ¿tú prefieres que la mujer esté más bien delgada o más bien gorda?

R.: la mujer flaca, si no está enferma lo estará. Además, la mujer grande está siempre más contenta que si flaca (guarda unos segundos de silencio, y señalando hacia el cielo sentencia) «la jarra llena, no resuena» (FARID, 39 AÑOS. CASADO CON 2 HIJOS).

²⁵ Entre las mujeres de los campamentos Saharauís, llaman *jarabe* a una bebida que entre otros componentes incluye corticoides y que se utiliza para ganar peso rápidamente.

En las respuestas tanto de hombres como de mujeres, no se aprecia que la obesidad sea considerada un problema de salud, sino más bien una cuestión estética, especialmente en las mujeres.

Aunque la obesidad en sí, no sea considerada una enfermedad, sí que se reconocen como nocivas para la salud algunas de las prácticas y remedios que las mujeres utilizan para engordar, especialmente el uso de corticoides o *jarabe* por las mujeres entrevistadas:

P.: ¿Tienes amigas que toman *jarabe* para engordar? ¿Qué opinas de eso?

R.: «Las que usan jarabe no quieren participar en charlas, no quieren saber nada sobre eso, las mujeres que usan jarabe o pastillas no piensan en las consecuencias, una de ellas toma eso y le da el pecho a sus hijos y el hijo también tiene malestar a consecuencias de eso, y si están embarazadas también lo toman y el niño sale con deformaciones» (FATIMETU, 26 AÑOS. SOLTERA).

R.: «Eso está muy mal. Yo se lo digo, que eso no sirve, que le va a hacer daño. Las chicas que lo toman también son criticadas a veces por otras chicas, pero no hacen caso. Es difícil contactar con ellas porque las chicas que lo toman no quieren saber nada de la gente que dan charla. Dicen que no toman nada y que están bien» (FAKHLA, 29 AÑOS. SOLTERA).

R.: «Yo lo respeto, cada una verá, pero no lo entiendo, no me entra en la cabeza» (LAUFA, 25 AÑOS. SOLTERA).

R.: «Ellas no piensan, se ponen como locas. Se sale al médico y tiene problemas y esta todo mal. Por las pastillas. Una perdió el ojo por las pastillas». (ZENA, 30 AÑOS. CASADA CON 1 HIJO).

2.2.2. IMAGEN CORPORAL.

Se incluyen en esta categoría las expresiones y respuestas relacionadas distintos aspectos de la representación mental del cuerpo, así como de las modificaciones sobre el mismo para ajustarlo a un modelo estético ideal.

CUERPO IDEAL Y CUERPO DESEADO

La presentación social del cuerpo, es un proceso que ya fue definido por Josep Martí (2012), y en él se articulan al menos tres dimensiones: En primer lugar, el cuerpo real, tal como es percibido por cada persona. En segundo, el cuerpo deseado el cual se corresponde con el modelo socialmente valorado de belleza y atractivo físico, y por último la identidad, ya que el cuerpo constituye el principal campo donde podemos expresar las múltiples facetas como

el género, la edad, clase económica, estado civil, ideología política, origen étnico por citar las más relevantes, que constituyen nuestra identidad.

Considero por tanto de absoluta relevancia, intentar entender las imágenes mentales que las mujeres tienen acerca de sus propios cuerpos, su grado de satisfacción con el mismo, los deseos de cambiar (o no) alguna parte del mismo y en qué sentido desearían modificarlo. En definitiva, la relación entre el cuerpo real sentido y el cuerpo ideal deseado.

Las respuestas de las mujeres cuando les preguntaba acerca de cuáles son las partes de su cuerpo que menos les gustan, y que por tanto les gustaría cambiar, y las que más les gustan y cuidan con más esmero, reflejan por una parte referencias a rasgos comunes y casi universales como son los ojos y la cara. Zahra, me decía que con la cara puede *hablar* con la gente.

P.: ¿Que parte de tu cuerpo es la que más te sueles cuidar?

R.: *«pero me gusta la cara porque es como puedo hablar con la gente. Es mi imagen. No me gusta tener grano y tener una cara natural sin ponerme nada y si hay algo especial un poco de maquillaje»* (ZAHRA, 25 AÑOS. SOLTERA).

R.: *«a mí mi piel. Mis ojos (la parte que menos me gusta de mi cuerpo)»* (FAKHLA, 29 AÑOS. SOLTERA).

Por otra parte, me llama la atención el gran número de respuestas que hacen referencia a partes del cuerpo que en sociedades como la nuestra no son objeto de tanta importancia, como las manos y los tobillos y pies, y la irrelevancia que se le otorga a otros de gran significado en occidente como el tamaño de los pechos. Es muy probable que el hecho de que las manos, los tobillos y los pies constituyan las zonas (junto a los ojos y cara) que la *melfa* deja al descubierto, sea el motivo de que (especialmente los tobillos) constituyan un foco de atractivo físico incluso erótico del cuerpo de estas mujeres. También las respuestas recogidas de los hombres confirman el atractivo que éstos sienten por los tobillos de las mujeres, aunque a veces percibía cómo los hombres eran más reacios a hablar conmigo de estos temas.

P.: ¿Te importaría decirme cuales son las partes de tu cuerpo que más te gustan y cuales las que menos?

R.: *«Mmmmm, no sé (se queda pensando un buen rato) los que más mis pies y mis tobillos. Los hombres se fijan mucho en los ojos y en los tobillos de las mujeres. Los tuyos no les gustan (se rie). Están muy flacos. Y los ojos, me gusta que miren y me gustaría tener un poco menos pecho, son muy grandes. Pero bien, estoy contenta. Dios me da este cuerpo y doy gracias»* (AZIZA, 32 AÑOS. CASADA CON 1 HIJA).

R.: *«Me gustan mis pies, son pequeños. Y también mis ojos. No me gustan mis manos, son grandes»* (ZENA, 30 AÑOS. CASADA CON 1 HIJO).

Cuando posteriormente pregunté a los hombres, les pedía que me confirmaran si, como me contaban las mujeres, ellos se fijaban en esas partes del cuerpo femenino. Aunque les costaba sincerarse, probablemente por mi condición de mujer y joven, sus respuestas parecían confirmar lo que me decían ellas

P.: ¿En qué parte de la mujer te fijas antes?

R.: *«No sé, nada especial... A los hombres nos gustan mucho los tobillos. Y la forma de andar que tienen las mujeres aquí, es muy diferente. Los tobillos y los ojos»* (RACHID, 40 AÑOS. CASADO CON 3 HIJOS).

R.: *«Si, es verdad, los tobillos de la mujer son bonitos, me gustan. Pero yo me fijo más en la persona, en todo. La mujer es más que pies y ojos. Entre los fuegos no hay fueguito como entre las mujeres no hay mujercitas»* (FARID, 39 AÑOS. CASADO CON 2 HIJOS).

El último refrán de Farid que afirma *«entre las mujeres no hay mujercitas»*, probablemente se refiere a la asociación de la imagen de mujer grande, en oposición a la mujercita, delgada o pequeña. El peso constituye sin duda uno de los aspectos más visibles del cuerpo y a la vez el más complicado de modificar, al menos a corto plazo. Las diversas dimensiones relacionadas con el peso corporal como dietas, engordar, adelgazar, hierbas, etc., están siempre presentes desde el comienzo de nuestras conversaciones. De la misma forma que pregunté sobre la satisfacción (o insatisfacción) sobre las partes del cuerpo, tenía que profundizar sobre el peso corporal y su importancia en la construcción de la imagen del cuerpo ideal.

En general, tras expresiones de aceptación y conformidad con sus cuerpos, muchas de las respuestas hacen referencia al deseo de engordar. No de estar mórbidamente obesa, sino de ganar algo de peso, y esto incluso en mujeres cuyo IMC se encuentra en los grupos de sobrepeso. Si para una mujer occidental estar más rellenita sería un drama, para una mujer saharauí es la forma de tener un cuerpo atractivo.

P.: ¿te gustaría estar más gorda? ¿o estas bien así?

R.: *«Mmm... Yo quiero un poco más gorda solo un poco. No me importa quedarme así, pero si estuviera un poco más gorda mejor»*. (FATIMETU, 26 AÑOS. SOLTERA).

R.: *«...quiero estar un poquito más gorda para no estar tan cansada»* (ZAHRA, 25 AÑOS. SOLTERA).

Cuando estas mismas preguntas se las realizamos a los hombres, las respuestas sobre sus preferencias no coinciden tanto como las mujeres me expresan. Las preferencias por los cuerpos femeninos grandes, las observamos en hombres de mayor edad. Mientras que en el más joven puedo apreciar un gusto más similar al europeo, lo que puede ser debido a la influencia que tanto los viajes a España, Italia y otros países europeos, como a la imagen de la mujer difundida en medios audiovisuales y a través de internet tienen en la construcción de la imagen mental de la mujer en estos hombres.

R.: «...Ya te lo he dicho, a mí me gustan las mujeres grandes. Una mujer tiene que ser grande, si flaca no aguanta trabajo ni al marido y se cansa mucho.» (FARID, 39 AÑOS. CASADO CON 2 HIJOS).

P.: ¿y tú? ¿Tú quieres estar también más gordo?

R.: «Nooo. Los hombres no queremos estar gordos. Yo estoy fuerte, más bien delgado. A las mujeres no les gustan los hombres gordos, les gustan fuertes y delgados» (FARID, 39 AÑOS. CASADO CON 2 HIJOS).

Para poder comparar mejor las preferencias de hombres y mujeres respecto al cuerpo femenino, utilicé de nuevo una escala analógica con diversas siluetas que adapté de un trabajo de Lara Blanch (2014) que a su vez es una actualización del cuestionario clásico de Stunkard et al. (1983). En la **Error! No se encuentra el origen de la referencia.** se muestra la escala de siluetas que utilicé en las entrevistas. El estilo de esta escala de siluetas me resultaba más atractivo para su uso en el contexto de las entrevistas personales y menos frío y técnico que el de Maganto & Cruz, que ya había empleado en la fase cuantitativa.

Mi intención era comprobar, mediante la conversación más relajada y flexible que me permite la técnica de entrevistas semiestructuradas, si los resultados que había recogido en la fase cuantitativa, a través de los cuestionarios cerrados, coincidían o no con las preferencias que las mujeres y los hombres entrevistados me transmitirían.

Decidí emplear esta escala, adaptada del cuestionario de siluetas de Stunkard et al. (1983) y no repetir la misma que había utilizado en la fase cuantitativa por una parte porque este diseño lo considero más ajustado al contexto informal en que se desarrollaron las entrevistas y por otra para evitar un posible sesgo de memoria. Aunque las mujeres entrevistadas no participaron en la fase cuantitativa, los cuestionarios de siluetas que se emplearon en la misma, se cedieron a las enfermeras y enfermeros locales para que dispusieran de ellos y pudieran utilizarlo en sus programas de educación nutricional, por lo que podían ser conocidos por las mujeres, aunque no hubieran participado en la primera fase.

Pedí a las mujeres entrevistadas que me señalaran en la escala de siluetas, aquella que les parecía más atractiva tanto de mujer como de hombre. Posteriormente repetí la pregunta

con los hombres. Cada persona señalaba con el dedo la silueta que, en su opinión, respondía mejor a cada cuestión. Yo asocié una numeración creciente desde el 1 de la silueta correspondiente al hombre *más delgado* y a la mujer *más delgada*, hasta el 9 de las siluetas *más gruesas* de hombre y de mujer silueta, lo que me permitió comparar de nuevo las percepciones de las mujeres y los hombres. En la Tabla 18 se presentan los resultados. Las cifras son la media de todas las respuestas de las mujeres por un lado y de los hombres por otro.

Tabla 18. Cuerpo deseado y cuerpo ideal. Respuestas de los hombres y mujeres entrevistados

RESPUESTAS DE LAS MUJERES	
SEÑALA LA SILUETA DE MUJER QUE CONSIDERAS MAS ATRACTIVA	6,5
SEÑALA LA SILUETA DE HOMBRE QUE CONSIDERAS MAS ATRACTIVA	4,6
SEÑALA QUE SILUETA DE MUJER CREE QUE RESULTA MAS ATRACTIVA PARA LOS HOMBRES	8
RESPUESTAS DE LOS HOMBRES	
SEÑALA LA SILUETA DE MUJER QUE CONSIDERAS MAS ATRACTIVA	5,5
SEÑALA LA SILUETA DE HOMBRE QUE CONSIDERAS MAS ATRACTIVA	5
SEÑALA QUE SILUETA DE HOMBRE CREE QUE RESULTA MAS ATRACTIVA PARA LAS MUJERES	4

Nota: Las cifras muestran la preferencia media de hombres y mujeres respecto a las 9 figuras de la escala (Imagen 16).

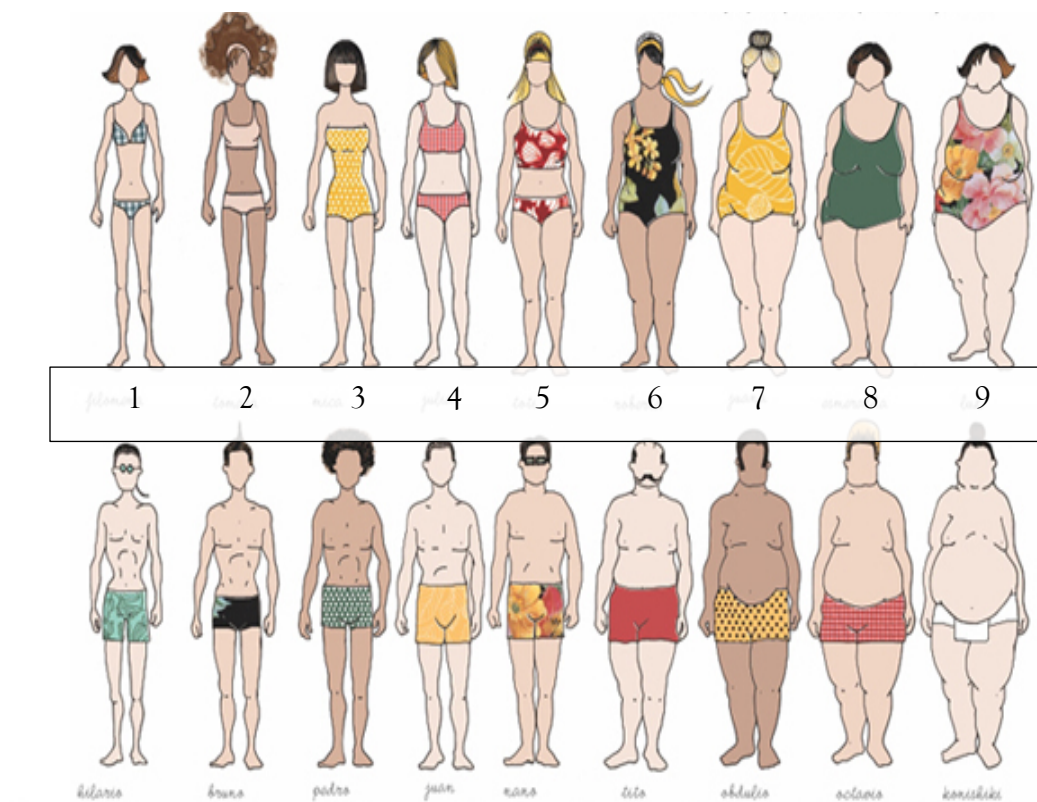


Imagen 16. Escala visual de figuras humanas empleada en las entrevistas semiestructuradas

Fuente: Blanch, 2014.

Estos resultados señalan que entre las mujeres hay tendencia a la sobreestimación en el tamaño de la figura de la mujer considerada atractiva para los hombres. Este aspecto ya ha sido expuesto anteriormente en la fase cuantitativa, mediante el análisis de las figuras que en ese análisis denominaba «hombre ideal» y «mujer ideal», y los resultados obtenidos en ambas fases coinciden. Un punto de diferencia como media, entre las repuestas de mujeres y de hombres, sobre una escala de 9, es una diferencia importante, cuya explicación será objeto de discusión más adelante. Sin embargo, la diferencia es considerablemente menor respecto a la silueta masculina considerada más atractiva, aquí la coincidencia de hombres y mujeres es mayor y se aprecia una diferencia de sólo 0,4 puntos.

Aún más relevante es la diferencia entre las preferencias sobre las figuras de mujer y hombre. Cuatro puntos de diferencia de una escala de 9, entre las siluetas de mujer que ellas afirman como preferida por los hombres y la silueta de hombres que éstos afirman que es la preferida entre mujeres. La idea general, compartida por ambos sexos es la preferencia por cuerpos femeninos rellenitos o grandes, mientras que se prefieren cuerpos masculinos considerablemente más delgados.

IMAGEN PROYECTADA

Se incluyen las respuestas y expresiones referidas a la percepción que, según las mujeres entrevistadas, tienen los demás sobre el cuerpo y el aspecto físico de ellas. Mi intención era encontrar respuestas a la cuestión de si el autoconcepto de las mujeres coincide con la percepción que ellas tienen de su imagen proyectada, en definitiva ¿cómo creo que me ven los demás? ¿Qué me dicen amistades, familia o compañeras de trabajo sobre mi imagen?

En los testimonios se hace evidente un proceso subjetivo en la percepción de la imagen que se proyecta a los demás, ya que las personas vuelcan sus propias inseguridades cuando intentan responder a la pregunta acerca de cómo creen que son vistas por el resto de personas. Nuestro propio autoconcepto, la imagen que tenemos de nuestro propio cuerpo depende en gran parte de cómo creemos ser vistas por las personas con las que interactuamos. La representación mental del propio cuerpo se asemeja a una fotografía tomada con el filtro de los comentarios que los demás hacen de ese cuerpo. Quizás, la única forma de conocer esa imagen proyectada sería preguntando directamente a las personas que nos rodean, pero mi interés es entender el significado de las acciones de las mujeres, el sentido que ellas le dan tanto a su imagen proyectada como a su autoconcepto.

P.: ¿tus amigas o tu familia te hacen comentarios sobre tu cuerpo?

R.: «Mi marido dice que le gusta como soy y yo contenta. Con gustarle a él está bien ¿no? (risas). Las amigas si hablan, a mí no me lo dicen, y eso me da igual. Mi hermana dice que estoy gorda, pero ella dice que quiere estar como yo porque ella muy flaca» (AZIZA, 32 AÑOS. CASADA CON 1 HIJA).

R.: «Las mujeres me dicen que engorde, pero yo estoy bien así. ¿quién puede coger a una gorda? (quiere decir que a los hombres no le gustan gordas y que ninguno la querría como pareja si estuviera más gorda)» (LAUFA, 25 AÑOS. SOLTERA).

Tal como ha sucedido en otras ocasiones cuando he querido contrastar las respuestas de las mujeres con las de los hombres, he podido comprobar que no suelen coincidir. La respuesta de Rachid es el ejemplo de un pensamiento habitual entre los hombres saharauis sobre el cuerpo femenino, y que muestra además la diferencia generacional acerca de las preferencias estéticas y cómo se han transformado las relaciones de género entre las generaciones mayores y las jóvenes:

P.: ¿Tú prefieres a una mujer grande, fuerte o más bien delgada?

R.: «A muchos hombres les gustan fuertes, pero son los viejos como éste (señala a un hombre de un grupo cercano que escuchaba nuestra conversación, y se ríen todos). Las mujeres tienen más miedo que hablen de ellas las amigas» (RACHID, 40 AÑOS. CASADO CON 3 HIJOS).

R.: «La mujer tiene que ser grande, pero grande por dentro, de corazón. Eso de las mujeres grandes por fuera y gordas, era de antes. Ahora eso ya no es así. Sí que es verdad, que hay muchos viejos que todavía les gusta así, pero la mujer y el hombre lo más importante es lo de dentro, el corazón ¿sabes? (FARID, 39 AÑOS. CASADO CON 2 HIJOS).

R.: Mujeres gordas es cosa de los viejos. Ni yo ni ninguno de mis amigos queremos eso. A mí me gusta una mujer más delgada y que se cuide. Pero es que aquí las mujeres están todavía con el pensamiento antiguo, de las madres que no quieren ver a una hija que no esté gorda como una vaca.... lo importante no es el cuerpo sino lo buena que sea. Que sea buena eso es lo que más me gusta» (RAYAN, 28 AÑOS. SOLTERO).

AUTOPERCEPCIÓN Y REPRESENTACIÓN MENTAL DEL PROPIO CUERPO

Con la denominación de autopercepción, hago referencia a la representación mental que las mujeres construyen de su imagen corporal. De igual forma que cuando nos vemos en una fotografía podemos sentirnos satisfechas con el resultado y mostrarla a los demás (o aborrecer el resultado e intentar destruirla), el fotograma mental de nuestro cuerpo es también motivo de satisfacción o de angustia.

En esta categoría he incluido aquellas respuestas y discursos que hacen referencia a la representación mental del cuerpo, especialmente cuando indican sentimientos de agrado, conformidad o desagrado e insatisfacción con el propio cuerpo.

Las respuestas denotan un nivel general de satisfacción con el cuerpo, una aceptación de este en la que, aunque se expresan deseos de cambiar algunos aspectos, esto no parece que genere frustración ni problemas de relevancia en relación con la imagen corporal. Muchos discursos reflejan una conformidad sincera, que tiene su inspiración en algunos dogmas de la religión islámica. En el islam, como en muchas otras religiones, el cuerpo material es sólo una parte del ser humano. Es necesario que el cuerpo espiritual y el alma junto al cuerpo físico se encuentren en armonía y equilibrio para ser una buena creyente. El cuerpo del creyente es esencialmente un cuerpo religioso, y corresponde a Dios el control último sobre el mismo, por lo que en última instancia no estar satisfecho con el cuerpo -que Dios *me ha dado*- sería equivalente a no estar satisfecho con mi Dios.

P.: Bueno, lo importante es lo que tú piensas ¿tú cómo te ves?

R.: *«Yo me veo bien, estoy contenta con mi cuerpo. Dios me ha dado este cuerpo»* (AZIZA, 32 AÑOS. CASADA CON 1 HIJA).

R.: *«Mi cuerpo es así, y estoy contenta. No quiero más ni menos».* (LAMINA, 45 AÑOS. CASADA CON 2 HIJOS).

R.: *«Todo me gusta. Dios nos ha dado que así estamos y tenemos que aceptarlo».* (ZAHRA, 25 AÑOS. SOLTERA).

2.2.3. PRÁCTICAS DISCIPLINARIAS PARA MODELAR EL CUERPO.

La denominación de esta categoría como «prácticas disciplinarias», es una reinterpretación personal mía del concepto desarrollado por Sandra Bartky (2020), quien las identificó como el conjunto de prácticas cuyo objetivo es producir un cuerpo que en gestos y apariencia pueda ser reconociblemente femenino. Sandra centró el estudio de las prácticas disciplinarias en aquellas dirigidas a producir un cuerpo de un cierto tamaño y aspecto, orientando su análisis hacia las dietas de adelgazamiento y la obsesión por la delgadez característica de los países occidentales. Considero que, aunque el tema de mi tesis se centre en un supuesto deseo de las mujeres saharauis para engordar y no para adelgazar, las premisas del concepto desarrollado por Sandra Bartky son plenamente válidas para mi problema de investigación.

Muchos de los testimonios y observaciones que presentaré en esta categoría refuerzan la idea de que el cuerpo no es sólo un conjunto biológico de tejidos y órganos, sino que, sobre todo, el cuerpo puede llegar a ser el escaparate de la identidad, del prestigio, perfección, belleza, salud, etc. Lo físico pasa a ser material manipulable para la sociedad, y un espacio privilegiado para que la industria farmacéutica y cosmética transforme a los cuerpos biológicos en cuerpos consumidores. Decía Zygmunt Bauman (2000) que el objetivo del consumo en una sociedad de consumidores no es el de cubrir necesidades, sino el de

convertir al consumidor en un producto, elevar el estatus de consumidor al de bienes de cambio vendibles (Bauman, 2000).

Según la anterior definición de prácticas disciplinarias, he agrupado las respuestas, los testimonios y mis observaciones en tres bloques o subcategorías:

En primer lugar, presentaré la categoría de Prácticas dietéticas tradicionales: Leblouh. En la misma, incluiré los datos que he recogido referidos a las prácticas tradicionales sobre la alimentación forzada a las niñas y jóvenes que según la literatura revisada era habitual en los pueblos nómadas y algunas de las regiones cercanas al Sáhara Occidental.

En segundo lugar, en la categoría Fármacos, Corticoides y Cremas mostraré las respuestas y los testimonios relacionados con el consumo de fármacos, dirigidos a ganar peso o de cremas para blanquear la piel. Me interesaba especialmente contrastar con las mujeres la información que me habían transmitido las enfermeras y los datos de algunas revisiones previas que alertaban del uso de corticoides y de otros productos farmacéuticos entre las mujeres saharauis para engordar de forma rápida.

Por último, en la categoría de Medicina tradicional saharauí presento los testimonios, respuestas y mis observaciones sobre productos naturales de la medicina tradicional saharauí. La gama de productos utilizados en la medicina saharauí tradicional es inmensa y exponerlo con detalle sobrepasaría con mucho el objetivo de esta tesis. Por esa razón, me he centrado en los productos y remedios que se han utilizado o se utilizan en la actualidad como antianorexígenos en mujeres y niñas o que tengan efectos obesogénicos, así como en productos cosméticos y prácticas para blanquear la piel.

PRÁCTICAS DIETÉTICAS TRADICIONALES: LEBLOUH Y SUPLEMENTOS PARA AUMENTAR DE PESO

Uno de los puntos en los que yo estaba más interesada, era comprobar si las antiguas tradiciones de alimentación forzada en niñas y jóvenes, antes del matrimonio, seguían practicándose en la actualidad. También quise indagar acerca de prácticas dietéticas que pudieran emplearse para modificar el peso corporal, tanto para engordar como para adelgazar y si esto sucedía en qué situaciones se producía.

En la introducción de este trabajo, se ha mencionado el *leblouh*²⁶ como una de estas prácticas dietéticas dirigidas a engordar, así que algunas de mis preguntas iban dirigidas a

²⁶ *Leblouh*: antigua costumbre practicada en países como Mauritania, Senegal, Sáhara Occidental y entre tribus nómadas del desierto, que consiste en obligar a las niñas y mujeres jóvenes durante varias semanas o meses a una sobrealimentación forzada para engordar y poder concertar un buen matrimonio (Zand, 2018). En algunas etnografías se utiliza el término *tablah* para referirse a la misma práctica (Rguibi y Belahsen, 2006).

intentar desvelar si en la actualidad persiste esa costumbre o alguno de los rasgos asociados a ella.

Las respuestas de las mujeres confirman que los tiempos del aislamiento de las niñas y las jóvenes para ser sometidas a una alimentación forzada quedó atrás hace mucho. Aunque esas antiguas prácticas han desaparecido, y sólo pervive en el recuerdo de algunas mujeres la asociación de la belleza femenina con un cuerpo grueso mantiene aún en el pueblo saharaui una cierta inercia.

Todavía en la actualidad, en algunas respuestas puedo apreciar la persistencia de una presión social sobre la dieta y alimentación dirigida especialmente a niñas y jóvenes para ganar peso rápidamente. En algunos casos se trata de incorporar determinadas preparaciones altamente calóricas preparadas en casa y resultado de recetas familiares, en otros, de productos habituales en la dieta diaria como la leche, pero en mayor cantidad de la habitual. Algunas respuestas pusieron de manifiesto la inclusión de alimentos de alto contenido calórico que, aunque no forman parte de la dieta diaria habitual de las familias, sí que se consumen ocasionalmente con el fin de ganar peso.

P.: ¿Me puedes contar si tenéis dietas o comidas especiales para engordar?

R.: *«Yo esas comidas no las hago ni las haré nunca, no estoy loca, pero mi madre si me cuenta que antes lo hacía. Las mujeres mayores cogen a las niñas de 7 años, 8 años, 10 años y ponen a beber mucha mucha mucha leche para que hacen gordas [sic]. Para que cuando sean grande, sean gordas».* (LAUFA, 25 AÑOS. SOLTERA).

R.: *«Si, si. Mucha leche de camella y se hace mucho aquí los dátiles con almendra y con... no me acuerdo... se llama cabush²⁷ y cacahuets... todo eso mezclado y lo pones redondo (quiere decir con forma de bola para comer de un bocado)»* (FATIMETU, 26 AÑOS. SOLTERA).

R.: *«aquí para las mujeres grandes y las chicas, la carne, la leche tienes que comer mucho de eso. Beber mucha leche todos los días a todas horas mucha leche. Después de eso en la tarde también productos mezclados cacahuete... cabush se llama. Hay otra cosa que hacemos con maíz, dátiles, cacahuete y meten ahí leche de camello»* (ZAHRA, 25 AÑOS. SOLTERA).

R.: *«hay mujeres que hacen ellas mismas un producto con dátiles, cacahuets, grasas animales incluso halba²⁸ y se hacen un bolo y lo van comiendo todos*

²⁷ Cabush: Mezcla de cacahuets y almendra molida, miel, mantequilla y dátiles que se amasa con las manos en forma de bola antes de comerla.

²⁸ Halba: Término en *hassania* para designar las semillas de alhova (*trigonella foenum-graecum*). En España se conoce con el nombre de fenogreco el cual se puede conseguir en herboristerías y

los días y eso sí que engorda» (LAMINA, 45 AÑOS. CASADA CON 2 HIJOS).

Ninguna mujer de las que participaron en el estudio admitió haber realizado estas dietas y las respuestas que relatan el consumo de productos hipercalóricos de forma más o menos forzada hacían referencia siempre a terceras personas, mujeres de otras dairas o wilayas. En estas respuestas he podido percibir cierta tolerancia de las mujeres entrevistadas hacia las que realizaban estas prácticas.

P.: ¿Tú tomas *cabush*?

R.: «Yo no, que va. Me he cuidado de no comer mucho quiero mantenerme así. Respeto a quien se cuida y no quiere estar gorda y a la que esta gorda y hace eso también la respeto» (LAMINA, 45 AÑOS. CASADA CON 2 HIJOS).

PRODUCTOS DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA: CORTICOIDES Y JARABES

Algunas informaciones que me habían transmitido profesionales de la salud de los dispensarios en Auserd, alertaban acerca de un rápido aumento en el consumo de corticoides, en los últimos años como una práctica para ganar peso rápidamente.

Cuando durante las entrevistas sacaba el tema del consumo de corticoides, podía percibir cierta incomodidad entre las mujeres entrevistadas. En muchas ocasiones ni siquiera lo nombran como corticoides, sino como *jarabe* o simplemente pastillas para engordar. El término *jarabe* aparece con frecuencia asociado a un producto con corticoides que circula en los comercios locales. Su consumo permite ganar peso rápidamente, por lo que, en ocasiones, lo utilizan ante la proximidad de eventos sociales y así poder sentirse sanas y atractivas en las reuniones. Es el equivalente saharauí de la *operación bikini* en nuestra sociedad:

P.: ¿Has oído hablar de una botella que se vende en las tiendas y que se toma para engordar?

R.: «Si claro, es jarabe. Muchas amigas lo toman a veces. La semana que viene tienen una boda pues se compran esas cremas y esas pastillas. Porque a los hombres les gustan así gordas y ellas quieren gustar» (FATIMETU, 26 AÑOS. SOLTERA).

R.: «Y no solo compran la botella también comprimidos de corticoides. Y cuando lo bebes después de 20 días o un mes y cuando la ves se ponen muy

parafarmacias. En aplicación tópica se utiliza para tratar forúnculos y abscesos y en infusión tiene efectos orexígenos y es un buen protector gástrico. Poseen un fuerte efecto aperitivo estimulando el hambre. Por todo esto y por sus propiedades nutricionales siete semillas diarias son consumidas por las mujeres saharauis para engordar y como efectos antianémicos (Volpato, 2008).

grandes. A mí no me gustan, parecen hinchadas, pero ellas se ven guapas» (LAUFA, 25 AÑOS. SOLTERA).



Imagen 17. Estanterías de una tienda repletas de cremas hidratantes y blanqueadoras de la piel (wilaya de Auserd, 2016)

Fuente: Fotografía realizada por la autora

Todas las mujeres que entrevisté negaron consumirlos, pero a la vez, todas me manifestaron tener amigas o conocidas que sí los consumían, a pesar de las graves consecuencias para la salud que pueden producir. Todas conocían lo peligrosos y efectos que tiene el consumo no controlado de corticoides.

P.: ¿Tú has tomado el jarabe alguna vez, o conoces amigas que lo tomen?

R.: «Yo no lo he tomado nunca, por dios. Tengo amigas que sí, algunas lo han tomado y también cremas. Se ponen blancas como un pollo, la piel como serpiente se cae. Y la piel alergia a la crema y se enferma. Y también se toman pastillas para engordar como una vaca y una cabra, también la venden. Pastillas y jarabes» (ZENA, 30 AÑOS. CASADA CON 1 HIJO).

R.: «No, no. Yo nunca. Me da igual si me pongo blanca o morena si mi dios quiere que este de ese color pues ya está. Color natural mejor. ¿Si uso esa

crema y me pongo en el hospital o me muero que pasa?» (FAKHLA, 29 AÑOS. SOLTERA).

Los testimonios recogidos revelan que las recomendaciones de las enfermeras de los dispensarios de salud, respecto a los peligros de los corticoides, son el factor que menos peso tiene en sus decisiones. Escuchar a las mujeres he percibido que mi posición de enfermera condicionaba las respuestas de ellas, cuando tenían que hacer referencia a cuestiones como el uso de corticoides. Muchos testimonios delatan que las respuestas se dejan llevar por la deseabilidad social hacia mí y que se ajustan más a lo que ellas piensan que es correcto hacer según las recomendaciones sanitarias que a lo que hacen realmente.

R.: «Se vende mucho y se llama así, jarabe. Es una botella que se compra en la tienda. La enfermera no quiere, dice que es malo y que te pones enferma y que alguna chica se ha muerto. Tú no le vayas a decir nada ¿eh?» (AZIZA, 32 AÑOS. CASADA CON 1 HIJA).

P.: ¿Y tú crees que podrías presentarme a alguna amiga que lo tome para hablar con ella?

R.: «Las que usan jarabe no quieren participar en charlas, no quieren saber nada sobre eso, las mujeres que usan jarabe o pastillas no piensan en las consecuencias, una de ellas toma eso y le da el pecho a sus hijos y el hijo también tiene malestar a consecuencias de eso, y si están embarazadas también lo toman y el niño sale con deformaciones» (FATIMETU, 26 AÑOS. SOLTERA).

R.: «Las chicas que toman jarabe y las pastillas también son criticadas a veces por otras chicas, pero no hacen caso. Es difícil hablar con ellas porque las chicas que lo toman no quieren saber nada de la enfermera. Dicen que no toman nada y que están bien» (FAKHLA, 29 AÑOS. SOLTERA).

A lo largo de las conversaciones con las mujeres y los hombres, he encontrado algunos temas de conversación en los que he apreciado una tendencia a pasar de puntillas sobre ellos, y en no pocas ocasiones también cierta incomodidad por parte de las personas entrevistadas.

Algunas de estas «disonancias» en los discursos, tiene relación con la diferencia que noto cuando las mujeres me ven como mujer o como enfermera. En los campamentos, las enfermeras y los enfermeros de los dispensarios poseen una jerarquía, una posición de autoridad mediante la cual censuran determinados comportamientos considerados como peligrosos para la salud como la adquisición de corticoides en los comercios o el consumo excesivo de azúcares. La libertad y el franco interés cuando las mujeres me hablan de temas referidos a cosmética, cuidado de hijos, relaciones con los hombres o trabajo, contrasta con

las respuestas cortas o evasivas al tratar temas como el empleo de los corticoides para adelgazar o de las cremas con el mismo producto para blanquear la piel. Es la diferencia entre hablar con una igual, una amiga (yo mujer) o con una autoridad que podría criticar su actitud (yo enfermera)

En este sentido la respuesta de Aziza es muy reveladora. Ella admitía abiertamente que algunas mujeres no hacían caso a las recomendaciones, pero me pedía que no dijera nada a la enfermera del dispensario sobre el uso de *la botella* (jarabe con corticoides), no porque ella reconociera que lo tomaba, sino porque señalaba a otras amigas que sí lo hacían y no quería parecer una delatora:

R.: «*Es una botella que se compra en la tienda. La enfermera no quiere, dice que es malo y que te pones enferma y que alguna chica se ha muerto. ¿Tú no le vayas a decir nada eh?*» (AZIZA, 32 AÑOS. CASADA CON 1 HIJA).

Mi interés por conocer los productos cosméticos que las mujeres saharauis emplean para embellecer su cuerpo es doble: por un lado, quería comprobar si patrón saharauí de belleza femenina, se asocia a tener una piel lo más blanca y suave posible. Creo que no cabe duda de que conseguir tener la piel blanca y suave en un entorno tan hostil como la *hamada* de Tindouf con un permanente sol de justicia y un ambiente lleno de polvo y arena, es un buen ejemplo de práctica disciplinaria sobre el cuerpo de las mujeres.

Por otro lado, como enfermera, deseaba confirmar si el empleo de determinadas cremas con fármacos como corticoides, hidroquinonas, agua oxigenada o glutatión, de las que había tenido información que me hicieron llegar profesionales de la salud locales era algo habitual, en qué situaciones se utiliza y qué nivel de aceptación tiene su empleo entre las mujeres. En este sentido, varios de los artículos revisados (Dadzie, 2016; Giordano, 2023) han confirmado el uso de estos productos en distintos países de África.

Las respuestas de las mujeres sugieren que el objetivo final de las mujeres al utilizar todos estos remedios es conseguir una piel lo más blanca y suave posible. Mantener la piel blanca en el Sáhara no es una tarea fácil. Especialmente las mujeres jóvenes se cubren por completo todo el cuerpo con prendas gruesas para evitar que los rayos de luz oscurezcan su piel. Puede resultar chocante observar a estas jóvenes cubiertas con guantes de lana, calcetines gruesos y bufandas en cara y cabeza en plena canícula. No son pocos los y las visitantes que erróneamente asocian esta vestimenta con una obligación religiosa. Sin embargo, detrás de estas actitudes se esconde el deseo de ajustarse a un ideal de belleza y no un dogma religioso. Estas mujeres constituyen el arquetipo de la imagen que hay tras la frase «para estar guapa hay que sufrir». En relación a esta cuestión, creo interesante recordar a Sheila Jeffreys (2014) cuando afirmaba que tanto el maquillaje (referida a la mujer europea) como el velo (referida a la mujer musulmana) revelan la falta de derechos de las mujeres, y que, aunque parezca que son prácticas completamente opuestas, en ambas se

percibe la presión patriarcal que las origina. Según Jeffreys, ambas prácticas son simples máscaras que nos imponen a las mujeres por una presión social que nos impide mostrarnos como realmente somos.

Los testimonios de las mujeres recogen la variedad de remedios y productos cosméticos utilizados para conseguir el aspecto estético deseado. Muchas respuestas coinciden en la mayor apreciación de la piel clara respecto a la oscura, y la utilización de diversos remedios y productos tanto populares como farmacológicos.

P.: ¿te pones alguna crema para estar más blanca? ¿o prefieres estar morena?

R.: «Sí, la gente se pone todo eso, cremas y aceite para parecer más blanco y proteger del sol y no estar negras. A mí no me gusta la piel morena». (ZENA, 30 AÑOS. CASADA CON 1 HIJO).

R.: «No me pongo al sol para no estar muy morena para estar más guapa. Cuando salgo me tapo entera, para que no me dé el Sol». (ZAHRA, 25 AÑOS. SOLTERA).

R.: «Me da igual si me pongo blanca o morena si mi dios quiere que este de ese color pues yasta. Color natural mejor». (FAKHLA, 29 AÑOS. SOLTERA).



Imagen 18. Grupo de mujeres cubiertas con la melfha para protegerse del Sol (wilaya de Auserd, 2018)

Fuente: Fotografía realizada por la autora.

El abanico de remedios naturales es muy amplio y constituye en sí mismo toda una tradición de transmisión oral a lo largo de generaciones de mujeres, un tesoro cultural digno de ser recogido y conservado antes de que el proceso de homogenización cultural lo haga caer en el olvido. Son habituales los perfumes a base de incienso, almizcle o hierbas aromáticas. En varias ocasiones he observado como algunas lo introducen con un pequeño carbón del anafre en un recipiente metálico en el interior de su ropa unos minutos para perfumarla. También son muy populares las aplicaciones de mascarillas de yogurt, pepino, *halba* o plátano machacado con leche para suavizar y aclarar la piel. Los ojos y las manos, que son las partes que deja visible la *melfha* son objeto de especial atención. La aplicación de *khol*²⁹ para el contorno de los ojos es habitual, así como los dibujos con henna en las manos, especialmente para las ocasiones festivas como las bodas.

P.: ¿Y cuándo os pintáis la cara? Aparte de la crema para estar blanca ¿Qué otras cosas te pones para estar guapa?

R.: «...bien, crema después de ducharme. Nos pintamos para salir de aquí pero cuando tenemos una boda, solo cuando tenemos boda nos pintamos... con mi amiga me pinta un poco para estar más guapa, cuando teníamos la fiesta final del curso igual». (FAKHLA, 29 AÑOS. SOLTERA).

R.: «Perfume. Cremas. Mascarillas con yogurt y melfa espaciales para bodas, henna en los pies y manos, lápiz en los ojos y en los labios». (LAMINA, 45 AÑOS. CASADA CON 2 HIJOS).

R.: «para la boda es diferente al día a día. La semana pasada que tuvimos una boda de mi primo que es en el Aiún y nos pusimos la henna en las manos. ¿ves? Todavía la tengo». (FATIMETU, 26 AÑOS. SOLTERA).



Imagen 19. Aplicando henna en las manos (wilaya de Auserd, 2016)

Fuente: Fotografía realizada por la autora.

²⁹ Khol: cosmético usado por mujeres para oscurecer los párpados.

La despreocupada libertad, junto a cierto orgullo, con el que hablaban las mujeres conmigo de remedios de belleza, cremas y cosmética, contrasta con sus respuestas más huidizas cuando les pregunto por el uso de cremas de corticoides como blanqueador de la piel. Aquí, de nuevo, noto que mi rol de enfermera se antepone al de mujer en la mente de las mujeres con las que hablo. El empleo de blanqueadores de la piel en África no es nada nuevo y en los dispensarios, las enfermeras en sus intervenciones de educación sanitaria sobre las mujeres, suelen enseñar un informe que lanzó la OMS en 2012 alertando sobre los efectos nocivos de estos productos que se emplean de forma abusiva en gran número de países de África y Asia (OMS, 2012). Actualmente existe una poderosa industria de blanqueadores de la piel, enfocada especialmente hacia el mercado asiático y africano. Los organismos de salud pública de los campamentos suelen retirar periódicamente estas cremas de comercios locales cuando los encuentran, y las enfermeras y enfermeros de los dispensarios insisten a las mujeres en los peligros de su utilización. A pesar de ello, no son pocas las mujeres que dicen conocer amigas o conocidas, nunca ellas mismas, que las suelen utilizar, especialmente cuando se presentan ocasiones festivas incluso haciendo referencia a los peligros que acarrea su uso:

P.: ¿Pero ellas saben lo peligroso que es abusar de esas cremas?

R.: «Si no lo saben es porque se hacen sordas, porque la enfermera lo dice siempre. Pero les da igual, se ponen las Cremas... hay pastillas que lo ponen también para ser blancas, blancas blancas más que tú». (LAUFA, 25 AÑOS. SOLTERA).

R.: «Lo saben, pero da igual. Muchas amigas se ponen la crema cuando van a bodas. Dicen que no, pero yo se lo noto en la cara. Entonces las chicas cuando se van a casar tienen que engordar y se ponen las pulseras, la melfha negra se ponen muy guapa y muy gorda y tienen que engordar y muchas que tienen que engordar no todas solo las más joven». (LAUFA, 25 AÑOS. SOLTERA).



Imagen 20. Baile y fiesta de mujeres en una boda saharauí (wilaya de Auserd, 2017).

Fuente: Fotografía realizada por la autora.

MEDICINA TRADICIONAL SAHARAUI: PLANTAS MEDICINALES, UNGÜENTOS, PÓCIMAS Y *HALBA*

Aunque el abanico de productos de la medicina tradicional saharauí es muy amplio, las referencias a productos tradicionales dirigidos a ganar peso se centran casi exclusivamente en el consumo de *halba*.

La medicina tradicional constituye un conjunto de recurso que se incorpora de forma natural a los itinerarios terapéuticos de las mujeres saharauí. Esta tradición abarca el empleo de plantas, raíces, hojas, cortezas de árboles, etc. El conocimiento sobre las indicaciones, contraindicaciones y formas de administración, constituye toda una tradición que se transmite sobre todo entre las mujeres, y que suele ser la de mayor edad de la familia a la que se acude en busca de consejo.

Hay diversas publicaciones etnobotánicas que recogen parte de este conocimiento ancestral y la compilación de Plantas Medicinales Saharauí de Gabriele Volpato (2008), me ha resultado especialmente útil para localizar el nombre científico de los términos en hassanía de plantas y remedios naturales.

Muchas de las plantas que forman parte del bagaje tradicional, no crecen en las áreas desérticas que rodean los campamentos, por lo que deben acceder a ellas a través de familiares o amigos que se las envían desde los territorios liberados³⁰. Este intercambio es

³⁰ Territorios liberados: hace referencia a la zona del Sáhara Occidental no ocupada por Marruecos, ubicada en la zona oriental del *muro*.

un factor que contribuye a mantener el contacto de los refugiados saharauis con su tierra de origen.

Las mujeres entrevistadas refieren con frecuencia el consumo de un antiguo remedio saharauí, el *halba* para aumentar el apetito y conseguir ganar peso. Este producto, tomado en infusión es habitualmente administrado por las madres a sus hijas, sin embargo, la mayoría de mujeres jóvenes lo rechazan por el olor desagradable que deja en la transpiración:

P.: ¿Me puedes contar de hierbas o plantas saharauis que se usan para engordar?

R.: «Tu ya sabes que hay medicina saharauí para todo. Para dolores de barriga, para cabeza, para cuando estás floja. Para engordar mi madre me daba *halba*, pero no me gusta. No hueles bien cuando la tomas. Pero te da mucha hambre cuando lo tomas» (AZIZA, 32 AÑOS. CASADA CON 1 HIJA).

R.: «...el *halba* bien es natural puedes comer de ella. También para la regla es sano. Y también *talha*³¹, que es muy buena para el dolor de estómago y cuando tienes fatiga» (FAKHLA, 29 AÑOS. SOLTERA).

R.: «...lo usa toda la gente (*el halba*) y también para dolor del estómago también te lo quita y la regla. No pasa nada es natural son hierbas. Si, huele mal. Cuando lo tomo, tomo 7 de *halba* y se me quita el dolor». (ZENA, 30 AÑOS. CASADA CON 1 HIJO).

R.: «...*halba* da mucha hambre y como yo cuando por la mañana desayuno no tengo ganas cuando bebes el *halba* tienes ganas. Se compra en una tienda. El *halba* es natural no hay problemas». (LAUFA, 25 AÑOS. SOLTERA).

R.: «...El *halba* es bueno, siempre lo he tomado para la barriga. Se hierve con las semillas y se bebe el agua». (LAMINA, 45 AÑOS. CASADA CON 2 HIJOS).

R.: «...El agua de *halba* lo tomaba de pequeña para el dolor de la regla. Las chicas me decían que lo tomara que dan ganas de comer, pero yo no lo quiero tomar. Yo lo tomaba en bachillerato para la regla, pero ya no lo tomo». (ZAHRA, 25 AÑOS. SOLTERA).

³¹ *Talha*: polvo que se extrae de la molienda de diversas partes del árbol de la acacia (*acacia tortilis*). La acacia es un arbusto frecuente en todo África y cada una de sus partes tiene múltiples usos en artesanía, construcción, ganadería, combustible y varias indicaciones terapéuticas como protector gástrico, antiséptico de heridas, infecciones oculares, y gastroenteritis (Volpato, 2008).



Imagen 21. Semillas de halba, tal como se adquieren en el mercado local

Fuente: Fotografía realizada por la autora.

2.2.4. MECANISMOS Y ELEMENTOS DE CONTROL SOBRE EL CUERPO DE LA MUJER

Mujeres y hombres, somos reconocidos por el cuerpo. La configuración de los cuerpos de hombres y mujeres en apariencia es consecuencia de las decisiones individuales de las personas, pero en realidad estas decisiones no son individuales, sino el resultado final de un gigantesco entramado de presiones y elementos de control de origen cultural, social o familiar. Cada sociedad, construye y moldea los cuerpos de sus integrantes y utiliza diversos mecanismos de control sobre las personas para que se ajusten a los modelos de belleza aceptados.

En este apartado pasaré a analizar dos fuentes de estos elementos de control sobre el cuerpo de las mujeres saharauis:

Un primer elemento de control lo constituyen los estereotipos de género en relación al cuerpo de las mujeres y al ideal cultural de belleza. Estos estereotipos se plasman en el conjunto de creencias o pensamientos que los sujetos tienen acerca de cuáles son y cuáles deberían ser los atributos personales de los hombres y las mujeres. Estas creencias son compartidas por las personas de la sociedad y se observan en distintas dimensiones, como las conductas correspondientes al rol de género, las ocupaciones laborales o la apariencia

física que se considera característica de los hombres y de las mujeres y que diferencian a los unos de las otras.

Las respuestas y observaciones relacionadas con esta categoría las he analizado desde dos perspectivas por un lado las creencias de las mujeres sobre las preferencias de los hombres hacia el cuerpo femenino, y por otro, las preferencias de las propias mujeres hacia el cuerpo femenino. Como he referido en varias ocasiones anteriormente, mi sujeto de estudio son las mujeres saharauis, mi interés se dirige a comprender un problema de salud y de género que afecta a ellas. Es seguro que los hombres saharauis sufran problemas de salud asociados a determinadas expectativas de género, pero eso sería motivo de otra investigación, no de ésta.

El segundo elemento lo denomino Mecanismos familiares y sociales de control, y se constituye mediante dos fuentes que he considerado relevantes: Por un lado, la familia, y especialmente las madres, ya que los resultados mostraran la importancia que ésta tiene en el control del cuerpo de las hijas. Por otro lado, una forma muy eficaz de control social y mantenimiento del *statu quo* especialmente en sociedades pequeñas y relativamente aisladas, que es la crítica social y el chismorreio.

ESTEREOTIPOS DE GÉNERO: PREFERENCIAS DE LAS MUJERES Y LOS HOMBRES

En el abordaje de las preguntas para este apartado he adoptado dos planteamientos: primero pregunté a las mujeres sobre los gustos y preferencias que ellas pensaban que los hombres saharauis tenían hacia las mujeres. Posteriormente, pregunté a algunos hombres acerca de sus preferencias hacia la figura de las mujeres que les resulta más atractiva. Esta cuestión ya ha sido analizada anteriormente en este trabajo desde otras perspectivas, tanto en la fase cuantitativa con el análisis de las variables «mujer ideal» y «hombre ideal», como en la fase cualitativa en la categoría de «IMAGEN CORPORAL». La triangulación en la obtención de los datos me permitirá una mayor precisión en la interpretación de los resultados cuando proceda a su conexión e integración en la discusión final.

Pregunté a las mujeres acerca de las ideas mentales que según ellas se construyen los hombres acerca del cuerpo de las mujeres. ¿Como debe ser una mujer para gustarle a un hombre? ¿cómo debe ser su cuerpo? ¿influyen esas preferencias externas en las decisiones que afectan a la construcción de su cuerpo?

Las conversaciones y mis propias observaciones, confirman la importancia que tiene el matrimonio y formar una familia para las jóvenes saharauis. La presión por resultar atractiva y deseable a los hombres, va íntimamente unida a la obligación que sienten las jóvenes por encontrar pareja y casarse. El reconocimiento social nunca será completo si las mujeres permanecen solteras y la obsesión por engordar, o al menos por no estar delgadas, es una consecuencia derivada de la presión principal que es la de casarse. La representación

social de la felicidad se materializa en el cuerpo de una mujer obesa o con sobrepeso, acompañada de un hombre delgado y musculoso. No hay nada que afecte más a la autoestima de estas mujeres que considerar que su cuerpo no resulta atractivo a los hombres, pero en todo caso de las respuestas de las mujeres se desprende que la variable del aspecto físico es una derivada de la norma social que es el deseo/imperativo de casarse:

P.: Entonces ¿tú crees que aquí a los hombres, no les gustan las mujeres delgadas, les gustan más bien gordas?

R.: «Siiii (se ríe y se tapa la boca con la *melfha*) A los hombres les gustan así (hace un gesto abriendo los dos brazos e inflando los carrillos), las mujeres. Si estas flaca no te casas» (AZIZA, 32 AÑOS. CASADA CON 1 HIJA).

R.: «Yo creo que sí. Por eso todas las chicas buscan cosas para que engorde. Ninguna para adelgazar. Es su idea que no vas a casar si no engorda» (FAKHLA, 29 AÑOS. SOLTERA).

R.: «Claro, gorditas...porque los saharauis antes de ahora... le gustan las mujeres gordas porque en su tierra solo comen carne y beben leche» (LAUFA, 25 AÑOS. SOLTERA).

R.: «...conozco hombres que le gustan las chicas gordas, pero en estos últimos años a los hombres no le gustan ya tan gordas» (FATIMETU, 26 AÑOS, SOLTERA).

R.: «y para las mujeres piensa que los hombres les gusta eso (estar gorda) pero no todos los hombres hay hombres que le gustan las mujeres así flaquititas» (ZAHRA, 25 AÑOS. SOLTERA).

P.: ¿y ellos saben que muchas mujeres toman jarabe para engordar?

R.: «Los hombres solo saben que la mujer tiene que ser gorda y blanquita pero no saben todo eso. Estas chicas todo el día en hospital me duele me duele... porque todo eso no es natural. Es bonito cuando no se vea el hueso (se refiere al hueso de la muñeca, que se considera bonito cuando no se ve)» (LAUFA, 25 AÑOS. SOLTERA).

P.: ¿Y a ti como te gustan los hombres? Quiero decir si te gustan delgados o grandes.

R.: «A mí me gusta hombre grande y con musculo. No gordo pero grande. No me gusta los flaquitos, pero tampoco gordo» (ZAHRA, 25 AÑOS. SOLTERA)

R.: «A mí no me gustan los hombres gordos. Los hombres no son igual que las mujeres porque nosotras hacemos cosas para engordarnos a ellos se aceptan tal cual son si son gordos o delgados» (LAMINA, 45 AÑOS. CASADA CON 2 HIJOS).

¿Coinciden los estereotipos de belleza femenina en la mente de mujeres y de hombres? Me interesaba contrastar estas opiniones de las mujeres con la de los hombres, para confirmar esta imagen de la mujer *grande* como arquetipo de la belleza y el atractivo físico. ¿Coinciden las respuestas de los hombres respecto a las características que debe tener el cuerpo femenino para resultar atractivo con la visión expresada por ellas?

Las respuestas que he recogido a esta cuestión se ajustan sospechosamente a la deseabilidad social. Los hombres entrevistados manifestaron que el aspecto físico de las mujeres no constituye un factor que tengan en cuenta para estimar a una mujer como futura esposa. El peso corporal o cualquier otro aspecto físico es secundario a otros caracteres de tipo psicológico mucho más relevantes. No obstante, intuyo que el hecho de que yo sea una mujer joven, enfermera y extranjera, ha tenido una gran influencia en sus respuestas y que las mismas serían muy diferentes si se pudieran recoger en las conversaciones desarrolladas en grupos exclusivamente masculinos. De nuevo, sospecho que los testimonios se ajustan más a lo que el entrevistado considera que es lo más correcto decir que a lo que piensa realmente.

P.: ¿A ti como te gusta más la mujer: delgada o gordita?

R.: *«La mujer tiene que estar como ella quiera. Gorda o flaca, ella verá. A mí me gustan normales, ni muy gordas ni flacas. Pero me da igual. Lo importante no es el cuerpo sino lo buena que sea. Que sea buena eso es lo que más me gusta»* (RAYAN, 28 AÑOS. SOLTERO).

Rachid es un hombre de 40 años, que nunca ha salido del Sahara. Su testimonio pone de manifiesto como la preferencia masculina por la obesidad de las mujeres tiene una explicación más «instrumental» que de atractivo físico o estético. Se prefiere la mujer «grande» porque se estima que serán mejores trabajadoras en el hogar:

R.: *«A mí me gustan las mujeres grandes. Una mujer tiene que ser grande, si flaca no aguanta trabajo ni al marido y se cansa mucho. Además, cuando se está gorda es porque la vida es buena, tienes de todo. Nadie engorda en tiempos de sequía»* (RACHID, 40 AÑOS. CASADO CON 3 HIJOS).

MECANISMOS FAMILIARES DE CONTROL: LA INFLUENCIA DE LA MADRE

Los testimonios de las mujeres ponen de manifiesto la gran autoridad que las madres tienen en las estrategias y decisiones que adoptan las hijas sobre su propio cuerpo. De todos los miembros de la familia, la madre es la que ejerce mayor influencia en todas las cuestiones relacionadas con el aspecto físico de las hijas. Esta influencia puede ser implícita, convirtiéndose la madre en el modelo a imitar. El aspecto físico de la madre (y el del resto de mujeres del grupo familiar como tías, abuelas o hermanas mayores) constituye el patrón de referencia de la siguiente generación de mujeres del grupo. La influencia materna

también se puede ejercer de forma explícita, mediante consejos o normas de más o menos obligado cumplimiento.

P.: aparte de tus amigas ¿alguien de tu familia te dice algo de tu peso o te insiste para que comas más?

R.: «Cuando yo era más joven yo estaba más flaca y mi madre me obligaba a comer y me daba dátiles y leche y cabush para engordar. Ella decía que quería nietos y si no, no los iba a tener (se ríe otra vez tapándose la cara). Pero ahora ya no, ahora soy yo la que se lo dice a mi hija (vuelve a reírse)». (AZIZA, 32 AÑOS. CASADA CON 1 HIJA).

R.: «Mi madre me dice que estoy muy flaca (Laufa tiene un IMC de 25,4) es muy pesada y siempre me está diciendo que coma, que me voy a poner enferma. Mi tía quiere que coma más por la noche que eso engorda más ¿sabes?». (LAUFA, 25 AÑOS. SOLTERA).

Creo necesario señalar que estas respuestas no son unánimes. En algunos casos, especialmente cuando se trata de mujeres que han salido de los campamentos y han adquirido otras preferencias estéticas, se pone de manifiesto una mayor libertad de acción en las decisiones sobre su cuerpo. Es el caso de Fatimetu, que, a lo largo de 8 años, y gracias al programa de Vacaciones en Paz, ha vivido 2 meses cada año en Valencia (España), con una familia de acogida con la cual sigue manteniendo un estrecho contacto:

R.: «Cuando era pequeña si, mi madre siempre me decía que estaba muy delgada, pero es normal ¿no? Ahora mi madre no me dice nada estoy bien así». (FATIMETU, 26 AÑOS. SOLTERA)

R.: «Mi familia quiere que esté un poquito más delgada. Mi madre y mi hermana me lo dicen, que me va a dar azúcar». (ZAHRA, 25 AÑOS. SOLTERA).

R.: «ahora no, (no le dicen que engorde) ahora no me dicen nada». (FAKHLA, 29 AÑOS. SOLTERA).

MECANISMOS SOCIALES DE CONTROL: CRÍTICA SOCIAL, CHISMORREOS Y COTILLEOS

El atractivo físico se constituye, especialmente entre las mujeres, en un importante factor para conseguir ventajas sociales, no solo respecto a posibles relaciones románticas que den lugar a lazos duraderos de pareja, sino también para ser aceptadas en el grupo de iguales para afianzar la posición y el prestigio social.

La opinión y los juicios de valor que las amigas, conocidas y por extensión todo el grupo de mujeres con el cual se interactúa en la vida diaria, tienen sobre cada mujer concreta, determinan también el grado de satisfacción sobre el propio cuerpo.

P.: ¿Tú has oído alguna vez que las amigas critiquen a otras por su aspecto?

R.: *«Si a veces. No todas, pero algunas sí. Hay que cuidarse cuando vas a bodas. Y si vas a una boda y estas delgada las mujeres hablan y te critican, dicen que no te cuidas o que estas enferma. Por eso se ponen a comer y a tomar jarabe».* (AZIZA, 32 AÑOS. CASADA CON 1 HIJA).

R.: *«...eso pasa eso mucho aquí pero no me importa. A mí me da igual, yo quiero estar contenta conmigo y sana. Todas las chicas buscan cosas para que engorde. Ninguna para adelgazar».* (FAKHLA, 29 AÑOS. SOLTERA).

R.: *«Las mujeres enseñan entre ellas que están gordas, ponen la excusa de los hombres muchas veces. Muchas veces somos nosotras mismas las que nos decimos eso».* (ZAHRA, 25 AÑOS. SOLTERA).

R.: *«Es que aquí pasa que con la melfha una mujer delgada está fea. La mujer tiene que llenar la melfha con el cuerpo si no, las amigas van a decir de todo. De verdad, que a mí tampoco me gusta cómo queda la melfha que no va llena»* (LAMINA, 45 AÑOS. CASADA CON 2 HIJOS).

Muchos de los testimonios de las mujeres que entrevisté, reflejan que la opinión de las amigas tiene más peso en la satisfacción o insatisfacción con el propio cuerpo, que las que pudieran tener los hombres. Quizás uno de los factores relacionado con esto sea que la estricta división de los espacios sociales y físicos asignados a hombres y mujeres, obliga a que la mayor parte del tiempo las personas de cada género se relacionen entre ellas, y sean escasas las oportunidades en que coinciden hombres y mujeres en eventos. El peor castigo que puede tener una mujer y muy especialmente su madre, sería ser la diana de los cotilleos y habladurías por parte del resto de las mujeres de la *wilaya*. También algunos de los testimonios de los hombres que respondieron a la misma pregunta, reforzaban esa misma idea:

R.: *«Las mujeres tienen más miedo que hablen de ellas las amigas, ¿sabes? A mí no me gustan gordas, me gustan normales o delgadas».* (RAYAN, 28 AÑOS. SOLTERO)

Farid refuerza la idea del miedo a ser objeto del cotilleo de las amigas:

R.: *«...claro que es peor. Aquí a las mujeres les da igual lo que los hombres digan, pero tienen mucho cuidado que no hablen de ellas las amigas. Un amigo hace más daño que un enemigo».* (FARID, 39 AÑOS. CASADO CON 2 HIJOS).

Por supuesto, estos testimonios no reflejan una opinión unánime de todas las mujeres entrevistadas, y algunas de ellas manifiestan a la vez una independencia de pensamiento

que prioriza la propia satisfacción con su cuerpo sin dejarse influir por las opiniones del resto.

R.: «*Muchas veces oigo a amigas que dicen eso de otras. A mí me da igual, yo vivo mi vida*». (FATIMETU, 26 AÑOS. SOLTERA).

R.: «*...si, yo tengo una amiga ella 23 y yo 25, y ella es más gordita y me dicen que ella parece mayor que yo y me dice que engorde y yo le digo que me gusta así (mi cuerpo)*». (LAUFA, 25 AÑOS. SOLTERA).

En definitiva, la percepción que la sociedad saharaui tiene de la obesidad femenina es resultado de una tensión dialéctica entre salud y belleza. En general se considera que la obesidad no es aconsejable para un buen estado de salud, pero a la vez un exceso de peso en la mujer le da un mayor atractivo físico respecto a las que están más delgadas. Las mujeres cargan la responsabilidad de este estereotipo social en los hombres, ellos serían los responsables de la presión que ellas sienten para engordar, especialmente entre las jóvenes que desean casarse. Sin embargo, ninguno de los hombres con los que he hablado admiten que las mujeres así les gusten. Ellos, por el contrario, suelen señalar a las propias mujeres como las responsables de esa presión por ajustarse a la imagen de la mujer grande. Argumentos como el de que las mujeres son rivales entre ellas por naturaleza, que el mayor enemigo de una mujer es otra mujer o que las mujeres se critican y se comparan entre ellas constantemente, los he escuchado con frecuencia, especialmente entre los hombres, que de forma inconsciente buscan descargar su propia responsabilidad y cargarla sobre ellas. Convertir a las mujeres en vigilantes y guardianas del orden establecido histórica y culturalmente, que las obliga a mantener una determinada configuración corporal, es la gran victoria del poder patriarcal.

La sociedad saharaui no es una excepción a este círculo culpabilizador, que termina calando entre las mujeres y lo asumen como verdadero, tal como se refleja en las conversaciones recogidas y muestro algunas respuestas como ejemplo:

R.: «*Las mujeres tienen más miedo que hablen de ellas las amigas*». (RACHID, 40 AÑOS. CASADO CON 3 HIJOS).

R.: «*Siiii (se ríe y se tapa la boca con la melfa) A los hombres les gustan así las mujeres. Si estas flaca no te casas*». (AZIZA, 32 AÑOS. CASADA CON 1 HIJA).

R.: «*Y si vas a una boda y estas delgada las mujeres hablan y te critican, dicen que no te cuidas o que estas enferma*». (AZIZA, 32 AÑOS. CASADA CON 1 HIJA).

R.: «*Las mujeres enseñan entre ellas que están gordas, ponen la excusa de los hombres muchas veces*». (ZAHRA, 25 AÑOS. SOLTERA).

R.: «todas las chicas buscan cosas para que engorde. Ninguna para adelgazar. Es su idea que no vas a casar si no engorda». (FAKHLA, 29 AÑOS. SOLTERA).

2.2.5. FACTORES ECONÓMICOS Y CULTURALES

En este apartado mostraré los resultados agrupados en tres subcategorías temáticas que considero se han revelado como factores influyentes en la persistencia de la obesidad femenina en el Sáhara. Como se verá a continuación, estos factores se cruzan con el género para aumentar la fuerza de la presión social sobre el cuerpo de las mujeres saharauis.

En primer lugar, mostraré algunas de las características de la canasta básica que se ofrece mensualmente a las familias saharauis y que constituye una parte importante de su alimentación. Se muestran las opiniones y los testimonios de las mujeres acerca de la calidad y elementos de la canasta.

En segundo lugar, la subcategoría sobre la práctica del ejercicio físico en las mujeres saharauis. El ejercicio físico, y su contrario el sedentarismo, constituyen un factor importante para mantener un peso correcto. Los resultados mostraran las dificultades que especialmente en las mujeres, tiene la práctica de ejercicio físico en los campamentos.

Por último, en el apartado de ocio y tiempo libre, me centraré especialmente en la ceremonia del té. Este ritual, es un emblema de la identidad del pueblo saharauí, y tiene una gran fuerza como aglutinador social, sin embargo, el consumo excesivo aporta una gran cantidad de calorías vacías a la dieta de las mujeres saharauis, que contribuye a la persistencia de la obesidad.

LA CANASTA BÁSICA DE ALIMENTOS Y ELEMENTOS DE LA DIETA DIARIA

Las condiciones de vida en los campamentos no llegan a proporcionar la seguridad alimentaria de su población. En el año en que se recogen los datos para este trabajo, todavía se sufren periódicos desabastecimientos de productos esenciales. Los productos frescos son escasos a pesar de los recientes esfuerzos de las instituciones locales de impulsar el desarrollo de huertos en los campamentos. En este sentido actualmente existen huertos regionales institucionales en las wilayas de Smara, Dajla y Laayoun. Sin embargo, en la wilaya de Auserd, donde se ha realizado este trabajo, la escasez de agua en la capa freática impide su implantación. Esta situación, es reconocida por las mujeres y los hombres de Auserd, que se refieren a ella con una mezcla de envidia vecinal y un sentimiento de abandono de las autoridades respecto a esas wilayas más afortunadas. Los productos frescos suelen adquirirse en los mercados de Tindouf, a media hora en coche, sin embargo, muchas familias no tienen la solvencia necesaria para comprarlos y deben limitarse a la ayuda que proporcionan los organismos internacionales como la Cruz Roja Española, la Media Luna

Roja, La Agencia Española para el Desarrollo (AECID) o la European Civil and Humanitarian Operations (ECHO) y que constituyen la canasta básica.

Los componentes de la canasta básica, tal como la relatan las propias mujeres saharauis, son tan básicos como su mismo nombre indica, y con pequeñas variaciones se compone de legumbres (lentejas o garbanzos), harina, cuscús, aceite, azúcar, patatas, zanahorias y cebollas. Las mujeres son las encargadas del reparto de los productos de la canasta básica entre las familias de su barrio. En las entrevistas realizadas no he recogido ningún testimonio acerca de quejas sobre posibles corruptelas o injusticias en este reparto.

Los alimentos de la canasta básica procedente de la ayuda internacional cubren aproximadamente el 70% de las necesidades de las familias, aunque sumándole las compras en los mercados locales y la solidaridad alimentaria entre vecinas, el resultado final es que la escasez calórica no es algo habitual en los campamentos. De hecho, las quejas que se desprenden de los testimonios de las mujeres, no hacen referencia a la escasez de alimentos sino a la monotonía de la dieta, a un aburrimiento sobre lo que se come achacable a una dieta poco variada y también, en algunos casos, a una añoranza de la comida tradicional que consumían antes de vivir en los campamentos.

Formulé preguntas acerca de los alimentos que formaban parte de la dieta habitual diaria en las familias saharauis. En este sentido debo aclarar que las cuestiones que se plantearon no se ajustaron a ninguno de los métodos dietéticos estructurados diseñados para la evaluación del estado nutricional tales como la encuesta alimentaria clásica, el diario dietético, historia dietética, encuesta de recordatorio de 24 h. o encuestas de frecuencia de consumo. Mi objetivo era comprobar a través de las conversaciones con las mujeres, qué alimentos incorporan de forma habitual a la dieta diaria de la familia. Mi interés no iba dirigido a conocer con detalle la cantidad o los nutrientes que forman parte de la alimentación habitual, lo cual, por otra parte, ya ha sido descrito con mucho más detalle en estudios previos (Grijalba-Ethernod *et al.*, 2019). Me interesaba más indagar acerca tanto de las valoraciones que las mujeres tienen de los alimentos que ellas habitualmente preparan, como relatos que puedan comparar la dieta tradicional saharauí con la que consumen en la actualidad, sometida a las restricciones derivadas de la situación de refugiadas.

Las respuestas en todos los testimonios recogidos, en general denotan resignación y una aparente aceptación de una situación que implica una monotonía de la dieta habitual. Aunque la dieta cubre suficientemente las necesidades calóricas, la diversidad de alimentos de la misma es muy pobre.

P.: ¿Te llegan suficientes alimentos para cocinar cada día?

R.: «Siii, para mí está bien. Doy gracias a Dios por los alimentos. Cuando hay mucho bien y cuando menos también damos las gracias. Cuando nos cansamos de la canasta³² compramos en la tienda, o cuando viene familia de los territorios ocupados que nos traen cosas». (FATIMETU, 26 AÑOS. SOLTERA).

R.: «Si, gracias a Dios. Nunca falta de comer, pero algunas veces me canso de comer lo mismo. En verano más. Pero no me quejo, me parece bien». (ZAHRA, 25 AÑOS. SOLTERA).

P.: ¿Crees que la comida es suficiente? ¿Qué problemas ves con los alimentos aquí en los campamentos?

R.: «Ahora la comida cada vez es peor. Es siempre lo mismo. Antes la comida era buena: leche, carne de camello...». (LAUFA, 25 AÑOS. SOLTERA).

P.: ¿Antes cuándo?

R.: «Antes de la guerra. A mí me lo cuenta mi madre y mi padre, yo no había nacido, pero me dicen que comían mejor, más carne. Ahora es más difícil». (LAUFA, 25 AÑOS. SOLTERA).

R.: «...es poco y tenemos que comprar en Tindouf o pedir prestado a las vecinas. Muy pocas mujeres pueden estar gordas con las canastas y los alimentos que nos dan, si muchas están gordas es porque ella misma se hace cosa para engordar. Pero doy gracias a Dios todos los días por la comida». (LAMINA, 45 AÑOS. CASADA CON 2 HIJOS).

R.: «Cus-Cus, lentejas, verdura, como de todo lo que tenemos aquí. En Aaiún tienen verdura fresca, pero aquí hay menos. A mí lo que más me gusta es el pescado, pero aquí no llega. Lo como cuando voy a los territorios ocupados y cuando iba a España de vacaciones». (ZAHRA, 25 AÑOS. SOLTERA).

R.: «...aquí en la Hamada en los campamentos, el agua no está bien para beber y comemos otras cosas y trabajamos y no da tiempo a engordar». (LAUFA, 25 AÑOS. SOLTERA).

³² Canasta Básica: Conjunto de alimentos esenciales que recibe mensualmente cada familia saharaui en los campamentos.



Imagen 22. Presentación de una comida para invitados/as (wilaya de Auserd, 2018)

Fuente: Fotografía realizada por la autora.

PRÁCTICA DE EJERCICIO Y ACTIVIDAD FÍSICA

El ejercicio físico constituye un factor determinante en el peso corporal. La práctica del ejercicio y el deporte encierra unos sesgos de género muy marcados. El marcador de género en el ámbito deportivo está ampliamente extendido en la mayoría de las sociedades humanas actuales. Sin embargo, en algunas regiones y grupos culturales, la fuerza que tiene el género en las desigualdades entre hombres y mujeres para la práctica del ejercicio son muy distintas.

En este apartado pasaré a mostrar las respuestas, testimonios y mis observaciones relacionadas tanto con el deporte regular y ejercicio planificado como la actividad física asociada a actividades laborales y domésticas, que ponen en práctica las mujeres saharauis.

La incorporación del ejercicio físico en la rutina diaria de las mujeres saharauis se enfrenta a dos importantes dificultades: por un lado, las derivadas de las extremas condiciones climáticas (altas temperaturas, ambiente muy seco y polvoriento, etc..) que limitan la práctica del ejercicio al aire libre. Por otra parte, y quizás con mayor influencia, he percibido toda una serie de estereotipos e ideas construidas alrededor de la práctica del ejercicio físico en la mujer, que se repiten con frecuencia en los discursos tanto de las mujeres como de los hombres y que se resumen en la idea ampliamente asumida de que el ejercicio físico o el deporte, son «cosas de hombres» (Imagen 23).

P.: ¿Haces algún tipo de deporte o de ejercicio aquí?

R.: «¿Deporte cómo? Noooo no no no, aquí si te ven haciendo deporte te dicen que tú no estás buena. Ejercicio en la casa y trabajando, eso es mejor deporte que jugar a la pelota» (LAUFA, 25 AÑOS. SOLTERA).

R.: «Más deporte que yo hago, no me hace falta gimnasia...las mujeres con la casa, y los niños ya es mucho ejercicio, te mueves todo el día» (ZENA, 30 AÑOS. CASADA CON 1 HIJO).



Imagen 23. Grupo de jóvenes practicando boxeo (wilaya de Smara, 2018)

Fuente: Fotografía realizada por la autora.

El modelo tradicional de educación física, responde y a la vez reproduce esta relación, por una parte, al fomentar un patrón androcéntrico basado en la competitividad y la fuerza física y, por otra, al relacionar el deporte como un espacio de ocio, espacio al que las mujeres tienen un acceso restringido por sus obligaciones domésticas.

R.: «Cuando vengo del trabajo ya lo hice todo allí, cuando no estoy trabajando mi familia y todos cuando comemos por la noche antes de dormir andamos con las cabras y nos sentamos y así hemos andado un poco después de la cena. Para cuidar las cabras tenemos turnos para ir a andar con ellas.» (ZAHRA, 25 AÑOS. SOLTERA).

No obstante, lo anterior no quiere decir que las mujeres no realicen una actividad física. En general, salvo las niñas y adolescentes que sí tienen incorporado el ejercicio físico en sus juegos y en la jornada educativa, las mujeres no dedican un tiempo determinado de su jornada a la práctica de algún ejercicio. Sin embargo, muchas de las actividades diarias

habitualmente asignadas a las mujeres requieren una actividad física con un alto gasto energético, aunque resulta muy difícil de medir correctamente.

R.: «Yo no, no hago deporte, aquí en la Hamada³³, en los campamentos, pero sí que me muevo, no estoy todo el día acostada. Aquí trabajamos y no da tiempo a engordar». (LAUFA, 25 AÑOS. SOLTERA)

R.: «...Soy la maestra de deporte y siempre ando más con los niños. A las niñas aquí no les gusta el deporte. Les gusta jugar, pero ya está. Los niños es distinto, están siempre corriendo o jugando a la pelota. Así luego todos los hombres están fuertes ¿tú lo has visto no?». (FATIMETU, 26 AÑOS. SOLTERA).

OCIO Y TIEMPO LIBRE: EL TÉ COMO LUBRICANTE SOCIAL

Uno de los rasgos más característicos de la vida en los campamentos y que una extranjera occidental puede percibir fácilmente a los pocos días de vivir allí, es la gran cantidad de tiempo libre presente en la rutina diaria. Es un ritual de transición que cualquier recién llegado a los campamentos debe superar: qué hacer con las largas horas de tiempo libre durante gran parte de los días. Este excedente de tiempo libre va unido a una gran escasez de actividades lúdicas que puedan rellenar ese hueco. El problema afecta sobre todo a los grupos más jóvenes y especialmente a las mujeres, ya que los chicos jóvenes suelen ocupar parte del tiempo libre con actividades deportivas.

Para las jóvenes y adolescentes, los momentos al finalizar la jornada escolar, o laboral cuando es el caso, constituyen uno de los espacios más valorados de socialización femenina, fuera del espacio familiar. Regresar en grupo hacia la *jaima* correspondiente, con el caminar cadencioso tan singular de las mujeres saharauis, ofrece un valioso tiempo que se aprovecha para compartir confidencias, pedir y dar consejos, consolidar amistades y establecer alianzas.

Una vez en casa el tiempo transcurre con la misma lentitud y parsimonia con la que ellas caminan. El uso del móvil está ampliamente extendido, y tanto ellas como ellos, pasan largo tiempo conectados a la red. En muchos casos se convierte en el único enlace con los seres queridos:

R.: «... mi marido está aquí y aquí (se señala el corazón y el teléfono móvil que tiene en la mano y que, durante nuestra conversación,

³³ *Hamada*: Los campamentos de Tindouf se extienden en una *hamada* la cual, al contrario que el paisaje arenoso del erg, se caracteriza por ser pedregosa, plana, con poca arena y mucho polvo. La hamada cubre el 70% del desierto del Sáhara. La región más grande de este territorio pedregoso se encuentra al suroeste del Sáhara, entre Marruecos, Argelia y el Sáhara Occidental.

utiliza para charlar por *whatsapp* con su marido, que «está en la guerra»». (ZENA, 30 AÑOS. CASADA 1 HIJO).

Una buena conversación es la manera preferida de las y los saharauis de ocupar el tiempo libre. Charlar con amigas, familiares o, en mi caso, con una extranjera que viene a hacerles una entrevista, constituye, por encima de cualquier otra alternativa, una prioridad para dejar de lado otras obligaciones. Y la ceremonia del té, es la excusa perfecta para quedar y pasar una buena velada que se aprovecha con una conversación agradable. El té es sin duda la argamasa, el pegamento que mantiene unida a la sociedad saharai, que les permite mantener el contacto y que constituye un símbolo de la identidad saharai con una potencia difícil de igualar. La invitación a tomar un té, se convierte en una invitación a charlar relajadamente durante un plazo de tiempo que casi nunca es inferior a una hora y que frecuentemente se puede alargar hasta las dos horas.

P.: ¿Qué es lo que más te gusta hacer cuando no estás trabajando y tienes tiempo libre?

R.: «Aquí tenemos mucho tiempo, eso no falta. Tiempo y arena. Pero no hay muchas cosas para hacer. A mí lo que más me gusta es hablar con las amigas. Venir a mi jaima a tomar té y charlar o me voy yo a la suya». (AZIZA, 32 AÑOS. CASADA CON 1 HIJA).

Puedo observar algunos aspectos que dan muestra de lo especial que es la ceremonia del té en la vida saharai: el agua que utilizan para realizarlo suele ser distinta a la que usan para cocinar o para beber y, aunque se cocine habitualmente en cocina de gas, el té siempre lo calentaran en un hornillo con carbón natural. En la casa, la mujer suele ser la encargada de preparar el té y para ella, en ocasiones especiales como cuando vienen visitas, extranjeras (como es mi caso) o posibles pretendientes, constituye una oportunidad para mostrar sus habilidades. Exhiben con orgullo la técnica aprendida en el seno de cada familia y transmitida de madres a hijas, escanciando varias veces hasta conseguir la espuma de densidad perfecta en el vaso, el punto idóneo de azúcar o la concentración adecuada de cada vaso de té. Los códigos culturales asociados a la ceremonia del té saharai, constituyen un auténtico tesoro antropológico, tal como me relataba susurrando y casi como si estuviera vendiendo un secreto de estado a una potencia extranjera, Rachid, un saharai de 40 años:

R.: «...pues tu ya lo sabes. Charlar y preparar el té. Si hay fútbol en la tele nos reunimos los amigos a verlo, pero a veces se corta a la mitad. Cuando vas a tomar té a casa de una amiga, ahí si puedes hablar y conocer ¿tú sabes que tomando té puedes saber si le gustas a una mujer? (RACHID, 40 AÑOS. CASADO CON 3 HIJOS).

P.: ¿Cómo se puede saber?

R.: «Mira, si la mujer pone el ... *(no sabe la palabra y la pregunta)* la boca de la tetera mirándote es que le gustas. Si lo pone mirando a ella, ya te puedes ir porque no quiere nada contigo. También te da a ti primero el vaso, antes que a los demás. Si te ha gustado el té que ha preparado, tienes que hacer así en el vaso *(da un golpe con el dedo en el vaso)*, y cuando se lo das puedes girarlo el vaso y eso significa que te gusta ella. Se puede conocer mucho de alguien cuando tomas té, ves si es una mujer limpia y cuidadosa, cuando prepara el té, o si no». (RACHID, 40 AÑOS. CASADO CON 3 HIJOS).

2.2.6. SORORIDAD SAHARAHUI

DIVISIÓN DEL TRABAJO POR GÉNERO

En esta subcategoría, las respuestas reflejan una notable diferencia entre las actividades asociadas a los hombres y a las mujeres. Las mujeres suelen anteponer el trabajo en el hogar a otras obligaciones laborales o exteriores. A los hombres se les asignan trabajos exteriores remunerados o actividades militares.

P.: ¿Además de tu trabajo en la casa, tienes algún otro afuera?

R.: «Soy maestra en la escuela de mi Daira, pero ahora no porque tengo que cuidar a mi hija y a mi madre que está enferma». (AZIZA, 32 AÑOS. CASADA CON 1 HIJA).

R.: «Yo tengo que hacer la comida y las cosas de la casa, cuidar las cabras y eso. No tengo tiempo de escuela». (AZIZA, 32 AÑOS. CASADA CON 1 HIJA).

R.: «Si, aquí en la Daira. De secretaria. Y yo como soy joven trabajo y estoy aquí en la casa sola. Tengo una hermana, pero esta de estudiante en Argelia. Yo voy a trabajar y aquí la comida todavía no echada y las cabras de ahí tengo que ir para ellas y muchas cosas...». (LAUFA, 25 AÑOS. SOLTERA).

R.: «soy la chica sola porque mi hermana esta fuera y tengo toda la responsabilidad y tengo que lavar la ropa, limpiar la casa...». (LAUFA, 25 AÑOS. SOLTERA).

R.: «Cuando vengo del trabajo ya lo hice todo allí, cuando no estoy trabajando mi familia y todos cuando comemos por la noche antes de dormir andamos con las cabras y nos sentamos y así hemos andado un poco después de la cena. Al tener las cabras tenemos turnos para ir a andar con ellas». (ZAHRA, 25 AÑOS. SOLTERA).

R.: «Cuando está aquí (*mi marido*) trabaja en los coches, los arregla y arregla la casa». (AZIZA, 32 AÑOS. CASADA CON 1 HIJA).



Imagen 24. Preparando el almuerzo (wilaya de Auserd, 2017)

Fuente: Fotografía realizada por la autora.

ROLES DE GÉNERO EN SITUACIONES DE CONFLICTO

Se incluyen en esta categoría, los discursos nativos y las respuestas que se asocian con las diferentes normas, actividades y espacios asignados a hombres y mujeres en la sociedad saharauí, especialmente en relación a la organización social y la defensa militar.

Los conflictos políticos y/o armados no son neutros desde el punto de vista del género. Para visibilizar las relaciones de poder entre hombres y mujeres en situaciones de conflicto incorporar el género como categoría de análisis es esencial.

La separación de los espacios sociales asignados a los hombres y a las mujeres, se percibe de manera muy acusada en la sociedad saharauí. Las herencias históricas y los conflictos políticos enquistados y aún sin resolver, dan como resultado la creación de dos grandes espacios con significación social: el militar, dirigido esencialmente hacia el enemigo exterior y el político/organizativo dirigido hacia el interior, y que se centra en la organización diaria de la vida en los campamentos. La división de ambos espacios y la asignación de cada uno de ellos a los hombres o a las mujeres, puede apreciarlo cualquier observador externo al poco tiempo de estancia en los campamentos, pero también se refleja en los discursos y conversaciones con los hombres y mujeres saharauis.

En efecto, cuando en las conversaciones les pregunté a las mujeres acerca de las tareas a las que se dedican los hombres y a las que se dedican ellas, son frecuentes las referencias a las

actividades militares, o de realización de tareas prestadas al ejército saharauí por los hombres.

R.: «...con la tormenta se derrumbó una pared de la casa, mi hermano va a llamar a amigos para arreglarla». (AZIZA, 32 AÑOS. CASADA CON 1 HIJA).

P.: ¿y tu marido no le ayuda?

R.: «Está en el muro³⁴. El pasa 6 meses allí y luego 6 meses aquí. La vida de los saharauis es así. Vuelve el 2³⁵ si Dios quiere. Ellos tienen que luchar por nuestro pueblo». (AZIZA, 32 AÑOS. CASADA CON 1 HIJA)

P.: Bueno, y vosotras también lucháis ¿no?

R.: «Claaaaro, pero no es lo mismo. Las mujeres luchamos aquí, cuidando la casa y a la gente». (AZIZA, 32 AÑOS. CASADA CON 1 HIJA)

Es necesario señalar, que el reconocimiento por parte de las mujeres de esta situación que obliga a sus maridos, hijos o hermanos a pasar largas temporadas alejados, no implica la aceptación acrítica de la misma. Cuando las mujeres hablan de las etapas en que ellos están fuera es normal encontrar gestos de tristeza, fastidio o resignación y casi siempre, el tema se zanja con una referencia o bien al destino del pueblo saharauí o a una predestinación divina.

P.: ¿Ahora está tu marido?

R.: «Mi marido está en la guerra, lleva 2... (rememora y piensa) no, 3 meses fuera. Vuelve para el mes 3, si Dios quiere». (ZENA, 30 AÑOS. CASADA, 1 HIJO).

P.: ¿Cómo lleváis estar tanto tiempo separados?

R.: «Es nuestra vida. Si no van ellos ¿Quién va a ir? Cada uno está hecho para lo que ha sido creado. Yo lloro cuando viene y vuelvo a llorar luego cuando se va». (ZENA, 30 AÑOS. CASADA, 1 HIJO)

La aceptación, aunque sea de mala gana y con resignación, del papel asignado a los hombres, no cuestiona, sin embargo, el origen «natural» del mismo. Se puede considerar que estas tareas que obligan a estar separados durante un tiempo pueden ser un fastidio aceptado, pero nadie pone en duda que esas actividades son de los hombres, que les corresponde realizarlas por naturaleza. Puede no gustarles que los hombres sean como son, pero lo son porque «la naturaleza» los ha hecho así.

³⁴ Muro: conjunto de construcciones defensivas construido por el gobierno marroquí para separar del resto del país los territorios controlados por Marruecos.

³⁵ Se refiere al mes 2 (febrero).

P.: ¿Cuándo tu marido está aquí, te ayudará en las tareas no?

R.: «ellos no hacen nada (en la casa). Ellos son muy listos. Así vienen y así se quedan. Luego me dice que él no sabe, no sabe y ya está, con eso vale (se rie tapándose con la melfa, y buscando mi complicidad me contagia la risa)». (FAKHLA, 29 AÑOS. SOLTERA)

Que las actividades militares en una sociedad que ha sufrido una guerra feroz recientemente y que de hecho se mantiene desde entonces en una situación de alto el fuego, tengan una alta consideración social tiene una justificación racional. Sin embargo, es relevante que observe como sólo estas actividades masculinas son las que están recubiertas de prestigio. Otras tareas y trabajos asociados a los hombres no tienen la misma consideración. De hecho, la mayoría de las actividades masculinas -excepto las militares- son referidas con gestos o expresiones que oscilan entre la ironía y la burla y cuya comparación con el trabajo femenino no admite igualdad.

R.: «Ellos se creen que están de vacaciones. Los hombres solo trabajan en los coches, vienen con cosas para la casa, comida y leche y todo eso y la mujer limpiando, haciendo comida, preparando la ropa, que vayan los niños a la escuela... La mujer mucho trabajo, más que ellos» (LAUFA, 25 AÑOS. SOLTERA).

En todo caso, si los hombres están fuera, ya sea en actividades militares o en trabajo externo, alguien debe encargarse mientras tanto de la organización de los campamentos. Las mujeres tradicionalmente son las encargadas de tareas de gestión y reparto de los recursos, de crear escuelas, guarderías, centros de salud y hospitales y todo ello en uno de los entornos más inhóspitos de la tierra. Ya se ha señalado anteriormente la privilegiada situación de género de las mujeres saharauis, en relación a otras mujeres países árabes (Caratini, 2006). Hablando con ellas, y visitando departamentos oficiales, organizaciones locales y dispensarios en los que fui invitada, pude observar que las mujeres forman parte de todas las estructuras políticas y administrativas creadas en los campamentos. Es un hecho que cualquier observador percibe sin dificultad y que además viene recogido en los distintos informes sobre la organización política y social de los campamentos que elaboran las distintas organizaciones (UNICEF, 2016). En la sociedad saharauí precolonial, la mujer tenía un estatus diferente al de la mujer de otras sociedades árabes vecinas más sedentarias, en las cuales la subordinación de la mujer era muy acusada, y esta autonomía de las mujeres articulada alrededor del parentesco se mantiene en la actualidad ya que suelen ser ellas las que controlan la economía de subsistencia.

En las respuestas de las mujeres observe que este papel relevante de la mujer en las actividades cotidianas de los campamentos, se expresa con orgullo y con una conciencia de la responsabilidad e importancia del mismo. Y, al contrario que el origen «natural» de las

actividades masculinas, las actividades femeninas se asocian más al esfuerzo personal de las mujeres y a la tradición.

P.: ¿Os reunís para organizar asuntos de los campamentos?

R.: «sii, claro. En la escuela o en el centro de mujeres. Aquí si no es por nosotras no se podría vivir. Si ellos están fuera, nosotras tenemos que arreglar nuestros asuntos ¿sabes?». (LAMINA, 45 AÑOS. CASADA CON 2 HIJOS).

P.: ¿Y que asuntos tratáis?

R.: «Uf, muchos. A veces de la canasta, de familia que hay que ayudar, de limpiar la Daira³⁶. Mira, hoy ha habido reunión, te podías haber venido, porque hemos estado en el dispensario hablando de las vacunas de los niños, y hemos pedido al ministerio un médico para los niños un día a la semana. Porque el hospital muy lejos» (LAMINA, 45 AÑOS. CASADA CON 2 HIJOS)



Imagen 25. Grupo de mujeres regresando a casa. (wilaya de Auserd, 2017)

Fuente: Fotografía realizada por la autora.

Los asuntos militares y políticos son temas de los cuales los hombres no hablan con agrado ni con facilidad, especialmente si la que pregunta es mujer y extranjera. Para evitar suspicacias, y facilitar la conversación en otros aspectos, evité insistirles, sin embargo, sí que en sus respuestas muestran un reconocimiento al trabajo de organización que las mujeres

³⁶ Daira: Cada uno de los barrios en los que se divide una wilaya.

realizan y entre líneas se puede intuir la idea de la mujer como el último reducto espiritual de la sociedad saharai:

P.: ¿Cómo te sientes cuando pasas mucho tiempo separado de la familia?

R.: «...la vida es así, y hay que aceptarlo. Yo tengo que hacer lo que hay que hacer y mi mujer igual. Cada uno tenemos nuestro trabajo. Y estamos contentos. Aquí la mujer vale lo mismo que el hombre. Lo mismo no, mas. Ella es la jefa, la que manda y el alma de la casa». (RACHID, 40 AÑOS. CASADO, 3 HIJOS).

P.: ¿Qué quieres decir con el alma de la casa?

R.: «Pues que el hombre tiene la fuerza de los músculos y las mujeres son fuertes por dentro, por su alma. Ellas cuidan la casa, los niños y al marido. Si yo hago lo que ellas no puedo. Las mujeres saharauis son fuertes, y si aguantamos aquí es porque ellas manejan los asuntos importantes». (RACHID, 40 AÑOS. CASADO, 3 HIJOS).

DISCUSIÓN



En este capítulo procederé a presentar la interpretación de los datos obtenidos en los resultados, mediante las mediciones antropométricas y las informaciones recogidas tanto a través de mi observación participante como de las entrevistas individuales de las mujeres y hombres que amablemente accedieron a compartir sus conocimientos y sus pensamientos conmigo. Realizaré en este apartado, la interpretación y discusión de los resultados obtenidos en la fase cuantitativa y en la cualitativa y utilizaré la producción científica revisada en el marco teórico para contrastar cada una de mis interpretaciones. Para la discusión de los resultados seguiré el esquema propuesto por Creswell (2009) incorporando los resultados de la fase cualitativa como fuente secundaria para la interpretación y discusión con los datos obtenidos en la fase primaria cuantitativa. Debo resaltar, que nombrar una fase como primaria y otra como secundaria no significa que una tenga más relevancia que la otra. Ambas fases tendrán un peso equilibrado y una importancia similar en el conjunto final.

Este capítulo se organiza en tres grandes apartados:

El primero corresponde a la discusión de los resultados que presentan organizados en 6 subapartados, correspondiéndose cada uno con los objetivos de la investigación. En este apartado he añadido un último subapartado sobre las consecuencias de la pandemia COVID 19 en los campamentos que, aunque no está directamente relacionado con ninguno de los objetivos, considero que su aparición durante la confección de esta tesis ha generado unas consecuencias en la sociedad saharauí que hace necesaria su inclusión para mejorar la comprensión actual del contexto saharauí.

La discusión de la metodología es el segundo apartado de este capítulo, y ahí expondré las limitaciones, dificultades y obstáculos a los que he debido hacer frente durante el trabajo de campo, la justificación de la estrategia metodológica empleada y los condicionantes derivados del instrumento de medida empleado.

El último apartado corresponde a futuras líneas de investigación, en el que hago propuestas de algunos campos de investigación e intervención, basados en la experiencia tras mi trabajo de campo en los campamentos y la elaboración de esta tesis doctoral.

1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

1.1. Mito y realidad de la obesidad femenina en el Sáhara

Los resultados de este trabajo, han mostrado que el exceso de peso es una situación frecuente entre las mujeres saharauis. Tanto el sobrepeso como la obesidad, constituyen problemas de salud con una alta prevalencia en las mujeres saharauis. La alta prevalencia de la obesidad en las mujeres saharauis ya había sido señalada en estudios anteriores

realizados en la misma región (Harter, 2004; Grijalva-Eternod *et al.*, 2012, Naigaga *et al.*, 2018).

El estudio de Naigaga fue realizado entre septiembre y octubre del año 2014 sobre una muestra de 180 hombres y 180 mujeres y utilizó un muestreo bietápico por conglomerados, seleccionando hogares al azar de los cinco campamentos y a un hombre y una mujer de cada hogar. Los resultados pusieron de manifiesto la brecha de género que presenta la obesidad entre los hombres y las mujeres saharauis ya que sólo el 25% de los hombres presentaba obesidad frente al 60% de las mujeres.

Uno de los trabajos más importantes sobre nutrición realizado hasta la fecha en los campamentos fue el estudio de Grijalva-Eternod (2012). En ese estudio, al igual que en esta tesis, no se incluyeron a hombres en la muestra, ya que el objetivo era analizar el estado nutricional en mujeres, niñas y niños. Los resultados que obtuvieron resaltaban la doble carga de obesidad y desnutrición que sufría la población saharauí. Las mediciones antropométricas del estudio de Grijalva-Eternod incluyeron, además del peso y altura para el cálculo del IMC, la medición de la circunferencia de cintura. Los datos obtenidos reflejaron que el 53,7% de las mujeres de la muestra presentaban sobrepeso u obesidad y de ellas, el 71,4% obesidad central. El estudio detectó también una alta prevalencia en mujeres de patologías asociadas al exceso de peso como el síndrome metabólico que afectaba al 70% de las mujeres con obesidad central.

Los resultados de mi trabajo son muy similares a los obtenidos en el estudio de Naigaga (2018). Respecto al de Grijalva-Eternod mi estudio muestra 7,7 puntos porcentuales menos de prevalencia de obesidad y un porcentaje de sobrepeso 2 puntos porcentuales mayor. En conjunto, el 60,4% de las mujeres que participaron en la muestra de esta tesis, presentaron un exceso de peso. Este exceso se manifestó en forma de sobrepeso en el 38,5% de las mujeres y como obesidad en el 21,9%.

En la Tabla 19 se recoge una comparativa entre los datos de nuestro estudio y los obtenidos en estudios semejantes realizados con anterioridad (tabla 19).

Tabla 19. Comparativa de datos obtenidos en nuestro estudio con otros realizados anteriormente

	AÑO	MUESTREO	Nº DE MUJERES EN LA MUESTRA	% SOBREPESO	% OBESIDAD	TOTAL
Este estudio	2020	NO ALEATORIO Y BOLA DE NIEVE	210	38,5 %	21,9 %	60,4 %
Naigaga	2018	CONGLOMERADO BIETÁPICO	161	35,4 %	25,5 %	60,9 %
Grijalva Ethernod	2019	CONGLOMERADO BIETÁPICO	383	36,5 %	29,6%	66,1 %

Al contrario que mi trabajo, que se centró exclusivamente en la población de la *wilaya* de Auserd, los estudios de Naigaga et al. (2018) y Grijalva-Eternod et al. (2012) se llevaron a cabo en las cinco *wilayas*, de ahí que utilizaran un muestreo por conglomerados. La selección de las 210 mujeres que formaron la muestra de la fase cuantitativa en mi trabajo se obtuvo mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Como ya se ha comentado en el apartado de metodología, la imposibilidad de disponer de un padrón de habitantes de la *wilaya*, me hizo optar por reclutar a las mujeres que acudían a los distintos centros de salud, locales de asociaciones de mujeres y farmacias locales. Este tipo de muestreo podría introducir un sesgo de selección en la muestra final, ya que podríamos suponer que las mujeres más preocupadas con su peso serían las que acuden con más probabilidad los días en que realizamos las mediciones, en detrimento del resto de mujeres. No obstante, los resultados finales de nuestro trabajo no difieren sustancialmente de los dos estudios anteriormente citados.

La obesidad constituye actualmente un problema de salud que afecta tanto a los países en desarrollo como a los desarrollados, como ha confirmado la OMS, al considerar la obesidad la epidemia global del siglo XXI (OMS; 2018), aunque su frecuencia general y distribución por sexo muestran notables diferencias. Si comparamos los resultados de esta investigación con los más recientes realizados en España (INE, 2020) observamos que las tasas tanto de sobrepeso como de obesidad son ligeramente mayores en el grupo de mujeres saharauis. En este sentido, la Encuesta Europea de Salud en España 2020, (INE, 2020) ofrece una tasa de sobrepeso en mujeres españolas del 30,5 % (38,5% en las mujeres saharauis) y de un 15,5% de obesidad (21,9 % mujeres saharauis). Sin embargo, se debe resaltar que las cifras sobre peso y talla de la Encuesta Europea de Salud en España fueron obtenidas mediante entrevista telefónica, por lo que los datos de peso y talla eran recogidos según las manifestaciones de las personas participantes en la muestra y no por medición directa, como se realizó tanto en mi trabajo como en los de Grijalva-Eternod o Naigaga. En este sentido algunos trabajos han demostrado la presencia de un sesgo en la estimación de los datos sobre peso y talla que se obtenían mediante conversaciones telefónicas frente a los recogidos por entrevista cara a cara o los obtenidos por medición directa con báscula y tallímetro. Los trabajos de Galán, Rodríguez-Artalejo y Zorrilla (Galán *et al.*, 2004) demostraron que el peso que se declaraba en entrevistas telefónicas era considerablemente menor que el que se declaraba en entrevistas «cara a cara», y llegaron a la conclusión de que la proporción de personas obesas obtenida en estudios mediante conversaciones telefónicas era un 14% menor que si los datos se obtenían mediante encuestas «cara a cara». Por ello, si hacemos una estimación al alza de las proporciones de obesidad y sobrepeso obtenidas en la Encuesta Europea de Salud para España, podemos afirmar que la diferencia entre el porcentaje de mujeres con obesidad de los campamentos de refugiados saharauis respecto a la población general en España es bastante menor de lo que las cifras iniciales sugieren.

Al comparar los datos obtenidos en nuestro trabajo con los de otros países de la OCDE, ofrecidos por la misma Encuesta Europea de Salud (INE, 2020) no apreciamos diferencias relevantes entre ambos. En la Tabla 20 y la Figura 14 se presenta una comparativa de las prevalencias entre algunos países de la OCDE y las obtenidas en nuestro estudio.

Tabla 20. Comparativa de los datos obtenidos de obesidad femenina en el Sáhara con los de otros países

PAÍS	AÑO	SOBREPESO	OBESIDAD	GLOBAL EXCESO PESO
BÉLGICA	2018	29,1	22,6	51,7
FRANCIA	2015	26,8	17,4	44,2
ALEMANIA	2012	29	23,9	52,9
PORTUGAL	2015	33,1	32,1	65,2
ESPAÑA	2020	30,5	15,5	46
TURQUÍA	2017	30,1	35,9	66
REINO UNIDO	2019	31,3	29,1	60,4
ESTADOS UNIDOS	2019	26,9	42,1	69
CAMPAMENTOS SAHARA (Este estudio)	2020	38,5	21,9	60,4

NOTA: Las cifras indican el porcentaje sobre el total de mujeres de cada país. Elaboración propia con datos del INE (2020).

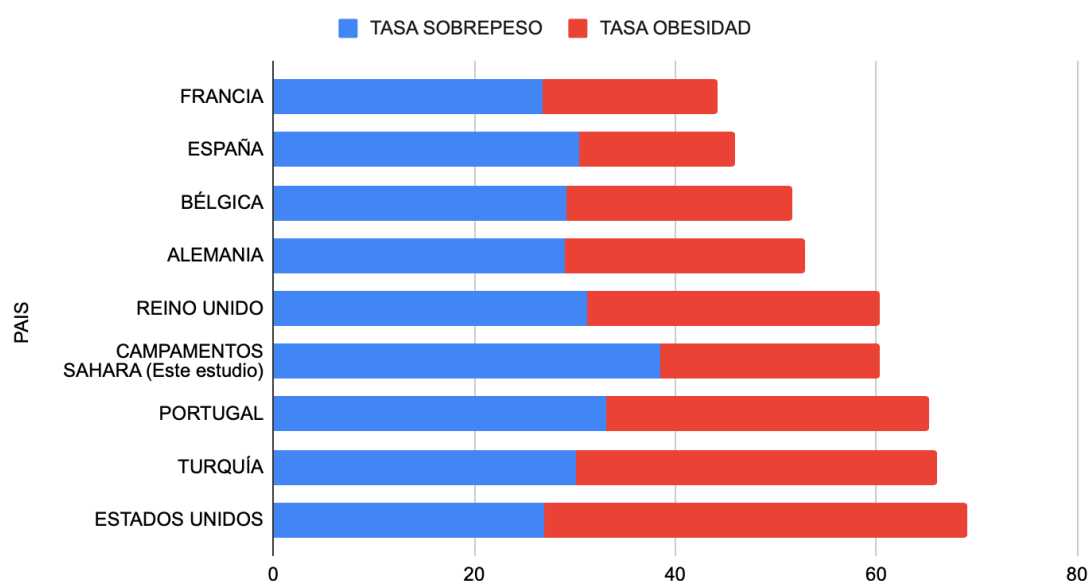


Figura 14. Comparación de las tasas femeninas de obesidad y sobrepeso entre Sáhara y países de la OCDE

NOTA: Elaboración propia con datos de la Encuesta Europea de Salud (2020)

Las tasas de obesidad y sobrepeso en las mujeres saharauis muestran que estamos ante un problema de salud, pero éste no es en absoluto más acusado en la población saharauí respecto a otras zonas geográficas. Para comparar los datos obtenidos en mi estudio con países más similares a la sociedad saharauí, utilizaré los resultados publicados en el año 2017 en la revista *The Lancet* que llevó a cabo una amplia revisión sistemática reuniendo

encuestas de salud, informes y estudios publicados entre 1980 y 2014 en 200 países (Abarca-Gómez *et al.*, 2017).

Los resultados de dicho estudio mostraban una tasa conjunta de sobrepeso y obesidad del 65,5% y sólo de obesidad del 33,9 % entre las mujeres mayores de 20 años de la región de África del Norte y Oriente Medio. Al comparar las cifras de prevalencia de obesidad femenina entre algunos de estos países, como Argelia, Libia, Marruecos o Palestina, con los obtenidos en mi trabajo en la población saharaui, se pone de manifiesto que las mujeres del Sáhara presentan tasas de obesidad menores que el resto de países de su entorno, aunque sí se puede apreciar que las tasas de sobrepeso están ligeramente más elevadas respecto a los mismos países. En la Figura 15 se muestra una comparativa de las tasas de sobrepeso y obesidad en mujeres entre algunos países del contexto cercano a los campamentos saharauis y las obtenidas en nuestro estudio.

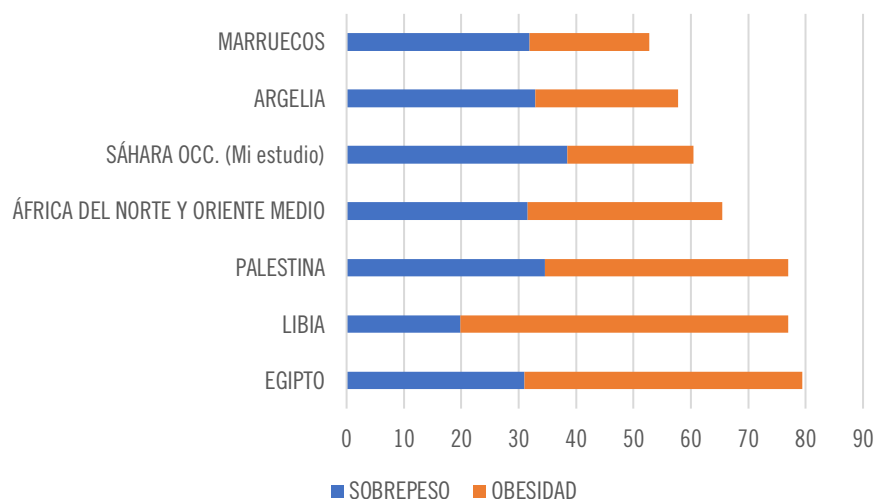


Figura 15. Comparación de las tasas femeninas de obesidad y sobrepeso entre Sáhara y países de su entorno

NOTA: Elaboración propia con datos del estudio de Ng *et al.* (2014).

La misma definición de obesidad como problema de salud se pone en cuestión al analizar conjuntamente los datos de IMC con los obtenidos de las entrevistas individuales. El exceso de peso observado en las mediciones antropométricas de las mujeres tanto en esta muestra de estudio como en el resto de trabajos citados, sólo se revela como un grave riesgo para la salud desde una perspectiva *etic*, tal como lo definiría un observador externo bajo un paradigma médico biologicista y que tome como referencia las taxonomías clasificatorias de sobrepeso y obesidad basadas en el IMC, que han sido presentadas de forma exhaustiva a lo largo de este trabajo. Sin embargo, desde una posición *emic* la asociación de la obesidad con un problema de salud no queda en absoluto clara. Las mujeres no perciben que el exceso de peso sea un problema de salud y mis propias concepciones acerca de la obesidad han ido modificándose durante el transcurso de la investigación. Los resultados de esta

investigación sugieren que tanto la asociación obesidad/enfermedad como la determinación de los límites que separan los distintos taxones clasificatorios del peso, aunque estén definidos por la ciencia médica, son moldeados por las distintas concepciones culturales, una circunstancia que ya ha sido anteriormente señalada en otras investigaciones (Esteban, 1998; Grijalva-Eternod *et al.*, 2012; Harter, 2004; Power & Schulkin, 1980; Rasmussen, 2010). El empleo del modelo mixto de investigación nos ha permitido dar sentido a las cifras, hacer visibles las distintas interpretaciones de la salud/enfermedad, y resaltar la necesidad de incluir las ideas, concepciones y pensamientos de las personas en los diseños de los diferentes programas de salud.

Al analizar los datos de nuestro estudio acerca de la distribución del IMC por grupos de edad, observamos un rápido aumento en la proporción de mujeres con exceso de peso cuando se superan los 20 años de edad. En el grupo de menores de 20 años, el porcentaje conjunto de sobrepeso y obesidad se observó en menos del 21% de las mujeres de (16 % sobrepeso, 4% obesidad) mientras que en el grupo de 21 a 30 años el mismo porcentaje conjunto se presentó en el 53,1 % (36% sobrepeso, 22,1% obesidad). Estas cifras se mantienen en los siguientes grupos de edad, con ligeras variaciones sin significación estadística y coinciden con los anteriores estudios de Naigaga (2018) y Grijalva-Eternod (2012) al observar igualmente un considerable aumento en la frecuencia de sobrepeso y obesidad en mujeres a partir de los 20 años de edad. La relación entre la ganancia de peso y la edad, es una circunstancia universal y se presenta en todas las encuestas de salud y estudios sobre obesidad tanto en países desarrollados como en desarrollo (ALADINO, 2019; OMS, 2018; INE, 2020) por lo que no constituye una característica específica de la sociedad saharauí. No obstante, entre las mujeres jóvenes saharauis, la idea de que poseer una figura corporal *grande* hace a las mujeres más atractivas para los hombres y por tanto facilita un buen matrimonio, constituye un factor que contribuye en la persistencia de la obesidad y el sobrepeso en este grupo de mujeres, y que ha sido señalado anteriormente en diversos trabajos que han mostrado la relación entre la obesidad de las mujeres saharauis y el matrimonio (Cluzel, 2021; Zand, 2018; Rguibi y Belahsen, 2006).

1.2. Satisfacción con el propio cuerpo y distorsión de la imagen corporal en las mujeres saharauis

En este apartado realizaré la interpretación y discusión de los datos presentados en el apartado de resultados que hacen referencia tanto al nivel de aceptación y satisfacción de las mujeres sobre su propio cuerpo, como a los que indiquen algún tipo de distorsión de la imagen corporal. Para la interpretación he utilizado e integrado datos recogidos de la fase cuantitativa (cuestionarios de satisfacción corporal de siluetas humanas) y cualitativa (entrevistas individuales).

En definitiva, en este apartado trataré de responder a las siguientes preguntas de investigación que planteé al principio: ¿Cuál es el grado de aceptación y satisfacción entre las mujeres saharauis de su cuerpo? ¿Presentan estas mujeres algún tipo de problema de salud relacionado con el rechazo o insatisfacción con su cuerpo?

El concepto de imagen corporal aparecerá con frecuencia en este capítulo. Para analizarlo sigo la propuesta de Pilar Ramos *et al.*, (2016) que distingue tres componentes que se encadenan entre ellos para construir el concepto de imagen corporal: en primer lugar, la percepción global de todo el cuerpo, posteriormente la satisfacción (o insatisfacción) de cada mujer con su imagen proyectada y por último las consecuencias de todo ello en la conducta y la salud de las mujeres. El nivel de satisfacción con nuestro cuerpo tiene una relación directa con la aceptación social, que a su vez está determinada por la imagen mental compartida de lo que cada grupo considera un cuerpo atractivo y deseable. En definitiva, estamos tanto más satisfechas y orgullosas de nuestros cuerpos, cuanto más se aproxima éste al ideal de belleza socialmente compartido.

La presión social para presentarse (y re-presentarse) con un cuerpo normativo, y que se ajuste a los patrones estéticos vigentes, es mayor sobre las mujeres que sobre los hombres. Aunque esta desigualdad no sea universal, como expuse en el capítulo «El peso de la belleza en el cuerpo de las mujeres» mostrando algunas situaciones excepcionales, hay un acuerdo general dentro del feminismo de que a las mujeres se les impone una mayor obligación que a los hombres para ajustar sus cuerpos a los cánones estéticos, a través de todo un abanico de prácticas y costumbres, que tienen un impacto negativo en la salud femenina (Wolf, 2020; Jeffreys, 2015; Paglia & Vázquez, 2020).

La obsesión de las mujeres en países occidentales por tener un cuerpo delgado es una consecuencia del despliegue actual de imágenes de actrices, modelos y una multitud de mujeres en medios de comunicación y redes sociales que representan el patrón ideal de belleza occidental con cuerpos delgados y «normativos». La belleza y las prácticas sobre el cuerpo de las mujeres para estar guapas, constituye una potente arma de control social y una forma de disciplina del cuerpo que se muestran como una expresión de ejercicio del concepto foucaltiano de biopoder, sobre el cuerpo de las mujeres (Foucault, 1992) También Naomi Wolf (2020) nos advirtió de que las prácticas de cosmética y embellecimiento del cuerpo de las mujeres, constituyen un despliegue de estrategias, que se están mostrando mucho más eficaces para el sometimiento femenino al biopoder que otros medios de control clásicos como la discriminación laboral o las normas derivadas de los dogmas religiosos.

En España y en general en los países occidentales, podemos esperar que las mujeres (y también los hombres, aunque en menor medida) que tienen cuerpos con sobrepeso u obesidad, tiendan a declarar un menor grado de satisfacción con su cuerpo que aquellas

con cuerpos más delgados. Por la misma razón, las mujeres con cuerpos gruesos expresan un mayor deseo de cambiar su figura que las mujeres más delgadas. Esta preferencia generalizada por cuerpos delgados junto al extendido rechazo de las figuras con exceso de peso, tiene como consecuencia que las personas, pero especialmente las mujeres, con exceso de peso sufran un proceso de estigmatización social, como han mostrado los numerosos trabajos sobre la estigmatización social de la obesidad (Balbi, 2013; Díaz Rojo *et al.*, 2006; Rubino *et al.*, 2020).

En las sociedades con escasez de alimentos, hay una tendencia a preferir cuerpos más grandes y obesos. Esto ha sido observado en numerosos estudios (Grijalva-Eternod *et al.*, 2012; Caballero, 2005; Cash & Smolak, 2011). En países africanos y árabes también se ha documentado una tendencia a modelos de cuerpos grandes, con mayor preferencia hacia el de las mujeres y menos al de los hombres (Ferretti & Mariani, 2017; Naigaga *et al.*, 2018; Costa-Font y Gyori, 2020).

Los resultados de este trabajo sugieren que la tendencia a preferir mujeres con cuerpos grandes, constituye un modelo estético que aún está vigente en una gran parte de la población saharai refugiada, y todo ello a pesar de que los datos recogidos por mí, tanto a través de conversaciones informales como en publicaciones de otros autores (Medina, 2016; Médicos del Mundo, 2022) sugieren que, en los momentos en que realizaba mi trabajo de campo, la sociedad saharai se encontraba en una encrucijada compuesta por transiciones de distinta índole que están transformando importantes aspectos de su vida tradicional hacia gustos y preferencias más globales. Con frecuencia, las conversaciones con las mujeres mayores denotaron cierto reproche hacia los y las jóvenes por olvidar la tradición saharai y ser responsables de nuevas costumbres que no son del todo bien aceptadas. También en prensa aparecen periódicamente artículos que analizan estas transformaciones (ECSAHARAUI, 2021; Médicos del Mundo, 2022; Carrión, 2022). Los viajes de jóvenes saharais a España y otros países europeos dentro de la campaña Vacaciones en Paz, el uso extensivo de las redes sociales como forma de contacto con familias y amistades y los modelos estéticos asociados a las mismas, así como el continuo contacto con jóvenes cooperantes y voluntarios de los países que ofrecen ayuda internacional a través de ONG's, Universidades colaboradoras, Instituciones públicas internacionales, asociaciones privadas de ayuda al pueblo saharai, etc., conforman una amalgama de situaciones que contribuyen a este momento de tránsito en los gustos y preferencias.

Sin embargo, la preferencia por los cuerpos «grandes» propia de los tiempos de escasez, posee en las mujeres del Sáhara una inercia que se resiste a desaparecer, como ponen de manifiesto los resultados obtenidos al medir los índices de satisfacción y de distorsión de la imagen corporal. Estos índices se obtienen tras la aplicación de un cuestionario con una relación de siluetas graduadas de menor a mayor tamaño, miden por una parte el grado de

ajuste de la imagen mental que la persona tiene sobre sí misma, con la imagen real de ella, que se corresponde con su IMC (Stunkard, 1983; Williamson, 2000; Maganto y Cruz, 2008).

Las publicaciones en España de estudios acerca de las consecuencias que la presión social sobre el cuerpo de las mujeres tiene sobre la salud femenina, son numerosas (Gómez Mármol *et al.*, 2012, González-Carrascosa *et al.*, 2015). En el análisis de esa presión social sobre el cuerpo de las mujeres, recientemente se ha desarrollado el concepto de violencia estética, acuñado por Ester Pineda, quien reinterpreta la anterior idea de Foucault del biopoder (Pineda, 2020). La autora sostiene que la violencia estética es una estrategia que persigue mantener a las mujeres ocupadas y distraídas, a la vez que empobrecidas ya que invierten una gran parte de su tiempo y energías en perseguir una belleza que siempre es inalcanzable (Pineda, 2020).

En contraste con la abundante producción científica en España de trabajos sobre las consecuencias que las alteraciones de la imagen corporal tienen en la salud de las mujeres, los estudios que analicen las peculiaridades de este problema en países africanos mediante la aplicación de cuestionarios para valorar las alteraciones de la imagen corporal son muy escasos, y más escasos aun los que toman la sociedad refugiada saharauí como población de estudio. Con anterioridad a mi trabajo, tan sólo he localizado el estudio de Naigaga (2018) el cual analizó una muestra de mujeres y hombres residentes en los campamentos de Tindouf y aplicó el cuestionario de siluetas de Stunkard (Stunkard, 1983). En el estudio de Naigaga, no se incluyó el análisis de la satisfacción con la imagen corporal como variable de estudio, aunque sí el de tamaño corporal autopercebido, que en mi trabajo he denominado índice de distorsión.

Los objetivos de mi trabajo han tomado siempre a las mujeres como población de estudio, por lo que no se incluyeron a los hombres en la fase de mediciones antropométricas y aplicaciones de los cuestionarios para la valoración de alteraciones de la imagen corporal. Esta ausencia de hombres en la muestra de estudio no permite generalizar los resultados de esta fase a toda la población, pero tampoco era ése un objetivo de mi trabajo. Cuando expuse mi estrategia metodológica, referí que elegiría sólo a las mujeres como objeto de estudio, por una parte, para comparar los datos antropométricos recogidos con el mismo sexo en países occidentales, y por otro lado para centrarme en las concepciones de las mujeres sobre sus propios cuerpos. Tal como expuse con anterioridad, hay dos principios en mi estrategia metodológica de investigación que justifican el mayor peso de las mujeres en la selección muestral: De una parte la centralidad del estudio en las mujeres, por lo que mi interés siempre ha sido recoger, analizar y exponer las experiencias relatadas por las mujeres saharauíes; por otro lado, la definición del problema que trato de analizar en mi trabajo, que trata sobre la obesidad en mujeres, un problema de salud que, aunque puede afectar a mujeres y a hombres, difiere en cuanto a sus causas y efectos sobre la salud, que

no son iguales para las mujeres y los hombres Aunque la muestra de la fase cuantitativa estuviera compuesta exclusivamente por mujeres, a través de las entrevistas recogí datos de mujeres y de hombres para observar si las preferencias por los cuerpos gruesos se manifestaban por igual en los cuerpos de mujeres y de hombres o si por el contrario existían diferencias entre ambos géneros.

EVALUACIÓN DE LA DISTORSIÓN Y ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO CORPORAL

El instrumento empleado para la evaluación de la distorsión y la satisfacción con la imagen corporal fue el test de Maganto y Cruz (2008), ya utilizado anteriormente en varios estudios (Peris *et al.*, 2016; Arenilla Juanas, 2012; Cruz & Maganto, 2008). Se considera que hay una infraestimación del tamaño corporal cuando la persona se identifica con una silueta más delgada de la que le corresponde por su IMC y, al contrario, una sobrestimación cuando se identifica con una silueta más gruesa de la que le correspondería. Como se ha comentado en el capítulo de resultados. En las mujeres que participaron en el presente estudio los datos obtenidos acerca de este índice de distorsión señalan una tendencia general a la infraestimación de la imagen corporal, con un resultado global negativo de casi dos puntos (-1,97).

En general, la dirección de la distorsión mental de la imagen de nuestro cuerpo se relaciona con el ideal estético vigente en la sociedad de pertenencia, como mostró Segura-Badilla (2022). En culturas en las que el modelo de belleza prefiere cuerpos delgados y estilizados, es más frecuente encontrar índices de distorsión positivos, con tendencia a la sobredimensión de la imagen, tal como sucede por ejemplo en España y en gran parte de países desarrollados. Numerosos estudios llevados a cabo en estos países corroboran esta tendencia, y muestran cómo, especialmente las mujeres más jóvenes, manifiestan una autoimagen sobredimensionada de sí mismas (Biadgilign *et al.*, 2017; Yury, 2012; Shukla *et al.*, 2014). En definitiva, las mujeres se ven a sí mismas más gordas de lo que realmente están. En la actualidad hay una fuerte evidencia de que la distorsión de la imagen corporal constituye un importante factor de riesgo para los trastornos del comportamiento alimentario en los países occidentales (Arija Val & Canals, 2022; Ramos *et al.*, 2016; Segura-Badilla, 2022). Los resultados obtenidos en mi trabajo de campo en el Sáhara, por el contrario, muestran que entre las mujeres saharauis la distorsión de la imagen corporal se desvía en sentido contrario al de las mujeres de los países occidentales. La tendencia a identificarse con una figura más delgada de la que corresponde por IMC señala que las mujeres saharauis manifiestan una autoimagen infradimensionada de ellas mismas. Ellas se ven más delgadas de lo que realmente están.

Los resultados de esta investigación coinciden con los que obtuvo Naigaga en 2018 en el mismo contexto geográfico. Sus resultados reflejaron también una tendencia a la infraestimación del peso en las mujeres, así como una tendencia generalizada también entre

las mujeres de conseguir un cuerpo más grueso del que tenían, en el momento de realizar el trabajo (Naigaga, 2018).

Ambas situaciones, la sobreestimación de la imagen corporal o su antítesis, la infraestimación, aunque sean diferentes, comparten la misma causa explicativa: la presión por ajustarse al modelo estético vigente en cada grupo. Si el modelo social prefiere a mujeres con cuerpos delgados, es previsible detectar con mayor frecuencia a mujeres que no consideran su cuerpo ajustado a la norma vigente y que, por tanto, se ven siempre más gruesas de lo que su imagen real refleja. Cuando el modelo social prefiere a las mujeres con cuerpos más grandes, lo previsible será encontrar situaciones en las que las mujeres se ven siempre más delgadas de lo que refleja su imagen real.

Es llamativo comprobar que los datos que estamos analizando respecto a la distorsión de la imagen corporal, coinciden casi exactamente con los recogidos en muchos trabajos dirigidos a detectar el riesgo de padecer trastorno dismórfico muscular o vigorexia, llevados a cabo entre los hombres usuarios de gimnasios que practican deportes de musculación en España y países de Latinoamérica (Cartaya Quintero *et al.*, 2020; Aguirre-Loaiza *et al.*, 2016; López Cuautle *et al.*, 2016). Estos estudios mostraban una tendencia entre estos hombres deportistas, a la infraestimación de su tamaño corporal, a verse más delgados o con menor volumen corporal del que realmente tienen. ¿Qué explicación puede tener esa coincidencia en infraestimar el tamaño corporal entre las mujeres saharauis y los hombres que practican musculación? Probablemente que ambos grupos comparten la obsesión por perseguir una figura idealizada de belleza, que casi siempre resulta inalcanzable. El deseo de conseguir y mantener un cuerpo bello, independientemente de las diferencias culturales acerca de lo que se considera belleza, es una batalla perdida, una continua carrera de fondo en la que ningún corredor o corredora que participe en ella podrá alcanzar nunca la meta.

Los datos recogidos mediante las entrevistas de la fase cualitativa en nuestro estudio indican que en la sociedad saharauí la figura femenina con sobrepeso está socialmente normalizada y que en ningún caso es motivo de rechazo o estigmatización social, como sucedería en España y países occidentales con las mujeres obesas o con sobrepeso, y que ya ha sido ampliamente estudiado (Benítez Brito *et al.*, 2021; Montgomery, 2021). El problema del rechazo social a las personas obesas ha sido analizado en un capítulo específico en esta tesis (ver «La estigmatización social de la obesidad»).

La tendencia a la subestimación de la imagen corporal atraviesa las fronteras de la edad de las mujeres saharauis, ya que en los resultados no se observa relación entre esta tendencia y la edad de las participantes. Estos datos no coinciden con los de anteriores trabajos (Naigaga *et al.*, 2018; Price *et al.*, 2018) en los que sí se detectaron diferencias en la subestimación por grupos de edad. En dichos estudios, los autores explicaban estas diferencias por el deseo de las más jóvenes de tener un cuerpo más obeso para conseguir

casarse, mientras que, en las más mayores, esta tendencia se perdía. La sobreestimación del tamaño corporal también se detectó en el trabajo que Rguibi y Belahsen (2006) realizaron en mujeres saharauis que vivían en Marruecos, y que comparten normas similares a las de la presente investigación. Los resultados del estudio mostraron que la mayoría de las mujeres deseaban aumentar de peso, especialmente las más jóvenes y antes del matrimonio. Por otra parte, nuestros datos recogen la existencia de una relación inversa entre el índice de distorsión y el IMC de las mujeres de la muestra, es decir que en las mujeres que presentan mayor sobrepeso y obesidad se detecta una menor alteración en la estimación del tamaño corporal. Ambas situaciones (la ausencia de relación entre el índice de distorsión con la edad de las participantes, así como la infraestimación del tamaño en las mujeres con mayor IMC) son consistentes con los estudios realizados en mujeres marroquíes y otros estudios de sociedades africanas (Rguibi & Belahsen, 2006; Ettarh *et al.*, 2013) y podrían estar relacionadas con la normalización social y la preferencia hacia una figura femenina gruesa, que impregna a la sociedad saharauí siguiendo la inercia de toda una tradición cultural.

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN Y ACEPTACIÓN DEL CUERPO

Las alteraciones de la imagen corporal a nivel cognitivo-afectivo se traducen en emociones o pensamientos negativos por el aspecto físico y que en este trabajo se categorizan como satisfacción con la imagen corporal. Como describió Segura-Badilla (2022) la satisfacción con la imagen corporal refleja el conjunto de emociones y pensamientos hacia el tamaño y forma del cuerpo y pueden presentarse en forma de sentimientos y emociones positivas hacia el propio cuerpo o en sentido contrario.

En el cuestionario de siluetas empleado en mi trabajo el índice de insatisfacción corporal³⁷ refleja tanto el nivel de aceptación del propio cuerpo como el deseo por alcanzar una figura más delgada o por una más gruesa. Como se detalló en el capítulo de metodología, partiendo de cero, los índices con cifras negativas reflejan una situación de insatisfacción más acusada cuanto más negativa es la cifra, mientras que las cifras positivas reflejan los sentimientos de satisfacción con el propio cuerpo.

Los resultados de esta investigación señalan que el índice medio detectado en la muestra de estudio es cercano al cero (0,22) lo que sugiere que existe un alto grado de conformidad y aceptación de las mujeres saharauis con su cuerpo y que, en general, el grado de satisfacción con el mismo no muestra la existencia de situaciones de frustración o ansiedad relacionadas con el deseo de adelgazar o de engordar, como factor determinante de la imagen corporal. Estos resultados contrastan con los del trabajo de Naigaga (2018). Aunque

³⁷ En la exposición de los resultados, el índice de insatisfacción con la imagen corporal se presenta en ocasiones con la abreviatura TS-I, tal como se refleja en los cuestionarios originales de Maganto y Cruz.

en su estudio no se midió la variable de satisfacción corporal mediante los cuestionarios, y por tanto no ofrece una cifra de índice de satisfacción para poder compararla, sí se recogieron testimonios de las mujeres participantes, que con mayor frecuencia declaraban su deseo de ganar peso en comparación con las que deseaban adelgazar. Los resultados del trabajo de Naigaga mostraban que el grupo de mujeres que se mostraban más satisfechas con su tamaño corporal coincidía con las participantes que no mostraban distorsión ni alteración de su imagen. En trabajos sobre trastornos de la imagen corporal realizados en España y otros países desarrollados, que utilizaron el mismo instrumento, sobre muestras de población de mujeres jóvenes, es habitual encontrar elevados niveles de insatisfacción con la autoimagen, que se relacionan con el deseo de perder peso y tener una figura más delgada, incluso entre mujeres con normopeso (González Carrascosa, 2015; Acuña Leiva, 2020; Arijá Val & Canals, 2022). Por el contrario, los escasos estudios desarrollados en sociedades africanas confirman que las mujeres suelen valorar de forma positiva los tamaños de cuerpos más grandes y que expresan con mayor frecuencia su deseo de ganar peso, aunque tengan un peso normal (Rguibi & Belahsen, 2006; Ettarh *et al.*, 2013).

Respecto a la relación entre la edad de las mujeres y el grado de satisfacción con su cuerpo, los resultados muestran una ligera tendencia en el grupo de las menores de 30 años a preferir un cuerpo más grueso. Este dato se hace más relevante en las mujeres más jóvenes donde las cifras o prevalencia de obesidad y sobrepeso son menores que en las mujeres mayores de 30 años. Estos datos coinciden con los del estudio de Rguibi (2006) con el cual ya realicé anteriormente la comparación de los datos correspondientes al índice de distorsión corporal. Los resultados del trabajo de Rguibi, tampoco ofrecían una cifra en el índice de satisfacción que sirva de comparación con mis resultados, pero sí mostraban que el deseo de tener un cuerpo más grueso era mayor en el grupo de mujeres más jóvenes. Por el contrario, los resultados del trabajo de Naigaga (2018), revelaron que las participantes entre 18 y 25 años manifestaban un menor deseo de ganar peso y un mayor rechazo de la figura de mujer obesa, en comparación con las mujeres mayores. Los autores interpretaban este hallazgo como una señal de aculturación de la sociedad saharauí y la influencia creciente que los gustos occidentales tienen en las generaciones más jóvenes. Algunos trabajos sobre identidad de la juventud saharauí, reflejan esta creciente preferencia por la figura femenina predominante en las sociedades europeas de cuerpos delgados presentados en programas de televisión, revistas y películas (Cozza, 2010; Medina, 2016).

Cuando correlacionamos el índice de insatisfacción con el IMC de las mujeres los resultados son interesantes, porque revelan que hay una acusada tendencia entre el grupo de mujeres que presentan normopeso o incluso sobrepeso a desear un cuerpo aún más grueso. Estos resultados son consistentes con los resultados de los estudios de Naigaga (2018) en la sociedad saharauí y los de Rguibi (2006) en mujeres saharauíes marroquíes, que

detectaron un mayor deseo de ganar peso entre los grupos de mujeres que presentaban normopeso.

Este deseo de ganar peso puede ayudar a explicar la alta prevalencia de la obesidad entre las mujeres saharauis y previsiblemente contribuye a la persistencia de diversas técnicas y costumbres de engorde para ganar peso de forma rápida (Bernus, 1990; López Cuautle *et al.*, 2016).

Los resultados de esta tesis muestran que la presión social por ajustarse al canon estético de un cuerpo con exceso de peso incide sobre todo en las mujeres. Los datos revelan una diferenciación por género respecto al cuerpo que las mujeres consideran más atractivo o ideal. Mientras que la silueta del «hombre ideal», según las mujeres, gira entorno a la figura 4- 5 del cuestionario (siendo 1 la más delgada y 8 la más gruesa), las mismas mujeres consideran que la figura de «mujer ideal» está en torno a la 6-7. En las entrevistas semiestructuradas realizadas a las mujeres durante la fase cualitativa, se repitieron las mismas cuestiones acerca del grado de satisfacción con el cuerpo utilizando una relación similar de siluetas y los datos arrojados fueron semejantes a los obtenidos en la fase cuantitativa. Todo esto quiere decir que el ideal de belleza manifestado por las mujeres saharauis respecto al propio cuerpo femenino no coincide con el que ellas tienen del masculino, y que estas mismas mujeres cuyos gustos se inclinan hacia cuerpos femeninos con exceso de peso, prefieren sin embargo figuras de hombres más delgados y, como manifestaron en las entrevistas, rechazan la obesidad en los hombres. El trabajo de Naigaga (2018) también analizó el tamaño de cuerpo preferido en el sexo opuesto, sin embargo, sus resultados no coinciden con los de mi estudio. Los resultados de su trabajo mostraron que tanto los hombres como las mujeres preferían el sobrepeso en el género opuesto, aunque los autores advierten que tanto ellos como ellas podían haber exagerado en sus respuestas. Otros estudios en países africanos coinciden también en la preferencia por el exceso de peso en la pareja, como indicativo del cuerpo ideal (Madanat *et al.*, 2010; Adeboye *et al.*, 2012; Ettarh *et al.*, 2013). Los autores, ofrecen una interpretación en clave darwinista y explican la preferencia por los cuerpos con sobrepeso como indicativa de atributos como la salud, fertilidad, riqueza y energía. Otros estudios muestran que en las sociedades tradicionales el aumento de peso suele asociarse a estatus, bienestar y riqueza ya que las mujeres de las capas socioeconómicas más altas realizaban menos tareas en el hogar, y tenían más tiempo para sentarse, descansar y comer (Zelenková *et al.*, 2017; Tauzin, 1990). Es posible que en la sociedad saharai se siga manteniendo en la actualidad esa asociación entre sobrepeso y salud.

Los resultados de mi trabajo confirman que hay una idea general compartida por todas las personas entrevistadas, hombres y mujeres, que sugiere una preferencia por cuerpos femeninos rellenitos o grandes, mientras que las mujeres prefieren cuerpos masculinos más delgados. Todos los datos que he recogido muestran que en el patrón estético vigente de la

sociedad saharauí persiste aún la idea de que la mujer debe estar gruesa para resultar atractiva. Como expresa la descripción de la mujer saharauí recogida en la web oficial de Sahara Libre (Castaldo, 2005) y que se muestra completa en el apartado sobre el significado social del cuerpo en esta misma tesis, *«la mujer saharauí debe tener el rostro redondo...la cadera grande, las piernas gordas, no debe tener tobillo fino, tiene que ser todo parejo desde la pantorrilla hasta el talón»*. Me interesa especialmente el significado encerrado en las expresiones *debe tener* o *no debe tener* que dirigido a las mujeres señala la obligación que recae sobre ellas de ajustarse a un patrón estético muy concreto.

En el próximo apartado analizaré en profundidad estas prácticas que obligan a las mujeres a moldear y transformar sus cuerpos para ajustarlos al modelo cultural de belleza.

1.3. Prácticas disciplinarias: transformación y actualización de los rituales y prácticas tradicionales en el cuerpo de las mujeres para aumentar el peso

En este apartado pasaré a discutir las acciones y prácticas que las mujeres despliegan para moldear y embellecer sus cuerpos y ajustarlo al ideal de feminidad. Trataré de dar respuesta a las preguntas de investigación que planteé respecto a las prácticas de feminidad: ¿Que hacen las mujeres saharauí para sentirse atractivas? ¿Qué tipo de dietas emplean? ¿Se siguen observando métodos tradicionales de alimentación forzada? ¿se consumen medicamentos para ganar peso?

Procederé a continuación a interpretar y discutir en relación con los marcos teóricos, los testimonios recogidos en las entrevistas individuales semiestructuradas y en conversaciones informales con los hombres y mujeres saharauí, así como mis propias observaciones de la vida cotidiana de las mujeres en situaciones en las que generosamente me permitían compartir su tiempo y experiencias, como maquillaje de los ojos, aplicación de henna, o preparación de la comida. Acudiré también a los testimonios y declaraciones de las enfermeras y los enfermeros de los dispensarios de la wilaya de Auserd, con los que compartí muchos momentos tanto en contextos clínicos durante su jornada laboral como en conversaciones más informales fuera de dicha jornada.

El empleo del modelo mixto de investigación, hace posible indagar sobre los comportamientos de las personas y me ha permitido conocer en profundidad las distintas trayectorias que sigue la sociedad saharauí en cuanto a organización y construcción de los sistemas alimentarios, así como recoger un conjunto de prácticas dietéticas y hábitos alimentarios que dan sentido a los datos numéricos y ayuda a entender mejor a las personas que formaron parte del estudio. El descubrimiento de paradojas y contradicciones en los discursos constituye un elemento cuya incorporación es esencial para poder describir en profundidad mi problema de investigación.

Las investigaciones de problemas de salud utilizando métodos mixtos son cada vez más habituales, a pesar de que los instrumentos cuantitativos y los cualitativos pertenecen a paradigmas muy diferentes. Las razones de este aumento en el prestigio de los métodos mixtos en salud son varias. Una es el mayor rigor metodológico que los métodos cuantitativos aportan a los enfoques exclusivamente cualitativos (Muñoz Poblete, 2013). Otra razón es el progresivo reconocimiento que la investigación cualitativa ha demostrado en los estudios sobre problemas de salud y la enfermedad (Sáiz-Manzanares & Escolar-Llamazares, 2021). Estas ventajas son especialmente importantes para analizar e interpretar la complejidad de un problema de salud como la obesidad, vinculado no solo a factores biomédicos sino también sociales, políticos, culturales o económicos. La utilidad de los métodos cualitativos para el estudio de los TCA, mediante el análisis de los discursos de las mujeres, ha sido puesto de manifiesto por investigadoras como Eugenia Gil (2007), que analizó los discursos de mujeres con diagnósticos de TCA.

Enmarcaré los distintos rituales y prácticas que las mujeres del Sáhara despliegan para verse a sí mismas -y ser vistas- como guapas dentro de la categoría de «prácticas disciplinarias», un concepto que se deriva de las tesis de Foucault sobre el poder y que posteriormente incorporó el feminismo postestructuralista (Foucault, 1992 y 2011; Zambrini, 2014; Wolf, 2020). Para justificar la inclusión del conjunto de prácticas y acciones reveladas en mi investigación como «prácticas disciplinarias» expondré a continuación y de forma breve las premisas teóricas derivadas de las tesis de Foucault, y posteriormente daré una interpretación aplicando las teorías de Foucault al conjunto de prácticas y acciones que las mujeres saharauis aplican sobre sus cuerpos, y que fueron presentadas en los resultados.

Parto de la idea de que el cuerpo se constituye en un espacio privilegiado donde el poder ejerce su dominio para lograr la docilidad y la obediencia de hombres y mujeres, pero con mayor fuerza sobre las mujeres. En «La Dominación Masculina» Bourdieu (2000) nos mostró la forma en que el poder se ejerce directamente sobre los cuerpos, al margen de cualquier coacción física. Como «por arte de magia», en palabras del propio Bourdieu.

Ese poder que se ejerce sobre los cuerpos no se corresponde con ninguna institución o dominación de un grupo sobre otro. En mi análisis aplicaré las tesis expuestas por Foucault tanto en «*Surveiller et punir*» (1975) como posteriormente en «Microfísica del Poder» (1992), que consideran el poder como un conjunto de relaciones, mecanismos y estrategias que se despliegan sobre el cuerpo de las personas y que prescinden de la violencia. Foucault considera que el cuerpo está atrapado en una red de relaciones de poder y que el sometimiento del cuerpo no se obtiene mediante la violencia, sino de forma más sutil a través de una «maraña de relaciones que se observan en todas partes y que permea toda la vida de las personas». Foucault nos hace ver que hay relaciones de poder en cada interacción social entre un hombre y una mujer, en una familia, entre un maestro y su alumno, entre el que sabe y el que no sabe o entre una enfermera y su paciente.

La fuerza de ese control sobre los cuerpos de las personas es tanto más eficaz cuanto más sutil aparece y cuando consigue manifestarse en forma de prácticas que las mujeres aplican sobre sí mismas, no como consecuencia de una imposición externa sino por propia voluntad, como un signo de empoderamiento. Todas las mujeres a las que entrevisté que se aplicaban cremas para estar más blancas o que se cubrían por completo para evitar estar morenas o se aplicaban *khol* en el rostro declaraban hacerlo «para estar más guapa y gustarme a mí (a sí mismas)», y no porque alguien les obligue. Bentham (2011) afirmaba que a lo que debe aspirar (el poder) es a que en todo momento «el recluso crea estar siendo vigilado». De la misma forma que un prisionero interioriza el control de quien le vigila, hasta el punto de vigilarse a sí mismo, las mujeres vigilan sus cuerpos. Continuando la interpretación de Foucault sobre el poder, Isabel Martínez, (Martínez Benlloch *et al.*, 2004) afirmaba que el poder no necesita la violencia y le basta con una mirada para que cada mujer se controle a sí misma. Las disciplinas de la dieta, la cosmética o el ejercicio constituyen prácticas normativas de feminidad, pero las mujeres interpretan esas prácticas de control como fuentes de empoderamiento en tanto que las perciben como un medio para lograr la belleza y la aceptación social, laboral o sexual.

Tal como mostraron Sandra Bartky (2015), Amelia Morris (2018) o Naomi Wolf (2020), considero que la feminidad es una construcción social, un conjunto de acciones, prácticas y discursos que reflejan las normas de género recibidas (e impuestas) sobre el cuerpo de las mujeres. Sandra Bartky (2015 y 2020), describió el conjunto de prácticas disciplinarias dirigidas a producir un cuerpo que tanto en gestos como en apariencia pueda ser reconocido como femenino. Bartky incluyó prácticas como las dietas para adelgazar, que ejercen la disciplina mediante el hambre; el ejercicio físico, que en el caso de las mujeres hace difícil distinguir cuando se realiza para tener un buen estado físico o cuando se hace para obedecer a las normas de feminidad; los gestos, posturas, movimientos y el comportamiento corporal que determina que las mujeres están mucho más restringidas que los hombres en su modo de moverse o en la superficie espacial de sus vidas; la aplicación de maquillajes y selección de ropa, donde convergen arte y disciplina; los cuidados de la piel femenina la cual debe ser suave, sin vellos e infantilizada, sin señales que denoten la experiencia o la edad.

Aunque Sandra Bartky analizó el conjunto de prácticas disciplinarias dirigidas a construir una feminidad de gustos occidentales, las mujeres de otras sociedades como las de países de África o en mi caso las mujeres saharauis, no tienen un compromiso menor en la construcción de su feminidad. Ya sean mujeres que se someten a dietas de adelgazamiento controladas por especialistas en nutrición, sometidas a depilación láser en centros de estética, o que obtengan sus cosméticos en caros comercios especializados, o mujeres que se ceban a comer mediante dietas hipercalóricas para engordar y se apliquen cremas blanqueadoras de dudoso origen, en ambos casos se busca el mismo resultado final. No

existen evidencias de que las mujeres de clases económicas más bajas, las mujeres obreras, las racializadas o las mujeres en campamentos de refugiados tengan menos interés en la encarnación del ideal de feminidad, que sus hermanas de clases o países más privilegiados.

El conjunto de prácticas desplegadas históricamente en los cuerpos de las niñas y jóvenes saharauis, cuya finalidad es engordar y moldear el cuerpo para hacerlo atractivo y ajustarlo al ideal de la feminidad saharauí, es un ejemplo paradigmático de las prácticas disciplinarias descritas anteriormente. La costumbre de cebar a las niñas a partir de los siete u ocho años estaba muy arraigada entre los grupos tribales del antiguo Sahara, y la alimentación forzada de niñas y jóvenes constituía una práctica habitual antes del matrimonio, como recogían algunas etnografías clásicas (Popenoe, 2004; Tauzin, 1990; Bernus, 1990), que han sido revisadas en profundidad en la introducción de esta tesis (ver apartado sobre la obesidad en las mujeres del Sahara).

Los testimonios que he recogido en las entrevistas y mis propias observaciones confirman que en la sociedad saharauí actual las prácticas de antiguas tradiciones dietéticas utilizadas para engordar a las mujeres jóvenes, como el *leblouh* o la *tablah*, que fueron descritas en los citados trabajos etnográficos han sido abandonadas, aunque su recuerdo perdura en la memoria colectiva de las mujeres. Tras la declaración del Polisario del tribalismo como «crimen contra la nación» (Bengoechea Tirado, 2013) esta costumbre, junto a otras como la ablación, la dote matrimonial (que quedó reducida a un dinar simbólico) o los matrimonios forzados se prohibieron.

Hay evidencias de que, en Mauritania, que es un país con costumbres y cultura muy cercanas a la del Sahara Occidental, la alimentación forzada de las niñas se sigue practicando especialmente en aldeas rurales. La Encuesta Demográfica y de Salud encargada por el Gobierno mauritano en el año 2001 (Ould Isselmou *et al.*, 2001) confirmó que una mujer de cada cinco entrevistadas declaró haber sido alimentada a la fuerza. Sin embargo, los resultados desglosados por edad, mostraron que la práctica de la alimentación forzada va progresivamente en descenso ya que, entre el grupo de mujeres mayores de 40 años, el 35% declaró haber sido alimentada a la fuerza cuando eran pequeñas, sin embargo, tan sólo el 11% del grupo de mujeres de entre 15 a 19 años reconoció haber sido sometida a esa práctica (Ould Isselmou *et al.*, 2001).

Aunque los testimonios que he recogido en esta investigación coinciden en que la alimentación forzada no se practica, ello no quiere decir que se haya abrazado el modelo dietético recomendado por las asociaciones médicas de nutrición para controlar el peso corporal. Sin duda, la escasez de muchos productos en la cesta básica de las familias saharauis es el factor más limitante en el diseño de una dieta saludable. Pero además muchas mujeres, y especialmente las niñas y jóvenes, suelen consumir una dieta abundante en alimentos con alto contenido calórico, sin que ello genere preocupación por romper el

dogma dietético y nunca he percibido en ellas la sensación de culpa o angustia que tienen las mujeres en occidente cuando éstas comen productos hipercalóricos como dulces, chocolates, helados, etc. Por otra parte, muchos de los testimonios que he recogido confirman que en la actualidad algunos productos de la medicina tradicional saharauí con efecto estimulante del apetito, como el *halba* o jarabes de hierbas, son utilizados de forma rutinaria por las madres cuando estiman que sus hijas están demasiado delgadas, así como también algunas recetas hipercalóricas como el *cabush*³⁸.

El *halba* es un remedio tradicional más, dentro del amplio abanico de la medicina natural saharauí, que se ha utilizado desde siempre para estimular el apetito y muchas madres se lo dan a las niñas y jóvenes, que lo toman con desagrado porque alegan que luego les produce mal olor. Es habitual encontrar estos productos en los pequeños comercios locales y cuando pregunto al encargado que me explique para que sirven, contesto con repuestas tipo «*para las niñas que no comen*» o «*para las ganas de comer*».

Todos los resultados de mi estudio indican que estas prácticas se dirigen especialmente hacia las niñas y mujeres jóvenes, pero no hacia los hombres que quedan excluidos de estas intervenciones. Como he comentado anteriormente, estoy de acuerdo con la afirmación de que el cuerpo de la mujer se constituye en un espacio simbólico en el que se despliegan las relaciones de poder y, como Helene Cixous (1995) sostenía: «Las mujeres son cuerpos, y lo son más que el hombre, incitado al éxito social, a la sublimación».

El análisis de las respuestas de las entrevistas junto a las observaciones recogidas, señalan que las antiguas costumbres de sobrealimentación, más que desaparecer, se han transformado y modernizado. Pero esta transformación desde unas antiguas prácticas basadas en la alimentación forzada hacia la versión moderna más medicalizada a través del consumo de corticoides, está teniendo un gran impacto en la salud de mujeres y niñas. Mis resultados revelan que el consumo de corticoides tanto en comprimidos como en cremas, con el objetivo de ganar peso aparente, así como tener una piel más suave y blanca, constituye una práctica que se sigue manteniendo por parte de un grupo de mujeres, aunque no puedo confirmar si se trata de un número alto o marginal de las mismas. El empleo de corticoides sin un control preciso de sus indicaciones y posología produce graves problemas de salud como hipertensión, hiperglucemia, glaucoma, osteoporosis, retención hídrica, cambios de humor o insuficiencia suprarrenal, entre otros (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2023). Los controles de las autoridades sanitarias saharauí sobre la venta y consumo de estos medicamentos, así como las campañas

³⁸ El *cabush* es un alimento altamente calórico que se obtiene mezclando cacahuets y almendra molida, miel, mantequilla y dátiles y que se amasa con las manos en forma de bola antes de comerla.

educativas llevadas a cabo desde los dispensarios y asociaciones de mujeres, pueden condicionar que las mujeres no quieran hablar abiertamente sobre su uso.

Ninguna mujer de las que entrevisté reconoció consumir corticoides sin prescripción, pero todas conocían «a alguna amiga» que sí lo hacía. Los sanitarios y las sanitarias que trabajan en los dispensarios han puesto en marcha una campaña para requisar todos los productos que contienen corticoides que se venden en los comercios locales (no en las farmacias). También hacen campañas de educación sanitaria e intentan concienciar a la población de los graves efectos sobre la salud que pueden producir los corticoides. Mi condición de enfermera, sin duda puede haber contribuido a provocar un sesgo de aceptación o deseabilidad social en las respuestas de las mujeres por lo que muchos de los testimonios posiblemente no reflejan la magnitud del problema y presumo que algunas de las mujeres no fueron completamente sinceras en sus respuestas. Esto hace que, previsiblemente el consumo de corticoides entre las mujeres saharauis sea mucho mayor que el que me han declarado en las entrevistas.

El abandono de las antiguas tradiciones para engordar al que hacía referencia, se revela de esta forma sólo como un cambio técnico. El *leblouh* dietético tradicional ha evolucionado hacia un *leblouh* farmacológico, más moderno, más industrializado y mucho más peligroso para la salud de las mujeres. Tampoco puedo afirmar que las mujeres no estén correctamente informadas. Ellas conocen bien los peligros asociados al consumo de los corticoides, y cuando les pregunto demuestran conocer los efectos que pueden tener sobre su salud. Estas prácticas «obesogénicas», destinadas a ganar peso de forma rápida, constituyen la imagen especular, la otra cara de una misma moneda que en las mujeres de países occidentales se manifiesta como prácticas restrictivas anoréxico/bulímicas y en las mujeres saharauis como prácticas obesogénicas. Eugenia Gil (2007) mostró que las personas que realizan dichas prácticas (la autora se refería a las prácticas restrictivas, para perder peso realizadas por mujeres diagnosticadas con anorexia o bulimia) son «agentes racionales con motivos e intenciones que pueden explicarse discursivamente» (Gil, 2007). La misma definición podría aplicarse a las mujeres que aplican sobre sus cuerpos un conjunto de prácticas «obesogénicas» para ganar peso.

El consumo de corticoesteroides entre las mujeres del Sáhara y regiones próximas ya había sido documentado en algunos trabajos realizados en esa zona. Miriam Castaldo (2005), a través del proyecto Zagharit, para la recuperación de la cultura saharauí, descubrió que algunas mujeres consumían corticoides y otros fármacos cuyos principios activos no pudo determinar, pero que se utilizaban habitualmente para engordar el ganado. Las mujeres que consumían estos fármacos eran fáciles de detectar por la hinchazón de cara y cuello que presentaban. Un año después, Rguibi y Belahsen (2006), publicaron un estudio sobre la obesidad en mujeres saharauis marroquíes, y sus resultados mostraban un elevado consumo de corticoides entre algunas mujeres para ganar peso rápidamente. El problema

del consumo de corticoides con objeto de engordar, se mantiene en la actualidad como declara Aminetou Mint El-Moctar, presidenta de la Asociación Mauritana de Mujeres Cabeza de Familia (AFCF, por sus siglas en francés), que afirma que el 40% de las mujeres jóvenes de Mauritania, practican aún prácticas para engordar que incluyen la alimentación forzada, dietas hipercalóricas y consumo de fármacos como corticoesteroides y estimulantes del apetito (como se cita en Cluzel, 2021). En el año 2020, el director de cine saharauí Ahmed Mohamed realizó un cortometraje (Mohamed, 2020) pensado como un instrumento educativo dirigido a las mujeres jóvenes saharauis, en el que denunciaba los peligros a los que ellas se ven sometidas consumiendo corticoides o utilizando productos para el blanqueamiento de la piel. El cortometraje, titulado «*El precio de la belleza*» se estrenó el 31 de diciembre de 2020 en la XVI edición del Festival de Cine del Sáhara (FISAHARA).

Por lo tanto, si en la actualidad las mujeres, aunque yo no pueda determinar con precisión su número, consumen corticoides para ganar peso a pesar de que sus peligros y efectos secundarios son bien conocidos, puedo suponer que esta práctica disciplinaria obedece a algún tipo de presión social sobre ellas y sobre sus cuerpos, y que es lo bastante potente como para ignorar los peligros y el autocuidado y anteponer un aspecto físico que se ajuste al modelo social esperado incluso exponiéndose a graves riesgos para la salud.

Otra de las señas de la feminidad saharauí, es mantener la piel suave, fina y lo más blanca posible. Las mujeres han utilizado desde siempre muchos remedios naturales dentro de la tradición saharauí para mantener su piel blanca y suave como polvos de arroz, mascarillas de yogurt, espuma de la leche de camella, o jabones de leche de camella. Una cooperativa de mujeres con sede en El Aaiún, comercializa un jabón a base de aceite de oliva, grasa y leche de camella, para blanquear la piel y que se basa en una fórmula tradicional saharauí. La cooperativa, llamada Cosmetique Sahara Bio, tiene un gran éxito desde que comenzó su actividad en el año 2014, y sus productos se ven habitualmente en las tiendas y comercios locales. El jabón de leche de camella y otros productos de la cosmética natural y tradicional no tienen efectos nocivos sobre la salud de las mujeres, sin embargo, en la actualidad muchas mujeres tratan de buscar fórmulas más rápidas y eficaces que los tradicionales remedios. La ONG Médicos del Mundo lanzó una advertencia acerca de la creciente costumbre de utilizar una crema casera que combina productos como peróxido de hidrógeno, mercurio, hidroquinona y clobetasol, que pueden provocar lesiones en la vista y cáncer de piel (Giordano, 2023). Las cremas con corticoides constituyen también un producto de uso frecuente para blanquear la piel. Muchas de las mujeres que me habían manifestado que rechazaban el consumo (oral) de corticoides, sin embargo, reconocen utilizarlo puntualmente en forma de pomadas. Los testimonios me sugieren que las mujeres no sienten tanto temor ni prevención para utilizar estas cremas. Ciertamente, los corticoides en crema tienen un efecto blanqueador de la piel y al disminuir el grosor de la dermis, produce la sensación de una piel más fina y suave (Lázaro & Moreno García, 2010).

Hay evidencias del uso incontrolado de cremas de corticoides por mujeres de países en los que la piel blanca es un signo de belleza y feminidad (Findlay, 2018; Natarajan, 2019). En muchos países del oeste africano el consumo de cremas blanqueadoras ha crecido de forma espectacular en los últimos años. En Ghana, por ejemplo, Helene Cooper, (Cooper, 2016) corresponsal del New York Times en el país, en el año 2016 informó que las autoridades sanitarias han prohibido el uso de productos blanqueadores que contienen hidroquinona, aunque no pueden limitar las cremas de corticoides porque éstas tienen indicaciones específicas en determinadas lesiones dermatológicas. Además, son frecuentes las campañas de autoridades sanitarias dirigidas a las mujeres acerca de los peligros que encierra el uso no controlado de las cremas de corticoides y otros productos blanqueadores. En este sentido, la Pan American Health Organization, lanzó un informe en el año 2012, alertando sobre el progresivo aumento en África del consumo de productos cosméticos para aclarar la piel, que contenían elevados índices de mercurio en su composición (PAHO, 2012). Sin embargo, al mismo tiempo, la televisión, las telenovelas locales, anuncios y revistas están inundados de mensajes a veces subliminales y a menudo explícitos que les dicen a las mujeres que ser blancas es ser guapa. El abuso de los corticoides en crema tiene efectos secundarios bien conocidos sobre la piel y la salud de las mujeres, entre los que se incluyen hipertrichosis (aumento del vello corporal y facial), atrofia de la piel, estrías, fragilidad cutánea, glaucomas y cataratas, dermatosis por efecto rebote, además de los efectos generales producidos por la absorción a través de la circulación de los corticoides de la crema (Lázaro & Moreno García, 2010).

El blanqueamiento de la piel es una práctica disciplinaria que no es en absoluto exclusiva de las mujeres saharauis. Es un fenómeno global y que da sustento una industria farmacológica y cosmética multimillonaria, las cuales desarrollan nuevos productos que continuamente lanzan al mercado de países en África, Latinoamérica, Asia y Oriente Medio. En el año 2016, la revista British Medical Journal, publicó un editorial alertando de los peligros de una creciente práctica para el blanqueamiento de la piel mediante la inyección parenteral de glutatión (Dadzie, 2016). La administración del glutatión para blanquear la piel se ha extendido por centros de belleza y estética de todo el mundo, y suele ser aplicado por personal no sanitario con graves efectos en la salud de las mujeres como toxicidad neurológica, renal y hepática. A lo largo de mi trabajo, no he recogido ningún testimonio que pudiera evidenciar el uso de glutatión entre las mujeres saharauis. Sin embargo, los resultados de las entrevistas realizadas evidencian que el empleo de pomadas corticoides para el blanqueamiento de la piel sí constituye una práctica habitual entre las mujeres saharauis.

Las prácticas disciplinarias que he descrito, conforman un proceso mediante el cual se construye el cuerpo femenino ideal, un cuerpo que, como sostenía Sandra Bartky (2015), se inscribe en un estatus inferior respecto al hombre. El cuerpo de la mujer se debe moldear

para conseguir que muestre una figura grande y con volumen para rellenar la *melfha*, su piel debe cuidarse y transformarse para aparecer más blanca y suave, los ojos enmarcarlos en *khol* para resaltar la mirada. Para los hombres puede ser suficiente el afeitado diario o el cuidado semanal de la barba, pero para las mujeres no. La disciplina de la feminidad requiere de un conocimiento especializado y transmitido entre generaciones: la mujer debe saber qué tiene que hacer para proteger su piel del sol del desierto, cómo debe vestirse para salir, qué tipo de productos aplicar sobre su piel y de qué manera, qué alimentos debe consumir para conseguir un cuerpo con una atractiva figura.

1.4. Mecanismos de control social y familiar. La agencia de las mujeres

A continuación, procederé a interpretar los elementos que determinan el modelo de belleza de las mujeres saharauis, a través de los testimonios recogidos en las entrevistas a las mujeres y hombres y de mis propias observaciones en situaciones informales de interacción social.

Intentaré dar respuesta a las siguientes cuestiones: ¿La representación mental del ideal de belleza femenina es similar en hombres y en mujeres? ¿Coinciden las preferencias sobre el atractivo físico de las mujeres entre ambos? ¿Como responden las mujeres al despliegue de las prácticas disciplinarias en sus cuerpos? ¿Permitimos la transformación de nuestros cuerpos para estar satisfechas con nosotras o para gustar a los demás? ¿Y quienes son esos demás? ¿los hombres y futuras parejas, la familia, las amigas?

En el apartado anterior relacioné determinadas prácticas frecuentes en la sociedad saharauí, como las dietas y el consumo de fármacos para engordar o las aplicaciones de cremas potencialmente nocivas para blanquear la piel, con el concepto *foucaultiano* de prácticas disciplinarias que se despliegan sobre el cuerpo para producir mujeres sumisas y obedientes. Esa interpretación que se enmarca dentro de las tesis del feminismo radical (Wolf, 2013; Jeffreys, 2015), señala a las mujeres como víctimas de un proceso interminable de seguimiento y a aquellas que siguen las normas sociales de embellecimiento y modelado corporal como prisioneras de una sociedad panóptica³⁹.

Sin duda, para una mujer que crece en una cultura con representaciones continuas de cuerpos idealizados, le es muy difícil no sentirse tentada por la idea de que perder peso (en países occidentales) o ganar peso (en el Sáhara) le reportará más satisfacciones. Para el feminismo radical los sacrificios de las mujeres para adelgazar o para engordar son ambos resultados directos del poder patriarcal (Jeffreys, 2015) asimilados a otras formas de

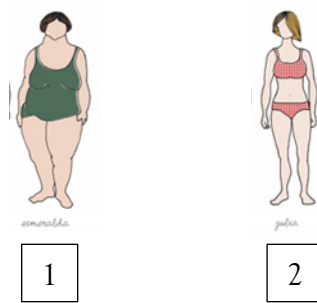
³⁹ El término panóptico originalmente se refiere a una estructura arquitectónica penitenciaria que fue diseñada por el Juez inglés Jeremy Bentham. Posteriormente se asoció al Gran Hermano de la novela 1984 de Orwell. Foucault amplió el significado del término para hacer referencia a una sociedad disciplinaria donde el poder no precisa de la violencia para ejercer una vigilancia completa y absoluta sobre las personas. La presencia imaginaria del guardián es permanente y su mirada puede estar al mismo tiempo sobre todos y sobre nadie (Foucault, 1992)

violencia contra las mujeres como la mutilación genital femenina. En los párrafos que siguen cuestionaré esta premisa y defenderé que, aunque sea aparentemente imposible para las mujeres escapar del campo de acción panóptico de la sociedad, esto no significa que nuestros cuerpos sean lienzos en blanco sobre los que sumisamente permitamos que se inscriba la cultura. Coincido con Claire Sedgwick (2014) acerca de la necesidad de desterrar la idea de que las mujeres son totalmente cómplices de su propia subordinación.

En las fases de preparación del trabajo de campo y desglose de las categorías previas a las entrevistas, mi hipótesis de partida era que el motivo de que las mujeres saharauis deseen lucir una figura grande es porque esa era la preferencia de los hombres y que por tanto ellas querían estar gordas por el deseo de gustarles a ellos. Sin embargo, el estudio de los testimonios recogidos tanto de las mujeres como de los hombres, muestra una realidad bastante más compleja.

En primer lugar, los datos y testimonios que he recogido muestran que hay una evidente discrepancia entre los gustos y preferencias de los hombres hacia los cuerpos de las mujeres, según si la pregunta se la dirijo a ellos o a ellas. La silueta tradicional que describe el cuerpo de una mujer saharauí atractiva se compone de una mujer gruesa, con grandes caderas y muslos. Como he descrito en el capítulo de resultados, Los testimonios que he recogido de mis conversaciones y entrevistas con las mujeres y los hombres saharauis sugieren que esta imagen sólo resulta atractiva para los hombres de mayor edad y no coincide con los gustos actuales de los hombres más jóvenes según indican sus respuestas (*«conozco a hombres que les gustan las chicas gordas, pero estos últimos años a los hombres ya no les gustan gordas» «Las mujeres piensan que los hombres les gusta eso, pero ahora a los hombres les gustan así, flaquitas»*). Al contrario, los jóvenes parecen mostrar su preferencia hacia las mujeres delgadas de manera muy similar a la que expresan los hombres en España (Milotich-Goberna *et al.*, 2022).

En el transcurso de las entrevistas, utilicé también una relación de 9 siluetas de hombres y de mujeres, graduadas de muy delgadas a muy gruesas (ver Imagen 13), y pedí a las mujeres que señalaran que silueta de mujer estimaban ellas que les parecía más atractiva a los hombres y solicité a los hombres que me señalaran la silueta de mujer que más atractiva les parecía a ellos. Los resultados muestran una considerable discrepancia entre la figura que las mujeres piensan que le resulta más atractiva a los hombres, frente a lo que los hombres declaran. De una escala de 1 a 9, siendo 1 la más delgada y 9 la más gruesa la media de respuestas de las mujeres fue 8, mientras que las de los hombres fue 4 (ver Imagen 26).



- 1: Figura de la mujer que las mujeres entrevistadas consideran que más les gusta a los hombres
 2: Figura de la mujer que los hombres entrevistados declaran que más les gusta a ellos.

Imagen 26. Figuras de mujer ideal según mujeres y hombres

El tipo de metodología cualitativa empleada no me permite generalizar las respuestas de los entrevistados al resto de la población. Sin embargo, si los testimonios han sido sinceros, se puede hipotetizar que efectivamente hay una discrepancia acerca de las creencias sobre el atractivo femenino en hombres y mujeres. Si esto es así, no parece justificado pensar que sean los hombres los que presionan a las mujeres para que engorden.

La descripción de las características que debe reunir el cuerpo de la mujer saharauí para ajustarse al modelo de belleza atractivo para los hombres, y que viene recogida en el siguiente relato, ha quedado como un recuerdo cada vez más lejano, que sólo interesa a los hombres de más edad:

La mujer saharauí debería tener el rostro redondo y blanco sin manchas, la nariz chiquita, los ojos grandes pintados de negro o café-miel, los labios negros y las encías oscuras, los dientes blancos el cuello largo, el cabello lacio y largo, el tamaño del pecho mediano, las uñas finas, las manos pequeñas, sencillas, los hombros rellenos, la cintura chiquita, la cadera grande, las piernas gordas, no debe tener tobillo fino, tiene que ser todo parejo desde la pantorrilla hasta el talón, además debe tener el pie pequeño (...). Es complejo encontrar todos estos aspectos en una mujer, nadie es perfecto sino Dios. (Castaldo, 2005)

De la anterior descripción, quiero destacar dos aspectos: en primer lugar, la última frase «es complejo encontrar todos estos aspectos en una mujer, nadie es perfecto sino Dios», que implícitamente condena al fracaso a las mujeres que intenten alcanzar todas las características de ese cuerpo idealizado. Cuando Sandra Bartky (2015) afirmaba que el proyecto disciplinario de la feminidad era una trampa y que requiere medidas tan radicales de transformación corporal que las mujeres están destinadas al fracaso, se refería a las exigencias de transformación corporal sobre los cuerpos de las mujeres occidentales, pero en este caso podría ser igualmente aplicable a las mujeres saharauíes. La descripción recogida

anteriormente es probablemente una recopilación de rasgos y características femeninas recogidas de cuentos y relatos tradicionales, que conforman una imagen utópica e idealizada de la mujer pero que, al menos en el momento en que he recogido los datos para mi tesis, no tiene ningún poder para la transformación corporal sobre las mujeres ni he percibido que ellas tengan el menor interés en parecerse a esa descripción. De todas las características anteriormente descritas, las mujeres saharauis prestan especial atención a sus ojos y sus pies. Cuando les preguntaba acerca de las partes de su cuerpo que más les gustan, eran frecuentes las respuestas que incluían ambas partes del cuerpo, y algunas respuestas tanto de ellas como de ellos sugieren que los ojos y el conjunto pies/tobillos constituyen dos focos del atractivo femenino (*«Lo que más -me gusta de mí- mis pies y mis tobillos. Los hombres se fijan mucho en los ojos y en los tobillos de las mujeres». «Me gustan mis pies, son pequeños, y también mis ojos» «la mujer es más que pies y ojos. Entre los fuegos no hay fueguitos como entre las mujeres no hay mujercitas»*).

Probablemente, el que los ojos y los tobillos sean las únicas zonas del cuerpo de las mujeres saharauis que quedan visibles al vestir con la *melfha*, explica la importancia y el atractivo que ambas zonas corporales tienen tanto para ellas como para ellos.

El segundo aspecto a destacar de la anterior lista de características, es que esa estampa que describe a la «mujer perfecta» se corresponde con la de «mujer-madre», una idealización maternizada de la feminidad, que coincide en muchos de sus rasgos con las antiguas imágenes de las venus paleolíticas (ver Imagen 1), y que se corresponde también con un tipo de obesidad denominada ginoide, que según algunas teorías antropológicas ofrece ventajas en la reproducción (Mayor-Ferrándiz, 2011).

Esta imagen idealizada de la mujer-madre encubre otras realidades de la identidad femenina saharauí como la edad, la clase económica o la configuración del modelo corporal. Las respuestas de las mujeres entrevistadas ponen de manifiesto que son las madres las que con más fuerza empujan a sus hijas a mantener el peso que ellas valoran como saludable. En los países desarrollados los cuerpos delgados se asocian con niveles más elevados de éxito profesional, económico y educativo (Esteban, 2004; Díaz-Rojo, 2006). En el Sáhara, por el contrario, la imagen de la mujer gruesa se relaciona con prestigio social y económico, y especialmente en las niñas y jóvenes *gorditas* la valoración positiva se traspassa a las madres.

Para algunas madres saharauis, tener una hija delgada puede interpretarse como un fracaso, o incluso una dejadez respecto a las obligaciones que tienen adjudicadas. En una sociedad con espacios sociales tan bien definidos y donde las tareas que tienen que ver con el cuidado de los miembros del hogar están asignadas a las mujeres, cualquier señal que pueda interpretarse como descuido en esas funciones, especialmente entre el propio grupo de mujeres, sería rápidamente corregida a través de la crítica social que se manifiesta en forma de chismorreos en el grupo de mujeres. En grupos pequeños y donde todos se conocen, el

efecto del chismorreo sobre la víctima a la que se dirige puede ser demoledor, sin embargo, constituye un elemento fundamental de control social. Desde la antropología y la psicología social se ha comprobado la función que el chismorreo y el cotilleo tienen para mantener el *statu quo* y el orden social especialmente en grupos humanos de pequeño y de mediano tamaño. Henrich y Muthukrishna (2021) afirman que el cotilleo es un instrumento esencial para la cooperación humana y un elemento indispensable para que las personas valoren las normas no escritas de la sociedad en la que viven y que, a través del chismorreo, se muestre la indignación cuando alguien incumple determinadas reglas. Robin Dunbar desarrolló la teoría del cotilleo, y defiende que el desarrollo del lenguaje complejo en humanos sólo se explica por la necesidad de los grupos humanos de poseer un mecanismo de cohesión social que permita mantener al grupo unido de forma pacífica. Cotillear es lo que nos hace humanos, afirmaba Dunbar (Dunbar, 2014).

Muchos de los testimonios que he recogido reflejan el temor que tienen las mujeres a ser la diana de chismes y críticas que tienen que ver con aspectos como estar delgada, o «no llenar la *melfha*» que se interpreta igualmente como no estar bien alimentada, o tener mal aspecto: «*si vas a una boda y estás delgada las mujeres hablan y te critican, dicen que no te cuidas o estas enferma*», «*las mujeres enseñan entre ellas que están gordas, ponen la excusa de los hombres, pero somos nosotras mismas las que nos decimos eso*», «*las mujeres tienen más miedo que hablen de ellas las amigas que nosotros*». En el caso de las niñas y mujeres jóvenes, son las madres las encargadas de que sus hijas nunca sean objeto de esas críticas. Pueden pensar que se cuestiona su reputación como madres, y eso es inadmisibles en una sociedad matriarcal como la saharauí. La definición de la sociedad saharauí como matriarcado puede resultar atrevida, pero no es una novedad. La periodista y activista saharauí, Jadiyah El Mohtar es representante de la UNMS en España y afirma que, a diferencia de otros países árabes, los saharauíes tienen más cercano en el recuerdo su origen nómada y su cultura bebe de las raíces que el matriarcado tiene en esos grupos y que se refleja en la importancia que la figura de la madre tiene como pegamento del grupo y en la posición que las mujeres en general tienen en la sociedad saharauí (Sánchez, 2019). En el documental *Forced to be Fat*, que la periodista Sahar Zand realizó en Mauritania en 2018 para Unreported World, (Zand, 2018) se muestra el papel de la madre en la alimentación forzada de sus hijas y cómo ambas -madre e hija- lo interpretaban como un acto de amor. En las sociedades rurales mauritanas estar gorda es ser bella y la belleza es el mayor poder que puede tener una mujer.

En el capítulo de Introducción de esta tesis he hecho una revisión de trabajos y publicaciones que muestran la «privilegiada situación de género» de las mujeres saharauíes. Rocío Medina sostiene que esa situación de privilegio de las mujeres saharauíes, (en comparación con otros países de mayoría musulmana) se mantiene en la actualidad y, aunque con matices, las mujeres continúan siendo el eje sobre el que pivota la resistencia de la sociedad saharauí (Medina, 2015). En la sociedad saharauí, la madre es sin duda un

referente moral e identitario para sus hijas e hijos e incluso la guardiana de la tradición como afirmaba Dolores Juliano (1998), pero ninguna de mis observaciones ni de los testimonios que he recogido me pueden hacer pensar que la situación reflejada en el documental de Zand se produzca en los territorios de la RASD. Tampoco puedo afirmar que las madres en estos territorios sean, como afirmaba Camille Lacoste-Dujardin, las guardianas del patriarcado en las sociedades magrebíes (esta autora hizo el trabajo de campo en la Cabília argelina) mediante la vigilancia del cumplimiento estricto de las normas en el cuerpo y la vida de sus hijas. Las madres, en la visión de Camille Lacoste, serían la omnipresente vigilante de la sociedad panóptica a la que se refería Foucault (Lacoste-Dujardin, 1993).

La obesidad de las mujeres en los países del Sáhara ha estado tradicionalmente unida al deseo de las familias de conseguir un buen matrimonio para sus hijas. Esto ha sido confirmado en los estudios revisados (Mohamed, 2020; Naigaga *et al.*, 2018; Grijalva-Eternod *et al.*, 2012, Rguibi & Belahsen, 2006). Es cierto que el matrimonio sigue siendo en la actualidad la aspiración de la mayoría de las jóvenes saharauis. Pero a diferencia de lo que ocurre en otros países vecinos, en los territorios de la RASD el matrimonio no conduce al aislamiento social ni a encerrarse en el hogar. Después del matrimonio, las mujeres saharauis mantienen sus trabajos o adquieren otros, continúan con sus reuniones para organizar los campamentos y el divorcio es una situación habitual que no genera rechazo social. Además, es habitual que los hombres pasen mucho tiempo fuera de sus casas cumpliendo con obligaciones militares, así que como confiesan las mujeres entrevistadas para el documental de Roger Granel (2019) *Aimr'a, La Dona Sahraui*, para las mujeres saharauis, el matrimonio es antes que nada el medio para tener una familia y no para servir a un marido. Sin embargo, los resultados sugieren que la imagen de la mujer grande, que debe «llenar la *melfha*» con su cuerpo, continúa vigente el momento de recogida de datos para esta tesis.

1.5. Otros factores relacionados con la obesidad femenina en el Sáhara

En los apartados anteriores he hecho un recorrido por los principales factores ligados al género que se relacionan con la obesidad de las mujeres: Los signos de la feminidad de la mujer saharauí, los ideales masculinos sobre el cuerpo femenino, la importancia de la madre en la alimentación de las hijas, el peso que tiene la expectativa del matrimonio o el poder del cotilleo entre las mujeres como forma de control social.

A continuación, expondré tres factores detectados durante mi trabajo de campo que se entrecruzan con el género y que considero que tienen una influencia importante en la prevalencia de obesidad entre las mujeres: las limitaciones de alimentos en la canasta básica, la escasa práctica de ejercicio físico de las mujeres y el ritual del té. Estos factores como favorecedores de la obesidad en las mujeres ya han sido identificados con anterioridad a

este trabajo. A raíz del artículo de Grijalva-Ethernod (2012) que detectó la doble carga de malnutrición en los campamentos, en el año 2013 AnnMarie Hoogendoorn publicó en la revista *Emergency Nutrition Network* una carta al director donde proponía que: «En algún momento los saharauis deberán abandonar su larga tradición de engordar a las mujeres durante la sobrealimentación ritual, reducir su consumo excesivo de azúcar y encontrar formas de incorporar ejercicio de baja intensidad en su vida diaria, incluso en los campamentos» (Hoogendoorn, 2013).

La situación en los campamentos de refugiados saharauis se caracteriza por la presencia de una malnutrición con una doble carga: por una parte, una prevalencia de obesidad que afecta a una parte importante de la población y de otra una desnutrición que origina un déficit calórico y nutricional en otro sector. Este fenómeno fue ampliamente descrito en el trabajo de Grijalva-Ethernod et al. (2012) cuyo objetivo era estudiar el estado nutricional de las mujeres y población infantil en los campamentos, por lo que no aparecen hombres en su muestra de estudio.

DIFICULTADES PARA DISEÑAR UNA DIETA «SALUDABLE»

Es complicado establecer una definición de dieta saludable, ya que ésta depende de múltiples factores, como la edad, el sexo, hábitos de vida, contexto cultural o la disponibilidad de alimentos en el lugar. Una definición amplia de dieta saludable viene recogida en el informe de 2020 de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la agricultura como alimentación saludable que comprende la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para cubrir las necesidades alimentarias de los individuos, sin sustancias nocivas y aceptables para una cultura determinada (FAO & OMS, 2020). El informe establece unas recomendaciones generales que deberían ser seguidas en todo el mundo y que, entre otras, incluyen: ingesta calórica equilibrada con el gasto calórico, limitar el consumo de azúcares preferiblemente por debajo del 5% de la ingesta calórica total, consumir un mínimo de 400 gr. diarios de frutas y hortalizas (excepto tubérculos feculentos como las patatas), reducir el consumo de grasas por debajo del 30% de la ingesta diaria con preferencia por las grasas no saturadas (aceite de oliva o girasol, pescados, aguacates, frutos secos) frente a las saturadas (carne, mantequilla, aceites de palma y coco, natas) (FAO & OMS, 2020).

En los campamentos de refugiados, la disponibilidad de los alimentos depende en gran medida de la ayuda internacional. El PMA es el principal responsable de adquirir, transportar y almacenar los productos que componen la canasta básica de alimentos y trasladarlos hasta los puntos de entrega de cada *wilaya*. Otros productos adicionales como verduras frescas, y frutas son distribuidos por ACNUR, AECID y ECHO (ACNUR, 2019).

La situación nutricional de los campamentos se caracteriza por la escasa variedad de alimentos disponibles y la escasez de productos frescos como fruta, verduras y pescado. La

encuesta de nutrición que impulsó ACNUR en 2019, confirmó que en la mayoría de los hogares el consumo de fruta y verduras era excepcional, el consumo de productos de origen animal menos de tres días a la semana como media (ACNUR, 2019). Posteriormente, a la crisis originada por la pandemia COVID-19 se sumó la inflación causada por la guerra de Ucrania, y la situación nutricional en los campamentos se ha deteriorado considerablemente. Un informe del Grupo de la ONU para el Desarrollo Sostenible alertó de que en los campamentos las raciones habían disminuido un 75% y que cada miembro familiar recibía 5 kg al mes de alimentos frente a los 17 previstos (GNUDS, 2022).

Los testimonios que he recogido de las mujeres entrevistadas y mi propia experiencia durante las visitas a los campamentos en los años 2016, 2017 y 2018, concuerdan con las conclusiones de los informes de las distintas agencias internacionales. En la canasta básica en el año 2022 se incluye 1 kilo de verduras que se limitan a cebollas, zanahorias y patatas, sin fruta, ni hortalizas ni pescado. Según el informe del GNUDS (2022) los productos de la canasta básica cubren menos del 70% de las necesidades nutricionales básicas de las familias. La aparición de algunos huertos en los campamentos, gestionados por mujeres, compensa ligeramente la escasez de las verduras y frutas de la dieta saharai, pero por el momento es insuficiente para cubrir todas las necesidades. En mi visita a los campamentos el año 2018, tuve noticias de un proyecto que pretendía implantar una piscifactoría en el desierto. En ese momento me pareció una idea descabellada, pero la realidad es que al año siguiente se construyó y poco después ha empezado a producir sus primeras cosechas de pescado. En el siguiente apartado desarrollaré más extensamente estos puntos.

La situación de escasez en los campamentos se compensa en parte por otros dos factores: los saharauis pueden acudir a los mercados de la ciudad de Tindouf para abastecerse de los productos que faltan, aunque muchas familias no tienen los recursos económicos para adquirirlos, y el aumento de los precios que han experimentado los alimentos en los últimos años agrava aún más esta situación. Por otra parte, cada vez son más frecuentes los viajes hacia y desde los territorios ocupados. Cuando vienen familiares de visita es normal que traigan una buena cantidad de alimentos y productos muy solicitados en los campamentos como frutas, hortalizas o pescado. Desde el año 2018, en la *wilaya* de Auserd hay un suministro eléctrico constante que permite que muchas familias puedan tener un frigorífico en casa que les permite conservar de forma segura estos alimentos.

Las respuestas de las mujeres a mis preguntas sobre los problemas con los alimentos, no reflejan quejas por la cantidad, que ellas consideran suficiente, sino por la escasa variedad y la monotonía de la dieta que la convierte en aburrida

Ahora la comida es cada vez peor, antes era buena: leche de camella, carne de camello [...] pocas mujeres pueden estar gordas con los alimentos que nos dan, si muchas están gordas es porque ellas mismas

hacen cosas para engordar [...] a mí lo que más me gusta es el pescado pero aquí no llega. Lo como cuando voy a los territorios ocupados.

LIMITACIONES EN LA PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO

La práctica de deporte y de actividad física lúdica de las mujeres en sociedades islámicas ha sido siempre conflictiva. En los campamentos, las evidencias revisadas (Aldeeb Abu, 2004; Benn *et al.*, 2011; Bendjelid, 2006) y los testimonios que he recogido, indican que la práctica de ejercicio físico en mujeres es muy escasa. Las condiciones climáticas extremas en la región de la Hamada de Tindouf sin duda explican las dificultades para la práctica del ejercicio físico. Sin embargo, cuando yo paseaba por los territorios de los campamentos solía ver a chicos y hombres jóvenes practicando algún tipo de deporte o juegos que requieren una actividad física. Por el contrario, muy raramente veía a mujeres en esa situación. Debe existir otra razón, aparte de las climáticas, que explique que las mujeres saharauis practican menos deporte que los hombres.

Existen numerosas publicaciones que muestran que las familias musulmanas magrebíes no dan importancia al deporte, al que consideran un elemento que contribuye a la desaparición de los valores tradicionales, y que los padres limitan las actividades deportivas de sus hijos e hijas y prohíben hacer deporte sobre todo a ellas (Benn *et al.*, 2011; Bendjelid, 2006). Sirva como ejemplo del rechazo cultural a la práctica de ejercicio físico en las mujeres musulmanas, la respuesta que dio un Juez de la Universidad de la Meca, cuando fue consultado acerca de la posibilidad de establecer un programa de actividad deportiva para las mujeres. Su dictamen reflejaba una aceptación resignada de impartir educación a las jóvenes, pero rechazaba la práctica deportiva en ellas, al considerar innecesaria dicha práctica: «...en la medida que la educación es necesaria (para las mujeres), debemos soportar las molestias. El deporte, por el contrario, no es necesario para las chicas y lo pueden practicar en sus hogares, entre sus familias, lejos de las miradas furtivas» (Aldeeb Abu, 2004).

Todos los testimonios que he recogido de las mujeres entrevistadas, confirman el poco interés que despierta entre las mujeres de los campamentos la práctica de cualquier tipo de ejercicio. Para ellas, el trabajo tanto en la casa como fuera del hogar, es ya suficiente y muchas pasan largas horas de su jornada tumbadas o sentadas en la *jaima*. Los estereotipos culturales asociados a la práctica del deporte en la mujer, siguen activos en la mente de las mujeres entrevistadas («aquí si te ven haciendo deporte te dicen que tú no estás buena. Ejercicio en casa y trabajando es mejor deporte que la pelota», «las mujeres con la casa y los niños ya tenemos mucho ejercicio, te mueves todo el día», «a las niñas aquí no les gusta el deporte, les gusta jugar, pero ya está. Los niños es distinto, están siempre jugando o corriendo. Así luego todos los hombres están fuertes»). Considero que la importancia que se ha adjudicado a la religión como obstáculo para la incorporación de la mujer al deporte y práctica de actividades físicas se ha sobredimensionado y que muchos de los trabajos realizados desde una óptica occidental

pueden tener un sesgo eurocéntrico. Recientes publicaciones resaltan que entre las barreras identificadas en la limitación al ejercicio de estas mujeres se ha sobreestimado el papel de la religión mientras que se han subestimado otros factores ligados a la discriminación de género, la vestimenta tradicional (es evidente la dificultad que encierra practicar ejercicio con la *melfha*), la incomodidad de las chicas frente a la *violencia visual* de los hombres o las condiciones de la vida en cada contexto geográfico (Lenneis & Pfister, 2016; Kloek *et al.*, 2013).

EL RITUAL DEL TÉ: SÍMBOLO DE LA IDENTIDAD SAHARAUI Y FACTOR OBESOGÉNICO.

Una de las costumbres más arraigadas de la sociedad saharauí, la ceremonia del té, juega un papel crucial en algunos de los problemas de salud relacionados con la dieta, y los datos que he recogido confirman que el consumo de té constituye una de las fuentes del exceso de azúcar en la dieta saharauí.

La importancia que tiene el té en los pueblos que habitan el Sáhara Occidental ha sido mencionada en múltiples trabajos etnográficos, desde los *Estudios Saharianos* de Caro Baroja (2008) hasta el de Grijalva Eternod (2012) citado a menudo en esta tesis. Caro Baroja refiere que fueron los españoles quienes introdujeron el té en el Sáhara a través de la ciudad de Villa Cisneros (actualmente, Dajla). La relevancia que tiene el té en la cultura saharauí era ampliamente conocida, tanto que llegó a ser motivo de una canción en la década de los 80 compuesta por Sting, para la banda The Police (Craig, 2023).

La ceremonia del té actual es el resultado de una evolución histórica que a su vez va ligada a la del pueblo saharauí. Moulay Lahssan Baya (2002), en su tesis doctoral describió detalladamente esta evolución. Tras la llegada del té al Sahara Occidental, se empezó con una preparación de diez teteras, que posteriormente se redujo a siete. Más tarde se pasó a seis, luego a cinco hasta llegar a cuatro. La fase de cuatro teteras se mantuvo durante mucho tiempo y representaba, según relataban los textos beduinos traducidos por Lahssan Baya, a los cuatro puntos cardinales o las cuatro patas de los camellos. Hasta bien entrado el siglo XX no se pasó a la ceremonia de las tres teteras que se mantiene en la actualidad. Esta triada de teteras responde a las etapas de la vida: la primera dura y amarga y dura años, la segunda corresponde a la juventud y madurez que es la más buena y la tercera que representa el buen presagio y que debe ser dulce, como debería ser el final de la vida (Baya, 2002).

En este punto considero oportuno recordar el proceso de preparación y elaboración del té saharauí, antes de ofrecer una interpretación sobre la importancia del mismo en la sociedad saharauí. La preparación del té, que debe cumplir unas estrictas normas, es el resultado de una acumulación de conocimientos a lo largo de varios años y generaciones y que todos los saharauis consideran un símbolo de su identidad como pueblo. La *melfha* que visten las mujeres y la ceremonia del té, con su peculiar forma de prepararlo y servirlo, constituyen las dos señas de identidad más reconocibles del pueblo saharauí. Los datos que utilizo para

describir la forma de prepararlo proceden de mis propias observaciones y de los relatos de las mujeres saharauis durante las largas conversaciones que hemos tenido tanto en contextos informales como durante las entrevistas realizadas en la fase cualitativa de esta tesis. También he acudido a estudios etnográficos y lingüísticos para completar algunos puntos oscuros (Baya, 2002; Caro Baroja, 2008; Rangel Ubaldo, 2022).

Para prepararlo en los campamentos, se suele utilizar un agua cuya procedencia es distinta al agua que utilizan para beber o cocinar. El agua, según me han referido algunas mujeres cuando les pregunto por ello, procede de un acuífero cercano a la *wilaya* de El Aaiún, que al parecer tiene unas características que la hacen más apropiada para la preparación del té. La tetera se coloca sobre el fuego, que debe ser de carbón y sobre un anafre metálico. La boquilla se coloca en dirección contraria al viento para evitar que penetre por ella y retrase la ebullición. Algunas mujeres me declararon en confidencia que un signo que tenían para indicar que les gustaba un chico, era orientar la boquilla de la tetera hacia él. Mientras se espera la ebullición, se van preparando los cacharros del té en la bandeja: el número de vasos, uno por cada invitado o invitada, se alinea cuidadosamente de forma que coincida cada uno con la posición del comensal y que luego no haya cruces entre los vasos en los que se haya bebido. A la tetera se le añade la cantidad necesaria de té, el azúcar y según los gustos individuales hierbabuena u otros aromatizantes como agua de azahar. La cantidad de té y de azúcar depende de los gustos de la persona que lo prepara y que va probando varias veces en su vaso a lo largo del proceso para rectificar o comprobar que está a su gusto. Una vez que el agua ha hervido, comienza el escanciado que es uno de los procesos más característicos de la ceremonia del té saharai y que lo distingue de la preparación en otras regiones. Se va pasando el té desde alto de un vaso a otro varias veces hasta conseguir una buena espuma. Un buen té debe tener una capa densa de espuma, que debe permanecer en el vaso, incluso después de haberlo ingerido. La calidad y densidad de la espuma constituyen la prueba de la habilidad de la persona que ha preparado el té. He recibido distintas razones que expliquen el motivo por el cual el té debe tener esa espuma. Unas dicen que la espuma tiene la función de un filtro natural que hace que las impurezas o la arena que pudiera haber caído queden atrapadas en la espuma y no se ingieran. Otras explicaciones refieren que la espuma demuestra el grado de afecto o estima hacia los invitados. En otra ocasión, un hombre saharai me contaba que cuando vivían en el Sahara Occidental con los españoles, como ellos no consumían alcohol, desarrollaron la técnica de la espuma en el té para imitar la cerveza de los españoles. Pongo en seria duda la veracidad de esa explicación ya que no he encontrado referencias en ninguna otra fuente, pero la relato por su curiosidad.

El proceso se repite tres veces, y la duración total dependerá de lo agradable de la charla y el ambiente de la reunión, pero por lo general nunca menos de media hora, aunque puede alargarse hasta las dos horas.

Todo momento es bueno para compartir un té con amistades, familiares, invitados o incluso desconocidos que dejan de serlo tras haberlo disfrutado. Una visita es siempre un buen motivo para preparar la tetera. En la sociedad saharauí el té es el lubricante social que permite reforzar amistades, recibir a familiares, cerrar negocios, establecer alianzas o mostrar las habilidades propias ante los demás. El momento del té permite también compartir espacios sociales comunes entre hombres y mujeres, que tanto escasean en la sociedad saharauí donde estas áreas suelen estar claramente diferenciadas entre ambos géneros. Cualquier persona que visite los campamentos, como en mi caso, será invitada a compartir a lo largo del día en tres, cuatro, cinco o más ocasiones una tetera bajo cualquier excusa.

Anteriormente varios trabajos han advertido acerca de la gran cantidad de azúcar y la sobrecarga calórica que el consumo de té tiene sobre el pueblo saharauí. Tanto el estudio de Trumbo (2002) como el de Grijalva-Eternod, (20112) señalaban que los refugiados saharauís consumían una media de tres vasos de té tres veces al día y calculaban un aporte diario medio de entre 400 y 500 calorías. Mis cálculos según las observaciones durante las muchas ocasiones en las que he sido generosamente invitada a compartir veladas alrededor del té, coinciden con los datos de los estudios anteriores. Si cada tetera está compuesta por tres tomas y, aunque varía según los gustos y la técnica personal, la cantidad de azúcar que se añade a la tetera por cada comensal es como media, de una cucharada de café (aproximadamente 5 gr. equivalentes a 20 calorías), al final del día una persona que haya tomado tres teteras (cada una compuesta a su vez por tres tomas) habrá consumido 60 gramos de azúcar, que equivalen a 230 calorías⁴⁰. Sin embargo, es frecuente que se presenten más ocasiones para compartir un té, por lo que fácilmente se puede llegar a las 5 o más teteras/día. Por tanto, no es exagerado afirmar que a través del té se pueden llegar a incorporar entre 300 y 500 calorías a la dieta diaria. Esto supera ampliamente la recomendación de la FAO, citada anteriormente, acerca de limitar las calorías procedentes de los azúcares al 5% como máximo de la ingesta calórica, lo que supondría para una dieta de 2000 cal./día un máximo de tan sólo 100 cal. procedente de los azúcares. Para la mujer saharauí, sin embargo, el momento del té constituye también el momento para lucirse y exhibir sus dotes como anfitriona, y suelen ser muy estrictas con el ritual y la técnica, y en general rechazan sustituir el azúcar por otros edulcorantes, aunque cuando hay alguna persona con diabetes diagnosticada en la familia sí que suelen preparar una tetera con edulcorante y sin azúcar.

El resultado de todo lo relatado, es que la costumbre tan arraigada del consumo de té lleva a un exceso calórico que está muy ligado a la persistencia de la obesidad y un problema de salud, especialmente en mujeres, ya que muchas de ellas suelen llevar asociadas otras

⁴⁰ Los cálculos calóricos se han realizados con la versión de 2022 de la app Lifesum©, desarrollada por Lifesum AB.

patologías como la diabetes tipo II o el síndrome metabólico. La relación entre la diabetes tipo II y el consumo frecuente y excesivo de productos azucarados está ampliamente demostrada. No existen estudios con muestras amplias que describan de manera fiable la situación actual de la diabetes en los campamentos. Las escasas publicaciones desarrolladas en los campamentos se centran en describir las características de la enfermedad en la población refugiada y estudian una cohorte pequeña de pacientes. Una reciente encuesta nutricional que se llevó a cabo en el año 2020 en la *wilaya* de Smara detectó una resistencia a la insulina en el 75,4% de la muestra de estudio. Los autores relacionaban esta resistencia a la insulina con el consumo elevado de azúcar de forma continuada (Leone *et al.*, 2020). Un estudio transversal realizado en octubre de 2014 en los dispensarios de salud de los cinco campamentos de refugiados, detectó que el 64% de pacientes con diabetes tipo 2 eran mujeres (Larrañaga *et al.*, 2015). Otro trabajo que realizó un cribado en 2019 en los dispensarios de la *wilaya* de Smara y que tenía como objetivo detectar la prevalencia de diabetes tipo 2 no diagnosticada, reveló que, de 782 pacientes atendidos, 506 (64,7%) presentaban criterios compatibles con la diabetes tipo 2. También en este caso la proporción de mujeres con diabetes tipo 2 (61,5% del total de pacientes) era mayor que la de hombres (Carretero-Anibarro & Hamud-Uedha, 2020).

1.6. Empoderamiento femenino, sororidad, *tuiza* y seguridad alimentaria

En este apartado trataré de responder a algunos de los interrogantes de la investigación referidos a la relevancia que tienen las redes de apoyo y solidaridad femenina para alcanzar la seguridad alimentaria en los campamentos y qué estrategias desarrollan las mujeres para responder a los retos nutricionales a los que se enfrenta la sociedad saharauí.

Sostengo que cualquier solución a los problemas de alimentación que afectan a la población saharauí, desde la garantía de un aporte suficiente de alimentos hasta el control de los problemas de salud relacionados con la obesidad femenina, pasa obligatoriamente por algún tipo de organización y solidaridad entre las mujeres saharauíes, y que el empoderamiento de las mujeres tendrá un efecto positivo sobre el estado nutricional de todo el pueblo saharauí, así como sobre la obesidad de sus mujeres.

Recientes estudios han mostrado que la obesidad femenina en países del Magreb, está fuertemente relacionada con el nivel de empoderamiento de las mujeres y con el grado de desigualdad entre géneros. Una publicación de 2012 en *Social Science and Medicine*, probó la relación entre los índices de riqueza y la desigualdad económica y de género con la prevalencia global de obesidad (Wells *et al.*, 2012). Los resultados mostraron que las mejoras en la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres era una estrategia eficaz a largo plazo para reducir la prevalencia y la carga de obesidad de las generaciones futuras y ayudar a disminuir la brecha de género en obesidad en los países con menores recursos económicos. En el mismo sentido, otro estudio aparecido en 2014 en *European*

Journal of Clinical Nutrition, analizó la relación entre la desigualdad de género y la prevalencia de obesidad en hombres y mujeres (Garawi *et al.*, 2014). Los autores estudiaron la relación entre la obesidad en diferentes países de África con la desigualdad de género mediante la valoración de tres indicadores: el índice global de innovación (GII) propuesto por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (que incluye otros subindicadores como la tasa de mortalidad materna, la tasa de fecundidad, el logro educativo en enseñanza secundaria de hombres y mujeres y la participación laboral de hombres y mujeres), el índice Global Gender Gap (GGG) propuesto por el Fondo Económico Mundial (que evalúa la brecha entre hombres y mujeres a través de la participación económica, logro educativo, salud y empoderamiento político) y el índice de Instituciones sociales y Género propuesto por la OCDE (que valora instituciones sociales discriminatorias como el matrimonio precoz, prácticas de herencia discriminatorias, violencia contra las mujeres o los accesos restringidos al espacio público). Los resultados descubrieron una asociación significativa entre los indicadores GII y GGG con las diferencias en la prevalencia de obesidad entre hombres y mujeres, de forma que en países con mayor desigualdad de género las disparidades de obesidad en cada sexo son mayores. El estudio detectó también una asociación entre violencia doméstica y obesidad en mujeres egipcias donde la exposición a la violencia se relacionó con un aumento de la obesidad y mostró que apoyando estrategias de empoderamiento femenino se contribuía a disminuir la prevalencia de obesidad en las mujeres y las niñas. El estudio más reciente sobre la relación entre empoderamiento femenino y obesidad es del año 2020 y consiste en un análisis de la brecha de género en la obesidad en los países de la región MENA⁴¹ (Costa-Font y Gyori, 2020). Los resultados mostraron que el aumento del empoderamiento femenino en el hogar, el empleo y la política permitía la toma de decisiones de las mujeres en salud y conducía a disminuir la brecha de género en la obesidad en esos países.

La población de refugiados saharauis, lleva asentada en los campamentos de la hamada de Tindouf desde hace 40 años, y desde entonces son por completo dependientes de la ayuda alimentaria internacional para cubrir sus necesidades. Conforme su estancia en la zona se ha ido estabilizando, y la población ha ido cobrando conciencia de que la situación no es tan temporal como imaginaban al comienzo, han surgido nuevas vías de aporte de alimentos que han permitido paliar, en parte, la escasa diversidad de la dieta saharauí, ya que el mayor problema nutricional detectado en la población no se relaciona con la escasez calórica sino con la pobre variedad de productos disponibles, especialmente verduras y

⁴¹ Región MENA: acrónimo de Medium East and North África. Los países incluidos en la región MENA son Argelia, Bahrein, Djibouti, Egipto, Irán, Irak, Israel, Jordania, Kuwait, Líbano, Libia, Marruecos, Omán, Qatar, Arabia Saudita, Somalia, Siria, Túnez, emiratos Árabes Unidos, Cisjordania y Gaza y Yemen (Costa-Font y Gyori, 2020).

alimentos frescos. Es indispensable hacer visible la relevancia que el trabajo de las mujeres ha tenido para intentar solucionar estas dificultades.

En los últimos años, desde que en 2018 empecé la recogida de datos y posteriormente el análisis de los mismos, he mantenido el contacto con mis amigas y amigos saharauis y he podido recoger los testimonios de los resultados de diversos proyectos que fueron iniciados y gestionados por grupos de mujeres saharauis. Estos proyectos paulatinamente intentan mejorar las carencias dietéticas y acercarse a la soberanía alimentaria. Fueron un grupo de mujeres, las que comenzaron en 2004 con los huertos familiares en la *wilaya* de Dahla, con la ayuda financiera de la AECID. Uarda Abdelfatah, Coordinadora de los Huertos Familiares y Cooperativos del campamento de Dahla, que en 2012 administraba la gestión de 30 huertos afirmaba en las I Jornadas Internacionales «Saharauis: Autodeterminación de los pueblos, Autodeterminación de las mujeres», celebradas en octubre de 2012 en la Universidad Pablo de Olavide, que «los huertos son una muestra de superación y una metáfora de la lucha por la soberanía del pueblo saharauí: están consiguiendo algo tan impensable en mitad del desierto como es el cultivar verduras o hacer crecer árboles» (Medina, 2016). El número de huertos ha crecido de forma exponencial en los 5 últimos años y en la temporada del año 2021, según el Centro de Estudios Rurales y de Agricultura Internacional (CERAI, 2021) se contabilizaban 450 huertos familiares entre las *wilayas* de Auserd, El Aaiún y Dahla, la mayoría gestionados por mujeres. Como ejemplo del éxito de estos huertos, en el año 2019, CERAI repartió entre familias en situación de especial vulnerabilidad, 51 toneladas de zanahoria y cebolla procedentes del huerto institucional de El Aaiún (CERAI, 2021). Gracias al trabajo de las mujeres que trabajan en los huertos (el 90%, según informa CERAI) se han conseguido recolectar 21 variedades de especies hortofrutícolas como cebolla, zanahoria, remolacha, nabo, tomate, pimiento, pimiento guindilla, berenjena, calabacín, pepino, lechuga, alubia, acelga, guisante, haba, hinojo, col, y coliflor. Una de las especies que está demostrando una excelente adaptación al terreno es la moringa⁴², cuyo cultivo está siendo apoyado también por CERAI y que se espera que en los próximos años produzca cantidades suficientes para incorporarlo en la dieta de las familias saharauis (CERAI, 2021).

En el Plan estratégico 2020-2024 para la población refugiada saharauí, (CERAI, 2020) una de las acciones previstas va dirigida prioritariamente a las mujeres cabezas de los hogares y consiste en reforzar las capacidades en agroecología, nutrición y derecho a la alimentación para garantizar la diversidad alimentaria de la población refugiada saharauí en los

⁴² La moringa es un árbol endémico del norte de la India que puede llegar a alcanzar los 12 metros de altura. Se utilizan sus hojas y semillas y suponen un elevado aporte de carbohidratos y proteínas además de otros micronutrientes como vit. A y C, Hierro y Calcio. Su uso como planta medicinal es frecuente, aunque no existe todavía un número suficiente de evidencias sobre sus efectos medicinales (Cheng, 2022)

campamentos de refugiados donde CERAI coopera, mediante el apoyo a las mujeres coordinadoras de las cooperativas sociales para prestación de servicios agrarios.

Más sorprendente aún que los huertos en el desierto, fue el proyecto de desarrollar una piscifactoría en el mismo. Esta iniciativa comenzó en 2018, financiada por el World Food Programme (WFP) de las Naciones Unidas, y al igual que los huertos, gestionada y llevada a cabo por un grupo de mujeres saharauis (WFP, 2019). En el año 2019 la piscifactoría ya empezó a proporcionar *tilapia* fresca, un tipo de pescado procedente del Nilo que se ha conseguido adaptar a las condiciones extremas del desierto. La piscifactoría se encuentra en las afueras de Rabouni y en agosto de 2021 ofreció su primera gran cosecha de 1,4 toneladas de pescado, que se repartió entre el hospital nacional de Rabouni y cada uno de los cinco hospitales de las *wilayas* (Agudo, 2021).

Uno de los aspectos relacionados con las redes de solidaridad entre mujeres y que merece especial atención, ha sido expuesto en los resultados de este trabajo y es el apoyo entre vecinas, amigas y familiares que comparten alimentos y ayuda en las labores domésticas, que conforman una intrincada red de alianzas entre las mujeres de los campamentos. El énfasis en las redes de alianza y cooperación entre mujeres es una de las características que definen al feminismo africano, y que ha sido expuesto en el marco teórico de esta tesis. Muchas de las históricas feministas africanas, nos hicieron comprender que las mujeres en África han tenido siempre un alto grado de autonomía e importancia en los asuntos públicos, y que fueron las sucesivas invasiones coloniales las que trastocaron estas estructuras tradicionales (Ogundipe Leslie, 1994; Okonjo Ogunyemi, 1998; Chioma, 2011; Ekeocha, 2015).

Esta necesidad de compartir lo que se tiene, la interpreto como la supervivencia de una ancestral costumbre saharauí denominada *tuiza*. La *tuiza* es una práctica tradicional de solidaridad y ayuda presente en todo el Sahel. Julio Caro Baroja la analizó en sus *Estudios Saharianos* (2008). Rocío Medina (2016) la presenta como una ecología de saberes feministas, pero yo prefiero la descripción más lírica utilizando las palabras del poeta saharauí Liman Boisha que en su libro *Ritos de Jaima* la define como:

Un día de trabajo colectivo, una expresión de solidaridad entre mujeres. Ellas se unen y ayudan a la más necesitada a coser su nueva jaima si acaba de formar familia, o a repararla y levantarla si el viento la ha descuartizado. A la enferma, le aligeran las labores diarias, y a la anciana la colman de cuidados. Tuiza es fraternidad. (Boisha, 2012)

La fraternidad *tuiza* implica compartir lo que se tiene con quien lo necesita. La costumbre de compartir constituye de hecho una obligación que atañe a todo el pueblo saharauí, y funciona como un eficaz igualador social. Permite que, si alguien consigue un excedente, tenga que compartirlo con sus vecinas y familiares. Tanto Sophie Caratini (2006) como

Rocío Medina (2015) mostraron la transformación y los cambios que trajo la introducción del dinero en la sociedad saharauí. Con la entrada del dinero en los campamentos surgieron pequeños comercios y tiendas privadas en todos los barrios de las *wilayas*, donde las que tienen algo de dinero podían comprar productos no incluidos en la canasta básica. Compartir estos excedentes constituye una costumbre, pero también una obligación de la que es difícil escapar. Los lazos establecidos entre vecinas y amigas son muy sólidos y en un lugar tan cerrado como los campamentos donde hay poco espacio para la ocultación, la vida personal y las posesiones quedan expuestas y la mujer que no comparte lo que tiene caerá fácilmente en la crítica social, convirtiéndose en la diana de los dardos del chisme entre sus vecinas, y esta es una situación que aterroriza a las mujeres saharauíes. La obligación de compartir se ha puesto en evidencia en otros trabajos anteriores. Caratini (2006) señaló que si había alguna mujer que conseguía «algo más» y no lo repartía -algo que a veces sucedía- esto significaba cubrirse de oprobio y ser -de nuevo- la diana de la crítica social de las mujeres.

Las alianzas entre mujeres constituyen un factor decisivo y necesario para el éxito de las iniciativas para lograr la soberanía alimentaria y para el reparto justo de bienes y alimentos. Esto refuerza un hecho que se percibe también en los discursos y testimonios que he recogido tanto de mujeres y hombres y que coincide con los trabajos revisados que muestran la positiva situación de género de las mujeres saharauíes. Esta especial situación de las mujeres refugiadas saharauíes (en relación al resto de mujeres de los países vecinos) ha sido ya advertida en diversos estudios de género y feministas realizados anteriormente (Juliano, 1998; Bengoechea Tirado, 2013; Medina, 2016), y tiene su explicación en dos aspectos fundamentales de la identidad saharauí: la propia tradición nómada tribal por un lado y de otro por las exigencias derivadas del conflicto armado, el exilio y el refugio prolongado.

Las mujeres saharauíes afirman que la relevancia social y el estatus singular que poseen en su sociedad no constituyen un fenómeno nuevo, sino que está arraigado en las costumbres de las sociedades tribales nómadas que constituyen la esencia de su tradición. En la revisión para el marco teórico de esta tesis expuse cómo el Frente Polisario incorporó el género en el ideario nacionalista saharauí como un hecho diferencial, insistiendo en la privilegiada situación de las mujeres en los campamentos y finalmente incluyendo el género como un factor determinante de la identidad étnica y cultural del pueblo saharauí y a la vez diferenciadora frente al adversario (Castaldo, 2005; Carbonell, 2005; Bengoechea Tirado, 2013).

Los discursos de las personas entrevistadas y mis propias observaciones revelan aspectos de la sociedad saharauí que confirman esta especial situación de las mujeres en los campamentos: la participación activa de las mujeres en los distintos comités locales, la capacidad de decisión de las mujeres en los matrimonios con cláusulas que impiden al

hombre casarse con más de una mujer, la autonomía y el poder de decisión de las mujeres en caso de divorcio, la condena social ampliamente extendida sobre los hombres sospechosos de maltrato a la mujer o la autonomía financiera que permite a las mujeres disponer de sus bienes y productos de su trabajo. Son sólo algunos ejemplos que evidencian la positiva situación de género de las mujeres en los campamentos. Los trabajos revisados de Dolores Juliano, de Rocío Medina y de Sophie Caratini muestran como desde los primeros años tras la creación de la RASD se concedió a las mujeres el derecho al voto, el acceso a la educación secundaria o a la universitaria permitiéndoles viajar al extranjero para recibir formación o trabajar fuera del hogar. En el año 2022, en una entrevista concedida a la Agencia de Prensa Argelina (APS) con motivo del Día internacional de la Mujer, Suelma Beiruk, Ministra de Asuntos y Promoción de la Mujer, afirmaba que las mujeres participan en la dirección política de la RASD en un 25%, en el Gobierno un 34%, el Parlamento (45%), el cuerpo diplomático (45%), la dirección de municipios (100%) y en los sectores de enseñanza y salud pública (80%) (Beiruk, 2022).

Sin embargo, en ocasiones tras esta visión idealizada del privilegiado estatus de la mujer, puedo encontrar algunos hechos contradictorios. En efecto, la situación especial de las mujeres se ha convertido en un símbolo de la identidad saharauí y en un hecho diferenciador respecto al enemigo. Bengoechea Tirado (2013) comparte esta explicación y afirma que *«el estatus de la mujer se convirtió en un elemento definitorio de la nación saharauí, como elemento simbólico y como participación activa en el proceso de creación de la nación»*. Esta situación indudablemente ha sido así durante los años duros del exilio y la guerra: la mayoría de los hombres estaban fuera y sobre las mujeres recaía el peso de organizar la vida en el ambiente duro e inhóspito de la hamada argelina. Sin embargo, con el alto al fuego y la limitación de los enfrentamientos armados, los hombres han ido regresando a los hogares y muchos de esos avances en la situación de las mujeres pueden estar en peligro. Maima Mahamud, directora de la Escuela de Mujeres de Dahla y posteriormente secretaria de Estado de Asuntos Sociales y Promoción de la Mujer, comparte esta inquietud sobre las consecuencias que los cambios políticos puedan tener sobre los logros conseguidos y tiene una visión pesimista sobre el futuro de la situación de las mujeres. En 2020 declaró: *«...como mujer saharauí, veo con recelo nuestro futuro porque esta paz tan anhelada puede que también sea la causa de que veamos desmoronarse tantas conquistas obtenidas en los tiempos de la revolución. La historia ha demostrado que, en los tiempos de lucha, las mujeres siempre han ocupado un lugar al lado de los hombres, pero cuando llega el final, los hombres ocupan los puestos más importantes en todos los ámbitos»* (Dauden & Seini, 2020).

Dejando de lado algunas de las quejas expresadas por las mujeres respecto a la responsabilidad de los hombres en el deseo de ellas de mantener una figura grande, que ya he analizado en los anteriores apartados, no he recogido manifestaciones expresas de mujeres que contradigan la visión idealizada de su posición de género en la sociedad

saharaui. Algunos trabajos sí han revelado retrocesos en la emancipación de las mujeres saharauis (Bengoechea Tirado, 2013; Caratini, 2006; Medina, 2015) aunque en mi opinión, este empeoramiento en la situación de igualdad de género, se encuentra más relacionado con la expansión del capitalismo en los campamentos, que con el regreso de los hombres del frente. Sophie Caratini (2006) expuso los tres grandes fenómenos que han empeorado la situación de las mujeres en los campamentos: el abandono progresivo de la antigua costumbre de entregar un dinar como sustitución simbólica de la dote que resulta mucho más costosa, y que ha traído consigo un desorbitado crecimiento del coste del matrimonio, la asociación entre el prestigio de la familia y la cuantía de la dote y el derrumbe de las relaciones entre hombres y mujeres, de tal forma que las mujeres jóvenes se quejan de que ya no hay amor en los campamentos y los hombres de que a las mujeres solo les interesa el dinero.

1.7. Los efectos de la crisis económica, la pandemia y los cambios políticos

El impacto en los campamentos de la crisis financiera global surgida en el año 2008, trajo como consecuencia una progresiva disminución de la ayuda internacional, y un empeoramiento de las condiciones de vida del pueblo saharauí, como advirtió en el año 2022 tanto GNUDS como la Organización Médicos del Mundo (GNUDS, 2022; Médicos del Mundo, 2022). A lo largo de las sucesivas visitas que hice para recoger los datos de este trabajo desde el año 2016 pude comprobar la disminución del número de proyectos de cooperación desde países europeos y la menor llegada de bienes y servicios, que afectaron especialmente al suministro habitual de material médico y farmacéutico.

Desde el año 2019, fecha en que terminé la recogida de los datos, no he podido regresar a los campamentos, debido a la irrupción de la pandemia COVID-19 en los primeros meses del año 2020. El número de afectados por COVID-19 en los campamentos, desde el inicio de la pandemia no ha sido especialmente elevado. El último informe del Ministerio de Salud Pública de la RASD de 29 de marzo de 2022, declaraba hasta entonces 2040 contagiados y un total de 90 fallecidos, lo que indica una tasa de letalidad del 4,4% y una tasa total de afectados (sobre una población residente en las cinco *wilayas* de 173.600) del 1,17% (Ministerio de Salud Pública RASD, 2022). Los datos ofrecidos por el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) a través Instituto de Salud Carlos III para España, en esa misma fecha, arrojaban un número de contagiados de 12 millones, que se traduce en una tasa total de un 26,6% de población afectada, aunque la tasa de letalidad ha sido considerablemente menor, alrededor del 1% (Centro Nacional de Epidemiología, 2022). Las graves carencias de base y lo rudimentario del sistema sanitario en los campamentos saharauis, que era una situación crónica que ya ha sido mostrada por organismos internacionales y las organizaciones médicas que han desarrollado proyectos en la región (ACNUR, 2019; Médicos del Mundo, 2022), ha sido sin duda el principal factor de la alta letalidad del virus en la población saharauí. Por otra parte, los campamentos se

configuraron desde sus orígenes como conjuntos de barrios (*dairas*) separados entre sí por amplios cortafuegos limpios de construcciones. El motivo entonces de esta ordenación urbana fue contener la propagación de posibles enfermedades epidémicas como cólera o tifus entre la población (Cano Portero *et al.*, 2015). Cuarenta y cinco años después, aquel modelo de ordenación urbana se ha mostrado eficaz para contener la nueva pandemia. La escasez de grandes aglomeraciones o actos públicos que reúnan público numeroso, han sido también factores que han contribuido a minimizar el número de contagios.

Aunque el efecto directo de la pandemia sobre la salud de los saharauis, no haya sido tan grave, según los datos ofrecidos por el Ministerio de Salud Pública de la RASD (Ministerio de Salud Pública RASD, 2022) el que ha tenido sobre la economía familiar, la calidad de vida y, en general, sobre la esperanza en el futuro, ha sido demoledor. Una encuesta sobre el impacto en los hogares realizada en abril de 2020 por el Plan Mundial de Alimentos, ACNUR y el Comité Internacional para el Desarrollo de los Pueblos indicó que la pandemia estaba teniendo un efecto negativo en los hogares y que la mayoría de las familias refugiadas habían perdido ingresos (MINURSO, 2020).

Durante estos dos años, las visitas de comisiones médicas han disminuido un 90%. A comienzos del año 2022, sólo tres grandes organizaciones (Mundubat, Médicos sin Fronteras y Media Luna Roja) trabajan en los campamentos proporcionando asistencia sanitaria, aunque con niveles de apoyo muy inferiores a los de hace 3 años (GNUDS, 2022; Médicos del Mundo, 2022). Las noticias que difunden estos organismos y las informaciones que me llegan a través de las conversaciones que durante estos dos años he mantenido con mis amigas y amigos saharauis gracias a las redes sociales, nos ofrecen numerosas pistas que confirman el deterioro que se ha producido en estos dos últimos años: el número de personas que se ven haciendo autoestop (una forma habitual de moverse entre los campamentos, pero que suele indicar situaciones de precariedad) ha aumentado considerablemente, muchos hombres perdieron los trabajos que tenían en Tindouf o en sus propias *wilayas*, se perdieron parte de las fuentes de ingreso de procedencia española, europea o argelina. El programa Vacaciones en Paz, que todos los años acogía a miles de niños y niñas en España y otros países europeos se suspendió y todavía no se contemplaba su recuperación a comienzos del año 2022, aunque en el verano de 2023 se han reanudado. Para agravar aún más la situación, en el año 2020, se declaró una epidemia pulmonar que afectó al ganado y que, según ACNUR, acabó con la vida de más de 2.000 cabras. Las tasas de desnutrición infantil se han incrementado hasta un 7,6% según datos de la propia ACNUR (GNUDS, 2022).

Pero los golpes de la pandemia, de la debacle económica y del aislamiento absoluto no parecen haber sido suficientes para el pueblo saharauí. Quedaba para cerrar este círculo de desgracias el golpe moral. El reconocimiento por parte de Estados Unidos del Sáhara como territorio de Marruecos y, por último, España admitiendo las propuestas de autonomía de

Marruecos como «la base más seria, realista y creíble» para acabar con el conflicto, constituyen el último desprecio que sufre este pueblo (El País, 2022).

2. DISCUSIÓN DE LA METODOLOGÍA

A lo largo de esta tesis se ha puesto en evidencia que la obesidad de las mujeres en los campamentos del Sáhara constituye un fenómeno multidimensional, resultado de la confluencia de muy diversos factores: biológicos, médico-clínicos, conductuales, psicológicos, de acceso a los alimentos, de diferencias de género en las expectativas vitales, familiares, históricos, socialización, conceptos de feminidad, etc.

Cuando comencé mi trabajo me planteé el método más adecuado para acercarme a la realidad del problema a investigar. Los métodos cuantitativos han sido tradicionalmente los referentes en ciencias de la salud y se ha considerado que proporcionaban resultados con mayor fiabilidad y validez además de un mejor rigor metodológico que los métodos cualitativos. El progresivo aumento de trabajos que utilizan una metodología cualitativa para investigar problemas de salud, ha conseguido que esta metodología se haya ganado un prestigio equivalente a los métodos cuantitativos en las investigaciones de salud. Esto quedó demostrado tras una revisión de la producción científica en salud con diseños de investigación cualitativos, indexada en el Índice Médico Español que puso en evidencia el aumento en la producción de este tipo de estudios en nuestro país, principalmente en revistas de enfermería, atención primaria, salud pública y gestión de los cuidados (Zarco *et al.*, 2019). La investigación cualitativa en el campo de la salud, ha evolucionado gracias precisamente a la influencia del paradigma feminista (Ulin *et al.*, 2005).

La disyuntiva por decidirme hacia una línea cuantitativa o cualitativa me hizo plantearme dos cuestiones durante las fases previas de mi investigación, cuestiones que habían sido planteadas por otras autoras, como Edelmira Castillo (Salgado, 2007): La primera cuestión era acerca del método que me permitiría alcanzar el mayor rigor científico en mi trabajo y la segunda es cómo juzgarían otros investigadores y otras investigadoras el rigor de la investigación que yo iba a realizar.

En realidad, la disyuntiva cuanti/cuali ha demostrado ser falsa y ambas no son sino formas distintas de acceso a la realidad que se quiere estudiar, y numerosos trabajos han puesto de manifiesto que, en las ciencias de la salud que históricamente y de forma mayoritaria ha utilizado métodos cuantitativos, los métodos cualitativos han demostrado la misma fiabilidad y validez en sus resultados (Ibáñez, 2000; Salgado, 2007; Cadena *et al.*, 2017).

2.1. El enfoque mixto de investigación. Ventajas y limitaciones

Comenzado el siglo XXI observamos una tendencia cada vez mayor en áreas de ciencias de la salud de unir ambos paradigmas, cualitativos y cuantitativos, en los trabajos de investigación, en un nuevo enfoque en ocasiones denominado Enfoque Integrado Multimodal, pero que es más conocido como Enfoque Mixto o metodología mixta de investigación (Creswell & Creswell, 2023; Mertens, 2005; Salgado, 2007). Una revisión de la producción científica que incluye métodos mixtos en su diseño, indexadas en el Índice Médico Español, puso de manifiesto el aumento de este tipo de estudios en nuestro país, principalmente en revistas de enfermería, atención primaria y salud pública (Zarco *et al.*, 2019).

Las informaciones que recogí de algunos trabajos revisados, así como de conversaciones con colegas con mucha más experiencia investigadora, me hicieron dudar sobre la utilidad de este enfoque. Sin embargo, coincidí con Ana Cecilia Salgado (2007) en que un determinado número de investigadores e investigadoras, se muestran como fundamentalistas metodológicos que defienden uno de los dos enfoques y desprecian el otro, acusando de «pseudociencia» y subjetivo al cualitativo o los que desprecian al cuantitativo por impersonal e incapaz de apreciar el significado de la experiencia humana.

Como señalaba Karen Henwood (2004) la polarización de enfoques es hipercrítica, encorseta el trabajo de la investigadora y bloquea la posibilidad de encontrar nuevos caminos para reinventar las formas de conocimiento. Tras mi experiencia utilizando una metodología mixta, coincidí plenamente con ella, al considerar que el enfoque mixto es la metodología que mejor permite la innovación en las ciencias.

El empleo de la metodología mixta en la investigación de la obesidad y el sobrepeso se ha mostrado como una estrategia eficaz para lograr una comprensión más completa del problema de estudio. La multidimensionalidad del fenómeno de la obesidad constituye un problema de investigación en el que el enfoque mixto se muestra especialmente indicado para incorporar un gran número de los factores implicados en la explicación final. La utilización de métodos cuantitativos mediante el uso de la estadística, cuestionarios y medidas antropométricas junto a los métodos cualitativos basados en entrevistas en profundidad, así como los datos recogidos de conversaciones en contextos informales y los generados gracias a mi observación participante durante el trabajo de campo, me ha permitido una dinámica de trabajo más abierta, una variedad mucho más rica de las fuentes que proporcionan los datos recogidos y una integración metodológica que ha enriquecido la interpretación y el análisis de los resultados.

La aplicación de la metodología mixta en los estudios de la obesidad se ha multiplicado en las publicaciones de los últimos diez años. Una búsqueda en la base Web of Science con los términos «*mixed methods*» AND «*obesity*» arroja tan sólo 8 publicaciones indexadas

anteriores al año 2010. Desde el año 2011 hasta el año 2022 se han localizado en la misma base de datos más de 430 artículos con los mismos criterios de búsqueda.

Estos trabajos ponen de manifiesto el auge de los métodos mixtos en la investigación de la obesidad. Por ejemplo, el estudio de Guadalupe Ayala (Ayala *et al.*, 2021) sobre obesidad infantil en países latinoamericanos y en Estados Unidos, utilizando una metodología mixta de investigación, mostró que estos métodos permiten ofrecer una comprensión más amplia del entorno social del niño o niña. Concretamente la utilización de métodos cuantitativos consigue aportar amplitud y los cualitativos aportan profundidad. Las autoras emplearon entrevistas cualitativas para registrar las opiniones de individuos, componentes de la familia, profesores, profesoras, personal de gestión escolar, profesionales de la salud y miembros de la comunidad sobre sus motivaciones y actitudes respecto a los comportamientos alimentarios y de actividad física de los niños y niñas y confirmaron esta técnica de como un método robusto para conocer los factores de riesgo de la obesidad infantil.

Una revisión sistemática publicada en 2021 en *Public Health Nutrition* (Pradeilles *et al.*, 2021) tenía como objetivo recoger las evidencias sobre preferencias de tamaño corporal de las mujeres que viven en África. El diseño consistió en una revisión sistemática de investigaciones llevadas a cabo en el ámbito de África urbana y rural y utilizó un enfoque explicativo secuencial para integrar resultados cuantitativos y cualitativos. No se incluyó ningún estudio sobre el ámbito del Sáhara Occidental en esta revisión. De los 73 artículos revisados, 50 utilizaron métodos cuantitativos, 15 cualitativos y 8 métodos mixtos. Los resultados del trabajo mostraron que había una preferencia por tamaños corporales con sobrepeso entre algunas mujeres africanas.

Otro resaltable trabajo apareció en 2022 en *Social Science & Medicine*, (Himmelgreen *et al.*, 2022). Sus autores y autoras utilizaron un enfoque mixto de revisión sistemática para estudiar la forma en que determinados problemas de salud se potencian mutuamente en condiciones de desigualdad e inequidad social. Los resultados pusieron en evidencia una fuerte sindemia⁴³ entre la inseguridad alimentaria y enfermedades crónicas relacionadas con la dieta.

Algunos trabajos más recientes han mostrado también la utilidad de los enfoques mixtos en los estudios sobre el estigma social asociado a la obesidad. Ishu Kataria y otros (Kataria *et al.*, 2022) realizaron un estudio entre adolescentes de Brasil, Indonesia y Sudáfrica para

⁴³ Sindemia es un término resultado de la unión de sinergia y epidemia. Aparece por primera vez en *Introduction to Syndemics. A Critical Approach Public and Community Health* de Merrill Singer (2009). El concepto hace referencia a un marco teórico que ayuda a explicar cómo interactúan entre sí ciertos problemas de salud pública en zonas geográficamente concentradas y cuyos efectos son especialmente nocivos en los grupos más desfavorecidos.

investigar los pensamientos negativos asociados al peso entre adolescentes. Los resultados revelaron la presencia de un estigma asociado al exceso de peso corporal más intenso sobre las mujeres y una insatisfacción más alta con el peso especialmente en las mujeres de Brasil y Sudáfrica.

El trabajo más reciente aparece publicado en 2023 en *Stigma and Health* (Berge *et al.*, 2023) y utilizó métodos cuantitativos para las mediciones antropométricas y cuestionarios sobre comportamientos dietéticos junto a entrevistas a los padres y las madres de niños y niñas con sobrepeso. El enfoque mixto permitió a los autores analizar las características y las diferencias de los testimonios entre progenitores de niños/niñas con y sin obesidad y las distintas concepciones de la salud entre las familias entrevistadas y resaltó la potencia que los métodos mixtos tienen en los estudios multifactoriales sobre la obesidad.

Es previsible que esta progresión de publicaciones que incorporan métodos mixtos en las investigaciones sobre obesidad se mantenga en los próximos años. Sin embargo, hasta el momento en que se escriben estos párrafos no he detectado estudios sobre la obesidad y el sobrepeso en las mujeres de los campamentos saharauis, que utilicen una metodología mixta en el diseño de investigación.

En la fase cualitativa el papel de la investigadora adquiere una centralidad que en un estudio puramente cuantitativo sería de menor relevancia. La investigadora es a la vez, la recolectora de datos y el instrumento de análisis (Ibáñez, 2000; Amezcua, 2000; González-Vega *et al.*, 2022). En las investigaciones con enfoque cualitativo, la posibilidad de alcanzar el conocimiento independientemente del investigador o la investigadora está descartada, y es ampliamente aceptado que todo el conocimiento producido, lleva dentro de sí mismo las características de la persona que investiga, y por tanto es intrínsecamente subjetivo (Scribano, 2001; Knoblauch, 2021). Reconocer este hecho es básico para entender algunas de las ventajas y limitaciones derivadas de mi condición de mujer, europea y enfermera en un contexto de trabajo como son los campamentos de refugiados saharauis. La propuesta epistemológica del conocimiento situado, en la que se enmarca esta tesis, asume que, para conseguir una mayor objetividad, deben quedar claramente establecidas las posiciones de partida de la investigadora y las relaciones en las que nos inscribimos, reconociendo nuestra parcialidad (Haraway, 2018; Martínez *et al.*, 2014). Mi posición de partida ha quedado claramente expuesta en la descripción de la estrategia metodológica empleada (ver «Situándome a mí misma»). Esta concepción de una objetividad feminista, que Sandra Harding denominaba «objetividad fuerte» (Harding, 1996), puede superar algunas de las limitaciones de las metodologías cualitativas puras.

2.2. Dificultades, aportaciones y cuestiones sobre el trabajo de campo

Como mujer, he podido acceder con facilidad a las conversaciones de grupos de mujeres y compartir confidencias sobre los hombres, el matrimonio, o el cuidado del cuerpo. Además, al no ser residente habitual de los campamentos se sentían más libres de compartir conmigo chismorreos sobre vecinas y amigas. Gracias a todo esto, se me ha permitido profundizar en el sentido de la vida que tienen las mujeres saharauis, y se han transformado también muchas de mis premisas iniciales que yo asumía como inmutables. Cualquier persona que visite los campamentos podrá observar que hay una mayoría de mujeres, niños y niñas y una escasez de hombres, ya que una gran parte de ellos se encuentran desplazados en los territorios ocupados durante semanas o meses bien por labores de nomadeo o por funciones defensivas militares.

Sin embargo, mi condición de mujer ha jugado en mi contra cuando he querido profundizar en conversaciones con los hombres. Algunos temas, especialmente los relacionados con la visión de ellos del estatus de la mujer o sus preferencias sobre los cuerpos femeninos, eran sistemáticamente eludidos con respuestas vagas, generales, y estrictamente ajustadas a lo socialmente correcto y esperable. De igual forma me ha sido imposible localizar y poder entrevistar a alguna mujer que reconociera consumir o haber consumido corticoides en algún momento. En mi opinión, y coincido con Rocío Medina (Medina, 2015) existe un autocontrol en el pueblo saharauí que les empuja a ser cautos y a controlar la información que es permitida ofrecer a una extranjera, una suspicacia que, en mi opinión, no es una muestra de rechazo o desconfianza sino más bien de refuerzo de la autonomía personal, de independencia y del deseo de mantener el control de la información que se puede transmitir. Algunas de mis observaciones han sido deducidas más por los silencios ante determinados temas y no por respuestas que en algunos casos intuía como predeterminadas.

Por otra parte, parece lógico que muchos datos sean mantenidos como información confidencial por el Frente Polisario. En la actualidad, el control demográfico en los campamentos constituye una cuestión muy sensible para las autoridades saharauis, que tratan de evitar la pérdida de población en los campamentos de refugiados, y mantienen los datos demográficos casi como un «secreto de Estado». En este sentido, conocer de forma precisa el número de habitantes en los campamentos y en cada *wilaya*, constituye un importante dilema para cualquier persona que realice estudios en esa región. No existe un padrón, ni datos que permitan conocer de forma exacta la proporción de hombres y mujeres e incluso las cifras sobre el total de habitantes en los campamentos, varía considerablemente según la fuente de información.

En mi caso, muchas de las dificultades con las que me he encontrado en mi trabajo de campo coinciden con las que describió Rocío Medina para la elaboración de su tesis, que desarrolló también en los campamentos de refugiados (Medina, 2015).

El viaje desde España hasta los campamentos, exige tomar al menos dos vuelos y en ocasiones tres, y con frecuencia obliga a pasar al menos una noche en Argel. Una vez aterrizada en Tindouf, hay que añadir el traslado hasta la *wilaya* de Auserd. Desde el año 2011, en el que se produjo el secuestro de 2 cooperantes españoles y una italiana en Rabouni (RTVE, 2011) el Frente Polisario restringió el alojamiento en casas familiares, así como el desplazamiento dentro de las *wilayas* y entre los campamentos. Las nuevas medidas de seguridad nos obligaban a establecernos en edificios especiales para las personas extranjeras que son conocidos como «protocolos». Cualquier salida fuera de los mismos debía ser previamente solicitada, el desplazamiento dentro de la *wilaya* debe realizarse siempre acompañado por una persona saharauí previamente identificada al responsable del protocolo y si el desplazamiento es fuera de la *wilaya* debía realizarse siempre con escolta militar. Esta restricción de los movimientos, junto a las extremas condiciones climáticas que me limitaban a las horas de menos calor para realizar las entrevistas y las mediciones, atrasaron el plan de trabajo previsto en numerosas ocasiones. Gracias a la ayuda que me prestaron las enfermeras y enfermeros de los dispensarios, gran parte de estos obstáculos pudieron ser solucionados y me facilitaron mucho el desplazamiento a las *jaimas* de las mujeres entrevistadas. Tengo una deuda de gratitud con ellas y ellos.

La limitación en el acceso a Internet y el abastecimiento eléctrico constituyen otro obstáculo en el trabajo de campo en los campamentos. En los dos primeros viajes no existía un abastecimiento continuo de energía eléctrica y ésta se interrumpía por las noches y a lo largo del día había frecuentes cortes. Tampoco disponía de una conexión a Internet, salvo puntualmente y en algunos lugares concretos. En el último viaje, la *wilaya* de Auserd ya disponía de electricidad permanente, aunque el acceso a Internet seguía siendo muy limitado.

2.3. El rol de la investigadora

Mi condición de enfermera ha sido un elemento que me ha proporcionado ventajas, pero también disonancias. Las mujeres me consultaban sobre muy diversos problemas de salud tanto suyos como de familiares, que yo he procurado atender en la medida de mis conocimientos o buscar a quien pudiera solucionarlo en caso contrario. Sin duda, esto ha sido un factor que me ayudó para acceder a otros grupos de mujeres y ampliar mis relaciones de amistad. Sin embargo, en los campamentos las enfermeras y los enfermeros se asocian a un tipo de autoridad que censura y persigue determinados comportamientos considerados no saludables, como el consumo excesivo de azúcar o el empleo de los corticoides. Esta situación ya ha sido observada anteriormente en algunos documentos

previos. Marta Curiel, responsable del «Podcast» *Sáhara: mujeres que enferman por otro canon de belleza* publicado por EL PAÍS en 2022, refleja a la perfección el esfuerzo de una enfermera y matrona local para detectar a las mujeres que consumen estos fármacos y el control de los medicamentos y «jarabes» que se venden de manera habitual en los comercios locales (El País, 2022). Cuando he querido profundizar en estos temas, a pesar de mis garantías de confidencialidad, he percibido la desconfianza que se tiene hacia una posible delatora e intuyo que respecto al uso indiscriminado de corticoides sólo he podido alcanzar el conocimiento de la punta del iceberg del problema.

2.4. Consideraciones sobre la selección muestral

La selección muestral que he empleado en la fase cualitativa, para reclutar a las mujeres y los hombres que fueron entrevistados, no se ajusta al concepto de muestreo en sentido estadístico, tal como se recomienda en ciencias sociales o en ciencias de la salud, y empleé el método que era posible en ese contexto que se encontraba muy limitado por las dificultades ya descritas, que afectaban al trabajo de campo. Como nos recuerda Priscilla Ulin, en una guía publicada por la OMS sobre la aplicación de métodos cualitativos en la investigación en salud pública, la lógica del muestreo intencional es diferente a la lógica del muestreo probabilístico y que las muestras intencionales pequeñas son idealmente más adecuadas para la investigación cualitativa en contextos sociales marginales o de difícil acceso (Ulin *et al.*, 2005).

La selección de participantes ha estado limitada por varios factores: mujeres que supieran hablar español o la disponibilidad de alguna amiga saharauí que supiera español y me hiciera las veces de traductora cuando la mujer entrevistada no hablaba mi idioma, disponer primero del permiso del responsable del protocolo y después de un medio para desplazarme, con el correspondiente conductor para acudir a la casa de las mujeres, y conseguir contactar previamente con ellas a través de una persona de confianza que permitiera que me abrieran sus casas. Las personas seleccionadas constituyen una muestra significativa sólo en el sentido cualitativo, y como muchos investigadores han mostrado, la riqueza de los datos proporcionados por los participantes en una investigación cualitativa y un minucioso proceso de observación tienen más peso en los resultados que el tamaño final de la muestra (Martínez-Salgado, 2012; Zarco *et al.*, 2019).

2.5. Ventajas y limitaciones sobre los instrumentos empleados

He mostrado anteriormente la relevancia que el rol de la investigadora tiene en la recogida de los datos de una investigación cualitativa. Sin embargo, en la fase cuantitativa, la importancia del instrumento de medida es esencial para garantizar la validez y fiabilidad de los resultados.

Para las mediciones de los índices de satisfacción y distorsión corporal, utilicé un cuestionario de siluetas graduadas (Stunkard, 1983; Maganto y Cruz, 2008) de menor a mayor tamaño. Los cuestionarios que utilizan siluetas de figuras humanas para medir variables como distorsión de la imagen corporal, satisfacción con el cuerpo, cuerpo ideal, etc., están contruidos tanto para mujeres como hombres de países occidentales, en los que los trastornos de la conducta alimentaria en relación con la imagen corporal se manifiestan en forma de cuadros anoréxico-bulímicos y no contemplan trastornos derivados del deseo de engordar. Dichos instrumentos están diseñados con el objetivo de detectar los riesgos de sufrir estos procesos patológicos emergentes relacionados con el comportamiento alimentario en poblaciones de países desarrollados, y especialmente dirigidos hacia los sectores de edad más joven, ya que los TCA constituyen un fenómeno moderno casi exclusivo de las sociedades industrializadas, como evidencian los trabajos revisados (Gil, 2007; Maganto & Cruz, 2008; Ramos *et al.*, 2016; Arija-Val & Canals, 2022).

La mayoría de los estudios publicados sobre trastornos de la imagen corporal se diseñan para detectar de forma precoz alguno de los TCA en población juvenil y adolescente, pero apenas existen trabajos similares que relacionen alteraciones de la imagen corporal en poblaciones con ideales de belleza distintos a los dominantes en Occidente, como sucede en regiones como Mauritania o el Sáhara Occidental. No he localizado ningún estudio que detecte tasas relevantes de TCA en algún país de África. De los estudios previos realizados en los campamentos, tan sólo el de Naigaga *et al.* (2018) utilizó como instrumento un cuestionario de siluetas (en su caso la escala de Stunkard), para evaluar el nivel de estimación del tamaño corporal de las mujeres saharauis. En este sentido, el presente trabajo constituye una aportación novedosa para mejorar el conocimiento de las alteraciones de la imagen corporal.

La falta de adaptación de los cuestionarios de siluetas a la realidad saharauí y sus concepciones de belleza femenina, implica un sesgo eurocéntrico en el diseño del cuestionario empleado y una limitación al aplicarlos en contextos como el del presente trabajo, por lo que debemos de tomar con precaución las conclusiones al comparar los datos obtenidos en nuestro trabajo con los de otros estudios realizados en sociedades con patrones y modelos estético corporales tan diferentes.

3. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

El análisis de los resultados resalta tres campos de investigación e intervención, que podrían desarrollarse en el futuro, y pasaré a desarrollar a continuación: la adaptación de los instrumentos de evaluación de la imagen corporal, la modificación de los programas de educación nutricional y el diseño de trabajos sobre género e imagen corporal que incorporen a los hombres como población de estudio.

En África, los problemas de salud relacionados con la alimentación y las concepciones sobre imagen corporal, atractivo físico y condiciones dietéticas son muy diferentes a las de los países occidentales. Los cuestionarios que utilizan siluetas de figuras humanas para medir variables como distorsión de la imagen corporal, satisfacción con el cuerpo, cuerpo ideal, etc. están contruidos tanto para mujeres como para hombres de países occidentales, en los que los trastornos de la conducta alimentaria relacionados con la imagen corporal se manifiestan en forma de cuadros anoréxico-bulímicos y no contemplan trastornos derivados del deseo de engordar. Este sesgo eurocéntrico en el diseño del cuestionario empleado supuso un inconveniente en la realización de este trabajo. No he localizado cuestionarios adaptados a esta realidad local por lo que considero necesario diseñar y validar instrumentos que se ajusten a realidades sociales y culturales distintas a las de occidente y que pudieran ser utilizados en futuras investigaciones.

Los distintos programas de educación nutricional que se han desarrollado en los campamentos, se centran sobre todo en tres aspectos nutricionales de la alimentación: en primer lugar, proporcionan información sobre los alimentos, sus componentes y nutrientes; en segundo lugar, aconsejan sobre la alimentación saludable especialmente en situaciones como el embarazo, la lactancia o la infancia y por último se ocupan de la preparación de los alimentos e higiene alimentaria. Este trabajo ha resaltado el peso que tienen las concepciones culturales sobre la figura y el cuerpo en la persistencia de la obesidad y el sobrepeso en las mujeres saharauis. Es imprescindible, por tanto, diseñar y desarrollar programas de educación nutricional dirigidos a mujeres (pero también a hombres), que incorporen dentro de sus contenidos, las idealizaciones de los cuerpos femeninos «grandes» como la causa de la obesidad, así como resaltar los peligros que para la salud de la mujer tienen algunos de los hábitos nocivos resaltados en este trabajo, como el empleo de corticoides y otros productos obesogénicos. En este sentido, recientemente he podido publicar un proyecto propio de educación nutricional dirigido al alumnado de educación secundaria de la wilaya de Auserd, en el que además de los contenidos tradicionales sobre componentes de la dieta, nutrientes e higiene alimentaria, se incorpora como elemento educativo el impacto sobre la salud de las tradiciones culturales relacionadas con el modelo de belleza. El programa fue publicado durante el primer año de la pandemia COVID, y aún está pendiente de su aprobación por las autoridades

saharauis y de la necesaria financiación para llevarlo a cabo (Alvarado, 2020). El mismo año en el que apareció publicado el citado programa de nutrición, se presentó en el FISAHARA, el film «El precio de la Belleza», un cortometraje del director Ahmed Mohamed (Mohamed, 2020) con fines educativos y dirigido al alumnado femenino de los colegios e institutos de los campamentos saharauis en el que, con un lenguaje cercano y fácilmente comprensible, se muestran los peligros para la salud de las jóvenes de prácticas como el consumo de corticoides, la aplicación de cremas blanqueadoras o las dietas hipercalóricas para ganar peso rápidamente.

Estimo que es fundamental desarrollar futuros programas que incorporen los aspectos anteriormente descritos y que impliquen en su implantación y de forma activa a las mujeres saharauis, especialmente a las más jóvenes, para intervenir y actuar con éxito en la disminución o al menos la contención de las tasas de obesidad femenina y de los problemas de salud asociados a ella.

La escasa representación de los hombres en este trabajo, tiene su explicación en tres hechos: la menor presencia en general de hombres en los campamentos en relación a las mujeres, el mayor rechazo de ellos a participar en trabajos de este tipo, donde tengan que hablar sobre aspectos como el atractivo femenino o las diferencias de género, y finalmente el hecho de que mi trabajo se centra en un problema de salud de las mujeres y por ello, me he centrado en las mismas, por lo que la intervención de los hombres ha sido marginal. Sin embargo, y quizás precisamente por todo lo anterior, considero que es fundamental el desarrollo de trabajos que incorporen mayoritariamente a los hombres en el estudio de algunos problemas de salud de las mujeres, como la obesidad o los trastornos por distorsión de la imagen corporal, y profundizar en sus concepciones y representaciones mentales sobre los cuerpos femeninos y las relaciones entre los géneros.

Desarrollar trabajos con metodología cualitativa, que incluyan grupos focales o entrevistas en profundidad, con muestras más amplias de hombres y con una rica producción de datos no es tarea fácil. Generalmente, a los hombres no les resulta fácil hablar de sus emociones, preferencias o deseos. En el entorno social de los campamentos del Sahara, a lo anterior se suma un mayor rechazo a participar cuando la que pregunta es una mujer. Estas situaciones, constituyen «actos de masculinidad», que Jorge Marcos describió como una forma de subjetividad que genera en los hombres un sentido de pertenencia grupal y que contribuye a minimizar determinados riesgos en las relaciones interpersonales con personas desconocidas (Marcos-Marcos *et al.*, 2020).

Es muy probable, que muchos de los motivos que se esconden tras las barreras que impiden que los hombres hablen con mayor libertad y franqueza sobre los temas tratados en esta tesis, tienen que ver con la denominada masculinidad hegemónica que las evidencias han revelado como un factor limitante para el desarrollo humano sostenible (Marcos-Marcos *et*

al., 2020). Como advertía Mikel Otxotorena (Otxotorena Fernández, 2009), en su propuesta para incorporar a los hombres en los procesos de cooperación al desarrollo que sostenía lo siguiente:

Da la sensación que sólo se cuestione la ubicación de los hombres en los proyectos de desarrollo, en cuanto a los efectos que tengan sobre las mujeres. Esto nos puede llevar a la conclusión, que lo que cuenta es que las mujeres estén ahí, aun jugando con las mismas reglas del juego, es decir unas reglas sexistas, hegemónicas y patriarcales. No podemos pretender querer para los hombres lo que no queremos para las mujeres. Estamos buscando un desarrollo humano sostenible, basado en la igualdad, la justicia, la equidad y la democracia (Otxotorena Fernández, 2009).

El propio autor, reconoce la escasez de datos sobre trabajos, experiencias u organizaciones desarrollados en África y que incorporen a los hombres en sus proyectos de desarrollo (Otxotorena Fernández, 2009). Por mi parte, estoy convencida que en la mente de los hombres saharauis hay un verdadero yacimiento de ideas, deseos, frustraciones y revelaciones y que trabajos futuros con métodos específicos, que tengan en cuenta esta realidad local y que cuenten con la paciencia de una excavación arqueológica sean capaces de incorporar a los hombres en sus diseños de investigación para obtener datos que pueden contribuir a mostrarnos una realidad semioculta y que proporcione una visión más amplia, sincera y profunda del pueblo saharauí.

CONCLUSIONES



1 El sobrepeso y la obesidad en las mujeres de los campamentos de refugiados saharauís, constituye un problema de salud, que influye en su calidad de vida, y limita algunos aspectos de su autonomía funcional. El 60,4% de las mujeres que participaron en la muestra, presentan un exceso de peso. Este exceso se manifiesta como sobrepeso en el 38,5% de las mujeres y como obesidad en el 21,9%. Aunque la obesidad y el sobrepeso constituyen un riesgo para la salud que afecta especialmente a las mujeres, los datos recogidos son similares a los de países del entorno de los campamentos saharauís, y de la mayoría de países desarrollados, lo cual concuerda con la declaración de la obesidad como una pandemia global, por lo que la obesidad femenina, no constituye un problema de salud mayor en las mujeres de los campamentos saharauís que en las mujeres del resto de países. Aunque hay pruebas de que la situación nutricional entre las mujeres y la población infantil de los campamentos se caracteriza por el doble fenómeno de desnutrición y obesidad, los resultados de este trabajo doctoral no han encontrado ningún caso de infrapeso entre las mujeres estudiadas, que puedan sugerir la presencia de desnutrición.

Respecto a la relación de la obesidad como problema de salud, los resultados muestran que existe una fuerte tendencia en la sociedad saharauí a relacionar la obesidad con un buen estado de salud y la delgadez con enfermedad o mala salud.

2 Pese a las altas cifras de sobrepeso y obesidad detectadas, las mujeres tienen un alto grado de satisfacción y aceptación de su cuerpo. El grado de satisfacción con la imagen corporal detectado al analizar las respuestas de las mujeres, sugiere un alto grado de aceptación del tamaño y la figura corporal y no se han encontrado datos que indiquen situaciones de frustración o ansiedad motivadas por el deseo de perder peso. Respecto a la distorsión de la imagen corporal, los resultados evidencian una tendencia entre las mujeres estudiadas hacia la infraestimación de su tamaño corporal, identificándose a sí mismas con un cuerpo más delgado del que realmente tienen. Los datos muestran que el 92,4% de las mujeres participantes en el estudio presenta una tendencia a infradimensionar la figura y se ven a sí mismas más delgadas de lo que realmente están. Tanto el alto grado de satisfacción con el tamaño corporal, incluso con presencia de sobrepeso y obesidad, como la identificación con un cuerpo más delgado del real, constituyen fenómenos

singulares y que no concuerdan con los resultados de otros estudios similares realizados en mujeres de sociedades occidentales. Ambos fenómenos sugieren que la obesidad de las mujeres en el Sáhara constituye un aspecto deseable y atractivo en la apariencia física femenina y que no arrastra con la carga de estigmatización sobre el peso corporal, como sucede en otras sociedades.

3

Los resultados muestran que las prácticas tradicionales de alimentación forzosa de niñas y jóvenes han desaparecido y no hay evidencias de que se mantengan en la actualidad en el área de los campamentos saharauis. Sí se ha detectado el consumo en ocasiones puntuales entre mujeres y niñas de preparaciones culinarias hipercalóricas cuando hay deseo de ganar peso, así como el empleo de productos naturales de la medicina popular saharauí para abrir el apetito.

Los datos recogidos señalan una transformación desde las antiguas prácticas de sobrealimentación hacia métodos farmacológicos más modernos, con graves consecuencias potenciales para la salud de las mujeres. Algunas de ellas conocen los efectos secundarios de los corticoides sobre la salud, sin embargo, los resultados sugieren que se consumen productos farmacéuticos cuyos principios activos incluyen corticoides para ganar peso de forma rápida. También se ha detectado, especialmente entre las mujeres más jóvenes, la utilización de cremas con corticoides para blanquear la piel, junto a otras prácticas como cubrirse el cuerpo con varias capas de ropa cuando se sale al exterior.

4

Las discrepancias que se han detectado entre hombres y mujeres acerca de sus preferencias sobre el cuerpo y tamaño corporal femenino sugieren que las opiniones y comentarios entre los grupos de mujeres constituyen una importante forma de presión social sobre las propias mujeres. El temor y la vergüenza de ser objeto de la crítica social a través del cotilleo por estar demasiado delgada, constituyen factores que contribuyen a la persistencia de la obesidad y el sobrepeso entre las mujeres. El temor a la crítica social es especialmente acusado entre las madres respecto a sus hijas. La asociación compartida en la sociedad saharauí de la obesidad con elementos positivos como la salud, el prestigio familiar o la muestra de un correcto cuidado de las madres a sus hijas, constituye un factor de presión sobre las madres

que transmiten esa presión sobre el cuerpo de sus hijas, para hacer que éstas tengan el peso corporal socialmente considerado como más «saludable».

5

Los resultados han descubierto tres elementos característicos de la vida en los campamentos saharauis que contribuyen al mantenimiento de la obesidad entre las mujeres, y que dificultan la práctica de estilos de vida más «saludable». En primer lugar, las limitaciones de la canasta básica de alimentos. La condición de población saharauí como refugiada la convierte en dependiente de la ayuda internacional en el acceso a los productos alimenticios. La escasez de verduras, frutas y productos frescos incluidos en la canasta básica de alimentos, y la dificultad para acceder a este tipo de productos por otro tipo de vías, hace que la dieta habitual se convierta en monótona y pobre en los productos habitualmente recomendados para una dieta equilibrada. El segundo elemento lo constituye el rechazo de muchas mujeres a la práctica de ejercicio físico, adaptado a las condiciones del entorno de los campamentos. El poco interés que despierta en las mujeres la práctica del ejercicio es consecuencia de la suma de factores como las condiciones climáticas habituales en la hamada de Tindouf, las limitaciones derivadas del vestido tradicional (melfha) y la incomodidad frente a la violencia visual de los hombres. Por último, la ceremonia y el ritual del té constituye una seña de identidad del pueblo saharauí. Sin embargo, un elevado consumo diario de té, el cual constituye un instrumento de cohesión social, junto a la alta carga de azúcar que tiene constituye un factor más en el mantenimiento de la obesidad y el sobrepeso.

6

El trabajo colaborativo y la solidaridad entre las mujeres constituyen un factor esencial para garantizar la seguridad alimentaria de las familias, repartir distintas tareas de forma colaborativa entre las mujeres y contrarrestar los desequilibrios que se pueden presentar entre los distintos grupos familiares. La fraternidad tuiza continúa vigente entre las mujeres saharauis e implica compartir lo que se tiene con quien lo necesita. Compartir alimentos, bienes, trabajo doméstico o con el ganado, constituye una obligación, pero a la vez es esencia de la identidad de las mujeres saharauis y es uno de los principales elementos que ha permitido solventar los graves problemas que se han encontrado desde el exilio y la subsistencia del pueblo saharauí. Los resultados han mostrado que son las iniciativas promovidas y gestionadas por mujeres saharauis, como el desarrollo de huertos familiares y

colectivos o la instalación de una piscifactoría para criar especies de tilapia, las que contribuyen de forma más eficaz a la autosuficiencia alimentaria, la mejora de la dieta saharaui y el aumento de la cohesión social del pueblo saharaui.

7

La metodología mixta de investigación, se ha revelado como un instrumento eficaz para aplicar la interseccionalidad en la investigación de problemas con múltiples dimensiones de estudio como es el caso de la obesidad. El análisis de la obesidad como problema de estudio ha puesto en evidencia la etiología multifactorial de la misma, donde confluyen problemas de origen biológico-médico, psicológicos, culturales, económicos, sociales, familiares, de género, etc. La aplicación en una misma investigación de métodos cualitativos y cuantitativos, ha permitido la triangulación de datos de muy distinta procedencia como son las mediciones de peso y talla, los cuestionarios de análisis de las alteraciones de la imagen corporal, las mediciones estadísticas cuantitativas, las entrevistas individuales semiestructuradas, los análisis documentales o la observación participante. Este amplio abanico en la procedencia de los datos, permite una aproximación más profunda y holística a un problema de salud tan multidimensional como es la obesidad.

REFERENCIAS

- Abarca-Gómez, L., Abdeen, Z. A., Hamid, Z. A., Abu-Rmeileh, N. M., Acosta-Cazares, B., Acuin, C., Adams, R. J., Aekplakorn, W., Afsana, K., Aguilar-Salinas, C. A., Agyemang, C., Ahmadvand, A., Ahrens, W., Ajlouni, K., Akhtaeva, N., Al-Hazzaa, H. M., Al-Othman, A. R., Al-Raddadi, R., Al Buhairan, F., ... Ezzati, M. (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*, 390(10113), 2627–2642. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)32129-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32129-3)
- ACAB. (2021). *La Pandemia Aumenta La Insatisfacción corporal Entre Los Adolescentes*. ACAB. https://www.acab.org/wp-content/uploads/2021/11/NP_-Encuesta-anual-Asociacio-contra-lanorexia-i-la-bulimia-1.pdf
- ACNUR. (2013). *Encuesta de Nutrición campamentos de Refugiados del Sahara Occidental, Tinduf, Argelia*. DocPlayer. <https://docplayer.es/10427186-Encuesta-de-nutricion-campamentos-de-refugiados-del-sahara-occidental-tinduf-argelia.html>
- ACNUR. (2018). *Sahrawi Refugees in Tindouf, Algeria: Total In-Camp Population*. USC. https://www.usc.gal/export9/sites/webinstitucional/gl/institutos/ceso/descargas/S_RES_2548_2020_EN.pdf
- ACNUR. (2019). *Encuesta sobre Nutrición 2019 campamentos de refugiados*. vdocuments.mx. <https://vdocuments.mx/encuesta-sobre-nutricin-2019-campamentos-de-refugiados-.html?page=1>
- Acuña Leiva, V., Niklitschek Tapia, C., Quiñones Bergeret, Á., & Ugarte Pérez, C. (2020). Insatisfacción de la Imagen Corporal y Estado nutricional en estudiantes universitarios. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 279–294. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.344>
- Adamson, M. W. (2004). *Food in medieval times*. Greenwood Press.
- Adeboye, B., Bermano, G., & Rolland, C. (2012). Obesity and its health impact in Africa : A systematic review : Review article. *Cardiovascular Journal Of Africa*, 23(9), 512–521. <https://doi.org/10.5830/cvja-2012-040>
- Adlbi Sibai, S. (2014). El «Hiyab» en la obra de fátima mernissi o la paradoja del silenciamiento. Hacia un pensamiento islámico decolonial. *Tabula Rasa*, (21), 47–76. <https://doi.org/10.25058/20112742.3>
- Adlbi Sibai, S. (2017). *La cárcel del feminismo: Hacia un pensamiento islámico decolonial*. Akal.
- AECID. (2015). *Población refugiada saharauí: Plan operativo anual*. Biblioteca Digital AECID. <https://bibliotecadigital.aecid.es/bibliodig/es/consulta/registro.do?id=12406>
- AECID. (2018). *La aecid comprometida con la salud en los campamentos saharauís*. aecid.es. <https://www.aecid.es/w/la-aecid-comprometida-con-la-salud-en-los-campamentos-saharauis>
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (2021). *Centro de Información de Medicamentos*. CIMA. <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>

- Aguado, E. (2002). *La recuperación del Observador en la construcción del dato*. Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales. <https://cintademoebio.uchile.cl/index.php/CDM/article/view/26545>
- Agudo, A. (2021). *Una ración de tilapia para el pueblo saharai*. El País. <https://elpais.com/planeta-futuro/2021-11-12/una-ration-de-tilapia-para-el-pueblo-saharai.html>
- Aguilera, C., Labbé, T., Busquets, J., Venegas, P., Neira, C., & Valenzuela, Á. (2019). Obesidad: ¿Factor de Riesgo O enfermedad? *Revista Médica de Chile*, 147(4), 470–474. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872019000400470>
- Aguirre-Loaiza, H., Reyes, S., Ramos-Bermúdez, S., Bedoya, D. A., & Franco, A. M. (2016). *Relación entre imagen corporal, dimensiones Corporales y Ejercicio Físico en usuarios de Gimnasios*. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311148817015>
- ALADINO. (2019). *Estudio sobre Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2019*. Aesan. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/detalle/aladino_2019.htm
- Aldeeb Abu-Sahlieh, S. A. (2004). Limites du sport en droit musulman et arabe. *Confluences Méditerranée*, 3(50), 93. <https://doi.org/10.3917/come.050.0093>
- Alegria Ezquerro, E., Castellano Vázquez, J. M., & Alegría Barrero, A. (2008). Obesity, metabolic syndrome, and diabetes: Cardiovascular implications and therapy. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 61(7), 752–764. [https://doi.org/10.1016/s1885-5857\(08\)60212-1](https://doi.org/10.1016/s1885-5857(08)60212-1)
- Alimoradi, Z., Golboni, F., Griffiths, M. D., Broström, A., Lin, C.-Y., & Pakpour, A. H. (2020). Weight-related stigma and psychological distress: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Nutrition*, 39(7), 2001–2013. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.10.016>
- Alvarado Olmedo, L. (2016). Obesidad, cultura e imagen corporal en un grupo de mujeres saharauis. En *Nutrición Hospitalaria, III Congreso Iberoamericano de Salud Integral*. (24-48)
- Alvarado Olmedo, L. (2020). Programa de Educación nutricional dirigido al alumnado de Educación Secundaria de la Wilaya de Auserd (Tindouf). *Revista de Educación de La Universidad de Granada*, 27, 269–287. <https://doi.org/10.30827/reugra.v27i0.18012>
- Alvarado Olmedo, L., Quero Alfonso, A., Mohamed Ali, O., Ali, M., & García Calvente, M. del. (2020). Sobrepeso y obesidad en un grupo de mujeres saharauis y relación con los ideales de belleza. *Index de Enfermería*, 29(1–2), 23–27. <https://doi.org/10.4321/s1132-12962020000100006>
- Amezcu, M., & Carricondo Guirao, A. (2000). Investigación Cualitativa en España: análisis de la producción bibliográfica en salud. *Index Enferm*, 28(9), 26–34.

- Amnesty International. (2021). *Sex workers' rights are human rights*. Amnesty International. <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2015/08/sex-workers-rights-are-human-rights/>
- Andreyeva, T., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2008). Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995-1996 through 2004-2006. *Obesity*, 16(5), 1129-1134. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.35>
- Aranzadi Martínez, J. (2008). *Introducción histórica a la Antropología del Parentesco*. Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Arenilla Juanas, I. (2012). Posible trastorno de la conducta alimentaria en una adolescente. Test de siluetas como herramienta de cribado. *Form Act Pediatr Aten Prim*, 5(4), 196-202.
- Arija Val, V., & Canals, J. (2022). Prevention of eating disorders in primary education. *Nutrición Hospitalaria*, 39, 81-85. <https://doi.org/10.20960/nh.04182>
- Arroyo-Izaga, M., Andía Muñoz, V., & Demon, G. (2016). Diseño de un programa de educación nutricional destinado a mujeres Saharauis Residentes en los Campamentos de Tinduf (Argelia). *Nutrición Hospitalaria*, 33(1). <https://doi.org/10.20960/nh.25>
- Atalayar. (2022). *Sáhara Occidental: Clarificaciones sobre el cambio de postura de España*. Atalayar. <https://www.atalayar.com/opinion/alberto-suarez-sutil/sahara-occidental-clarificaciones-sobre-el-cambio-de-postura-de-espana/20220425112424136402.html>
- Ayala, G. X., Monge-Rojas, R., King, A. C., Hunter, R., & Berge, J. M. (2021). Entorno social Y Obesidad Infantil: Implicaciones para la investigación y la práctica en estados unidos y en los países latinoamericanos. *Obesity Reviews*, 22(S5). <https://doi.org/10.1111/obr.13350>
- Azizi, F., Azadbakht, L., & Mirmiran, P. (2005). Trends in overweight, obesity and central fat accumulation among tehranian adults between 1998-1999 and 2001-2002: Tehran Lipid and glucose study. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 49(1), 3-8. <https://doi.org/10.1159/000084171>
- Bacon, L., & Severson, A. (2019). *Fat is not the problem-fat stigma is*. Scientific American Blog Network. <https://blogs.scientificamerican.com/observations/fat-is-not-the-problem-fat-stigma-is/>
- Baladé Martínez, L., Montero Corominas, D., & Macías Saint-Gerons, D. (2016). Uso del Tratamiento Hormonal Sustitutivo en España: Tendencias en el período 2000-2014. *Medicina Clínica*, 147(7), 287-292. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2016.05.023>
- Balbi, M. B. (2013). *Influencia de modelos ideales de belleza y delgadez, propuestos por los medios de comunicación, en adolescentes mujeres*. Universidad del Salvador. (trabajo final de carrera).

- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and Health Inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>
- Barba, R. (2022). *Conflicto Marruecos-Argelia: Papel de España Y escenarios a Medio Plazo*. Global Affairs and Strategic Studies. <https://www.unav.edu/web/global-affairs/conflicto-marruecos-argelia-papel-de-espana-y-escenarios-a-medio-plazo>
- Barberá-Heredia, E. (2008). Desarrollo histórico en la investigación psicológica del enfoque de género. *Revista historia de la psicología*, 29, 25-33
- Barragán, R., Rubio, L., Portolés, O., Asensio, E. M., Ortega, C., Sorlí, J. V., & Corella, D. (2018). Estudio de Investigación Cualitativa sobre las diferencias entre hombres y mujeres en la Percepción de la obesidad, sus causas, abordaje y repercusiones para la salud. *Nutrición Hospitalaria*, 35(5), 1090. <https://doi.org/10.20960/nh.1809>
- Bartky, S. (2015). *Femininity and domination: Studies in the phenomenology of oppression*. Routledge.
- Bartky, S. L. (2020). Foucault, femininity, and the modernization of Patriarchal Power. *Feminist Theory Reader*, 342–352. <https://doi.org/10.4324/9781003001201-41>
- Bauce, G. (2021). Índice de masa corporal, peso ideal y porcentaje de grasa corporal en personas de Diferentes Grupos Etarios. *Revista Digital de Postgrado*, 11(1). <https://doi.org/10.37910/rdp.2022.11.1.e331>
- Bauman, Z. (2000). *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Gedisa Editorial.
- Bautista Rodríguez, M., Guadarrama Guadarrama, R., & Veytia López, M. (2020). Prevalencia de obesidad según los indicadores: porcentaje de grasa corporal, índice de masa corporal y circunferencia de cintura. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 40(3). <https://doi.org/https://doi.org/10.12873/403bautista>
- Baya E, M.-L. (2002). *El Sahara Occidental: alimentación y cocina tradicional: aspectos culturales, lingüísticos y etnobotánicos*. (thesis). Universidad de Granada.
- BBC. (2020). *Trump reconoce La Soberanía marroquí del Sahara Occidental y anuncia la normalización de relaciones entre Marruecos e Israel*. BBC News Mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-55267560>
- Beiruk, S. (2022). Suelma Beiruk: «Las mujeres saharauis ofrecen las más bellas lecciones de resiliencia frente a la ocupación marroquí.» *POR UN SAHARA LIBRE.ORG*. <https://porunsaharalibre.org/2022/03/09/suelma-beiruk-las-mujeres-saharauis-ofrecen-las-mas-bellas-lecciones-de-resiliencia-frente-a-la-ocupacion-marroqui/>
- Bell, C., Kirkpatrick, S. W., & Rinn, R. C. (1986). Body image of anorexic, obese, and normal females. *Journal of Clinical Psychology*, 42(3), 431–439. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198605\)42:3<431::aid-jclp2270420305>3.0.co;2-i](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198605)42:3<431::aid-jclp2270420305>3.0.co;2-i)
- Bencheneb, R. (1983). Le Mouvement Intellectuel et littéraire algérien à la fin du xixe et au début du xxe Siècle. *Revue Française d'histoire d'outre-Mer*, 70(258), 11–24. <https://doi.org/10.3406/outre.1983.2407>

- Bendjelid, A. (2006). Femmes et sport dans les pays méditerranéens. Erraïs Borhane et Lanfranchi Marie-Christine. *Insaniyat*, (34), 179–182. <https://doi.org/10.4000/insaniyat.10120>
- Bengoechea Tirado, E. (2013). La movilización nacionalista saharaui y las mujeres durante el último periodo colonial español. *Revista Historia Autónoma*, (3), 113–128.
- Benítez Brito, N., Pérez-López, A., Camacho-López, S., Fernández-Villa, T., Petermann-Rocha, F., Valera-Gran, D., Almendra-Pegueros, R., Martínez-Sanz, J. M., Gamero, A., Nava-González, E. J., Baladia, E., & Navarrete-Muñoz, E. M. (2021). Estigmatización de la obesidad: Un problema a erradicar. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 25(1), 5–7. <https://doi.org/10.14306/renhyd.25.1.1271>
- Benn, T., Pfister, G., & Jawad, H. (2011). *Muslim women and Sport*. Routledge.
- Bentham, J. (2011). *Panóptico*. Utopía.
- Berge, J. M., Trofholz, A., Danner, C., Brandenburg, D., Pusalavidyasagar, S., & Loth, K. (2023). Weight- and health-focused conversations in racially/ethnically diverse households with and without a child with overweight/obesity. *Stigma and Health*, 8(2), 139–149. <https://doi.org/10.1037/sah0000268>
- Bernard, H. R. (2018). *Research methods in anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*. AltaMira Press.
- Bernus, E. (1990). *Dates, dromedaries and Drought: diversification in Tuareg pastoral systems*. Editions Plume.
- Biadgilign, S., Mgutshini, T., Haile, D., Gebremichael, B., Moges, Y., & Tilahun, K. (2017). Epidemiology of obesity and overweight in sub-Saharan africa: A Protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 7(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017666>
- Bindel, J. (2004). *Profitable exploits: Lap dancing in the UK*. London Metropolitan University.
- Bindel, J. (2017). *The pimping of prostitution: Abolishing The sex work myth*. Palgrave Macmillan.
- Blanch, L. (2014). *Running head: BODY IMAGE AND SELF-REPRESENTATION 1 Under Construction: Body Image and Self-Representation in Virtual Worlds partial fulfillment of the requirements for PSYC4170F*. (Tesis). University of Windsor.
- Blay, Y. A. (2011). Skin Bleaching and Global White Supremacy: By Way of Introduction. *The Journal of Pan-African Studies*.
- Boisha, L. (2012). *Ritos de Jaima*. Bubisher.
- Bollero, D. (2020). *Narcotráfico, milicias y resiliencia: El Guerguerat, la frontera del Sáhara Occidental invadida por Marruecos*. Público. <https://www.publico.es/internacional/narcotrafico-milicias-resiliencia-guerguerat-frontera-sahara-occidental-invadida-marruecos.html>

- Bolton, L. (2013). Existentialism and contemporary cinema. A beauvoirian perspective. *Journal of Contemporary European Studies*, 21(3), 454-456. <https://doi.org/10.1080/14782804.2013.823683>
- Borrell, C., Pasarín, M. I., Díez, E., Pérez, K., Malmusi, D., Pérez, G., & Artazcoz, L. (2020). Las desigualdades en salud como prioridad política en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 69-76. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.04.004>
- Bourdieu, P. (2000). *La Dominación masculina*. Anagrama.
- Bouyach, A. (2003). *Réforme de la Moudawana au Maroc*. IEMed. <https://www.iemed.org/publication/reforme-de-la-moudawana-au-maroc/?lang=fr>
- Bray, G. A., Kim, K. K., & Wilding, J. P. H. (2017). Obesity: A chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obesity Reviews*, 18(7), 715-723. <https://doi.org/10.1111/obr.12551>
- Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Paidós.
- Caballero, B. (2005). Una paradoja nutricional. Bajo peso y obesidad en el desarrollo los países. *N Engl J Med*, 15.
- Cabré I Pairet, M., & Ortiz, T. (2001). *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, Siglos XII-XX*. Icaria Editorial.
- Cadena Iñiguez, P., Rendón-Medel, R., Aguilar-Ávila, J., Salinas- Cruz, E., De la Cruz- Morales, F. del, & Sangerman- Jarquín, D. Ma. (2017). Métodos cuantitativos, Métodos Cualitativos o Su Combinación en la Investigación: Un acercamiento en las ciencias sociales. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*, 8(7), 1603-1617. <https://doi.org/10.29312/remexca.v8i7.515>
- Caixàs, A., Villaró, M., Arraiza, C., Montalvá, J.-C., Lecube, A., Fernández-García, J.-M., Corio, R., Bellido, D., Llisterri, J.-L., & Tinahones, F.-J. (2020). Documento de Consenso de la sociedad española de obesidad (SEEDO) y de la sociedad española de médicos de atención primaria (Semergen) sobre la continuidad asistencial en obesidad Entre Atención Primaria y unidades Especializadas Hospitalarias 2019. *Medicina Clínica*, 155(6). <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2019.10.014>
- Cano-Portero, R., Sierra Moros, M. J., & Tello-Anchuela, O. (2015). *Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia epidemiológica. Ponencia de Vigilancia Epidemiológica: 9 de abril de 2013. Comisión de Salud Pública: 19 de junio de 2013. Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud: 23 de julio de 2013*. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Centro Nacional de Epidemiología (CNE). <https://repisalud.isciii.es/handle/20.500.12105/5345>
- Caratini, S. (2006). *La Prisión del tiempo: Los Cambios Sociales en los campamentos de refugiados saharauis*. DocPlayer. <https://docplayer.es/10426079-La-prision-del-tiempo-los-cambios-sociales-en-los-campamentos-de-refugiados-saharauis.html>

- Carbonell, B. (2005). Las Tabibas. Saberes y Poderes de las Mujeres Que, en el Sahara, Transitan Los Siglos. *Gazeta de Antropología*, (21). <https://doi.org/10.30827/digibug.7221>
- Caro Baroja, J. (2008). *Estudios Saharianos*. Calamar Edición y Diseño.
- Carretero-Anibarro, E., & Hamud-Uedha, M. (2020). Prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 no diagnosticada en la Población Saharaui de los campamentos de refugiados saharauis de tinduf, Argelia. *Medicina Clínica*, 155(10), 461-462. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2019.05.035>
- Carrión, F. (2022). *Los Jóvenes Saharauis Piden Paso a la Vieja Guardia del Polisario: «Nos Gobiernan Unos Dinosaurios.»* El Independiente. <https://www.elindependiente.com/internacional/2022/10/31/los-jovenes-saharauis-piden-paso-a-la-vieja-guardia-del-polisario-nos-gobiernan-unos-dinosaurios/>
- Cartaya Quintero, R., Brito Yera, A., Guevara, D. I., Pérez Santana, D., & Álvarez Gil, M. (2020). Percepción de la Imagen corporal y propensión a la vigorexia en un grupo de usuarios de gimnasios. *Revista de Ciencias de La Salud*, 4(3), 19. <https://doi.org/10.33936/qkracs.v4i3.2855>
- Cash, T. F., & Smolak, L. (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. Guilford.
- Castaldo, M. (2005). *Mujeres Saharauis*. SaharaLibre. <http://www.saharalibre.es/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=52&page=5>
- Castillo Cerezuela, Q. (2018). Avatar Brah: «La identidad siempre es un proceso, no un producto final.» *Elsaltodiario* [www.elsaltodiario.com](https://www.elsaltodiario.com/pensamiento/entrevista-avatar-brah-identidad-siempre-proceso-no-un-producto-final). <https://www.elsaltodiario.com/pensamiento/entrevista-avatar-brah-identidad-siempre-proceso-no-un-producto-final>
- CEAS Sahara. (2022). *El presidente de la media Luna Roja Saharaui, Buhabeni Yayh, participa en «voz saharai»*. CEAS Sahara. <https://ceas-sahara.es/el-presidente-de-la-media-luna-roja-saharai-buhabeni-yayh-participa-en-voz-saharai/>
- Centro Nacional de Epidemiología. (2022). *Covid-19 en España*. ISCIII. <https://cnecovid.isciii.es/covid19/>
- CERAI. (2020). *Plan estratégico Población Refugiada Saharaui 2020-2024*. Cerai. <https://cerai.org/wordpress/wp-content/uploads/2021/07/PLAN-ESTRATEGICO-SAHARA-Cooperacion-CERAI.pdf>
- CERAI. (2021). *Los huertos familiares en los campamentos saharauis inician la campaña agrícola 2021-2022*. CERAI. <https://cerai.org/los-huertos-familiares-en-los-campamentos-saharauis-inician-la-campana-agricola-2021-2022/>
- Chapkis, W. (1986). *Beauty Secrets Women and the politics of appearance*. Royal N.S.W. Institute for Deaf and Blind Children.

- Cheng, J.-T., Liu, I.-M., & Shen, S.-C. (2022). Plant therapeutics. *Plants*, 11(20), 2720. <https://doi.org/10.3390/plants11202720>
- Chioma Steady, F. (1981). *The black woman cross-culturally*. Cambridge, Mass. Schenkman Pub. Co.
- Chioma Steady, F. (2011). *Women and leadership in West Africa: Mothering the nation and humanizing the State*. Palgrave Macmillan.
- CIA. (2015). *The World Factbook*. Central Intelligence Agency. <https://www.cia.gov/the-world-factbook/>
- CICODE. (2018). *Plan propio de cooperación al desarrollo de la Universidad de Granada*. Centro de Iniciativas de Cooperación al Desarrollo. Universidad de Granada. https://cicode.ugr.es/pages/proyectos_internacionales/proyectos-cud/2018_programa_11/c18_p11_sreci
- CIE-11. (2023). *CIE-11 para las estadísticas de mortalidad y morbilidad*. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Cixous, H. (1995). *La Risa de la Medusa*. Anthropos.
- Claude Mbanya, J., Assah, F. K., Saji, J., & Atanga, E. N. (2014). Obesity and type 2 diabetes in Sub-Sahara Africa. *Current Diabetes Reports*, 14(7). <https://doi.org/10.1007/s11892-014-0501-5>
- Cluzel, C. (2021). *Mauritania, Donde la obesidad es el ideal de Belleza*. El País. <https://elpais.com/planeta-futuro/2021-06-03/mauritania-donde-la-obesidad-es-el-ideal-de-belleza.html>
- Cobo Bedia, R. (1995). Género. In C. Amorós (Ed.), *Diez palabras clave sobre mujer*. Verbo Divino.
- Cole, E. R. (2009). Intersectionality and research in psychology. *American Psychologist*, 64(3), 170–180. <https://doi.org/10.1037/a0014564>
- Colley, R. C., Garriguet, D., Janssen, I., Craig, C. L., Clarke, J., & Tremblay, M. S. (2011). Physical activity of Canadian adults: Accelerometer results from the 2007 to 2009 Canadian health measures survey. *Health Rep*, 22(1), 15–23.
- Collins, P. Y., Von Unger, H., & Armbrister, A. (2008). Church ladies, good girls, and locas: Stigma and the intersection of gender, ethnicity, mental illness, and sexuality in relation to HIV risk. *Social Science & Medicine*, 67(3), 389–397. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.013>
- Cooper, H. (2016). *Cuando la belleza significa tener La Piel Blanca*. The New York Times. <https://www.nytimes.com/es/2016/12/08/espanol/cultura/cuando-la-belleza-significa-tener-la-piel-blanca.html>
- Corbin, J. (2015). *Basics of qualitative research. techniques and procedures for developing grounded theory*. SAGE Publications.

- Córdoba Sánchez, P. (2016). *El feminismo en los países árabes*. (trabajo final de carrera). Universitat Oberta de Catalunya.
- Corrochano, J. (2022). *El Caso Ghali y sus consecuencias Para España*. The Political Room. <https://thepoliticalroom.com/el-caso-ghali-y-sus-consecuencias-para-espana/>
- Costa-Font, J., & Györi, M. (2020). The weight of patriarchy? gender obesity gaps in the Middle East and North Africa (MENA). *Social Science & Medicine*, 266, 113353. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113353>
- Couto, M. T., De Oliveira, E., Separavich, M. A., & Luiz, O. D. (2019). La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el Campo de la Salud Pública: Revisión Narrativa de las Producciones Teórico-Metodológicas. *Salud Colectiva*, 15. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1994>
- Cozza, N. (2010). Alimentación e identidad entre los jóvenes refugiados saharauis. In D. Chatty (Ed.), *Jóvenes desterritorializados refugiados saharauis y afganos en la márgenes del Medio Oriente* (pp. 119–41). Oxford: Libros Berghahn.
- Craig, P. (2023). *Tea in the Sahara: The Police's synchronicity at 40*. Rock and Roll Globe. <https://rockandrollglobe.com/rock/tea-in-the-sahara-the-polices-synchronicity-at-40/>
- Cresswell, J., Campbell, O. M., De Silva, M. J., & Filippi, V. (2012). Effect of maternal obesity on neonatal death in sub-saharan africa: Multivariable analysis of 27 national datasets. *The Lancet*, 380(9850), 1325–1330. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60869-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60869-1)
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2023). *Research design qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. SAGE.
- Cruz, S., & Maganto, C. (2003). *El test de siluetas: un estudio exploratorio de la distorsión e insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes*. Uba. <https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/investigaciones/indice/resumen.php?id=150&anio=8&vol=1>
- Cuervo, C., Cachón, J., Zagalaz, M. L., & González González de Mesa, C. (2018). Cómo me veo: Estudio Diacrónico de la Imagen Corporal. Instrumentos de evaluación / how I see myself: Diacronic study of my body image. evaluation instruments. *Magister*, 29(1), 31. <https://doi.org/10.17811/msg.29.1.2017.31-40>
- Cummings, D. E., & Rubino, F. (2018). Metabolic surgery for the treatment of type 2 diabetes in obese individuals. *Diabetologia*, 61(2), 257–264. <https://doi.org/10.1007/s00125-017-4513-y>
- D'Incau, P., Lapeyre-Mestre, M., Carvajal, A., Donati, M., Salado, I., Rodriguez, L., Sáinz, M., Escudero, A., & Conforti, A. (2013). No differences between men and women in adverse drug reactions related to psychotropic drugs: A survey from France, Italy and Spain. *Fundamental & Clinical Pharmacology*, 28(3), 342–348. <https://doi.org/10.1111/fcp.12032>

- Dadzie, O. E. (2016). Unethical skin bleaching with glutathione. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4386>
- Daponte Codina, A., Bolívar Muñoz, J., & García Calvente, M. M. (2008). *Las Desigualdades sociales en salud*. Escuela Andaluza de Salud Pública. <https://www.easp.es/project/las-desigualdades-sociales-en-salud-serie-nueva-salud-publica/>
- Dauden, L., & Seini Brahim, C. (2020). *Feminismo y Libertad: La Lucha de las Mujeres saharauis*. Ritimo. <https://www.ritimo.org/Feminismo-y-libertad-la-lucha-de-las-mujeres-saharauis>
- Davis, K. (2008). *Reshaping the female body: The dilemma of cosmetic surgery*. New York. Routledge.
- De Beauvoir, S. (1949). *El Segundo Sexo*. Gallimard.
- De Miguel Álvarez, A. (2005). *La Articulación del Feminismo y el socialismo: El Conflicto Clase-Género*. Semantic Scholar. <https://www.semanticscholar.org/paper/La-articulaci%C3%B3n-del-feminismo-y-el-socialismo%3A-el-%C3%81lvarez/392ab96660bbdc47049f04c7cd20e12b00ce414d>
- Decap, A. (2022). *Feminismo socialista ¿Para Qué?*. La Izquierda Diario. <https://laizquierdadiario.cl/Feminismo-socialista-para-que>
- Delgado, J. M., & Gutiérrez, J. (1999). *Métodos y técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Editorial Síntesis.
- Demmer, C. (2016). The Interview Situation and Experiences of the Body; Enriching Biographical Research Processes by the Inclusion of Sensory Perception. *FORUM: QUALITATIVE SOCIAL RESEARCH*, 27(1).
- Díaz Ojeda, M. A. (1990). *Saharauis: Vida y Cultura Tradicional del Sáhara occidental: Museo Nacional de ETNOLOGÍA*. Ministerio de Cultura, Dirección General de Bellas Artes y Archivos.
- Díaz Rico, J. J. (2013). *El libro negro de los secretos de la obesidad*. Bubok Publishing S L.
- Díaz Rojo, J. A., Westall Pixton, D. W., & Morant i Marco, R. (2006). *El culto a la salud y la belleza: La retórica Del Bienstar*. Biblioteca Nueva.
- Donnelly, K. (2015). Adolphe Quetelet, social physics and the average men of science, 1796-1874. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 54(4), 316-317. <https://doi.org/10.1002/jhbs.21940>
- Dunbar, R. (2014). *Human evolution*. Pelican.
- Echols, A. (1989). El vello domado: la política sexual feminista entre 1968-83. In C. S. Vance, J. Velasco, & M. A. Toda Iglesia (Eds.). *Placer y peligro: Explorando la sexualidad femenina*. Revolución.
- Eco, U. (2015). *Historia de la Belleza*. Debolsillo.

- Ecsaharaui. (2020). *La Frustración y la ira entre la Juventud Saharaui frente al estancamiento actual Se Han agravado por la Persistencia del Conflicto*. ECSAHARAUI. <https://www.ecsaharaui.com/2020/06/la-frustracion-y-la-ira-entre-la.html>
- Ecsaharaui. (2021). *Inéditas declaraciones Del Embajador Saudí ante la ONU sobre el Sáhara Occidental*. ECSAHARAUI. <https://www.ecsaharaui.com/2021/10/ineditas-declaraciones-del-embajador.html>
- Egger, G., & Swinburn, B. (1997). An «ecological» approach to the obesity pandemic. *BMJ*, 315(7106), 477–480. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7106.477>
- Eichler, M. (2002). Moving forward: Measuring gender bias and more. In *Gender Based Analysis (GBA) in Public Health Research, policy and practice: Documentation of the International Workshop in Berlin, 7-8. of June, 2001 in Berlin* (pp. 11–22). essay, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen.
- Einstein, G., & Shildrick, M. (2009). The postconventional body: Retheorising women's health. *Social Science & Medicine*, 69(2), 293–300. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.027>
- Ekeocha, O. (2015). *An African Woman's Letter to Melinda Gates*. Culture of life africa. <https://cultureoflifeafrica.com/articles.html>
- El Hachmi, N. (2019). *La importancia de un trozo de tela*. El País. https://elpais.com/elpais/2019/12/16/opinion/1576519474_435462.html
- El Hachmi, N. (2019). *Siempre Han Hablado Por Nosotras: Feminismo e identidad: Un manifiesto valiente y necesario*. Destino.
- El País. (2022). *Sáhara: Mujeres Que Enferman por otro canon de Belleza*. Podium Podcast. <https://www.podiumpodcast.com/podcasts/hoy-en-el-pais-elpais-os/episodio/3278757/>
- El Saadawi, N. (1968). *Woman and Sex*. Madbouli Publications.
- ElDiario. (2022). *Más de un Centenar de Abogados de Canarias Firman un manifiesto en Defensa del Pueblo Saharaui*. elDiario.es. https://www.eldiario.es/canariasahora/internacional/centenar-abogados-canarias-firman-manifiesto-defensa-pueblo-saharaui_1_8863058.html
- El-Hafed, C. (2021). *Ministra de asuntos y promoción de la mujer celebra los logros alcanzados en materia de género y rinde especial homenaje a las mujeres en las zonas ocupadas*. Sahara Press Service. <https://www.spsrasd.info/news/es/articles/2021/06/26/34029.html>
- Eltahawy, M. (2018). *El Himen y el hiyab: Por qué El Mundo árabe necesita una revolución sexual*. Capitán Swing.
- Encuesta Nacional de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Salud de España 2017*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Encuesta Nacional de Salud de España 2017. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

- Esteban, M. L. (1997). El cuidado de la imagen en los procesos vitales. Creatividad y miedo al descontrol. *KOBIE (Serie Antropología Cultural)*, (8), 27-54.
- Esteban, M. L. (2004). *Antropología del Cuerpo: Género, Itinerarios Corporales, identidad y cambio*. Edicions Bellaterra.
- Esteban, M. L. (2006). El estudio de la Salud y el género: Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva*, 2(1), 9. <https://doi.org/10.18294/sc.2006.52>
- Esteban, M. L. (2008). Etnografía, itinerarios corporales y cambio social: apuntes teóricos y metodológicos. *Sociology*.
- Esteban, M. L., Comelles, J. M., & Díez Mintegui, C. (2010). *Antropología, género, salud y atención*. Edicions Bellaterra.
- Ettarh, R., Van de Vijver, S., Oti, S., & Kyobutungi, C. (2013). Overweight, obesity, and perception of body image among slum residents in Nairobi, Kenya, 2008-2009. *Preventing Chronic Disease*, 10. <https://doi.org/10.5888/pcd10.130198>
- EuropaPress. (2023). *Unos 2.800 niños Saharauis viajarán a España este verano con el programa «vacaciones en paz 2023»*. Europapress. <https://www.europapress.es/epsocial/infancia/noticia-2800-ninos-saharauis-viajaran-espana-verano-programa-vacaciones-paz-2023-20230620152444.html>
- Fábrega, H. (1972). The study of disease in relation to culture. *Behavioral Science*, 17(2), 183-203. <https://doi.org/10.1002/bs.3830170202>
- FAO, & OMS. (2020). *Dietas saludables sostenibles: Principios rectores*. FOOD & AGRICULTURE ORG.
- Ferretti, F., & Mariani, M. (2017). Gender discrimination, gender disparities in obesity and human development. *Heliyon*, 3(3). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2017.e00263>
- Findlay, S. (2018). *La peligrosa Adicción africana a decolorarse La Piel*. El País. https://elpais.com/elpais/2018/08/09/planeta_futuro/1533814246_278700.html
- Flick, U. (2014). *El Diseño de Investigación Cualitativa*. Morata.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir: Naissance de La Prison*. Gallimard.
- Foucault, M. (1992). *Microfísica del Poder*. La Piqueta.
- Foucault, M. (2011). *Historia de la Sexualidad 1: La Voluntad del Saber*. Biblioteca Nueva.
- Freedman, E. B. (2004). *No turning back: The history of feminism and the future of women*. Ballantine Books.
- Galán, I., Rodríguez-Artalejo, F., & Zorrilla, B. (2004). Comparación entre encuestas Telefónicas y encuestas «cara a cara» domiciliarias en la estimación de hábitos de salud y prácticas preventivas. *Gaceta Sanitaria*, 18(6), 440-450. [https://doi.org/10.1016/s0213-9111\(04\)72031-2](https://doi.org/10.1016/s0213-9111(04)72031-2)

- Gamba, S. (2008). *Feminismo: Historia y corrientes*. En Diccionario de estudios de Género y Feminismos. Editorial Biblos. <https://www.mujiresenred.net/spip.php?article1397>
- Garawi, F., Devries, K., Thorogood, N., & Uauy, R. (2014). Global differences between women and men in the prevalence of obesity: Is there an association with gender inequality? *European Journal of Clinical Nutrition*, 68(10), 1101–1106. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2014.86>
- García Calvente, M. M. (2004). El estado de la cuestión. Género y salud: un marco de análisis e intervención. *Diálogo Filosófico*, 59, 212–228.
- García Calvente, M. M., & Mateo Rodríguez, I. (2000). El Grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: Diseño y puesta en Práctica. *Atención Primaria*, 25(3), 181–186. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(00\)78485-x](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(00)78485-x)
- García Calvente, M. M., Jiménez Rodrigo, M. L., & Martínez Morante, E. (2010). *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- García Calvente, M. M., Lozano, M. R., & Marcos Marcos, J. (2015). *Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes*. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- García de Ceretto, J., & Giacobbe, M. S. (2009). *Nuevos desafíos en investigación: Teorías, métodos, técnicas e instrumentos*. Homo Sapiens.
- García, A. (2010). *La historia del Sáhara y su conflicto*. Los Libros de la Catarata.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in ethnomethodology*. Prentice-Hall.
- Gargallo, F. (2014). *Saharauis: La Sonrisa Del Sol*. Editorial Corte y Confección.
- Gari Pérez, A. (2006). *Hablamos de Salud: En femenino y en masculino*. Instituto de la Mujer.
- Garrido Rodríguez, C. (2021). Repensando Las Olas del feminismo. Una aproximación teórica a la Metáfora de las olas. *Investigaciones Feministas*, 12(2), 483–492. <https://doi.org/10.5209/infe.68654>
- Gautret, P., Bauge, M., Simon, F., Benkouiten, S., Valéro, R., Parola, P., & Brouqui, P. (2013). Overweight and obesity in French Hajj pilgrims. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(1), 215–218. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9583-9>
- Gil García, E. (2007). *Otra mirada a la anorexia: Aproximación feminista a los discursos médicos y de las mujeres diagnosticadas*. Editorial Universidad de Granada.
- Giordano, L. (2023). *El Precio de la Belleza Saharaui: Enfermar Para Ser Mujer Blanca y gorda*. ELMUNDO. <https://www.elmundo.es/yodona/actualidad/2023/01/02/63aaaad221efa054508b4575.html>
- GNUDS. (2022). *Ante la subida de los precios de los alimentos y necesidades urgentes, el equipo de la ONU en Argelia solicita apoyo urgente para los refugiados Saharauis*. United Nations.

- <https://unsdg.un.org/es/latest/announcements/ante-la-subida-de-los-precios-de-los-alimentos-y-necesidades-urgentes-el>
- Gochfeld, M. (2010). Sex-gender research sensitivity and healthcare disparities. *Journal of Women's Health*, 19(2), 189–194. <https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1632>
- Gómez Mármol, A., Sánchez Alcaraz, B. J., & Mahedero Navarrete, M. P. (2013). Insatisfacción y Distorsión de la Imagen corporal en adolescentes. *Ágora Para La Educación Física y El Deporte*, (1), 54–63.
- González-Carrascosa, R., Martínez-Monzó, J., & García-Segovia, P. (2015). An online visual scale to measure body image distortion among university students. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 21(1), 22–28. <https://doi.org/10.14642/RENC.2015.21.1.5038>
- González-Vega, A. M., Sánchez, R. M., Salazar, A. L., & Salazar, G. L. (2022). La Entrevista Cualitativa Como técnica de Investigación en el Estudio de las Organizaciones. *New Trends in Qualitative Research*. <https://doi.org/10.36367/ntqr.14.2022.e571>
- Granel, R. (2019). *Aimra'a. La Dona Sahraui* (Documental). Filmin. www.filmin.es/corto/aimraa-la-dona-sahraui.
- GRANMO. (2012b). *Calculadora de Tamaño muestral granmo*. Calculadora. <https://www.imim.es/ofertadeserveis/software-public/granmo/>
- Grayson, M. (2017). Women's Health. *Nature*, 550(7674). <https://doi.org/10.1038/550s1a>
- Greer, G. (2000) *La Mujer Completa*. Kairós.
- Grijalva-Eternod, C. S., Wells, J. C., Cortina-Borja, M., Salse-Ubach, N., Tondeur, M. C., Dolan, C., Meziani, C., Wilkinson, C., Spiegel, P., & Seal, A. J. (2012). The double burden of obesity and malnutrition in a protracted emergency setting: A cross-sectional study of Western Sahara refugees. *PLoS Medicine*, 9(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001320>
- Grimshaw, D., & Rubery, J. (2015, March 6). *The motherhood pay gap: A review of the issues, theory and international evidence*. International Labour Organization. https://www.ilo.org/global/publications/working-papers/WCMS_348041/lang-en/index.htm
- Haddad, J. (2011). *Yo maté a Sherezade*. Editorial Debate.
- Hall, K. D., Heymsfield, S. B., Kemnitz, J. W., Klein, S., Schoeller, D. A., & Speakman, J. R. (2012). Energy balance and its components: Implications for body weight regulation. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 95(4), 989–994. <https://doi.org/10.3945/ajcn.112.036350>
- Hall, K. D., Kerns, J. C., Brychta, R., & Knuth, N. D. (2016). Response to «overstated metabolic adaptation after 'the biggest loser' intervention.» *Obesity*, 24(10), 2026–2026. <https://doi.org/10.1002/oby.21635>

- Hammersley, M., Atkinson, P., & Otazu, A. M. (2006). *ETNOGRAFÍA: Métodos de investigación*. Ediciones Paidós.
- Hankivsky, O. (2012). Women's Health, men's health, and Gender and Health: Implications of Intersectionality. *Social Science & Medicine*, 74(11), 1712–1720. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.029>
- Haraway, D. J. (2018). Modest_witness@second_Millennium. femaleman_meets_oncomouse. *Feminism and Technoscience*. <https://doi.org/10.4324/9780203731093>
- Harding, S. G. (1996). *Ciencia y feminismo*. Morata.
- Hardt, M. (2020). *La Sociedad Mundial de control*. Revista Espectros. <https://espectros.com.ar/numero-6-la-sociedad-mundial-de-control-por-michael-hardt/>
- Harris, A. (2004). *All about the girl: Culture, power and identity*. London. Routledge.
- Harris, C. V., Bradlyn, A. S., Coffman, J., Gunel, E., & Cottrell, L. (2007). BMI-based body size guides for women and men: Development and validation of a novel pictorial method to assess weight-related concepts. *International Journal of Obesity*, 32(2), 336–342. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803704>
- Harter, P. (2004). *Mauritania's «wife-fattening» farm*. BBC News. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/3429903.stm>
- Health Council of the Netherlands. (2010). *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. The. <https://www.healthcouncil.nl/>
- Heerman, W. J., Cole, J., Teeters, L., Lane, T., Burgess, L. E., Escarfuller, J., Bonnet, K., Barkin, S. L., & Schlundt, D. G. (2019). Qualitative analysis of coach: A community-based behavioral intervention to reduce obesity health disparities within a marginalized community. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 16, 100452. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2019.100452>
- Heinemann, K., Solaguren, C. M., & Strobl, I. (2016). *Introducción a la Metodología de la investigación empírica: En las ciencias del deporte*. Paidotribo.
- Henjum, S., Barikmo, I., Strand, T. A., Oshaug, A., & Torheim, L. E. (2012). Iodine-induced goitre and high prevalence of anaemia among Saharawi Refugee Women. *Public Health Nutrition*, 15(8), 1512–1518. <https://doi.org/10.1017/s1368980011002886>
- Henrich, J., & Muthukrishna, M. (2021). The origins and Psychology of Human Cooperation. *Annual Review of Psychology*, 72(1), 207–240. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-081920-042106>
- Henwood, K. (2004). Reinventing validity: Reflections on principles and practices from beyond the quality-quantity divide. En Z. Todd, B. Nerlich, S. Mckeown, & D. Clarke (Eds.), *Mixing Methods in Psychology* (pp. 37–57). Psychology Press.

- Hernández Carrera, R. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones Pedagógicas*, 23, 187-210.
- Hernández Valles, S. (2019, February 25). *Nuevo Inmujeres, Con El Reto de Crear Políticas Públicas de Equidad y Conciencia Social*. Leviatan. <https://leviatan.mx/2019/02/25/nuevo-inmujeres-con-el-reto-de-crear-politicas-publicas-de-equidad-y-conciencia-social/>
- Himmelgreen, D., Romero-Daza, N., Heuer, J., Lucas, W., Salinas-Miranda, A. A., & Stoddard, T. (2022). Using syndemic theory to understand food insecurity and diet-related chronic diseases. *Social Science & Medicine*, 295, 113124. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113124>
- Holm, L., Ekman, E., & Jorsäter Blomgren, K. (2017). Influence of age, sex and seriousness on reporting of adverse drug reactions in Sweden. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 26(3), 335–343. <https://doi.org/10.1002/pds.4155>
- Hoogendoorn, A. (2013). *Reaction to the article on the double burden of obesity and malnutrition in Western Sahara refugees*. Field Exchange 45. <http://www.enonline.net/fex/45/reaction>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Jos W M van der Meer, Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. van, & Smid, H. (2011). *How should we define health?*. The BMJ. <https://www.bmj.com/content/343/bmj.d4163>
- Humbwavali, J. B., Giugliani, C., Silva, I. C., & Duncan, B. B. (2018). Temporal trends in the nutritional status of women and children under five years of age in sub-Saharan African countries: Ecological Study. *Sao Paulo Medical Journal*, 136(5), 454–463. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2017.0267261117>
- Hunt, K., & Annandale, E. (1999). Relocating gender and morbidity: Examining men's and women's health in contemporary western societies. introduction to special issue on gender and health. *Social Science & Medicine*, 48(1), 1–5. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00284-6](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00284-6)
- Ibáñez Solar, J., & Baile Ayensa, J. (2014). Diseño y construcción de la Escala de Evaluación de Insatisfacción Corporal en Varones: estudio piloto con adolescentes. *Psicología y Salud*, 24 (1).
- Ibáñez, J. (2000). *El regreso del sujeto: La investigación social de segundo orden*. Siglo XXI.
- IECAH, & MSF. (2022). *La Acción humanitaria 2021-2022: Más Allá de la Guerra de ucrania*. ReliefWeb. <https://reliefweb.int/report/world/la-accion-humanitaria-2021-2022-mas-alla-de-la-guerra-de-ucrania>
- INE. (2020). *Cifras de Población. Últimos Datos*. INE. https://ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981

- Jadad, A. R., & O'Grady, L. (2008). How should health be defined? *BMJ*, 337(dec10 1). <https://doi.org/10.1136/bmj.a2900>
- Jáuregui, I., Rivas Fernández, M., Montaña González, M., & Morales Millán, M. (2008). Influencia de los estereotipos en la percepción de la obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 23 (4).
- Jefferson, G. (1984). On the organization of laughter in talk about troubles. In J. Maxwell Atkinson & John Heritage (Eds.), *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis*. Cambridge University Press.
- Jeffreys, S. (2015). *Beauty and misogyny harmful cultural practices in the West*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Jialal, I., Devaraj, S., Kaur, H., Adams-Huet, B., & Bremer, A. A. (2013). Increased Chemerin and decreased omentin-1 in both adipose tissue and plasma in nascent metabolic syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 98(3). <https://doi.org/10.1210/jc.2012-3673>
- Jiménez Rodrigo, M. L. (2022). Políticas de Igualdad de Género E Interseccionalidad: Estrategias y Claves de Articulación. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*, 29, 1. <https://doi.org/10.29101/crcs.v29i0.17792>
- Jiménez, A. (2015). *El español en los campamentos de refugiados saharuis de Tinduf: práctica docente* (thesis). Universidad de Granada.
- Juliano, D. (1998). *La causa saharaui y las mujeres. Siempre hemos sido muy libres*, Icaria.
- Justin, T. A., & Jette, S. (2021). «That chart ain't for us»: How black women understand «obesity,» health, and physical activity. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 26(5), 605–621. <https://doi.org/10.1177/13634593211046844>
- Kanter, R., & Caballero, B. (2012). Global gender disparities in obesity: A Review. *Advances in Nutrition*, 3(4), 491–498. <https://doi.org/10.3945/an.112.002063>
- Kanungo, S., Tsuzuki, A., Deen, J. L., Lopez, A. L., Rajendran, K., Manna, B., Sur, D., Kim, D. R., Gupta, V. K., Ochiai, R. L., Ali, M., von Seidlein, L., Bhattacharya, S. K., & Clemens, J. D. (2010). Use of verbal autopsy to determine mortality patterns in an urban slum in Kolkata, India. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(9), 667–674. <https://doi.org/10.2471/blt.09.073742>
- Kaplan, L. M., Golden, A., Jinnett, K., Kolotkin, R. L., Kyle, T. K., Look, M., Nadglowski, J., O'Neil, P. M., Parry, T., Tomaszewski, K. J., Stevenin, B., Lilleøre, S. K., & Dhurandhar, N. V. (2018). Perceptions of barriers to effective obesity care: Results from the National Action Study. *Obesity*, 26(1), 61–69. <https://doi.org/10.1002/oby.22054>
- Karam, A. (1995). Feminismo e islamismo en Egipto. *PAPELES*. (55), 59-72.
- Kataria, I., Jackson-Morris, A., Jewell, J., Williams, D., Bhandari, P., Sharma, D., Lai, J., Jain, T., & Colozza, D. (2022). Weight stigma among adolescents in three low- and

- middle-income countries. *Journal of Global Health*, 12. <https://doi.org/10.7189/jogh.12.04098>
- Kelly, P. (1992). *Pensar con el corazón. Textos para una política sincera*. Círculo de Lectores.
- Ketiti, A. (2017). Feminismo, Identidad y religión en el mundo árabe. *Revista Clepsydra*, 16, 65-82.
- Kloek, M. E., Peters, K., & Sijsma, M. (2013). How Muslim women in the Netherlands negotiate discrimination during leisure activities. *Leisure Sciences*, 35(5), 405-421. <https://doi.org/10.1080/01490400.2013.831285>
- Knoblauch, H. (2021). Reflexive Methodology and the Empirical Theory of Science. *Historical Social Research*, 46(2), 59-79.
- Kozak Rovero, G. (2022). *Mi rescoldo patriarcal y eurocéntrico*. Letras Libres. <https://letraslibres.com/cultura/gisela-kozak-feminista-eurocentrica-patriarcal/>
- Lacoste-Dujardin, C. (1993). *Las Madres contra Las Mujeres*. Cátedra.
- Lagarriaga, D. P. (2013). *Africana: Aportaciones para la descolonización del feminismo*. Oozebap.
- LaMoncloa. (2019). *Residencia temporal de los participantes en el programa «Vacaciones en paz 2019.»* La Moncloa. <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/Paginas/enlaces/140619-enlacesaharauis.aspx>
- Lamrabet, A. (2011). *El Corán y las mujeres: una lectura de liberación*. Icaria
- Lamrabet, A. (2014). El Velo (El Hijab) de las mujeres musulmanas: Entre la ideología colonialista y el Discurso Islámico: Una Visión decolonial. *Tabula Rasa*, (21), 31-46. <https://doi.org/10.25058/20112742.2>
- LaProvincia. (2022). *Pedro Sánchez traiciona al pueblo saharauí*. La Provincia - Diario de Las Palmas. <https://www.laprovincia.es/opinion/2022/03/28/pedro-sanchez-traiciona-pueblo-saharai-64373023.html>
- Larrañaga Unanue, I., Riestra, M., Suárez, L., Villaverde, P., Santaña, C., Rubiera, C., & Díaz Cadórniga, F. (2015). Situación actual de la diabetes mellitus tipo 2 en el Sáhara. *Av Diabetol.*, 31, 226.
- Lázaro, A., & Moreno García, F. (2010). Corticosteroides tópicos. *Información Terapéutica Del Sistema Nacional de Salud*, 34(3), 83-88.
- Le Breton, D. (2002). *La sociología del cuerpo*. Nueva Visión.
- Lecube, A., Monereo, S., Rubio, M. Á., Martínez-de-Icaya, P., Martí, A., Salvador, J., Masmiquel, L., Goday, A., Bellido, D., Lurbe, E., García-Almeida, J. M., Tinahones, F. J., García-Luna, P. P., Palacio, E., Gargallo, M., Bretón, I., Morales-Conde, S., Caixàs, A., Menéndez, E., ... Casanueva, F. F. (2017). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Posicionamiento de la sociedad española para el estudio

- de la obesidad de 2016. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 64, 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2016.07.002>
- Lemmel, J. (2002). Sustancias despigmentantes y métodos de aclaramiento del color de la piel. *Dermofarmacia*, 21(9).
- Lenhart, S. (1972). Gender discrimination: a health and career development problema for women physicians. *J Am Med Womens Assoc*, 48(5), 155-9
- Lenneis, V., & Pfister, G. (2016). Too tired for exercise? the work and leisure of female cleaners in Denmark. *Leisure Studies*, 36(4), 530–541. <https://doi.org/10.1080/02614367.2016.1216579>
- Leone, A., Battezzati, A., Di Lello, S., Ravasenghi, S., Mohamed-Iahdih, B., Mohamed Lamin Saleh, S., & Bertoli, S. (2020). Dietary habits of Saharawi type II diabetic women living in Algerian refugee camps: Relationship with nutritional status and glycemic profile. *Nutrients*, 12(2), 568. <https://doi.org/10.3390/nu12020568>
- Lindvall Dahlgren, C., Wisting, L., & Rø, Ø. (2017). Feeding and eating disorders in the DSM-5 ERA: A systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of Eating Disorders*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0186-7>
- Loftsdóttir, K. (2010). The Bush is Sweet. identity, power and development among Wodaabe Fulani in Niger. *Social Anthropology*, 18(4), 488–489. https://doi.org/10.1111/j.1469-8676.2010.00133_12.x
- López Cuautle, C., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J.M. (2016). Muscle Dysmorphia Diagnostic evaluation: a systematic review. *Clinical and Health Psychology*, 32 (2), 405-416.
- López-Fernández, L. A., & Solar Hormazábal, O. (2017). Repensar la Carta de Ottawa 30 años después. *Gaceta Sanitaria*, 31(6), 443–445. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.013>
- MacKinnon, C. A. (2007). *Women's lives, Men's Laws*. London. Harvard University Press
- Madanat, H., Hawks, S. R., & Angeles, H. N. (2010). Obesity and body size preferences of Jordanian women. *Health Education & Behavior*, 38(1), 91–98. <https://doi.org/10.1177/1090198110376351>
- Maddox, G., & Liederman, V. (1969). Overweight as a social disability with medical implications. *J Med Educ*, 44, 214-220.
- Maganto, C., & Cruz, M. (2008). *Test de Siluetas para adolescentes*. TEA Ediciones.
- Malapit, H. J., & Quisumbing, A. R. (2015). What dimensions of women's empowerment in agriculture matter for nutrition in Ghana? *Food Policy*, 52, 54–63. <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2015.02.003>
- Malapit, H. J., Kadiyala, S., Quisumbing, A. R., Cunningham, K., & Tyagi, P. (2015). Women's empowerment mitigates the negative effects of low production diversity

- on maternal and child nutrition in Nepal. *The Journal of Development Studies*, 51(8), 1097–1123. <https://doi.org/10.1080/00220388.2015.1018904>
- Malterud, K. (2000). Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. *Fam Med*, 32(9), 603-11
- Marañón, G. (1936). *Gordos y flacos*. Espasa Calpe.
- Marcos-Marcos, J., Mateos, J. T., Gasch-Gallén, À., & Álvarez-Dardet, C. (2020). El Estudio de la Salud de los hombres desde una perspectiva de género: De dónde venimos, Hacia Dónde vamos. *Salud Colectiva*, 16. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2246>
- Marínez Benlloch, I. (2001). *Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal*. Instituto de la Mujer.
- Martí Pérez, J. (2012). Presentación social del cuerpo, postcolonialidad y discursos sobre la modernidad. *RELACES*, (10), 78-90.
- Martínez Barreiro, A. (2004). La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Papers*, 73, 127-152.
- Martínez Benlloch, I., Barberá Heredia, E., & Bonilla Campos, A. (2004). Diferencia sexual y salud: Un análisis de las políticas de igualdad de género. In *Psicología y Género*. Pearson Educación.
- Martínez Pita, I., & Verde, E. (2018). *Ecofeminismo, un movimiento con papel fundamental en el cuidado de la naturaleza*. Asociación de Consumidores Orgánicos. <https://consumidoresorganicos.org/2018/02/28/ecofeminismo-movimiento-papel-fundamental-en-cuidado-la-naturaleza/>
- Martínez, L. M., Biglia, B., Luxán, M., Fernández, C., Azpiaz, J., & Bonet, J. (2014). Feminist research experiences: Reflections and proposals on methodologies. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 14(4), 3. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1513>
- Martínez-Salgado, C. (2012). El Muestreo en investigación cualitativa: Principios básicos y Algunas Controversias. *Ciência Saúde Coletiva*, 17(3), 613–619. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000300006>
- Martorell, R., Kettel Khan, L., Hughes, M. L., & Grummer-Strawn, L. M. (2000). Obestiy in women from developing countries. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54, 247–252.
- Marzano, M. (2007). Informed consent, deception, and research freedom in qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 13(3), 417–436. <https://doi.org/10.1177/1077800406297665>
- Mata Cárdenas, B., & Yeverino Gutiérrez, M. (2015). Panorama general de la obesidad y el síndrome metabólico. En I. Balderas Rentería (Ed.), *Diabetes, obesidad y síndrome metabólico: un abordaje multidisciplinario*. El Manual Moderno.

- Mayor Ferrándiz, T. M. (2011). La imagen de la mujer en la Prehistoria y en la Protohistoria. *Revista de Claseshistoria*, (236).
- Mayor Ferrándiz, T. M. (2011). La imagen de la mujer en la Prehistoria y en la Protohistoria. *Revista de Claseshistoria*, (10).
- McCann, C. R., Kim, S.-K., & Ergun, E. (2021). *Feminist theory reader: Local and global perspectives*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- McCarthy, C. R. (1994). Historical background of clinical trials involving women and minorities. *Academic Medicine*, 69(9), 695-8. <https://doi.org/10.1097/00001888-199409000-00002>
- Mchiza, Z. J. J., Parker, W., Makoe, M., Sewpaul, R., Kupamupindi, T., & Labadarios, D. (2015). Body image and weight control in South Africans 15 years or older: Sanhanes-1. *BMC Public Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2324-y>
- Médicos del Mundo. (2022). *Cerca de 180 mil personas refugiadas saharauis se enfrentan a una grave crisis alimentaria*. Médicos del Mundo. <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/noticias/cerca-de-180-mil-personas-refugiadas-saharauis-se-enfrentan-una>
- Medimecum. (2023). *Guía de Terapia farmacológica*. Springer Healthcare.
- Medina Martin, R. (2015). El devenir feminista de las mujeres saharauis en los campamentos de refugiados/as en Tindouf. En R. Medina Martin & R. L. Soriano Diaz (eds.), *Activismo Académico en la Causa Saharaui* (pp.189-215). Aconcagua Libros.
- Medina Martin, R. (2016). *Mujeres Saharauis. Tres Tuizas para la memoria de la resistencia*. Aconcagua libros.
- Merino, Á. (2022). *¿Qué es Occidente?*. El Orden Mundial - EOM. <https://elordenmundial.com/mapas-y-graficos/que-es-occidente/>
- Merlín, N. (2020). Feminismo y psicoanálisis. *Psicoanálisis en la Universidad*, (3), 71-80. <https://doi.org/10.35305/rpu.v0i3.34>
- Mernissi, F. (1993). *Marruecos a través de sus mujeres*. Editorial del Oriente y el Mediterráneo.
- Mernissi, F. (2001). *El Harén en Occidente*. Espasa Calpe.
- Mertens, D. (2005). *Research and evaluation in education and psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods*. SAGE.
- Milotich-Goberna, A., Del Río-Escola, D., Fernández-Romero, E., Acuña, A., García-Milla, C., Caussa-Ayza, J. M., De Frutos-Pachón, E., Callejas-Carles, E., & Evia-Arceo, M. (2022). Consenso MAPA (Male Aesthetic Patient Approach) de belleza masculina. Consenso español sobre el manejo del paciente estético masculino. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 48(4).
- Ministerio de Salud Pública RASD. (2022). *Declaración del Comité Nacional para la Prevención del Corona Virus*. Ministerio de Salud pública RASD.

- <https://msprasd.org/modules.php?name=News&file=categories&op=newindex&catid=1>
- Ministerio de Salud Pública RASD. (2022). *República Árabe Saharaui Democrática Ministerio de Salud Pública El Comité Nacional para la Prevención del Corona Virus*. Ministerio de Salud Pública.
<https://msprasd.org/modules.php?name=News&file=article&sid=128>
- Ministerio de Salud Pública Saharaui. (2016). *Plan estratégico de salud 2016-2020*. msprasd.
https://msprasd.org/archivos_subidos/Plan_Estrategico_de_Salud_Saharaui_2016-20.pdf
- Ministerio de Salud Pública Saharaui. (2018). *Plan de Género y Salud. Campamentos de Población Saharaui Refugiada*. RASD.
https://msprasd.org/archivos_subidos/pgs_2018_2020_es.pdf
- MINURSO. (2016). *Naciones unidas mantenimiento de la paz*. United Nations.
<https://peacekeeping.un.org/es/mission/minurso>
- MINURSO. (2020). *Situation concerning Western Sahara*.
https://minurso.unmissions.org/sites/default/files/unsg_report_23_september_s_2020_938_e.pdf
- MINURSO. (2021). *Secretary general reports*. MINURSO.
<https://minurso.unmissions.org/secretary-general-reports>
- Miqueo, C., Germán Bes, C., Fernández-Turrado, T., & Barral Morán, M. J. (2011). *Ellas también cuentan: Científicas en los comités de revistas biomédicas*. Pressas Universitarias de Zaragoza.
- Mir-Hosseini, Z. (2011). *Islam y Feminismo: La Apertura de un Nuevo Diálogo*. Boletín ECOS.
<https://www.rebellion.org/docs/123953.pdf>
- Mohamed Dafa, L. (2014). *¿Existe un feminismo Saharaui*. Libres Opinion(e)s.
<http://saharaopinions.blogspot.com/2014/03/existe-un-feminismo-saharaui.html>
- Mohamed, A. (Director). (2020). *El precio de la belleza* [Cortometraje]. Escuela de Formación Audiovisual Abidin Kaid Saleh
- Mohanty, C. T. (1988). Under Western eyes: Feminist scholarship and colonial discourses. *Feminist Review*, (30), 61. <https://doi.org/10.2307/1395054>
- Montgomery, A. (2021). *Public health needs to decouple weight and health*. University of Illinois at Chicago
https://indigo.uic.edu/articles/educational_resource/Public_Health_Needs_to_Decouple_Weight_and_Health/16823341/1
- Moreno Esteban, B., Moreneo Megías, S., & Alvarez Hernandez, J. (2000). *Obesidad: la epidemia del S.XXI*. Diaz de Santos.
- Moreno Feliu, P. (2010). *Encrucijadas antropológicas*. Ramón Araces.

- Moreno, E. (2011). *La Educación infantil y primaria saharaui conexiones con el Sistema Español*. Eduinnova. Madrid.
- Morris, A. (2018). *Watching our weight: An exploration into the politics of the body using intersections between post-structuralist feminism and Foucault's discipline and punish* (thesis).
- Moscoso Salazar, J. (2011). *Reinventando cuerpos. Construcción de estereotipos de belleza a partir del «peso ideal»*. AbyaYala.
- Mujeres en Red. (2013). *Activistas de Femen protestan semidesnudas en Túnez por el juicio a la bloguera Amina Tyler*. Mujeres en Red. <https://www.mujeresenred.net/spip.php?breve535>
- Muñoz Poblete, C. (2013). Métodos mixtos: Una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la Investigación de Sistemas y Servicios de Salud. *Revista Chilena de Salud Pública*, 17(3). <https://doi.org/10.5354/0717-3652.2013.28632>
- Muros, J. J., Briones, M., Rodríguez, G., Bouzas, P. R., Giménez, R., & Cabrera-Vique, C. (2016). Doble Carga de malnutrición en escolares urbanos y rurales de Guatemala. *Nutrición Hospitalaria*, 33(2), 345-350. <https://doi.org/10.20960/nh.115>
- Naigaga, D., Jahanlu, D., Marit Claudius, H., Karine Gjerlaug, A., Barikmo, I., & Henjum, S. (2018). Body size perceptions and preferences favor overweight in adult Saharawi refugees. *Nutrition Journal*, 17.
- Narotzky, S. (2005). *Mujer, mujeres, Género: Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las ciencias sociales*. CSIC.
- Natarajan, S. (2019). *Blanqueamiento de la Piel: Los Riesgos Que Toman millones de mujeres en el mundo por USAR las peligrosas cremas*. BBC News Mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-48870813>
- Navarro-Michel, M. (2016). Daños causados por la Talidomida: la batalla legal que no cesa. Comentario a la STS de 20 de octubre de 2015. *Revista de bioética y derecho*, (37), 133-148
- Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., Mullany, E. C., Biryukov, S., Abbafati, C., Abera, S. F., Abraham, J. P., Abu-Rmeileh, N. M., Achoki, T., AlBuhairan, F. S., Alemu, Z. A., Alfonso, R., Ali, M. K., Ali, R., Guzman, N. A., ... Gakidou, E. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: A systematic analysis for the global burden of disease study 2013. *The Lancet*, 384(9945), 766–781. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60460-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60460-8)
- Ng, S. W., Zaghoul, S., Ali, H., Harrison, G., Yeatts, K., El Sadig, M., & Popkin, B. M. (2011). Nutrition transition in the United Arab Emirates. *European Journal of Clinical Nutrition*, 65, 1328–1337.
- Nicholson, L. (2016). Feminism in 'waves': Useful metaphor or not? *Feminist Theory Reader*, 55–62. <https://doi.org/10.4324/9781315680675-16>

- Nnaemeka, O. (2004). Nego-Feminism: Theorizing, practicing, and pruning Africa's way. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 29(2), 357-385. <https://doi.org/10.1086/378553>
- Obianuju Acholonu, C. (1995). *Motherism: The Afrocentric Alternative to Feminism*. Afa Publications.
- OECD Health Policy Studies. (2019). The heavy burden of obesity. *OECD Health Policy Studies*. <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>
- Ogundipe Leslie, M. (1994). *Re-creating our selves. African women and critical transformation*. Africa World Press.
- Okonjo Ogunyemi, C. (1998). Africa wo/man palava: The Nigerian novel by women. *Comparative Literature*, 50(1), 94. <https://doi.org/10.2307/1771221>
- Olarte Jaramillo, M. (2018). Salud y enfermedad, dos construcciones culturales. *Biosalud*, 17(1), 67-79. <https://doi.org/10.17151/biosa.2018.17.1.7>
- OMS. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. Ottawa: Canadian Public Health Association. <https://paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- OMS. (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health - 2004*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9241592222>
- OMS. (2011). *Gender mainstreaming for Health Managers: A practical approach*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501057>
- OMS. (2012). *Alerta epidemiológica: Mercurio en productos blanqueadores de la piel*. Paho. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/1-junio-2012-Mercurio-productos-blanqueadores-piel.pdf>
- OMS. (2015). *Beyond the mortality advantage*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/348979/WHO-EURO-2015-417443933-61912-eng.pdf?sequence=1>
- OMS. (2018). *Género y salud*. World Health Organization. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- OMS. (2021). *Obesidad y sobrepeso*. World Health Organization. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- OMS. (2021). *Obesity and overweight*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Ortega Arjonilla, E., & Platero Méndez, R.L. (2015). Movimientos feministas y trans* en la encrucijada: aprendizajes mutuos y conflictos productivos. *Quaderns de Psicologia*, 17 (3), 17-30.
- Ortiz Gómez, T. (2006). *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. KRK ediciones.

- Otxotorena Fernandez, M. (2009). *Perspectiva de género con los hombres en procesos de Cooperación al Desarrollo*. EMAKUNDE. https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/gizonduz_dokumentuak/es_def/adjuntos/7_perspectiva_de_genero_con_los_hombres_en_procesos_de_cooperacion_al_desarrollo.pdf
- Ould Isselmou, A., Barrère, B., Salem Ould Moujtaba, M. L., Housni, E. A., Ould Ekeibed, M. A., Barrère, M., & Mboup, G. (2001). *Enquête démographique 2000-01 et de Santé*. SANTE.GOV.MR. https://www.sante.gov.mr/?wpfb_dl=106
- Ouldzeidoune, N., Keating, J., Bertrand, J., & Rice, J. (2013). A description of female genital mutilation and force-feeding practices in mauritania: Implications for the protection of child rights and health. *PLoS ONE*, 8(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0060594>
- Pace, R., Pluye, P., Bartlett, G., Macaulay, A. C., Salsberg, J., Jagosh, J., & Seller, R. (2012). Testing the reliability and efficiency of the pilot mixed methods appraisal tool (MMAT) for Systematic Mixed Studies Review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(1), 47-53. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.002>
- Paglia, C., & Vázquez, P. (2020). *Sexual personae: Arte y decadencia desde nefertiti a Emily Dickinson*. Ediciones Deusto.
- PAHO. (2012). *Epidemiological alert, Mercury in skin lightening products*. Epidemiological Updates/Actualizaciones Epidemiologicas; June, 2012. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50752>
- Palacios, S., Calaf, J., Cano, A., & Parrilla, J. J. (2003). Relevant results of the WHI study for the management of the Menopause in Spain. *Maturitas*, 44(1), 83-86. [https://doi.org/10.1016/s0378-5122\(02\)00336-5](https://doi.org/10.1016/s0378-5122(02)00336-5)
- Paradela, N. (2014). El feminismo árabe y su lucha por los derechos de la mujer. *Encuentros Multidisciplinarios*, (26). <https://doi.org/10.14198/fem.2015.26.02>
- Pérez Estévez, A. (2008). Tomás de Aquino y la razón femenina. *Revista de Filosofía*, 26(59), 9-22 <https://doi.org/10.33539/phai.v21i1.2542>
- Pérez, K. (2000). *¿Mujer o trans? La inserción de las mujeres transexuales en el movimiento feminista*. Jornadas Feministas.
- Peris, M., Maganto, C., & Garaigordobil, M. (2016). Escala de Autoestima Corporal. Datos psicométricos de fiabilidad y validez. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3 (2), 51-58.
- Phillips, A. (2013). *Our bodies, whose property?*. Princeton University Press.
- Pineda, E. (2020). *Bellas para morir: Estereotipos de género y violencia estética contra la mujer*. Prometeo Libros.
- Pisanu, C., Franconi, F., Gessa, G. L., Mameli, S., Pisanu, G. M., Campesi, I., Leggio, L., & Agabio, R. (2019). Sex differences in the response to opioids for pain relief: A

- systematic review and meta-analysis. *Pharmacological Research*, 148, 104447. <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2019.104447>
- Pluye, P. (2020,). *Integración en métodos mixtos*. Evaluación de las intervenciones sanitarias en salud global. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/evalsalud/chapter/mixtos/>
- Podis, L. A., & Saaka, A. (1998). *Challenging hierarchies issues and themes in colonial and postcolonial African literature*. Peter Lang.
- Pontzer, H., Raichlen, D. A., Wood, B. M., Mabulla, A. Z., Racette, S. B., & Marlowe, F. W. (2012). Hunter-gatherer energetics and human obesity. *PLoS One*, 7(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0040503>
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Mangweth, B., Bureau, B., deCol, C., Jouvent, R., & Hudson, J. I. (2000). Body image perception among men in three countries. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1297–1301. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.8.1297>
- Popenoe, R. (2004). *Feeding desire: Fatness, beauty and sexuality among a Saharan people*. Routledge.
- Posada Kubissa, L. (2015). El «género», Foucault y algunas tensiones feministas. *Estudios de Filosofía*, (52). <https://doi.org/10.17533/udea.ef.n52a03>
- Power, M. L., & Schulkin, J. (2008). Sex differences in fat storage, fat metabolism, and the health risks from obesity: Possible evolutionary origins. *British Journal of Nutrition*, 99(5), 931–940. <https://doi.org/10.1017/s0007114507853347>
- Powers, P. (1980). Social and Cultural factors in obesity. *Williams and Wilkins Co*, 201-243.
- Pradeilles, R., Holdsworth, M., Olaitan, O., Irache, A., Osei-Kwasi, H. A., Ngandu, C. B., & Cohen, E. (2021). Body size preferences for women and adolescent girls living in Africa: A mixed-methods systematic review. *Public Health Nutrition*, 25(3), 738–759. <https://doi.org/10.1017/s1368980021000768>
- Preciado, P. B. (2002). *Manifiesto Contrasexual*. Editorial Anagrama
- Price, A. J., Crampin, A. C., Amberbir, A., Kayuni-Chihana, N., Musicha, C., Tafatatha, T., Branson, K., Lawlor, D. A., Mwaiyeghele, E., Nkhwazi, L., Smeeth, L., Pearce, N., Munthali, E., Mwagomba, B. M., Mwansambo, C., Glynn, J. R., Jaffar, S., & Nyirenda, M. (2018). Prevalence of obesity, hypertension, and diabetes, and Cascade of care in sub-Saharan africa: A cross-sectional, population-based study in rural and urban Malawi. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 6(3), 208–222. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(17\)30432-1](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(17)30432-1)
- Puche, R. (2005). El índice de masa corporal y los razonamientos de un astrónomo. *Medicina (Buenos Aires)*, 65(4).
- Puhl, R., & Brownell, K. (2001). Bias, discrimination and obesity. *Obes Res*, 9, 788-905.
- Puleo, A. H. (2011). *Ecofeminismo para otro mundo posible*. Cátedra.

- Quero Alfonso, A. I. (2015). *Evolución del estado nutricional de pacientes en hemodiálisis*. Universidad de Granada. (thesis).
- RAE. (2005). *Diccionario panhispánico de Dudas*. «Diccionario panhispánico de dudas.» <https://www.rae.es/dpd/>
- Ramos, P., Rivera, F., Pérez, R. S., Lara, L., & Moreno, C. (2016). Diferencias de Género en la imagen corporal y su importancia en el control de Peso. *Escritos de Psicología / Psychological Writings*, 9(1), 42–50. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2015.1409>
- Rangel Ubaldo, S. (2022). Ceremonia del té saharauí, conjunto de gestos cotidianos. *Revista Mundaú*, (11), 39–51. <https://doi.org/10.28998/rm.2022.n.11.12738>
- RASD. (2002). *Guía terapéutica para la Atención Primaria*. RASD. https://www.msprasd.org/archivos_subidos/bcap00-intro.pdf
- RASD. (2020). *Comunicado del Frente Polisario*. Delegación del Frente Polisario para España. <https://frentepolisario.es/comunicado-dse-131120/>
- Rasmussen, S. (2010). Debating beauties: Contested and changed female bodily aesthetics of fatness among the Tuareg. En A. Fischer, & I. Kohl, *Tuareg society within a globalized world: Saharian life in transition*. Tauris.
- Reidl Martinez, L., & Guillén, R. (2014). *Importancia del estudio y tratamiento de la obesidad*. Psicología de la obesidad.
- RENAVE. (2015). *Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica*. ISCIII. https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLOS/PROTOCOLOS%20EN%20BLOQUE/PROTOCOLOS_RENAVE-ciber.pdf
- Retana-Salazar, A. (2016). ¿Por qué las Venus del paleolítico eran obesas? *Antropología Experimental*, (16). <https://doi.org/10.17561/rae.v0i16.3024>
- Rey, F. (2005). *La acción Humanitaria en la Cooperación Española en los años 2003 y 2004*. IECAH. https://archive.org/details/2022-2003-la-ah-en-la-cooperacion-espanola-recopilacion-informes-iecah-msf/148_2022-2003_La%20AH%20En%20La%20Cooperación%20Española_Recopilación%20Informes_IECAH-MSF/page/n35/mode/2up
- Rguibi, M., & Belahsen, R. (2004). American journal of Human Biology. *Metabolic Syndrome Among Moroccan Sahraoui Adult Women*, 16, 598.
- Rguibi, M., & Belahsen, R. (2006). Body size preferences and sociocultural influences on attitudes towards obesity among Moroccan Sahraoui women. *Body Image*, 3(4), 395–400.
- Rguibi, M., & Belahsen, R. (2006). Fattening practices among Moroccan Saharawi women. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 12(5), 619–24.
- Riobó, P., Fernández Bobadilla, B., Kozarcewski, M., & Fernández Moya, J. (2003). Obesidad en la mujer. *Nutrición Hospitalaria*, 18(5).

- Risman, B. (2004). Gender as a social structure: Theory wrestling with activism. *Gender and Society*, 429-450.
- Rodolfo Lahsen, M. (2014). Síndrome metabólico y diabetes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(1), 47-52. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70010-0](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70010-0)
- Rodríguez Rodríguez, L., García Blanco, S., & Ponce Vazquez, J. (2003). *Histórico de la actividad física y el deporte*. Elsevier.
- Rostros8M. (2020). YouTube. Retrieved June 20, 2023, from <https://youtu.be/DFROqgtlKkU>.
- Rtve. (2011). *Cooperantes españoles secuestrados*. RTVE.es. <https://www.rtve.es/play/videos/telediario/2-cooperantes-espanoles-secuestradas-argelia/1230862/>
- Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., Nadglowski, J., Ramos Salas, X., Schauer, P. R., Twenefour, D., Apovian, C. M., Aronne, L. J., Batterham, R. L., Berthoud, H.-R., Boza, C., Busetto, L., Dicker, D., De Groot, M., Eisenberg, D., ... Dixon, J. B. (2020). Joint International Consensus Statement for Ending Stigma of obesity. *Nature Medicine*, 26(4), 485-497. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
- Ruiz Cantero, M. (2009). *Sesgos de género en la atención sanitaria*. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Ruiz Cantero, M. T. (2019). *Perspectiva de género en medicina*. Fundación Dr. Antonio Esteve.
- Ruiz-Cantero, M. T., Blasco-Blasco, M., Chilet-Rosell, E., & Peiró, A. M. (2020). Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico: de la investigación a la atención sanitaria. *Farmacia Hospitalaria*, 44(3), 109-13 <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.7399/fh.11394>
- Sabán Ruiz, J. (2012). *La obesidad como entidad pluripatológica*. Díaz de Santos.
- Sáiz-Manzanares, M. C., & Escolar-Llamazares, M.-C. (2021). Efectividad de los métodos mixtos en investigación contextual en Salud y Educación. *La Práctica En Investigación Cualitativa Experiencias De Grupos De Investigación*, 28-40. <https://doi.org/10.36367/ntqr.5.2021.28-40>
- Salas-Salvadó, J., Rubio, M. A., Barbany, M., & Moreno, B. (2007). Consenso Seedo 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina Clínica*, 128(5), 184-196. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(07\)72531-9](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(07)72531-9)
- Saletti Cuesta, L. (2013). *Análisis feminista de los discursos sobre el desarrollo profesional de médicas y médicos de familia en Andalucía a comienzo del siglo XXI*. (Tesis). Universidad de Granada.
- Salgado Lévano, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13).

- Sánchez, A. (2019). *Oriente medio y norte de áfrica: Territorio de Mujeres*. Madrid. <https://blogs.es.amnesty.org/madrid/2019/04/01/oriente-medio-y-norte-de-africa-territorio-de-mujeres/>
- Sánchez-Carracedo, D. (2022). El Estigma de la obesidad y su impacto en la salud: Una Revisión Narrativa. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 69(10), 868–877. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2021.12.002>
- Scribano, A. (2001). *Investigación Cualitativa y textualidad. La Interpretación como práctica sociológica*. Cinta de Moebio, 11. <https://www.moebio.uchile.cl/11/scribano.html>
- Sedgwick, C. (2014). Gender and popular culture. *Feminist Media Studies*, 14(2), 349–351. <https://doi.org/10.1080/14680777.2014.887820>
- Segal, J. Z. (2018). Sex, drugs, and rhetoric: The case of flibanserin for ‘female sexual dysfunction.’ *Social Studies of Science*, 48(4), 459–482. <https://doi.org/10.1177/0306312718778802>
- Segura-Badilla, O. L. (2022). Imagen Corporal: percepción, distorsión e insatisfacción. In *Estudos contemporâneos e perspectivas das ciências da saúde* (1st ed., pp. 12–35). Editora Studies Publicações.
- Seid, G. (2016). *Procedimientos para el análisis cualitativo de entrevistas. Una propuesta didáctica*. Memoria Académica - Repositorio institucional de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación UNLP. <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/>
- Sen, G., George, A., & Östlin, P. (2005). *Incorporar la Perspectiva de género en la equidad en salud: Un análisis de la investigación y las políticas*. Organización Mundial de la Salud. http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/eq/li/Eq_2005_Li_Sen.pdf
- Serrano, A., Revilla, J. C., & Arnal, M. (2016). Narrar con imágenes: Entrevistas Fotográficas en un estudio comparado de «resiliencia» social y resistencia ante la crisis. *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 0(35). <https://doi.org/10.5944/empiria.35.2016.17169>
- Servimedia. (2022). *Médicos del Mundo Alerta de que el Cambio de posición sobre el Sahara Tendrá «consecuencias irreversibles» en la salud de los saharauis*. Servimedia. <https://www.servimedia.es/noticias/medicos-mundo-alerta-cambio-posicion-sobre-sahara-tendra-consecuencias-irreversibles-salud-saharauis/3222006>
- Shukla, A., Kumar, K., & Singh, A. (2014). Association between Obesity and Selected Morbidities: A Study of BRICS Countries. *PLOS ONE*, 9 (4).
- Silas Adamson, D. (2015). *100 women 2015: Return of a topless rebel*. BBC News. <https://www.bbc.com/news/magazine-34949413>
- Silverman, W. A. (2004). *Where's the evidence?: Debates in Modern Medicine*. Oxford Univ. Press.
- Singer, M. (2009). *Introduction to syndemics a critical systems approach to public and Community Health*. Jossey-Bass.

- Smith, R. (2008). *The end of disease and the beginning of health*. The BMJ. <https://blogs.bmj.com/bmj/2008/07/08/richard-smith-the-end-of-disease-and-the-beginning-of-health/>
- Stevens, G. A., Singh, G. M., Lu, Y., Danaei, G., Lin, J. K., Finucane, M. M., Bahalim, A. N., McIntire, R. K., Gutierrez, H. R., Cowan, M., Paciorek, C. J., Farzadfar, F., Riley, L., & Ezzati, M. (2012). National, regional, and global trends in adult overweight and obesity prevalences. *Population Health Metrics*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1478-7954-10-22>
- Stolcke, V. (2000). ¿Es el sexo para el género lo que la raza para la etnicidad... y la naturaleza para la sociedad?. En Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco Distrito Federal (Ed.), *Política y Cultura* (pp. 25-60). México.
- Stoll, L. C. (2019). Fat is a social justice issue, too. *Humanity & Society*, 43(4), 421-441. <https://doi.org/10.1177/0160597619832051>
- Stunkard, A. J., Sorenson, T., y Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness. In S. S. Kety, L. P. Rowland, R. L. Sidman, & S. W. Matthysse (Eds.), *Genetics of neurological and psychiatric disorders* (pp. 115-120). RavenPress.
- Stunkard, A., La Fleur, W., & Wadden, T. (1998). Stigmatization of obesity in medieval times: Asia and Europe. *Journal Obesity*, 22, 1141-1144.
- Suárez, L., & Hernández, R. A. (2008). *Descolonizando el feminismo: Teorías y Prácticas Desde Los Márgenes*. Cátedra.
- Swain, G., & Young, M. O. (2006). *The road to Seneca Falls: A story about Elizabeth Cady Stanton*. Millbrook Press.
- Swinburn, B. A., Sacks, G., Hall, K. D., McPherson, K., Finegood, D. T., Moodie, M. L., & Gortmaker, S. L. (2011). The global obesity pandemic: Shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*, 378(9793), 804-814. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60813-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60813-1)
- Tamzali, W. (2010). *El Burka como excusa. Terrorismo religioso, intelectual y moral contra las mujeres*. SAGA Editorial.
- Tanner, M. (2020). *Obesity is not a disease*. National Review. <http://www.nationalreview.com/article/352626/obesity-not-disease-michael-tanner>
- Tauzin, A. (1990). *Femmes, famille, société au Maghreb et en émigration: 700 travaux et documents inédits*. Karthala.
- The Lancet. (2009). What is health? the ability to adapt. *The Lancet*, 373(9666), 781. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)60456-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)60456-6)
- The World Bank. (2022). *Databank*. The World Bank. <https://databank.worldbank.org/>
- Thomas, S. L., Hyde, J., Karunaratne, A., Herbert, D., & Komesaroff, P. A. (2008). Being 'fat' in today's world: A qualitative study of the lived experiences of people with

- obesity in Australia. *Health Expectations*, 11(4), 321–330.
<https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2008.00490.x>
- Thompson, M. A., & Gray, J. J. (1995). Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of Personality Assessment*, 64(2), 258–269.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6402_6
- Topper, I. U. (2015). *Hassanía*. M'Sur. <https://msur.es/lenguas/hassania/>
- Toro, J. (2003). *El cuerpo como delito*. Ariel.
- Trumbo, P., Schlicker, S., Yates, A. A., & Poos, M. (2002). Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(11), 1621–1630.
[https://doi.org/10.1016/s0002-8223\(02\)90346-9](https://doi.org/10.1016/s0002-8223(02)90346-9)
- Tubert, S. (2003). *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto*. Feminismos.
- Ulin, P. R., Robinson, E. T., & Tolley, E. E. (2005). Qualitative methods in public health: A field guide for applied research. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 37(7), 1249. <https://doi.org/10.1249/01.mss.0000172593.20181.14>
- Ulin, P., Robinson, E., & Tolley, E. (2006). Investigación Aplicada en salud pública: Métodos cualitativos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(4).
<https://doi.org/10.1590/s0864-34662007000400018>
- UNHCR. (2016). *Humanitarian needs of sahrawi refugees in Algeria*. UNHCR.
<https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/Humanitarian%20Needs%20of%20Sahrawi%20Refugees%20in%20Algeria%202016-2017%20-%20June%202016.pdf>
- UNICEF. (2016). *Saharawi Refugee Camps - Tindouf, Algeria, humanitarian situation*. ReliefWeb. <https://reliefweb.int/report/algeria/unicef-saharawi-refugee-camps-tindouf-algeria-humanitarian-situation-report-no-1-18>
- UNWOMEN. (2023). *Osagi gender mainstreaming - concepts and definitions*. United Nations.
<https://www.un.org/womenwatch/osagi/conceptsanddefinitions.htm>
- Urra Medina, E. (2007). La teoría feminista post-estructuralista y su utilidad en la ciencia de la enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 13 (2).
- Utrera Esteban, A. M. (2001). *Higiene y cosmética en el antiguo Egipto*. Asociación Española de Egiptología. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2613386>
- Valcárcel, A. (2022). La civilización feminista. *Ánfora Nova: Revista Literaria*, (125), 182–184.
- Valles, M. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis.
- Valls Llobet, C. (2008). *Mujeres invisibles*. Debolsillo.

- Van Hoeken, D., Burns, J. K., & Hoek, H. W. (2016). Epidemiology of Eating Disorders in Africa. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 372–377. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000274>
- Varela, N. (2019). *Feminismo 4.0: La Cuarta Ola*. B.
- Velasco Arias, S. (2009). *Sexos, género y salud. Teorías y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Minerva.
- Vioque, J., Manuel Ramos, J., Navarrete-Muñoz, E. M., & García De La Hera, M. (2010). Producción Científica Española en obesidad a través de pubmed (1988–2007). *Gaceta Sanitaria*, 24(3), 225–232. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.01.011>
- Viveros, M., Rivera, C., & Rodríguez, M. (2006). *De mujeres, hombres y otras ficciones: Género y sexualidad en américa latina*. T/M Editores.
- Volpato, G. (2008). *Plantas Medicinales Saharauis*. Africa 70.
- Waldman, A., Loomes, R., Mountford, V. A., & Tchanturia, K. (2013). Attitudinal and perceptual factors in Body image distortion: An exploratory study in patients with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 1(1). <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-17>
- Walker, A. (1983). *In search of our mother`s gardens*. Ed. Houghton Mifflin Harcourt.
- Waller, A. A. (2005). Work in progress - feminist research methodologies: Why, what, and how. *Proceedings Frontiers in Education 35th Annual Conference*. <https://doi.org/10.1109/fie.2005.1612158>
- Wells, J. C. K., Marphatia, A. A., Cole, T. J., & McCoy, D. (2012). Associations of economic and gender inequality with global obesity prevalence: Understanding the female excess. *Social Science & Medicine*, 75(3), 482–490. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.029>
- WFP. (2019). *The United States supports the world's first fish farm in a refugee camp: World Food Programme*. UN World Food Programme. <https://www.wfp.org/news/united-states-supports-worlds-first-fish-farm-refugee-camp>
- Wilding, J. P. H., Batterham, R. L., Calanna, S., Davies, M., Van Gaal, L. F., Lingvay, I., McGowan, B. M., Rosenstock, J., Tran, M. T. D., Wadden, T. A., Wharton, S., Yokote, K., Zeuthen, N., & Kushner, R. F. (2021). Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *New England Journal of Medicine*, 384(11), 989–1002. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2032183>
- Williamson, D., Womble, L., Zucker, N., Reas, D., White, M., Blouin, D., & Greenway, F. (2000). Body image assessment for obesity (BIA-O): Development of a new procedure. *International Journal of Obesity*, 24(10), 1326–1332. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801363>
- Wodak, R., & Meyer, M. (2003). *Métodos de análisis crítico del discurso*. Gedisa.

- Wolf, N. (2013). *Fire with fire: New female power and how it will change the twenty-first century*. Vintage Digital.
- Wolf, N. (2020). *El Mito de la Belleza*. Continta Me Tienes.
- World Economic Forum. (2022). *Virtual media briefing on the global gender gap report 2022*. World Economic Forum. https://www.weforum.org/agenda/2022/07/virtual-media-briefing-on-the-global-gender-gap-report-2022/?_gl=1%2A18hsam5%2A_up%2AMQ..&gclid=Cj0KCQjwnMWkBhDLARIsAHBOftqPfi1OynUi0BYO_yERbzZzv9VsRZ3IgSRliKACUj45VHMXmwOn8IQaAu4tEALw_wcB
- Yovel, Y. (2009). *The other within: The marranos: Split identity and emerging modernity*. Princeton University Press.
- Yury, R. R. (2012). *Antropometría y obesidad en mujeres*. El Cid Editor.
- Yuval-Davis, N. (2006). Intersectionality and feminist politics. *European Journal of Women's Studies*, 13(3), 193–209. <https://doi.org/10.1177/1350506806065752>
- Zabalbeasco, A. (2017). Nawal El Saadawi: «No se puede ser feminista y aprobar el uso del velo.» El País. https://elpais.com/elpais/2017/04/26/eps/1493157934_149315.html
- Zambrini, L. (2014). Diálogos entre el feminismo postestructuralista y la teoría de la interseccionalidad de los géneros. *Revista Punto Género*, 0(4). <https://doi.org/10.5354/0719-0417.2014.36408>
- Zand, S. (2018). *Young girls force-fed for marriage in Mauritania*. Unreported world. <https://www.saharzand.com/mauritania-forced-to-be-fat>
- Zarco, J., Gutiérrez, R. M., Santos, P. A., & María, P. S. A. (2019). *Investigación Cualitativa en Salud*. CIS Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Zelenková, M., Zelenka, L., Knížková, I., Kunc, P., Lovětinská, V., & Lukešová, D. (2017). Epidemiological study of obesity in populations of different racial, cultural, economic and dietary backgrounds. *Gastroenterologie a Hepatologie*, 71(4), 341–347. <https://doi.org/10.14735/amgh2017341>

ANEXOS

ANEXO 1. FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO VERBAL INFORMADO PARA ENCUESTAS Y ENTREVISTAS (ULIN, 2005)

Nombre del estudio: La obesidad y el sobrepeso en las mujeres. Esta entrevista es para un estudio que efectúa Leticia Alvarado Olmedo, enfermera y que formará parte de mi tesis doctoral en la Universidad de Granada. Esta investigación reunirá información sobre peso, talla y preferencias sobre la figura corporal. Hemos hablado y pedido autorización con los responsables de los servicios de salud de la wilaya y de la daira.

La entrevista incluirá preguntas acerca de las preferencias sobre la figura corporal de hombres y mujeres, alimentos que se consumen, dieta habitual, técnicas cosméticas y formas de arreglarse para estar guapas y opiniones sobre la obesidad y el sobrepeso. A la mayoría de las personas les tomará 1 hora responder a las preguntas.

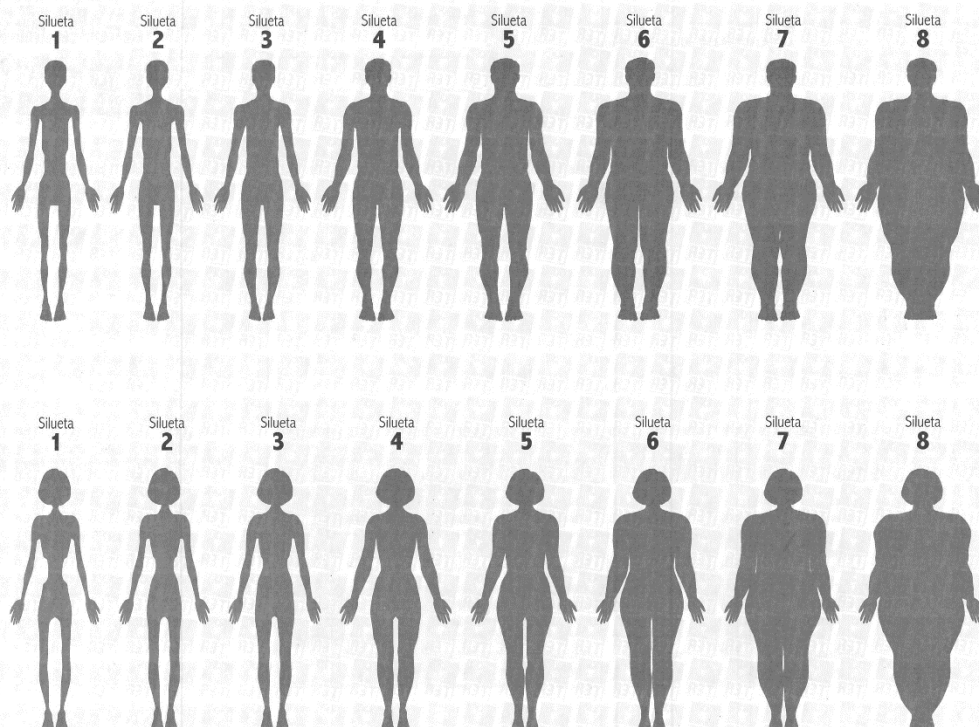
No serán registrados en ningún caso ni los nombres de las personas que acepten ser entrevistadas, ni otro dato que permita la identificación, como la dirección de la vivienda. Si se registrarán, con su autorización, la edad, el número de hijos/hijas y la actividad laboral.

La participación de ustedes es voluntaria y no hay ninguna consecuencia por rehusarse a tomar parte. Si no toman parte, esto no afectará cualquier tipo de atención de salud que habitualmente reciban. Pueden rehusarse a contestar cualquier pregunta de la entrevista o interrumpir está en cualquier momento.

(Por separado ofrezco mi número de teléfono y dirección e-mail a los que se pueden dirigir las personas que participan cuando se usa el consentimiento verbal.) Todo aspecto de la investigación antes descrita ha sido totalmente explicado a los voluntarios en español y hassanía.

(Fecha y Firma de la persona que obtiene el consentimiento)

ANEXO 2. TEST DE LA SILUETA MAGANTO Y CRUZ



Nombre y apellidos: _____ Sexo: ☐ Varón ☐ Mujer Edad: _____
 Fecha: ____ / ____ / ____ Centro: _____ Curso / grupo: _____

Observa con atención las siluetas que aparecen en la página anterior y responde a las preguntas 1 y 2.		Silueta 1	Silueta 2	Silueta 3	Silueta 4	Silueta 5	Silueta 6	Silueta 7	Silueta 8
1	En cada una de las SILUETAS MASCULINAS indica si te parece delgada, normal o gorda. Pon una marca (x) en la casilla elegida sin olvidarte de ninguna silueta.	☐ Gorda	☐ Gorda	☐ Gorda	☐ Gorda	☐ Gorda	☐ Gorda	☐ Gorda	☐ Gorda
		☐ Normal	☐ Normal	☐ Normal	☐ Normal	☐ Normal	☐ Normal	☐ Normal	☐ Normal
		☐ Delgada	☐ Delgada	☐ Delgada	☐ Delgada	☐ Delgada	☐ Delgada	☐ Delgada	☐ Delgada
2	En cada una de las SILUETAS FEMENINAS indica si te parece delgada, normal o gorda. Pon una marca (x) en la casilla elegida sin olvidarte de ninguna silueta.	☐ Gorda	☐ Gorda	☐ Gorda	☐ Gorda	☐ Gorda	☐ Gorda	☐ Gorda	☐ Gorda
		☐ Normal	☐ Normal	☐ Normal	☐ Normal	☐ Normal	☐ Normal	☐ Normal	☐ Normal
		☐ Delgada	☐ Delgada	☐ Delgada	☐ Delgada	☐ Delgada	☐ Delgada	☐ Delgada	☐ Delgada
Ahora contesta a las preguntas 3 a 8 marcando sólo una silueta en cada cuestión.		Silueta 1	Silueta 2	Silueta 3	Silueta 4	Silueta 5	Silueta 6	Silueta 7	Silueta 8
3	¿Qué silueta representa tu peso actual?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	¿Qué silueta representa tu peso ideal?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	¿Qué silueta elegirías como pareja?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	¿Qué silueta crees que elegiría una persona del sexo contrario como pareja?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	¿Qué silueta le gustaría a tu madre que tuvieras?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	¿Qué silueta le gustaría a tu padre que tuvieras?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

¿CUÁNTO PESAS?
(EN KILOS)
¿CUÁNTO MIDES?
(EN METROS)


POR FAVOR, COMPRUEBA SI HAS CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS.