

**Douaa Laftouh y Fatima Essalhi**

**SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD MARROQUÍ: REFLEXIONES PARA UN  
ABORDAJE TRANSCULTURAL**

**TRABAJO DE FINAL DE GRADO**

**Dirigido por: Dr. Martín Correa Urquiza Vidal**

**Enfermería**



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

**Facultad de Enfermería**

**TARRAGONA 2020**

## ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVOS.....	7
HIPOTESIS.....	8
METODOLOGÍA.....	8
1. Diseño del estudio.....	8
2. Recogida de datos.....	9
2.1 Búsqueda bibliográfica.....	9
2.2 Entrevistas.....	9
3. Cronograma.....	10
MARCO TEÓRICO.....	11
1. Salud, enfermedad y cultura.....	11
2. La inmigración marroquí en España.....	14
3. Salud mental en la comunidad marroquí.....	15
4. Formas de autoatención.....	16
4. La asistencia sanitaria en un contexto multicultural.....	18
5. La competencia cultural.....	21
5.1 Enfermería transcultural.....	22
RESULTADOS.....	24
DISCUSIÓN.....	25
1. Clasificación de los trastornos mentales (TM).....	25
1.1. Tipos.....	25
1.2 Manifestaciones:.....	26
2. Causas.....	28
2.1 La brujería o sihr.....	28
2.2 Mal de ojo.....	30
2.3 <i>Jnun/jinn</i> o genios malignos.....	30
2.4 Situaciones traumáticas, conflictos personales y sucesos estresantes.....	32
2.5 Consumo de tóxicos.....	33
2.6 Factores hereditarios.....	34
2.7 Falta de autoestima.....	34
4. Tratamiento.....	40
4.1 Tratamiento biomédico.....	41
4.2 Tratamiento tradicional.....	43

5. Visión social .....	50
6. Repercusión personal y familiar.....	52
6. Circuito de atención.....	54
6.1 Conocimiento y percepción sobre el proceso de atención a los TM en España .....	54
6.2 Proceso de atención .....	55
6.3 Barreras que perciben.....	57
7. Mejoras que se plantean .....	62
CONCLUSIONES .....	63
BIBLIOGRAFÍA.....	67
ANEXO 1 .....	72
Guion de las entrevistas .....	72

## RESUMEN

**Introducción:** Aunque la salud y la enfermedad son preocupaciones universales, cada cultura tiene representaciones muy variadas de las mismas. Teniendo en cuenta que el 14% de la población española es inmigrante y los marroquíes la comunidad inmigrante más numerosa, es importante conocer estas diferencias que existen en esta comunidad y sus implicaciones en salud mental.

**Objetivos:** analizar la percepción de la salud mental de la comunidad marroquí en Baleares y Cataluña y su forma de atención a fin de contribuir en la mejora de las competencias culturales de los profesionales que les atienden.

**Metodología:** se realiza un estudio descriptivo cualitativo de tipo fenomenológico, a través de 10 entrevistas semiestructuradas a marroquíes de entre 40-60 años residentes en Cataluña y Baleares, además de una búsqueda bibliográfica.

**Discusión:** los TM se clasifican como emocionales y mentales, considerando emocionales los que presentan alteración del ánimo y mentales o locos, aquellos casos más graves con pérdida de la razón y la voluntad. Además de causas biológicas y psicosociales, también se atribuyen a causas místicas ligadas al islam, principalmente la brujería, los jnun o el mal de ojo. La primera elección de tratamiento es la biomedicina, pero es frecuente que se combine con terapias tradicionales, especialmente la lectura del Corán, al considerarla inefectiva frente a las causas sobrenaturales. En el proceso de atención, las principales barreras que perciben son el idioma y la falta de conocimiento de los profesionales sobre su cultura.

**Conclusiones:** La percepción y creencias que tiene la comunidad marroquí respecto a los TM se basa en una estructura arraigada a su historia cultural y social, estrechamente relacionada con el islam. Estas, determinan sus comportamientos y estrategias de cuidado, haciendo necesario que los profesionales tengan conocimiento de estas creencias y tengan en cuenta los errores que se puede cometer ante un paciente marroquí.

**Palabras clave:** salud mental, atención intercultural, inmigrantes marroquíes, enfermería transcultural, competencia cultural.

## Abstract

**Introduction:** Although health and disease are universal concerns, each culture has very different representations of them. Considering that 14% of the Spanish population is immigrant and Moroccans are the most numerous immigrant community, it is important to know the differences that exist in this community and their implications on mental health.

**Objectives:** to analyze the perception of the mental health of the Moroccan community in Catalonia and the Balearic Islands and their form of care in order to contribute to the improvement of the cultural competencies of the professionals who care for them.

**Methodology:** a descriptive qualitative study of phenomenological type is carried out, through 10 semi-structured interviews to Moroccans between 40-60 years old resident in Catalonia and the Balearic Islands, as well as a bibliographic search.

**Discussion:** MI are classified as emotional and mental, considering emotional those that present alteration of mood and mental or crazy, those more serious cases with loss of reason and will. In addition to biological and psychosocial causes, they are also attributed to mystical causes linked to Islam, mainly witchcraft, jnun or the evil eye. The first choice of treatment is biomedicine, but it is often combined with traditional therapies, especially reading the Koran, as it is considered ineffective against supernatural causes. In the process of care the main barriers they perceive are language and the lack of knowledge of professionals about their culture.

**Conclusions:** The Moroccan community's perception and beliefs regarding MI are based on a structure rooted in their cultural and social history, which is closely related to Islam. These determine their behaviour and care strategies, making it necessary for professionals to be aware of these beliefs and to take into account the mistakes that can be made in front of a Moroccan patient.

**Key words:** mental health, intercultural care, Moroccan immigrants, cross-cultural nursing, cultural competence.

## INTRODUCCIÓN

La salud y la enfermedad se consideran dos conceptos de naturaleza cultural (Menéndez, 2009). Tal como señalan Martín, Martínez y Martínez (2014) son preocupaciones universales frente a las cuales, todos los grupos humanos se organizan colectivamente e intentan, con los medios económicos, sociales y culturales de los que disponen, tratar de comprender, atender y dar respuestas a los episodios de enfermedad que padecen, tanto individuales como colectivos.

Y así como todas las sociedades han desarrollado conocimientos, prácticas e instituciones para la atención y prevención de las enfermedades presentes en su comunidad, los sistemas de atención a la salud que nacen en cada sociedad presentan diferencias entre ellos (Martín, Martínez y Martínez, 2014). La forma de entender, percibir y explicar los procesos de enfermedad y atención varían en muchos casos, dado que cada cultura dispone de su propio léxico emocional y su propia definición de lo que es estar enfermo (Martínez y Martínez, 2006).

Estas diferencias, son especialmente críticas en el área de la salud mental, ya que las culturas ofrecen representaciones muy variadas ante las alteraciones mentales. Y pese a que los síntomas psiquiátricos mayores son generalmente universales, “su expresión clínica está primariamente determinada por factores culturales” (Martínez y Martínez, 2006). Un ejemplo claro de esto es el considerar la psicosis como un estado de posesión demoníaca o maléfica (Padrell, 2017).

Aun así, la biomedicina suele ver las representaciones y prácticas de la población como factores que inciden desfavorablemente sobre su salud; las perciben como un saber básicamente a modificar, ya que consideran que gran parte de éstos presentan características que se oponen a determinadas concepciones y técnicas de la biomedicina, y por ello tienden a excluir gran parte de las formas de atención alternativas a las de tipo biomédico, especialmente las que son culturalmente diferentes (Menéndez, 2009).

Actualmente, existe una tendencia biomédica que coloca en segundo plano los aspectos culturales y sociales y la vivencia subjetiva de la enfermedad a la hora de proporcionar atención a los pacientes (Alonso et al., 2015). Esto hace que no se tengan en cuenta todas las formas de atención, ignorando la diversidad existente dentro del proceso de la autoatención (Menéndez, 2018), definida por la OMS como “*lo que las personas hacen por sí mismas para mantener y preservar su salud y para prevenir y curar las enfermedades*”. Y sólo reconociendo esta diversidad, será posible superar esta tendencia.

Para conseguir este propósito en el ámbito de la salud mental, se debería tender más por el desarrollo y la promoción de cuidados en clave cultural, es decir teniendo en cuenta aquellos elementos culturales que resultan determinantes posibles tanto a nivel de las manifestaciones como en los tratamientos. En este sentido, la enfermería transcultural es la rama que hasta ahora ha ido practicando el modelo denominado enfermería transcultural, que se enfoca en la importancia del cuidado cultural holístico. (Escobar y Paravic, 2017)

Esto, solo será posible si mejoramos la habilidad de los profesionales para identificar y entender estas diferencias, lo cual implica mejorar sus competencias culturales, es decir su habilidad para interactuar de manera eficiente con personas culturalmente diferentes (Kirmayer, 2000). Algunas de las medidas que se consideran eficaces para conseguirlo, son mejorar el conocimiento que se tiene respecto al problema y ampliar su comprensión del entorno y de la conducta cultural de las personas a las que atenderán. En definitiva, es necesario desarrollar una aproximación a los fenómenos en clave cultural (Martín, Martínez y Martínez, 2014).

España ha sido un país en el que han existido movimientos migratorios constantes a lo largo de la historia. Actualmente cuenta con una población inmigrante que representa el 14% de la población local total (González, 2019), lo cual la convierte en una región donde predomina la diversidad de saberes y formas de atención.

Teniendo en cuenta estos datos, es evidente que se ha avanzado de forma imparable hacia la multiculturalidad (Zahra, 2016) y hacia una sociedad que está en permanente transformación. En este sentido, la diversidad cultural es una realidad con la que se vuelve cada vez más necesario trabajar y para ello es fundamental reconocerla, darle un lugar y comprenderla para así generar diálogos que contribuyan al entendimiento mutuo y un mejor pronóstico de salud. Asimismo, estos datos reflejan la necesidad de mejorar las competencias culturales y aplicar las medidas anteriormente mencionadas. De esta manera, se conseguiría aumentar el conocimiento necesario para garantizar una correcta atención a las personas culturalmente diferentes a las que se atiende (Martínez Moneo, 2006).

En este sentido, un estudio concluye que el colectivo migrante presenta mayor desconfianza, dificultades lingüísticas y culturales, hecho que los hace aún más vulnerables a nivel laboral y social, dificultando su acceso a los servicios de salud pública y con ello su correcta atención (Alonso, 2006). Este estudio se centrará en la población marroquí, que pese a ser la comunidad inmigrante más numerosa en España y Catalunya y a la escasa distancia entre ambos países, existe un amplio desconocimiento sobre sus maneras singulares y colectivas

de pensar la salud (Martínez, 2014). De esta manera, es importante promover el entendimiento intercultural que resulte en una predisposición al diálogo y facilite un entendimiento que posibilite así una atención clínica y social de calidad.

Es importante tener en cuenta que para las personas migrantes, los esfuerzos de adaptación y el conjunto de dificultades sociales y profesionales con los que se encuentran, representan un factor de riesgo importante para su salud mental. Simultáneamente, la situación de aquellos que ya padecen algún trastorno a su llegada, debido a la existencia de numerosas variables como el estrés y los riesgos y vulneraciones que se producen durante los itinerarios de la migración, puede llegar a desestabilizarse y agravarse. (Sánchez, Bada, Gascón y Burckhardt, 2014).

Por lo tanto, si se tiene en cuenta que todo sistema de salud incluye un sustrato cultural, o dimensión simbólica del entendimiento que se tiene sobre la salud, la concepción sobre la salud y el sistema de salud de la comunidad marroquí son distintos, hecho que puede dificultar la integración en el sistema de atención predominante aquí (Martín, Martínez y Martínez, 2014). Esta población, al asentarse aquí, con ellos también lo hace su sistema de atención, que combina la biomedicina propia del país con otras formas de atención paralelamente, el cual tiene tanto similitudes como diferencias respecto al modelo de salud español. Por todo esto, los profesionales deben saber de la existencia de estas posibles diferencias, conocer mejor la cultura, y trabajar desde una predisposición sensible a la diferencia para así proporcionar una atención más integral (Martín, Martínez y Martínez, 2014).

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

- Analizar la percepción de la salud mental de la comunidad marroquí en Baleares y Cataluña a fin de contribuir a mejorar las competencias culturales de los profesionales que les atienden.

### **Objetivos específicos**

- Conocer y analizar la percepción y las estrategias de autoatención y cuidado de la comunidad marroquí sobre los trastornos mentales.
- Analizar cómo la percepción que tiene la población marroquí de los trastornos mentales influye en el proceso de atención.

## **HIPOTESIS**

Existe una estructura de creencias y percepciones de la comunidad marroquí en relación al ámbito de la salud mental que está arraigada en su historia cultural y social y que determina comportamientos y estrategias de cuidado. Conocerla puede contribuir a la construcción de puentes y diálogos con los profesionales de la biomedicina que atienden en Cataluña y Baleares esos mismos padecimientos.

## **METODOLOGÍA**

### **1. Diseño del estudio**

Este trabajo de investigación es un estudio descriptivo de carácter cualitativo, concretamente de tipo fenomenológico. Se ha seleccionado la metodología cualitativa ya que es un método que no pretende dar respuesta a cuántos, sino al qué, al cómo, al por qué y al para qué. Este, trata de comprender los fenómenos desde el punto de vista de las personas involucradas en el fenómeno que se estudia en su contexto natural, intentando encontrar el sentido o la interpretación que le dan a partir de los significados que las personas les otorgan. En este estudio, nos permitirá conocer la percepción y la conducta de la comunidad marroquí sobre los trastornos mentales y alcanzar de esta manera nuestro objetivo, que es mejorar las competencias transculturales de los profesionales de la salud (Rubio y Arias, 2013)

Además, al ser la comunidad de estudio inmigrante, la metodología cualitativa, por su sensibilidad sociocultural, nos permitirá conocer el contexto en profundidad y una aproximación mayor a los sujetos. Esto es debido a que su objetivo es entender a los entrevistados de forma holística, viendo al individuo en toda su complejidad y estando atento y sensible a los aspectos socioculturales para hacer más fácil llegar a entender en mayor profundidad a los sujetos investigados (Rubio y Arias, 2013).

La metodología cualitativa consta de varios enfoques, de entre los cuales seleccionamos el fenomenológico, ya que es un enfoque en el cual los investigadores tratan de dar respuesta a cuál es el significado, estructura y esencia de la experiencia vivida por la persona, grupo o comunidad respecto a un fenómeno, esto se realiza mediante la descripción rigurosa y el análisis minucioso de las vivencias, aumentando de esta manera el conocimiento (Berenguera y Fernández, 2014).

En los estudios orientados al ámbito sanitario como es este, este enfoque permite a los profesionales de la salud mejorar la atención que se le entrega a los pacientes al convertir el proceso de atención en uno cada vez más integral, aumentando el autoconocimiento de los profesionales en la realización de este (Berenguera y Fernández, 2014).

## **2. Recogida de datos**

Para realizar este estudio, llevaremos a cabo una triangulación metodológica utilizando dos técnicas de recogida de información, lo cual nos permite obtener mayor control de la calidad en el proceso de investigación y, de esta manera, garantizar la validez de los resultados alcanzados (Aguilar y Barroso, 2015).

Además de la búsqueda bibliográfica, se ha realizado una recogida de información basada en una triangulación de datos personal, donde se recoge información de una muestra de diferentes sujetos, siendo en este caso, 10 personas que se entrevistan con el objetivo de contrastar la información recabada. (Aguilar y Barroso, 2015).

### **2.1 Búsqueda bibliográfica**

Se realiza una revisión bibliográfica de artículos nacionales e internacionales redactados en español publicados entre 2007 y 2019. Las bases de datos usadas para extraer estos artículos son: Google Scholar, Dialnet, Cuidatge, Pubmed y Cinhal. Las palabras clave usadas en la búsqueda son las siguientes: salud mental, trastorno mental, paciente marroquí, paciente magrebí, enfermería transcultural, atención transcultural. Éstas se han combinado en las diferentes bases de datos usando operadores booleanos “AND” y “OR”. Además, se han usado libros de interés relacionados con la temática de este trabajo.

### **2.2 Entrevistas**

Para realizar este estudio hemos decidido realizar entrevistas individuales, de tipo semiestructuradas, ya que nos permiten establecer de antemano la temática y el tipo de información que buscamos, pero sin acotar la respuesta del entrevistado, recogiendo así la información más rica y profunda posible (Folgueiras, 2017). Además, en el desarrollo de las entrevistas, las entrevistadoras mantendremos una actitud abierta y flexible para favorecer que el informante pueda expresar sus opiniones, matizar sus respuestas e incluso desviarse hacia temas emergentes de interés para alcanzar los objetivos de la investigación. Esto hace que este tipo de entrevista nos permita incorporar en su transcurso nuevas preguntas que consideremos interesantes para recoger información de interés (Denzin, 2014).

Por último, para el análisis de estas entrevistas, se ha realizado una transcripción traducida del idioma original (árabe o amazigh) al español. Sin embargo, al no haber traducciones literales para algunas palabras, han sido definidas para facilitar su comprensión.

### **2.3 Participantes de las entrevistas**

La muestra de población serán 10 inmigrantes marroquíes, residentes en Catalunya o en las Islas baleares, seleccionadas según los siguientes criterios:

#### Criterios de inclusión:

- Hombres y mujeres de origen marroquí de edad comprendida entre los 25-60 años.
- Aceptar participar en el estudio y dar consentimiento informado escrito o verbal.

#### Criterios de exclusión:

- No aceptar participar en el estudio.
- No hablar español, catalán, árabe o amazigh.
- Haber nacido fuera de Marruecos y/o haber pasado gran parte de la infancia, adolescencia y edad adulta fuera de este país ya que esto puede implicar que presenten o puedan presentar un proceso de aculturación.

### 3. Cronograma

Mes	Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio			
Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Búsqueda de información	■	■	■	■																																				
Primera tutoría																																								
Justificación					■	■	■	■																																
Búsqueda en bases de datos									■	■	■	■	■	■	■	■																								
Diseño del TFG																																								
Realización guion entrevistas																																								
Búsqueda entrevistados																																								
Marco teórico																	■	■	■	■																				
Segunda tutoría																																								
Realización entrevistas																																								
Transcripción de las entrevistas																																								
Tercera tutoría																																								
Análisis de las entrevistas																																								
Discusión de resultados y Conclusiones																																								
Cuarta tutoría																																								
Realización artículo																																								
5ª tutoría																																								
Entrega TFG																																								
Defensa TFG																																								

## MARCO TEÓRICO

### 1. Salud, enfermedad y cultura

En la actualidad existen innumerables definiciones sobre la cultura, haciendo complejo e interminable el debate en torno a este concepto (Salazar, 2018). Por ello, para su definición nos limitamos a la cultura como concepto de base de la Antropología, así como concepto instrumental para todo profesional de la salud que quiera realizar investigaciones en un contexto de diversidad de clases sociales, religiones, regiones o grupos étnicos y tratando solo algunos aspectos básicos e instrumentales ligados a este concepto (Jean y Braune, 2010). Si tenemos en cuenta estas limitaciones la cultura puede ser definida según Jean y Braune, (2010) como:

“Un conjunto de elementos que median y califican cualquier actividad física o mental que no sea determinada por la biología y que sea compartida por diferentes miembros de un grupo social. Se trata de elementos sobre los cuales los actores sociales, construyen significados para las acciones e interacciones sociales concretas y temporales, así como sustentan las formas sociales vigentes, las instituciones y sus modelos operativos” (p.3).

Otra definición interesante es la que aporta Geertz:

“El concepto de cultura que propugno... es esencialmente un concepto semiótico. Creyendo con Max Weber que el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido, considero que la cultura es esa urdimbre y que el análisis de la cultura ha de ser, por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones” (Geertz.,2000).

Esta trama de significaciones que conforman la cultura, según Edward Burnet Tylor, estaría constituida por todo el conjunto de valores, creencias, símbolos, técnicas, y normas, que desarrolla el ser humano para relacionarse y adaptarse a su entorno. Y serían los que determinan los modos de pensar de cada sociedad y con ello su forma de comprender, adecuar y clasificar su mundo (Jean y Braune, 2010).

Por ello no es de extrañar, que no se pueda explicar la diferencia del comportamiento humano sólo a partir de la biología, ya que es la cultura la que modela las necesidades y características biológicas y corporales. Por ello, a pesar de que se podría decir que la biología ofrece una base para el comportamiento y potencial para la formación y el desarrollo humano, es la cultura aprendida, compartida y estandarizada entre los individuos que componen una sociedad, la que transforma este potencial en actividades concretas y propias, con una

simbología clara y comunicable (Jean y Braune, 2010). Prueba de esto, es la existencia de diversos estudios que defienden que la manera de actuar ante las enfermedades y las formas en que se manifiestan y se perciben varían en función del grupo social, étnico y económico al que se pertenezca (Baeta, 2015).

Por lo tanto, la cultura proporciona una visión del mundo a las personas que la comparten, orientando de esta forma sus conocimientos, prácticas y actitudes (Jean y Braune, 2010), estableciendo así las representaciones y creencias que marcarán la manera de actuar a nivel político, religioso, filosófico y sanitario de esta sociedad (Baeta, 2015). Según Jean y Braune, (2010) *“la cuestión de la salud y de la enfermedad está contenida en esta visión del mundo y praxis social”* (p.6).

Las preocupaciones sobre la salud y la enfermedad son universales en la vida humana e inherentes a todas las sociedades (Jean y Braune, 2010). Ante ellas todas las sociedades, se han organizado colectivamente a partir de los recursos materiales y no materiales de los que disponen, para desarrollar sus propias estrategias de atención y prevención, consiguiendo así, combatir, reducir o convivir con los padecimientos que perciben, tanto individuales como colectivos (Menéndez, 2018). Esto supone que los conocimientos, prácticas e instituciones que se desarrollan llevan integradas las particularidades de cada sociedad, haciendo que sea imposible considerar el proceso de salud y enfermedad como uno individual, sino como una respuesta organizada del colectivo, que convierte la lucha por la salud en un proceso histórico, social y cultural (Laza y Cárdenas, 2009).

Por lo tanto, los sistemas de atención a la salud que surgen llevan implícitos un sustrato cultural de la comprensión que se tiene sobre la salud, ya que incluyen los conocimientos, percepciones y cogniciones utilizadas para definir, clasificar, percibir y explicar la enfermedad (Jean y Braune, 2010). Cada cultura posee sus propios conceptos sobre lo que es estar sano o enfermo, al igual que una manera de pensar y organizarse para mantener la salud y enfrentar la enfermedad, ya que esto no está aislado de su visión del mundo y de la experiencia que se tiene respecto de los demás elementos socioculturales. Por ello, sólo entendiendo a los sujetos que forman la sociedad estudiada en su totalidad, se podrán aprender los conocimientos y prácticas ligados a la salud de su sistema o cultura (Jean y Braune, 2010).

Las diferencias a la hora de conceptualizar la salud y la enfermedad surgen también a la hora de realizar una clasificación ya que cada cultura determina cómo se manifiestan los síntomas e incluso si considerarlo o no patológico (Martínez y Martínez, 2006). Esto conlleva que cada cultura, y por lo tanto sistema, posee sus propias clasificaciones acerca de las enfermedades,

organizándolas según criterios de síntomas, gravedad entre otros, que guiarán su proceso de atención (Jean y Braune, 2010).

Por lo tanto, al igual que los conceptos de salud y enfermedad no son universales y raramente reflejan las definiciones biomédicas, las clasificaciones tampoco lo hacen. Esto conlleva que las clasificaciones consideradas como internacionales y estándares y los conceptos de salud y enfermedad en los que se basan no son universales y en diversas culturas no reflejan las definiciones y concepciones que se han establecido. Esto, es debido a que estas están hechas en base a investigaciones realizadas en poblaciones procedentes de países de alto ingreso económico y no reflejan la realidad cultural de otros. (Martín, Martínez y Martínez, 2014)

Estas clasificaciones diagnósticas se pueden llegar a usar inadecuadamente si no se consideran los elementos de la idiosincrasia y realidad cultural propios de cada población, generando imprecisiones al intentar caracterizar las distintas manifestaciones de la conducta humana, confrontando la cultura con la clínica (Martín, Martínez y Martínez, 2014). Esto, provoca dificultades en el entendimiento mutuo, cuyo origen pueden ser factores idiomáticos, estilos de comunicación no verbal, sesgos, prejuicios o estereotipos, así como prácticas diferentes por parte de los pacientes y terapeutas o valores morales y culturales diferentes (Martínez y Martínez, 2006).

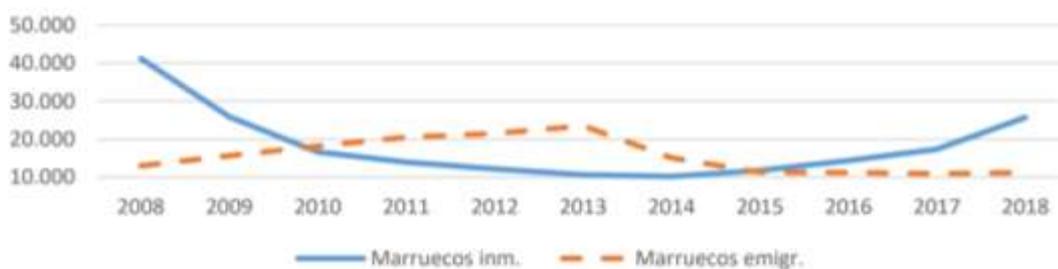
Los nombres que se asignan también varían y pueden no coincidir entre una cultura y otra, al igual que pasa con las causas que se les asocian, ya que la cultura ofrece teorías etiológicas basadas en la visión del mundo de un determinado grupo, apuntando frecuentemente a múltiples causas para las enfermedades. En muchas ocasiones, se recurre a razones místicas (Martín, Martínez y Martínez, 2014), lejos de las ofrecidas por la medicina convencional y que escapan de la racionalidad del modelo biomédico (Jean y Braune, 2010).

Todo esto supone que a la hora de formular políticas, programas y acciones en salud no se pueden planear, ejecutar y evaluar desde una sola visión. Es importante la participación y la aceptación de las personas que conforman cada grupo cultural (Laza y Cárdenas, 2009), sobre todo teniendo en cuenta que, en la actualidad, la atención a la salud debe otorgarse a una sociedad cada vez más diversificada y globalizada, en la que además de recibir la influencia de múltiples factores que afectan a las personas, se suman las diferencias culturales de quienes la integran y la condicionan. Estas, no sólo afectan a las actuaciones de tipo social, económicas o culturales, sino también al ámbito de los problemas o necesidades de salud (Martín, Martínez y Martínez, 2014).

## 2. La inmigración marroquí en España

Como bien sabemos, España se caracteriza por el gran movimiento migratorio, que ha ido en aumento desde comienzos del siglo XXI. Actualmente, la población inmigrante representa un 14% de la población española y la quinta parte de la población de entre 25 y 49 años (González, 2019).

Tal como muestra el siguiente gráfico, los movimientos migratorios por parte de población marroquí han ido variando desde su inicio. Se produce un importante descenso de movimientos de inmigración en 2008, quedando por debajo de 20.000 personas anuales entre 2010 y 2017, cuando vuelve a aumentar la población residente nacida en Marruecos (Buades, 2018).



**Ilustración 1:** Evolución de los movimientos de inmigración y emigración exterior de personas con nacionalidad marroquí (2008-2018). Fuente: elaboración de SJM a partir de datos del INE.

Según el Instituto Nacional de Estadística (2019), actualmente Marruecos es el país con más población extranjera en España, tanto si tenemos en cuenta su nacionalidad como su país de nacimiento. A fecha de 1 de enero de 2019 la población inmigrante de nacionalidad marroquí en España era de un total de 714.239, siendo la comunidad inmigrante residente más numerosa.

Aun así, tal como afirma Martínez (2014):

“España y Marruecos, pese a la proximidad geográfica, los siglos de historia en común y la presencia de múltiples características culturales compartidas, son dos sociedades que no se conocen lo suficiente, existiendo así una distancia cultural. Es por ello que supone un gran esfuerzo entenderse y proporcionarles una atención clínica de calidad”.

Por ello, el nuevo contexto sociodemográfico, según Rodríguez, et. al (2009) *“requiere del estudio de factores que expliquen la salud en esta población y la identificación de desigualdades a nivel de salud, con el objetivo de conseguir la equidad y el acceso al conjunto del sistema sanitario”*.

### **3. Salud mental en la comunidad marroquí**

En el contexto occidental, la salud mental es definida por Mollá (2012) como *“el estado de equilibrio entre una persona y su entorno sociocultural que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar bienestar y calidad de vida”*. De acuerdo a la medicina actual, la alteración del estado de salud mental se puede clasificar en alguno de los tipos de trastorno existente en función de las manifestaciones que presente la persona, para así poder iniciar el tratamiento pertinente. A través de esta investigación veremos cómo cambia esta visión desde la perspectiva de la comunidad marroquí.

Respecto a los síndromes y trastornos psiquiátricos, pese a que alguna literatura los plantea como universales, es necesario resaltar que los factores culturales juegan un papel sustancial tanto en su desarrollo como en su expresión. (Balbo y Pis, 2007). Asimismo, las vivencias subjetivas de la población marroquí y sus referentes culturales determinan la forma de presentación y la modalidad de narración de un trastorno, tanto a nivel del lenguaje verbal como del no verbal (Ambrosio y Pretti, 2007). Así pues, podemos afirmar que pueden existir infinitas posibilidades de comportamiento para un mismo trastorno en función de la cultura del paciente (Ambrosio y Pretti, 2007).

La población marroquí es una comunidad que puede presentar características diferenciales como la posible falta de dominio del idioma, sobre todo en personas de edad avanzada, así como diferentes formas culturales de percibir y gestionar la enfermedad, lo cual puede condicionar el proceso diagnóstico y terapéutico de un paciente marroquí en España. Y es que su comportamiento, tal como explica Martínez y Martínez (2006), está regido por unas normas sociales y morales que conforman su identidad, la cual suele estar vinculada a la religión islámica, a sus creencias en la magia y a la medicina tradicional, que permanecen con ellos al asentarse aquí.

En términos de salud mental, en esta comunidad se suelen dar explicaciones místicas a los trastornos mentales (Lahib, 2008). Esto implica una diferencia tanto en la percepción que puedan tener de los trastornos mentales, como en el circuito de atención que decidan seguir, como veremos más adelante. Cabe considerar que no toda la población marroquí es

musulmana y que las creencias y prácticas culturales puede variar en función de la zona de origen.

Actualmente, existe una falta de una aproximación culturalmente sensible al concepto de salud mental, tanto al describir el fenómeno en concreto que se desea investigar, como al tener en cuenta las limitaciones a la hora de codificar, clasificar y diagnosticar los trastornos mentales, usando para ello clasificaciones diagnósticas "internacionales", que no son culturalmente sensibles. (Collazos, Ghali, Ramos y Qureshi, 2014, p.6).

Esta falta de sensibilidad puede provocar un desconocimiento respecto aquellos factores culturales que pueden afectar la atención a la salud mental de esta comunidad, haciendo que el profesional entre en un círculo donde resulta difícil facilitar la expresión del paciente.

Tal como se refleja en el estudio realizado por Collazos, Ghali, Ramos y Qureshi (2014):

*“La relación entre inmigración y psicopatología ha sido un tema de interés para la comunidad psiquiátrica desde hace muchos años y a pesar del gran número de estudios que se han llevado a cabo para tratar de esclarecer esta compleja asociación no se ha llegado a una conclusión clara. Por un lado, queda claro que la etnia, la inmigración y la cultura influyen de distinta manera sobre la salud mental, sin embargo, en el caso de los inmigrantes, resulta complicado identificar con precisión en qué medida lo hace cada uno de ellos(...) o asegurar que alguna de ellas sea causa directa de la aparición de problemas psiquiátricos en cada individuo determinado” (p.6)*

Aun así, es importante tener en cuenta que la inmigración en su contexto implica una serie de factores estresantes que suponen un factor de riesgo adicional para el desarrollo de enfermedades mentales. Esto puede variar en función de la interacción social que desarrolle el paciente y del apoyo que reciba por parte del grupo de acogida (Martínez y Martínez, 2006).

#### **4. Formas de autoatención**

En cada cultura, existen unos procesos sociales, económicos y culturales que hacen posible el desarrollo de diferentes formas de atención que aparecen a raíz de las necesidades y posibilidades de uno o varios conjuntos sociales (Menéndez, 2018). Tal como afirma Menéndez (2003), las formas de autoatención están condicionadas por factores como la cultura, etnia, religión, ciencia, economía o política y están presentes en todas las sociedades pese a que su estudio se ha realizado en base a la cultura latinoamericana.

En cuanto al término de autoatención, es definido como “*la realización de una serie de actividades que se activan en el domicilio orientadas directa o indirectamente a asegurar la reproducción biológica y social de la unidad doméstica familiar*” (Menéndez, 1988). Estas actividades están presentes en todas las sociedades y representan el primer nivel real de atención, integrando acciones como la alimentación, higiene, curación o prevención de enfermedades (Haydée, 2006). Según Menéndez (2018):

*“La autoatención se refiere a los saberes, es decir, a las representaciones y prácticas sociales que los sujetos y microgrupos utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, soportar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención”* (p.3).

De esta manera, Menéndez (2003) explica su teoría sobre las formas de atención, organizándolas en diferentes tipos:

- De tipo biomédica, que trata las enfermedades o padecimientos físicos y mentales en instituciones oficiales o privadas.
- De tipo popular y tradicional, que incluye a los culebreros, brujos, curanderos, espiritistas, yerberos, shamanes, etc.
- Alternativas o paralelas, que incluyen sanadores, nuevas religiones curativas, sanadores, etc.
- Derivadas de otras tradiciones médicas académicas: acupuntura, medicina mandarina, etc.
- Centradas en la autoayuda: Alcohólicos anónimo, clubes de diabéticos

Según el autor, estas formas de atención pueden relacionarse con otras, incluida la biomedicina y pueden ser integradas y combinadas entre ellas. Es decir, que debemos considerarlas como formas dinámicas, que pueden relacionarse entre ellas para funcionar (Menéndez 2003).

Para conocer las numerosas formas de atención que existen en una comunidad es necesario tener en cuenta los procesos y factores culturales, además de ser consciente de que su esencia no radica solamente en las técnicas utilizadas sino también en el sentido y significado que se les da, más allá de su eficacia (Menéndez, 2018).

#### **4. La asistencia sanitaria en un contexto multicultural**

El fenómeno migratorio plantea a diversos países una realidad muy compleja, que supone un reto para el sistema de salud, para las políticas que se diseñan y para todos los profesionales que prestan sus servicios en él, incluida la enfermería. Por ello, para poder realizar un correcto abordaje en esta realidad es necesario comprender los términos que surgen de ella y aclarar el enfoque y la trascendencia que tienen en el ámbito de la salud (Escobar y Paravic, 2017). Términos como multicultural o multiculturalismo, interculturalidad y transculturalidad, tienden a confundirse en muchas ocasiones por los profesionales de la salud, pero tienen un significado muy diferente (Salaverry, 2010).

Al hablar de multiculturalismo se hace referencia a la existencia de varias culturas diferentes en el mismo lugar y en un mismo tiempo (Alonso et al., 2015). Generalmente, identifica una actitud de respeto frente a la diferencia cultural, pero no busca la interacción con la cultura que lo rodea, sino el definirse como comunidad separada, delimitada claramente y homogénea a su vez. Esta, entiende que la relación entre culturas o subculturas es de tolerancia mutua, sin interesarse por la búsqueda de contactos y los aprendizajes mutuos que deriven de ellos (Salaverry, 2010).

En cambio, cuando se hace uso del término interculturalidad, según Escobar y Paravic (2017), implica ya una relación, intercambio y comunicación comprensiva entre las diferentes culturas que conviven en un territorio, originando el enriquecimiento mutuo, el reconocimiento y la valoración entre las distintas culturas en un marco de igualdad. Es por esto que la interculturalidad se suele expresar en acciones que reconocen el valor de la diversidad, luchan por el respeto a las diferencias culturales y en contra de las desigualdades presentes en la sociedad (Veliz, Bianchetti y Fernández, 2019). Pero no solo se limita a esto, ya que la interculturalidad se puede entender tanto como una filosofía, al proporcionar una base conceptual que da sentido a la realidad, un proceso, al aportar un modelo racional para ordenar ideas y un programa, ya que plantea una forma sistemática para desarrollar acciones que nos aproximen a una sociedad intercultural (Escobar y Paravic, 2017).

Mientras tanto, el término transculturalidad se analiza como un proceso que permite el acercamiento entre las diferentes culturas y que repercute en los sistemas de creencias y valores (Escobar y Paravic, 2017). Este, persigue establecer vínculos más allá de la misma cultura en cuestión, produciéndose una transferencia y sustitución total o parcial de algunos aspectos culturales de una cultura a la otra (Alonso et al., 2015), llegando casi a desarrollar hechos culturales nuevos, producto del sincretismo, nombre que se le da al sistema que permite la conciliación de diferentes doctrinas (Hidalgo, 2005).

Si se facilita este tipo de acercamiento cultural y se promueve la convivencia de la cultura mediante los medios de comunicación e información, se puede favorecer que la sociedad, pese a particularidades de raza, etnias y creencias religiosas, muestre respeto, establezca acuerdos y promocióne valores universales, de modo que se dé la fraternidad universal o el principio hacia una transculturalidad (Escobar y Paravic, 2017). Sin embargo, el desarrollo de este proceso no es fácil.

El contacto entre diferentes culturas provoca en muchas ocasiones situaciones conflictivas, que tienden sobre todo, a una actitud etnocentrista (Alonso et al., 2015), aquella en la que se evalúa e interpreta los ritos, costumbres, valores, formas de pensar y creencias de otras culturas desde la propia (Veliz, Bianchetti y Fernández, 2019), llegando a creer que la cultura propios, es la acertada y, por lo tanto, se debe reeducar a quienes tienen una cultura diferente (Alonso et al., 2015).

Esto, se puede evitar si se adopta una actitud más tolerante, como es la del relativismo cultural, definido por el antropólogo estadounidense Marvin Harris como *“el principio que afirma que todos los sistemas culturales son intrínsecamente iguales en valor, y que los rasgos característicos de cada uno tienen que ser evaluados y explicados dentro del sistema en el que aparecen”* (Citado en Alonso et al., 2015, p.20)

El choque cultural, definido como la desorientación personal que se produce al entrar en contacto con una forma de vida desconocida, en el caso de los trastornos mentales se produce debido a que en muchas ocasiones los significados de salud y enfermedad, como ya se ha mencionado, difieren entre las personas y los profesionales. Esto, se agrava por el sesgo biomédico imperante en la práctica sanitaria, en la que se deja en segundo plano los aspectos culturales, sociales y la vivencia subjetiva de la enfermedad (Alonso et al., 2015).

Según Ramírez (2017) en el proceso de adaptación que se produce al estar en contacto con una nueva cultura se pueden dar cuatro situaciones diferentes. Navas, García, Rojas, Pumares e Cuadrado (2006) afirman que por un lado se encuentran la integración, en la cual se mantiene la identidad cultural del grupo minoritario a la vez que se abre y establece una relación con los grupos de la sociedad de acogida, y la asimilación que se produce cuando la persona muestra deseo de abandonar la identidad cultural de origen y de orientarse hacia la sociedad de acogida.

Por otro lado, se encuentran la resistencia, en la que se pretende mantener la identidad y tradiciones propias, sin relacionarse con la sociedad de acogida y la marginación, en la cual la persona o grupos minoritarios pierden el contacto cultural y psicológico tanto con su sociedad de origen como con la sociedad de acogida. Esto conlleva según Martínez y

Martínez (2006) que en función de la situación en la que se encuentre la persona hará que su interacción con el sistema de salud diferente, modificando en sí mismo el abordaje médico en general y psiquiátrico en particular.

Es por todo esto que, es necesario plantearse qué modelo sanitario sería el más oportuno para dar una respuesta adecuada a la nueva demanda asistencial (Martínez y Martínez, 2006). El debate se centra principalmente en si es necesario y justo crear servicios específicos para los inmigrantes o si deberían integrarse en los servicios ya existentes. Por ello, de los diversos modelos de intervención que se han ido planteando, destacan dos opciones (Arriagada,2013).

Por un lado, encontramos el modelo segregador, en el cual, la atención a la población inmigrante se daría a través de la creación de programas específicos, y por la formación de grupos de profesionales que tengan un conocimiento profundo y receptivos a las particularidades que conforman la identidad de cada población. El problema que puede surgir de este modelo de intervención es que cae en el riesgo de promover la marginación y la resistencia respecto a los valores de la cultura predominante, haciendo más difícil adoptar formas de adaptación más positivas como la integración (Martínez y Martínez, 2006).

Y por otro lado encontramos el modelo integrador, el cual aboga por la preparación de los profesionales, tanto de Atención Primaria como especializada, en relación a la diferencias étnicas y culturales, y por la creación de una red de recursos y servicios, no necesariamente sanitarios, que inciden también sobre el resto de la población (Arriagada, 2013). Los autores que apuestan por este segundo modelo afirman que favorece la integración y asimilación, mejorando así la relación entre la población inmigrante y la receptora. (Martínez y Martínez, 2006).

Otra opción que se plantea y que tiene un gran respaldo es la introducción de los Servicios de consulta cultural en nuestro sistema de atención. Estos, son servicios de interconsulta que trabajan con servicios ya presentes de Salud Mental y Atención Primaria y que integran perspectivas antropológicas, psiquiátricas y psicoterapéuticas. Es por ello que, lo formaría un equipo multidisciplinar que abarcaría diversas áreas. Según diversos autores, se obtienen muy buenos resultados, consiguiendo mejorar la alianza terapéutica y eliminar las barreras al acceso de recursos terapéuticos de la población inmigrante. (Martínez y Martínez, 2006)

Según Martínez y Martínez (2006), en nuestro territorio el desarrollo de los recursos específicos, que plantea el modelo segregador, no se han contrastado suficiente en nuestro ambiente y con las características de la población inmigrante que se atiende. Por ello,

supondría un riesgo y un gasto no justificado, ya que muchas situaciones que asimilamos como problemas sanitarios, son en realidad situaciones cuyo origen y solución están en el ámbito de lo social. Por esto y por la capacidad que tiene este modelo de potenciar la resistencia y marginación entre culturas, los modelos de atención a las enfermedades psiquiátricas de la población inmigrante deben desarrollarse integrados en los modelos generales de atención sanitaria a la población general.

Ahora bien, tanto si se aplica un modelo u otro, los problemas a los que se enfrentarán serán los mismos. Actualmente, cada vez se tiene más claro que la barrera principal para que los inmigrantes puedan acceder a una adecuada atención, no son las carencias de estos en los ámbitos ya mencionados, sino las características organizacionales de los servicios sanitarios. La ausencia o escasa presencia de sensibilidad hacia la multiculturalidad, es la principal explicación a las dificultades con las que se encuentran muchos inmigrantes en el acceso a una atención de calidad. Estos son concretamente la falta en el servicio de un ideario comprometido con la diversidad, la situación de excesiva desigualdad de poder en la relación profesional sanitario-paciente, las prácticas administrativas y atención no adecuadas a las características de las personas inmigrantes y la falta de concienciación o preparación de los profesionales para atender a estos nuevos pacientes (Martín, Martínez y Martínez, 2014).

## **5. La competencia cultural**

Para dar respuesta a las crecientes necesidades de una población cada vez más multicultural, mejorar la calidad en la atención de salud y reducir las desigualdades, surge la competencia cultural (CC) (Marrero, 2013). Ésta, sirve como referente para guiar todos los objetivos y acciones con el fin de mejorar el proceso de atención y la accesibilidad de la población inmigrante a los recursos sanitarios (Martín, Martínez y Martínez, 2014).

La CC se define, según Marrero (2013), como el conjunto de *“conocimientos, actitudes, conductas y políticas que capacitan a un profesional para trabajar con eficacia en diferentes contextos interculturales”*. Aunque por sí sola, no elimina las desigualdades en salud, sí que contribuye positivamente al desarrollo de los conocimientos y habilidades de los profesionales de la salud para ofrecer una asistencia sanitaria de calidad en una sociedad intercultural (Martín, Martínez y Martínez, 2014). Según Marrero (2013) no se puede considerar como un proceso lineal ya que depende de cada persona y de su capacidad y ritmo de ganar habilidades interculturales.

Según el modelo de CC de Josepha Campinha-Bacote (1991), este es un proceso basado en seis aspectos interdependientes, las cuales desarrolla en su teoría. En primer lugar, se encuentra el deseo cultural, interés del profesional en conocer y entender mejor al otro. En

segundo, el conocimiento cultural: proceso de formarse y buscar información para hacerse una visión global del grupo foráneo que se atenderá. Y, en tercer lugar, la conciencia cultural refiriéndose al respeto y la eliminación de los prejuicios y al aumento de la sensibilidad a las necesidades de estas comunidades. A continuación, encontraríamos las habilidades culturales, que implican el desarrollo de métodos que permitan captar las visiones, inquietudes y percepciones del individuo y ofrecer una atención adaptada a ellos. Los encuentros culturales: que invitan a la interacción con personas de diferentes culturales y a conocer su idiosincrasia. Y la sensibilidad cultural, que implica crear un ambiente en que la información esencial para el cuidado se intercambia eficientemente, y en que la relación que se establece es entre iguales. Una, basada en la confianza, aceptación y respeto del otro y donde se facilita la negociación (citado en Marrero, 2013).

Según el modelo desarrollado por Purnell de CC en 1995, el profesional de la salud puede avanzar en CC, así como retroceder. Prunell, en este modelo no lineal, nombra cuatro niveles de competencia: inconscientemente incompetente, conscientemente incompetente, conscientemente competente e inconscientemente competente (citado en Marrero, 2013). En el cual el nivel más bajo correspondería el ser incompetente culturalmente ante el nuevo contexto cultural que se debe afrontar y ser inconsciente de ello, y el más alto sería ser culturalmente competente sin ser consciente de ello y que el profesional ya no se dé cuenta que es competente a base de entrenamiento. Siendo este último, el nivel el que deberían alcanzar todos los profesionales de la salud (Martín, Martínez y Martínez, 2014).

## **5.1 Enfermería transcultural**

A lo largo de la historia, numerosos profesionales de la enfermería han practicado el modelo de cuidado culturalmente competente (Gentil, 2010). Ya en 1950, tras la segunda Guerra Mundial, la confluencia de diversos hechos políticos, económicos y sociales, como la presencia de un nuevo tipo de emigración, hizo que los profesionales de la enfermería tuvieran que prestar atención y cuidar a un colectivo cada vez más heterogéneo de pacientes (Tarrés, 2001). Ante esto, Madeleine Leininger, enfermera y antropóloga estadounidense, anticipándose a los Organismos Internacionales que definirían el concepto más adelante, determinó que la competencia cultural es imprescindible para que las enfermeras realicen de manera efectiva su función. Entendió que ante esta nueva sociedad multicultural había que adaptar los cuidados e intentó unir la práctica de la enfermería con el conocimiento antropológico, para brindar un mejor cuidado a los pacientes cada día más heterogéneos (Gentil, 2010).

Esto, dio como resultado la Enfermería Transcultural (ETC), cuya fundadora, Madeleine Leininger, definió como *“un área formal de conocimientos y prácticas humanísticas y científicas centrada en fenómenos y competencias del cuidado de enfermería enfocada en el cuidado cultural holístico para ayudar a individuos y grupos a mantener o recuperar su salud para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas, de forma culturalmente coherente y beneficiosa”* (Citado en Escobar y Paravic, 2017).

Su desarrollo ha permitido poner en marcha dentro de la enfermería el cuidado de enfermería centrado en la transculturalidad, convirtiéndose en *“un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad y el modelo de conducta”* (citada en Escobar y Paravic, 2017). Su objetivo es identificar aspectos peculiares y universales de los cuidados a las personas en función de su percepción del mundo y proveer una asistencia adecuada al entorno cultural, brindando unos cuidados enfermeros de calidad y coherentes (Fornons, 2010).

En 1970 Leininger desarrolló el primer modelo teórico para la enfermería transcultural, al que denominó *Modelo del sol naciente*. En este, describe a las personas como sujetos inseparables de su procedencia cultural y estructura social, de su visión del mundo, de sus experiencias y del contexto de su entorno. Indicó que *“los cuidados y la atención están influenciados por el lenguaje, la etnohistoria y el entorno”* (Escobar y Paravic, 2017, p.9).

Además, determinó las decisiones y acciones enfermeros necesarios para desarrollar cuidados culturalmente coherentes orientados tanto a la conservación de los cuidados culturales como a su adaptación y negociación o su reorientación y reestructuración. Según ella, se entiende por cuidados culturalmente competentes *“aquellos actos de prestación de cuidados de ayuda, apoyo, facilitación o capacitación sintetizados y culturalmente constituidos hacia uno mismo o hacia los demás, centrados en necesidades evidentes o anticipadas para la salud o el bienestar del cliente o para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas”* (Citada en Escobar y Paravic, 2017, p.9).

Más tarde, aparecen otras propuestas teóricas que sirven para sustentar la enfermería transcultural y que comparten unos principios parecidos. Estos marcos teóricos agrupan un conjunto de estrategias que las personas utilizan para preservar, proteger y recuperar su salud física, mental y espiritual teniendo en cuenta los cuidados transculturales (Escobar y Paravic, 2017). Entre estos, Escobar y Paravic (2017) destacan a Rachel E. Spector, con su *Herencia cultural y Tradiciones de salud*, a Larry Purnell, con el de la *Competencia cultural*, a

Josepha Camphina-Bacote, quien implementó el Proceso de Competencia cultural en la prestación de los servicios de cuidados de salud y el modelo de Juliene Lipson.

Para Spector, los cuidados culturales deben ser culturalmente apropiados, sensibles y competentes. Esto supone que, para ofrecer unos cuidados adecuados, los profesionales deben tener unos conocimientos básicos, en los que se tiene en cuenta el contexto global de la persona. Por ello, se debe intentar analizar y comprender al paciente desde una perspectiva holística y manteniendo una actitud constructiva hacia los diversos grupos sociales que se trataran (Spector, 2002).

Según esta enfermera, solo proporcionando unos cuidados culturales adecuados se conseguirán superar las barreras culturales y sociales existentes en nuestra comunidad (Spector, 2002). Y esto solo será posible cuando el personal de enfermería sea capaz de involucrar la integración de conciencia cultural, conocimientos culturales, habilidades culturales, encuentros y deseos culturales en su cuidado (Escobar y Paravic, 2017).

## RESULTADOS

En la tabla 1 se presentan los datos descriptivos de los 10 entrevistados, incluyendo edad, sexo, zona de origen y de residencia y años de residencia en España.

	Edad	Sexo	Zona de origen	Lugar de residencia	Años en España
<b>Entrevistado 1</b>	47	Mujer	Rural	Cataluña	15
<b>Entrevistado 2</b>	44	Hombre	Urbana	Cataluña	17
<b>Entrevistado 3</b>	56	Hombre	Rural	Cataluña	22
<b>Entrevistado 4</b>	50	Mujer	Rural	Cataluña	23
<b>Entrevistado 5</b>	48	Mujer	Urbana	Cataluña	19
<b>Entrevistado 6</b>	49	Mujer	Urbana	Baleares	15
<b>Entrevistado 7</b>	45	Hombre	Urbana	Baleares	8
<b>Entrevistado 8</b>	59	Hombre	Urbana	Baleares	20
<b>Entrevistado 9</b>	28	Mujer	Rural	Baleares	11
<b>Entrevistado 10</b>	33	Mujer	Urbana	Baleares	12

En la tabla 2 se presentan las categorías obtenidas del análisis de las entrevistas, junto con las subcategorías correspondientes:

<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>
<b>1. Clasificación de los trastornos mentales (TM)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tipos de trastorno</li> <li>● Manifestación</li> </ul>
<b>2. Causas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La brujería o sihr</li> <li>● Mal de ojo</li> <li>● Jnun/jinn o genios malignos</li> <li>● Situaciones traumáticas, conflictos personales y sucesos estresantes</li> <li>● Consumo de tóxicos</li> <li>● Factores hereditarios</li> <li>● Falta de autoestima</li> </ul>
<b>3. Posibilidad de curación</b>	
<b>4. Tratamiento (tto)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tto. médico</li> <li>● Tto. popular</li> </ul>
<b>5. Visión social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Percepción y creencias</li> <li>● Apoyo social</li> </ul>
<b>6. Repercusión de los T.M</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ámbito personal</li> <li>● Ámbito Familiar</li> </ul>
<b>7. Circuito de atención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Conocimiento y percepción sobre el proceso de atención a los TM en España</li> <li>● Proceso de atención que siguen</li> <li>● Barreras que perciben</li> </ul>
<b>8. Mejoras que se plantean</b>	

## **DISCUSIÓN**

### **1. Clasificación de los trastornos mentales (TM)**

Tal como se ha señalado anteriormente, las creencias y percepciones que tiene una comunidad respecto a los trastornos mentales pueden modificar la forma en que se clasifican y sus manifestaciones. En este sentido, es posible que la clasificación y manifestación en la comunidad marroquí sea diferente a la que predomina en los países occidentales, como España.

#### **1.1. Tipos**

Los entrevistados mencionan que existen diversos tipos de trastornos mentales. Pero no se refieren a ellos ni los clasifican según un criterio biomédico, sino principalmente en función de

si afectan a nivel mental o emocional (*nefsani*). El 70% de nuestros entrevistados coinciden en la distribución de los trastornos mentales dentro de estos dos grandes grupos.

- E6: *Nosotros tenemos dos tipos de enfermedad “nefsani” y enfermedad... el loco... sí, y el loco.*
- E2: *En Marruecos también existen diferentes tipos, está el que está loco, ... y luego están los que están... más relacionadas con las emociones.*

El resto de los entrevistados afirma que los clasifican en función de la causa, en función de la gravedad o explican trastornos aislados sin agruparlos en ninguna clasificación.

## 1.2 Manifestaciones:

Tanto los trastornos considerados mentales como emocionales (*nefsanien*), se definen por su manifestación:

Según afirman los entrevistados, los trastornos mentales se caracterizan por una pérdida del control de la mente y de la conducta, siendo descritos por E7 como *jala* mental, que se entiende como una fuga de la mente y de la razón. Debido a ello, se relacionan con una sintomatología considerada más grave como, por ejemplo, la pérdida de la razón, la agresividad o la violencia. Es por ello que suelen referirse a las personas que lo padecen con el término loco, siendo éste el más utilizado para referirse a ellos a lo largo de las entrevistas.

Por otro lado, definen las enfermedades *nefsanien* o de tipo emocional como aquellas donde las manifestaciones suelen ser más leves. La persona no se siente bien consigo misma y este malestar se manifiesta con tristeza, desánimo y soledad. También se incluyen en este grupo los síntomas de obsesión o paranoia.

- E1: *Hay muchos tipos, cada uno tiene una locura diferente. Algunos están totalmente locos, otros no tanto. Algunos no se pueden vestir, peinarse, hablan solos...Existe otro tipo de enfermedad mental que es más de tipo emocional donde el enfermo no le gusta la gente, ni hablar con los demás, no puede hacer amigos...He visto casos de gente que no le gusta que le miren, se siente amenazado por la gente que lo mira por la calle, sale corriendo a veces. Si es un nivel muy elevado, decimos que ya está loco del todo. Si no se mete con nadie y es solo que no soporta estar con la gente, y siente que nadie lo entiende, ahí decimos que es una enfermedad de tipo emocional. Esa persona no se mete con los demás, pero no está bien consigo misma.*
- E6: *Nosotros tenemos dos tipos de enfermedad, “nefsani” y enfermedad... el loco... si y el loco...Bueno el enfermo nefsani es el que está callado, no hace nada y se quiere quedar solo, que algo va mal en su interior. El enfermo nefsani por lo menos vive*

*metido pensando en sus cosas, pero se agobia de la gente, dice que no hablan con él, que no le tratan bien, sabes... y lo otro es el que sale, pega, grita... Los conocemos más porque sale, grita... habla solo muy fuerte, no quiere a nadie cerca y quiere quedarse solo, no le gusta cambiarse y se queda sucio. No tienen nada que hacer, yo conozco a un chico el pobre, que está loco el pobre, primero fue su padre y luego él. Vivían sin ducharse ni cambiarse, no quieren que nadie les moleste, y si le molestan sale gritando a la calle y tira piedras.*

- *E7: Jalal mental...Que no controla su cerebro, entonces está loco, no sabe lo que hace, adonde va... le dicen jalal mental porque su mente no está con él para centrarse para hacer cosas y eso. Enfermedad nefsaní, y ese es el que tiene paranoias, que no le toques sus cosas y si no va y las limpia siete veces, eso es lweswas y también enfermedad nefsaní... y a esa persona no suele gustarle la gente, relacionarse con las personas y le gusta vivir solo.*
- *E9: Estan las enfermedades nefsanien que puede que la persona no le guste estar con las personas, vivir solo, se piensa que la gente habla de él, que está en contra de él, a ese nosotros decimos como que empieza a enloquecer, la mayoría suele tener algún tipo de locura, algo no suele estar bien en su mente, porque se encuentra en un estado ajeno a lo que lo rodea, aunque sea una persona querida para él, le da la sensación de que hablan de él, a eso nosotros lo llamamos enfermedad nefsanía.*

Aunque a pesar de que se identifiquen estos dos tipos, a veces pueden ser difíciles de separar, especialmente cuando la evolución de los síntomas y gravedad de la enfermedad nefsanía les supera, y deriva en un trastorno mental. E9 nos explica lo siguiente:

- *Pero hay gente, a la cual le asocian una enfermedad mental, hay quien es verdad que empezó nefsanía pero acabó mental, loco, que ya no controla su mente, que se le va.*

Las enfermedades emocionales, según explica E7, también se pueden denominar lweswas. Este es un concepto también mencionado por E3 que, a pesar de no relacionarse con enfermedad nefsanía, su definición de lweswas es muy similar a esta.

- *E3: No estás loco pero tu mirada no es la misma, eso es lweswas, no te gusta la gente ni estar con ella, con muchas preocupaciones constantemente. Es como si una voz negativa le hablara todo el rato. Esta persona, por ejemplo, si tiene un cable cerca, algo le dice que ese cable le va a explotar encima y lo va a matar. Además, el lweswas a veces se encuentra en toda una casa y afecta a todas las personas que viven en ella. Estas personas viven con pensamientos negativos, y solo les apetece comer y dormir, no quieren salir ni hacer lo que hacían antes. Esto lo he visto en muchas personas. Había un chico aquí en España llamado M.E, cuando le paso esto, se volvió*

*a Marruecos y no salía de casa, no salía, no salía. Era muy raro verlo fuera. Y al final miraba a la gente con cara de pocos amigos y un día empezó a acercarse a los pozos y se suicidó así. Muchas de estas personas también acaban poniéndose una cuerda en el cuello y suicidándose...*

## 2. Causas

Otro aspecto interesante en la comunidad marroquí tradicional son las causas a las que se atribuye la aparición de posibles trastornos mentales. Son muchos los factores a los que hacen referencia. Entre los más mencionados se encuentran los factores sobrenaturales, aunque también se han mencionado otros, como son el consumo de drogas o factores psicosociales. (Muñoz, Pérez Santos, Crespo y Guillén, 2009, p.37)

### 2.1 La brujería o sihr

*La brujería o sihr*, consiste en la práctica de hechizos por parte de un brujo, que a través de un objeto personal puede causarle daño a otra persona. Pese a que el islam prohíbe la creencia y práctica de hechizos o magia, esto no significa que en la cultura marroquí no exista la brujería.

*“A pesar de la advertencia, aprendieron de ellos cómo separar al hombre de su esposa, aunque no podían perjudicar a nadie sin el permiso de Dios. Lo que aprendían los perjudicaba y no los beneficiaba. Pero los hijos de Israel sabían que quien practicaba la hechicería no tendría éxito en la otra vida”. (Corán 2:102) (Stacey, A,201-7)*

- *E7: Puede estar loco porque ha comido algo, o le han dado algo de comer...para eso van a un brujo/a, y les escriben cosas, o les dan algo para que les den de comer, cosas así, y con eso los enloquecen.*

En este sentido, todos los entrevistados de esta investigación afirman tanto su existencia, así como su práctica habitual en Marruecos, y su estrecha relación con el desarrollo de trastornos mentales.

Otro de los aspectos en los que coinciden es que, para que un brujo pueda llevar a cabo este *sihr*, es necesario un objeto, foto o prenda que pertenezca o que haya estado en estrecho contacto con la persona a la que se pretende embrujar, como por ejemplo ropa, pelo u otros objetos personales. Y que para realizarlo el brujo debe poder controlar a los jinn o sahayaten (demonios), ya que en toda brujería se usa como intermediario uno de estos seres.

- *E6: Pueden conseguir tu pelo y con eso pueden hacer lo que quieran, o con tu foto, tu ropa...Pero no cualquiera lo puede hacer, hay especialistas que hacen esto, en hacer brujería.*
- *E7: Y luego están los brujos, hay quien embruja al otro para controlar como el mando a la TV y si es brujería no sale bien acaba afectando muy mal a las personas, se queda loco por la calle. Escriben y con un pelo tuyo, o sobre tu nombre, o cualquier cosa tuya esta persona puede hacer brujería con ello y volverte loco. En toda esta brujería intervienen los jnun y los shayaten(demonios), la gente que hace esta brujería hace trabajar a los jinn y shayaten con ellos, dominan los jinn.*
- *E3: El shor hay de todo, si por ejemplo caminas sobre las escrituras o si las bebes, es muy malo. Las hacen brujos que saben hacer estas cosas, que escriben, no sé qué escriben exactamente, pero eso lo pueden esconder cerca de ti para que te haga efecto, pueden escribirlo en una especie de papel que se puede disolver en agua o leche y dártelo para que te lo bebas, hay muchas maneras.*

Otra de las causas más mencionadas por las que una persona decide acudir a la brujería son los conflictos amorosos, familiares y la envidia:

- *E1: Les hacen sihr, que es la brujería que hace una persona para hacerle daño a otra. Si una chica se casa y hace una boda perfecta, la envidian, le hacen shor para que le vaya todo mal, ella se enferma y ya no sabe dónde está. A más de una le ha pasado... Normalmente, es por envidia o para conseguir algo como el amor de una persona o hacerle daño.*
- *E10: Una persona que odia a otra persona puede hacer brujería, en Marruecos hay un montón y te pueden volver loca, hacer que no quieras a tu marido. Por ejemplo, una chica que se casó, en la noche de boda, alguien le clavó una aguja en su vestido blanco, cuando llegó a su habitación, ya no quería a su marido, le gritaba y no le quería cerca. Llamaron al alfaquí y leyéndole el Corán, les pidió que miraran lo que tenían en su vestido, y encontraron la aguja. Se la quitaron y le leyeron el Corán y eso, para quitarle esa brujería, aunque no se la quitaron al momento, pero... estaba mejor.*

Aun así, no existe una respuesta clara sobre qué trastornos específicos son atribuidos al *sihr*. (*The religion of islam, 2010*). Uno de los más repetidos es el caso de los trastornos del ánimo, como la depresión. Un ejemplo práctico, es el que explica la E1, sobre el caso de su hija, a la cual se ha diagnosticado depresión:

- *E1: Mi propia hija estudiaba y sacaba las mejores notas, pero la envidiaban mucho por eso y le echaron mal de ojo o le hicieron alguna brujería. Desde entonces le*

*empezó a ir mal en los estudios, estaba siempre deprimida...le costaba incluso levantarse, caminar... Eso es porque tenía el satanás dentro.*

En cambio, E7 afirma que puede provocar alucinaciones y causar el desarrollo de comportamientos involuntarios en determinados momentos, como en caso que nos presenta:

- *E7: El que ve cosas en sueños o que está sentado y de repente ve cosas, ese significa que tiene algún embrujo, la brujería es la que hace eso.... Te escribe algo, depende, hay quien lo bebe, hay a quien se le cuelga el papel en un árbol, y cuando sopla el viento a esa escritura a ti también te lleva el viento, y puedes empezar solo a correr yendo y volviendo sin parar. Teníamos uno en el barrio que cuando había viento no podía parar, corriendo de un lado a lado, solo cuando hay viento. El que le hizo esta brujería la colgó en un árbol así que cuando soplabla el viento y el papel se movía, el hombre corría en la misma dirección, él empezaba a correr.*

## **2.2 Mal de ojo**

Pese a no ser mencionado por gran parte de los entrevistados, es una de las causas que según estos, puede manifestarse en forma de trastorno mental y afirman que su existencia es innegable, ya que es mencionado en el Corán. Según Ambrosio y Pretti (2007) en la cultura marroquí, siempre ha existido la creencia en el mal de ojo. Esta se considera una fuerza mágica donde el agente activo es la mirada, la cual provoca influencias negativas sin la necesidad de ningún rito ni intermediario para producirse. Cuando esta se produce, además de trastornos mentales, también puede enfermar, romper parejas o arruinar negocios, entre otros.

- *E1: Muchos, después de ir al alfaquí y lo escuchan recitar el Corán, se reduce. Eso significa que es shor, envidia de la gente o que tiene mal de ojo. Esta persona tampoco está bien mentalmente.*
- *E4: El shor, la envidia o el mal de ojo claro que existen, porque está claramente mencionado en el Corán, hay ayas del Corán enteras sobre estas cosas, el mal de ojo, de los jinn, shaitan así que no podemos negar su existencia.*

## **2.3 Jnun/jinn o genios malignos**

Los Jnun/jinn o genios malignos son seres que aparecen mencionados en el Corán, de manera que forman parte de las creencias fundamentales de la religión musulmana.

*“Por cierto que He creado a los genios y a los hombres para que Me adoren”.* (Corán 51:56)

Tal como afirman los participantes de esta investigación, estos seres son invisibles al ojo humano y pueden interaccionar tanto con personas, objetos, como con animales. Cuando estos seres poseen o manipulan a las personas puede ser por múltiples razones. En algunos casos, se debe a que el *jinn* o su familia fueron accidentalmente lastimados o molestados. Esto coincide con *The religion of islam* (2015) que incluso los asocia al enamoramiento de un *jinn* hacia una persona.

- *E10: “Los jnun, son fantasmas que pueden poseerte, entrar dentro de ti y hacer lo que quieran con tu cuerpo, tu mente. Te controlan, no eres tú la que habla ni actúa, son ellos con tu cuerpo. Por ejemplo, hay una mujer que tiró el agua sucia a su portal por la tarde bruscamente y había otra mujer sentada que vio muy rara esa manera de tirar el agua sucia. Por la noche, la mujer salió a la calle gritando que no quería estar en esa casa, que esa casa estaba mal y que la iban a matar ahí dentro. No era ella la que gritaba todo eso, lo que había dentro de ella eran los jnun. Y por las noches salieron unos vecinos y le permitieron pasar la noche con ellos, pero volvió a pasar lo mismo, salió de ahí gritando que la iban a matar, que no quería permanecer ahí... El alfaquí logró sacarle el jnun y cuando les preguntó porque entraron en ella le dijeron que es porque les tiró el agua sucia encima.”*

Por lo tanto, tal como afirman Casado y Valenzuela, (2009), las posesiones de los *jinn*, como ya hemos mencionado, pueden darse en situaciones como por el ejemplo, el enfado de uno de ellos. Además de esto, los entrevistados afirman que también se pueden dar cuando la persona se encuentra en una situación de vulnerabilidad: una emoción de forma extrema (rabia, alegría, tristeza o sobre todo miedo) o sufrir un susto y que el cuerpo quede en estado de debilidad.

- *E3: El susto que pasa la persona hace que para un jinn sea fácil entrar en él y poseerlo. Se puede haber vuelto loco después de un susto. Eso es que se le ha pegado un jinn y ha entrado dentro de él. Por ejemplo, si sales de noche, no debes tener miedo, debes salir con coraje, porque si no con un solo susto, el jinn puede poseerte.*
- *E7: se dice que son algo que no se ve, y unos seres que te pueden volver loco, ... el que está enfermo dice que ve algo, pero nosotros no vemos nada.*

Resulta interesante la estrecha relación que existe entre brujos y *jnun*. Parece ser que uno de los factores que puede hacer que un genio actúe sobre las personas es por petición de un brujo. Tal como consta en la investigación realizada por Lahib (2008) los brujos se han

consagrado en el mundo de los espíritus mediante ritos, de manera que pueden usarlos para llevar a cabo sus hechizos (p.55).

- *E10: Y en toda esta brujería intervienen los jnun y los shayaten (demonios), la gente que hace esta brujería hace trabajar a los jinn y shayaten con ellos, dominan los jinn.*

Por último, cabe decir que uno de nuestros entrevistados aclara que la atribución sobrenatural a los trastornos mentales es propia de generaciones ya envejecidas y que muchas de las nuevas generaciones están dejando de creer en las mismas.

- *E8: Hace tiempo, nuestras madres, que eran antiguas, decían por ejemplo que le han golpeado jnun, o le han embrujado o algo así, pero las generaciones actuales empiezan a ir más a los centros de salud mental... La generación de ahora cree en ir al hospital. Antes sí que se creía más en brujería, jnun y todas estas cosas, esa manera de pensar era mucho de antes, pero las generaciones de ahora cuando ven que no está normal, te dicen mejor el psicólogo, esta nueva generación cree en el psicólogo.*

Tal como explica E1, es cierto que las nuevas generaciones de origen marroquí pueden perder parte de las creencias místicas y sobrenaturales en relación con los trastornos mentales. Pero a la vez, es importante tener en cuenta que siempre existirá la influencia de las creencias de los progenitores, que inculcan su creencia y hacen aplicar los rituales habituales en cada situación, especialmente debido a la gran influencia que tiene la religión musulmana en la visión del mundo de la persona.

#### **2.4 Situaciones traumáticas, conflictos personales y sucesos estresantes**

Sin duda, otra de las causas más atribuidas a los trastornos mentales por parte de los entrevistados son las situaciones o conflictos estresantes. Coincidiendo con la investigación realizada por Casado (2009) algunos de los ejemplos más repetidos son con conflictos amorosos, familiares, situaciones socioeconómicas y laborales.

- *E2: Puede estar relacionado con su entorno, sobre todo familiar. Lo pueden haber abandonado los padres, pueden haberlo pegado, que se hayan divorciado y eso le provoca un malestar que se convierte en enfermedad mental.*
- *E4: Muchos será por los estudios, por enfados o conflictos con otros, peleas fuertes con tu marido... A veces el pasar por una situación muy fuerte hace que la persona esté tan afectada que hasta se pueda volver loca.*
- *E10: Perder un hijo o que alguien te trate muy mal...no se... Te pueden dejar muy mal*

*y te afecta. Te puede pasar, por ejemplo, que muera alguien a quien quieres, te pones muy triste... El año pasado en mi pueblo en Marruecos, ahí el chico cuando se casa no sale de casa de sus padres, se queda ahí con su mujer y todo. Uno se casó y era el mayor, tenía hermanos pequeños. Cuando se casó quiso vivir con su mujer solos, y claro, eso lo ven muy mal. Su madre no quería, y siempre lloraba, le decía quédate, no te vayas, ayúdanos. Pero él salió. Ella de tanta tristeza y tanta presión, empezó a hablar solo sobre la tristeza que sentía por su situación, con todo el mundo por la calle. Al final la encontraron muerta en un bosque, con tanta depresión, tanta tristeza. La gente le decía que te vas a volver loca, porque a cualquier persona le hablaba de su hijo mayor, de nada más. Se había olvidado de sus hijos pequeños. Esto no está relacionado con jnun sino con una cosa que te ha pasado.*

- *E7: que algo le ha pasado, algo fuerte (suspira)...que se le haya muerto alguien, como que le hayan echado del trabajo... que le han quitado lo suyo, me entiendes...O le ha dejado su mujer, bueno cosas como esta... problemas familiares, cosas malas que te pueden pasar en la vida.*
- *E8: La causa de esto (trastornos de tipo emocional) es diferente. Es, por ejemplo, la presión familiar, cuando presionas y presionas a una persona es como si emigrara, le empieza a querer estar solo, no tocar sus cosas y siempre paranoico, y la gente lo llama loco.*

## **2.5 Consumo de tóxicos**

Pese a que la religión musulmana prohíbe la ingesta de sustancias perjudiciales para el organismo, como son el tabaco, alcohol y las drogas, en la práctica, su uso se ha convertido en algo habitual. Según Casado (2009) el consumo de tóxicos es uno de los preceptos Coránicos menos respetados, especialmente por parte de la población joven. En este sentido, todos los participantes consideran que las drogas pueden alterar el estado mental e incluso facilitar el desarrollo de trastornos mentales.

- *E2: Las drogas también pueden ser un camino hacia la enfermedad mental. Puede ser que, en una persona, una droga no le sienta igual o que se pase de la dosis y que por eso se vuelva loco, hace cosas que antes no haría, como hacer daño a sus seres queridos porque no está en sus cabales.*
- *E3: Algunas personas cuando fuman una determinada droga, ésta no queda bien con su sangre y ya está, y con solo una vez que tome esa droga ya no vuelve a ser el mismo que era. Ves que te mira de otra manera, se queda solo en casa, tiene miedo por todo, conozco gente que le ha pasado...*

- *E4: Esto puede pasar por algo que le haya provocado una gran tristeza, puede ser por drogas... Nuestros jóvenes que tienen estas enfermedades casi todos es por estas drogas, que les hacen perder sus vidas de esta manera.*
- *E5: Las drogas, pueden hacer las dos cosas, tanto hacerlo violento como más tranquilo, drogado pero la mayoría se vuelven violentos.*
- *E7: La droga, cocaína, quetiapina, heroína, todas estas son peligrosas para el cuerpo de la persona porque hay quien las tolera y hay quien no.*

Otro aspecto que reflejan las entrevistas es el mayor conocimiento de las drogas por parte de los participantes de género masculino. Esto se debe a que, tal como afirma Casado (2009), dentro de la comunidad marroquí, el consumo de tóxicos se da especialmente entre la población masculina ya que en mujeres su consumo es muy poco frecuente.

En resumen, en relación con el consumo de tóxicos, todos los participantes relacionan este factor con la aparición de trastornos mentales. Pero la mayoría de ellos no lo relacionan con un tipo de trastorno en concreto.

## **2.6 Factores hereditarios**

Pese a que ninguno de los entrevistados menciona directamente los factores hereditarios, sí que explican casos de trastornos mentales que se desarrollan en varios miembros de la familia.

- *E8: Yo conozco a un chico el pobre que está loco. El pobre, primero fue su padre y luego él, que se quedaron así, hasta que... ya no sé si están allí o ya no bueno si no ha nacido así, loco el pobre, jaja mental natural.*

## **2.7 Falta de autoestima**

Por último, se menciona la falta de autoestima como posible factor en el desarrollo de trastornos mentales, aunque cabe destacar que ha sido mencionado por tan solo uno de los entrevistados. Éste afirma que es importante poseer una buena autoestima para prevenir la aparición de algunos trastornos mentales, sobre todo de tipo emocional.

- *E5: Algunos puede ser por no tener buena autoestima, a veces cuando educamos a los niños muy duramente, les metemos miedo (no salgas q hay un monstruo fuera...) hacemos que no se valoren y se sientan mal por todo, tener miedo y provocar enfermedad nefsanía (emocional).*

#### 4. Posibilidad de curación

De entrada, al analizar este punto se observa una gran variedad de opiniones. En general, ningún entrevistado piensa que todos los tipos de trastorno son curables. Y aunque no todos coinciden en cuáles y por qué, se pueden encontrar algunas coincidencias. Según los entrevistados, existen varios factores que podrían afectar a la curación y correcto tratamiento. Estos son: la situación económica, el apoyo social y familiar, la adherencia al tratamiento, la causa del trastorno, la forma de atención seleccionada y la fuerza de la fe.

La situación económica y los recursos de los que se disponen es uno de los factores que, según tres de nuestros entrevistados, puede ser un determinante para acceder a una adecuada atención y, por lo tanto, curarse. Este factor se relaciona, principalmente, con su país de origen debido a que, a diferencia de la situación en España, en la que existe una sanidad pública gratuita, en Marruecos el acceso a los centros de atención a los trastornos mentales es muy difícil y supone un gasto que gran parte de las familias no pueden cubrir. Además, la calidad de éstos, tal como señala una de las entrevistadas, tampoco es la correcta. Esto supone que, en muchas ocasiones, se busquen otras alternativas y que el cuidado a estas personas recaiga en la familia y se realice en el hogar.

- *E1: En Marruecos hay algunos centros, pero no están en buenas condiciones y la mayoría de las familias no pueden pagarlos o tienen que pedir dinero para pagarlos. En mi pueblo, la mayoría de los locos eran cuidados por su familia en su casa... ahí no hay muchos médicos de salud mental y es muy caro llegar a ellos. De donde soy yo, tenían que ir hasta Nador, la ciudad de al lado.*
- *E2: En Marruecos, lo veo más difícil por como es el sistema sanitario ahí, pero en Europa creo que pueden curarse más personas.*
- *E8: También la situación económica afecta, ya que puede no permitirle ir al hospital, este es el primer factor. Por ejemplo, personas que no tienen medios, los que viven en la zona rural, ellos no suelen tener medios para ir al hospital, ni para que le visiten, pero la gente que tiene dinero puede acceder a atención médico incluso en ese grupo... Entonces, los pobres sí que pueden decirte que van a hacer esto y esto y esto, porque no tienen los recursos económicos para hacer otra cosa.*

Esto, coincide con lo que ha denunciado, en más de una ocasión, el consejo nacional de los derechos humanos en Marruecos, el cual ha declarado que los centros psiquiátricos presentan varios fallos y deficiencias. Según afirman, los centros, además de insuficientes, son arcaicos e inadecuados, están distribuidos de forma desigual y desequilibrada y su reparación y mantenimiento son muy deficientes, encontrándose la mayoría en muy mal

estado. Además, según denuncian, tampoco cuentan con el equipamiento ni el personal suficiente y en muchos centros, los pacientes se encuentran hacinados, viéndose comprometido su proceso terapéutico y la posibilidad de ingreso de nuevos pacientes (CNDH, 2012). Esta situación, tal como afirma E8, puede favorecer que la población tienda más al uso de formas de atención tradicionales en lugar de la médica, al ser deficiente tanto el acceso como la calidad asistencial.

El apoyo social y familiar, es otro de los factores en el que coinciden varios de nuestros entrevistados. Estos, afirman que es imprescindible la implicación y el apoyo de la familia y del entorno, ya que la soledad y la falta de apoyo propician más casos de recaída y, por lo tanto, dificultan aún más la curación.

- *E2: Creo que si hay un buen seguimiento y cuidados por parte de la familia esta persona puede volver a la normalidad.*
- *E6: Si no te interesas por él, peor será su estado, tú tienes que acercarte a él, porque si no se enfermará más, y ayudarle.*
- *E7: La enfermedad nefsanía debe tener un seguimiento médico, y acercarse más a las personas, porque si te quedas solo como te vas a curar*
- *E9: Cuando te encuentras a una persona en este estado ayúdale, mira cómo puede la familia hacerle avanzar hacia delante, no retroceder hacia atrás, pensar que a él le gusta estar solo y dejarle solo, no, no. No le dejes solo, dale tiempo, empieza a darle tiempo, para que pueda salir de ahí.*

Esta percepción del efecto del apoyo social y familiar coincide con la que aportan Garmendia, Alvarado, Montenegro y Pino (2008), los cuales afirman que existen varios estudios que han demostrado que el apoyo social percibido, incluido el familiar, produce un impacto en los procesos de salud y enfermedad como la depresión o el consumo de drogas. En este sentido, su manifestación es considerada un factor importante para prevenir o mitigar el efecto negativo de las situaciones estresantes de la vida (Ardila, 2009).

La adherencia al tratamiento y continuidad en los cuidados es, según algunos de nuestros entrevistados, imprescindible para seguir mejorando y no retroceder en el proceso de recuperación. Por ello, consideran importante que el paciente y sus familiares sean conscientes de la importancia de tener un buen seguimiento y continuar con el tratamiento.

- *E2: Aquí es importante hacer un buen seguimiento, sobre todo cuando se trata de la salud mental de una persona, porque un día puede estar bien y al siguiente empeorar mucho.*

- *E6: Tienen que seguir su tratamiento y no dejarlo, si no sigue su tratamiento volverá a estar igual. Si es ingresado en el hospital, sale bien, pero si luego no hay quien le ayude a seguir bien con el tratamiento o no tiene dinero para comprarlos y no continua con el seguimiento con su médico, volverá a ser igual.*
- *E9: Es importante que el paciente se “eduque a si mismo” para no dejar de ir al médico, o en caso de que no pueda, que lo ayuden sus familiares.... entonces vuelve a su estado anterior y todo por qué esa persona no continuó en su tratamiento.*

La bibliografía revisada coincide con esta opinión, ya que la falta de adherencia farmacológica es considerada una barrera importante a la hora de conseguir el éxito en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Además, se ha asociado con malas respuestas terapéuticas, entre las que se incluyen la recaída y la recurrencia (Lopez, 2006).

Los entrevistados recalcan también la importancia de un seguimiento médico adecuado e ininterrumpido. Este es un hecho importante, dado que la continuidad en los cuidados supone una mejora en el bienestar del paciente y permite que se pueda proporcionar una mejor respuesta a sus necesidades (Lopez, 2006).

Pero el ser consciente de este hecho no implica la existencia de una adecuada adherencia al tratamiento entre la comunidad marroquí. De acuerdo con lo que nos comenta E9, la comunidad marroquí, al percibir mejoría y creerse curados tienden a dejar el tratamiento, causando así más recaídas. Por eso recalca la necesidad de insistir a la familia sobre la importancia de la adherencia al tratamiento.

- *E9: Nosotros en Marruecos, te encuentras que la familia, la pobre, cuando ve que está mejor la persona no insisten en que siga el tratamiento. Y cuando pasa un año o dos le vuelve otra vez esa enfermedad. Por eso hay que dejarle claro a la familia que la persona tiene que seguir con su tratamiento.*

Según Casado (2009) tanto psiquiatras como psicólogos, coinciden con este hecho, ya que afirman que los pacientes marroquíes y amazigh, tras ser diagnosticados, no suelen cumplir con el seguimiento de las visitas ni presentan adhesión al tratamiento psicológico o psiquiátrico.

La causa del trastorno según nuestros entrevistados también determina si es curable o no, ya que creen que los trastornos asociados con determinadas causas son muy difíciles de curar y pueden no llegar a hacerlo nunca.

- *E8: depende de la enfermedad que tiene, depende de si es del tipo que es difícil de tratar o no, la medicina será lo que decida eso.*

E8 afirma desconocer cuáles son incurables y lo deja a criterio médico. Sin embargo, algunos entrevistados, por su experiencia, sí que aportan su opinión sobre cuáles son los que creen que tienen un tratamiento más dificultoso. Las entrevistadas 3 y 5 afirman que los causados por drogas son los que menos probabilidad de tratarse tienen, ya que creen que llegar a superar la adicción es un proceso arduo, que pocos llegan a completar.

- *E3: En el caso de las drogas, si la persona está muy adicta y no lo deja, veo imposible que se pueda llegar a curar. Las drogas, hay personas a las que les sienta bien y personas a las que puede hacer mucho daño y no curarse nunca. Si deja del todo las drogas, es posible que se recupere, pero si no... está perdido por mucho médico que le ayude.*
- *E5: Las drogas, por ejemplo, son muy difíciles porque primero la persona tiene que dejarlo y eso es difícil y tardan mucho en conseguirlo. Algunos, no todos se pueden curar.*

En cambio, E1 afirma que, considera más incierta la curación de posesiones por jnun o Shaytan, ya que éstos se pueden mostrar muy reacios a dejar el cuerpo de la persona. Pero tanto E7 como E9, afirman que se pueden curar mientras que E10, señala que pueden no llegar a curarse del todo y que la persona, tras el tratamiento del alfaquí, cada vez que escuche recitar el Corán se desmaye o llore.

- *E1: También hay casos que al acudir al alfaquí el mismo shaytan, dice a través de la persona que no piensa salir de ahí, esos son casos más difíciles de curar.*
- *E7: Enfermedad nefsani, este se puede curar al 100%, y si es por jnun también.*
- *E10: El alfaquí puede sacarlos de su cuerpo. Mi tía se curó, pero no del todo. A veces cuando escucha una sura del Corán se desmaya o se pone a llorar.*

Por otro lado, E2, cree que es más dificultoso librarse de la brujería (*Shur*) y piensa que muchos jamás llegan a recuperarse. E9, en cambio, comenta que a pesar de que en determinadas ocasiones el alfaquí pueda considerar que su curación es difícil, por la forma en que se realizó el embrujo, muchos consiguen curarse.

- *E5: En cuanto al shor, no lo tengo claro. Para mí el shor se queda shor, y es difícil también... Algunos se quedan así toda la vida, y tienen que estar atados hasta que mueran. Otros los pueden calmar, pero de repente un día vuelven a enloquecer mucho y así, van mejorando y enfermando otra vez.*

- *E9: Hay alfaquíes que te dicen que lo tienen colgado en el aire (el embrujo), y le sopla el viento y no se puede saber dónde está, y hay quien se ha tratado y hay quien no, pero hay bastantes que sí.*

El participante 7, a pesar de creer en la curación de gran parte de los trastornos, piensa que los que se relacionan con daños físicos, tanto aquellos con los que ya se nacen como los relacionados con accidentes o traumatismos, tienen menor probabilidad de curarse.

- *E7: Si nace así loco, ese no se puede curar...depende de la enfermedad que tenga, hay quien está embrujado, o le han dado de comer algo de eso puede tratarse, pero si se ha dado un golpe en la cabeza o un accidente o algo no va a tener cura... Enfermedad nefsaní, este se puede curar al 100%, y si es por jnun también, pero si por ejemplo por un accidente o así, ese puede que no, muchas veces te dicen que tiene 50% posibilidad de mejorar y 50% de no hacerlo y hay quien no se puede curar.*

En comparación a los demás, que creen en la posibilidad de curación de gran parte de los trastornos, E4 se muestra escéptica con la curación de todos, ya que afirma que es muy difícil dejar atrás los recuerdos de aquello que te ha causado el trastorno y por lo tanto jamás se podrá superar completamente.

- *E4: Yo creo que es muy difícil que alguien vaya a un médico, le cuente su problema para poderse curar del todo, porque el pasado nadie lo puede olvidar, siempre recordará lo que le provocó su trastorno, quizás puede pensar menos en ello con el tiempo, pero olvidarlo del todo imposible.*

Por otro lado, se considera que la forma de tratamiento seleccionada puede afectar al proceso de curación. De acuerdo con los entrevistados, la elección de una forma de tratamiento u otra puede determinar si será posible superar el trastorno que se padece o no. Creen que, si no se identifica correctamente el trastorno y se le prescribe el tratamiento adecuado, este tratamiento es de poca utilidad e incluso puede llegar a ser perjudicial.

- *E2: Claro que se puede, depende mucho de los cuidados que reciba y del tratamiento.*
- *E3: Es decir que, todo el tiempo que estuvo encerrado le sirvió de poco, no era lo que él necesitaba, estando ahí dentro era como si estuviera muerto, no tenía vida... (refiriéndose al ingreso de su amigo en un hospital psiquiátrico)*
- *E6: ...bueno le llevaron con un médico y fue el que lo remato, le dio pastillas que no eran las adecuadas.*

Por último, otro factor que repercute en la curación es la fuerza de la fe. Según dos de

nuestras entrevistadas una fe fuerte puede ayudar a prevenir cualquier trastorno. En cambio, si ésta es débil e inadecuada, el espíritu se desequilibra y dificulta el proceso de curación.

- *E1: La fe/espiritualidad de la persona es importante que sea la adecuada. Un desequilibrio de la espiritualidad de la persona puede dificultar su sanación.*
- *E4: Pero para evitar todo esto Allah nos propone una fe fuerte y poderosa que permite evadir cualquiera de estos problemas. Cuando conoces tu religión, crees fuertemente en ella y la practicas, ninguna de estas cosas te puede afectar.*

Y no es extraño que tengan esta creencia, debido a que tal como comentan varios estudios, la religión determina las creencias de muchas personas sobre el origen de las enfermedades. (Ibars et al., 2014). Según los entrevistados, Dios puede tanto causar la enfermedad como proteger de ella. La salud queda finalmente en manos de Dios, siendo las personas, instituciones y cualquier intervención orientada a la sanación que se realice, sus instrumentos (Ibars, 2012).

- *E6: Yo confiaría en Dios, y diría bismillah (en nombre de dios) e iría (refiriéndose al hospital), al ir yo solo empiezo buscando la causa y es Dios el que al final determina su cura, el médico es solo la causa.*

#### **4. Tratamiento**

En la comunidad marroquí predominan dos formas de atención, la de tipo biomédico y la de tipo popular y tradicional. Según algunos de nuestros entrevistados, la elección de una forma o de otra, o la mezcla de ambas, varía en función de la causa del trastorno. Por ello, creen que existen algunos trastornos que son competencia de los alfaquí y otros en que el tratamiento médico o psicológico puede ser más eficaz. Sin embargo, algunos nos comentan que en muchas ocasiones se logra el control con la combinación de ambas.

- *E1: Hacen las dos cosas: van a alfaquí y al médico para intentar curarse. Y en muchos casos, consiguen curarse o por lo menos, mantenerlo controlado...La mayoría de las veces, hacemos las dos cosas, pedir ayuda al médico, pero también al alfaquí porque la espiritualidad de la persona es importante que sea la adecuada.*
- *E3: Hay personas que mejoran con la medicina y otros que lo hacen con la terapia del alfaquí, hay de todo.*

- *E7: Depende del motivo lo llevaría a un sitio u otro, lo llevas al hospital... y nosotros si crees en estas cosas del alfaquí, en estas escrituras para dejar de hacer esto y esto, también puede salirte bien si el alfaquí es bueno.*

#### 4.1 Tratamiento biomédico

Según Casado y Valenzuela (2012), el tratamiento biomédico es la forma de atención más usada por la comunidad marroquí, pero no hay una opinión única entre los entrevistados sobre su uso. A pesar de que todos coinciden en su competencia en los trastornos relacionados con daños corporales secundarios a accidentes, traumatismos, drogas y alteraciones genéticas o de nacimiento, algunos de los entrevistados limitan su competencia a este ámbito, y afirman que no tiene la misma eficacia para los trastornos relacionados con las causas místicas.

- *E7: Hay cosas que los médicos no pueden tratar, suelen darles medicación les calma y alivia un poco los síntomas, pero esa no es su cura, esas enfermedades no necesitan medicación sino Corán. Aunque la tomes esa medicación no va a hacer nada o incluso te va a perjudicar, ¿para la brujería que medicación será beneficiosa? Si nace así, pues nace así y en el momento en que nace pasa el médico y te dice si está enfermo, porque hay quien se pasa un mes llevando al niño al hospital siempre, allí es donde lo ven, cuando le pasan las revisiones lo ven que le falla en el cuerpo, en la mente, o en el cuerpo. Eso se conoce.*
- *E9: Y hay quien tomó drogas y se volvió loco y al final se cura. Mi vecino le paso, se queda tocado, pero con medicación se trata... Pero existe la idea de que la enfermedad de jnun no lo cura el médico, que el médico es muy difícil que trate a esa persona, porque te encuentras que esta persona, si buscas en ella, su cerebro está bien, no tiene ningún problema ni en los nervios cabeza ni en nada.*
- *E10: Depende de la enfermedad que tenga, necesitará ir al médico u otra cosa. Sí, por ejemplo, tienen brujería o jnun, lo llevaría al alfaquí, no lo llevaría directamente al médico. Pero si no, se trata con un médico mental, porque aquí no hay jnun ni brujería.*

En cambio, el resto piensa que, indiferentemente de la causa, hay que recibir atención biomédica.

- *E2: Yo creo que solo con la ayuda de médicos se pueden curar estos trastornos.*
- *E6: El médico, el médico creo que es lo mejor, creo que es el que puede curar mejor, después de salir del hospital sale la gente curada, toman sus pastillas y salen sanos... (cuando acuden a las otras opciones) hay quien se cura y hay quien no, pero esto era*

*más antes, ahora la gente va al médico, si está en alguna de estas situaciones va al médico.*

- *E8: las generaciones anteriores sí que pensaban en dar hierbas, en dejarlo en casa y pensando que ya mejorara, ya mejorara, me entiendes. La generación de ahora cree en ir al hospital.*

Sin embargo, ambos grupos afirman que las enfermedades nefsanien, pese a no relacionarse con las causas físicas, al asociarse sobre todo a problemas personales traumáticos, son competencia de la biomedicina y deben ser tratadas por el *médico nefساني*, que sería el psicólogo. Además, coinciden en que recurren a centros psiquiátricos cuando la persona ha perdido la razón o la capacidad de controlarse, independientemente de la causa. Según nuestros entrevistados, en estos centros, pueden permanecer mucho tiempo “encerrados” y serán tratados por el médico de los locos, que sería el psiquiatra.

- *E6: Van al médico, mmm..., al médico y les ingresan al hospital de locos, y se quedan mucho tiempo allí encerrados, les dan pastillas hasta que mejoran... después de salir del hospital, la gente sale curada, toman sus pastillas y salen sanos.*
- *E7: La enfermedad nefsania debe tener un seguimiento médico, y acercarse más a las personas, porque si te quedas solo ¿Cómo te vas a curar?*
- *E8: Las enfermedades mentales te pueden llevar hasta un hospital psiquiátrico, pero a la nefsania le hace el seguimiento el psicólogo, en reuniones que mantienen... la enfermedad nefsania se puede tratar mediante varias sesiones con el psicólogo, pero la mental no, la mayoría necesita tratamiento en el hospital de enfermedades mentales.*
- *E9: Las enfermedades nefsanien, la mayor parte de los enfermos nefsanien no quieren ir al médico, dicen que ellos no tienen nada, que ¿Por qué tengo que ir? Él, en su pensamiento cree que no tiene nada, ¿porque voy a ir si no tengo nada?, pero por supuesto que esas personas deben ir.*

Otro aspecto en el coinciden ambos grupos es que, en general, relacionan el tratamiento biomédico con el farmacológico, tanto para el tratamiento psicológico como psiquiátrico. Y aunque es cierto que, tres de los entrevistados mencionan la existencia de otras terapias, se podría decir que existe un gran desconocimiento respecto a éstas.

- *E1: Si, les dan pastillas durante un año o así, y después empiezan a bajar la cantidad para ver cómo sigue la persona. Otras veces, les mantienen las pastillas para siempre.*
- *E2: Lo llevaría al médico para ver cómo podemos ayudarlo y qué pastillas puede tomar para calmarlo... hay casos que te dan pastillas para mejorar tu malestar o a veces otras terapias que te pueden ayudar más.*

- *E3: Podemos llevarlo al médico a ver qué nos dice, que lo revise también, que pruebe qué pastillas le pueden ir bien.*
- *E5: Hay terapias y cosas que no conozco que les ayuda a mejorar,*
- *E6: Van al médico, mmm..., al médico y les ingresan, al hospital de locos, y se quedan mucho tiempo allí encerrados, les dan pastillas hasta que mejoran.*
- *E9: Nosotros en Marruecos, la mayoría te dan medicina para algunas enfermedades mentales.*
- *E10: Se encierran aquellos que son muy violentos porque prefieren tenerlos encerrados antes de que maten a alguien. A estos a veces los llevan y les pinchan algún medicamento para que se queden tranquilos y así dejarlos salir a la calle. Y también están los que salen y se pueden perder porque se van corriendo sin saber a dónde están yendo. No pueden dejarlo fuera y tener que salir a buscarlo siempre...*

Por todo esto, no podemos estar completamente de acuerdo con Casado (2009) cuando limita las competencias curativas de la biomedicina, básicamente a las alteraciones que afectan al cuerpo y que se relacionan con causas que provocan su alteración como los traumatismos o la edad. Pese a que no existe una única opinión sobre el uso de la biomedicina, queda claro que gran parte de los entrevistados le otorgan mayores competencias curativas, al afirmar que esta puede tratar o mejorar todos los tipos de trastornos. En este sentido, explican que en los casos en que la biomedicina no cura, al menos mejora los síntomas y son pocos los que renunciarían al uso de la biomedicina en el tratamiento. Y a excepción de dos entrevistados, ninguno optaría por una opción diferente a la biomédica, si esta se muestra eficaz.

#### **4.2 Tratamiento tradicional**

Las principales prácticas del tratamiento tradicional de la comunidad marroquí son la lectura del Corán, el uso de hierbas consideradas medicinales y la visita al siyid. La figura central es el alfaquí, persona que conoce el Corán y la sunna. Por lo tanto, se podría decir que la medicina tradicional marroquí está muy relacionada con el Corán y la religión musulmana.

- *E6: hay gente que va al hospital a tratarse, van al alfaquí, hay quien va a un sitio a ver al "Siyid".*
- *E4: Yo en mi opinión, cuando te pasa algo o tienes un malestar, antes que nada, tienes que pararte a reflexionar en tu fe y tu religión. El islam para nosotros es una base sin la que estaríamos muy mal.*

Pese a que, como afirma Lahib (2008), la medicina tradicional marroquí es fruto de la mezcla de los diversos pueblos que pasaron por el norte de África, las percepciones, creencia y

costumbres en relación a la salud de los marroquíes está muy influenciado por el islam, siendo los textos religiosos, el Corán y el hadiz, las que definen sus percepciones y creencias, a la vez que ofrecen un manual sanitario de obligado cumplimiento. De esta manera, tal como afirman Balbo y Pis-Diez (2007) *“la enfermedad mental y la terapéutica son en Marruecos inseparables de la experiencia religiosa”*. Según E4:

- *El shor, la envidia o el mal de ojo claro que existen, porque está claramente mencionado en el Corán, existen ayas del Corán enteras sobre estas cosas, el mal de ojo, de los jinn y shaytan así que no podemos negar su existencia.*

En el ámbito de la salud mental se suele utilizar la forma de atención tradicional, principalmente para causas consideradas místicas. Esto no es de extrañar, debido a que, tanto la brujería, el mal de ojo como las posesiones o toque del jinn son mencionados en el Corán, explicando tanto sus peligros como su tratamiento. Y, pese a la falta de un acuerdo unánime entre los entrevistados en lo referente al uso de la medicina tradicional, coinciden en que la lectura del Corán, tanto si es recitada por un alfaquí como por un familiar, tiene beneficios en la salud de los individuos, tanto como medio para prevenir como para tratar la enfermedad.

- *E1: Hay gente que escuchando el Corán y haciendo un buen seguimiento con su alfaquí, rezando y haciendo súplicas a Allah, a pesar de tener una enfermedad mental muy grave, se ha curado o ha mejorado mucho.*
- *E2: Es verdad que el alfaquí puede ayudar. Si así lo desea el enfermo, lo llevaría, pero yo creo que ese Corán se lo puede hacer cualquier persona de su familia. El Corán tiene un reconocimiento y puede ayudar un poco.*
- *E4: El Corán lo hacemos para que Allah nos de paciencia, nos bendiga y nos ayude a soportar la situación para aprender a vivir con ella o para luchar contra ella hasta que se cure.*
- *E5: El Corán lo usamos casi para todo, incluso cuando un niño llora le recitamos el Corán y se calma.*
- *E6: Fue también al alfaquí... ya sabes, le leyó el Corán, y le calmó, le leyó el Corán.*
- *E10: Acudir al alfaquí y el Corán es la solución. En Marruecos eso es lo que se hace, y funciona. No van al hospital ni a buscar ningún medicamento ni nada.*

Según los entrevistados, la lectura del Corán junto con la acción del alfaquí podría tratar los trastornos causados por las posesiones o el toque de los Jinn, por la brujería o por el mal de ojo. Además, puede ser de ayuda en el tratamiento de otros tipos de trastornos, ya que puede calmar y ayudar a equilibrar el espíritu de la persona como, por ejemplo, en la enfermedad

nefsania pese a ser considerada competencia del modelo biomédico. La acción de leer el Corán con finalidad curativa recibe el nombre de *Roquia charia*. Cuando esta terapia es realizada por el alfaquí, le permite, no solamente tratar, sino también conocer el origen del trastorno.

- *E1: Muchos, después de ir al alfaquí y lo escuchan recitar el Corán, se reduce. Eso significa que es shor, envidia de la gente o que tiene mal de ojos. Esta persona tampoco está bien mentalmente... La lectura del Corán nosotros lo llamamos Roquia, que la realiza el alfaquí, que se encarga de recitar el Corán que tiene memorizado, tocando la cabeza de la persona enferma. El alfaquí observa qué signos o qué reacciones tiene la persona al recitar estos versos. Después de esto, en muchos casos puede saber cuál es el motivo del malestar de esta persona y darle consejos que le ayudarán a mejorar.*
- *E4: Para nosotros la depresión, por ejemplo, se cura con el Corán y la fe. Nada de relájate, tomate pastillas ni viajar, ni ir a casa de las amigas a fumar. Con la depresión tienes que parar quieto, pararte a reflexionar sobre esta vida, sobre Allah, que nos ha dado esta vida para aprovecharla, leer el Corán y fortalecer tu fe lo máximo posible. Así, te curarás.*
- *E8: Por ejemplo, nosotros creemos en Roquia charia, esa por ejemplo la gente que cree en ella puede ser (efectiva). Es uno que lee el Corán, esta es una cosa que el profeta Mahoma nos recomendó por lo que puede que la persona se cure con ella. Se suele usar para la gente que se cae, se desmaya, se empieza a deformar, para eso puede ser útil.*

Esta información coincide con la que mencionan Casado y Valenzuela (2012) en su estudio, que comentan que, cuando la enfermedad que padecen se relaciona con posesiones de jinn, brujería o mal de ojo es el sistema coránico el que tiene la competencia curativa ya que, según afirman, “*estas enfermedades tienen su causa y la capacidad de curación dentro del camino verdadero que marca el Corán*”.

El tratamiento de los jinn, por lo tanto, se encuentra en la lectura del Corán. Una vez se comienzan a recitar determinadas suras (capítulos) del Corán, el alfaquí tiene la capacidad de contactar y comunicarse con estos seres a través de la persona poseída, para ordenarles el abandono del cuerpo. Además, existen ocasiones en las que el jinn puede negarse a abandonarlo e incluso explicar la razón por la que no lo hace, hablando en muchas ocasiones a través de diversas voces o en idiomas desconocidos por la persona poseída. En este sentido, queda en manos del alfaquí convencerlos y ahuyentarlos mediante la lectura del Corán.

- *E3: Mi padre era alfaquí, y una vez a un conocido nuestro le pasó esto y acudió a mi padre. Este chico solo hablaba rifeño, pero cuando mi padre le recitaba el Corán, de repente le respondía en árabe, cuando él no tenía ni idea de árabe. Mi padre le ordenaba al jinn que saliera de ahí y no volviera nunca, que lo iba a mandar al infierno... Al recitarle Ayat el cursi (versículo del Corán), se ve que, quien respondió no era la persona que conocíamos.*
- *E7: En el funeral de mi primo, mi padre sacó un jinn de mi hermana..., ella le entraba liryah, cuando empieza a llorar empieza a mover el cuerpo descontroladamente en el suelo y no la puedes coger y en el funeral de mi sobrino también le pasó y la metieron en una habitación y el alfaquí y mi padre le leyeron el Corán y desde entonces no le ha vuelto a pasar nunca más.*
- *E10: A través de un alfaquí que recita el Corán sobre esta persona y se comunica con el jnun. La voz de este jnun no es la misma que la de la persona normal, es diferente, de otra persona. El alfaquí habla con ellos, les pregunta porque han entrado dentro de ella, qué quieren conseguir... Esto lo he escuchado de familiares que lo han vivido. La mujer de mi tío, por ejemplo, y la mujer de mi cuñado, mi propio cuñado. Les han entrado jnun a todos. Por ejemplo, si yo grito o salgo de la casa a gritar... en casa cuando pasa esto, ya saben que tienen que llamar un alfaquí para que lo cure. El alfaquí puede sacarlos de su cuerpo. Mi tía se curó, pero no del todo. A veces cuando escucha una sura del Corán se desmaya o se pone a llorar. Ella es la que gritaba en la calle que la casa es mala y que la van a matar... El alfaquí logró sacarle el jnun que llevaba dentro y cuando este hablaba con el jnun le dijeron cómo se llamaban y dijo el nombre de los chicos de nuestra familia. Por ejemplo, S. mi hermano, R. el marido de su hermano, M. el hijo de mi tía y la otra ha dicho que no quiere decir su nombre. Dijo los nombres de la casa. El alfaquí también les preguntó porque entraron en ella y le dijeron que es porque les tiró el agua sucia.*

La brujería (*shor*) tiene un tratamiento muy parecido al de los jinnn, debido a la estrecha relación que hay entre ambos fenómenos. Como ya se ha comentado, se cree que el curandero o alfaquí que hace brujería tiene la capacidad de controlarlos y hacer que se cumpla su voluntad a través de ellos. Por ello, cuando otro alfaquí intenta deshacer el hechizo, es probable que el espíritu se comunique con él e incluso admita quien es el causante del hechizo y su método, para así poder deshacerlo. En cuanto a la terapia coránica, no consiste solamente en la lectura directa, también se puede realizar mediante lo que los entrevistados denominan escritura, en la cual el alfaquí lee sobre un objeto o alimento. Es frecuente su práctica sobre un vaso de agua.

- *E1: Cuando se hace roquia, se puede ver a veces la causa de tu malestar. La gente llora sin controlarlo. Cuando se trata de shor, el jnun que lleva dentro la persona habla en nombre de la persona al escuchar al alfaquí. La propia persona, sin darse cuenta explica que está poseída por culpa de que le hayan hecho shor, ese jinn habla durante el ritual. Incluso puede llegar a pronunciar el nombre de la persona que le ha hecho esa brujería y el lugar donde lo ha hecho para poder deshacerlo... Conozco el caso de un hombre que estaba mal mentalmente, dejó de ser el que era, no tenía ganas de trabajar ni hacer nada y fue a ver al alfaquí. Ahí, mientras escuchaba el Corán que le recitaban empezó a hablar con la voz de una mujer que decía amarlo y que deseaba su amor.*
- *E7: Teníamos uno en el barrio que, cuando había viento no podía parar, corriendo de lado a lado, solo cuando hay viento... el que le hizo esta brujería la colgó en un árbol, así que, cuando soplabla el viento y el papel se movía, el hombre corría en la misma dirección, él empezaba a correr... Esta persona, y éste lo conocía personalmente, pasó un tiempo así y un día simplemente se fue, se dijo que cogió camino al sur de Marruecos, y le vio un alfaquí que sabía cómo se curaba y ahora se ha curado, volvió a su familia a sus seres queridos y ya nunca más le volvió a pasar.*
- *E9: Hay alfaquíes que te dicen que lo tienen colgado en el aire, y le sopla el viento y no se pueda saber dónde está, y hay quien se ha tratado y hay quien no, pero hay bastantes que sí. Yo conozco un loco que estaba en nuestro barrio que se curó.*

La entrevistada 10 afirma que, en ocasiones, la brujería se puede manifestar con dolor físico. En este caso, según nos cuenta, su cura también se encuentra en la lectura del Corán ya que el tratamiento médico, en el caso que explica, resultó inefectivo.

- *Tengo una conocida que se fue en abril del año pasado a América. En Marruecos ya le pasaba que tenía jnun a veces o alguna brujería porque le dolía mucho la pierna. La llevaban a ver a todos los hospitales, pero nadie sabía lo que tenía, gritaba que le dolía mucho y que no se podía mantener de pie. Esto, le iba y le venía. Era jnun o alguna brujería, no se... Después de leer el Corán podía ponerse de pie y no le dolía tanto. Cuando se fue a América, le pasó otra vez que le dolía. Su marido llamaba a Marruecos para que un alfaquí le leyera el Corán, pero siempre le decían que tenía que llevarla ahí para que la tratara algún alfaquí. Estando lejos no pueden hacer nada. No podía ir al médico porque ya sabía que solo el alfaquí la podía ayudar en su caso.*

Según dos de los entrevistados, no cualquier alfaquí es válido para deshacer lo hechizos. Hace falta un alfaquí muy poderoso para quitar la brujería, uno que tenga mayores conocimientos y esté mejor preparado que el que la ha hecho.

- *E7: Si ya te dije, la brujería tiene cura, solo tienes que buscar a un alfaquí mucho más poderoso que el que ha hecho el embrujo, alguien que tenga más estudio, y busque el bien para los demás, el alfaquí que ha hecho brujería significa que solo busca el mal para las personas, ese va al infierno. Es por eso que Dios dice “el brujo jamás vencerá”, siempre tiene tratamiento.*
- *E9: La brujería se puede tratar si encuentra un alfaquí que lo pueda hacer, pero para ello tiene que ser un alfaquí muy grande para poder hacerlo.*

Se puede ver, por lo tanto, que tal como afirma Balbo y Pis-Diez (2007) el alfaquí, es la figura central en la curación tradicional marroquí. Éste se encarga tanto de tratar trastornos relacionados con la posesión, a través del exorcismo con la lectura del Corán, como de los hechizos mediante “la purificación y protección por medio de la recitación, los baños, la ingestión o el porte de escrituras sagradas”.

Además del Corán, según la entrevistada 6, para la brujería también se puede utilizar *Bjur*, una mezcla de plantas y piedras que, al quemarlas, desprenden un humo que puede ayudar a tranquilizar y relajar a la persona. Otra opción es llevarlo al *siyid*, lugar donde se encuentra la tumba de un santo, y donde tras realizar el sacrificio de una vaca, gallina o cordero, se deja allí algunos días a la persona, normalmente atada, para que se le realice la *baraka* (bendición) y ver si con ello se trata.

- *E6: Les hacen “bjur... bjur son como, piedras, hierbas que los ponen en fuego y sale el humo... eso les relaja, pero hay algunos a los que, si les tranquiliza y hay que no, depende de la persona. ...Siyid, mmm... como un santo en donde: llevan un cordero, una gallina..., y la sacrifican, y hay un hombre allí con el que se quedan los enfermos unos días y los ata y mientras está allí le hacen baraka ... como la bendición*

Esta práctica, pese a ser nombrada por una sola entrevistada, también es mencionada por Balbo y Pis-Diez (2007) y por Moussaoui (2008), que la definen como una práctica común de peregrinaje a un lugar santo, para pedir a Dios por su curación.

Y, pese al miedo y rechazo que existe hacia la brujería, E3 afirma que si ésta se realiza por un curandero bueno puede ser de ayuda para eliminar ciertos comportamientos, como la “obsesión” de su hijo pequeño por el pecho de la madre. La diferencia radica en que esta brujería se realiza mediante la escritura antes mencionada y no mediante la acción de los Jnun.

- *E3: Pero están también los curanderos que lo hacen solo para el bien. Por ejemplo, mi hijo pequeño, cuando ya llevaba más de 2 años sin poder separarse del pecho de*

*su madre, quería leche, le mordía o simplemente estaba todo el día abrazado a él, le pedimos una galleta con escrituras a una persona en Marruecos. El niño, con tan solo un mordisco, notamos cómo cambió su actitud hacia el pecho de su madre, tenía una mirada rara. Desde entonces, ya no volvió a estar obsesionado con eso. Los primeros días, hacía como que quería acercarse al pecho, lo hacía un rato, pero ya no lo cogía ni mordía.*

La única entrevistada que menciona el tratamiento para el mal de ojo o envidia es E1, que afirma que, su cura también se encuentra en la lectura del Corán. Afirma que, tras oírlo, la persona se pone a llorar sin poder evitarlo y que, pese a no creer en ello, después de que le pasara a ella no pudo evitar comenzar a creer.

- *E1: Cuando acudí al alfaquí, me puse a llorar sin poder controlarlo. Me entraron ganas de llorar, yo no quería, intenté evitarlo, pero acabé llorando mucho. A mí, me tenían envidia. Yo no creía en lo que decía el Corán sobre la envidia, pero he empezado a creer en esto desde que me ha pasado a mí.*

El uso de plantas medicinales, en general, no se considera una de las primeras opciones y solo es mencionado por tres entrevistados. E7 informa de su existencia y de su posible uso, pero no especifica su finalidad, mientras que, E1 afirma que no es tan común su uso en los trastornos mentales sino en otro tipo de patología.

- *E1: El propio alfaquí nos puede aconsejar tomar ciertas plantas/infusiones que nosotros no consideramos importante decirle al médico. Aunque es verdad que en casos de enfermedad mental no se suelen utilizar tanto las plantas, sino que se utilizan más para otras enfermedades.*
- *E7: Seguir lo que dice alfaquí, que te da cosas para que vayas comiéndolas, y puede que vayas al alfaquí y si es una enfermedad que él conoce puede que la trate en ese mismo momento y salir de allí sano... Tenemos hierbas y hay incluso gente con cáncer que se ha curado bebiendo solo agua de una fuente y se curó.*

El uso de sustancias vegetales, minerales o partes de animales también es mencionado por Moussaoui (2008), dentro de lo que denomina intervenciones farmacológicas del modelo tradicional. Debido a que algunas de estas sustancias pueden ser altamente tóxicas, el autor advierte del riesgo de esta práctica. E8 que afirma al respecto que: *“Las hierbas por ejemplo pueden no ser sanas y ponerte mal, por ello prefiero la medicina”*.

## 5. Visión social

Como ya hemos visto, la comunidad marroquí tiene una concepción y tratamientos propios en términos de salud mental. En este capítulo se analiza la visión y repercusión social que existe cuando un miembro de esta comunidad presenta alteración mental.

En la cultura marroquí, tal como explican los participantes, se define la sintomatología de los trastornos mentales utilizando, en la mayoría de los casos el concepto de locura. Cabe decir que ellos mismo hacen un inciso explicando que, se consideran como locura especialmente aquellos casos donde existe pérdida de la razón y la lógica y conductas estrafalarias y violentas de aparición repentina, teniendo en cuenta siempre la gravedad de estas actuaciones. A continuación, se muestran algunos de los testimonios que reflejan esta visión:

- *E1: Decimos que alguien está loco cuando ha perdido la razón y deja de actuar con lógica. Alguien que no se ducha, no se cambia, no se peina, deja de rezar. Hay casos que no se alimentan solos y lo tiene que hacer la familia. Algunos se desnudan, insultan a la gente, los pegan... Antes trabajaba, ayudaba a su familia, era sociable y se cuidaba mucho. Pero ahora no puede trabajar, no le gusta estar con su familia, no se limpia ni se arregla... No bebe agua, solo te. En verano se pone una jelaba con una chaqueta y un gorro, no adapta su vestimenta al tiempo que hace, dice que eso le da sombra, no calor, que los demás tienen calor porque les da el sol. Bueno, se considera... que está como loco, habla solo...*
- *E7: No estos tienen enfermedad nefساني, decimos que está enfermo nefساني, es lo que dicen los educados, pero vulgarmente sí se dice loco.*

*Todos los participantes comparten sentimientos de pena y empatía hacia las personas afectadas, llamándolos mesquin (pobre). Dentro de esta visión, el enfermo no se considera responsable de sus actos, ya que la sociedad entiende que la persona tiene alterados los componentes de la razón y la voluntad. Así mismo, la enfermedad es comprendida por todos, y la persona se convierte en víctima de sus actos.*

- *E4: Una persona sin cabeza, no tiene mentalidad. A nosotros Allah nos ha creado con una mente, si una persona pierde eso... es como un animal... ya no es persona. Puede hacer cosas ilógicas. Un pilar básico del ser humano es la mente y cuando esa falla ya no tiene una base. Ellos como no piensan con la mente, no se dan cuenta de las cosas, puede pegar, decirte tus verdades sin filtro, hacer cosas que estando en sus cabales no haría. El loco, pertenece al jannah (al paraíso); si roba, pega o mata o no reza o hace cualquier cosa no se le tiene en cuenta.*
- *E9: No, nosotros decimos pobre, mesquin, que Dios le ayude, y así nos quedamos*

*sabes, pero no hay nadie que le eche una mano y le ayude o que el estado le ayude.*

Esta concepción, está estrechamente ligada a la religión musulmana, por lo cual, existe una aceptación general de la enfermedad que le toca vivir a la persona, tratando de curarlo o ayudarlo siempre que sea posible.

- *E4: Es una desgracia, es como un malestar que siempre estará presente a causa de esta enfermedad, pero es lo que Allah ha decidido y tenemos que ser pacientes y ayudarlo, ducharlo, vestirlo y darle de comer si lo necesita, hacer cualquier cosa que pueda darle bienestar. La familia tiene que ser fuerte y afrontar esta enfermedad.*

En cuanto al apoyo social que reciben estas personas, los participantes se dividen en dos posturas igualadas. Por un lado, están aquellos que, por miedo prefieren mantenerse lo más alejados que puedan de las personas que padecen un trastorno mental, por considerarlos violentos e impredecibles y ayudarles solo desde la lejanía. Por otro lado, están aquellos que tienen claro que no todos los enfermos son violentos, explican que prestaría su ayuda o se mantendrían alejados en función del caso.

- *E3: Yo he ayudado a algunos amigos míos, porque sabía que no me harían nada y he dado dinero a las familias para ayudarlos a pagar los médicos que necesitaban.*
- *E5: Personalmente, empatico con ellos y me dan mucha pena, pero nunca me podría acercar a uno, porque les tengo mucho miedo. Es decir, entiendo su situación y si puedo ayudo desde lejos, si necesitan dinero o comida, pero sin acercarme yo directamente. Si tiene que ser acercándome, entonces no. Me pueden pegar, cogermela manía... Los he visto en un video de cómo están en el hospital, incluso los enfermeros y médicos les tienen miedo y van con mucho cuidado para que no les hagan daño. Hasta el colchón donde duerme lo despedazan a trozos, se pelean entre ellos... imagínate lo que me pueden hacer a mi...*

Uno de los entrevistados destaca la discriminación que pueden padecer estos pacientes en muchos casos, sobre todo cuando desean tener una familia, un trabajo o desarrollar una vida "normal". Además, presenta una concepción negativa al respecto por la falta de apoyo que percibe hacia este colectivo

- *E9: Dicen pobrecito y si esa persona está enferma, la gente no empieza a pensar cómo le podemos ayudar, si hay alguna comunidad u organización que le pueda ayudar para llevarle al médico. Lo sienten... solo dicen ay pobrecito, ha empezado a enloquecer, pero para apoyarlo y ayudarlo no hay nadie. Y a muchas de estas personas, si se saben que están enfermas, no se les da trabajo, porque a estas*

*personas hasta el contar y se pierden, contar dinero, o de mercancía o de esto, se pierden en él...*

Otro aspecto importante de esta visión es que la mayoría de los trastornos causados por jnun o brujería no se consideran enfermedad mental propiamente ya que estos suelen verse como afectaciones temporales que pueden tratarse a través de las terapias tradicionales mencionadas en el capítulo anterior.

Algunos de nuestros entrevistados creen que es difícil que una persona que padece de un trastorno mental pueda llevar una vida normal, mientras que una pequeña parte es consciente de que en algunos casos pueden hacerlo sin que la sociedad se dé cuenta de su trastorno. Y aunque consideran a la familia un factor determinante para conseguirlo, es cierto que, en este proceso pueden llegar a infantilizarlos al tratarlos como niños.

- *E7: Si encuentran una familia buena que los cuide y apoye podrían vivir una vida normal, da igual lo que tenga, igual que los niños pequeños que si hacen una rabieta le das chuches y se callan, pues el loco a veces es como un niño pequeño, es saber llevarlo. Y depende de si puede diferenciar lo que está bien de lo que está mal no podrían hacer nada, pero hay otro que tienen jalal mental que lo diferencia y sí que podrían trabajar.*
- *E10: Depende del caso, normalmente sí. Algunos que golpean o tienen que estar encerrados para tranquilizarlos esos no suelen casarse. Pero otros que tienen una enfermedad mental pueden salir a la calle y hacer vida normal, trabajar o casarse...*

## **6. Repercusión personal y familiar**

Cuando se trata de una enfermedad o trastorno, en esta comunidad, la familia se convierte en el principal soporte para acompañar a la persona en su proceso de búsqueda de la curación. Esta visión de la familia como sistema de apoyo coincide con la que nos presenta Ardila (2009), que define a la familia como un sistema de apoyo que aporta diferentes tipos de recursos y servicios a la persona, entre los que se pueden incluir tanto los recursos económicos y materiales como el apoyo emocional, la compañía social o la guía cognitiva. Aun así, es evidente el malestar y sufrimiento que puede pasar la familia cuando un miembro de la misma presenta una alteración mental:

- *E2: Yo la verdad... lo pasaría mal, pero a mi familiar intentaría ayudarlo en todo lo posible.*

Como hemos podido ver, pese al malestar que sentirían en ese caso, todos coinciden en que

darían todo su apoyo para ayudar a su familiar, recurriendo a todos los recursos disponibles que puedan ser de ayuda. Sin embargo, son conscientes de que esto les causaría sufrimiento también a ellos, especialmente a la madre, figura sobre la que recae la mayor parte de la responsabilidad del cuidado.

- *E1: A la familia le cuesta entenderlos, sufren con ellos. Cuando una madre pasa por eso, no sabe qué hacer... En mi pueblo, la mayoría de los locos eran cuidados por su familia en su casa. La familia lo pasa muy mal. Aunque acuden al médico, al principio se pasa muy mal hasta que se consigue controlar o mejorar la situación.*
- *E3: Su familia, está incómoda o sufriendo constantemente, sufren por él, por cómo pueden ayudarlo a llevar esa situación. Mal, sobre todo si es alguien muy cercano, que ese familiar esté mal te afecta también directamente a ti porque quieres ver bien a tu mujer y tus hijos, pero si no lo están tu tampoco puedes.*
- *E4: Nosotros en el Rif, tenemos un refrán que dice: "Que Dios le de paciencia a la madre de un loco". Porque su madre es la que se encarga de su bienestar cuando él hace cosas ilógicas o peligrosas.*
- *E5: Sufren, es complicado tener un loco en casa... Dan mucho trabajo. Es difícil porque su malestar afecta a toda la familia y las personas que lo quieren, pero si les ha tocado no tienen que hacer otra cosa que ayudarlo a mejorar... Me la pasaría pensando en esta persona, en cómo puedo ayudarla para mejorar... Tendríamos paciencia con él, lo dejaríamos tranquilo, lo ayudaríamos con aquello que necesite e intentaría no provocarlo.*
- *E6: Todos le teníamos miedo, porque gritaba, pegaba... Nos daban miedo sus gritos. Sentíamos miedo, pena, y nos daba mucha pena, le decíamos de ir al médico y no quería, decía que no digáis que estoy loco, yo no lo estoy, no estoy enfermo. Le decíamos que fuera al médico, que hablaba mucho solo, vamos a llevarte al médico para que ya no estés así. Y no quería al principio. Pero él no estaba loco él tenía enfermedad nefsanía.*
- *E10: La familia intenta saber llevarle, hace hasta lo imposible por él, lo imposible, si tiene hijos y mujer todos hacen hasta lo imposible, pero intentas... Pero yo conozco a una mujer que su familiar ya no soportaba a nadie, cuando no van al médico, se quedan así, ni si quiera su familia empieza a poder acercarse, quieren vivir solos.*

En resumen, pese al estrés y la preocupación que puede suponer cuidar de una familiar que presenta un trastorno mental, todos los participantes coinciden en la prestación de su apoyo completo para encontrar los mejores remedios y condiciones para el enfermo.

## 6. Circuito de atención

### 6.1 Conocimiento y percepción sobre el proceso de atención a los TM en España

En general, la percepción que se tiene del sistema sanitario español es buena, considerándolo más eficiente que el marroquí. Afirman que, en España, la medicina está mucho más desarrollada, dispone de buenos tratamientos y se realizan mejores seguimientos. Además, creen que los centros de salud disponen de mayores recursos para tratar los trastornos mentales y que estos son mucho más accesibles, ya que permiten su uso indiferentemente del nivel socioeconómico.

- *E2: Aquí, creo que tienen buenos tratamiento, hay casos que te dan pastillas para mejorar tu malestar o a veces otras terapias que te pueden ayudar más.*
- *E3: Aquí, siguen mucho la medicina porque aquí está más desarrollada. Les dan pastillas y siguen a ver cómo le va con el tiempo... Creo que aquí tenemos un buen sistema sanitario en general, tienen más máquinas y si no saben algo te envían al especialista. Es fácil llegar a un centro de salud, no como en Marruecos.*

Respecto a las formas de atención, perciben que la forma predominante es la biomédica. Consideran que, a diferencia de Marruecos, donde el uso de los modelos tradicionales está muy extendido, en España, a pesar de su existencia, su uso es poco frecuente, tendiendo más al uso de terapias y tratamientos demostrados científicamente, especialmente tratamiento farmacológico.

- *E1: Es verdad que aquí en España también conocen los brujos y los hechizos, pero no está tan extendido como en Marruecos, y creo que no se relaciona tanto con los trastornos mentales.*
- *E4: Las terapias que usan han comprobado científicamente que pueden ayudar a las personas, han experimentado...*

En cuanto al proceso asistencial, sí que se observa cierto desconocimiento al respecto. Se mencionan tres líneas de actuación: el internamiento en hospitales psiquiátricos, especialmente en caso de agresividad y violencia, la medicación farmacológica en el hogar con seguimiento médico y la visita al psicólogo. Pese a desconocer la existencia de otros centros sanitarios especializados en salud mental, son conscientes de que el acceso a la atención especializada en salud mental se inicia en la atención primaria y que, en caso de gravedad, se puede acceder a través de urgencias.

- *E5: Por lo que yo he visto, los recogen en un centro psiquiátrico para ver cómo evolucionan, primero los calman un poco si están violentos y de ahí, seguro que hay*

*terapias y cosas que no conozco que les ayuda a mejorar, a dejar las drogas si están enganchados, muchas cosas... Y los que se quedan en casa, pues con su medicación y visitando al médico para ver cómo sigue. Para cada enfermedad creo que tendrán su medicación y sus medidas individualizadas*

- *E6: Aquí este tipo de trastornos lo llevas al hospital los encierran en un hospital especializado y les dan medicación. Pero no los internan a todos, solo a lo que peguen o estén muy agresivos que no deja que lo visiten, por ejemplo. A esos seguramente los llevarían a un lugar especializado para ellos para tratarlos.*

Según Vázquez, Terraza y Vargas (2007) el nivel de información de los inmigrantes sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios y el acceso a éstos es un factor que afecta al uso de los servicios de salud. Pero tal como vemos, los entrevistados tienen un conocimiento básico sobre el proceso de atención de las enfermedades mentales, teniendo clara la forma de acceso.

## **6.2 Proceso de atención**

Otros factores que, según Vázquez, Terraza y Vargas (2007), puede afectar al uso de los servicios son la religión y la utilización de la medicina tradicional. Estos factores pueden implicar que en la comunidad marroquí no se recurra a la atención médica para atender los trastornos mentales o que se consulten ambas al mismo tiempo. Aunque cabe destacar que todos los entrevistados, estando en España, acudirían en primer lugar al médico si la causa no es mística, en caso de que lo fuera, dos de los entrevistados intentarían contactar en primer lugar con un alfaquí y sólo en caso de no encontrarlo acudirían al médico.

- *E3: Lo llevas antes que nada a algún alfaquí que lo vea bien, a ver de qué se trata y cómo se le puede ayudar. Si no se encuentra lo que tiene, también podemos llevarlo al médico a ver qué nos dice, que lo revise también, que pruebe qué pastillas le pueden ir bien. Hay personas que mejoran con la medicina y otros que lo hacen con la terapia del alfaquí, hay de todo.*
- *E10: Depende de la enfermedad que tenga, necesitará ir al médico u otra cosa. Si, por ejemplo, tienen brujería o jnun, lo llevaría al alfaquí, no lo llevaría directamente al médico.*

El resto, indiferentemente de la causa, acudirían en primer lugar al centro médico y afirman que si este demuestra ser eficaz no recurrirán a otras opciones, a excepción de la lectura del Corán. Ésta, es una práctica defendida y compartida por todos los entrevistados, que afirman que la lectura no interfiere en el tratamiento médico. Señalan que puede ayudar a calmar y

a recuperar el equilibrio en términos de espiritualidad y mejorar el afrontamiento del trastorno. Además, esta terapia está altamente recomendada por el Corán y el profeta y se considera un recurso que ha enviado Allah para ayudar.

- *E1: Se pueden hacer las dos cosas simultáneamente, ya que la roquia no afecta al tratamiento médico que le hayan recetado al enfermo, nos lo ha dado Allah para ayudarnos.*
- *E4: Yo lo llevaría al médico, ¿porqué no? El Corán lo hacemos para que Allah nos de paciencia, nos bendiga y nos ayude a soportar la situación para aprender a vivir con ella o para luchar contra ella hasta que se cure.*
- *E8: Iría al médico, vería qué me aconseja hacer, y seguiría el tratamiento que me dijera. No, no creo en las otras cosas. Las hierbas, por ejemplo, pueden no ser sanas y ponerte malo, por ello, prefiero la medicina y roquia charia, que nos la aconsejó el profeta, la paz esté con él, que la haría yo misma en casa con el Corán.*

Si en cambio el tratamiento se muestra ineficaz, es muy probable que se busquen alternativas.

- *E1: Cuando nos cansamos del médico no obtenemos buenos resultados, solemos llevar a la persona a un alfaquí para que le recite el Corán.*
- *E6: Estando aquí iría al hospital, y ya si no se cura ya entonces iría a Marruecos al alfaquí o algo así, porque si no se estuviera tratando intentaría cualquier cosa.*

Algunos entrevistados nos comentan que, antes de recurrir a otras alternativas, esperarían un tiempo, de aproximadamente un año, para ver cómo evoluciona la persona con el tratamiento médico. Si, pasado ese tiempo, no se obtienen resultados, es más probable que abandonen el tratamiento y recurran a otras alternativas. Aun así, afirman que, si reciben información sobre el tiempo que requiere el tratamiento y la evolución del paciente, no lo abandonarían, especialmente si así se lo recomienda el médico.

- *E1: Iría al hospital, y ya si no se cura, ya entonces iría a Marruecos al alfaquí o algo así, porque si no se estuviera tratando intentaría cualquier cosa. Esperaría como un año y entonces ya vería que hacer, buscaría el motivo de la cura, el alfaquí. Y si con el alfaquí no lo tratara entonces dejaría en manos de Dios su cura... Y el tratamiento que me dio inicialmente en el hospital, bueno, ese medicamento si veo que con el no mejora, que no sirve de nada pues probablemente al buscar ya otra alternativa lo dejaría y ya no se lo daría. Pero si me explicaran que el tratamiento necesita de su tiempo entonces yo lo dejaría hasta que acabe su tratamiento, hasta que me digan que lo pare.*

Según Moussaoui (2007) más del 70 % de los enfermos mentales inmigrantes en España acaban consultando al médico general o psiquiatra a la vez que ponen en práctica las terapias convencionales que consideran convenientes. Esta combinación, según explican algunos de nuestros entrevistados, no es algo negativo ya que puede facilitar la curación. E1 nos presenta el caso de su hermano, que tras no ser efectiva la primera terapia médica para mejorar el trastorno *nefsani* que padece, optaron por visitar al mismo tiempo médico y alfaquí, obteniendo, según esta entrevistada, muy buenos resultados.

*E1: En su caso, es porque entro a la cárcel muy joven, cuando salió, salió y se sentaba solo, hablaba consigo mismo, se enfadaba por cualquier cosa, cuando veía que sus sobrinos hablaban con su otro tío, se quejaba de que solo hablan con él. Cuando le vimos que estaba así le decíamos de ir al médico, y no quería, bueno, le llevaron con un médico y fue el que lo remató, le dio pastillas que no eran correctas. Nos dijo que tenía enfermedad *nefsani*, y le dio esas pastillas que le empeoraron mucho más. Empezaba a gritar y no se podía llegar a ningún acuerdo con él. Después, le llevaron a otro médico y a un alfaquí... el otro médico que le dijo que su cerebro estaba a punto de colapsar, que se le había mezclado la sangre. Le hicieron una radiografía, empezó a hacer un seguimiento médico, a tomar medicación y ahora está bien, alhamdulillah (gracias a dios). Y el alfaquí, ya sabes, le leyó el Corán, y le calmó. Una cosa ayudó a la otra. Se decía que estaba embrujado, que estaba...se decían muchas cosas, que no solo estaba enfermo *nefsani*. El alfaquí le calmó, ya no insultaba, ya no decía cosas que no estaban bien, y la medicación, ya está, le puso bien.*

### **6.3 Barreras que perciben**

Las diferencias culturales pueden desencadenar una serie de dificultades que afectan negativamente al proceso terapéutico. Según Saldeña (2001), cuando la atención en salud mental no es transculturalmente competente, se manifiesta mediante una serie de errores que se presentan en la tabla 3. Éstos, pueden darse tanto en el profesional como en el paciente y afectan al compromiso, la alianza terapéutica y los resultados finales. Debido a la falta de entrevistados afectados por un TM y profesionales del ámbito de la salud mental, no es posible analizar la competencia real del servicio de salud mental. Aun así, es posible identificar algunos posibles errores tras conocer y analizar la percepción que han desarrollado los entrevistados en base a la experiencia vivida respecto al resto del sistema sanitario.

Cliente/Usuario/a	Profesional/Terapeuta
<i>Compromiso</i>	
1. Se da cuenta de las diferencias culturales	1. Se da cuenta de las diferencias
2. Percibe distancia social	2. Percibe distancia social
3. Cree que el/a terapeuta no lo quiere comprender	3. Utiliza pautas estándares de comunicación
4. Teme ser juzgado/a	4. Ve al usuario/a de forma estereotipada
5. Manifiesta elevada ansiedad en la relación	5. Manifiesta un aumento de la ansiedad en la relación
<i>Alianza terapéutica</i>	
1. No desarrolla un buen <i>rapport</i> con el/a terapeuta	1. Cree que el/a usuario/a es resistente
2. Se siente incomprendido/a	2. No comprende al/a usuario/a
3. Manifiesta mucha desconfianza	3. No responde adecuadamente a la desconfianza
4. Disminuye su auto-revelación	4. Ve al/a usuario/a sin motivación o psicológicamente no mentalizado
<i>Resultados</i>	
1. Muestra frustración y ansiedad	1. Muestra ansiedad y frustración
2. Cancela las sesiones	2. Manifiesta mala alianza; puede hacer un mal diagnóstico
3. Falla en las citas	3. Percibe una planificación defectuosa del tratamiento
4. Abandona prematuramente el tratamiento	4. Observa resultados erróneos

**Tabla 3:** Posible errores en el proceso terapéutico en un contexto intercultural (Saldaña, 2001 citado en Martín, Martínez y Martínez, 2014)

La sociedad española de médicos generales y de familia (SEMG) afirma que la barrera idiomática supone el principal impedimento para ofrecer una atención sanitaria adecuada en las zonas con alto porcentaje de inmigrantes ya que, tal como explica la Dra. Teresa Benedito Pérez de Inestrosa, “*El no hablar español dificulta mucho la anamnesis y la capacidad que tiene el paciente de poder entender la información que se le da*” (SEMG, 2019). Esto coincide con lo que comentan los entrevistados, los cuales afirman que, el idioma es la barrera más importante que les impide expresarse y comunicarse correctamente con los profesionales y que, por ende, puede dificultar tanto el diagnóstico como el tratamiento.

- *E1: La primera es la lengua, si el paciente no habla bien el español, esto dificulta mucho su tratamiento. El paciente no sabrá decir lo que le pasa y con un traductor a veces no llega el mensaje correcto de lo que le pasa a la persona.*
- *E4: Si sabe hablar el idioma y puede hacerse entender, entonces seguramente habrá pocas barreras.*
- *E5: En Marruecos nos era más fácil, porque aquí casi siempre necesitamos traductor para expresar lo que nos pasa y lo que sentimos.*
- *E8: El idioma, el idioma, lo más importante es el idioma, no puedes tratar con un médico si no tienes el idioma, por ejemplo, si te preguntan qué te duele, si no tienes el idioma no te puedes expresar.*
- *E10: El idioma. Los marroquíes que viven aquí no todos saben hablar español. Puedes*

*tener una urgencia, ir sola y no te pueden entender.*

Sin embargo, creen que, pese a la presencia de esta barrera, la posibilidad de poder comunicarse depende, en gran parte, del profesional. Perciben que hay profesionales que se muestran impacientes, molestos y que no les dan la oportunidad de intentar expresarse. Esta actitud, según ellos, elimina la posibilidad de llegar a un entendimiento mutuo, y les causa enfado y frustración, llegando incluso a sentirse peor tras la consulta. Esto supone que, en relación al paciente, se pueden producir tres posibles fallos en el proceso de atención: la percepción de una distancia social y la creencia de que el terapeuta no lo quiere entender en el compromiso y la frustración y ansiedad en el resultado. Por otro lado, afirman que, si éste se muestra paciente y con voluntad e interés por entenderles, desde la primera toma de contacto, pese a la dificultad, la comunicación es posible.

- *E2: Yo la verdad es que aquí no veo barreras en el sistema sanitario, todo depende de la persona que te atiende y de sus ganas de ayudarte. Bueno... cuando no sabes hablar mucho o nada sí que te puede costar interactuar con los profesionales, pero ahí también entran las ganas y los recursos que utilice el profesional para entenderte. Yo, por ejemplo, se decir algunas cosas, pero no hablo bien el español. Y cuando nadie puede acompañarme a las citas voy yo sola. Una vez quería decirle cómo me sentía a mi doctora, pero no me entendía, pero con el traductor y con señas me acabó entendiendo. Claro, ella tuvo paciencia hasta que entendió lo que le estaba diciendo... si no fuera así lo habría pasado mal ...*
- *E3: ¡A veces, algunos te dicen que no te entienden y ni siquiera se molestan en entender! Te dicen que vuelvas otro día con alguien que te traduzca, y yo trabajo mucho y no tengo tiempo, eso me da mucha rabia, y seguro que es porque son racistas. Otros te entienden, aunque no hables bien, y te tratan bien. Con solo entrar, ya ves cómo es y cómo te tratará ese profesional.*
- *E6: No, yo creo que el idioma no tiene por qué ser una dificultad hay profesionales que aunque no sepas el idioma, te ayudan, y hay quienes no te quieren ayudar incluso si tú sabes español, no te dejan hasta saber que puedes comunicarte bien, tú hablas con ellos y parece como si se enfadaran y no te dan la oportunidad, y tu así te pones más mala de lo que estabas, no te dan el tiempo que tu notas que si le dan a otros pacientes, hay veces que parece que más que no poder entenderte parece que no quieren. Cuando entras en una consulta y te encuentras que el profesional te habla, te sonrío, te hace entender, te facilita mucho las cosas y sientes tranquilidad estando en la consulta. Pero si tu entras y no te facilita las cosas, no te habla, no puedes preguntarle las cosas o no te responde pierdes esa tranquilidad*

Las razones que algunos entrevistados asocian a esa actitud reticente, son los prejuicios hacia su comunidad, experiencias negativas anteriores con la población marroquí o racismo. Este sentimiento de discriminación sin motivo aparente es una causa de frustración para una de las entrevistadas. Esto se puede calificar de error en el compromiso ya que la entrevistada manifiesta elevada ansiedad en la relación.

- *E6: No sé, puede que haya tenido una mala experiencia con algún marroquí o no les gustamos o son racista, y percibes que no te quieren atender. Después de visitarla sales enfadada, porque, aunque tú intentas explicarte, no te dejan acabar, te dicen no entiendo lo que dices, cuando ni lo intenta. Yo me he encontrado en la situación de que todos los profesionales normalmente me entienden y la médica que tengo ahora siempre dice que no, a mí me gustaría saber por qué no me entiende, si todo el mundo me entiende, si hablo con todo el mundo y todos me entienden, pero ella no, realmente me gustaría saber el porqué.*

Además, afirman que los profesionales sanitarios no tienen conocimiento sobre sus creencias y que, debido a la diferencia cultural entre ellos, es muy difícil que lleguen a un entendimiento mutuo al respecto. Creen que es muy complicado que el profesional pueda llegar a aceptar su visión, y temen que si le informan de ello pueda burlarse de ellos, al considerarla irracional. Por ello, no sienten que puedan confiar en ellos y, pese a entender la importancia de tenerles confianza, creen que es difícil cuando la forma de pensar es tan diferente. Más de la mitad de los entrevistados afirma que no le contaría sobre los tratamientos tradicionales que fuera a llevar a cabo ya que creen que, al limitarse únicamente a la evidencia científica, se posicionaría en contra de estas alternativas. Aquellos que optarían por informar de esto, creen que el resultado sería el mismo. Una de las entrevistadas afirma también que, si el profesional negara la veracidad de sus creencias, posiblemente no volvería a visitarse con ese profesional.

- *E1: La ventaja que encontramos con los médicos en Marruecos, es que han estudiado el Corán, saben lo que dice respecto las enfermedades mentales. En cambio, una persona que no es creyente o que no ha estudiado el Corán se le escapan algunos conocimientos.*
- *E2: Ellos tiene su propia religión, nosotros creemos en todo, ellos no... Pero tú siempre tienes que hablar serio, de verdad lo que tienes, para que sepan lo que tienes y puedan trabajar en ello. Pero en caso de recurrir a tratamientos no médicos, no lo mencionaría porque una cosa no tiene nada que ver con la otra, las cosas del alfaquí no tienen nada que ver con las médicas.*

- *E3: A un médico de Marruecos es normal que le digamos que probamos Corán, roquia o consejos del alfaquí porque conocen nuestras creencias y las entienden. Pero aquí, no tienen ni idea de eso. Para ellos, la enfermedad ha salido por cualquier razón científica y con las pastillas lo calman o lo ayudan de otras maneras, pero aquí no hace falta decirles que vas a un alfaquí o cosas así, porque no te entenderá, se reirá de ti porque es algo raro aquí en España. Ellos no creen en el Corán, no son musulmanes y por eso es difícil que entiendan lo que nosotros creemos.*
- *E5: Lo del Corán ellos no creen que pueda hacer nada, pero no te van a decir nada porque es tu vida... lo veo así. No hace falta decirles estas cosas que hacemos nosotros, porque una cosa es lo que nos receta el médico y otra es si hacemos otros rituales si lo vemos necesario.*
- *E6: Yo se lo diría, le diría que voy a probar otras cosas, y vería lo que él me dijera...puede que me cambien el tratamiento, no se... puede que me digan que si o puede que no, nunca he estado en una situación parecida para saberlo, pero creo que me dirían que siguiera con su tratamiento y ya y si no le sienta bien pues ya nos darían otra cosa, si no mejora con el medicamento pues otro.*
- *E10: Al médico le informaría de que lo voy a llevar al alfaquí, pero no sé qué pensaría, que son tonterías, porque eso aquí no hay... Me diría que no debería llevarlo primero al alfaquí sino al médico, y yo no le haría caso porque hay casos que necesitan sólo alfaquí... Sobre nuestras creencias creo que pueden pensar que no es algo real y eso no me inspiraría confianza. Si alguien me dice que es mentira no volvería a este médico porque eso yo lo he visto y es verdad. No es algo que hayamos escuchado de alguien lejano, eso lo hemos vivido dentro de mi familia. Prefiero estar con un médico o enfermera que lo respete y no me lo niegue, eso me daría más confianza.*

Aquí, podemos identificar otros fallos, además de los mencionados anteriormente, ya que en el compromiso son conscientes de las diferencias culturales y temen ser juzgados o burlados. En la alianza terapéutica manifiestan mucha desconfianza, disminuye su autorrevelación y se sienten incomprendidos. Y en cuanto al resultado, por falta de entendimiento mutuo, pueden llegar a cancelar sesiones, fallar a las citas o abandonar prematuramente su tratamiento.

Esto supone que, si no mejora la competencia transcultural de los profesionales en la atención al paciente marroquí, no será posible proporcionar una atención de calidad a estos pacientes, ya que estarán presente en ellos todos los errores que plantea Saldaña. En este sentido, será muy complicado establecer una relación terapéutica con el paciente.

Pero pese a todas las barreras y errores, la comunidad marroquí, no considera necesaria su atención fuera del sistema de atención establecido y desean sentirse integrados dentro de él. Por lo cual, se podría interpretar como una preferencia de la comunidad hacia el modelo integrador de atención, pudiendo mostrarse reacia al modelo segregador, ya que este podría fomentar el distanciamiento social.

## 7. Mejoras que se plantean

A través de la información obtenida en esta investigación, en este capítulo se presentan una serie de mejoras propuestas por los entrevistados, que están directamente relacionadas con las barreras que percibe la comunidad marroquí en el contexto de la sanidad española.

Tal como ya se ha señalado, la barrera idiomática supone el principal impedimento para que la población magrebí reciba una atención sanitaria de calidad. En este sentido, una de las mejoras más mencionadas hace referencia a la comunicación. En aquellos casos que no sea posible la intervención de un traductor, se considera de vital importancia que el profesional de la salud muestre interés y facilite la expresión del paciente, pese a que ésta pueda ser difícilmente comprendida en algunos casos. Siempre se pueden utilizar otros recursos como son los traductores online, las señas o imágenes para facilitar esta comunicación.

- *E6: que me dieran la oportunidad de expresarme para yo poder explicarme, y apañarme como pueda. Para mi ese es el mejor profesional, el que al entrar te trata bien, te ayuda y tú te sientes como que has resuelto tu problema.*

A la vez, señalan que este interés y predisposición por parte del profesional están estrechamente relacionados con la confianza que se transmite al paciente. Todos los participantes consideran esencial el establecimiento de esta relación de confianza, que se produce cuando reciben un trato basado en el respeto, la empatía y sobre todo la muestra de voluntad por ayudar al paciente en contexto de su padecimiento.

- *E1: Deben tener en cuenta que, a veces, nosotros probamos terapias nuestras... Creo que es importante que siempre se intente tener una buena comunicación, porque cuando yo veo que el médico no me escucha o no me hace caso entonces no le voy a hacer ningún caso de lo que me diga o haré lo que yo considere mejor.*
- *E4: Con un sanitario, es importante sentirte cómodo, tranquilo. Si es así, hablaras de todo, pero sino nada. ¿Porque un niño crece sin problemas? Porque tiene la tranquilidad y comodidad de que tiene a su madre a su lado. Es como en cualquier cosa, no eres tú mismo si no estás cómodo. Los profesionales sanitarios siempre deberían intentar que el paciente se sienta más cómodo para hablar con franqueza*

*y confiar en que ellos lo ayudarán.*

En cuanto a sus creencias y terapias tradicionales y supersticiosas, en primer lugar, es importante que los profesionales pregunten a sus pacientes y muestren comprensión por las creencias y terapias que éstos tienen respecto a su proceso de enfermedad y que, sobre todo, eviten los prejuicios o entrar a evaluar si éstas son correctas o no. Tal como explica Casado (2019), realizar estas evaluaciones sólo sirve como mecanismo de estigmatización al colectivo y a sus creencias, alejándolos así del sistema sanitario. Tal como indica la persistencia de estas creencias, esto no hará que desaparezcan ni dejen de influir en el comportamiento de las personas. Al contrario, el único resultado es la falta de confianza del paciente a la hora de explicar sus problemas de salud. En resumen, estas creencias deben conocerse, respetarse y entender que pueden ser perfectamente compatibles con las propias de la biomedicina.

- *E6: yo solo pido que nos den la oportunidad de conocernos, hay quienes no te dan la oportunidad de que entienda cómo eres tú, me faltaría que me intentarían conocer como persona, y no solo como marroquí.*

## **CONCLUSIONES**

A través de este estudio se ha podido corroborar que la hipótesis planteada al inicio es cierta. Los comportamiento y estrategias de cuidado de la comunidad marroquí, en relación a la salud mental, se sustentan en una estructura de creencias y percepciones muy arraigada a su historia cultural y social. Estas, están especialmente influenciadas por el islam, siendo sus textos religiosos, el Corán y el hadiz, los que las definen. Por lo tanto, se basan en un modelo sobrenatural de la enfermedad, estrechamente unido a la magia y la religión.

Esta comunidad clasifica los trastornos mentales en dos grandes grupos, en función de si afectan a la mente o a las emociones. Por un lado, están las enfermedades nefsanien o emocionales las cuales, consideradas más leves, se caracterizan por la alteración del estado de ánimo, principalmente síntomas de tristeza y soledad. Por otro lado, están las enfermedades mentales que, consideradas mucho más graves, se caracterizan por la pérdida del control de la mente y se suele relacionar con violencia y el concepto de locura. Existe una línea muy fina entre un grupo y otro, ya que en el momento en que la nefsania se agrava y afecta a la mente pasa a considerarse mental.

La falta de recursos y los problemas en el acceso a la atención médica en marruecos ha supuesto que, durante mucho tiempo, al ser más accesibles, se recurra, en primer lugar, a formas tradicionales de atención, principalmente al alfaquí, persona que conoce el Corán y la

sunna. Esto ha provocado que exista un gran desconocimiento en relación a la clasificación biomédica y que la forma en que se nombran y clasifican los trastornos sea diferente a la occidental, refiriéndose a ellos por su causa.

En esta comunidad, además de motivos biológicos o psicosociales, como accidentes traumáticos, alteraciones genéticas situaciones traumáticas o falta de autoestima, también se atribuyen a causas místicas, principalmente a la posesión por jinn, la brujería o el mal de ojo, cuya existencia, al ser mencionados en el Corán y por el profeta Mahoma, se considera, según esta población, como un hecho innegable.

Cabe decir que la creencia en estas causas místicas supone un mayor uso de las terapias tradicionales ya que, al tener estos también su base en el Corán y sus hadices, las aceptan como verídicas y ofrecen una respuesta más efectiva para ellas. En este sentido, no es de extrañar que la intervención tradicional principal sea la lectura del Corán o roquia charia, considerándola una práctica que, a diferencia del uso de hierbas o visita al siyid, generalmente es aceptada por todos. Además, a esta práctica se le asocian otros beneficios, como el fortalecimiento y calma del espíritu, el cual es considerado un factor protector que puede ser de ayuda para todos los tipos de trastornos.

En consecuencia, la biomedicina, pese a ser actualmente la forma de atención más usada y primera elección por gran parte de esta comunidad, la pueden llegar a considerar poco efectiva frente a los trastornos de origen sobrenatural y combinarla, en muchas ocasiones, con la medicina tradicional, especialmente la roquia charia. Esta falta de confianza en el modelo biomédico se debe a la percepción de la escasez de conocimiento de los profesionales acerca del Corán y de la sunna musulmana, como una barrera en el proceso de atención. Este hecho, unido a la actitud reacia que se percibe en algunos profesionales sanitarios, provoca que se ponga en tela de juicio la posibilidad de recibir una atención efectiva.

Otra gran barrera que perciben se encuentra en la comunicación, no solamente por la falta de dominio del idioma de gran parte de la comunidad marroquí, sino también por la actitud que adoptan los profesionales, ya que perciben cierta reticencia e impaciencia por parte de algunos de ellos. Se considera que, cuando este se muestra predispuesto a entenderles, la comunicación es posible, especialmente si se recurre a instrumentos de ayuda como el traductor.

La presencia de estas barreras provoca que esta comunidad sea consciente de las diferencias culturales y se sienta incomprendida, lo cual se traduce en sentimientos de desconfianza,

ansiedad y frustración. Estos, se consideran errores que denotan una clara falta de competencia cultural en el proceso de atención al paciente marroquí, lo cual resalta la importancia de desarrollar estrategias y planes que fomenten la competencia cultural en los profesionales sanitarios, para así poder solventar estos errores.

En el caso de la enfermería, se debería tender hacia la enfermería transcultural, ya que esta permitirá a estos profesionales mejorar su habilidad para identificar y entender las diferencias culturales con los pacientes y, de esta manera, reducir la sensación de distancia social que perciben. Dicho de otro modo, el profesional enfermero conseguiría mejorar su habilidad para interactuar de manera eficiente con personas culturalmente diferentes.

Entre las estrategias que plantea la enfermería transcultural para mejorar la competencia cultural destacamos la formación en cultura para el profesional, ya que la información obtenida con este estudio respecto a la comunidad marroquí podría ayudar al profesional a analizar al paciente desde una perspectiva más holística y comprenderlo dentro de su contexto cultural. Esto, permitiría cumplir el deseo de esta comunidad de poder expresarse sin temor a ser juzgada ni burlada al sentirse comprendidos y respetados.

Por lo tanto, si esto se consigue será posible que el profesional conozca, respete y entienda las diferencias culturales, fortaleciendo la confianza del paciente hacia él y facilitando que se pueda llegar a un acuerdo mutuo, que satisfaga tanto al profesional como al paciente. Así, tanto uno como el otro serán conscientes de que un modelo y otro son compatibles entre ellos si existe una comunicación fluida y eficaz.

Por último, se destacan algunos aspectos clave que es importante tener en cuenta en la atención al paciente marroquí:

Es posible que exista un rechazo del diagnóstico por parte del paciente y los familiares por presentar una percepción y causalidad de los trastornos distintas. Por lo tanto, es conveniente descartar lo anterior antes de sospechar de un estado de negación del trastorno.

Existe una gran probabilidad de que los pacientes recurran a la medicina tradicional y sin informar de ello al profesional, ya sea por vergüenza, temor a burlas o por no considerarlo competencia de los profesionales biomédicos. En este sentido, es importante establecer un diálogo con la persona, en la que se demuestre interés y conocimiento al respecto con el fin de conseguir que la persona se sienta cómoda para hablar sobre el tema.

Tanto las causas como determinados tratamientos tradicionales pueden ser considerados irracionales desde el punto de vista biomédico. Aun así, es importante tenerlos en cuenta y

no rechazarlos, ya que la comunidad marroquí puede considerar que lo irracional es precisamente no creer en la biomedicina y, de esta manera, perder la confianza en el profesional.

Es necesario explicar detalladamente el tratamiento o terapia que se vaya a seguir. Si no se explica claramente la eficacia del tratamiento y el tiempo necesario para obtener resultados, éstos pueden abandonarlo por considerarlo ineficaz y si no se explica la duración, al sentir mejoría también se pueden abandonar. Por lo que es importante realizar un correcto seguimiento de la adherencia al tratamiento.

La familia suele estar muy dispuesta a colaborar en el tratamiento, por lo que se puede considerar un recurso importante del que disponer para garantizar la continuidad y correcto seguimiento del paciente.

La dificultad idiomática puede ser una barrera para mantener una correcta comunicación y puede requerir tiempo entenderse, pero no darles la oportunidad de expresarse y hacerse entender, puede provocar un alto nivel de ansiedad en la persona. Por ello, es recomendable que, antes de dar por terminada la visita, considerar el uso de alternativas comunicativas como el traductor.

En conclusión, tener en cuenta aspectos como los mencionados anteriormente y conocer en mayor profundidad a esta comunidad permitirá tener en cuenta las percepciones y creencias que determinan su conducta frente a los trastornos mentales. Esto, en definitiva, puede contribuir a la construcción de puentes y diálogos entre los profesionales de la biomedicina que atienden en Cataluña y baleares y la comunidad marroquí, favoreciendo así el desarrollo de una atención sanitaria culturalmente competente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso Salgado, C., Miguel Vicente, C., Castillo Charfolet, A., Moñivas Lázaro, A., Castañera Rodríguez, L., & Gómez González, M. A. (2014). *Trabajo Social y Psiquiatría transcultural en salud mental: Aplicación de casos comparativos Madrid-Piura*. Disponible en
2. <https://eprints.ucm.es/36491/>
3. Ambrosolio, E. B., & Pretti, G. P. (2007). *El concepto de enfermedad mental en inmigrantes marroquíes*. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2777498>
4. Dra. Elena Padrell. (2017). ¿Qué es la psiquiatría transcultural? Retrieved December 9, 2019, from <https://www.centropaseodegracia.com/es/2017/02/24/que-es-la-psiquiatria-transcultural/>
5. Martínez, M. F., Martínez, J., & De Sevilla, U. (2014). *Materiales didácticos, migraciones, interculturalidad servicios sanitarios*. Disponible en [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Migraciones%20 interculturalidad servicios sanitarios US.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Migraciones%20interculturalidad%20servicios%20sanitarios%20US.pdf)
6. Martínez Moneo, M., & Martínez Larrea, A. (2006). Patología psiquiátrica en el inmigrante. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 29, 63–75. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
7. Menéndez, E. (2009, January 1). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva* (pp. 25–72). pp. 25–72. Disponible en <https://www.scienceopen.com/document?vid=794dba78-c9ab-45d6-89f8-c8be9b6849c0>
8. Menéndez, E. L. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, (58), 104. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6620697.pdf>
9. Kirmayer, L. J., & Minas, H. (2000). The Future of Cultural Psychiatry: An International Perspective. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(5), 438–446. Disponible en <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674370004500503>
10. Instituto Nacional de Estadística. (2019). *Cifras de Población a 1 de enero de 2019 Estadística de Migraciones*. 632, 1–11. Disponible en [www.ine.es/Awww.ine.es/prensa/prensa.htm](http://www.ine.es/Awww.ine.es/prensa/prensa.htm)
11. Fernández-García-Andrade R, Serván-Rendón-Luna B, Vidal-Martínez V, Medina-Téllez de Meneses E, R.-P. B. (n.d.). *Enfermedad mental y exclusión social: valoración*

*del riesgo de violencia tras la excarcelación*. 20(June 2017), 23–32. Disponible en <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/584/1109>

12. Baslam, Z. (2016). *Cuidatge i diversitat cultural: un repte per infermeria*. 70. Disponible en <http://repositori.urv.cat/fourrepopublic/search/item/TFG%3A825> Disponible en: [http://repositori.urv.cat/estatic/TFG0011/en\\_TFG825.html](http://repositori.urv.cat/estatic/TFG0011/en_TFG825.html)
13. Boladeras, M., Busquets, J. M., Almuedo, A., Bilbeny, N., Collazos, F., María, F. J., ... Adil Qureshi. (2007). *Orientaciones sobre la diversidad cultural y la salud*. Disponible en: [http://comitedebioetica.cat/wpcontent/uploads/2012/09/diversidad\\_cultural.pdf](http://comitedebioetica.cat/wpcontent/uploads/2012/09/diversidad_cultural.pdf)
14. Rodríguez Álvarez, E., Lanborena Elordui, N., Errami, M., Rodríguez Rodríguez, A., Pereda Riguera, C., Vallejo de la Hoz, G., & Moreno Marquez, G. (2009). Relación del estatus migratorio y del apoyo social con la calidad de vida de los marroquíes en el País Vasco. *Gaceta Sanitaria*, 9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3581160>
15. Moussaoui D, Casas Brugué M, Qureshi A. Salud mental en el paciente magrebí. *Glosa*; 2007.
16. Collazos Sánchez, F., Ghali Bada, K., Ramos Gascón, M., & Qureshi Burckhardt, A. (2014). Salud mental de la población inmigrante en España. *Revista Española de Salud Pública*, 88(6), 755–761. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272014000600008&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000600008&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
17. Berenguera Ossó, A., Fernández de Sanmamaed Santos, M. J., & Pons Vigués, M. (2014). *Escuchar, Observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud*. 224. Disponible en <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf>
18. Rubio Acuña, M., & Arias Burgos, M. (2013). Fenomenología y conocimiento disciplinar de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(3), 191–198. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192013000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
19. Aguilar Gavira, S., & Barroso Osuna, J. (2015). La triangulación de datos como estrategia en investigación educativa. *Píxel-Bit, Revista de Medios y Educación*, (47), 73–88. Disponible en <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://recyt.fecyt.es/index.php/pixel/article/download/61672/37683&ved=2ahUKEwil0YPTpaPmAhUJbcAKHcOiA68QFjAXegQIAxAB&usg=AOvVaw1djhcmO3ed9alQZWlbg8D2>

20. Folgueiras, P. (2017). La entrevista. *Educacao e Pesquisa*, 43(1), 289–295. Disponible en: [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/99003/1/entrevista\\_pf.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/99003/1/entrevista_pf.pdf)
21. Denzin, L. (2014). La entrevista en investigación cualitativa. *Investigación de Mercado*, 12, 34. Disponible en: [http://www.ujaen.es/investiga/tics\\_tfg/pdf/cualitativa/recogida\\_datos/recogida\\_entrevista.pdf](http://www.ujaen.es/investiga/tics_tfg/pdf/cualitativa/recogida_datos/recogida_entrevista.pdf)
22. Salazar, F. (2017). El concepto de cultura y los cambios culturales. *Sociológica México*, 6(17), 12. Disponible en [www.sociologiamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/article/view/839](http://www.sociologiamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/article/view/839)
23. Langdon, E. J., & Wiik, F. B. (2010). Antropología , salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(3), 177–185. Disponible en [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es\\_23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_23.pdf)
24. Vilardell Balasch, M., Hernández Sánchez, D., Molina Mula, J., González Trujillo, A., & Gelabert Binimelis, A. (2015). La atención sanitaria relacionada con el consumo de drogas en un contexto de crisis económica. *Index de Enfermería*, 24(1–2), 54–58. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000100008&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000100008&script=sci_arttext)
25. Baeta, M. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud-enfermedad. *Comunidad y Salud*, 81-83. <https://www.redalyc.org/pdf/3757/375743552011.pdf>
26. Buades, J., (2018). *La población de origen inmigrado en España*. Disponible en <https://sime.org/wp-content/uploads/2019/01/Poblacio%CC%81n-de-origen-inmigrado-en-Espan%CC%83a-2018.pdf>
27. Mollá, I. (2012). *¿Qué es la salud mental?* Disponible en Gabinete de Psicología M&M:<https://www.gabinetedepsicologia-mm.com/2012/04/15/qu%C3%A9-es-la-salud-mental/>
28. Menéndez EL. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Cien Saude Colet*, 8(1), 185–207.
29. Menéndez, 1988
30. Haydée, V. (2006). Formas de autoatención en procesos de salud y enfermedad en una. Disponible en [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/14/14\\_0347.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/14/14_0347.pdf)
31. Arriagada, E. (2013). *Historias del otro: Migraciones: Psicología y literatura*. Sevilla: Punto rojo libros Disponible en <https://books.google.es/books?id=39C0BAAAQBAJ&pg=PR9-IA65&lpg=PR9-IA65&dq=modelo+segregador+y+integrador+en+salud&source=bl&ots=pEcTjiejyI7&sig=ACfU3U0k->

[MUpPEcyaFf630chPcAhdZlwHw&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwiFsteb9J7oAhWjzIUkHatsC4sQ6AEwDXoECAoQAQ#v=onepage&q=modelo%20segregador%20y%20integrador%20en%20salud&f=false](http://www.scielo.org/pe/pdf/rins/v27n1/a13v27n1.pdf)

32. Escobar, B., & Paravic-Klijn, T. (2017). La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y enfermería. *REVENF*. Disponible en <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n33/1409-4568-enfermeria-33-00073.pdf>,
33. Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n1/a13v27n1.pdf>
34. Ramírez, M. P. (2017). El proceso de adaptación sociocultural: un modelo sociocognitivo de aculturación. Disponible en <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/93778/retrieve>
35. García, I. G. (2010). competencia cultural en enfermería: Población subsahariana. *Cultura de cuidados*. Disponible en [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/14391/1/CC\\_27\\_08.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/14391/1/CC_27_08.pdf),
36. Tarres, S. (2001). El cuidado del otro. Diversidad cultural y enfermería transcultural. *Gazeta de antropología*. Disponible en <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=3267>
37. Fornons, D. F. (2010). Madeleine Leininger: claro oscuro transcultural. *Scielo*. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000200022](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200022)
38. Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., & Guillen, A. I. (2009). Estigma y enfermedad. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Disponible en [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/estigma\\_y\\_enfermedad\\_mental\\_analisis\\_del\\_rechazo\\_social\\_que\\_sufren\\_las\\_personas\\_con\\_enfermedad\\_mental.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/estigma_y_enfermedad_mental_analisis_del_rechazo_social_que_sufren_las_personas_con_enfermedad_mental.pdf)
39. Stacey, A. (s.f.). La brujería en el islam. *IslamHouse*. Disponible en [https://d1.islamhouse.com/data/es/ih\\_articles/single2/es/La\\_Brujeria\\_en\\_ellslam.pdf](https://d1.islamhouse.com/data/es/ih_articles/single2/es/La_Brujeria_en_ellslam.pdf)
40. Missionislam.com. (2009). El mundo de los genios (Yinn). *The religion of Islam*. Disponible en <https://www.islamreligion.com/es/articles/669/el-mundo-de-los-genios-yinn-parte-1-de-2/>
41. Casado, I. (marzo de 2009). Representacions i pràctiques entorn de la salut entre la població marroquina de Catalunya. Disponible en [http://revista-redes.rediris.es/recerca/SALUT\\_UAB\\_INTERNET/pdf/immigrants\\_origen\\_marroqui.pdf](http://revista-redes.rediris.es/recerca/SALUT_UAB_INTERNET/pdf/immigrants_origen_marroqui.pdf)
42. Consejo nacional de los derechos Humanos. (2012). Salud mental y derechos humanos: urgente necesidad de adoptar una nueva política. Disponible en

<https://www.ceja.ch/images/CEJA/DOCS/Bibliotheque/Doctrine/Maroc/CNDH/ESPA GNOL/Informes%20them%C3%A1ticos/Salud%20mental%20y%20derechos%20humanos-%20resumen.pdf>

43. Ardila, S. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1), 114–125. Disponible en [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502009000100009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000100009)
44. Garmendia, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M., & Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista Médica de Chile*, 136(2), 169–178. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872008000200005](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000200005)
45. López Gómez, D. (2006). Continuidad de cuidados y desarrollo de sistemas de apoyo comunitario: atención a personas con trastorno mental severo en el medio rural. *Rehabilitación Psicosocial*, 3(1), 17–25. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-psicosocial-272-articulo-continuidad-cuidados-desarrollo-sistemas-apoyo-13102378>
46. De, C., & Sanz, E. J. (2016). *Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica*. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2171206915000174>
47. Casado, I., & Valenzuela, H. (2008). Representaciones de la salud en poblaciones musulmanas: aproximación etnográfico-comparativa a inmigrantes pakistaníes e imazighen de Marruecos. *Ankulegi*, 41–63. <https://www.ankulegi.org/wp-content/uploads/2012/03/0803Casado-Aijon.pdf>
48. Vázquez, M. L., Terraza, R., & Vargas, I. (2007). Atenció a la salut dels immigrants: necessitats sentides pel personal responsable. *Barcelona: Pla Director d'immigració, Direcció General de Planificació i Avaluació Del Departament de Salut, Generalitat de Catalunya*. Disponible en [http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home\\_Canal\\_Salut/Professionals/Temes\\_de\\_salut/Immigracio\\_i\\_salut/documents/immatenc07.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home_Canal_Salut/Professionals/Temes_de_salut/Immigracio_i_salut/documents/immatenc07.pdf)
49. SEMG. (16 de mayo de 2019). *La barrera idiomática es el principal problema para presentar una adecuada atención en zonas con elevada población inmigrante*. Obtenido de <https://www.semg.es/index.php/noticias/item/412-noticias-20190516-2>

## ANEXO 1

### Guion de las entrevistas

- Entrevistado:
- Lugar y fecha:
- Duración de la entrevista

El objetivo de la realización de esta entrevista es conocer en mayor profundidad la percepción de la comunidad marroquí para colaborar en la mejora de las competencias transculturales de los profesionales y con ello el proceso de atención a la comunidad marroquí, por ello planteamos una serie de preguntas que ayudarán a su desarrollo:

1. Aquí en España cada sintomatología se asocia a un trastorno mental o grupo de trastornos. ¿Como se denomina en Marruecos a una persona que tiene alucinaciones, o una persona que siente que le persiguen, que quieren hacerle daño siendo esto irreal? ¿Y a una persona con estado depresivo y muy eufórico dependiendo del momento?
2. ¿Con qué relacionáis estos trastornos mentales? ¿Cuál creéis que es su causa?
3. ¿Creéis que tienen cura? ¿Si es así como los tratáis?
4. ¿Socialmente como se ve a una persona con trastorno mental? ¿Creéis que están estigmatizadas?
5. ¿A quién calificáis de locos? ¿Cómo se ve socialmente a un loco?
6. ¿Qué impacto crees que tienen los trastornos mentales en la persona? ¿Y en la familia?
7. ¿En caso de tener un familiar con un trastorno mental como lo vivirías?
8. ¿En caso de padecer tú o un familiar un trastorno mental, qué circuito de atención seguirías?
9. ¿Sabrías decirme cómo se atienden aquí los trastornos mentales?
10. ¿Qué tan efectivo crees que es el modelo de atención a la salud mental español?
11. ¿Qué barreras percibes que puedan dificultar un proceso de atención adecuado? ¿qué conciencia crees que tienen los profesionales de estas barreras?
12. ¿Qué opinión creéis que tienen los profesionales de la salud sobre vuestra percepción de la salud mental? ¿Qué actitud crees que deberían adoptar al respecto?