

upona

Universidad Pública de Navarra  
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

# EL PESO DE LA BELLEZA PARA LA MUJER SAHARAUI

Propuesta de programa de educación sanitaria  
dirigido a mujeres saharauis

Autora

**Fátima Ma El Ainin Embarek**

Director

**Raúl Cacho Fernández**

**Trabajo de fin de Grado en enfermería**

**2017/2018**

## **Resumen**

El ideal de belleza es una construcción social que contiene implícito una serie de aptitudes aclamadas y aprobadas por una determinada sociedad. En las sociedades occidentales se persigue la delgadez, sinónimo de éxito y autonomía, llegando incluso a desembocar en problemas de salud como la anorexia y la bulimia. Sin embargo, en el noroeste de África, específicamente en el Sahara Occidental, la obesidad es sinónimo de prosperidad y feminidad, por ello es lo más anhelado por todas las mujeres, recurriendo inclusive a la toma de corticoides o la sobre ingesta de alimentos para lograrlo. Como consecuencia de ello, la población femenina saharauí presenta altas cifras de sobrepeso y obesidad.

El objetivo de este trabajo es proponer un programa de educación sanitaria dirigido a mujeres saharauí de entre 18-45 años, para concienciar del problema de la obesidad existente y promover una alimentación sana y la realización de ejercicio físico. El programa consta de cinco talleres enfocados a otorgarles a las mujeres las herramientas y los conocimientos necesarios, para que sean ellas mismas las que detecten la necesidad de cambio y aprender pautas sobre la manera adecuada de realizar dichas modificaciones.

## **Palabras clave**

Belleza, obesidad, salud, Sahara, Ideal de belleza.

## **Abstract**

The ideal of beauty is a social establishment that implicitly contains a number of accepted and agreed aptitudes according to a determined society. In Western societies, thinness is synonym for success and autonomy, and it is pursued even if this can cause health problems, such as, anorexia and bulimia. However, in Northwest Africa, more specifically in Western Sahara, obesity is the purpose of women, as it is seen as a sign of prosperity and femininity, and techniques like including corticosteroids on their diets or an over-ingesting of food are used to achieve this objective. Consequently, the figures of obesity and overweight between Saharawi female population are high.

The aim of this project is to propose a health education program for 18-45 year-old Saharawi women, in order to concern them of current obesity problems and promote a healthy diet and a routine of physical exercise. The program is divided into five parts, which is focused on granting these women the essential knowledge so that they would be able to detect the need to change their lifestyles and the way to conduct them.

**Key words:**

Beauty, obesity, health, Sahara, ideal of beauty

## **Abreviaturas**

**TTOO:** Territorios ocupados

**RASD:** República árabe saharai democrática

**ACNUR:** Alto comisionado de Naciones Unidas para los refugiados

**AECID:** Agencia Española de Cooperación internacional para el desarrollo

**MSSSI:** Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad

**PMA:** Programa Mundial de Alimentos

**OXFAM:** Oxford Committe for Famine Relief

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	3
3. MÉTODOS Y MATERIALES DE BÚSQUEDA.....	4
4. OBJETIVOS .....	8
5. RESULTADOS .....	8
5.1. Ideal de belleza: Biología y cultura .....	8
5.2. La obesidad como ideal de belleza .....	11
5.3. La obesidad como problema de salud .....	12
5.4. Epidemiología de la obesidad .....	16
5.5. La realidad contextual de las mujeres saharai .....	21
5.6. La promoción y prevención como solución del problema .....	28
6. DISCUSIÓN.....	31
7. CONCLUSIONES .....	33
8. PROPUESTA DE PROGRAMA EDUCACIÓN SANITARIA .....	34
8.1. Introducción.....	34
8.2. Objetivos.....	35
8.3. Metodología.....	35
8.4. Contenido de la propuesta .....	36
8.5. Evaluación .....	47
9. AGRADECIMIENTOS.....	48
10. BIBLIOGRAFÍA .....	49
11. ANEXOS.....	55

## 1. INTRODUCCIÓN

Según el diccionario de la Real Academia Española, la belleza se define como “Cualidad de bello; persona o cosa notable por su hermosura” (Real Academia Española, 2017)

La belleza es parte de la experiencia humana y le proporciona placer a todos nuestros sentidos, Como le decía Lord Henry a Dorian Gray

*La belleza es una manifestación de genio, está incluso por encima del genio, puesto que no necesita explicación. Es uno de los grandes dones de la naturaleza, como la luz del sol, o la primavera, o el reflejo en aguas oscuras de esa concha de plata a la que llamamos luna. No admite discusión. Tiene un derecho divino de soberanía. (Wilde, 2010, p. XX.)*

Por ello durante toda la historia del ser humano se ha intentado alcanzar dicha cualidad en todas las formas del arte, incluida la belleza física.

La belleza humana se materializa en el cuerpo, cuya representación mental es la imagen corporal, la cual se trata de una parte muy importante de la autoestima de las personas que se va desarrollando a lo largo de la infancia y la adolescencia. La imagen corporal ha tomado una gran importancia, principalmente en las sociedades modernas en las cuales se ha creado una sub-cultura basada en la percepción y la importancia de la imagen ideal. Se glorifica la belleza, la juventud y la salud, por ello hay una preocupación excesiva por la apariencia física. El cuerpo, especialmente el peso corporal, se convierte en el reflejo del individuo, la imagen física determina qué tipo de persona eres (Ilia, 2009).

En la mayoría de las culturas cobra más importancia el cuerpo de la mujer que el del hombre, la belleza forma parte de las obligaciones del rol de mujer. Desde el dicho popular de las abuelas “para presumir hay que sufrir”, hasta las revistas que aportan consejos sobre cómo estar bella, ofertan maquillaje para los defectos, tacones para ser más alta y dietas milagrosas para conseguir el cuerpo perfecto, las mujeres estamos sometidas a un culto al cuerpo (Viera, 2010).

Esta presión ejercida sobre la mujer, principalmente por los medios de comunicación, mediante la venta de una imagen femenina inalcanzable para conseguir que consumamos productos que nos lleven a dicha meta, conduce a las mujeres a tener

una percepción distorsionada de sus cuerpos, focalizando su atención en la opinión de los demás y convirtiéndose así en juezas de sí mismas (Ilia, 2009)

Como consecuencia de la presión social y la cultura de la delgadez, asociada al éxito y la belleza, en las sociedades desarrolladas se puede llegar a graves problemas de salud. En las sociedades occidentales, como muestra de ello, aparecen los trastornos de la conducta alimentaria, que son enfermedades psiquiátricas caracterizadas por tener una alteración definida de la ingesta o de la conducta sobre el peso, produciendo un deterioro físico y mental. Actualmente en occidente los trastornos más presentes son la anorexia, cuya prevalencia en mujeres adolescentes se estima que es de un 1% y la bulimia, que supera a la primera con un 2,4%. Además de estos existen otros trastornos atípicos de la conducta alimentaria, que reciben este nombre por no cumplir un patrón determinado, y que se sitúan entre el 5-10%. Por parte de los hombres los datos son más limitados. Se estima una proporción de mujeres y hombres de 9:1 (Acerete, Trabazo, & Ferri, 2010).

Pero, ¿y qué sucede con la obesidad? Se trata de una enfermedad crónica, definida por un exceso de peso debido al acúmulo de grasa, con respecto al que una persona debe tener por su talla, sexo y edad. El diagnóstico de esta enfermedad se establece mediante el porcentaje de grasa corporal, pero se valora a través del índice de masa corporal (IMC). Es un indicador simple, calculado por medio de la talla ( $m^2$ ) y el peso (kg). El normopeso es un IMC entre 18,5-24,9  $kg/m^2$ . Según la OMS en 2016 el 39% de la población adulta de 18 o más años tenían sobrepeso ( $IMC \geq 25$ ) y el 13% obesidad grado I ( $IMC \geq 30$ ). La obesidad se ha convertido en un problema mundial, ya que antes se asociaba a los países con mayores ingresos económicos, pero actualmente ambos trastornos aumentan en los países de ingresos bajos y medios, principalmente en los medios urbanos. A nivel sanitario esto se trata de una crisis puesto que la obesidad se relaciona con enfermedades cardiovasculares, diabetes, trastornos del aparato locomotor (principalmente artrosis, enfermedad degenerativa de las articulaciones) y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon) (OMS, 2017).

Se conoce la delgadez como ideal de belleza, no obstante, ¿existe también la obesidad como canon de belleza? Paradójicamente la respuesta es afirmativa. A diferencia de

las sociedades occidentales, donde el cuerpo delgado se ha convertido en lo más anhelado, en otras culturas existe la aceptación y la celebración de la obesidad femenina. Es el caso de la zona de África sahariana, al noroeste del continente donde existe un grupo étnico denominado bidan, que abarca, el Sahara Occidental, Mauritania, el sur de Marruecos, el suroeste de Argelia y el norte de Malí, donde la obesidad es sinónimo de bienestar y fertilidad (Popenoe, 2004).

En este grupo, la obesidad es uno de los principales pilares del canon de belleza. Las mujeres llegan incluso a realizar prácticas de riesgo para la salud, como la sobreingesta de alimentos o la toma de medicamentos para poder alcanzar dicho canon (Coetzee et al., 2012).

Concretamente nos centraremos en el Sahara Occidental. Es importante destacar que el Sahara Occidental es una zona de conflicto, una parte son los territorios ocupados (TTOO) por Marruecos y la otra parte son los campamentos de refugiados de Tinduf (Argelia) (Blanco, 2016).

En definitiva, hoy en día el cuidado del cuerpo y las acciones para mejorarlo son la principal preocupación en todo el mundo. No obstante, el fin no es mejorar la salud, que en muchas ocasiones se deteriora, sino para mejorar la apariencia física y satisfacer las exigencias establecidas por la sociedad. Por ello es necesario trabajar desde enfermería mediante la promoción de una imagen corporal saludable, tanto a nivel físico como psíquico.

## 2. JUSTIFICACIÓN

Mi motivación principal para realizar este trabajo es mi origen saharauí, específicamente de los campamentos de refugiados de Tinduf, por lo tanto he convivido con esta realidad. Desde pequeña he escuchado lo importante que es estar gorda, incluso he visto a las chicas tomar corticoides para engordar, sin tener ningún tipo de información acerca de los efectos secundarios. Las mujeres sacrifican su salud para que la sociedad les considere bellas, todo vale para llegar a la meta, pero la realidad es que se están consumiendo con estas prácticas y no solo no son conscientes de ello, sino que no lo quieren ser. Por todo ello me ha parecido necesario aportar los conocimientos adquiridos a lo largo de mi carrera para intentar mejorar este problema



Otra de las razones, se fundamenta en un estudio encontrado que realiza una comparativa entre la alimentación de las mujeres saharauis en los campamentos de refugiados de Tinduf y la que llevan en Vitoria, el cual puso de manifiesto que a pesar de tener más recursos, continuaban con una dieta desequilibrada.

Teniendo en cuenta esta situación, y dada la cantidad de saharauis residentes en España, (aunque no hay datos exactos puesto que no se reconoce como estado el Sahara, los datos encontrados en 2011 situaban entre 10000 y 12000 saharauis en España (Gómez, 2016)). Considero que a pesar de no ser una comunidad muy numerosa, es necesario trabajar con ellos debido a que la obesidad es un problema actual de gran importancia, y si le sumamos a los factores que predisponen a dicha enfermedad el hecho de ser un ideal de belleza, el riesgo a desarrollarla es mayor. Por ese motivo, he decidido realizar un programa de educación sanitaria en un lugar en el que haya un elevado número de población saharauí, en este caso Llodio, un pueblo de Álava.

En cuanto al enfoque femenino que le atribuyo al trabajo, por un lado se debe al deseo de mostrar que las mujeres, independientemente de su nacionalidad, están sometidas a la tiranía de la belleza, ya sea con la delgadez extrema o con la obesidad. La otra razón se centra en el hecho de que las mujeres saharauis tienen mayor presencia y responsabilidad en la sociedad, es más, forman la mayor parte del personal sanitario y educativo, siendo protagonistas activas en la sociedad y con gran influencia sobre la misma. La mujer saharauí adopta la figura de promotora de la salud, su función es sensibilizar y difundir los conocimientos básicos para mejorar las condiciones de vida, por todo ello, trabajar con las mujeres saharauis, es sinónimo de hacerlo con la sociedad saharauí.

### 3. MÉTODOS Y MATERIALES DE BÚSQUEDA

Este trabajo se ha realizado a través de una revisión bibliográfica variada. Por un lado se ha buscado información acerca de la obesidad, sus causas y consecuencias. Por otro lado se han revisado los artículos relacionados con la belleza, la evolución de esta y la obesidad como ideal de belleza saharauí. Esta última información ha sido algo más difícil, puesto que hay poca bibliografía. Para ello se ha acudido a las bases de datos siguientes: Pubmed, Dialnet, Scielo, Sciencedirect, Scopus, Cuiden y Google

académico. También se han consultado algunos libros en papel conseguidos en la Biblioteca Pública de Navarra y la Biblioteca de la UPNA.

Un documento (La diabetes Mellitus en los campamentos de refugiados saharauis en Argelia de Lehdia Mohamed Dafa) no fue hallado en la revista original, por lo que me lo facilitaron en papel.

Además de estas fuentes de información, se han utilizado páginas web como la de la Organización Mundial de la Salud para encontrar datos actuales, principalmente para la epidemiología de la obesidad en el Norte de África. Otra página Web consultada es la de Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), de la cual se ha obtenido el censo actualizado de la población saharauí en los campamentos. La página de la Agencia Española de Cooperación y Desarrollo también fue empleada para acceder al Plan Operativo Anual de 2014 en el cual se especifican las ayudas humanitarias que reciben los refugiados.

Para la contextualización se ha recurrido principalmente a artículos de estudios realizados, dado que no se dispone de mucha información oficial, no obstante, ha sido posible acceder a archivos recientes que recogen datos relevantes para el trabajo.

En lo referente a las palabras claves, se han verificado a través de los términos “Mesh” en “Pubmed”, las seleccionadas de esta manera han sido: salud(health), cultura(culture), obesidad(obesity), Sahara; la quinta palabra clave ha sido “ideal de belleza”, es la única que no se encontraba en los términos “Mesh”, no obstante, se ha utilizado dado que es una palabra muy definitoria para el trabajo.

Para la búsqueda se han realizado combinaciones de las palabras clave y mediante el uso de los booleanos: “()”, “\*”, AND, OR, NOT obteniendo de esta manera bastante variedad de resultados.

Para la organización de la bibliografía se ha usado el programa Mendeley, todos los artículos de interés se almacenaron en la biblioteca virtual del programa, el cual también fue útil posteriormente para referenciar mediante la 6ª edición del estilo APA.

Los criterios de inclusión han sido:

- Se han escogido artículos tanto en castellano como en inglés, puesto que así aumentaba la probabilidad de encontrar información específica del tema.
- Los años de consulta han sido variantes, para los datos referentes a conceptos de la belleza y teoría relacionada con los cambios del canon de belleza se ha buscado desde el 2000 hasta hoy en día, en cambio para la búsqueda de estudios, cifras oficiales y desarrollo de la enfermedad, se ha considerado preferible buscar desde el 2010 hasta ahora.
- Artículos de libre acceso.

En cuanto a los criterios de exclusión, han sido variados, dependiendo de la base de datos se han excluido las materias que no nos interesaban. No obstante, a rasgos generales la exclusión se ha basado principalmente en:

- Actas de congreso
- Documentos centrados en los trastornos de conducta alimentaria en occidente: a pesar de haber utilizado un artículo para poder hacer la comparación con las sociedades tribales, para ello se ha acudido directamente a la asociación de pediatría que contenía datos de TCA. Por lo tanto, en lo referente a mi búsqueda, se han descartado los TCA comunes en occidente.
- Artículos relacionados con el sexo masculino.
- Artículos relacionados con la población infantil.
- Documentos que relacionasen obesidad con población no africana: No obstante, si se han revisado los documentos referentes a las afroamericanas dadas las similitudes existentes con su percepción física.

La siguiente tabla muestra los artículos obtenidos de las bases de datos, utilizando en cada caso unas palabras clave. No obstante, hay otros documentos que han sido obtenidos a través de la bibliografía de otros artículos y por lo tanto no están incluidos.

	1º BÚSQUEDA	2º BÚSQUEDA	3º BÚSQUEDA
	Belleza AND cultura Consultados→7 Utilizados→3 --La obesidad: una perspectiva Sociocultural -Cómo vencer la presión de la "sociedad de la imagen" en que vivimos. Programa psicoeducativo: Atención de enfermería de salud mental - La visualización de la belleza. aproximaciones gráfico-analíticas a modelos de amplia difusión (1900-1930)	Sahara AND cultura Consultados→8 Utilizados→1 -La organización política y social de los saharauis en España. Desarrollo y desafíos de las asociaciones de migrantes	Sahara AND mujeres Consultados →3 Utilizados →1 -Mujer y Fortalecimiento Institucional. Estudio de caso: Mauritania
	(obesity(AND beauty) Consultados→9 Utilizados→3 -Body weight and beauty: The changing face of the ideal female body weight - Processing Fluency and Aesthetic Pleasure: Is Beauty in the Perceiver's Processing Experience? -Sobrepeso y obesidad maternos como factores de riesgo independientes para que el parto finalice en cesárea	Sahara AND beauty Consultados→7 Utilizados→1 -la identidad cultural saharauí y su evolución producida por los flujos migratorios. integración de los miembros de la comunidad saharauí en Asturias	Obesity AND Sahara Consultados→7 Utilizados→3 -Overweight and obesity among urban Sahraoui women of South Morocco -Contribution of food prices and diet cost to socioeconomic disparities in diet quality and health: a systematic review and analysis - Fattening practices among Moroccan Saharawi women
	Obesity AND beauty Consultados→3 Utilizados→1 -African Perceptions of Female Attractiveness	(beauty) AND (sahara) Consultados→1 Utilizados→2 -Feeding Desire: fatness, beauty and sexuality among saharian people. - Prevalence of overweight and obesity in adults from North Africa	(obesidad OR obesity) AND (Sahara) Consultados→8 Utilizados→2 -The Double Burden of Obesity and Malnutrition in a Protracted Emergency Setting: A Cross-Sectional Study of Western Sahara Refugees - Dietary diversity is related to socioeconomic status among adult Saharawi refugees living in Algeria
	Beauty AND culture Consultados→4 Utilizados→1 - Factors that influence body image representations of black Muslim women	Obesidad AND belleza Consultados→3 Utilizados→1 -Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Posicionamiento de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad de 2016	Sahara AND obesity Consultados→4 Utilizados→1 -Body size preferences and sociocultural influences on attitudes toward obesity among Moroccan Sahraoui women
	Belleza y salud Consultados→9 Utilizados→1 - La Imagen Corporal : Hacia Una Construcción Social Para La Psicología Industrial	Obesidad y salud Consultados→5 Utilizados→3 - Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud - Definición y clasificación de la obesidad - Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología	Sahara Occidental Consultados→4 Utilizados→1 - Diseño de un programa de educación nutricional destinado a mujeres saharauis residentes en los campamentos de Tinduf (Argelia)
	Sahara Consultados→9 Utilizados→2 La adaptación de la atención sanitaria a las condiciones socioculturales y económicas :el tratamiento de la Diabetes en los campamentos de refugiados. -Experiencia en los campamentos de refugiados de Tinduf	Belleza Consultados→4 Utilizados→0	Obesidad y belleza Consultados→1 Utilizados→0
	Sahara AND female Consultados →6 Utilizados →1 Las mujeres saharauis en camino a la utopía	Obesidad y factores Consultados →3 Utilizados→1 Dieta mediterránea y prevención de la enfermedad cardiovascular	

Cuadro 1. La búsqueda bibliográfica en las bases de datos científicas y los resultados obtenidos.

#### 4. OBJETIVOS

General: Analizar la necesidad de promover estilos de vida saludables para las mujeres saharauis

Específicos

-Analizar el origen de la belleza desde un perspectiva biológica y sociocultural, así como la evolución del ideal de belleza en las sociedades occidentales y las tribales.

-Conocer la obesidad como ideal de belleza en la sociedad bidaní y concretamente en el Sahara Occidental.

-Estudiar la obesidad como problema de salud, sus causas y consecuencias, su diagnóstico y su tratamiento.

-Examinar la incidencia de la obesidad a nivel mundial, en el Norte de África, en el Sahara occidental y en España.

-Recalcar la importancia de la prevención como principal solución contra la obesidad.

#### 5. RESULTADOS

##### **5.1. Ideal de belleza: Biología y cultura**

Para comprender la base de lo que se considera hermoso, podemos acudir a la biología. Lo que encontramos bello no es algo arbitrario y aislado, sino que es el fruto de millones de años de evolución de las capacidades sensitivas, perceptivas y cognitivas de nuestra especie. Las sensaciones y percepciones que inspiran seguridad, supervivencia y reproducción en muchas ocasiones se vuelven estéticamente predilectas.

Un bebé de 6 meses prefiere contemplar un rostro atractivo, este efecto es independiente de la raza, el género y la edad, ello indica que existe un sentido innato en lo que el ser humano percibe como atractivo

Parece ser que existe una preferencia por la simetría en todas las culturas, incluso en otros animales. Ésta es un indicador crucial para la calidad genética y atractivo para ambos sexos. Esta preferencia por la simetría tiene su origen en la biología y la selección sexual (Gazzaniga, 2010). En 2004, Rolf Reber, Norbert Schwarz y Piotr

Winkielman sugirieron que lo que se prefiere no es la simetría en sí misma, sino que el hecho de que contiene menos información, hace que sea más fácil de procesar. Se basaron en un estudio en el que se presentaban cuadros con imágenes de objetos cotidianos (mesa, pájaro, avión...), la calidad de estos cuadros se degradó y la fluidez de procesamiento era manipulada por un proceso de preparación visual. En los resultados se observó que los cuadros con contornos más simétricos se procesaban con más fluidez que los que presentaban contornos descoordinados (Reber, Schwarz, & Winkielman, 2004).

Otro elemento que parece ser importante en dicha percepción es la curvatura, las personas preferimos los objetos curvos a los angulosos, parece ser que los objetos emocionalmente neutros con predominio de rasgos en punta y ángulos agudos resultan menos atractivos que objetos equivalentes curvos. Una explicación a esta teoría era que las transiciones agudas en un contorno transmitirían, de manera voluntaria o involuntaria, un sentido de amenaza y suscitarían un significado negativo (Gazzaniga, 2010).

Pero cabe cuestionarse si, además de la biología, hay otros factores que influyen en la determinación de lo que resulta atractivo. Aparentemente la respuesta es afirmativa. Un individuo es bello cuando su físico y su cara responden a ciertos cánones ideales aceptados como perfectos, la aceptación de dicha perfección es una construcción social, la autopercepción de la imagen corporal es un factor establecido por patrones culturales (Iliá, 2009). Las diferencias étnicas existentes en la percepción de la belleza sugieren que los factores culturales juegan un importante rol (Cruz et al., 2013).

En las sociedades occidentales, los cánones de belleza han ido cambiando en función de la situación de la época. El cuerpo femenino ha sido el reflejo de la historia, en cada una de las épocas las mujeres han adaptado sus cuerpos a la realidad de ese momento. Se podría decir que los cambios que surgen a lo largo de la historia acompañan a la evolución de las féminas. Los ideales de belleza femeninos han sufrido importantes cambios con respecto a épocas pretéritas, en las cuales la percepción de la belleza distaba bastante de la actual, se pasó de la búsqueda de la obesidad a la repulsión total de esta (Kaczan, 2013). A continuación, en el cuadro 2, se puede observar transformación de esta:

ORIGEN: Paleolítico 2000 años a.c.	La “venus de Willendorf” pone el énfasis en el estómago grande y los pechos grandes evoca una cultura que venera a la diosa madre. Expresa fertilidad y fecundidad. Su IMC es aproximadamente de 30.
Edad Media	En Italia el popolo grosso (el pueblo fornido) se refería a la aristocracia dirigente y en cambio, el popolo magro(pueblo flaco) se refería a la clase baja. La delgadez era sinónimo de hambre, enfermedad y pobreza.
Siglo XIX	La corpulencia seguía siendo considerada como sinónimo de salud, prosperidad, honorabilidad y fertilidad.
Siglo XX	A partir de 1900 aparecen ya los estándares de peso y salud y los médicos empiezan a alertar sobre los riesgos que conlleva el sobrepeso. Los primeros años todavía el hogar, la familia y el cuidado eran los predominantes en la rutina de las mujeres, aun así el cuerpo acentuó su condición sexual y se puso el énfasis en modelar el cuerpo. Los médicos y las compañías de seguros promocionaron un nuevo “cuerpo ideal” mucho más delgado y esbelto que el anterior La Dublin’s Estandar Table of Heigts and Weights (1908) fue decisiva para establecer los promedios de peso ideal. Las clases altas eligieron distinguirse de la clase obrera mediante el ideal de delgadez, el cual fue posteriormente imitado por las clases medias y bajas.
Siglo XIX	La obesidad es incluso más repudiada que la malnutrición y pobreza. La consecución de la salud está ligada a mantener la delgadez, la cual es sinónimo de éxito y poder y por el contrario la gordura es moral y éticamente insana, obscena y propia de perezosos con falta de autocontrol. En esta fase de culto a la delgadez, las sociedades industrializadas y de abundancia tienen como principal necesidad de regular su alimentación. La mujer delgada es independiente y autónoma.

Cuadro 2. Evolución del ideal de belleza en las sociedades occidentales. (Modificado de Bonafini & Pozzilli, 2011; Contreras , 2005; Kaczan, 2013)

Actualmente, en esta propuesta de “perfección corporal” los tratamientos de belleza van desde maquillaje, hasta las cirugías, pasando por la antigua ortopedia estética (fajas), dietas, fisicoculturismo y remedios “milagrosos” para conseguir dicha meta. Con todas estas prácticas hay peligro de llegar a un culto al cuerpo excesivo, situación en la cual la preocupación del individuo por su imagen externa es tan prioritaria, que le lleva a tomar decisiones y mantener conductas de riesgo con el objetivo de lograr resultados más allá de lo que podría considerarse como normal, llegando incluso a desembocar en graves problemas psiquiátricos, y no solo físicos.

Las sociedades tribales no han sufrido un cambio tan significativo en sus modelos de belleza, sin apenas similitudes con los que están en auge en las sociedades “occidentales”. En la mayoría de estas sociedades tribales la subsistencia económica ya

fuera la pesca, la ganadería o la agricultura y la mayor parte de las actividades productivas estaban ligadas al alimento, y aunque todo el mundo trabajara en la producción de alimentos, el hambre estaba bastante presente. Los cambios estacionales, plagas y otras catástrofes naturales provocaban la escasez de alimento, por ello, no es de extrañar que la glotonería se considerase una práctica social aceptada e incluso valorada.

Como consecuencia de la escasez de alimento y el temor, hasta día de hoy, de la hambruna en muchas sociedades tribales, la comida tiene un importante significado social y la robustez se asocia con el atractivo femenino (Contreras, 2005).

Actualmente en África, al igual que la mujer occidental de hace 2000 años a.c, una mujer obesa es un símbolo cultural de belleza, fertilidad y prosperidad. Al contrario que en los países occidentales, donde el bajo nivel socioeconómico y los barrios pobres presentan mayor tasa de obesidad, sobrepeso y enfermedades crónicas, en África, los de mayor status socioeconómico son los que mayor prevalencia de obesidad, sobrepeso y enfermedades crónicas presentan. Por ello, los países del norte del continente africano son los que mayores cifras de obesidad y sobrepeso presentan (Toselli et al., 2014).

## **5.2. La obesidad como ideal de belleza**

En el noroeste del continente desde hace mucho tiempo el ideal de belleza es estar lo más obesa posible, más concretamente en la sociedad de los “bidan” que comprenden el territorio del Sahara Occidental, Mauritania, el sur de Marruecos, el suroeste de Argelia, el norte de Mali. Se trata de un conjunto de tribus que tenían un parentesco y compartían una forma de vida, hasta que quedaron divididos debido al reparto del territorio entre los países europeos.

En esta cultura, las chicas antes de llegar a la adolescencia les cebaban literalmente con leche y avena o centeno. Son las conocidas prácticas de engorde, denominadas lebluh. El objetivo era preparar a las niñas desde pequeñas para estar gordas y ser hermosas para los hombres y así conseguir casarse. Las mujeres trabajaban para mantener sus pliegues de grasa alrededor de su estómago y conseguir unos muslos carnosos, mediante alimentos que sabían que engordaban. Esta práctica se comenzaba



a edades tempranas, de hecho las principales obligaciones de las mujeres eran criar a sus hijos, tener un cuerpo robusto y ser una buena musulmana. Para estos grupos la obesidad expresa felicidad, bienestar, sexualidad, belleza y estatus social. Incluso se utilizaban castigos físicos para obligar a las chicas a consumir los alimentos (Popenoe, 2004).

Estas prácticas actualmente a penas se practican. En el Sahara Occidental, esta práctica nociva para la salud e invalidante para las niñas fue prácticamente abolida con la llegada de la “modernidad” de la mano del Polisario (Espeleta, 2011).

A pesar de ello, hoy en día aún hay jóvenes que buscan el mismo efecto, y para ello recurren al consumir medicamentos para llegar a ese estado de obesidad que la tradición considera “bello”(Blanco , 2016).

### **5.3. La obesidad como problema de salud**

La obesidad se caracteriza por el acúmulo excesivo de grasa corporal. Se relaciona con un exceso en el número o tamaño de los adipocitos.

#### *Factores asociados*

La obesidad es multifactorial, algunos de los factores que influyen en su aparición y desarrollo son modificables (sedentarismo, mala alimentación), sin embargo hay otros que no se pueden modificar (genéticos). En el siguiente cuadro se muestran algunos de los factores que influyen en la aparición de esta patología:

GENÉTICOS	Principal	El receptor 4 de la melanocortina (MC4R) y el asociado a la masa grasa y a la obesidad (FTO). Su efecto solo explica una desviación del 2% del IMC.
	Categorías	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monogénica: origen en un solo gen disfuncional. Más común en niños</li> <li>- Síndrómica: como parte de un cuadro clínico. Más común en niños.</li> <li>- Poligénica: se han descrito más de 600 genes que intervienen en su patogenia.</li> </ul>
ASOCIADOS A LA ALIMENTACIÓN	Alimentos	Existen asociaciones positivas entre el consumo de azúcares y el IMC, así como el consumo de bebidas azucaradas, que aumentan el riesgo de desarrollar la enfermedad. El consumo de grasa se relaciona con la obesidad. La ingesta de proteínas se asocia con el tamaño corporal y la adiposidad, pero no hay diferencias significativas respecto a la ingesta absoluta de proteínas.
	Patrones alimentarios	La frecuencia de las comidas y la distribución a lo largo del día constituye un elemento importante para el sobrepeso y la obesidad. El hecho de realizar pocas tomas al día (tres o menos) podría producir un aumento de peso, en comparación con la división de las tomas en 4 o 5 al día. Comer solo también corresponde un factor de riesgo para la obesidad.
	Otros	Se han observado cambios en los últimos años, destaca el consumo de comida rápida y su elevada densidad energética.
RELACIONADOS SEDENTARISMO	Tecnología y sedentarismo	La actividad física tiene un efecto protector sobre las enfermedades cardiovasculares en todas las edades. Al contrario, el sedentarismo se asocia al riesgo de morbilidad. Las nuevas tecnologías influyen, el estudio AVENA realizado en adolescentes españoles, estableció que el riesgo de sobrepeso se eleva un 15,8% por cada hora que se ve la televisión o el ordenador, ya que reemplaza la actividad física. Además, ver la televisión se asocia al consumo de alimentos de altos valores energéticos y poco saludables, puesto que en la pantalla se muestran alimentos ricos en grasas y azúcares.

Cuadro 3: Factores asociados a la obesidad. (Modificado de Gil, 2017)

### Diagnóstico

El diagnóstico de esta patología, se establece a través de la grasa corporal, es decir, mediante la medición de los pliegues cutáneos. Aunque el IMC no es un medidor de la grasa, parece ser que se asocia de forma moderada con otras medidas directas de ésta, como los obtenidos por densitometría de doble energía de rayos X (DEXA), que permite medición de masa magra y masa ósea. Además el IMC se relaciona con enfermedades y complicaciones metabólicas, por lo tanto, se puede utilizar como fórmula de cribado de la categoría de peso en la que se encuentra cada uno. La clasificación según el IMC es la siguiente:

<b>Bajo peso</b>	<b>&lt;18,5 Kg/m<sup>2</sup></b>	
<b>Normopeso</b>	<b>18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup></b>	
<b>Sobrepeso</b>	<b>25-29,9 kg/m<sup>2</sup></b>	
<b>Obesidad</b>	<b>Tipo I</b>	<b>30-34,9kg/m<sup>2</sup></b>
	<b>Tipo II</b>	<b>35-39,9 kg/m<sup>2</sup></b>
	<b>Mórbida</b>	<b>≥ 40 kg/m<sup>2</sup></b>

Tabla 1: Clasificación de la OMS de la obesidad según el IMC. (Modificado de Moreno, 2012)

En el caso de la grasa corporal, uno de los métodos es la medición de los pliegues subcutáneos (bicipital, tricipital, subescapular y suprailíaco), y la suma es un indicador de la grasa subcutánea. No obstante, es una medición de alta variabilidad y difícil de realizar en pacientes obesos.

Actualmente lo más utilizado en la práctica clínica es la medición de la impedancia bioeléctrica, bioimpedanciometría, la cual mide la impedancia o resistencia del cuerpo al paso de una corriente de baja intensidad, de esta manera se puede establecer la cantidad de agua corporal. Teniendo en cuenta que los tejidos tienen una hidratación constante, es posible calcular la masa libre de grasa y la masa grasa corporal. Es un sistema de medición fácil de realizar, con un grado alto de reproducibilidad, además muchas básculas lo tienen incorporado, sin embargo, su grado de exactitud es moderado.

Otro indicador para estimar la grasa abdominal es el índice cintura-cadera, esta relación estima con exactitud la masa intraabdominal, la denominada obesidad central, la cual está directamente asociada con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y metabólica. Otro indicador es la medición del perímetro abdominal, que estima con la misma exactitud que la relación cintura-cadera la grasa intraabdominal. Según la OMS, supone un riesgo alto para desarrollar enfermedades cardiovasculares y metabólicas un índice cintura-cadera  $\geq 0,8$  mujeres y  $\geq 1$  en hombres, un perímetro de cintura  $\geq 102$  cm para hombres y  $\geq 88$  cm para mujeres (Moreno, 2012).

### Consecuencias de la obesidad

En cuanto a las consecuencias de la obesidad, su presencia se relaciona con el incremento del riesgo de desarrollar múltiples enfermedades. Las principales consecuencias se muestran en el cuadro siguiente:

❖ Menor calidad de vida	❖ Cardiopatía congénita
❖ Hipertensión arterial	❖ Infarto agudo del miocardio
❖ Dislipidemias: Valores altos de colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad LDL-C, bajos niveles de colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad, HDL-C o valores elevados de triacilglicéridos.	❖ Alteraciones de la vesícula
❖ Diabetes tipo II	❖ Parto por cesárea
❖ Dolor corporal y dificultad para la funcionalidad física	❖ Artrosis
	❖ Apnea de sueño y problemas respiratorios
	❖ Inflamación crónica e incremento del estrés oxidativo
	❖ Algunos cánceres (endometrio, mama, colon, riñon, vesícula e hígado)
	❖ Enfermedades mentales (depresión, ansiedad)

Cuadro 4: Consecuencias de la Obesidad. (Modificado de Gil, 2017; Fernández et al., 2016)

### Tratamiento

El tratamiento de esta enfermedad se basa principalmente en la modificación de la dieta. Realizar una dieta variada y equilibrada excluyendo alimentos con contenido graso y/o azúcares, combinada con un plan de actividad física, caminar a diario 30 minutos e ir aumentando el tiempo y la intensidad a diario.

Junto con cambios en los hábitos de vida, perder un 5-10% del peso reduce hasta un 1% la HbA1c y las necesidades farmacológicas para la diabetes, así como la hipertensión arterial y el empleo de antihipertensivos. Además, aumenta la sensación de bienestar y la capacidad funcional. Perder entre 2,5 y 5,5 kg de peso tras dos años reduce el riesgo de DM2 un 30-60%. Por ello es fundamental tratar esta enfermedad cuanto antes.

Si la persona tiene un IMC > 30 kg/m<sup>2</sup> y o > 27 kg/m<sup>2</sup> asociado a comorbilidades mayores, cuando tras 3-6 meses en un programa estructurado de dieta y ejercicio físico no pierde >5%, se procederá al tratamiento farmacológico o la cirugía bariátrica si corresponde. En el siguiente cuadro se muestran los fármacos utilizados, su

indicación y sus efectos secundarios, así como las indicaciones para la cirugía (Goday et al., 2017):

FARMACOLÓGICO	Orlistat	Inhibidor potente, específico y de larga duración de las lipasas, se utiliza combinado con una dieta hipocalórica moderada.
	Saxenda	Es Liraglutida 3mg un agonista de GLP1, de administración diaria y subcutánea. Tras 56 semanas consigue pérdidas del peso inicial de $8 \pm 6,7\%$ , no obstante, tiene efectos secundarios como las náuseas y los vómitos, aunque no son motivo de abandono de tratamiento.
	Mysimba	Es bupropión 360mg + naltrexona 16 o 32 mg, la vía de administración es oral, y se consiguen pérdidas de peso de $5,4 \pm 8,1\%$ . Tiene efectos secundarios como sequedad de boca, cefaleas, náuseas y mareos.
CIRUGÍA BARIÁTRICA		IMC $\geq 40$ kg/m <sup>2</sup> o en formas menos graves de obesidad (IMC 35.40 kg/m <sup>2</sup> ) con comorbilidades graves , en sujetos entre 18 y 60 años. Las principal consecuencia de esta cirugía es que se puede modificar la absorción y biodisponibilidad de algunos fármacos. Tras esta cirugía existe una reducción de eventos cardiovasculares y no mortales, con disminución de la diabetes, factores de riesgo cardiovascular, cáncer, síndrome de hipoapnea del sueño, dolor articular y calidad de vida.

Cuadro 5. Tratamiento farmacológico de la obesidad y cirugía bariátrica. (Modificado de Goday et al., 2017).

#### 5.4. Epidemiología de la obesidad

- Situación mundial

Durante las últimas décadas, especialmente en los países en vías de desarrollo se ha producido una transición nutricional, desde el predominio del bajo peso a una situación en la que la obesidad supera a la malnutrición en todo el mundo, excepto en Asia y África, en los que en algunas regiones el bajo peso continúa siendo un problema de salud pública.

Los datos más recientes proceden de estudios realizados en más de 19,2 millones de personas de más de 180 países, en los que se observó un aumento del IMC de 21,7

kg/m<sup>2</sup> en 1975 a 24,2kg/m<sup>2</sup> en 2014 en varones, y de 22,1kg/m<sup>2</sup> en 1975 a 24,4 kg/m<sup>2</sup> en 2014 en mujeres. En algunas regiones como Europa, el Mediterráneo oriental y Norteamérica, más del 50% de las mujeres tienen sobrepeso. Destaca el aumento de la tasa de obesidad en Centroamérica, Oceanía y el sur de América Latina, y es Estados Unidos y China los países con el mayor incremento de número absoluto de personas con sobrepeso y obesidad (OMS, 2017).

- España

En España según el informe de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2011-2012, el 17% de la población presentaba obesidad (18% hombres y 16% mujeres), y el 37% sobrepeso (45% hombres y 28% mujeres). Los datos epidemiológicos indican que, a medida que aumenta la edad, lo hace la tasa de obesidad, excepto en mayores de 75 (Instituto Nacional de Estadística, 2013). Según la Encuesta Europea de la Salud en España de 2014, la tasa de obesidad y sobrepeso es mayor en hombres que en mujeres, la prevalencia conjunta de obesidad y sobrepeso en 2014 de hombres era entre un 52,7%-60% frente a un 44,7% en mujeres (INE & MSSSI, 2016).

Entre los factores que influyen en la prevalencia de la obesidad, parece ser que en los países con menor renta, la obesidad es más frecuente en personas con mayor nivel socioeconómico, y por el contrario, en los países desarrollados, las personas con sobrepeso suelen ser los grupos más desfavorecidos (Toselli et al., 2014).

- El norte de África

En África también podemos encontrar este problema. Aunque la desnutrición sigue bastante extendida por el continente, paradójicamente se produce una doble carga de malnutrición (Gil, 2017). Las mayores tasas de obesidad se encuentran en el norte del continente, a diferencia de aquí, las mayores tasas de sobrepeso y obesidad corresponden a las mujeres. Según los datos en relación a las mujeres recogido en 2016, en Egipto el 66,3 % tenían sobrepeso y el 36% obesidad (OMS, 2016a). En Marruecos el 56,4% tenían sobrepeso y el 27,6% obesidad (OMS, 2016b). En Argelia el 60,3 % tenía sobrepeso y el 29,3%obesidad (OMS, 2016c). En Libia el 69,0% presentaba sobrepeso y el 38% obesidad (OMS, 2016d). En Túnez el 66,5% tenían sobrepeso y el

33,9% obesidad (OMS, 2016e). En Mauritania el 32,3 % tenían sobrepeso y el 12.1% obesidad (OMS, 2016f).

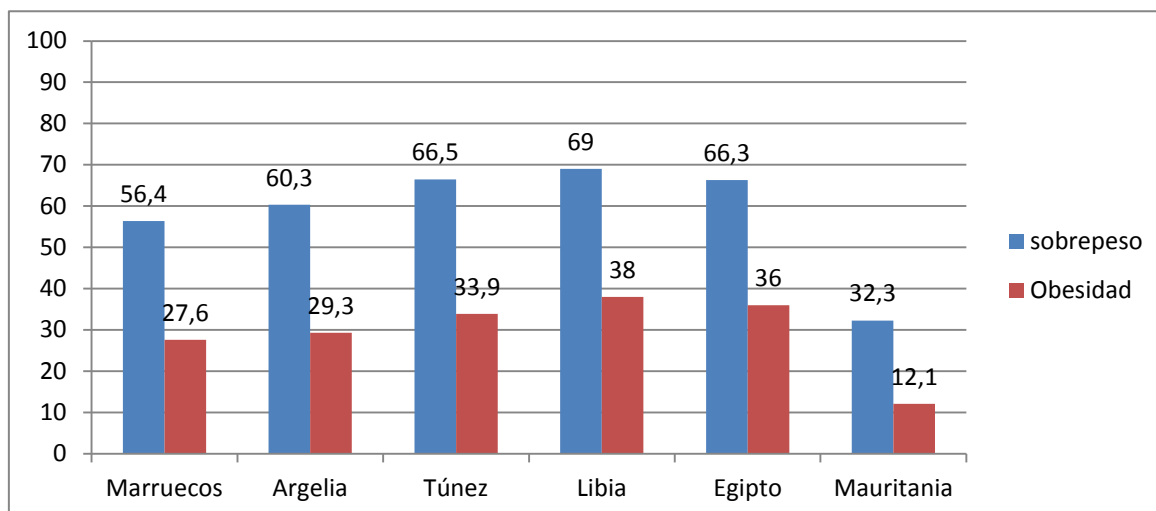
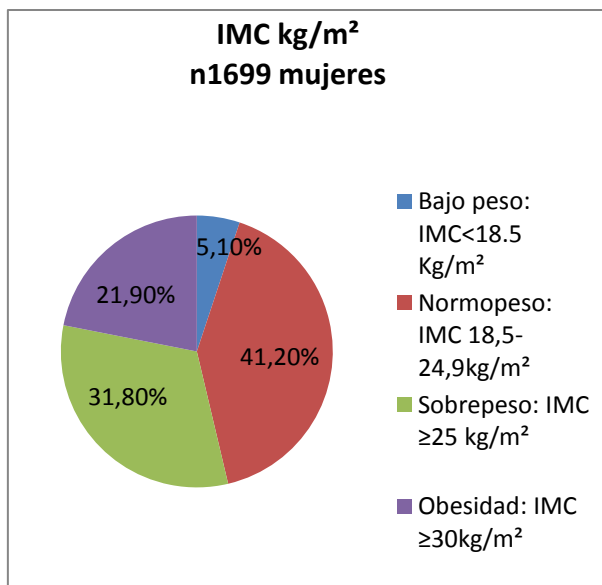


Figura 1. Datos de la OMS de porcentaje de sobrepeso y obesidad en países del Norte de África en 2016. (Modificado de OMS, 2016)

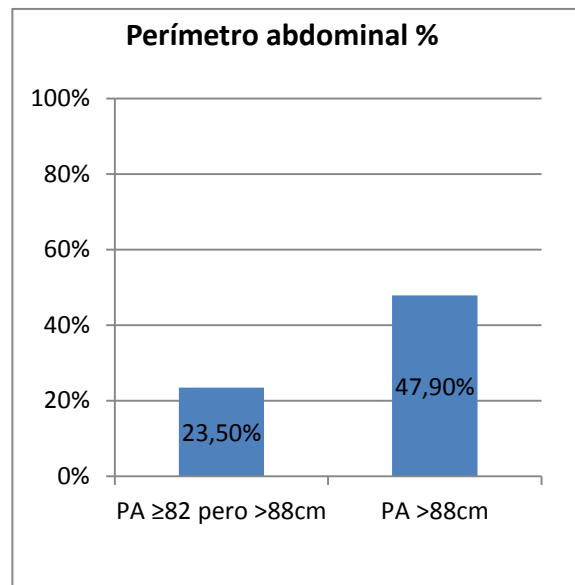
- Sahara Occidental

En el caso del Sahara Occidental, en los campamentos de refugiados en un estudio realizado en 2010, en el que se tomó como muestra 2.005 familias de 4 campamentos (Dajla, Auserd, Aiún, Smara), se obtuvieron los datos que se mencionan a continuación.

Del muestreo de 1699 mujeres, el 31,8%(IMC> 25) tenían sobrepeso y el 21,9%(IMC>30) padecían obesidad (figura 3). Además, utilizaron el perímetro abdominal para medir la obesidad central que se trata de la masa que se acumula principalmente en la región cervical, la facies, el tronco y el abdomen superior. Mediante esta medición se establece el riesgo que hay de desarrollar diabetes, el síndrome metabólico en general y mayor morbilidad y mortalidad cardiovascular. Cuando el perímetro abdominal (PA) es > 82cm pero < 88cm comienza a haber riesgo de padecer enfermedades metabólicas y/o cardiovasculares, y cuando es > 88cm el riesgo es sustancialmente mayor. Esta medición alterada se considera obesidad central, en este estudio, con una muestra de 1.689 mujeres, el 23,5% tenían una PA > 82cm y < 88cm, el 47,9% tenían una PA > 88cm (figura4) (Grijalva et al., 2012).



*Figura 2.* % de peso según IMC en las mujeres de los campamentos de refugiados. (Modificado de Grijalva et al., 2012)



*Figura 3.* Porcentaje de mujeres saharauis según perímetro abdominal. Elaboración propia. (Modificado de Grijalva et al., 2012)

Por otro lado, en cuanto a los Territorios Ocupados (TTOO) por Marruecos, es un poco complicado conseguir datos que solo se correspondan con los saharauis, puesto que se mezcla con los de los marroquíes. No obstante, existe un estudio de la obesidad en la población saharauí residente en los TTOO, realizado por Rguebi y Lehsan en 2004 con una muestra de 249 mujeres en el Aiún (capital de los TTOO). Este estudio afirma que las mujeres saharauis tienen una tasa de obesidad tres veces mayor que la media nacional.

Según este estudio, a través del cálculo del IMC, se calculó que el 30% de las mujeres en total tenían sobrepeso y el 49% eran obesas. En la figura 5 se puede observar el IMC en los distintos rangos de edad, se observa un alto porcentaje de sobrepeso (45%) en el grupo más joven (15-25), lo cual puede predecir el incremento de este problema en edades posteriores. Se observó que el 11,9% de las mujeres antes de los 25 presentan obesidad, de 45 a 55 alcanza la mayor cifra con un 72,7% y tras los 55 vuelve a descender a un 48,1 %.



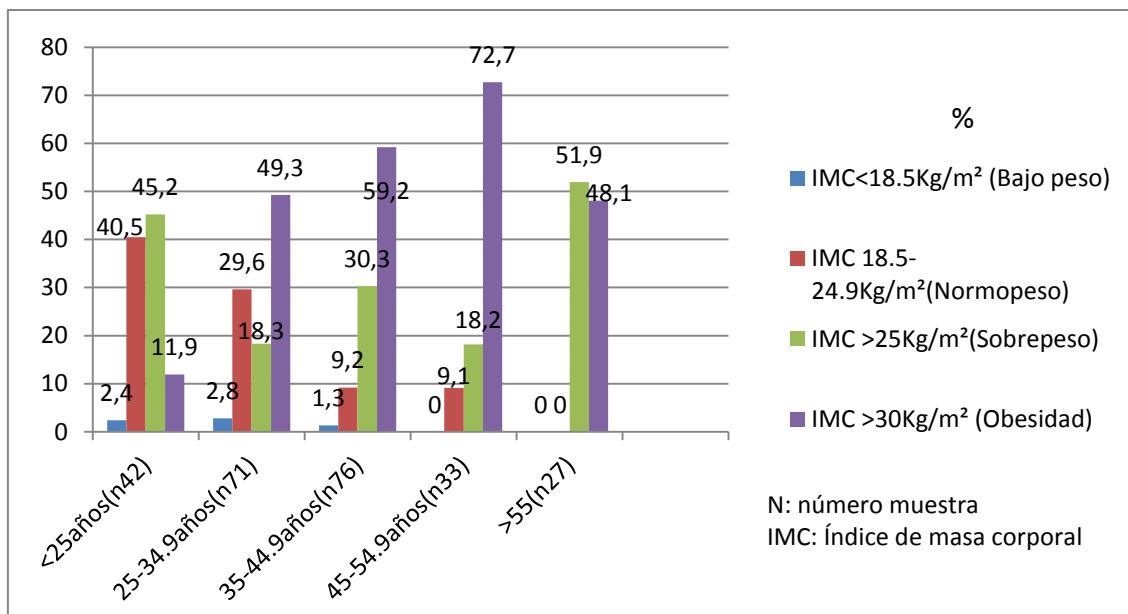


Figura 4: Prevalencia de sobrepeso y obesidad, mediante IMC, en función al grupo de edad. (Modificado de Rguibi & Belahsen, 2004)

Por otro lado, se estudió también la prevalencia de la obesidad central mediante la medición del perímetro abdominal. En la figura 6 se puede ver que en todos los grupos de edad existe un riesgo de desarrollar morbilidad, la tasa más baja se encuentra en el grupo de < 25 años, que aún así continúa por encima de 82 cm que es cuando comienza el riesgo según la OMS. A partir de los 25 el riesgo es potencialmente mayor, y el auge se produce el grupo de >55 años.

Además del perímetro abdominal, también se utiliza el índice cadera-cintura, que mide mediante una relación del perímetro de la cintura y el perímetro de la cadera, el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y metabólicas. El riesgo para mujeres es cuando esta relación es > 0,85. En la figura 7 se puede observar que el único grupo que no sobrepasa la cifra establecida es el de menores de 25 años, sin embargo, posteriormente se incrementa notablemente, al igual que el perímetro abdominal, se alcanza la máxima cifra en el grupo de > 55 años.

Ello muestra que a pesar de que la obesidad basada en el IMC disminuye a partir de los 55, tienen las mayores cifras de obesidad central, con lo cual el riesgo de estas mujeres es mucho mayor que el de los grupos más jóvenes (Rguibi & Belahsen, 2004).

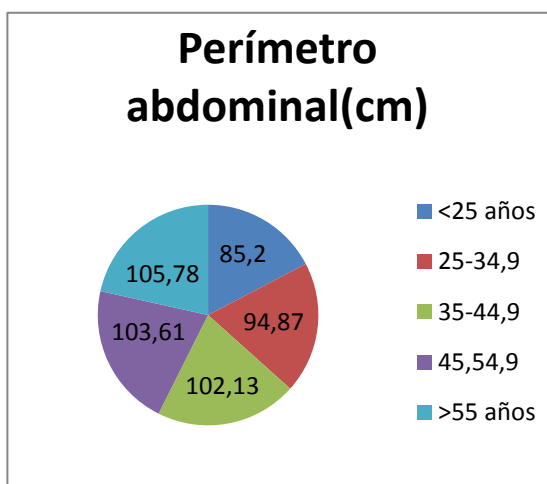


Figura 5: Perímetro abdominal en mujeres saharauis en los TTOO. (Modificado de Rguibi y Belahsen, 2004)

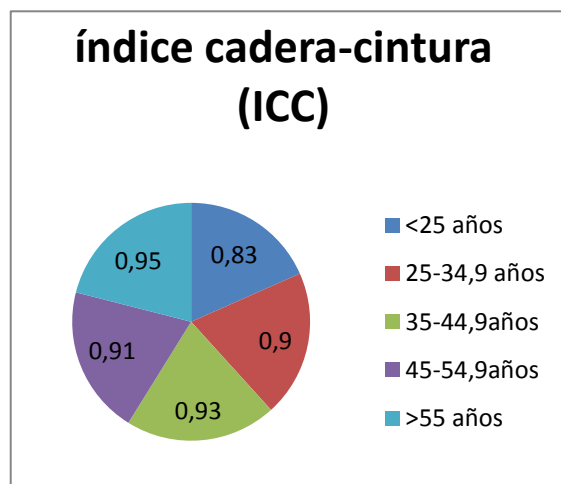


Figura 6: Índice cadera-cintura en mujeres saharauis en los TTOO. (Modificado de Rguibi y Belahsen, 2004)

### 5.5. La realidad contextual de las mujeres saharauí

- Sahara Occidental: La última colonia

El Sáhara Occidental, país al noreste de África, fue protectorado español desde el año 1884. En 1975, se estableció que España debía descolonizar el territorio y cederle el mando al propio país, sin embargo, eso nunca sucedió. Con la enfermedad y la posterior muerte de Franco en 1975, el proceso de descolonización fue interrumpido. España abandonó el territorio sin descolonizarlo. Y en lugar de ello, llegó a un acuerdo con Marruecos y Mauritania para que se repartiesen el territorio. La zona de Mauritania fue recuperada a través de una guerra. Sin embargo, Marruecos invadió el país mediante la famosa “Marcha Verde”, la cual se suponía que era pacífica y realmente se bombardeó a la población con Napalm y fósforo blanco. Gran parte de la población se exilió al país vecino Argelia, el cual les concedió un territorio en el que refugiarse, Tinduf. Otros se quedaron bajo la represión del gobierno marroquí. En 1991 se firmó el alto al fuego con la promesa de un referéndum por parte de la ONU que hasta día de hoy no se ha cumplido.

El Sahara ha quedado dividido en tres partes, la primera son los territorios ocupados, la segunda son los territorios liberados, los cuales son desierto y habitan básicamente la gente que continua con la vida beduina y nómada, y la tercera son los campamentos

de refugiados. De esta manera la población saharauí lleva 42 dividida ente dos partes, separadas por el llamado “Muro de la vergüenza”, se puede observar en la imagen 1 una marcada línea marrón, custodiado por minas antipersonas, anticarro y antitanque, y miles de soldados marroquíes. Por un lado están los Territorios ocupados (TTOO), lugar en el que los saharauis residen bajo la represión del gobierno marroquí, y por otro los campamentos de refugiados saharauis de Tinduf y los territorios liberados, en los cuales existe un riesgo mortal por culpa de las minas que hay en el terreno. En los campamentos se creó una organización de la nada, el 27 de febrero de 1976 se creó República Árabe Saharaui Democrática (RASD), con el Frente Polisario a cargo de la dirección (Blanco, 2016).

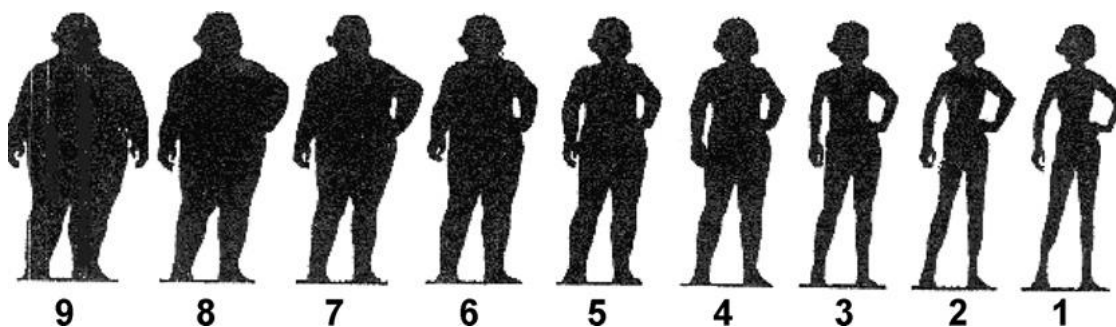


Imagen 1. Mapa del Sahara Occidental con el muro divisor marroquí, del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (Modificado de ACNUR ,2006).

- Mujeres saharauis en los Territorios ocupados

En lo referente al tema que nos ocupa, en los TTOO, siguiendo con el estudio llevado a cabo por Mohamed y Belahsen (2004), se les mostraron a las participantes del estudio unas figuras (imagen 2) de mujeres con distintos pesos corporales, y debían indicar

cual les resultaba más saludable. El 78% de las participantes consideraba las figuras 4-5 como las más saludables (etiquetadas como sobrepeso).



*Imagen 2.* Figuras mostradas a mujeres saharauis para elección de la silueta más saludable. (Modificada de Rguibi y Belahsen, 2006)

Asimismo, se les cuestionó acerca de la motivación que tienen para querer tener una imagen corporal determinada y se observó que la opinión de los hombres era la que más influía en su deseo de estar “bellas” (221 participantes). La presión para engordar que las madres ejercen sobre sus hijas(197 participantes) fue la segunda razón que más se tenía en cuenta, por último, la vestimenta tradicional, la melhfa (167 participantes), dado que pretenden llenar la melhfa hasta conseguir que se les dibuje la silueta, y el deseo de verse bien en ella les llevaba a querer engordar.

De la misma manera, se estudió el deseo que presentaban las mujeres de ganar peso a lo largo de su vida. El 87.1% alguna vez en su vida han tenido deseo de ganar peso, pero en ese momento, a pesar de ser el 49%obesas y el 30% con sobrepeso, la mayoría de mujeres definía su peso como apropiado, y el 16,9% no estaban satisfechas con sus cuerpos porque querían ganar más peso, todas eran menores de 35 años(Rguibi & Belahsen, 2006).

En lo referente a la conciencia del cuerpo, parece ser que las mujeres musulmanas presentan menos insatisfacción con sus cuerpos. Esto es debido a que llevan ropa holgada que les cubre todo el cuerpo, esto supone que al llevar ropa que no les marca la silueta no tienen esa preocupación ni conciencia al engordar, al contrario, su objetivo es marcar la silueta en la medida de lo posible (Odoms, 2008).

En cuanto al nivel de escolarización la mayoría ni siquiera había finalizado la educación primaria, y pocas finalizaron la secundaria (47 participantes). Por otro lado en lo

referente a su estado civil la mayoría estaban casadas (166 participantes), 50 eran solteras, 19 divorciadas y 14 viudas.

Aquellas que deseaban ganar peso actualmente, 47 mujeres, pretendían hacerlo mediante prácticas de engorde, solo 12 de ellas no tenían en mente recurrir a ayuda y 168 mujeres reconocieron que utilizaron dichas prácticas alguna vez en su vida. Las prácticas más utilizadas eran: el uso de estimulantes del apetito (71 mujeres lo consumieron en el pasado y 3 en el momento del estudio), la sobreingesta de alimentos (56 mujeres lo hicieron en el pasado, 30 en el momento del estudio), el uso de corticoides (41 reconocieron haber consumido y 4 continuaban consumiendo) y otros como *halba*, que son plantas medicinales que aumentan el apetito (7 reconocieron haber consumido en el pasado y 5 en el momento del estudio).

Algunas mujeres casadas dijeron que ellas 40 días antes de casarse hicieron *tablah*, es decir, realizaban una sobreingesta voluntaria para ganar peso. Las mujeres utilizaban cuscús, grasa y carne de camello, aceite de oliva y arroz con leche. Otras mujeres, usaron comidas más tradicionales, como *lahssa* como suplemento dos veces al día, una antes de desayunar y otra antes de cenar. Esta comida está preparada mediante varios alimentos, semillas y miel.

Podemos afirmar que a través de este estudio se observó que las mujeres tenían normalizada la obesidad, y que su principal preocupación es la imagen física por encima del bienestar físico (Rguibi & Belahsen, 2006).

- Mujeres saharauis en los Campamentos de refugiados de Tinduf

Al otro lado del muro, se encuentran los campamentos de refugiados de Tinduf, se trata de un pueblo en sus orígenes nómada que se ha visto obligado a la sedentarización en un territorio limitado, sin agricultura y sin poder ir allá donde llueva con sus rebaños. Es un pueblo con una capacidad de actividad extensa, puesto que en sus orígenes el trabajo era su principal prioridad pero que el asentamiento forzado en un lugar con unas temperaturas tan altas solo invita a refugiarse en casa. Estos factores hacen que la vida en los campamentos se reduzca a la familia, con una actividad física prácticamente inexistente (Campos & Carretero, 2016).

El terreno es un conjunto de 5 campamentos divididos en distritos. La actividad económica se reduce a lo básico para subsistir, el comercio es escaso y las actividades laborales están poco desarrolladas, los argelinos no parecen integrarles en el ámbito laboral, aunque los jóvenes cada vez lo desean más (Campos & Díaz, 2016).

La principal fuente de alimento para los refugiados es la ayuda humanitaria exterior, la cual durante los últimos años ha ido disminuyendo. Actualmente el Programa Mundial de Alimentos (PMA) suministra 90.000 raciones a aquellos más vulnerables y 35.000 raciones suplementarias cada mes. La cesta de alimentos incluye alimentos básicos con un valor nutricional de 2.166 kilocalorías por persona y día. La cuestión es que este cálculo es para 125.000 saharauis (Cooperación española, Aecid, 2014), cuando según el nuevo informe publicado en marzo de 2018 de ACNUR hay 176.600 refugiados en la zona. Este informe publicado por la propia organización de ACNUR demuestra que la ayuda es claramente insuficiente (ACNUR, 2018)

La población más vulnerable es aquella que sufre desnutrición, porque en los campamentos existe una doble carga de malnutrición, a pesar de haber elevadas cifras de obesidad, la desnutrición continua siendo un problema (Grijalva et al., 2012).

La canasta básica tiene 17 kg y está compuesta por: harina de trigo, arroz, lentejas, guisantes (antes había judías y garbanzos pero eran más caros y los sustituyeron), aceite vegetal, azúcar y un compuesto de maíz y soja que llaman “supercereal”. La otra mitad de los alimentos que consumen procede un 10% de alimentos frescos de Cruz Roja Española, Oxfam y el resto de ayuda proviene de países como Noruega, que aportaba caballa, que es la única fuente de proteínas. Estas ayudas aparte de las del Programa Mundial de Alimentos eran las que equilibraban mínimamente la dieta saharai, pero bastantes están siendo retiradas, debido a la cantidad de emergencias humanitarias mundiales que hay y que hacen que los países desplacen sus ayudas a las nuevas emergencias.

En 2016, la ONU lanzó una alerta sobre la situación, puesto que si continúa de esta manera, progresivamente se irán reduciendo alimentos, pudiendo ser insuficientes y aumentar la incidencia de anemia y desnutrición (Campos & Carretero, 2016).

Por otro lado, según un estudio realizado sobre la dieta en los campamentos, se observó que 1/3 de saharauis tenía una dieta equilibrada. Aquellas personas con menor nivel socioeconómico tienen una dieta más desequilibrada, lo cual no es de extrañar puesto que muchos productos que ya no se reparten en la canasta básica, deben ser comprados y por lo tanto, aquellos que pueden permitírselo pueden continuar una dieta variada (Morseth et al., 2017).

La cuestión es que actualmente, según los datos obtenidos de un estudio realizado en los campamentos de Dakla, Auserd, Layoun y Smara a 2005 jaimas, las mujeres no embarazadas de entre 15-49 años presentan un 47,2% de obesidad, 38,8% presentaban sobrepeso y solo el 11.5% tenían un peso adecuado. (Grijalva et al., 2012)

A ello hay que añadir que la diabetes es un problema que empieza a tener peso en los campamentos. En 2009 el equipo del Dr. Díaz Cardóniga situó la incidencia de la diabetes en los campamentos en un 6%, cifra que no dista mucho del país en el que se encuentran . En Argelia, ese mismo año, según la International Diabetes Federation (IDF) era de un 8,5 % y en Mauritania, cuya cultura y estilo de vida es similar, era de un 5% (Mohamed, 2013). Estos datos indican una prevalencia similar a la existente en el resto del mundo. En el 2010 el 6,6% de la población mundial era diabética. Un factor que puede favorecer este hecho es el sedentarismo de esta población de origen nómada en un campamentos de refugiados, que han pasado de consumir alimentos elaborados de manera artesanal (cus cus, dshisha, ncha...) a una dieta de subsistencia, dependientes de ayudas externas, con un gran porcentaje de alimentos con alto nivel glucémico, de bajo coste y pocas verduras y productos frescos. Como resultado se obtiene un población sedentaria.

Hay más factores que contribuyen a este hecho. Uno de ellos es el té tradicional, elaborado con una gran cantidad de azúcar. En cada té se toman tres vasos y se realizan más o menos 4 té diarios. Otro factor es el canon de belleza femenino, puesto que la obesidad es un riesgo para desarrollar DM tipo II, además, las mujeres saharauis a veces recurren a técnicas de riesgo para la salud para conseguir su propósito, recurriendo incluso a la toma de corticoides, un comportamiento muy extendido por los campamentos. Entre muchos otros efectos de tomar corticoides a

largo plazo se encuentra su efecto hiperglucemiante y se asocia al desarrollo de la DM tipo II (Campos & Carretero, 2016).

- Conductas de riesgo para la salud: toma de corticoide:

El mal uso de corticoides el caso de las mujeres saharauis, supone un grave riesgo para la salud. Principalmente no se pueden consumir estos medicamentos sin indicación y además no se debe prolongar en el tiempo dado que tiene muchos efectos secundarios. Los principales efectos adversos son:

TEJIDO	EFFECTOS SECUNDARIOS
Suprarrenal	Supresión de la función fisiológica (inhibición del eje hipofiso-adrenal). Atrofia de la glándula. Síndrome Cushing, se caracteriza por la presencia de intolerancia a la glucosa, obesidad centripeta, lesiones purpúreas, miopatía y osteoporosis. Este síndrome se produce con la toma prolongada de cualquier corticoide. Si los corticoides se administran en el periodo de dos semanas o menos, la reactivación del eje se produce rápidamente. Sin embargo, si no es así se puede producir una supresión profunda.
Sistema inmune	Amplia inmunosupresión. Activación de infecciones latentes. Hay riesgo de desarrollar nuevas infecciones o reactivar las antiguas, tanto bacterianas como víricas o mióticas. Principalmente la tuberculosis.
Metabolismo de los Hidratos de carbono	Aumentan la gluconeogénesis hepática y limitan la utilización periférica de glucosa, a la vez que suprimen la producción pancreática de insulina y aumentan la insulinoresistencia. Producen hiperglucemias tanto en paciente diabéticos como aquellos que no lo son, que pueden acabar siéndolo
Gastrointestinal	Sangrado gastrointestinal, pancreatitis, úlcera péptica
Musculoesquelético	Osteoporosis. Necrosis ósea, atrofia muscular, retraso en el crecimiento longitudinal del hueso
Cardiovascular	Dislipidemia, HTA, trombosis, vasculitis
Tegumentos	Atrofia cutánea, retraso en la cicatrización de heridas, eritema, hipertricosis, dermatitis perioral, Petequias, acné inducido por corticoides, estrías, telangiectasias
SNC	Cambios en la conducta, aprendizaje, memoria y humor (psicosis). Atrofia cerebral.
Ojos	Cataratas, glaucoma, exoftalmos, corioretinopatía central.
Riñon	Aumento retención de Na y excreción de K
Reproductivo	Retraso pubertad, en el crecimiento fetal, hipogonadismo

Cuadro 6. Efectos secundarios de la toma prolongada de corticoides. (Modificado de Galofré, 2009)



- Mujeres Saharauias en España

En lo referente a las mujeres que residen en España, según un estudio en el que se eligieron aleatoriamente 10 mujeres, la media de edad era de 46,2 años, llevaban en España una media de 6,4 años, el 57,1 % tenían estudios secundarios y el IMC medio fue de 30,1. Todas las mujeres presentaban obesidad o sobrepeso, lo cual está relacionado con la inexistente actividad física, la alimentación inadecuada y el ideal de belleza saharauí.

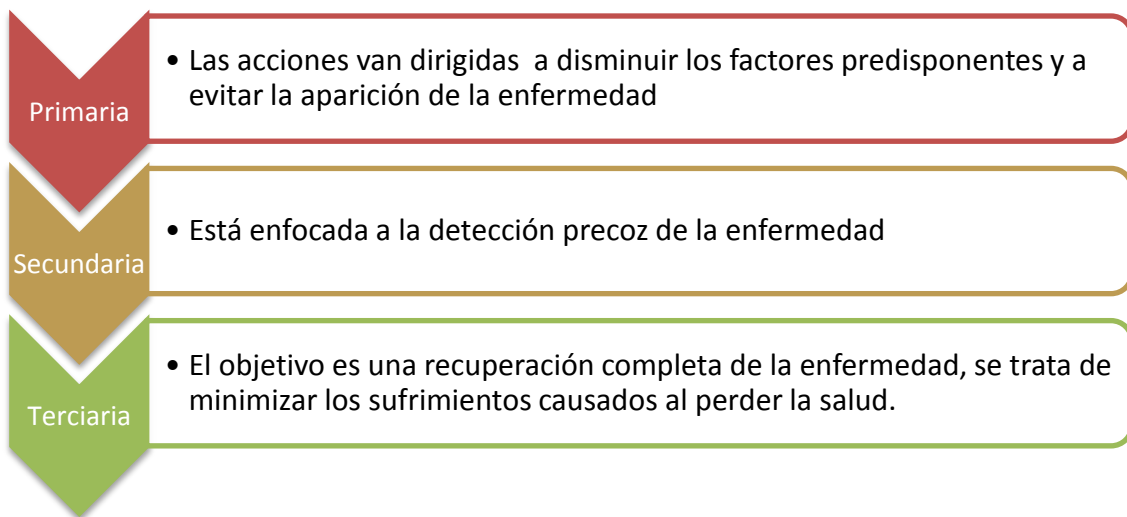
Tras hacer la comparativa con los campamentos los datos mostraban que las mujeres tenían un mayor consumo de azúcares (100% mujeres), cereales (100%), aceite de oliva (57,1%) y alimentos proteicos (42,9%), sin embargo han disminuido su consumo de verduras (85,7%) y frutas (28,6%). Esto demuestra que aun teniendo disponibilidad para cambiar sus hábitos no adecuan su dieta, probablemente por la publicidad y la falta de conocimientos (Arroyo, Andía, & Demon, 2016).

Otro elemento importante en este punto es el coste de los alimentos, los más baratos son aquellos con mayor contenido de grasas y azúcares, comer sano se ha vuelto caro. Este hecho puede influir en la alimentación de las clases sociales más bajas, el precio elevado de las verduras y las frutas puede suponer una barrera, la gente recurre a lo más barato, que además resulta que es lo más atractivo (Darmon & Drewnowski, 2015).

### **5.6. La promoción y prevención como solución del problema**

La promoción de la salud consiste en realizar actividades enfocadas a capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren.

La prevención por su lado, se centra en la enfermedad, son medidas que no van dirigidas solamente a evitar la aparición de la enfermedad y a reducir los factores de riesgo, sino que también a detener su avance y a disminuir las consecuencias producidas. Hay varios tipos de prevención (Julio, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011).



*Figura. 7. Niveles de prevención. Elaboración propia. (Modificado de Julio, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011)*

La combinación de estos dos conceptos es el arma más potente para luchar contra el sobrepeso y la obesidad. La prevención de la obesidad a través de la promoción de hábitos alimenticios saludables y ejercicio físico es la principal solución al problema. Los programas de educación para la salud responden a estos puntos, mediante ellos se consigue transmitirles a los usuarios los beneficios de los hábitos saludables, les otorgan habilidades y herramientas para abordar un problema de salud y hacer una correcta elección de estilos de vida. A través de la educación para la salud se pretende trabajar una sustitución de hábitos de vida no saludables por otros que si lo son, o en caso de que sean saludables, mantenerlos. La alfabetización sanitaria, se debe adoptar a las necesidades de los beneficiados, por ello es fundamental que tengan en cuenta y se trabajen los factores del entorno social, los factores del entorno más cercano y los factores personales (lo que sabe, lo que cree y lo que puede hacer) (Pérez, Echaury, Ancizu, & Chocarro, 2006).

Según la OMS la obesidad es una enfermedad prevenible en la mayoría de los casos. Son imprescindibles entornos y comunidades favorables que influyan en las elecciones de las personas, de manera que la opción más accesible, sencilla y disponible sea la más saludable en lo referente al ejercicio físico y la alimentación (OMS, 2017). Por ello, además de los cambios a nivel personal, para la prevención es necesario lograr la implicación alimentaria (calidad nutricional y etiquetado), medios de comunicación (anuncios publicitarios, información veraz), poder legislativo y autoridades (medidas

reguladoras de la industria y los productos comercializados), administraciones locales (urbanismo), centros educativos (comedores escolares, limitar los productos de las máquinas expendedoras, el almuerzo), el trabajo (limitar ascensores a las personas que precisan). La sanidad no puede con esta lucha sola, precisa de todos estos órganos para ello (Goday et al., 2017).


En lo referente al ámbito personal, una de las claves es la alimentación. Según la OMS, una dieta saludable nos protege contra la morbilidad. Las recomendaciones de la OMS son (OMS, 2015):

Ingesta calórica	Debe ir en concordancia con el gasto calórico.
Grasa	Las grasas no deberían superar el 30% de la ingesta calórica total para prevenir el aumento de peso, ello supone dejar de consumir grasas saturadas (mantequilla, queso, manteca de cerdo...) para consumir grasas no saturadas (aceite de pescado, aguacates, frutos secos...) y reducir al 1% o eliminar las grasas industriales de tipo trans (comida rápida, pizza congelada, pasteles...).
Azúcar	Limitar la ingesta de azúcar libre a menos del 10% de la ingesta calórica total. Para tener mayores beneficios, se aconseja reducir su ingesta a un 5% de la ingesta calórica total.
Consumo de sal	Mantenerlo por debajo de 5 g diarios previene la HTA y reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular y de accidente cerebrovascular.
Alimentos	Comer frutas, verduras, legumbres, frutos secos y cereales integrales (maíz, avena, trigo...). Consumir al menos 400g (5 porciones) de frutas y hortalizas al día.

Cuadro 5. Recomendaciones de la OMS para una alimentación saludable. (Modificado de OMS, 2015)

**Pirámide de la Dieta Mediterránea: un estilo de vida actual**  
Guía para la población adulta

Medida de la ración basada en la frugalidad y hábitos locales

 Vino con moderación y respetando las costumbres

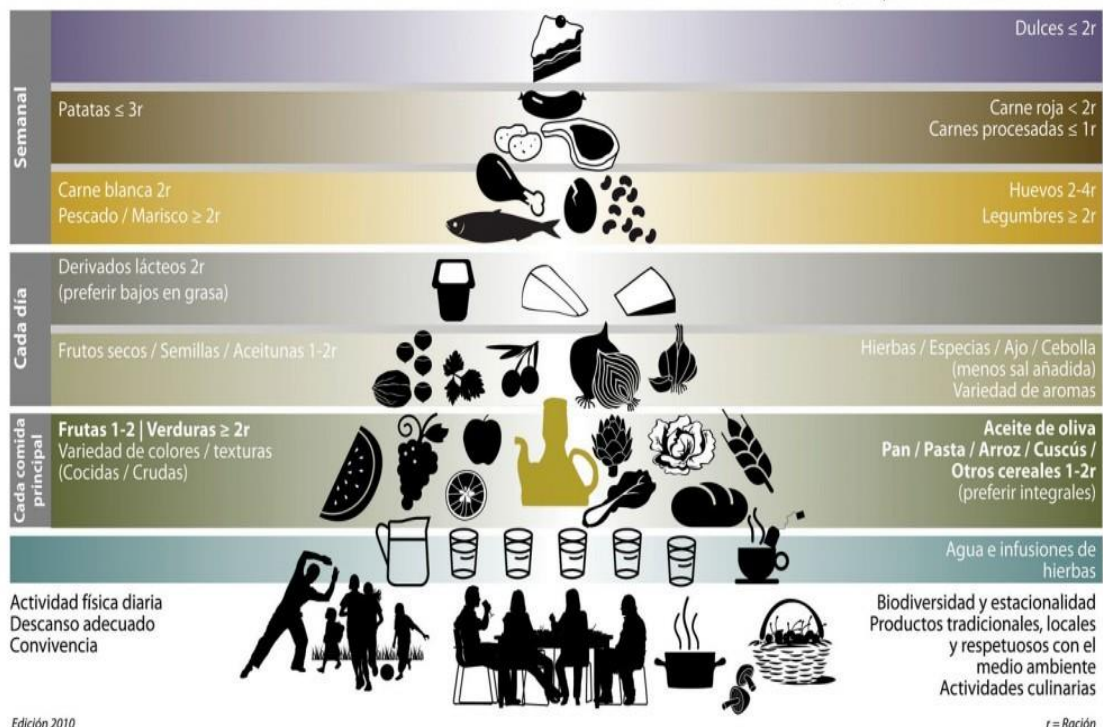


Figura 8. Pirámide de la dieta mediterránea. (Modificado de Arós & Estruch, 2015)

El otro punto clave para la prevención del sobrepeso y la obesidad es el ejercicio físico. La OMS recomienda para adultos de 18 a 64 años al menos 150 minutos de actividad física moderada, o como mínimo 75 minutos semanales de actividad física intensa, o una combinación equivalente de ambas. Para conseguir mayor beneficio se aconsejan 300 minutos semanales de actividad moderada o de una equivalencia. Es importante hacer ejercicios de fortalecimiento muscular 2 o más días a la semana, para ejercitar los grandes conjuntos musculares (OMS, 2018).

## 6. DISCUSIÓN

La biología juega su papel en los conceptos en el concepto de belleza, Gazzaniga (Gazzaniga, 2010) expone una idea sostenible acerca de los rasgos que se consideran bellos por naturaleza, incluso la simetría y la preferencia por los objetos curvos podría influir en la justificación de la obesidad como ideal de belleza tanto en occidente en épocas pretéritas como en las sociedades más tribales. No obstante, la sociedad es el elemento más destacable de la concepción y entendimiento de este término. Ejemplo de ello son los cánones de belleza tan dispares existentes en todo el mundo, como es

el caso del significado de la delgadez y la obesidad dependiendo de la sociedad. Según Contreras (Contreras , 2005), la delgadez en los países occidentales tiene asociados una serie de aptitudes, por lo tanto es considerada bella por las características definitorias que la acompañan. La obesidad por su lado, en el caso de los saharauis, significa prosperidad, belleza y fertilidad, por ello se busca esa condición, sin embargo la delgadez es pobreza y trabajo. Con lo cual se podría decir que se concibe como bello aquello que representa los elementos y actitudes que la sociedad considera importantes y buenas.

En el caso del Sahara Occidental la obesidad lleva implícito prosperidad, prestigio y dinero, los cuales son precisamente los elementos más buscados dada, mayoritariamente, su situación de pobreza. La creación del ideal de belleza se traduce en la economía, en las sociedades occidentales de la abundancia y el consumismo los que alcanzan el modelo establecido es porque tiene medios para ello, puede permitirse los tratamientos, la alimentación y los productos necesarios. En el Sahara por su parte, donde la comida precisamente no sobra, los únicos que pueden llegar a alcanzar el canon de belleza establecido son los que pueden acceder a los alimentos en abundancia, es decir, aquellos que disponen de recursos económicos.

El problema es que los ideales de belleza engañan a todo el mundo, no solo a los que tienen medios para alcanzarlos, sino que se espera lo mismo de todas las mujeres, esto da lugar a las prácticas de riesgo para la salud para poder llegar a donde quieren. Aquí es la anorexia y la bulimia, allí son los corticoides y la sobreingesta, pero realmente es el mismo problema, la imagen corporal y la concepción del cuerpo como reflejo y elemento definitorio de la persona.

Las mujeres saharauis están sometidas a la búsqueda constante de la obesidad. La obesidad es un problema de salud mundial contra el que hay que luchar, el caso es que el riesgo de padecer sobrepeso u obesidad de este grupo es mucho mayor, dado que ellas no ven como problema la obesidad, de hecho es lo que buscan, con lo cual no se preocupan por evitarla. Esta sumisión a la opinión pública supone una ausencia de responsabilidad y empoderamiento de su salud, con lo cual, es imprescindible trabajar este problema desde la raíz, es obvio que no se va a cambiar de manera repentina el ideal de belleza de toda una sociedad, pero sí que es necesario darle a las mujeres las

herramientas necesarias para que sean ellas mismas las que decidan actuar, no desde una imposición externa.

## 7. CONCLUSIONES

- La biología influye en nuestra concepción de belleza, sin embargo, la construcción social de este concepto (el canon de belleza), el cual lleva implícito una serie de elementos y actitudes que la sociedad considera buenas, es más influyente.
- El ideal de belleza se traduce en la economía de la sociedad, en las sociedades occidentales están delgados los que se lo pueden permitir y en las tribales son obesos los que disponen para ello.
- Las mujeres saharauis, tanto las de los TTOO como las de los campamentos o de España, son presionadas por la sociedad para estar obesas, incluso llegan a prácticas de riesgo para la salud como la toma de corticoides o la sobreingesta de alimentos para ello.
- La obesidad es un problema mundial que no deja indiferente a nadie, los países del norte de África son los más afectados del continente, las mujeres saharauis tienen mayor riesgo de desarrollarla por su concepción de belleza.
- La alimentación de las mujeres saharauis y sus hábitos no saludables no han variado desde su llegada a España, a pesar de disponer de más recursos.
- Es necesario intervenir mediante la educación de la salud para prevenir el sobrepeso y la obesidad en las mujeres saharauis, hay que hacerlo de manera colaborativa, no imperativa. Ellas deben identificar la necesidad de la actuación.

## 8. PROPUESTA DE PROGRAMA EDUCACIÓN SANITARIA

### 8.1. Introducción

Mediante la revisión realizada se ha confirmado la existencia de un problema que está afectando a todo el mundo, la obesidad. La información acerca de las consecuencias que supone la obesidad para la salud y los datos obtenidos reflejan la urgencia de trabajar con este problema.

Según indica la OMS el sobrepeso y la obesidad son prevenibles en su mayoría. El elemento más crucial para actuar sobre este problema es la prevención, a nivel individual, de esta enfermedad a través de la promoción de hábitos alimenticios saludables y la actividad física (OMS, 2017).

Como ya se ha observado en los resultados de la revisión, las mujeres saharauis son un grupo poblacional con un gran riesgo de desarrollar sobrepeso u obesidad, dado que lo que es considerado como un problema de salud, ellas lo traducen en belleza, por ello, a pesar de la dificultad, es imprescindible actuar sobre este grupo.

La creación de un programa de educación sanitaria dirigido a mujeres saharauis es la respuesta a esa necesidad de actuación. La intervención en la comunidad de mujeres saharauis es dificultosa dado que se trata de una conducta que responde a un ideal de belleza, por tanto la modificación es un gran reto. Por ello, la principal línea de trabajo se encamina a concienciarles de su peso corporal y de las consecuencias que ello supone, así como fomentar la incorporación de hábitos de vida saludables.

La propuesta de actuación se ubica en España, ya que trabajar con las mujeres que residen aquí es más sencillo, desde el punto de vista de trabajo se dispone de mayor cantidad de recursos aquí; desde la perspectiva del perfil de las mujeres, las que se encuentran aquí están más familiarizadas con la importancia de los hábitos saludables.

El lugar escogido ha sido Llodio, un pueblo de Álava, habitan un gran número de saharauis, los únicos datos que se han podido conseguir son del 2006 puesto que la población saharai se incluye con los marroquíes o los argelinos, según estos datos el 21% de los extranjeros son saharauis, y un 67% de estas son mujeres (Peciño, 2006). No se han encontrado datos de ningún programa enfocado a esta cuestión en el pueblo, el único estudio encontrado fue el diseño de un programa en Vitoria, dirigido a

las mujeres de esa ciudad. Por ello se ha considerado necesario, pertinente y factible realizar esta propuesta en este lugar.

Esta propuesta de educación sanitaria consta de varios talleres, cada uno responde a un objetivo específico. La finalidad del programa no es simplemente alfabetizar sanitariamente a las participantes, sino que se trata de conseguir que sean ellas las que identifiquen el problema y por consiguiente, responsabilizarles de su salud. De esta manera se pretende que las mujeres identifiquen las conductas de riesgo y sean capaces de modificarlas.

## **8.2. Objetivos**

- Objetivo general: Capacitar a las mujeres saharauis residentes en LLodio para que detecten la necesidad de modificar sus hábitos de vida y facilitarles herramientas para ello.

- Objetivos secundarios:

1. Proporcionar herramientas para que tomen conciencia de su estado físico y de los factores que influyen en ello.
2. Informar sobre los riesgos y las consecuencias para la salud que supone la obesidad.
3. Detectar hábitos alimenticios no saludables y proporcionarles información para sustituirlos por otros saludables
4. Fomentar la incorporación de la actividad física en la rutina de las participantes
5. Incentivar a las mujeres para que continúen con los hábitos saludables adquiridos a lo largo del programa

## **8.3. Metodología**

La metodología escogida está basada es la educación para la salud basada en la promoción de los hábitos de vida saludables como la alimentación y el ejercicio físico.

Se pretende realizar un proceso de aprendizaje, los talleres van enfocados principalmente a expresar su situación y sus conocimientos, después se les aporta información y se les reorganiza las ideas aportándoles datos objetivos, posteriormente se procede a analizar los factores influyentes y se pretende que sean ellas las que



detecten los problemas, y finalmente se comienzan a desarrollar habilidades para cambiar las conductas incorrectas detectadas.

Los talleres están programados para que sean dinámicos y bidireccionales, no se basará en la emisión de información, sino que tiene como objetivo la participación activa de las participantes y la opinión de estas.

#### **8.4. Contenido de la propuesta**

- Identificación del problema

Las mujeres saharauis tienen una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, este problema es de alta magnitud. Por un lado según los datos obtenidos en los Territorios ocupados el 49% de las mujeres eran obesas y el 30% tenían sobrepeso (Rguibi & Belahsen, 2006). Por otro lado, las mujeres de los campamentos el 31.8 % de las mujeres presentaban sobrepeso y el 21,9% eran obesas (Grijalva-Eternod et al., 2012). En cuanto a las residentes en España, según un estudio, el IMC medio era de 30,1%, todas presentaban sobrepeso u obesidad, además este estudio confirmaba que las mujeres saharauis al venir a España, y disponer de recursos, no llevan una dieta adecuada (Arroyo et al., 2016).

La revisión realizada nos muestra la importancia de combatir el sobrepeso y la obesidad para evitar problemas de mayor magnitud (diabetes, hipertensión arterial, artritis...). Actuar sobre este problema significa reducir los factores de riesgo para desarrollar otras patologías, además proporciona un aumento de calidad de vida, así como una mejora del estado de salud general. Por ello, está justificada la prevención del sobrepeso y la obesidad mediante la promoción la alimentación saludable y el fomento del ejercicio físico.

- Grupo diana

El grupo diana serán mujeres de entre 18 a 45 años. Se abarca este rango de edad porque me parece que es con el que más se puede trabajar. Por un lado, se escoge a mayores de 18 años porque el programa va dirigido a población adulta . Por otro lado, llevo el rango hasta los 45 porque son mujeres que aún pueden modificar sus hábitos, y sobre todo, pueden modificar los de su familia.

- Lugar y fecha

La intervención se realizará en la casa de cultura de Llodio. Se ha escogido este espacio por un lado porque se encuentra en el centro y el ambulatorio está muy alejado de la zona céntrica. Por otro lado, otro motivo es que a las participantes les resultará más conocido, puesto que se realizan muchas actividades relacionadas con el Sahara allí, y por tanto será más familiar y cómodo. Además se ha escogido septiembre porque aún hace buen tiempo, porque habrá más posibilidades de que se encuentren en España en esa fecha, dado que antes quizá estén veraneando fuera.

- Propaganda del programa

Para conseguir la captación de asistentes se utilizarán varios medios:

- Carteles informativos y folletos (Anexo 1)
- Nos pondremos en contacto con la Asociación de Saharais de Llodio y les solicitaremos que informen a las mujeres saharais del pueblo. Además las mujeres podrán inscribirse poniéndose en contacto con la Asociación, estos tendrán un cupo de 10 plazas para inscribir.
- En el centro de salud se dejarán folletos en las consultas y se le informará al personal, de tal manera que cuando acuda una mujer saharai le entreguen información y el folleto. Ellos también serán un lugar de referencia para la inscripción, solo que debido a que no es tan influyente en las mujeres como la asociación, les dejaremos un cupo de 7 plazas para inscripciones.
- Por último, recurriremos a la sección de trabajo social, dado que es un lugar que puede tener bastante demanda por parte de nuestro grupo diana, se realizará lo mismo, se dejarán folletos para entregar. Esta sección será el tercer lugar de referencia para la inscripción, tendrán un cupo de 3 mujeres para la inscripción.
- Programación de las actividades
  - ❖ Taller 1 *¿Belleza = obesidad?*

Objetivo: Proporcionar herramientas para que tomen conciencia de su estado físico y de los factores que influyen en ello.

Materiales: Sillas, báscula, tallímetro, cinta métrica, proyector y ordenador, 4 calculadoras, bolígrafos, cuestionario 1º, hojas impresas con la tabla resumen del contenido del programa.

#### Desarrollo de actividades y tiempo

- *Acogida, bienvenida y firma de contrato (15 minutos)*

Acogeremos a las participantes dándoles la bienvenida por su colaboración. Tras ello, se presentará al grupo que trabajaremos con ellas y les pediremos que se presenten ellas. Posteriormente, les entregaremos el contrato de participación (Anexo 2) , en el cual se indica que deben acudir a todos los talleres y que solo pueden ausentarse por motivos justificados, y de no ser así nos indicarán el motivo por el cual dejan el programa. La finalidad es que se comprometan con el programa, pasaremos lista en todas las actividades, de esta manera mantendremos un control de las ausencias, y en caso de querer dejar el programa, podremos saber lo que les llevó a hacerlo. Finalmente, les entregaremos la programación (Anexo 3).

- *¿Qué sé y qué espero saber? (25 minutos)*

En esta actividad se les entregará un cuestionario (Anexo 4) que contiene preguntas sobre: sus datos personales (edad, años en España, nº hijos), sus expectativas respecto al programa, si tienen conciencia de su peso corporal (saben su peso) y su nivel de satisfacción con sus cuerpos (si desean ganar o perder peso, si lo han hecho en el pasado, los medios que han utilizado para ello y si entre estos estaban los medicamentos). Puesto que quizá haya mujeres que no entiendan alguna pregunta, les ofreceremos la ayuda de los miembros de la asociación.

Posteriormente, realizaremos una lluvia de ideas lanzando una serie de palabras en voz alta para saber sus conocimientos acerca de la obesidad y el sobrepeso: *obesidad, sobrepeso, salud.*

- *¿Qué necesito saber? (15 minutos)*

Tras conocer la información que tienen las participantes, procederemos a exponer un breve power point denominado *sobrepeso y obesidad*, con la definición de sobrepeso y obesidad, y su diagnóstico, introduciendo así la grasa corporal y explicando qué es el IMC, como se calcula y la clasificación de la OMS de la obesidad según este. También

se explicará la relevancia que tiene el perímetro abdominal así como los rangos de riesgo.

- *Mi cuerpo (30 minutos)*

Posteriormente, En esta actividad las participantes deberán: Pesarse y tallarse para calcular su IMC, les pasaremos un folio con varios apartados (Anexo 5) para que apunten los resultados obtenidos. La ficha contiene una tabla con los valores de referencia para que puedan consultarla. Las básculas, a ser posible tendrán bioimpedancia para calcular la grasa corporal, sino nos centraremos únicamente en el IMC. También dispondremos de una cinta métrica para que se midan el perímetro abdominal, y en la misma ficha en la que apuntaron los datos anteriores, registrarán los centímetros, dispondrán de una tabla con los valores de referencia para consultar. Después abriremos un breve debate acerca de los resultados obtenidos.

La finalidad de esta actividad es principalmente proporcionarles las herramientas (peso, talla, IMC, grasa corporal) para que conozcan su estado físico y lo que ello significa (Tablas con los valores de referencia).

- *Creencia vs realidad(30 minutos)*

Esta actividad consistirá en mostrarles una foto con distintas figuras. Primero se les entregará una hoja con una tabla (Anexo 6), que por un lado deben rellenar con información subjetiva y después con información basada en el IMC. Se les preguntará cual creen que se corresponde con su peso actual, cuál creen que es la más saludable, la que más les gusta y si desean ese cuerpo y la que les parece más desagradable. Además se les preguntará acerca de los factores que influyen en su ideal de belleza: cual le gustaría a sus maridos/novios, a sus madres y al resto de la sociedad, e indicaran qué figura es más adecuada para la vestimenta tradicional (melhfa).

Posteriormente les mostraremos la misma imagen, pero con las figuras etiquetadas con su IMC (anexo 7), y deben rellenar la otra parte de la tabla etiquetada como "Realidad", en ella se indica el IMC de las figuras elegidas anteriormente. Finalmente, se dejará un espacio para debatir y compartir opiniones en alto.

La finalidad es proporcionarles las herramientas para que reflexionen acerca de su percepción subjetiva y los datos reales, además con la introducción de los factores que

influyen se pretende que ellas reflexionen acerca de lo que les lleva a querer un peso u otro.

❖ TALLER 2 *El sobrepeso/ obesidad como problema de salud*

Objetivo: Informar sobre los riesgos y las consecuencias para la salud que supone la obesidad.

Materiales: Proyector y portátil, bolígrafos, folios.

Desarrollo de actividades y tiempo

- Para comenzar se pasará lista de las asistentes, después se realizará un repaso de lo realizado el día anterior y por último una presentación del taller que se va a desarrollar (10 minutos).
- *El sobrepeso y la obesidad como problema de salud* (30 minutos).

Exposición de power point *la obesidad como problema de salud* que explica: el sobrepeso/obesidad, los factores asociados, las consecuencias, la prevención como tratamiento. Al finalizar se les entregará un tríptico sobre obesidad y las consecuencias que esta supone (Anexo 8).

- *Los corticoides* (20 minutos)

Tras la presentación, se realizará una lluvia de ideas con la palabra *Corticoides*, para saber los conocimientos que tienen las participantes. Se establecerá un debate abierto acerca de las ideas que vayan surgiendo.

- *Riesgos del consumo de corticoides* (10 minutos)

Posteriormente, les expondremos otro breve power point con: qué es el corticoide, su uso, sus efectos adversos y el peligro que supone el uso no sujeto a prescripción médica, así como el abuso de ellos. Se les entregará tríptico sobre los riesgos de la toma de corticoides. (Anexo 9). Se les indicará que la información expuesta aunque ellas no recurran a estas prácticas es importante que la interioricen para poder compartirla con aquellas que si lo hacen y no están allí.

- *Evaluación de conocimientos* (20 minutos)

Después, se les pasará una breve evaluación (Anexo 10) para comprobar que han entendido las explicaciones expuestas, les recordaremos que no es un examen, su única función es asegurar que se han quedado con el contenido básico de la presentación, se irán resolviendo todas las dudas que surjan.

### ❖ TALLER 3 *¡Comamos bien, vivamos bien!*

Objetivo: Detectar hábitos alimenticios no saludables y proporcionarles información para sustituirlos por otros saludables.

Materiales: proyector, ordenador, folios, tijeras, pegamento, materiales del

Té (vasos de té saharai, 2 tetera, azúcar, té verde chino), 2 hornillo eléctrico.

#### Desarrollo de Actividades y tiempo

- Lista de asistentes, repaso taller anterior y presentación del taller (10 minutos)
- *Mi pirámide nutricional (20 minutos)*

En este taller se les entregará una pirámide vacía y una serie de imágenes de alimentos y hábitos saludables (deporte, descanso) (Anexo 11). Ellas deberán recortar las imágenes y colocarlas en la pirámide según crean, la pirámide se divide en: la parte de arriba, los alimentos que se deben consumir semanalmente; en el centro, aquellos que deben consumirse diariamente; debajo aquellos que se deben ingerir en todas las comidas principales y en las últimas dos líneas, aquellas actividades que debemos realizar todos los días.

Esta actividad la realizarán en grupos de 4 personas, de esta manera podrán ayudarse entre ellas, debatiendo y compartiendo opiniones. El objetivo es conocer los productos que consumen y con qué habitualidad lo hacen.

- *La dieta mediterránea (10 minutos)*

Tras realizar ellas su propia pirámide, permanecerán en grupos de 4 y se les mostrará y explicará brevemente la pirámide de la dieta mediterránea. A medida que vayamos exponiendo la pirámide deberán ir comparando y anotando sus errores en sus pirámides. Al finalizar se les entregará un tríptico sobre alimentación con la pirámide y con imágenes de alimentos que deben evitar y aquellos que deben consumir. (Anexo 12)

- *Menú saharai sano y equilibrado (30 minutos)*

En esta actividad les entregaremos folios y deberán hacer el menú de una semana. La idea es que a través de lo aprendido con la pirámide, sean capaces de establecer lo que es saludable y lo que no. Les insistiremos en la necesidad de hacer un menú real, uno que ellas puedan consumir, con lo cual debe estar adecuado a su disponibilidad de alimentos y a su cultura culinaria. Esta actividad la realizarán agrupadas de la misma manera que lo hicieron en las actividades anteriores. Al finalizar se les entregará un tríptico con un menú saludable de una semana para que lo pongan en la nevera y lo tomen como ejemplo, contiene consejos para una alimentación sana (Anexo 13). Se les recordará en todo momento la importancia de trasladar la información que están adquiriendo al resto de la familia, ellas son las encargadas de trasladar la información.

- *El té saharai (5 minutos)*

Para comenzar realizaremos un breve cuestionario (Anexo 14) que constará de preguntas relacionadas con: el número de veces que se toma al día, cuantos vasos se toman normalmente en cada té, si les gusta que sea dulce o no, cuanto azúcar creen que consumen en un vaso de té, qué significa el ritual del té y si han considerado tomar menos.

- *Recomendaciones del consumo de azúcar (5 minutos)*

En este apartado les explicaremos la cantidad de azúcar recomendada por la OMS que debe consumir una persona.

- *Té, dulce té saharai (30 minutos)*

Posteriormente, realizaremos el ritual del té, el material para ello nos lo facilitará la asociación de saharais. La realización del té tiene como objetivo calcular la cantidad de azúcar que cada una, según la cantidad que le eche, consume en cada vaso de té (40 ml de té/ vaso), y dado que en cada ceremonia se toman 3 vasos de té, lo multiplicaremos por 3, después dependiendo del número de veces que lo tomen ellas, harán la multiplicación. Para el cálculo, utilizaremos medidas caseras como una cucharilla pequeña. Dos mujeres se encargarán de hacer el té.

Finalmente conseguiremos la cantidad total de té que consume cada una a diario solo proveniente de la toma del té, sin añadir el resto de alimentos que ingieren. Les

devolveremos los cuestionarios (Anexo 14) para que apunten el resultado de la cantidad de azúcar que consumen solo en la toma de té de un día.

- *Menos té, más vida (30 minutos)*

Esta última actividad del taller consiste en un caso práctico (Anexo 15) en el que deben proponer una reducción de tomas de té. Se presenta el caso de una mujer que toma 4 veces té al día (12 vasos de té al día) de manera programada, sin añadir todas las tomas que realiza cuando va a donde alguien o cuando alguien se presenta en casa, que como cortesía debe hacerle el té. El médico le indica que necesita disminuir la ingesta de té, ahí es donde intervienen las participantes, ellas tienen que proponer cambios en la rutina de esta mujer. Se pondrán en grupos de 4 para trabajar y de esta manera hacerlo más dinámico. Finalmente se debatirán en conjunto las propuestas de cada grupo.

La finalidad de esta actividad es que ellas sean capaces de aplicar este caso práctico a la vida real.

Por último, les recordaremos que para la siguiente actividad deberán acudir con ropa deportiva debajo de la melhfa.

#### ❖ TALLER 4 ¡ACTÍVATE!

Objetivo: Fomentar la incorporación de la actividad física en la rutina de las participantes

Materiales: proyector, ordenador, cuestionario actividad física, tríptico actividad física

#### Actividades a desarrollar y tiempo

- Lista de asistentes, repaso taller anterior y presentación del taller (10 minutos)
- *¿Qué significa para mí el ejercicio físico? (15 minutos)*

Para comenzar realizaremos una lluvia de ideas, les preguntaremos que les sugieren las palabras: *ejercicio físico* y *deporte*. Así conoceremos sus opiniones y si les produce o no rechazo.

- *Mi actividad física habitual (5 minutos)*



Les entregaremos un cuestionario sobre su actividad física diaria ( Anexo 16) , con qué frecuencia realizan ejercicio, que actividades realizan, qué deportes conocen, cual les gusta más y si lo realizan, con qué frecuencia utilizan las escaleras, si consideran que realizan suficiente ejercicio y si les gustaría hacer más.

- Recomendaciones de actividad física (15 minutos)

Se procederá a la exposición de un power point que contiene las recomendaciones de la OMS para adultos, así como los beneficios protectores y preventivos que tiene la actividad física frente a las enfermedades cardiovasculares, así como los beneficios que este tiene para mejorar el estado de ánimo y la calidad de sueño y descanso. Al finalizar se les entregará un tríptico con recomendaciones y opciones de ejercicio físico que pueden realizar, como el club de caminar o utilizar los recursos comunitarios como los parques con dispositivos para realizar ejercicio. (Anexo 17)

- *El club de caminar*

Como demostración del ejercicio físico, realizaremos una ruta de 5,6 km de 1 hora y 15 minutos (Anexo 18). Llevaremos un mapa con una ruta de la casa cultura de Llodio hasta Areta. Durante el paseo, discutiremos el tipo de actividades que se ven capaces de desarrollar y les animaremos a que lo lleven a cabo. Posteriormente les propondremos que continúen con este club de caminar, aunque no hagan rutas tan largas o realicen otro tipo de ejercicios, les propondremos que queden entre ellas para ir a caminar de manera activa a diario. (1 hora y 20 minutos).

#### ❖ TALLER 5 *Hacia una vida saludable*

Objetivo: Incentivar a las mujeres para que continúen con los hábitos saludables adquiridos a lo largo del programa.

Recursos: bolígrafos, cuestionario evaluación y diplomas.

#### Desarrollo de actividades y tiempo

- Lista de asistentes, repaso taller anterior y presentación del taller
- Mi aprendizaje

En esta actividad abriremos un debate acerca de si han ido modificando actitudes en sus casas a raíz de este programa, les pediremos que compartan sus experiencias con

el resto de participantes. En esta actividad también les recordaremos la importancia que tiene que trasladen estos conocimientos que han adquirido a su familia, su entorno cercano, ya sea aquí, en los campamentos de refugiados o en los territorios ocupados.

- Evaluación de consecución de objetivos

Les pasaremos unos cuestionarios a las participantes para evaluar el programa y la consecución de objetivos (Anexo 19)

- Entrega de Diploma

Les entregaremos un diploma que simboliza su participación y esfuerzo a la hora de trabajar en el programa. Aprovecharemos para dar un discurso recordándoles que ellas son las que han conseguido todo, nosotros tan solo les hemos dado las herramientas, por tanto no deben sentirse perdidas al finalizar el taller, deben continuar de manera autónoma y utilizando los recursos que se les han facilitado, que no se termina allí, podrán ponerse en contacto con nosotros siempre que lo necesiten.

- Agradecimientos y despedida.

➤ Metodología y cronograma

LUGAR /FECHA	TALLERES Y OBJETIVOS	CONTENIDO Y TIEMPO	MÉTODOLOGÍA	AGRUPACIÓN	RECURSOS	AGENTES DE SALUD		
1ª SESIÓN Casa de cultura 05/09/18 17:00-19:00h	¿Belleza=obesidad?	Proporcionar herramientas para que tomen conciencia de su estado físico y de los factores que influyen en ello	-Acogida, presentación y contrato 15´ -¿Qué se y qué espero saber? 25´ -¿Qué necesito saber? 20´ -Mi cuerpo 30´ -Creencia vs Realidad 30´	-De encuentro y expositivo -De investigación en el aula: <i>Cuestionario y lluvia de ideas</i> -De exposición: Presentación <i>Power point sobrepeso/ obesidad</i> -De desarrollo de habilidades: demostración con entrenamiento; de análisis: Discusión de resultados - De análisis: Ejercicio y discusión	GG TI/GG GG TI/GG TI/GG	-Contrato y bolígrafos -Cronograma participantes -Cuestionario inicial/ cuestionario creencia vs realidad -Ordenador y proyector - 4 Calculadoras -Báscula con impedancia -Tallímetro y cinta métrica -Anexo de registro datos antropométricos	Enfermería	
2ª SESIÓN Casa de Cultura 12/09/18 17:00-18:30h	Sobrepeso/obesidad di: un problema de salud	Informar sobre los riesgos y las consecuencias para la salud que supone la obesidad.	-Pasar lista. Repaso. Presentación taller 10´ -El sobrepeso y la obesidad como problema de salud 30´ - Los corticoides 20´ -Riesgos consumo de corticoides 10´ -Evaluación conocimientos 20´	-De encuentro y de exposición -De Exposición: <i>Power Point sobrepeso/obesidad</i>  -De investigación en el aula/análisis: <i>lluvia de ideas/discusión</i> -Expositivo: <i>Power point Los corticoides</i> -De evaluación: <i>cuestionario</i>	GG GG GG GG TI	-Ordenador y proyector -Bolígrafos -Cuestionario de conocimientos -Tríptico riesgos de la obesidad	Enfermería	
3ª SESIÓN Casa de Cultura 19/09/18 17:00-19:00h	¡Comamos bien, vivamos bien!	Detectar hábitos alimenticios no saludables y proporcionarles información para sustituirlos por otros saludables	-Pasar lista. Repaso. Presentación taller 10´ -Mi pirámide nutricional 25´ -La dieta mediterránea 10´ -Menú saharauí sano y equilibrado 20´ -El té saharauí 5´ -Recomendaciones consumo de azúcar 10´ -Té, dulce té saharauí 30´ -Menos té más vida 20´	-De encuentro y de exposición -De análisis: <i>ejercicio</i> -De exposición: <i>Exposición Power point La dieta mediterránea</i> -Desarrollo de habilidades: <i>Demostración con entrenamiento</i> -De investigación en el aula: <i>Cuestionario</i> -De exposición: <i>Charla</i> -De análisis: <i>Ejercicio</i> -De análisis: <i>Caso práctico y discusión</i>	GG GP GG GP TI GG GP/TI GP/GG	-Bolígrafos, tijeras, folios y pegamento -Ordenador y proyector -Utensilios del té: vasos, 2 tetera, cucharilla -Té verde chino -Azúcar -2 Hornillo eléctrico -Tríptico alimentación -Tríptico corticoides	Enfermería	
4ª SESIÓN Casa de Cultura 26/09/18 17:00-19:00h	¡Actívate!	fomentar la incorporación del ejercicio físico en su día a día	-Pasar lista. Repaso. Presentación 10´ -¿Qué es para mí el ejercicio físico? 15´ -Mi actividad física habitual 5´ -Recomendaciones 10´ -Club de caminar 1h 20´	-De encuentro y de exposición -De investigación: <i>lluvia de ideas</i> -De análisis: cuestionario <i>Mi actividad física habitual</i> -De exposición: Exposición : <i>Power Point Recomendaciones OMS</i> -De desarrollo de habilidades: <i>Demostración con entrenamiento</i>	GG GG TI GG GG	-Ordenador y proyector -Cuestionario actividad física -Bolígrafos -Tríptico actividad física -Ruta de Llodio-Areta	Enfermería	
5ª SESIÓN Casa de Cultura 03/10/18 17:00-18:30h	Hacia una vida saludable	Realizar cierre del taller y evaluar consecución de objetivos	-Pasar lista. Repaso. Presentación 10´ -Mi aprendizaje 30´ -Evaluación del programa 10´ -Entrega de diploma 20´ -Agradecimientos y despedida 10´	-De encuentro y de exposición -De análisis: <i>Discusión</i> -De evaluación: <i>Cuestionario</i>  -De despedida y exposición	GG GG TI GG	-Bolígrafo -Cuestionario de evaluación del programa -Diploma participación	Enfermería	
			GG: Grupo grande (20 personas)			GP: Grupo pequeño (5 personas)		TI: trabajo individual

Cuadro 6. Cronograma y metodología de los talleres.

## **8.5. Evaluación**

Este programa recoge su propia evaluación, la finalidad de esta es detectar los aspectos que se pueden mejorar y si la metodología ha respondido a los objetivos planteados. A continuación se propone una evaluación del programa:

### *Evaluación de la estructura*

En el taller 5 se les entregará a las participantes una encuesta para evaluar la estructura del programa: los horarios, el lugar, la habilidad comunicativa y de enseñanza de los agentes de salud y los recursos utilizados.

### *Evaluación del desarrollo de actividades*

En el cuestionario también se les preguntará su opinión de la metodología utilizada en el programa. El grupo diana podrá reflejar su impresión acerca de la utilidad de las actividades realizadas y de las técnicas utilizadas, lo que más les ha gustado y lo que menos. También evaluarán si los talleres respondían a sus necesidades.

### *Evaluación de los resultados*

La evaluación de los resultados se basa en el impacto que tiene el programa llevado a cabo en los hábitos de vida de las participantes, es decir, los cambios que se han surgido en los hábitos de las mujeres desde que asistieron al programa.

Para llevar a cabo esta evaluación , se propone contactar con el centro de salud de Llodio. Les daremos los nombres de las participantes para que registren en el programa informático que han participado en nuestro programa. De este modo cuando ellas acudan a consulta la enfermera podrá preguntarles acerca de si ha habido cambios en sus hábitos desde entonces. El método utilizado será el observacional, dado que la enfermera les valorará siguiendo los patrones de salud usados en atención primaria.

## 9. AGRADECIMIENTOS

Para empezar le doy las gracias a mi familia, por su confianza y sobre todo, por su esfuerzo por conseguir un buen futuro para mí fuera de los campamentos de refugiados.

También debo agradecerle a mi tutor Raúl Cacho por su apoyo y motivación a la hora de realizar el trabajo, a pesar de que el tema no figuraba en sus propuestas, confió en mí y me animó a plasmar todas las ideas que merodeaban por mi cabeza.

Por último, le doy las gracias a todas las personas que me han acompañado y apoyado durante estos cuatro años, la carrera ha sido más bonita gracias a vosotros/as.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

- Acerete, D. M., Trabazo, R. L. & Ferri, N. L. (2010). Trastornos del comportamiento alimentario : Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Protocolos de Gastroenterología, Hepatología Y Nutrición*, 325–339 [on-line]. Disponible en <https://doi.org/http://www.aeped.es/documentos/protocolos-gastroenterologia-hepatologia-y-nutricion>.
- ACNUR. (2018). Sahrawi Refugees in Tindouf , Algeria : Total In - Camp Population, (March).
- Arós, F.; Estruch, R. (2015). Dieta mediterránea y prevención de la enfermedad cardiovascular, *66*(10), 771–774 [on-line]. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.rec.2013.04.025>
- Arroyo, M., Andía, V. & Demon, G. (2016). Diseño de un programa de educación nutricional destinado a mujeres saharauis residentes en los campamentos de Tindouf (Argelia). *Nutrición Hospitalaria*, *33*(1), 91–97.
- Blanco , M. C. (2016).la identidad cultural saharauí y su evolución producida por los flujos migratorios. Integración de los miembros de la comunidad saharauí en Asturias. *XII Congreso Español de Sociología. Gijón 2016* (pp. 1–30). Gijón.
- Bonafini, B. A., & Pozzilli, P. (2011). Body weight and beauty: The changing face of the ideal female body weight. *Obesity Reviews*, *12*(1), 62–65 [on-line].Disponible en <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00754.x>
- Campos, Á., & Carretero, P. (2016). La adaptación de la atención sanitaria a las condiciones socioculturales y económicas :el tratamiento de la Diabetes en los campamentos de refugiados. *Index de Enfermería*, *25*(3), 203–206.
- Campos, D., & Díaz- Meco, A. M. (2016). Experiencia en los campamentos de refugiados saharauis. *Index de Enfermería*, *25*(3), 194–197.
- Coetzee, V., Faerber, S. J., Greeff, J. M., Lefevre, C. E., Re, D. E., & Perrett, D. I. (2012). African Perceptions of Female Attractiveness. *PLoS ONE*, *7*(10), 3–8 [on-line]. Disponible en <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048116>

- Contreras, J. (2005). La obesidad : una perspectiva sociocultural. *Zainak. Cuadernos de Antropología-Etnografía*, 5(27), 31–52.
- Cooperación española, Aecid, M. de asuntos exteriores y cooperación. (2014). *Población refugiada saharauí: Plan operativo anual 2014*.
- Cruz, M., Tuñón, E., Villaseñor, M., Álvarez, G. del C., Nielsen, N., & Byron, R. (2013). Sobrepeso y obesidad : una propuesta de abordaje desde la sociología. *Región Y Sociedad*, XXV(57), 165–202.
- Darmon, N., & Drewnowski, A. (2015). Contribution of food prices and diet cost to socioeconomic disparities in diet quality and health: A systematic review and analysis. *Nutrition Reviews*, 73(10), 643–660 [on-line]. Disponible en <<https://doi.org/10.1093/nutrit/nuv027>>
- Espeleta, M. (2011). *Las mujeres saharauis en camino a la utopía*. Universidad de Barcelona.
- Fernández, J. J., et al. (2016). Trabajo Original Obesidad y síndrome metabólico Sobrepeso y obesidad maternos como factores de riesgo independientes para que el parto finalice en cesárea Maternal overweight and obesity as independent risk factors for cesarean delivery. *Nutrición Hospitalaria Nutr Hosp. Hosp*, 33(6), 1324–1329 [on-line]. Disponible en <<https://doi.org/10.20960/nh.778>>
- Galofré, J. (2009). Manejo de los corticoides en la práctica clínica. *Revista de Medicina de La Universidad de Navarra*, 53(53), 9–18.
- Gazzaniga, M. S. (2010). ¿Qué nos hace humanos?: La explicación científica de nuestra singularidad como especie. En *¿Qué hay del arte?* (págs. 237-241). Barcelona: PAIDÓS.
- Gil, Á. (2017). *Tratado de Nutrición: Nutrición y obesidad*. Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Goday, A., et. al. (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(1), 15–22 [on-line]. Disponible en <<https://doi.org/10.1016/j.endonu.2016.07.002>>

- Gómez, C. (2016). La organización política y social de los saharauis en España. Desarrollo y desafíos de las asociaciones de migrantes. *Kamchatka. Revista de Análisis Cultural.*, 0(7), 125–138 [on-line]. Disponible en <<https://doi.org/10.7203/KAM.7.8501>>
- Grijalva, C. S., et. al. (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), 1–12 [on-line]. Disponible en <<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001320>>
- Ilia, R. N. (2009). La Imagen Corporal : Hacia Una Construcción Social Para La Psicología Industrial. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»*, N° 18(1692–0945) [on-line]. Disponible en <<http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/viewFile/131/118>>
- INE, & MSSSI. (2016). *La encuesta europea de salud en España 2014 (INE) + La serie ENSE (MSSSI) = Tendencias de salud en 30 indicadores. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad* [on-line]. Disponible en <[http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend\\_salud\\_30\\_indic.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf)>
- Instituto Nacional de Estadística. (13 de marzo de 2013). Nota de prensa: *Encuesta nacional de Salud 2011-2012*[on-line]. Disponible en <<http://www.ine.es/prensa/prensa.htm>>
- Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011b). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Prensa Médica Latinoamericana*, 33(1), 11–14 [on-line]. Disponible en <<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>>
- Kaczan, G. P. (2013). La visualización de la belleza. Aproximaciones gráfico- analíticas a modelos de amplia difusión (1900-1930). *Arte Y Sociedad: Revista de Investigación*, 5.
- Mohamed, L. (2013). La diabetes Mellitus en los campamentos de refugiados saharauis en Argelia. *Espacio Diabetes*, 62-63.
- Moreno, M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124–128 [on-line]. Disponible en <[https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70288-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70288-2)>



- Morseth, M. S., et. al. (2017). Dietary diversity is related to socioeconomic status among adult Saharawi refugees living in Algeria. *BMC Public Health*, 17(1), 1–9[on-line]. Disponible en <<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4527-x>>
- Odoms , A. (2008). Factors that influence body image representations of black Muslim women. *Social Science and Medicine*, 66(12), 2573–2584 [on-line].Disponible en <<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.02.008>>
- OMS. (octubre de 2017). ). Nota descriptiva de obesidad y sobrepeso. Recuperado el 12 de abril de 2018, de *Centro de Prensa de Organización Mundial de la salud*. [on-line]. Disponible en <<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>
- OMS. (2016a). Diabetes: perfiles de los países 2016, Egipto. Recuperado el 21 de enero de 2018.[on-line]. Disponible en <[http://www.who.int/diabetes/country-profiles/egy\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/diabetes/country-profiles/egy_es.pdf?ua=1)>
- OMS. (2016b). Diabetes: perfiles de los países 2016, Marruecos. Recuperado el 21 de enero de 2018.[on-line]. Disponible en <[http://www.who.int/diabetes/country-profiles/mar\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/diabetes/country-profiles/mar_es.pdf?ua=1)>
- OMS. (2016c). Diabetes: perfiles de los países 2016, Argelia. Recuperado el 21 de enero de 2018. [on-line]. Disponible en <[http://www.who.int/diabetes/country-profiles/dza\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/diabetes/country-profiles/dza_es.pdf?ua=1)>
- OMS. (2016d). Diabetes: perfiles de los países 2016,Libia. Recuperado el 21 de enero de 2018. [on-line]. Disponible en <[http://www.who.int/diabetes/country-profiles/lby\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/diabetes/country-profiles/lby_es.pdf?ua=1)>
- OMS. (2016e). Diabetes: perfiles de los países 2016, Túnez. Recuperado el 21 de enero de 2018. [on-line]. Disponible en <[http://www.who.int/diabetes/country-profiles/tun\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/diabetes/country-profiles/tun_es.pdf?ua=1)>
- OMS. (2016f). Diabetes: perfiles de los países 2016, Mauritania. Recuperado el 21 de enero de 2018. [on-line]. Disponible en <[http://www.who.int/diabetes/country-profiles/mrt\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/diabetes/country-profiles/mrt_es.pdf?ua=1)>

- OMS. (marzo de 2015). Nota descriptiva de alimentación sana. Recuperado el 12 de abril de 2018, de *Centro de Prensa de Organización Mundial de la salud*. [on-line]. Disponible en <<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>>
- OMS. (febrero de 2018). Nota descriptiva de alimentación sana. Recuperado el 12 de abril de 2018, de *Centro de Prensa de Organización Mundial de la salud* [on-line]. Disponible en <<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>>
- Pérez, M. J. P., Echauri, M., Ancizu, E., & Chocarro, J. (2006). *Manual de Educación para la Salud. Sección de Promoción de Salud. Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra* [on-line]. Disponible en <<https://doi.org/84-235-2920-7>>
- Peciño, M. (20 de noviembre de 2006). La población extranjera de Llodio se ha quintuplicado en los últimos 5 años. *El correo*.
- Popenoe, R. (2004). *Feeding desire: fatness, beauty, and sexuality among a Saharan people*. (Routledge, Ed.). Londres.
- Real Academia Española. (2017). Diccionario de la Real Academia Española. Recuperado el 23 de marzo de 2018. [on-line]. Disponible en <<http://dle.rae.es/?id=5Jw7ezp>>
- Reber, R., Schwarz, N., & Winkielman, P. (2004). Processing Fluency and Aesthetic Pleasure: Is Beauty in the Perceiver's Processing Experience? *Personality and Social Psychology Review*, 8(4), 364–382.
- Rguibi, M., & Belahsen, R. (2004). Overweight and obesity among urban Sahraoui women of South Morocco. *Ethnicity and Disease*, 14(4), 542–547.
- 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 [on-line]. Disponible en <<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2006.07.007>>
- Rguibi, M., & Belahsen, R. (2006). Fattening practices among Moroccan Saharawi women. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 12(5), 619–624.

-Toselli, S., et. al. (2014). Prevalence of overweight and obesity in adults from North Africa. *The European Journal of Public Health*, 24(suppl 1), 31–39 [on-line]. Disponible en <<https://doi.org/10.1093/eurpub/cku103>>

- Wilde, O. (2010). *El retrato de Dorian Gray*. Barcelona: Plutón.

-Viera, L. (2010). Cómo vencer la presión de la “sociedad de la imagen” en que vivimos. Programa psicoeducativo: Atención de enfermería de salud mental. *Enfermería Integral: Revista Científica Del Colegio Oficial de A.T.S de Valencia*, (92), 9–13 [on-line]. Disponible en <<http://www.enfervalencia.org/ei/92/ENF-INTEG-92.pdf>>

## 11. ANEXOS

### Anexo 1: Carteles y folletos

# SÍ, ES A TI MUJER SAHARAUI ¡TE ESPERAMOS!

**El peso de la belleza: programa de educación sanitaria dirigido a mujeres saharauis de 18 a 45 años**

Si eres mujer y saharai,  
te invitamos a mejorar tus hábitos



**Inscripción :**

- En tu centro de salud
- En la asociación de Saharauis de Llodio
- En la sección de trabajo social del ayuntamiento

**¡Antes del 13 septiembre!**

Para más información:  
[maelainin.105372@unavarra.com](mailto:maelainin.105372@unavarra.com)

\*Cupo de 20 personas

### Anexo 2: Contrato de participación

#### CONTRATO DE PARTICIPACIÓN

Yo Dña. .... me comprometo a acudir y participar de manera activa en TODAS las actividades organizadas dentro del programas: *El peso de la belleza para las mujeres saharauis: Programa de educación de la salud dirigido a mujeres saharauis*. Solo me ausentaré por motivos justificados, y siempre llamaré para avisar antes de mi ausencia al número indicado en la ficha del programa.

En caso de que en algún momento no me interese el programa, me comprometo a describir los motivos que me han llevado a dejar el programa.

Y sobre todo, voy a intentar participar lo máximo posible y a ser responsable con mi salud.

Firma

### Anexo 3: Cronograma para ellas

TALLERES	ACTIVIDADES							Material necesario	Hora y lugar
<b>1º TALLER: ¿PESO = BELLEZA?</b>	Bienvenida y presentación	¿Qué sé y qué espero saber?	¿Qué necesito saber?	Mi cuerpo: Medición de datos antropométricos	Autopercepción de la imagen corporal vs realidad	Ideal de belleza vs realidad	Calculadora del teléfono móvil y tus ganas de aprender y reflexionar	De 17:00h a 19:00h en la casa de cultura de Llodio	
<b>2º TALLER SOBREPESO Y OBESIDAS COMO PROBLEMA DE SALUD</b>	El sobrepeso y la obesidad como problema de salud		Los corticoides y riesgos asociados a su consumo		Evaluación conocimientos		Tu atención	De 17:00h a 18:30h en la casa de Cultura de Llodio	
<b>3º TALLER ¡VIVAMOS BIEN, VIVAMOS BIEN!</b>	Mi pirámide nutricional	La dieta mediterránea	Menú saharauí sano y equilibrado	El té saharauí	Recomendaciones consumo de azúcar	Té, dulce té saharauí	Menos té más vida	Tu buen gusto	De 17:00h a 19:00h en la Casa de Cultura de Llodio
<b>4º TALLER ¡ACTÍVATE!</b>	¿Qué es para mí el ejercicio físico?	Mi actividad física habitual	Recomendaciones OMS		Club de caminar: Recorrido de Llodio a Areta		Ropa de deporte, zapatillas para caminar y ¡mucha energía!	De 17:00h a 19:00h en la casa de Cultura de Llodio	
<b>5º TALLER HACÍA UNA VISA SALUDABLE</b>	Mi aprendizaje	Evaluación del programa	Entrega de diploma		Agradecimientos y despedida		Tus reflexiones finales y tu deseo de que no termine aquí	De 17:00h a 18:30h en la casa de cultura de Llodio	

## Anexo 4: Cuestionario inicial

### CUESTIONARIO INICIAL: ¿Qué sé y qué espero saber?

¿Cuántos años tienes?

¿Cuántos años llevas en España?

¿Tienes hijos?

¿Qué esperas conseguir en este programa?

¿Te preocupas por tu salud?

¿Sabes cuánto pesas?

¿Te gustaría aumentar o disminuir de peso? ¿Cómo lo has intentado conseguir?

¿Alguna vez has utilizado medicamentos para ello?

¿Te gustaría saber más sobre el tema?

## Anexo 5: Mi cuerpo

### MI CUERPO

Nombre y apellidos:

PESO (kg)	
TALLA (m)	
IMC (peso/talla <sup>2</sup> )	
CATEGORÍA	

CLASIFICACIÓN	IMC(kg/m <sup>2</sup> )
Bajo peso	< 18,5
Normopeso	18,5- 24,9
Sobrepeso	25-29,9
Obesidad	
Grado I o leve	30-34,5
Grado II o moderada	35-39,9
Grado III o mórbida	≥40

Perímetro abdominal (cm)	
--------------------------	--

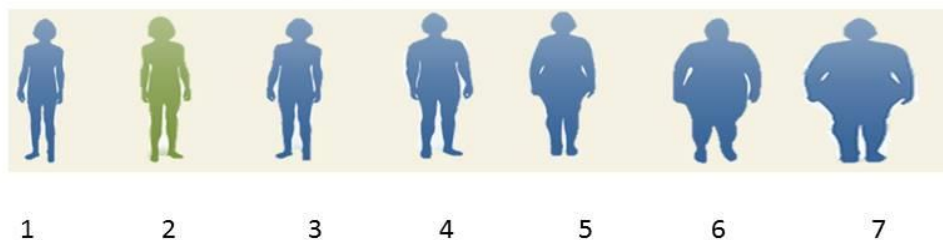
Perímetro Abdominal	
≥82cm	Vigilar
≥88 cm	Riesgo alto

## ANEXO 6: Creencia vs Realidad

### CREENCIA VS REALIDAD

Nombre y apellidos:

	Creencia	Realidad (IMC)
Mi peso		
La más bonita		
La más saludable		
La que me gustaría tener		
La más fea		
La que le gusta a mi pareja		
Preferida de mi madre/sociedad		
La más adecuada para la melhfa		



## Anexo 7: figuras con IMC



## Anexo 8: Tríptico obesidad





## Anexo 9: Tríptico corticoides

**TU SALUD VALE MÁS QUE ESTAR «BELLA»  
DI NO A LOS CORTICOIDES, DILES QUE LO DIGAN**



INFECCIONES (tuberculosis)

Cataratas

Acné

Diabetes

Osteoporosis

Úlcera gástrica

¿TE MERECE LA PENA?



## Anexo 10: Evaluación de conocimiento

### Evaluación de conocimientos

#### Nombre y apellidos:

El sobrepeso y la obesidad son:

- Problema de salud de fácil solución.
- Un aumento de peso en la que solo influye la genética.
- Problemas de salud multifactorial, los factores que más influyen, además de los biológicos, son la alimentación y el ejercicio físico.

Lo importante para medir el IMC es :

- La grasa corporal
- La talla y el peso
- El peso

Se considera normopeso:

- IMC: 18-24,9 Kg/m
- IMC: 25-30 Kg/m
- IMC: 30-35 kg/m

La obesidad central, la que mide el acúmulo de grasa abdominal, es importante porque:

- No es importante, solo importa la del resto del cuerpo.
- Indica el riesgo de desarrollar enfermedades metabólicas y cardiovasculares.
- Indica el riesgo de desarrollar enfermedades del abdomen.

Las consecuencias de la enfermedad son:

- Diabetes e hipertensión arterial
- Artritis y algunos cánceres (mama, colon, vesícula, hígado, riñón)
- Todas son correctas

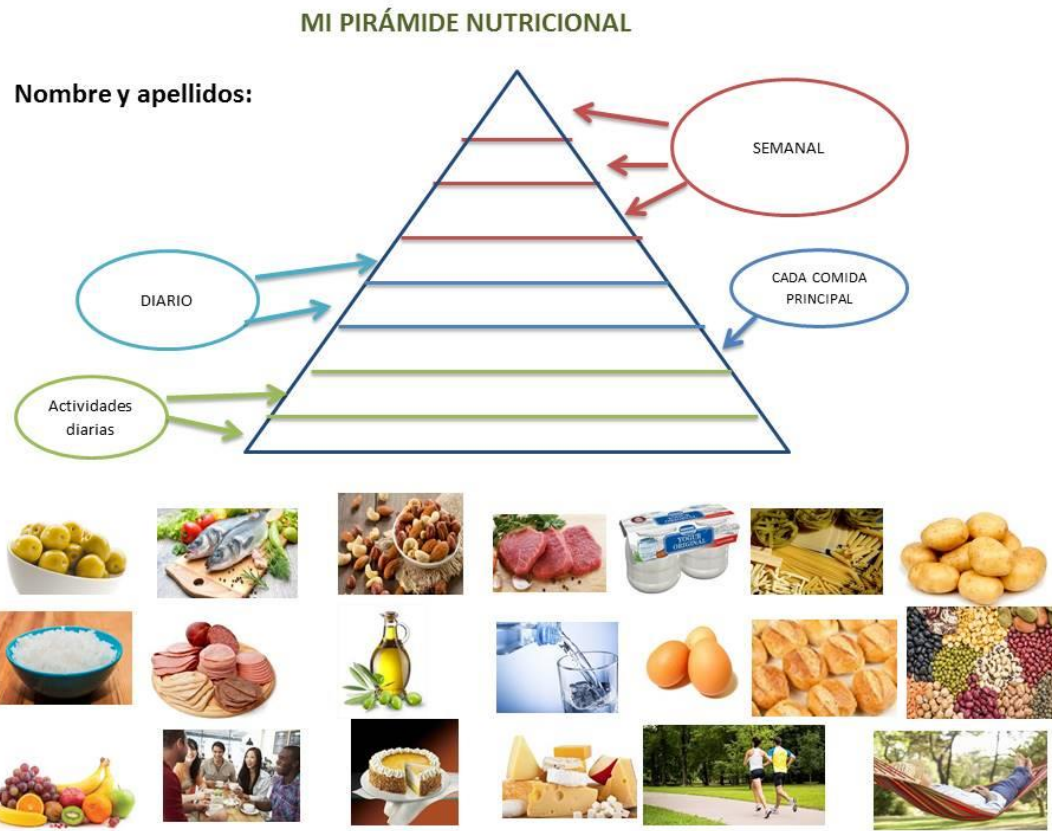
El principal tratamiento de la obesidad es:

- Tomar medicación
- Hacerse un cirugía
- Llevar una dieta sana y equilibrada y realizar ejercicio físico

Cuando se utiliza corticoides por tu cuenta, las consecuencias son:

- Ninguna si tienes cuidado y no tomas más de 2 al día
- Producir o empeorar la diabetes, hipertensión arterial y aumenta el riesgo de infecciones.
- Solo aumentar de peso

## Anexo 11: Mi pirámide nutricional



## Anexo 12: Tríptico alimentación

**Pirámide de la Dieta Mediterránea: un estilo de vida actual**  
 Guía para la población adulta

Medida de la ración basada en la frugalidad y hábitos locales

Vino con moderación y respetando las costumbres

<b>Semanal</b>	Dulces ≤ 2r
Patatas ≤ 3r	Carne roja < 2r Carnes procesadas ≤ 1r
Carne blanca 2r Pescado / Marisco ≥ 2r	Huevos 2-4r Legumbres ≥ 2r
<b>Cada día</b>	Hierbas / Especias / Ajo / Cebolla (menos sal añadida) Variedad de aromas
Derivados lácteos 2r (preferir bajos en grasa)	<b>Aceite de oliva</b>
Frutos secos / Semillas / Aceitunas 1-2r	Pan / Pasta / Arroz / Cuscús / Otros cereales 1-2r (preferir Integrales)
<b>Cada comida principal</b>	Agua e infusiones de hierbas
Frutas 1-2   Verduras ≥ 2r Variedad de colores / texturas (Cocidas / Crudas)	Biodiversidad y estacionalidad Productos tradicionales, locales y respetuosos con el medio ambiente Actividades culinarias
Actividad física diaria Descanso adecuado Convivencia	

Edición 2010 r = Ración

**Consumir TODOS los días con todas las comidas. Llevar FRUTA para el almuerzo**

**Evitar lo máximo posible**

- Colesterol
- Hipertensión Arterial
- Sobrepeso/ obesidad....

### Anexo 13: Ejemplo de menú saludable

LA FRUTA FRESCA TENDRÍA QUE SER EL POSTRE HABITUAL. LOS DULCES Y PASTELES DEBERÍAN CONSUMIRSE OCASIONALMENTE.

LOS ALIMENTOS POCO PROCESADOS, FRESCOS Y DE TEMPORADA SON LOS MÁS ADECUADOS

UTILIZAR EL ACEITE DE OLIVA COMO PRINCIPAL GRASA DE ADICIÓN

Realizar 5 comidas al día, evitar cenas copiosas con pasta y arroz.

Evitar echarle mucha sal a las comidas

Beber mucha agua y evitar bebidas azucaradas o mucho té al día

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Desayuno	Café con leche, tostada y naranja	té, tostada de aceite, pera	Té con muesli y kiwi	Cereales integrales, manzana	Galletas integrales con té	Tostadas con pavo, zumo y mandarina	Infusión con bocadillo de queso fresco.
Almuerzo	Plátano	Yogur	Bocata de pavo	Cereales integrales con yogur líquido	Dos mandarinas	Pincho de tortilla	Manzana
Comida	-Ensalada -Revuelto de verduras	-Acelgas -Pechugas de pavo	-Crema calabacín - Filete de terera	- Legumbres -pescado a la plancha	-Arroz con verduras	- Macarrones con atún - Pescado	-Verduras al horno - Pechugas de pollo
Merienda	Té con tortitas de maíz	Biscotes con queso	mandarinas	Bocata	Té, con tostada de aceite	Té y manzana	Arroz con leche
Cena	Berenjenas al horno	Tortilla francesa	Judias verdes con pavo	Espinacas y pechuga pavo	Verdura salteada	Ensalada y brocheta de pavo	Sopa y empanada de atún

CONSUMIR DIARIAMENTE PRINCIPALMENTE YOGUR Y QUESOS

No comprar comida congelada ni preparada

LA CARNE ROJA SE TENDRÍA QUE CONSUMIR CON MODERACIÓN Y SI PUEDE SER COMO PARTE DE GUISOS Y OTRAS RECETAS. Y LAS CARNES PROCESADAS EN CANTIDADES PEQUEÑAS Y COMO INGREDIENTES DE BOCADILLOS Y PLATOS

CONSUMIR PESCADO EN ABUNDANCIA Y HUEVOS CON MODERACIÓN

### Anexo 14: Cuestionario Té

#### Cuestionario: El té saharauí

NOMBRE Y APELLIDO:

Nº veces que tomas el té

Nº vasos que tomas en cada té

¿Cuánto azúcar crees que contiene cada té aproximadamente?

¿Te gusta dulce o no?

¿Qué significa el ritual para ti?

¿Crees que podrías tomar menos?

Gramos de azúcar consumidos en un día provenientes de la toma del té:

## Anexo 15: Menos té, más vida. Caso práctico

Nombre y apellido:

### Caso práctico

Salka es una mujer de 40 años, toma té en el desayuno, a media mañana, al medio día, a la tarde y por la noche. Además si entre alguno de esos momentos va a donde algún conocido/ familiar, también toma el té en su casa. El médico le ha dicho que si no deja de tomar tanto té va a terminar desarrollando diabetes, pero ella no sabe cómo hacerlo, se ha acostumbrado demasiado al té.

Vuestra función es ayudarle a Salka a decidir cuantas tomas va a eliminar de su rutina diaria y cuantas va a dejar.

## Anexo 16: Cuestionario de ejercicio físico

Nombre y apellido:

### Cuestionario ejercicio físico

¿Cuánto actividad física realizas al día?

¿Qué tipo de actividad haces?

¿Subes y bajas por las escaleras en tu edificio? ¿lo has pensado alguna vez?

¿Qué deportes conoces?

¿Te gusta algún deporte? ¿lo practicas?

¿Sueles salir a caminar, quitando las veces que vas porque tienes recados?

¿Consideras que haces suficiente ejercicio físico?

¿Te gustaría hacer más?

## Anexo 17: Tríptico de ejercicio físico

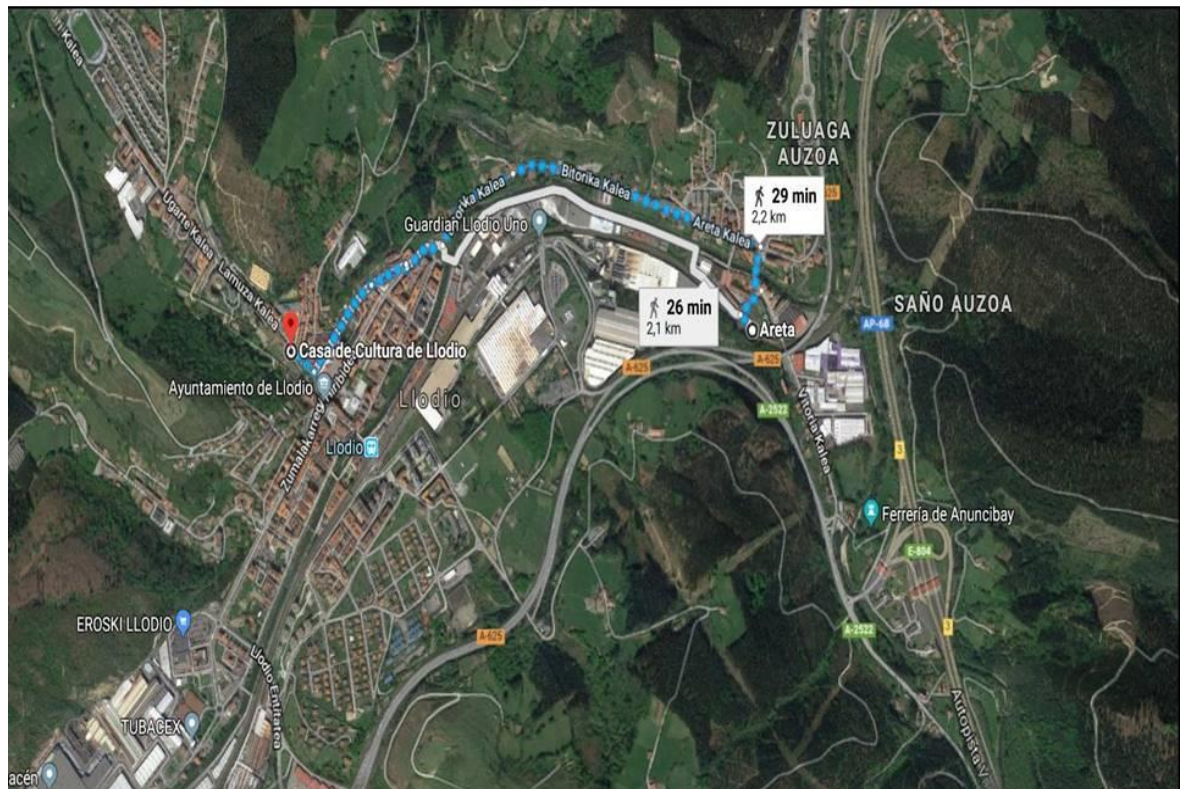


## Anexo 18: El club de caminar. Ruta

### Ruta Llodio → Areta



### Ruta Areta → Llodio



## Anexo 19: Evaluación del programa y contenidos

**CUESTIONARIO- ¡TU OPINIÓN NOS IMPORTA!**

¿El lugar y la hora te han parecido adecuados?

Sí       NO ¿Por qué?.....  
.....

¿Crees que hemos elegido bien los días y las horas?

Sí       NO ¿Por qué? .....  
.....

¿Qué te ha parecido la manera de enseñar y comunicarse de los profesionales que han intervenido?

¿Crees que los contenidos de los talleres era lo que tu querías o necesitabas? Justifícalo

¿Consideras útiles los talleres impartidos?

¿Qué es lo que más te ha gustado?

¿Y lo que menos? ¿cómo lo cambiarías?

¿Qué es lo más importante que has aprendido en tu opinión?

**¡GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!**

## Anexo 20: Diploma

