

■ ARTÍCULO ORIGINAL

SALUD MENTAL E INMIGRACIÓN MAGREBÍ

Eduardo Balbo
Médico Psiquiatra.
Centro de Salud Mental.
Fuenlabrada (Madrid).

■ AGENDA

■ EN BREVE...

■ ARTÍCULO ORIGINAL

Salud mental e inmigración magrebí

INTRODUCCIÓN

Los profesionales médicos de atención primaria y especializada tenemos entre nuestros pacientes a un número cada día mayor de población inmigrante que, sin lugar a dudas, nos obliga a plantearnos en un futuro inmediato nuevas estrategias de

atención y organización de los servicios asistenciales. Los factores culturales tienen una enorme influencia en la producción, diagnóstico, comprensión y tratamiento de numerosas patologías médicas orgánicas o psíquicas, por lo tanto, nuestra primera tarea debe ser poder definir qué entendemos por cultura.

(Continúa pág. 2) ►►►



■ EN BREVE...

NUEVA HERRAMIENTA FORMATIVA PARA ATENCIÓN PRIMARIA

Los médicos de familia disponen ya de una nueva herramienta de formación en Salud Mental, el programa titulado «Retos en la Salud Mental del siglo XXI», que consta de nueve manuales y cuyo objetivo es adaptar las nuevas realidades sociodemográficas al trabajo del médico de Primaria para afrontar el diagnóstico y tratamiento de las nuevas patologías mentales. En esta iniciativa han participado los grupos de Neurología y Salud Mental de SEMERGEN.

El primero de los nueve manuales está dedicado al «burn-out» y su autor es Ramón González Corrales, médico de familia del Centro de Salud de Piedrabuena (Ciudad Real) y coordinador del Grupo de Salud Mental de SEMERGEN.

(Más breves en pág. 8) ►►►

Salud Global®-Salud Mental es un producto de

Salud Global®



C. I. Venecia-2. Edificio Alfa III - Planta 5ª Oficina 160
Isabel Colbrand, 10. 28050 Madrid - Tel.: 91 358 86 57 - Fax: 91 358 90 67

www.grupoaulamedica.com

Con la colaboración de



Almirall Prodesfarma

S.V.P.: 269-R-CM

ISSN: 1697-4662

Depósito Legal: M-46657-2003

Salud mental e inmigración magrebí

E. BALBO

Médico Psiquiatra

Centro de Salud Mental. Fuenlabrada (Madrid)

No es posible encontrar una definición de cultura en la que podamos encontrar la esencia de lo que hemos definido. Una de las que más se aproxima es tal vez la definición ofrecida por Kroeber y Kluchohn: «La cultura consiste en modelos explícitos o implícitos, de y para el comportamiento, adquiridos y transmitidos mediante símbolos, que constituyen las realizaciones distintivas de grupos humanos, incluyendo su encarnación en instrumentos; el núcleo esencial de la cultura lo constituyen ideas tradicionales y especialmente los valores adscriptos a ellas; los sistemas culturales pueden ser considerados, en un aspecto, como productos de la acción, y en otro como elementos condicionantes de acciones futuras». La clase de conducta exhibida por el grupo, es llamada su cultura.

Si bien los síndromes psiquiátricos mayores son fenomenológicamente universales, su expresión clínica está primariamente determinada por factores culturales. Es una necesidad ampliar el concepto de salud, ya no sólo dirigiendo nuestra atención a la enfermedad sino también al funcionamiento social del paciente, las redes de apoyo con que puede contar para ello y su calidad de vida. Debemos conocer el marco cultural de identidad de nuestros pacientes. Debemos prestar atención a los siguientes factores: uso del lenguaje; grado de identificación con la cultura de adopción y grado de mantenimiento de los componentes de su cultura de origen; capacidad, dentro de su modelo cultural, de percibir y poder describir su malestar; la forma de canalizar la demanda de atención; la conducta del estar enfermo y la asunción del llamado «rol del paciente»; papel que juegan la red familiar y sus creencias religiosas en el proceso de enfermar y de transmitir su padecimiento; la capacidad de elaboración de un «proceso de duelo», el del duelo de la inmigración, circunstancia que puede dar origen a cuadros psicopatológicos y psicosomáticos de gravedad, y que es de gran importancia tener siempre presente ya que se encuentra en la base de todo proceso de integración en una nueva cultura.

Debemos extremar el cuidado de no menospreciar, ni intentar modificar, los aspectos de la cultura del paciente que modelan y dan forma a la presentación

de sus enfermedades. Es necesario conocer en detalle cuáles son las vivencias subjetivas del padecimiento que determinan su forma de presentación y la modalidad de la narración de las mismas, tanto en el plano del lenguaje verbal como en el del gestual o corporal, que será diferente según las diferentes culturas.

La enfermedad mental (con sus variantes inter-étnicas en relación a la variabilidad de los síntomas, sus formas de evolución y diferentes contenidos), constituye por lo tanto una posibilidad ontológica del hombre, lo que nos plantea un poderoso interrogante acerca de su sentido. Es posible pensar como Yves Pélucier que no existirían formas clínicas características de una cultura dada, sino que algunos tipos de comportamientos están facilitados por ellas y encuentran en las mismas un «verdadero clima» de facilitaciones.

La demanda asistencial de los diferentes grupos de inmigrantes en las redes asistenciales en atención primaria y especializada está dando lugar a problemas concretos en el abordaje de estos pacientes. El primero de ellos, nada menor, es la cuestión del idioma: el tener que aprender a utilizar de forma cotidiana una segunda lengua puede dar origen en ocasiones a un discurso de apariencia incoherente, disgregado, vago o poco claro, que hace extremadamente difícil una presentación clara de la demanda asistencial, hace imprecisa la descripción de los síntomas y vivencias relacionadas y puede llegar a confundirse con un discurso patológico, más atribuible a un problema psiquiátrico que a ser reconocido como forma de expresión de un malestar somático. Cada vez es más frecuente tener que solicitar la presencia de un intérprete para llevar a cabo entrevistas con pacientes de origen árabe o asiático en psiquiatría, donde la necesidad de estructurar un diálogo rico en todas las posibilidades de expresión de un idioma es fundamental para la exteriorización del mundo emocional del paciente.

Una forma de reducir el riesgo de posibles errores diagnósticos estaría en la utilización de la llamada Formulación Cultural, incluida en el DSM-IV, que permite describir la identidad cultural del paciente, su modelo de comprensión y explicación de los síntomas, la naturaleza

y el funcionamiento de su ambiente psicosocial, su relación con el clínico, y la evaluación global de los factores culturales en el diagnóstico y el manejo del caso:

1. Identidad cultural del individuo: Anotar la pertenencia del paciente al grupo cultural de referencia. Anotar el grado de implicación con la cultura de origen y con la cultura de acogida. También deben consignarse las habilidades, uso y preferencia de idioma.

2. Explicaciones culturales de la enfermedad individual: Identificar los idiomas predominantes en los que se comunica el malestar o el pedido de ayuda social, el significado y percepción de la gravedad de los síntomas del paciente en relación con las normas del grupo cultural de referencia, cualquier categoría propia de la enfermedad utilizada por la familia y la comunidad del paciente para identificar la alteración, las causas percibidas o los modelos explicativos que el paciente o el grupo de referencia utilizan para explicar el padecimiento, y las experiencias presentes y pasadas con los servicios asistenciales o consultas realizadas a sanadores populares ligados a su cultura.

3. Factores culturales relacionados con el entorno psicosocial y niveles de actividad: Anotar las interpretaciones culturalmente relevantes del estrés social, los apoyos sociales disponibles y los niveles de actividad y discapacidad. Debe incluirse el estrés en el entorno social próximo y el papel que juega la religión de origen y las relaciones familiares más próximas en el apoyo emocional.

4. Elementos culturales de la relación entre individuo y clínico: Indicar diferencias en el nivel cultural y social entre el individuo y el clínico, y los problemas que estas diferencias pueden causar en el diagnóstico y tratamiento (por ej.: dificultades para comunicarse en el idioma del paciente, en comprender la causa de los síntomas o su significado cultural, en establecer una relación adecuada, y en determinar si un comportamiento es patológico o está ligado a la cultura del paciente).

5. Evaluación cultural global para el diagnóstico y la asistencia: La formulación concluye con una discusión sobre cómo las consideraciones culturales influyen específicamente en la comprensión diagnóstica y la asistencia.

Características especiales de las valoraciones psiquiátricas transculturales

- Expectativas que los pacientes y sus familias tienen respecto a la consulta; explicación de las causas, pronóstico y el tratamiento.
- Patrones de comunicación culturales y religiosos, tabúes, distancia física, ritos funerarios religiosos o de otro tipo.
- Potencial de malas interpretaciones por ambas partes y, en especial, respecto a: racismo, estereotipos, preguntas directas, contacto físico, distancia, contacto visual, barreras lingüísticas.
- Valoración ajustada al contexto cultural del paciente, implicando en la misma a personas familiarizadas con dicha cultura y, preferentemente, con conocimientos de nosología psiquiátrica.
- Valoración crítica de las limitaciones de la entrevista, en especial en aquellas partes en las que quede mucho por conocer.

Cómo preparar la entrevista de valoración: el uso de intérpretes

- Tenga presente su propio entorno cultural y conozca sus límites. Comprenda que sus conocimientos pueden verse dificultados por los valores de su propia cultura.
- Respecto a cada una de las partes implicadas en la consulta, aclare primero los siguientes aspectos: idioma, religión, etnia.
- Conozca el papel, los conocimientos y los límites del intérprete. Reúname con él antes de la entrevista para determinar sus conocimientos sobre la cultura en cuestión y sus posibles rasgos diferenciales respecto a la misma: dialecto, lugar de origen, religión, etc.
- No le pida a los hijos que hagan de intérpretes. Evite que los parientes hagan esta labor, a no ser que se trate de una urgencia y que el retraso pudiera resultar perjudicial para el paciente.
- Acuerde el método de trabajo a seguir —la traducción literal— y preste atención al contexto cultural de los síntomas o a cualquier objeción contra el intérprete en concreto.
- Subráyeles al paciente y al intérprete la cuestión de la confidencialidad.

La inmigración en España

En España viven 852.889 inmigrantes irregulares, según el único modo fiable de contarlos: el padrón municipal. Su

número se aproxima cada vez al de los regularizados, que el Ministerio del Interior cifra en 1.074.895. La cifra de irregularizados debe ser considerada como aproximada. Se obtiene de cruzar el número de regularizados, proporcionado por el Ministerio del Interior, con el de los censados, revelado por el Instituto Nacional de Estadística. Es necesario recordar que un inmigrante sin papeles puede llegar y estar censado en varios municipios. Aunque dicha distorsión, puede quedar compensada en parte, con la circunstancia de que existen inmigrantes con papeles que aparecen en el cálculo de Interior y que pueden haber abandonado España. El Instituto Nacional de Estadística calcula que en 2010 habrá en España al menos cuatro millones de extranjeros, poco más que doble de la cifra actual. También prevé que este grupo, la principal fuente de crecimiento demográfico, supondrá entonces entre el 9% y el 13,5% del total del censo. Hoy, cerca de 500.000 musulmanes, más de un tercio de ellos con nacionalidad española, luchan por encontrar un lugar en nuestra sociedad.

La población extranjera empadronada en la Comunidad de Madrid se distribuye de la siguiente forma: el 90,72% reside en el Área Metropolitana, y el 9,28% en el resto de municipios no metropolitanos.

EL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL EN MARRUECOS

El estudio de la enfermedad mental y de las terapias tradicionales en el contexto marroquí necesita, en tanto que reflexión sobre la conducta humana particu-

larmente compleja, un esfuerzo multidisciplinario constante. Situado en un contexto cultural y religioso, las representaciones culturales de la enfermedad y su terapia constituyen fenómenos antropológicos y sociológicos cuyo estudio requiere considerar el contexto socio-cultural donde los mismos se manifiestan, donde las creencias y las prácticas están en relación a un pensamiento mágico-religioso tradicional e histórico.

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

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

El problema radica entre creencia tradicional y experiencia subjetiva. El fenómeno psicopatológico puede ser comprendido culturalmente; o, el delirio puede ser incomprensible, sin lógica y con falta de toda referencia cultural, entonces será visto como una locura y no como una posesión o un hechizo. La locura en Marruecos está concernida por

Distribución de la población extranjera empadronada en la Comunidad de Madrid. Año 2002

| | Total extranjeros | % extranjeros |
|------------------------------|-------------------|---------------|
| Corona Metropolitana Norte | 24.302 | 3,98% |
| Corona Metropolitana Sur | 76.788 | 12,57% |
| Corona Metropolitana Este | 51.211 | 8,39% |
| Corona Metropolitana Oeste | 26.512 | 4,34% |
| Total Corona Metropolitana | 178.813 | 29,28% |
| Municipio de Madrid | 361.236 | 59,15% |
| Collado-Villalba | 8.492 | 1,39% |
| Galapagar | 5.507 | 0,90% |
| Total Área Metropolitana | 554.048 | 90,72% |
| Municipios no metropolitanos | 56.696 | 9,28% |
| Total Comunidad de Madrid | 610.744 | 100,00% |

Fuente: Padrones Municipales de Habitantes, a 1 de enero de 2003.

esta división: una normalidad de la patología o una anormalidad de la patología. Dos elementos intervienen en la separación: la incoherencia y la agitación. A pesar de esta distinción una palabra (*hmaq*: locura), término genérico, engloba en el contexto marroquí la casi totalidad de los cuadros de alteración mental.

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

Una constante es la utilización de quejas somáticas como una forma de comunicación. El trastorno mental se hace visible a través de lo somático y entonces así manejable. Cada parte corporal puede tener una connotación simbólica: un malestar de espalda, vago e inespecífico, puede llegar a ser la expresión de un estado de tristeza. Hay una tendencia a utilizar distintas partes del cuerpo como forma de manifestación de los afectos. Más que una falta o una pobre capacidad de intelectualizar todo lo relacionado con lo afectivo, la falta de palabras en la consulta revela más bien una actitud interactiva en la que ante el sanador popular, siempre primera preferencia de consulta, sin dar ninguna explicación pormenorizada de su dolencia, el paciente espera la interpretación del origen de su malestar, lo que siempre es un preámbulo necesario para juzgar la capacidad terapéutica del sanador que se consulta.

En los países del Maghreb lo irracional constituye lo racional. Lo irracional es en ellos el modo de funcionamiento por excelencia. La sociedad magrebí ha desarrollado un sistema de comprensión conforme a sus representaciones culturales tradicionales. La enfermedad mental no es un fenómeno individual que aísla, aliena, excluye o retrae al enfermo

del grupo social. El enfermo no es responsable, es una víctima de instancias persecutorias; la enfermedad es comprendida por todos. La alteración se explica dentro de un sistema que todo el mundo comprende, comparte y en el que asume todos sus fundamentos y las consecuencias que de ello se derivan.

La voluntad divina

Tanto en la historia de los pueblos como en la etnografía lo sacro tiene por igual connotaciones de potencial patológico como de capacidades terapéuticas. La fórmula proverbial «*l'hmaq min ghadabi Allah*» (la locura es la cólera de Dios) traduce con exactitud la realidad marroquí. Aún si el entorno del paciente declara como él ignorar qué pudo haber motivado esa cólera divina, se estará de acuerdo en decir que el individuo que se encuentra afectado seguramente ha transgredido uno de los principios de la vida o de lo sagrado: el respeto a sus padres, a las leyes de la naturaleza, a alguna categoría de lo religioso que proviene de Dios. Pero la intervención primitiva de lo divino en el discurso etiológico relativo a la patología mental es moralmente insoportable y socialmente intolerable. Si bien Dios es el «creador del mal y su remedio», el discurso etiológico tradicional en Marruecos prefiere vaciar o desalojar la primera máxima que mantiene o sustenta una acción divina sobre el enfermo y mantener aquella que prevé el recurso terapéutico de origen divino.

LA POSESIÓN

El modelo de la posesión es un modelo que prevalece en la sociedad marroquí. Las manifestaciones psicopatológicas que puede provocar suscitan una gran atención social y los genios (*Djinn* o *Jnouns* en Marruecos) se encuentran implicados en una gran variedad de formas de la locura. La noción de posesión comporta muchos significados en función del contexto en que sea utilizada. Los genios, por su naturaleza fuertemente malintencionada, constituyen en la representación cultural lo esencial de la etiología en materia de trastornos mentales, etiología que puede tomar diferentes formas según el modo de acción de los mismos. Tanto en la religión oficial como en la popular, están representados como un ser maléfico o como un ser benéfico. Las relaciones con los hombres son así buenas o malas según las cir-

cunstancias. La multitud de genios y de fuerza que componen la demonología musulmana constituyen un mundo en el que es difícil efectuar un ordenamiento. El Islam integra el *djinn* pre-islámico en su tradición y defiende la realidad de su existencia. El lugar y el rol que el *djinn* tiene en el pensamiento y la vida popular son de una gran importancia. Junto con el culto de los santos constituye la especificidad de lo que suele llamarse el Islam magrebí. *Aicha kandicha* es la más importante y la más conocida de entre los genios. Personaje femenino, es conocido en todos los niveles sociales. Se la describe como una criatura fascinante, seductora y de una terrorífica omnipotencia. La diferenciación de los genios por su nombre y su especificidad es muy común en algunas de las cofradías religiosas, en especial en los *Gnaoua*, cofradía de origen africano, que sostiene mantener una comunicación privilegiada con los genios.

Los genios (*Djinn/Jnouns*) son seres sobrenaturales que pueden entrar en el cuerpo de un hombre o mujer y alterar su funcionamiento psíquico. Popularmente se cree que su intención es la obtención de una compensación por la persona poseída: una ofrenda, un sacrificio, un altar. Reconocidos en el Corán ya que han sido creaciones de Dios, tienen un cuerpo y son mortales, pero su capacidad de desplazamiento es tan rápida que no pueden ser observados por los humanos. Junto a los ángeles (*malaika*) y los demonios (*shayâtin*) los genios forman una suerte de grupo de entidades no humanas, generalmente invisibles pero que pueden llegar a ser percibidos en ciertas condiciones particulares. A nivel popular toda referencia a los genios se realiza con cuidado y temor.

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

hace referencia dicho modelo cultural de funcionamiento social y comunicación.

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

Síntomas somáticos

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

Síntomas psíquicos

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

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

HECHICERÍA Y MAGIA

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

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

Magia/Ciencia – Hechicería/Ignorancia

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

El universo mágico está dominado por el *Fquih*, personaje religioso, conocedor del Corán, un hombre con saber y habilidad en la aplicación de preceptos religiosos y que puede elaborar talismanes, interpretar sueños y hacer astrología. Una gran parte del poder del *Fquih* está ligado a su posesión de la escritura, del verbo que él convierte en fórmulas y en escritos que el dispensa como talismanes.

En la hechicería debemos mencionar al *Chouwaf(fa)* término que significa el (o la) vidente. Este personaje ocupa principalmente el espacio que puede llamarse la región sexual, él puede curar y también provocar todas las acciones relacio-

nadas con el terreno de la sexualidad (impotencia, esterilidad, etc.). El dominio de la hechicería es un privilegio de la mujer. Asumidos por la *Sehhara* (hechicera), y la *Chouwaffa* (vidente), hacen ambas una manipulación constante de recetas, encantamientos, alteran alimentos, etc. En general analfabetas, la escritura, la confección de amuletos, el uso de textos del Corán, les son inaccesibles.

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

EL MAL DE OJO

El mal de ojo se encuentra profundamente arraigado y difundido en la cultura marroquí. Se puede decir que se trata de una fuerza mágica donde el agente activo es la mirada. Las malas influencias que se derivan del mal de ojo no necesitan del concurso de la magia ni de ningún rito y no necesitan de intermediario alguno. Es la manifestación, o más exactamente, el vehículo de un sentimiento de admiración en un primer tiempo que se transforma luego en un sentimiento malintencionado de envidia y de celos. En principio cualquier persona puede realizar un mal de ojo, porque todas las personas pueden estar dotadas de sentimientos de admiración o envidia hacia las pertenencias de otros. Sin embargo, el discurso popular tiende a definir una categoría de personas más sospechosas que otras: quienes aparecen con aspecto extraño desde el punto de vista físico y las mujeres ancianas cuya mirada es muy temida.

En la tradición árabe-musulmán el mal de ojo concentra un gran número de creencias que llevan a múltiples prácticas populares para protegerse del mismo. El mal de ojo enferma a los niños, rompe las parejas, provoca locura, arruina los negocios, hace perder las cosechas, debilita el ganado, etc. Los niños son el grupo más susceptible de ser afectado por la acción del mal de ojo. Así, las palabras (comentarios) y las miradas dirigidas a los niños son sometidas a restricciones por las madres. Son numero-

sas las medidas de protección: la mano de *Fatma* (pequeño amuleto en forma de mano que se cuelga en las cosas a proteger); talismanes; tatuajes; frases cortas que se repiten ante el peligro de sentir el mal de ojo, que proceden del Corán.

LA DEPRESIÓN EN EL MAGHREB

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

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

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

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

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

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

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

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

Factores personales y sociales a considerar en la depresión en inmigrantes

Factores personales:

- Edad
- Género
- Personalidad
- Existencia de conflictos previos
- Características del proyecto migratorio

Factores sociales:

- Número e identidad de los factores de estrés a que se halla sometido el inmigrante
- Densidad y calidad de la red de apoyo social
- Política de acogida del país receptor
- Grado de apertura cultural de la comunidad inmigrante
- Concepción cultural de salud y enfermedad
- Contexto histórico en el que tiene lugar la inmigración

Factores a considerar en la evaluación del paciente depresivo

- Conocer el uso de metáforas como forma de expresión de la dolencia
- Quejas somáticas y una actitud de marcada pasividad en la entrevista forman parte de un modelo comunicacional del padecimiento
- Realizar una historia detallada de: sueño, alimentación y problemas digestivos
- Ser muy cuidadoso si se pregunta sobre la vida sexual
- Intentar comprender la percepción que el paciente tiene de su padecimiento
- Conocer su vida social y trabajo
- Indagar qué tipo de ayuda es la esperada por el paciente, sus expectativas
- Identificar factores desencadenantes y predisponentes. Los factores de vulnerabilidad pueden variar entre culturas diferentes.
- Ubicar el padecimiento en su marco cultural

Ansiedad y somatización

- Ansiedad y somatización pueden ser vistas como un idioma del padecimiento
- Los valores culturales afectan a la ansiedad y la somatización
- Ambas pueden formar síndromes culturales específicos
- Abordarlas de forma individual
- Recordar las condiciones psiquiátricas presentes en ellas
- Cuidar los estereotipos culturales y diagnósticos rápidos
- Estar abierto a información colateral más allá de los síntomas

Sintomatología del síndrome del inmigrante con estrés crónico múltiple (síndrome de Ulises) (tomado de J. Achotegui. 2001)

Ha de haber sintomatología de, al menos, tres de estas áreas:

En los tres dialectos del Maghreb no existe ninguna palabra propia para expresar de forma directa y clara un estado emocional depresivo

- Sintomatología depresiva: tristeza, llanto.
- Sintomatología ansiosa: preocupaciones intrusivas, irritabilidad, insomnio.
- Sintomatología somatomorfa: cefaleas, fatiga.
- Sintomatología disociativa: confusión temporoespacial, desrealización, despersonalización.

Se pueden asociar interpretaciones culturales de las causas del trastorno: mal de ojo, brujería, etc.

MODALIDADES TERAPÉUTICAS POPULARES

Fquih: es ante todo un maestro de escuela coránica, un dirigente de los asuntos de la mezquita. A partir de la palabra divina y de sentencias, confecciona talismanes, filtros de amor, etc. Los encantamientos atraen sobre el portador la fortuna, el poder y le protegen del mal. Se ocupa de efectuar mediante la lectura de suras del Corán el tratamiento de los fenómenos de posesión mediante el exorcismo. Pero también el *Fquih* es consultado cuando la causa del mal está en la hechicería.

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

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

CONCLUSIONES

La inmigración, una decisión vital fundamental, tiene importantes consecuencias psicológicas y sociales para el individuo y para el grupo familiar. La inmigración supone factores económicos, sociales y culturales y, en consecuencia, su totalidad no puede reducirse a una única variable. Tras ocuparse de sus necesidades esenciales, los inmigrantes comienzan a tener que enfrentarse a situaciones imprevistas. Muchos experimentan problemas psicológicos. Lo más frecuente es que las pérdidas de contacto con la familia y del contexto ambiental de vida provoquen diversos estados de afectación emocional, desde una ligera tristeza a la depresión y a un «duelo» constante. Otros experimentarán la disonancia entre sus expectativas culturales y el contexto con reacciones de ansiedad. Muchos llegan con unas expectativas exageradas de bienestar y deben adaptarse a una realidad más austera. Las aspiraciones no cumplidas, unidas a la dificultad de adaptación al nuevo ambiente socio-cultural, pueden provocar sentimientos de desconfianza, frustración y cierto tono paranoide. Aunque algunos presenten síntomas agudos que requieran tratamiento, otros —la mayoría, quizá— sólo sienten un malestar pasajero y se adaptarán a sus nuevas circunstancias de vida.

GLOSARIO

Aicha Kandicha: genio femenino.
Aissaoua: cofradía.
Aryah: término popular que designa los genios.
Ayn: mal de ojo.
Baraka: bendición. Carácter sagrado de ciertos seres y cosas.
Bouia Omar: santuario terapéutico especializado en el tratamiento de enfermedades mentales situado al norte de Marrakech.
Chouwaf: el vidente.
Chouwaffa: la vidente.
Djinn: genio.
Fquih: maestro coránico, personaje religioso conocedor de la ciencia esotérica de inspiración coránica, interviene en tanto que exorcista.
Gnaoua: cofradía.
Hal: trance, estado místico.
Hmadcha: cofradía.
Hmaq: locura, loco.

Hammou Qiyou: genio esposo de Aicha Kandicha.

Jnouns: genios.

Lalla Malika: genio femenino.

Lalla Mira: genio femenino.

Madroub: tocado o enloquecido por un genio.

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

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

Majnoun: poseído por un genio.

Mamlouk: que es propiedad de un genio. Poseído.

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

Maskoun: persona habitada por los genios.

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

Mchiar: contacto violento con los genios pero no permanente.

Mektoub: destino, fatalismo.

Meshour: hechizado.

Sara'a: sesión de exorcismo.

Sehhar: hechicero.

Sehhara: hechicera.

BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui J. Trastornos depresivos en inmigrantes: influencia de los factores culturales. JANO 2001;Supl:1-20.
- DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2001. p. 1003-9.
- Aouattah A. Ethnopsychiatrie Maghrébine. Paris: L'Harmattan; 1993.
- Bhugra D, Kamaldeep B. Cross-Cultural Psychiatry: a Practical Guide. London: Arnold; 2001.
- Tizón García JL, Salamero M, Pellegrero N, Sainz F, Atxotegi J, San José J, Díaz-Munguira JM. Migraciones y salud mental. Barcelona: PPU; 1993.
- Ofrim. Boletín de la Oficina Regional para la Inmigración. Número 62; 2003.
- Ammar S, Douki S, Boucebci M, Chkili T, Moussaoui D. Aspects cliniques et psychopathologiques de la dépression au Maghreb. Psychopathologie Africaine 1981;XVII(1-3):16-26.
- Moussaoui D, Ferrey G. Psychopathologie des migrants. Paris: PUF; 1985.
- Aouattah A. Immigration maghrébine, maladie mentale et psychiatrie, o quand les immigrés emmènent leurs maladies. Ann Med Psychol 2000;158(9):693-701.
- Gaw AC. Concise Guide to Cross-Cultural Psychiatry. Washington: American Psychiatric Publishing; 2001.

En breve...

LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE LA POBLACIÓN INFANTIL SE MULTIPLICARÁN EN LOS PRÓXIMOS 12 AÑOS

El 91% de 263 profesionales de la pediatría consultados para la elaboración del informe «El futuro de la salud infantil y de la pediatría en España» pronostica un aumento de los problemas de salud mental entre la población infantil en los próximos doce años.

El citado estudio, realizado por la fundación Salud, Innovación y Sociedad (SIS) y apoyado por las asociaciones española y catalana de pediatría, establece

la evolución probable en los próximos años de problemas determinantes de salud infantil y de las especialidades pediátricas, de acuerdo con la opinión de profesionales del Sistema Nacional de Salud.

El 82% de los expertos consultados considera que aumentarán los problemas de salud de origen socio-cultural, especialmente aquellos relacionados con los malos tratos, el abuso sexual, fracaso escolar, desnutrición y drogadicción. El informe alerta sobre la aparición de problemas relacionados con la hipercolesterolemia y la obesidad, que está vinculado a las «deficiencias en la dieta y la fal-

ta de ejercicio», entre otros factores.

La mayoría de los profesionales encuestados, el 83%, pronostica también que el aumento de la natalidad en España se deberá principalmente a la población inmigrante, mientras que el 79% considera que se multiplicará el número de interrupciones de embarazos por parte de adolescentes.

El 81% de los profesionales consultados para las elaboraciones de «El futuro de la salud infantil y la pediatría en España» espera que se establezca y se desarrolle una subespecialidad pediátrica enfocada a la adolescencia.

Agenda

■ XVI Congreso Mundial de la Asociación Internacional de Psiquiatría Infantil y Adolescente y Profesionales Similares (IACAPAP)

Berlín (Alemania) del 22 al 26 de Agosto del 2004

Idioma: Inglés

Organizador: Asociación Internacional de Psiquiatría Infantil y Adolescente y Profesionales Similares (IACAPAP)

Información: CPO HANSER SERVICE GmbH Paulsborner

Strasse 44 14193 Berlin Germany Contact:

Antje Werner Telephone: +49-30-300 66 90

Telefax: +49-30-305 73 91

Email: berlin@cpo-hanser.de

Web: <http://www.cpo-hanser.de>

■ VIII Congreso Nacional de Psiquiatría

Bilbao (España) del 26 al 30 de Octubre del 2004

Organizador: SEP y SEPB.

Servicio de Psiquiatría del Hospital de Cruces

Información: Viajes Halley, S.A.

Cea Bermúdez, 61

28003 Madrid

Teléfono 91 455 00 28

Fax 91 549 93 48

Email: congresos@viajeshalley.es

Web: <http://infopsiquiatria.com/bilbao2004/>