



LAS CREENCIAS COMO ESTADOS QUE TENER EN CUENTA EN EL TRATO A LOS PACIENTES MUSULMANES CON TRASTORNOS MENTALES



DAVID GARRIGA GUITART

Enfermero especialista en Salud Mental.
Unidad Hospitalaria
Psiquiátrica Penitenciaria.
Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Las diferentes culturas desempeñan un papel muy importante en cómo la gente experimenta y define la enfermedad, si busca ayuda o no, cuáles son sus recursos para afrontarla y cómo influyen las creencias en los diferentes tratamientos para sanarlas. Si cuando nos referimos a salud en general en las personas de culturas diferentes a la nuestra ya es difícil de entender, más lo será cuando estemos hablando de salud mental.

Los diferentes profesionales sanitarios especialistas en la salud mental atienden, entre sus usuarios, a un gran número de personas culturalmente diferentes a ellos, lo que, sin lugar a dudas, obliga a plantearse la necesidad de obtener una formación en nuevas estrategias de atención, herra-

mientas para los cuidados y una organización de los servicios asistenciales ofrecidos para que sean eficaces a la hora de curar. Quizá los servicios de urgencias y atención primaria constituyan uno de los recursos, en un primer momento, más utilizados para el inmigrante, siendo de considerable importancia que los profesionales que trabajan en estos servicios dispongan de las herramientas suficientes para poder realizar un correcto abordaje del usuario. Para ello, es fundamental conocer sus creencias y costumbres, su percepción de la enfermedad y la experiencia con determinados tratamientos. No es tarea fácil. Es importante conocer unos elementos básicos sobre las diferentes culturas para que estas no nos puedan generar malentendidos, tensiones y conflictos.

Correspondencia: David Garriga Guitart
Correo electrónico: dgg030@gmail.com

SALUD MENTAL EN LA CULTURA ÁRABO-ISLÁMICA

El mundo islámico, a diferencia del cristiano y el judío, desarrolló una actitud más empática hacia las enfermedades mentales. No solo hacía lo posible para entenderlas, sino que buscaba la manera de cuidar y proteger a quien las padecía (tratamiento preventivo, de protección, hospitalario, recursos sociales para el discapacitado mental, etcétera).

Durante siglos, la salud mental en algunos de los países árabes estuvo por delante del resto del mundo, sobre todo, en la integración del paciente y su aceptación como uno más en la sociedad. Su regulación preventiva a través del Corán ofrecía una protección hacia la persona enferma y las consecuencias que estas enfermedades mentales podían comportar, como, por ejemplo, el suicidio, procurando la autoconservación, protegiendo al enfermo cuando este no era capaz de saber lo que hacía y su subsistencia dentro de la comunidad:

«No confiéis a los faltos de juicio los bienes que Dios os ha asig-

nado: alimentadles y vestidles con ellos, y habladles con cariño» (Corán, 4:5).

Aunque el término *psicología* no existía en esos tiempos (aparece en Occidente en el siglo XIX), los primeros científicos musulmanes escribieron extensamente sobre ella. También es verdad que la mayoría de esos textos eran más filosóficos que médicos. Aún así, apareció un término que se asemejaba a lo que podríamos definir como «psicología islámica» denominado *Ilm al Nafsiat*. El *Ilm al Nafsiat* era definido como el «estudio de los *nafs*» ('psique' en árabe) en el mundo islámico, sobre todo, en la edad de oro (siglos VIII a XV).

Muchas han sido las aportaciones y los avances médicos en la psiquiatría por parte de los científicos musulmanes; entre ellos, podemos incluir los mencionados primeros hospitales para enfermos psiquiátricos o *bimaristanes*, el desarrollo de una clínica mental apartada de las supersticiones, un tratamiento médico para estas enfermedades y la dedicación al estudio de la patología mental como una especialidad médica propia, conocida como *al-'ilaj al-*

nafs (traducida como la «psicoterapia» actual).

En la actualidad y refiriéndonos a los trastornos psíquicos en concreto y sin desatender las diferentes formas de expresión del trastorno mental en el paciente musulmán, mencionaremos dos creencias en la cultura islámica que, a los profesionales de la salud mental, pueden generarnos confusión a la hora de discernir entre «creencia» y «patología», dificultando muchas veces la manera de diagnosticar y cuidar adecuadamente.

En un estudio realizado con pacientes ingresados en un centro penitenciario psiquiátrico en Barcelona, en donde se comparaban los diferentes diagnósticos de pacientes psiquiátricos a través de la cuarta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*, observamos que existe una dificultad para poder clasificar dentro de un diagnóstico a los pacientes inmigrantes por parte de los profesionales (fig. 1)¹.

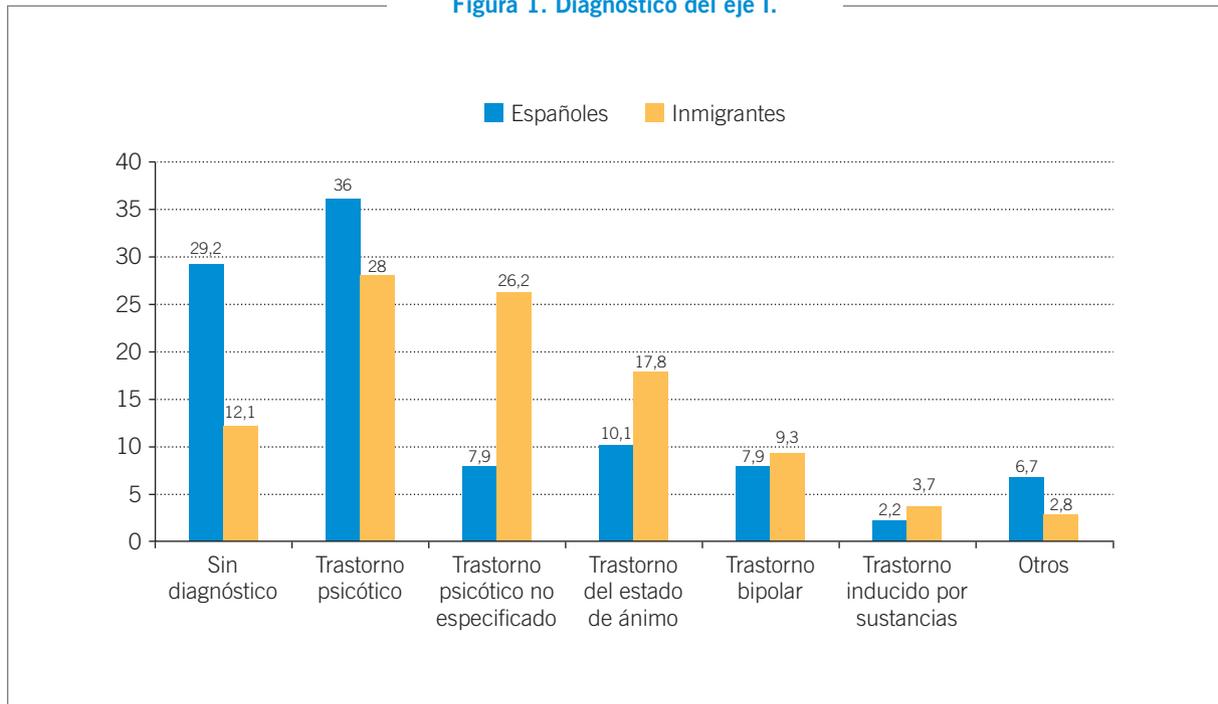
Se aprecia una alta presencia de diagnóstico de «Trastorno psicótico no especificado» en la población inmigrante atendida comparado con el que recibían los pacientes españoles.

Necesidad de obtener una formación en nuevas estrategias de atención, herramientas para los cuidados y una organización de los servicios asistenciales ofrecidos para que sean eficaces a la hora de curar

Creencias

En la cultura árabo-islámica, existe un conjunto de afecciones que para otras culturas podrían clasi-

Figura 1. Diagnóstico del eje I.



ficarse dentro del concepto de «locura» o trastorno mental y que, en cambio, son explicadas como consecuencia de diferentes creencias como, por ejemplo, el caso del *râged* o la acción de los *jnûn*.

Râged

El *râged* o «niño dormido» (aceptado por algunas leyes islámicas y códigos de familia de algunos países árabes) se define como un enlentecimiento o paro total del desarrollo del feto por causas naturales o de forma intencionada. El feto se duerme durante un tiempo y puede despertar y continuar su desarrollo normal hasta el parto o morir y ser expulsado del cuerpo.

Diferentes jurisprudencias regulan el tiempo permitido para que este enlentecimiento sea legal o autorizado o no. Por ejemplo, el Corán (46:15) se pronuncia sobre la duración mínima del embarazo (de 6 meses a 30 semanas de gestación); la *Moudawana* (código de familia marroquí), en su artículo 135, describe que la duración máxima del embarazo es de un año a contar desde la fecha del repudio, divorcio o defunción.

Diferentes enfermedades pueden relacionarse con la creencia del *râged*; entre ellas, encontramos la retención *in utero* del feto muerto, la amenorrea, el embarazo extrauterino o ectópico, el embarazo psicológico, el inicio de la

menopausia, los tumores, las enfermedades de la placenta, etcétera.

Jnûn

Otra creencia que puede llevarnos a confusión y comportar dificultad a la hora de distinguir si estamos frente a un trastorno mental o ante una psicopatización es la creencia en la posesión de los «genios» (*jnûn*). La acción que pueden realizar los *jnûn* sobre las personas constituye uno de los elementos centrales en el sistema islámico de explicación de afecciones físicas y mentales².

En la religión musulmana, se defiende la realidad de su existencia y son definidos como fuerzas o seres espirituales que exce-

den la capacidad de percepción de nuestros sentidos. Son seres creados por Alá, de naturaleza similar a la humana, pudiéndose metamorfosear en infinitas formas (personas, animales y objetos) y reconocidos por el Corán y por el llamado islam popular. Estos genios pueden entrar en el cuerpo de un hombre o de una mujer y alterar su funcionamiento psíquico. Uno de los genios más célebres es *Aicha Kandicha*, personaje femenino conocido en todos los niveles sociales. Es descrita como una criatura fascinante, seductora y de una terrorífica omnipresencia.

Suelen encontrarse en lugares bajo tierra, zonas con agua (estanques, ríos, canalizaciones subterráneas, cloacas, lavabos, cocinas, etc.), casas abandonadas o ruinas. También en lugares donde se encuentre sangre y huesos; profesiones o perfiles atrayentes de los genios serían, por ejemplo, los trabajos relacionados con este fluido (carniceros, sacrificadores, homicidas, mujeres menstruantes, etcétera).

Su naturaleza semántica en árabe es *j-n-n*, de la que podemos extraer varios significados: cubrir, envolver y algunos derivados como *jenan* (locura).

Estos seres, representados tanto como buenos o como malos, constituyen en la simbología cultural lo esencial de la etiología en materia de trastornos mentales. Esta etiología puede adoptar dife-

rentes formas según el modo de acción de los genios. Entre las afecciones psicósomáticas de una posesión por un genio, podríamos encontrar varias: ausencia de personalidad, bloqueos comunicativo-melancólicos, epilepsia, impotencia sexual, paranoia, parálisis repentinas (sorderas, cegueras, parálisis facial, etc.), paranoia de persecución, etcétera.

En cuanto a los síntomas físicos y psicológicos que podemos observar en un paciente bajo el efecto de una posesión por un genio, tendríamos: espasmos, temblores, dolores, desmayos, vómitos, cambios de voz, desdoblamientos de personalidad, delirios o negativas a comer, entre otros.

CONCLUSIONES

La Asociación Estadounidense de Psiquiatría ha intentado dar respuesta a la demanda de algunos profesionales frente a la creciente aparición de pacientes inmigrantes con un trastorno mental. Para ello y a fin de reducir los posibles errores diagnósticos, ha incluido «la cultura» como una dimensión más en el *DSM-IV*, necesaria para la comprensión de un cuadro clínico: la llamada «Formulación cultural». Esta permite describir la identidad cultural del paciente, su modelo de comprensión y explicación de 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. A pesar de dichos esfuerzos para esta inclusión, y con el riesgo de incurrir en una excesiva instrumentalización dejando al margen al paciente, nos faltan todavía herramientas para poder diagnosticar, tratar y cuidar de manera más eficiente y eficaz a los usuarios culturalmente diferentes³.

En lo que respecta a los profesionales de la salud mental, deberíamos tener en cuenta los siguientes puntos:

1. **Poder de la familia y la comunidad en el tratamiento.** Es un punto muy importante a la hora de impartir una educación sanitaria a pacientes musulmanes. Como hemos visto antes, el concepto de colectivismo se refleja en el apoyo que encuentran en los suyos, siendo esencial para un futuro mantenimiento del tratamiento y aceptación de la enfermedad el que su educación se realice no solo de manera individual con el paciente, sino implicando a toda la familia.
2. **Existencia de otros profesionales antes que el médico y la enfermera.** Cada vez más tenemos que ir acostumbrándonos a trabajar de la mano de otros profesionales no tan convencionales dentro de nuestro sistema sanitario. El hecho de que en una cultura se tenga confianza en un tipo de tratamiento ofrecido por otros profesiona-



les diferentes a los occidentales no ha de cerrarnos a poder mantener el contacto con estos, trabajar bidireccionalmente y ofrecer al paciente la posibilidad de que acuda a ellos para realizar así su seguimiento. En la cultura marroquí, por ejemplo, la creencia en profesionales como el *fquih* (persona conocedora del Corán, consejera en asuntos religiosos y de la vida cotidiana, actuando muchas veces como mediador en litigios entre personas) puede ser normal e, incluso, ser su primera opción a la que acudir ante la

presencia de una enfermedad mental.

3. **Posición pasiva frente al médico y al tratamiento.** Muchas culturas esperan del sanador un remedio para curar su afección. De este modo, aguardan de manera pasiva a que la terapia ofrecida les haga el efecto esperado sin tener que hacer nada al respecto. El que cura es el médico. Por lo que podemos encontrar resistencias por parte del paciente a seguir un tratamiento muy largo, participar de su recuperación activamente o, al ver que no aparecen

resultados a corto plazo, dejar de acudir a la consulta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Escuder G, Garriga D. Inmigración, delito violento y trastorno mental. Congreso de la Asociación Mundial de Psiquiatría-WPA: Migración, salud mental y transculturalidad en el siglo XXI. Barcelona; 2010.
2. Mateo Dieste JL. Salud y ritual en Marruecos: concepciones del cuerpo y prácticas de curación. Barcelona: Ediciones Bellaterra; 2010. p. 234.
3. Balbo E, Pis-Diez G. El concepto de enfermedad mental en inmigrantes marroquíes. Arch Psiquiatría. 2007;70(3):173-88.