

El concepto de enfermedad mental en inmigrantes marroquíes

Eduardo BALBO AMBROSOLIO*; Gustavo PIS-DIEZ PRETTI**

RESUMEN

Nos proponemos en este trabajo una aproximación general a las nuevas problemáticas que se registran en el ámbito de la salud mental, y en especial a las que se originan en la creciente demanda que uno de los colectivos de inmigrantes, el que proviene de Marruecos, hace de este tipo de atención. Esta nueva situación requiere una preparación profesional para un contacto intercultural específico. Abordaremos algunos problemas que surgen en la intersección de la psiquiatría y la antropología, y que giran alrededor de los distintos marcos culturales desde los que se ordena la comparecencia de psiquiatra y paciente a un nuevo escenario clínico. Tales cuestiones son el concepto popular de enfermedad y algunos de los recursos terapéuticos con los que se la intenta solventar en Marruecos, como la voluntad divina, la magia y la hechicería. Algo diremos, también, del modo en que se articulan estos conceptos y conductas —en el nivel etiológico— en patologías populares como la posesión, el mal de ojo o la depresión.

PALABRAS CLAVE: Inmigración. Etnopsiquiatría. Salud mental. Marruecos. Magreb.

THE CONCEPT OF MENTAL ILLNESS IN MOROCCO MIGRANTS

SUMMARY

The aim of this article is to take a general look at new issues in the field of mental health, in particular those arising from the growing demand for this kind of treatment from one group of immigrants, those from Morocco. This new situation requires professional training for a

* Psiquiatra. Experto Profesional en Cultura, Civilización y Religión Islámicas. SSM Fuenlabrada. Madrid.

** Antropólogo. Unidad de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid

Correspondencia: Dr. Eduardo Balbo. Centro de Salud Mental Fuenlabrada. Leganés, 59 bajo post., 28912 Fuenlabrada, Madrid (España). Correo electrónico: eduardo.balbo@telefonica.net

Recibido: 13-6-2007

Aceptado: 17-10-2007

specific inter-cultural contact. We shall tackle some problems that cross over between psychiatry and anthropology, concerning the different cultural frameworks from which psychiatry and patient approach this new clinical scenario. These include the popular concept of illness and some of the treatments used in the attempt to cure it in Morocco, such as divine will, magic and witchcraft. We shall also mention the way such concepts and behaviours are expressed at an aetiological level, in popular pathologies such as possession, the evil eye, or depression.

KEY WORDS: Immigration. Ethnopsychology. Mental health. Morocco. Maghreb

EL PROBLEMA: ALGUNAS COORDENADAS

Los profesionales de la salud mental tienen entre sus pacientes a un número cada día mayor de población inmigrante que, sin lugar a dudas, les obliga a plantearse en un futuro inmediato nuevas estrategias de atención y organización de los servicios asistenciales. Los factores culturales tienen una enorme influencia en la producción, diagnóstico, comprensión y tratamiento de numerosas patologías médicas orgánicas o psíquicas, por lo tanto, nuestra primera tarea debe ser poder definir qué entendemos por cultura. Aunque en realidad, estos factores son constitutivos de la producción diagnóstica, más que influencias sobre algo ya dado.

No es posible encontrar una definición de cultura en la que podamos aprehender la esencia de este fenómeno. Esto es así porque lo que denominamos «cultura» no es alguna cosa que esté allí, que se pueda definir y cuantificar, sino que como tal está presupuesta en cualquier enunciación o discurso, incluido el que intenta dar cuenta de ella misma. En todo caso puede pensarse como una dimensión de la realidad humana que nos permite comprender por qué un grupo o una sociedad determinada presenta, en un momento dado, unas determinadas características, representaciones, ideologías o estilo de vida, y no otras. Una de las definiciones que aparecen como más operantes es la ofrecida por Kroeber y Kluckhohn:

La cultura consiste en modelos explícitos o implícitos, de y para el comportamiento, adquiridos y transmitidos mediante símbolos, que constituyen las realizaciones distintivas de grupos humanos, incluyendo su encarnación en instrumentos; el núcleo esencial de la cultura lo constituyen ideas tradicionales y especialmente los valores adscriptos a ellas; los sistemas culturales pueden ser considerados, en un aspecto, como productos de la acción, y en otro como elementos condicionantes de acciones futuras.¹

Lo que nos permite comprender —y luego operar sobre— la clase de conducta exhibida por el grupo (y sobre nosotros mismos, también) es lo que denominamos su cultura. En todo caso y como una consecuencia de lo que decíamos más arriba, la cultura no

consiste exactamente en estos modelos explícitos, sino que se percibe *a través* de ellos, o en comportamientos, símbolos, instrumentos, conductas, ideas y valores.

Si bien los síndromes psiquiátricos mayores son fenomenológicamente universales, su expresión clínica está primariamente determinada por factores culturales.² Aunque no podemos abordarla aquí, somos conscientes de que la discusión acerca de esta universalidad fenomenológica de los síndromes nos llevaría al corazón de la discusión relativística sobre lo normal y lo patológico. Esto es, si estas categorías son constantes que se expresan en estilos diferentes, por así decir, y son por tanto aculturales en esencia, o si debemos aprehenderlas y formularlas cada vez, y de esta manera de no ejerceremos violencia sobre otros universos culturales. Como se ve, estamos ante la incómoda cuestión de tener que plantearnos las causas por la que nuestra cultura —en uno de sus productos más sofisticados y complejos, el pensamiento científico y sus aplicaciones— ha podido despojarse de sí misma e identificar fenómenos puros.

Es una necesidad ampliar el concepto de salud, ya no sólo dirigiendo nuestra atención a la enfermedad sino también al funcionamiento social del paciente, las redes de apoyo con que puede contar para ello y su calidad de vida. Debemos conocer el marco cultural de identidad de nuestros pacientes, en el sentido de ver las articulaciones específicas que desde ese marco el paciente ha establecido con las demandas que la nueva vida le pone por delante. Por lo que debemos también prestar atención a los siguientes factores: uso del lenguaje; grado de identificación con la cultura de adopción y grado de mantenimiento de los componentes de su cultura de origen; capacidad —dentro de su modelo cultural— de percibir y describir su malestar; la forma de canalizar la demanda de atención; la conducta al estar enfermo y la asunción del llamado «rol del paciente»; el papel que desempeñan la red familiar y sus creencias religiosas en el proceso de enfermar y de transmitir su padecimiento; la capacidad de elaboración de un «proceso de duelo», el del duelo que supone emigrar y el desarraigo inevitable que provoca. Esta última circunstancia puede dar origen a cuadros psicopatológicos y psicosomáticos de gravedad, por lo que es de gran importancia tener siempre presente, ya que se encuentra en la base de todo proceso de integración en una nueva cultura.^{3,4}

Debemos extremar el cuidado de no menospreciar, ni intentar modificar, los aspectos de la cultura del paciente que modelan y dan forma a la presentación de sus enfermedades. Se sabe que los pacientes no occidentales, en general, tienden a conservar en secreto sus referentes culturales: por vergüenza o por deseo de salvaguardar lo que consideran esencial. Es necesario conocer en detalle cuáles son las vivencias subjetivas del padecimiento que determinan su forma de presentación y la modalidad de la narración de las mismas, tanto en el plano del lenguaje verbal como en el del gestual o corporal, que será diferente según las diferentes culturas. Es imprescindible llamarle la atención al paciente acerca de la necesidad de tener en cuenta sus referentes culturales, pues ellos constituyen la matriz de las significacio-

nes que podrá abordar en el curso de su tratamiento.⁵ En etnopsiquiatría, es preciso que el terapeuta demuestre conocer el funcionamiento de la etiología sobrenatural (genios, magia, hechicería), para que el paciente se sienta autorizado a dirigir su discurso hacia esa perspectiva.

La enfermedad mental (y sus variantes interétnicas relacionadas con la variabilidad de los síntomas, sus formas de evolución y diferentes contenidos), constituye por tanto una posibilidad ontológica del hombre, lo que nos plantea un poderoso interrogante acerca de su sentido. Es posible pensar, como Yves Pélicier, que no existirían formas clínicas que fuesen características de una cultura dada, sino que algunos tipos de comportamientos están facilitados por ellas y encuentran en las mismas un «verdadero clima» de facilitaciones. Aunque no podríamos entrar aquí en el vasto problema de los «síndromes culturalmente limitados», en la terminología antropológica, o «dependientes de la cultura», como prefiere el DSM-IV y que apuntarían, en cierto modo, a la tesis opuesta. No hay «locuras culturales» sino que existen posibilidades infinitas de comportamiento.⁶ Es evidente que no podemos conocer todos los códigos culturales, pero, como nos ha dicho Georges Devereux, podemos trabajar con un concepto general de «cultura», a la vez desde el punto de vista antropológico y clínico.⁷

Ahora bien, en lo concreto, la demanda asistencial de los diferentes grupos de inmigrantes en las redes asistenciales en atención primaria y especializada, está dando lugar a problemas también concretos en el abordaje de estos pacientes. El primero de ellos, nada menor, es la cuestión del idioma: la necesidad de aprender a utilizar de forma cotidiana una segunda lengua puede dar origen, en ocasiones, a un discurso de apariencia incoherente, disgregado, vago o poco claro, que hace extremadamente difícil una presentación clara —en el código autóctono, habitual para el profesional médico— de la demanda asistencial. También se hace imprecisa la descripción de los síntomas y vivencias relacionadas, por lo que puede llegar a confundirse con un discurso patológico, más atribuible a un problema psiquiátrico, que a ser reconocido como forma de expresión de un malestar somático. Cada vez es más frecuente tener que solicitar la presencia de un intérprete para llevar a cabo entrevistas con pacientes de origen árabe o asiático en psiquiatría, donde la necesidad de estructurar un diálogo rico en todas las posibilidades de expresión de un idioma es fundamental para la exteriorización del mundo emocional del paciente.⁸ Esto puede resultar decisivo, desde que un mayor conocimiento de los resortes vitales del lenguaje y las simbolizaciones que construye, a partir de las representaciones que constituyen el núcleo de la cultura del paciente, permitirá o facilitará al menos las metáforas en las que el profesional podrá traducir el ordenamiento técnico de la enfermedad —etiología, diagnóstico, pronóstico y terapéutica, como mínimo— en una narración que posibilite comprender la dolencia que sufre.

El objetivo sería, como propone Tobie Nathan, inscribir la psicopatología del paciente en la lógica de su tópico imaginario, es decir poner de manifiesto, hacer posible un mecanismo de inversión que permita al paciente invertir a su vez la lógica patológica.

En la práctica que realiza este psicólogo francés, la sesión de consulta se organiza alrededor del discurso sobre el paciente producido por aquellos de su grupo que le acompañan,⁹ que está formulado en los términos de su cultura de origen.

Por su parte, la Asociación Americana de Psiquiatría ha intentado dar una respuesta a la creciente demanda a favor de la inclusión de la cultura como una dimensión necesaria para la comprensión de un cuadro clínico. Así, propuso que una forma de reducir el riesgo de posibles errores diagnósticos consistiría en la utilización de la llamada Formulación Cultural, incluida en el DSM-IV, que permite describir la identidad cultural del paciente, su modelo de comprensión y explicación de los síntomas, la naturaleza y el funcionamiento de su ambiente psicosocial, su relación con el clínico, la evaluación global de los factores culturales en el diagnóstico y el manejo del caso.^{10,11} Con la precaución de que esta formulación no se use con una actitud excesivamente instrumental, y sí como una guía que deje margen para la singularidad del paciente —evitando que se convierta, exagerando, en «el marroquí», «el rumano» o «el chino» sino permitiéndole ser esta persona de origen marroquí, rumano, etc.—.¹²

EL CONCEPTO POPULAR DE ENFERMEDAD MENTAL EN MARRUECOS

Cuestiones generales

El estudio de la enfermedad mental y de las terapias tradicionales en el contexto marroquí necesita, en tanto que reflexión sobre la conducta humana particularmente compleja, un esfuerzo multidisciplinario constante. Situado en un contexto cultural y religioso, las representaciones de la enfermedad y su terapia constituyen fenómenos antropológicos y sociológicos cuyo análisis e interpretación requieren considerar el contexto sociocultural donde los mismos se manifiestan, donde las creencias y las prácticas están en relación con un pensamiento mágico-religioso tradicional e histórico. Incluso debemos estar dispuestos a ampliar, profundizar y hasta transformar nuestros modos habituales de ver los conceptos de salud, enfermedad y sufrimiento —en especial los que caen en el rubro de la salud mental— asumiendo el carácter ontológico de la enfermedad mental al que aludimos más arriba.¹³

El discurso etiológico tradicional marroquí, relacionado con la forma o la manera de «estar mal» y el «ataque o crisis mental», privilegia las figuras psicopatológicas que remiten a dos conductas o actos principales: los fenómenos de la posesión y el hechizo. El primero es la obra de espíritus patógenos exteriores al individuo. El segundo es debido a conductas funestas de personas alimentadas por malas intenciones y agresivas. La lógica de la agresión que les atraviesa expresa una concepción

persecutoria del mal donde el origen de los problemas se encuentra siempre situado fuera de los sujetos. Contrariamente a los modernos diagnósticos de la medicina occidental donde la enfermedad se sitúa en el interior del sujeto —en su realidad biológica, psicológica y personal— la etiología externa contribuye a sacar al paciente del aislamiento, desde que la enfermedad moviliza a toda su familia y, si fuera necesario, a todo su entorno social.

La otra característica de la patología mental en Marruecos es el delirio como presencia altamente sintomática de las anteriores formas patológicas, y en torno a ellas existe una concentración notable de quejas somáticas acompañantes. La posesión y el hechizo pueden alimentar el delirio.

El problema se ubica en la diferencia entre creencia tradicional y experiencia subjetiva. El fenómeno psicopatológico puede ser comprendido culturalmente; o, el delirio puede ser incomprensible, sin lógica y con falta de toda referencia cultural, entonces será visto como una locura y no como una posesión o un hechizo. La locura en Marruecos está concernida por esta división: una normalidad de la patología o una anormalidad de la patología. Dos elementos intervienen en la separación: la incoherencia y la agitación. A pesar de esta distinción una palabra (*hmaq*: locura), término genérico, engloba en el contexto marroquí la casi totalidad de los cuadros de alteración mental.

En la psicopatología magrebí es casi constante la presencia de temas persecutorios en el nivel de todas las categorías de desórdenes mentales. El discurso delirante apoyado en temas persecutorios de posesión y hechicería, suele evolucionar sin secuelas, a la manera de *bouffées* delirantes. La experiencia delirante es vivida con familiaridad tanto por el enfermo como por su entorno familiar o relacional. Poco dado a la introspección, a la subjetivación y psicologización al menos como la entendemos nosotros, es muy fácil para un paciente marroquí explicar que se encuentra poseído, o que fue hechizado e incluir sus incoherencias en una historia donde se integran las creencias tradicionales de su cultura. El tipo de patología mental en Marruecos, como la *bouffée* delirante y la histeria son la forma más habitual de presentación y expresión de los cuadros psicopatológicos ligados a la cultura. Raramente un paciente magrebí consulta por sufrimiento psíquico. Esta interesante cuestión nos plantea un problema antropológico de primer orden.

En efecto, pues si hablamos de una «normalidad de la patología» lo estamos haciendo a partir de nuestra concepción de lo que es patológico (anormal, en cierto modo); pero el modo en que estos pacientes viven (y relatan) la *bouffée* delirante, y el hecho de que no consulten por sufrimiento psíquico —o que al menos expresen un estado equivalente— nos pone ante un mundo vivido y experimentado desde otros marcos de referencia, desde los que debemos traducir los conceptos con los que se explican los motivos de la consulta. Justamente, un acceso privilegiado a la concepción de lo anormal para el mundo magrebí sería comprender y asimilar la diferencia

crucial entre lo que para nosotros serían episodios iguales de *bouffée* delirante y para un miembro de esa cultura no; dicho de otra manera la cuestión sería contestar a la pregunta ¿en qué radica la diferencia entre un cuadro producto de un hechizo, por tanto dotado de sentido y otro que no lo es, que desborda la matriz de comprensión compartida por pacientes y familiares?

Una constante es la utilización de quejas somáticas como una forma de comunicación. El trastorno mental se hace visible a través de lo somático, y entonces sí es manejable. Cada parte del cuerpo puede tener una connotación simbólica: un malestar de espalda, vago e inespecífico, puede llegar a ser la expresión de un estado de tristeza. Hay una tendencia a utilizar distintas regiones corporales como forma de manifestación de los afectos. El cuerpo enfermo es objeto de gran atención y la explicación de la enfermedad no se busca sólo en las posibles causas orgánicas sino a través de una visión más globalizadora. Se presta especial atención a la vivencia del sentido de la enfermedad, a las relaciones que se establecen entre la misma y el entorno del que sufre, con su pasado, etc.¹⁴ Más que una falta o una pobre capacidad de intelectualizar todo lo relacionado con lo afectivo, la falta de palabras en la consulta revela más bien una actitud interactiva. Es normal que ante el sanador popular, habitualmente primera preferencia de consulta, sin dar ninguna explicación pormenorizada de su dolencia, el paciente espere la interpretación del origen de su malestar, lo que siempre es un preámbulo necesario para juzgar la capacidad terapéutica del sanador que se consulta.

En Marruecos, lo irracional, tal como se entiende este concepto en Occidente, constituye paradójicamente lo racional.¹⁵ Lo irracional es en ellos el modo de funcionamiento por excelencia. La sociedad marroquí ha desarrollado un sistema de comprensión conforme a sus representaciones culturales tradicionales. La enfermedad mental no es un fenómeno individual que aísla, aliena, excluye o retrae al enfermo del grupo social. El enfermo no es responsable, es una víctima de instancias persecutorias; la enfermedad es comprendida por todos. La alteración se explica dentro de un sistema que todo el mundo comprende, comparte y en el que asume todos sus fundamentos y las consecuencias que de ello se derivan. En un extremo, podemos decir que «el paciente» que el profesional tiene delante en este caso, no es estrictamente, un individuo, una subjetividad cerrada sobre sí misma y autocontenida (rasgos que a nosotros nos hacen enorgullecer, como miembros que somos de sociedades hiperindividualistas); sino una red de relaciones y afectos en la que reconocemos, fijando la atención, el paciente, cónyuges, hijos, hermanos y amigos, esto es, roles con distinto grado de implicación e importancia en el manejo del proceso morboso. Por otra parte, este es un rasgo común de distintas sociedades en todo el mundo que la etnografía ha revelado.

Pero es posible pensar que lo irracional es por su misma esencia de naturaleza indefinible, y sólo puede intuirse lejanamente. No se trata de lo informe, ni de lo ilógico, ni de lo inconsciente o instintivo, ni siquiera de la locura, aunque a veces sea su símbolo; lo irracional es algo que intuimos en las culturas y no puede ser aprehendido por la razón.¹⁶

La influencia de la voluntad divina en la etiología

Tanto en la historia de los pueblos como en la etnografía lo sacro tiene por igual connotaciones de potencial patológico como de capacidades terapéuticas.¹⁷ La fórmula proverbial *l'hmaq min ghadabi Allah* (la locura es la cólera de Dios) traduce con exactitud la realidad marroquí. Aún si el entorno del paciente declara, como él, ignorar qué pudo haber motivado esa cólera divina, se estará de acuerdo en decir que el individuo que se encuentra afectado, seguramente ha transgredido uno de los principios de la vida o de lo sagrado: el respeto a sus padres, a las leyes de la naturaleza, a alguna categoría de lo religioso que proviene de Dios. Pero la intervención primitiva de lo divino en el discurso etiológico relativo a la patología mental es moralmente insoportable y socialmente intolerable. Si bien Dios es el «creador del mal y su remedio», el discurso etiológico tradicional en Marruecos prefiere vaciar o desalojar la primera máxima que mantiene o sustenta una acción divina sobre el enfermo, y mantener aquella que prevé que el recurso terapéutico es del mismo origen.¹⁸ Dicho sea de paso, esta inclusión del mal en la divinidad es el irresoluble problema de los monoteísmos en cuanto son formulados como teología, no así para las corrientes místicas que conviven en su seno.

Magia y hechicería como etiología

La creencia en la posibilidad de una acción maléfica causada voluntariamente por otra persona da lugar a otro sistema explicativo del enfermar, basado en la idea del maleficio (hechizo), sortilegios, mal de ojo y las conductas agresivas del *sehhar* (hechicero). *Sihr*, término invocado popularmente para designar la naturaleza y el origen de la acción maléfica, es empleado tanto en el sentido de un hechizo como de una acción mágica.

La hechicería es sinónimo de prácticas mágicas, medicamentos originados en plantas, escritos de los espíritus, etc. La magia, que puede dar lugar a conexiones sobrenaturales, es una ciencia que empleada con malas intenciones se transforma en hechicería.

La magia es ella misma un arte, una iniciación a grandes misterios, un conocimiento de fórmulas, en cierta manera es una ciencia. En cambio, la hechicería es una práctica teñida de ignorancia, de conocimientos secretos mal empleados y que se desarrolla en un ambiente social modesto y marginal.

El universo mágico está dominado por el *fquih*, personaje religioso, conocedor del Corán, un hombre con saber y habilidad en la aplicación de preceptos religiosos y que puede elaborar talismanes, interpretar sueños y hacer astrología. Una gran parte

del poder del *fquih* está ligado a su posesión de la escritura, del verbo que él convierte en fórmulas y en escritos que él dispensa como talismanes.

En la hechicería debemos mencionar al *chouwaf(fa)* término que significa «el (o la) vidente». Este personaje ocupa principalmente el espacio que puede llamarse la región sexual, él puede curar y también provocar todas las acciones relacionadas con el terreno de la sexualidad (impotencia, esterilidad, etc.) El dominio de la hechicería es un privilegio de la mujer. Asumido por la *sehara* (hechicera), y la *chouwaffa* (vidente), consiste en una manipulación constante de recetas, alteración de alimentos, encantamientos, etc. En general analfabetas, la escritura, la confección de amuletos, y el uso de textos del Corán les son inaccesibles.

No existen en el discurso etnopsiquiátrico tradicional síntomas precisos, físicos o mentales, que evoquen de una manera definida el dominio de la hechicería. El diagnóstico se establece menos a partir de los síntomas de la enfermedad que sobre la base de las relaciones entre el enfermo y su medio ambiente, después de las terapias iniciadas según las posibles causas del mal. Lo que es importante no es la forma que ha tomado la dolencia cuanto la causa o la naturaleza del mal y accesoriamente el agresor.

EJEMPLOS DE NOSOLOGÍA POPULAR MARROQUÍ

La posesión

El modelo de la posesión es un modelo que prevalece en la sociedad marroquí. Las manifestaciones psicopatológicas que puede provocar suscitan una gran atención social y los genios (*djinn* en singular o *jnouns* en plural) se encuentran implicados en una gran variedad de formas de la locura. La noción de posesión comporta muchos significados en función del contexto en que sea utilizada. Los genios, por su naturaleza fuertemente malintencionada, constituyen en la representación cultural lo esencial de la etiología en materia de trastornos mentales, etiología que puede tomar diferentes formas según el modo de acción de los mismos. Tanto en la religión oficial como en la popular, están representados como un ser maléfico o como un ser benéfico. Las relaciones con los hombres son así buenas o malas según las circunstancias. La multitud de genios y de fuerza que componen la demonología musulmana constituyen un mundo en el que es difícil efectuar un ordenamiento. El Islam integra el *djinn* pre-islámico en su tradición y defiende la realidad de su existencia. En el uso que se le da en el Corán, que es muy diferente del que se tiene a nivel popular, el término *djinn* tiene varios significados definidos. El más común es el de fuerzas o *seres espirituales* que exceden la capacidad de percepción de nuestros sentidos: una connotación que incluye «demonios» o «fuerzas demoníacas», pero también «ángeles» y «fuerzas angélicas». ¹⁹ El lugar y el rol que el *djinn* tiene en el pen-

samiento y la vida popular son de una gran importancia. Junto con el culto de los santos constituye la especificidad de lo que suele llamarse el Islam magrebí.

Aicha Kandicha es el más importante y el más conocido de los genios. Personaje femenino, es conocida en todos los niveles sociales. Se la describe como una criatura fascinante, seductora y de una terrorífica omnipotencia. La diferenciación de los genios por su nombre y su especificidad es muy común en algunas de las cofradías religiosas, en especial en los *Gnaoua*, cofradía de origen africano, que sostiene mantener una comunicación privilegiada con los genios.²⁰

Los genios (*djinn/jnouns*) son seres sobrenaturales que pueden entrar en el cuerpo de un hombre o mujer y alterar su funcionamiento psíquico. Popularmente se cree que su intención es la obtención de una compensación por la persona poseída: una ofrenda, un sacrificio, un altar. Reconocidos en el Corán ya que han sido creaciones de Dios, tienen un cuerpo y son mortales, pero su capacidad de desplazamiento es tan rápida que no pueden ser observados por los humanos. Junto a los ángeles (*malaika*) y los demonios (*shayâtîn*) los genios forman una suerte de grupo de entidades no humanas, generalmente invisibles pero que pueden llegar a ser percibidos en ciertas condiciones particulares. En el nivel popular toda referencia a los genios se realiza con cuidado y temor. En Marruecos, el pensamiento abstracto que postula la existencia de un mundo de los genios situado en el «revés» (bajo tierra, en los estanques, los cursos de agua, las casas abandonadas, las ruinas, las canalizaciones subterráneas de las ciudades), se articula armoniosamente con la idea de que los genios son dobles de los humanos y poseen una organización social simétrica.

Cuando alguien enferma es la sintomatología física y psíquica, al mismo tiempo que las consideraciones de su entorno, la que va a sugerir, según el material cultural que le es accesible, la posibilidad de tal o cual causa relacionada directamente con la enfermedad: envenenamiento, mal de ojo, hechicería, posesión por un *djinn*, maleficio, etc. Para cada una de estas formas habrá un determinado tipo de tratamiento. La posesión permite al individuo comunicar, de una manera simbólica, una serie de experiencias subjetivas o de disposiciones psicológicas personales, al igual que esperar una respuesta adecuada al significado de su conducta. La posesión se transforma entonces en un idioma cultural. Lo importante se halla así en poder conocer y comprender a qué conflicto psicológico individual o interpersonal hace referencia dicho modelo cultural de funcionamiento social y comunicación.

Pero los desórdenes de la conducta no son siempre debidos a la acción de un genio. El fracaso, el estrés, un divorcio, el consumo de drogas y alcohol, el duelo, son considerados también como posibles causas de un trastorno nervioso. El hospital psiquiátrico es conocido popularmente como el hospital de nervios (*sbitar al-asab*) o de la cabeza (*sbitar ar-rass*).

En cuanto a la sintomatología somática podemos decir que las manifestaciones van desde quejas simples y frecuentes, que hacen referencia a un síndrome orgánico en

vías de eclosión o a una enfermedad de síntomas poco precisos expresada con: fiebre, marcada sensación de fatiga, malestar corporal generalizado y torpeza; o en una enfermedad más localizada que puede presentar síntomas desde un malestar digestivo, dolores en la espalda o la cabeza hasta la parálisis de alguna parte del cuerpo, pasando por algunos síntomas más impresionantes como: cambios del tono de la voz, sensación de cuerpo extraño en diferentes partes del cuerpo y pérdidas de conciencia. En las crisis pueden llegar a verse manifestaciones sintomáticas de tipo epilépticas o todos los síntomas ya referidos de forma combinada.

Los síntomas psíquicos, por otra parte, pueden manifestarse como un trastorno de conducta. La repetición de una actitud o comportamiento fuera de la norma es susceptible de ser considerada como uno de los signos reveladores de la agresión de un *djinn*. Se habla de desdoblamiento de la personalidad. La persona poseída es presa de una compulsión a actuar y repetir, el paciente parece forzado a actuar de una manera u otra, a pronunciar palabras, agitarse, delirar, rechazar la comida, proferir insultos o palabras incoherentes y a repetir de una manera obsesiva ciertas conductas aún cuando se encuentre fuera de la crisis. Cuando el paciente habla no es él el dueño de sus palabras. Los genios le despojan de su voluntad. El término *maskoun* significa literalmente «habitado por los genios». En caso de presentar el paciente una parálisis de una parte de su cuerpo causada por la posesión se utiliza la palabra *madroub*.

El síndrome de posesión puede tener también componentes de tipo depresivos. El vocablo *makhtouf* resume lo que en este estado se manifiesta con los signos de una reducción general de la capacidad en mantener las relaciones interpersonales. El mutismo, el aislamiento, la apatía, la tristeza, son problemas frecuentes con relación al sufrimiento debido a la acción maléfica de los genios (*jnouns*) que despojan a los pacientes de su capacidad para sentir y expresar emociones, de comunicación y de un comportamiento normal.

El mal de ojo

El mal de ojo se encuentra profundamente arraigado y difundido en la cultura marroquí. «La mitad de la humanidad debe su muerte al mal de ojo», dice un proverbio de marruecos. Se puede decir que se trata de una fuerza mágica donde el agente activo es la mirada. Las malas influencias que se derivan del mal de ojo no necesitan del concurso de la magia ni de ningún rito y no necesitan de intermediario alguno. Es la manifestación, o más exactamente, el vehículo de un sentimiento de admiración en un primer tiempo que se transforma luego en un sentimiento malintencionado de envidia y de celos. En principio cualquier persona puede realizar un mal de ojo, porque todas las personas pueden estar dotadas de sentimientos de admiración o envidia hacia las pertenencias de otros. Puedo poseer la capacidad de realizar el mal de ojo sin saberlo o

puedo ser víctima del mal de ojo sin advertirlo. Sin embargo, el discurso popular tiende a definir una categoría de personas más sospechosas que otras: quienes aparecen con aspecto extraño desde el punto de vista físico y las mujeres ancianas cuya mirada es muy temida.

En la tradición árabe-musulmán el mal de ojo concentra un gran número de creencias que llevan a múltiples prácticas populares para protegerse del mismo. El mal de ojo enferma a los niños, rompe las parejas, provoca locura, arruina los negocios, hace perder las cosechas, debilita el ganado, etc. Los niños son el grupo más susceptible de ser afectado por la acción del mal de ojo. Así, las palabras (comentarios) y las miradas dirigidas a los niños son sometidas a restricciones por las madres. Son numerosas las medidas de protección: la mano de *Fatma* (pequeño amuleto en forma de mano que se cuelga en las cosas a proteger); talismanes; tatuajes; frases cortas que se repiten ante el peligro de sentir el mal de ojo, que proceden del Corán.

La fenomenología de la depresión en Marruecos

Cada sociedad elabora sus propios modelos de expresión psicopatológica y la intervención de variables socioculturales operan modificando la forma de presentación de los síntomas clínicos. Muchos estudios han demostrado la dependencia cultural de ciertos síntomas de tipo depresivo y de la modalidad de ciertas ideas y conductas de suicidio. Los sentimientos de culpa, en particular, parece que deben ser considerados como una dimensión cultural al igual que las conductas de autoagresión que se encuentran directamente relacionadas con los mismos.²¹

En el terreno de la semiología es habitual la manifestación de múltiples y frecuentes quejas somáticas (que son la manera común y generalizada de expresión de los problemas afectivos) y los temas de persecución; en cambio, las ideas y sentimientos de culpabilidad o indignidad son raros e infrecuentes.²² Los pacientes muestran un alto nivel de preocupaciones hipocondríacas, trastornos del sueño, problemas en la sexualidad y en menor grado sentimientos de apatía e inhibición motora. En todos los casos la sintomatología propiamente depresiva mayor es en general bastante pobre. Prácticamente, el humor depresivo no es jamás verbalizado. Los pacientes se presentan más bien con sentimientos de decepción y ofensa que entristecidos, es infrecuente la inhibición y más habituales los estados de agresividad, se registran pobres sentimientos de culpa y más vivencias de tipo persecutorias o de desvalorización. La depresión reactiva no se reconoce más que un 10 % de los casos, es excepcionalmente una causa de ingreso hospitalario y la consulta se realiza siempre en un primer momento a los sanadores populares. Esta forma clínica de presentación favorece la exteriorización de una agresividad interna sostenida por sentimientos de perjuicio y frustración ligados,

en particular en los hombres, a la pérdida de su prestigio u honor.²³ La irritabilidad es el síntoma más frecuente entre las mujeres.²⁴

En los países del Magreb (Marruecos, Argelia, Libia, Mauritania y Túnez) se puede corroborar la existencia de ciertas características clínicas comunes, sea la que sea la naturaleza del cuadro depresivo:

1. En todos los casos, los síntomas que se presentan con más frecuencia y máxima intensidad son: astenia, insomnio, anorexia, cierto estado de estupor o postración pero sin expresividad verbal, quejas somáticas con relación a la expresión corporal de los estados de ansiedad.

2. El humor depresivo o al menos la verbalización del afecto distímico, al igual que las ideas de muerte, deben ser activamente buscados en la entrevista clínica y contrastados con la riqueza y espontaneidad de la riqueza de la descripción de los síntomas somáticos.

3. Los temas depresivos que con mayor frecuencia son expresados corresponden a las preocupaciones somáticas. La incapacidad y las ideas de culpa permanecen en un segundo plano.²⁵

Es necesario puntualizar que en Túnez es donde se encuentra la tasa más alta de conductas suicidas (71 % de los pacientes depresivos), mientras que en Rabat se ha encontrado en entrevistas dirigidas la presencia de intencionalidad suicida en un 50 % de los pacientes depresivos.

No debemos olvidar que en los dialectos del Magreb no existe ninguna palabra propia para expresar de forma directa y clara un estado emocional depresivo. En conclusión, en un número importante de casos los cuadros depresivos se presentan como una depresión enmascarada, en la forma de quejas hipocondríacas o de estados delirantes persecutorios que adoptan la característica de una *bouffée* delirante.

AGENTES Y MODALIDADES TERAPÉUTICAS POPULARES

Fquih

Figura central de la vida popular marroquí, *el fquih* es un personaje complejo. Es conocedor del Corán, puede dirigir una escuela coránica y los rezos en la mezquita. Es consejero en asuntos religiosos y de la vida cotidiana, puede actuar en litigios entre las personas (por ejemplo, de vecindad). A partir de la palabra divina y de sentencias, confecciona talismanes (*hjab, kteb*), filtros de amor, etc. Los encantamientos atraen sobre el portador la fortuna, el poder y le protegen del mal. Se ocupa de efectuar mediante la lectura de suras del Corán el tratamiento de los fenómenos de posesión a

través del exorcismo. Pero también el *fquih* es consultado cuando la causa del mal está en la hechicería. Podemos decir que, en función del modelo etiológico referido, el *fquih*, basará su intervención dentro del registro coránico de la purificación y la protección, por medio de la recitación, los baños, la ingestión y el porte de escrituras sagradas.

El maraboutismo

Conducta religiosa ligada al culto de los santos, sus santuarios, objetos y lugares u objetos (caverna, árbol, manantial, roca, etc.) muy ligados al santo y que detentan también la *baraka* (noción que implica el poder espiritual, prosperidad, salud, bendición). Este culto es una práctica muy popular y difundida en Marruecos. Los pacientes suelen ser llevados en peregrinación por sus familias a los lugares santos a pedir por su curación, siendo en ocasiones dejados en esos lugares. El maraboutismo (que constituye un pilar fundamental de la religión popular) nos enseña con claridad que la enfermedad mental y la terapéutica son en Marruecos inseparables de la experiencia religiosa.

Desde el punto de vista etimológico *marabout* es un neologismo derivado de *murabit*, que designa, en árabe clásico, al habitante de una fortaleza. La palabra está ligada inicialmente a la idea de guerra religiosa. La persona que encarna este tipo de terapia, el *murabit*, se distingue también por su vida piadosa y contemplativa.²⁶

Las cofradías. La terapia mediante la danza

Muy diversificadas en sus prácticas rituales las cofradías religiosas derivan en un primer momento del sufismo, es decir, de la mística musulmana. Constituyen en Marruecos un fenómeno popular que abarca toda la vida social, cultural y política. La práctica místico-religiosa, en donde la danza es el ritual más importante, está destinada a la curación de las enfermedades causadas por los genios, es decir, a tratar los estados de posesión.²⁷

Las plantas medicinales

Existe un sistema de medicina tradicional en el Magreb muy activo donde las plantas medicinales están presentes. Las plantas son utilizadas a través de modalidades sucesivas de recolección, preparación y administración. En una misma acción encontramos la planta, el ritual de su administración/utilización, la enfermedad —eventualmente el genio que gobierna dicha dolencia— la persona enferma y su entorno.

Según la tradición, los aromas desempeñan un papel muy importante en la relación con los genios, de los que se puede proteger con la ruda, el romero, la harmala, el cilantro, todas asociadas al recitado de versos coránicos. El laurel rosa es un talismán contra genios agresivos y el mal de ojo. Una misma planta puede atraer o repeler los genios según la intención de quien la utiliza y las palabras pronunciadas. Si el paciente hace referencia a *Allah* y recita el Corán la acción será defensiva contra el mal.

CONCLUSIONES

Aunque aquí no hemos hecho otra cosa que esbozarlo, el nuevo escenario clínico que la llegada de personas inmigrantes ha producido está demandando —especialmente en el ámbito de la salud mental— una adecuación y una amplificación de la totalidad del paradigma psiquiátrico hoy vigente. Si las actitudes prescriptas por la cultura tienden a somatizar el sufrimiento psíquico, como en el caso de los inmigrantes marroquíes, las relaciones entre cuerpo y afectividad, normalidad y anormalidad, como mínimo, deben ser entendidas, hasta donde sea posible, en consonancia con el modo como la subjetividad del paciente las vive y expresa en su narrativa de la enfermedad. Esto sin olvidar que esta subjetividad no es equivalente a individualidad, como se entiende habitualmente en nuestra cultura, sino que está constituida y tejida por una red de relaciones y afectos de diversos tipos y grados. Es esta comunidad la que recrea y legitima los componentes de las etiologías verbalizadas por los pacientes, algunos de los cuales pueden ser irracionales, para nosotros. Si queremos, entonces, adecuar la práctica clínica a estas nuevas realidades, se hace necesario conocer la estructura de las relaciones que ligan entre sí papeles, como el del morabito, etiologías, como el hechizo, la posesión o la voluntad divina, y terapéuticas como el maraboutismo o la danza.

No obstante, la realidad clínica es compleja y, tal vez, no siempre podamos hallar presente en la demanda de los pacientes componentes psicopatológicos como los que hemos referido. Pero, aún así, nuestra obligación es conocer dichas posibilidades del enfermar, ya que de otra forma será muy difícil el intento de realizar un adecuado tratamiento. «El inmigrante enfermo no acude al psiquiatra o al psicoterapeuta para que estos lo devuelvan a su gueto cultural: para ello, ya tiene a sus morabitos, sin hablar del racismo ambiente. En primer lugar pide que entiendan su profunda ambivalencia ante las viejas creencias y costumbres de su país que, a él, le sirven de hitos identificatorios».²⁸

La psiquiatría transcultural ya ha desembarcado entre nosotros.

GLOSARIO

Aicha Kandicha: genio femenino.

Aissaoua: cofradía.

Aryah: término popular que designa los genios.

Assab: herborista.

Ayn: mal de ojo.

Baraka: bendición. Carácter sagrado de ciertos seres y cosas.

Bouia Omar: santuario terapéutico especializado en el tratamiento de enfermedades mentales situado al norte de Marrakech.

Chouwaf: el vidente.

Chouwaffa: la vidente.

Djinn: genio.

Fquih: maestro coránico, personaje religioso conocedor de la ciencia esotérica de inspiración coránica, interviene en tanto que exorcista.

Gnaoua: cofradía.

Hal: trance, estado místico.

Hjab: pequeño saco de piel o cuero que contiene escritos del Corán asociados o no a plantas medicinales.

Hmadcha: cofradía.

Hmaq: locura, loco.

Hammou Qiyou: genio esposo de Aicha Kandicha.

Jnouns: genios.

Lalla Malika: genio femenino.

Lalla Mira: genio femenino.

Lila: reunión nocturna organizada por una cofradía en la que invoca a los genios.

Madroub: tocado o enloquecido por un genio.

Main de Fatma: mano estilizada, talismán, se usa como colgante y protege de la magia y el mal de ojo.

Majdoub: personaje que oscila entre la santidad y la locura.

Majnoun: poseído por un genio.

Mamlouk: que es propiedad de un genio. Poseído.

Marabout: santo, santuario en Marruecos y en el Maghreb.

Maskoun: persona habitada por los genios.

Makhtouf: término común para designar a la locura, también a la melancolía.

Mchiar: contacto violento con los genios pero no permanente.

Mektoub: destino, fatalismo.

Meshour: hechizado.

Sara'a: sesión de exorcismo.

Sehhar: hechicero.

Sehara: hechicera.

Ziara: visita, peregrinaje al santuario donde se realiza el culto a los santos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kroeber AL, Kluckhohn C. Culture: a critical review of concepts and definitions. Papers of the Peabody Museum of the American Archeology and Ethnology. 1952;47(1):181.
2. Alarcón RD. Pasado, presente y futuro de la psiquiatría cultural. Monografías de Psiquiatría. 2000;XII(4):1-8.
3. Achotegui J. Trastornos depresivos en inmigrantes: influencia de los factores culturales. JANO. 2001; Supl:1-20.
4. Tizón García JL, coordinador. Migraciones y salud mental. Barcelona: PPU; 1993.
5. Nathan T. El semen del diablo. Buenos Aires: Losada; 1991.
6. Pages Larraya F. Lo irracional en la cultura. Tomo I. Buenos Aires: FECIC; 1982.
7. Salmi H. Ethnopsychiatrie. Cultures et thérapies. Paris: Vuibert; 2004.
8. Achotegui J. La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Barcelona: Ediciones Mayo; 2002.
9. Nathan T. La influencia que cura. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 1999.
10. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2001. p. 1003-9.
11. Gaw AC. Concise Guide to Cross-Cultural Psychiatry. Washington: American Psychiatric Publishing; 2001.
12. Lewis Fernández R. Cultural formulation of psychiatric diagnosis. Cult Med Psychiatry. 1996;20:133-44.
13. Pis-Diez Pretti G. Antropología médica. FOMECO. 2002;10(1):45-9.
14. Claisse-Dauchy R. Médecine traditionnelle du Maghreb. Paris: L'Harmattan; 1996.
15. Aouattah A. Immigration maghrébine, maladie mentale et psychiatrie, ou quand les immigrés emmènent leurs maladies. Ann Med Psychol. 2000;158(9):693-701.
16. Pages Larraya F. Lo irracional en la cultura. Tomo IV. Buenos Aires: FECIC; 1982.
17. Aouattah A. Le Sacré, la folie et la thérapie traditionnelle au Maroc. Evol Psychiatr (Paris). 1992;57(2):299-308.
18. Aouattah A. Ethnopsychiatrie Maghrébine. Représentations et thérapies traditionnelles de la maladie mentale au Maroc. Paris: L'Harmattan; 1993.
19. El Mensaje del Qur'an. Córdoba: Junta Islámica; 2001.
20. Chlyeh A. Les Gnaoua du Maroc. Aubenas d'Ardèche: La Pensée Sauvage; 1999.
21. Moussaoui D, Ferrey G. Psychopathologie des migrants. Paris: PUF; 1985.
22. Leman J, Gailly A. Thérapies interculturelles. Bruxelles: De Boeck; 1991.
23. Ammar S, Douki S, Boucebi M, Chkili T, Moussaoui D. Aspects cliniques et psychopathologiques de la dépression au Maghreb. Psychopathologie Africaine. 1981;XVII(1,2,3):16-26.
24. Okasha A, Maj M. Images in Psychiatry. An Arab Perspective. Cairo: Scientific Book House; 2001.
25. Lemoine P, Cappadoro R, Marie-Cardine M. La dépression chez les travailleurs maghrébins immigrés. Psychopathologie Africaine. 1981;XVII(1,2,3):166-70.
26. Aouattah A. Maladie mentale et thérapie maraboutique au Maroc. Psychopathologie Africaine. 1990-1991; XXIII(2):173-196.
27. Crapanzano V. Les Hamadcha. Paris: Sanofi-Synthelabo; 2000.
28. Zempleni A. Introduction à «Ethnopsychiatria oggi». Psichiatria e psicoterapia analitica. 1985;IV(2):9-19.