



CONSTRUYENDO
INTERSECCIONES:

APROXIMACIONES
TEÓRICAS Y APLICADAS
EN LAS RELACIONES ENTRE
LOS ÁMBITOS DEL PARENTESCO
Y LA ATENCIÓN A LA SALUD EN
CONTEXTO INTERCULTURAL

Anna Piella, Lucía Sanjuán
Hugo Valenzuela (Coordinador/as)

8

REPRESENTACIONES DE LA SALUD EN POBLACIONES MUSULMANAS:

APROXIMACIÓN ETNOGRÁFICO-COMPARATIVA A INMIGRANTES PAKISTANÍES E IMAZIGHEN DE MARRUECOS

IRINA CASADO AIJÓN, HUGO VALENZUELA GARCÍA
GRAFO, Universitat Autònoma de Barcelona

INTRODUCCIÓN¹

Los procesos migratorios son fenómenos complejos en los que se activan y modifican redes de apoyo compuestas por familiares y compatriotas. Estos mecanismos son particularmente notables en casos de crisis y necesidad puntual, como en la enfermedad y el cuidado del paciente emigrado. Para comprender estos aspectos, resulta fundamental analizar las representaciones de la salud y de la enfermedad, así como el modo en que éstas influyen en la elección del itinerario terapéutico.

El presente artículo se orienta en esa dirección. Para tal fin, emplearemos la comparación etnográfica de dos colectivos musulmanes y sunitas inmigrados en Cataluña: pakistaníes y marroquíes. La comparación nos permitirá efectuar un triple ejercicio: primero, explorar las particulares concepciones culturales de la salud y la enfermedad y su relación con el modo en que se orientan, transforman y estructuran las prácticas y hábitos de cuidado sanitario en contextos migratorios. En segundo lugar, abordaremos las similitudes y diferencias de la interpretación y adecuación que hacen

¹ Este artículo se basa en la etnografía realizada en el marco de dos proyectos de investigación en curso: por una parte el proyecto/convenio entre el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya y el GRAFO (UAB) *Desigualdades socioeconómicas y diferencia cultural en el ámbito de la salud en barrios de actuación prioritaria de Catalunya*, dirigido por la Dra. Teresa San Román en el periodo 2006-2008. Por otra parte del proyecto I+D+I dirigido por la Dra. Aurora González Echevarría, *Teoría transcultural de la reproducción de los grupos humanos. La Antropología del Parentesco como estudio de los modelos socioculturales de procreación y crianza de los niños*, 2006-2009.

ambos grupos del código musulmán respecto a la salud y la enfermedad. En tercer lugar, indagaremos sobre la naturaleza y las condiciones en las que tales pautas religiosas se activan o se relajan, prestando especial atención a las cambiantes condiciones socioeconómicas que genera el contexto migratorio.

El artículo presenta, en primer lugar, un sucinto contexto etnográfico de ambas poblaciones, que nos permitirá abordar aspectos comunes y particulares de las respectivas concepciones religiosas sobre la salud y la enfermedad. Esto nos posibilitará entender cuestiones básicas relacionadas con la elección del itinerario médico y la distribución y función de los cuidadores en origen y destino. Finalmente, las conclusiones irán encaminadas a comprender el modo en el que el contexto socioeconómico influye en la concepción islámica de la salud y la enfermedad de ambos colectivos.

1. CONTEXTOS ETNOGRÁFICOS

1.1. Pakistaníes

Pakistán es un estado musulmán creado artificialmente a partir de la fragmentación de la India postcolonial (1947). La cultura pakistaní fusiona, por lo tanto, elementos hindúes, islámicos y, dada la situación fronteriza del país, diversas influencias procedentes de Afganistán, Irán, China e India². Su población se estima en más de 165 millones de personas, que hacen del país no sólo el sexto país más poblado del mundo sino también el segundo con mayor población musulmana, tras Indonesia. Esta homogeneidad es sólo relativa, pues a pesar de que el Islam sea predominante (particularmente el islam sunita de la escuela Hanafi³), existen minorías chiítas, hindúes, cristianas y budistas. Étnicamente se divide en punjabis (44,15%), pakhtuns (15,42%), sindhis (14,1%), mujajirs (7,57%), balochis (3,57%) y cinco millones de refugiados afganos. Y, a parte del inglés y del urdu, se habla

² Pakistán en urdu significa la tierra de los puros. Su condición de fulcro de Asia se manifiesta en el hecho de que el mismo nombre de Pakistán sea producto de un acrónimo: Pnjab, Afganistán, Kashmir, Irán, Sind y Baluchistan.

³ El Islam penetra en la India en el siglo VIII y a partir del siglo XI se establece un reino musulmán en el Punjab, una región históricamente hindú.

punjabi (48%), sindhi (12%), siraiki (10%), pashtu (8%), balochi (3%), hindko (2%) y brahui (1%).

La sociedad pakistaní es tradicionalmente conservadora, jerárquica y patriarcal. La descendencia es patrilineal y las normas residenciales patrilocales. El matrimonio, que sigue pautas endogámicas e implica un modo de vincular dos familias de similar estatus y casta, se da en el 50% de los casos entre primos hermanos (Das, 1973; Werbner, 1990). La sociedad, por lo tanto, se articula en torno al patrilineaje (*biraderi*)⁴, una amplia y cohesionada red que ofrece apoyo al individuo en muy diversos momentos: desde ayuda económica o laboral, a cuidado de los hijos, atención al enfermo⁵, etc. Asimismo, la naturaleza corporativista del patrilineaje implica que la toma de decisiones individuales se extrapole a la arena familiar y colectiva; lo cual puede ser trascendental en situaciones como la decisión sobre someterse a una operación, trasplante, la asistencia del enfermo o las visitas al hospital.

En la sociedad pakistaní el varón goza de una situación privilegiada, pues da continuidad al patrilineaje y a la actividad económica familiar y es el responsable del cuidado de sus padres cuando llegan a la ancianidad – si bien son las nueras las que llevan a cabo esa labor. Por el contrario, las hijas implican una carga económica considerable (dote), son residentes temporales de la unidad doméstica paterna, ya que la abandonan al casarse para ir a la unidad doméstica del marido. Estos aspectos se refuerzan mediante el *pardah* (lit. cortina, en urdu y persa) que implica la confinación femenina en el ámbito doméstico, la segregación por sexos y el uso del velo o *burqa* (Papanek, 1971, Mandelbaum, 1988)⁶. Todo esto redundando negativamente en su autonomía, independencia, toma de decisión o en el acceso femenino a bienes y recursos como trabajo, educación, salud o nutrición. No es de extrañar, por lo tanto, que la mujer presente altos ratios de depresión y

⁴ “La red más amplia de parientes y afines a los que un individuo pertenece... los lazos de descendencia común y los lazos matrimoniales se consideran los determinantes de la pertenencia al *biraderi*” (Shaw, 1997: 149).

⁵ Esto explica, parcialmente, que el sistema de seguridad social introducido en 1960 no tuviese nunca demasiado éxito.

⁶ El grado de acatamiento varía en función del lugar de residencia (urbano o rural), el tipo de familia, la educación o el estatus socioeconómico.

otras dolencias psicológicas (James et al, 2002), limitación en el acceso a los servicios asistenciales de salud (pues sus salidas suelen estar supervisadas por varones de la familia), un papel secundario en la toma de decisión sobre aspectos como el embarazo (que corren del cuidado de la suegra) o vulnerabilidades socioeconómicas que en ocasiones se han traducido en infanticidio femenino (Das Gutpa, 1995).

1.2. Marroquíes

La población marroquí representa el principal contingente inmigrado en España, con 576.344 habitantes (INE, 2007)⁷ y, a pesar de su aparente homogeneidad, también presenta notable diversidad interna.

En efecto, a menudo existe una utilización indistinta de nociones como marroquí y magrebí, aunque ambos términos no indican lo mismo. Esta confusión se debe a las traducciones literales de las palabras en árabe que indican Marruecos (Al-Magrib) y Magreb, la región del norte de África que comprende Marruecos, Túnez, Argelia, Libia, Sahara Occidental y Mauritania (Al-Magrib). Este equívoco tiene una traslación cuando hablamos de las personas que habitan estos territorios. Más aún, cuando utilizamos marroquí para referirnos a una persona originaria de Marruecos, implicamos una cuestión de fronteras políticas pero no culturales, no distinguiendo entre los dos grupos étnicos mayoritarios existentes en el país: los árabes y los imazighen (bereberes, sing. amazigh). La diferencia entre un marroquí árabe o amazigh no es sólo étnica; también implica una complejidad cultural muchas veces oculta bajo el epígrafe común de marroquí.

Se considera a los imazighen (lit. hombres libres) la población autóctona del norte de África. Están divididos en grupos heterogéneos que habitan entre Marruecos, Argelia, Libia, Túnez, Mauritania, Egipto, Mali y Níger, territorio que recibe el nombre bereber de *tamazgha*. Los imazighen de Marruecos se subdividen en dos grandes grupos: los que habitan en la zona del Rif y los que habitan en el Atlas. A pesar de las variantes lingüísticas de una lengua común, la

⁷ Boletín Estadístico de Extranjería y Inmigración N° 10, diciembre 2006, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Avance Padrón 2007, INE.

tamazigh, los grupos imazighen comparten unas pautas culturales comunes así como un calendario propio, una bandera y una escritura, llamada *t(h)ifinagh*.

La población árabe, que islamizó y arabizó el territorio en el S. VII, reside actualmente en las principales ciudades de Marruecos, mientras que los imazighen se concentran en zonas periféricas y rurales del país. Asimismo, existe una gran diferencia en las condiciones socioeconómicas de ambos grupos, dando lugar a una jerarquía en la que la población árabe estaría en un plano superior respecto a los imazighen. Esto es consecuencia de las políticas de los gobiernos árabes y su intento de homogeneización bajo la cultura y la lengua árabe. Así, tras la época de los protectorados francés y español en Marruecos, la independencia del país en 1956 dejó una situación en la que la población árabe, francófona y de mayoría urbana, tenía unas condiciones económicas, sociales y educativas superiores al de la población amazigh, la mayoría rural, que habían visto su cultura y su lengua relegadas a un segundo plano. Desde hace unos años, las reivindicaciones de los imazighen por la recuperación de su cultura, su escritura y su lengua están empezando a introducir cambios en la sociedad marroquí, por ejemplo en la enseñanza del *t(h)ifinagh* en las escuelas.

1.3. Breves apuntes sobre el Islam

Durante catorce siglos el Islam ha ofrecido dignidad y significado a las vidas de cientos de millones de personas. Hoy es religión mayoritaria en países como Marruecos, Indonesia, Libia, Tanzania, Irán, Mauritania, Turquía, Egipto, Malaysia o Croacia, sumando aproximadamente 1.480 millones de creyentes en el mundo. La relevancia del significado de esta religión se hace patente si tenemos en cuenta que el 30% de la población musulmana se halla en Asia y el 60% en África, dos continentes que hoy protagonizan una importante diáspora hacia los países Occidentales. En España, en particular, el 17,6% de los inmigrantes son de origen africano y el 5% asiático (Shah, 2007).

El Islam surge en Arabia Occidental en el 620 y es una religión monoteísta abrahámica⁸, compleja y militantemente evangelista que divide a la humanidad entre *Dar ol Islam* (mundo de sumisión al Islam) y *Dar ol Harb* (mundo de guerra contra Dios). Los textos más importantes son el Corán, la palabra literal de Alá dictada a Mahoma, el Hadith y la Sunna (enseñanzas del profeta) y la Sharia (corpus de ley religiosa). El Islam no distingue la vida secular de la religiosa, impregnando así todos los asuntos mundanos (ritos, alimentación, relaciones económicas...) a la par que genera una fuente de inspiración y cohesión moral y comunitaria⁹ (Cf. *Ummah* o comunidad de creyentes).

La fe islámica se fundamenta en seis actos de fe y cinco pilares. Los actos de fe implican la creencia en Alá, en los ángeles, en los libros sagrados, en los profetas, en la vida tras la muerte y en el destino – que determina la elección de la esposa, la salud, los años de vida o la riqueza. Los cinco pilares son la *shashada* o acto de confesión de fe (Alá es el único dios y Mohammad su profeta), *salat* (los cinco rezos diarios), *zakat* (la ofrenda económica), *sawan* (el ayuno del mes del Ramadán) y, siempre que sea posible, *ha^yy* (la peregrinación a la Meca).

2. ISLAM, SALUD Y ENFERMEDAD

El Islam ofrece guía ante diversos aspectos de la vida, entre ellos la salud. En el Hadith, por ejemplo, se afirma que Alá ha enviado tratamiento para todas las enfermedades y se describen normas de higiene como la depilación, el aseo de cabello y uñas, o la limpieza de las partes púdicas (*Istinja*) (D'Oyen, 2000). En el Corán se elogian las propiedades curativas de la miel y ciertas hierbas medicinales, el carácter preventivo de los alimentos, o el poder purificador de las oraciones coránicas y el agua. Más allá, acatar los preceptos islámicos

⁸ Deriva de la antigua tradición semita y se vincula con la herencia patriarcal de Abraham, como el judaísmo y el cristianismo, cuyos practicantes (las gentes del Libro) gozan de una posición especial en el Islam.

⁹ Un factor de cohesión importante se ha producido mediante procesos de conservadurismo como la revolución iraní de 1978 o la actual tensión occidente-oriente.

(ser un buen musulmán) implica prevención (Cf. Douglas, 1966)¹⁰. En efecto, la ablución y la circuncisión, evitar la carne de cerdo, el alcohol y las drogas, o practicar el ayuno, se consideran actos preventivos de la enfermedad. Del mismo modo, redistribuir el *zakat* y la *fitrah* (dos tipos de redistribución económica) o peregrinar a la Meca contribuyen a expiar los pecados y a hacer al individuo mejor persona y musulmán – lo podría involucrar un notable efecto psicosomático y de sugestión. Al contrario, la muerte agónica, la anormalidad o actitudes condenables como la hipocresía, la arrogancia o el apego a lo material son desviaciones del camino de la fe y pueden hacer *enfermar el corazón*. Por esa razón, para prevenir el mal de ojo, los pakistaníes emplean amuletos (*taweez*)¹¹ y los marroquíes pulseras y las manos de Fátima.

La enfermedad también se considera una prueba, un test, de Alá y posee por lo tanto un efecto catártico. Superar la enfermedad dota de virtud y pureza al corazón del musulmán - aspecto crucial por el cual el musulmán será juzgado al final de sus días (*qalb*). No en vano *salim* significa tanto estar saludable como la posibilidad de ver el destino de Alá incluso en tiempos de adversidad. De ahí no se infiere que los creyentes busquen activamente la enfermedad. Al contrario, la medicina islámica goza de una dilatada tradición médica (Abdul Aziz, 2001) y el Islam prohíbe prácticas como la mortificación, el suicidio o cualquier acto que implique maltrato del cuerpo – que se concibe como un préstamo temporal.

Según Rahman (1987), el Islam no suscribe la doctrina dualista entre mente y cuerpo¹² y por eso es difícil pensar en un alma saludable y un cuerpo enfermo. Tanto los pakistaníes como los marroquíes entrevistados durante el trabajo de campo coincidían en que una excesiva preocupación (por el trabajo, la situación económica o la familia en origen) generaba *tensión* o *nervios* que podían dar lugar a

¹⁰ No es por ello extraño que el paraíso, se conciba como un lugar puro, una liberación de los hábitos impuros y sucios donde, paradójicamente (anotaba un informante malayo, varón, de 42 años) lo único que persiste son las relaciones de parentesco.

¹¹ Es un amuleto, un trozo de cuerda negra sobre la que se leen oraciones y que se coloca en el cuello o cintura del bebé, para protegerlo de enfermedades (Rashid Gatrad, 2001).

¹² La palabra *nafs*, que a menudo se traduce como alma, significa de hecho persona.

enfermedad física¹³. Esto no implica, no obstante, que no se distinga entre sustancia espiritual y corporal, sino más bien que la enfermedad física y espiritual están relacionadas. La primera se cura mediante médicos y la segunda mediante especialistas rituales y religiosos – si bien la cura está en último término en manos de Alá, siendo los individuos e instituciones sus instrumentos. Pero si bien es cierto que el Islam proporciona un corpus de interpretaciones comunes, existe una serie de factores como la historia, la cultura, otras influencias religiosas o incluso la política que generan diferencias notables en ambos colectivos (Valenzuela, 2008b).

En el caso pakistaní existe un claro influjo hindú en muchas de las ideas referentes a la salud y a la enfermedad y, por lo tanto, ciertas interpretaciones consideradas musulmanes no están exentas de sincretismo. Sin embargo, una influencia realmente poderosa en el modo de entender la enfermedad deriva, de hecho, de una antigua tradición musulmana, *unani tibb*, practicada por los *hakims* o médicos tradicionales.

La medicina *unani tibb* entronca con la gran tradición médica griega de Hipócrates (V-IV AC) y Galeno (129-199). A partir del S. VII la medicina humoral experimenta un gran florecimiento en Persia, dando lugar a figuras tan prominentes como Al-Razi, cuyo tratado médico *Al-Hawi* identifica, clasifica y diagnostica con precisión diferentes enfermedades; o Ibn Sina, Avicena (980-1037) y su influyente *Canon (Al-Qanum)*. La invasión mongol originó que muchos de estos médicos y científicos emigrasen a la India, dando lugar a una importante sede de difusión de esta medicina. La biomedicina no se introduce en la India hasta el S. XVII (con la llegada de los británicos) y logró convivir con la medicina humoral durante dos siglos. A partir del siglo XIX, muchos *hakim* fueron introducidos en el sistema médico importado por los británicos en Punjab (Hume, 1984).

La teoría humoral concibe el cuerpo humano compuesto por cuatro sustancias o humores (mucosa, sangre, bilis amarilla y negra). El estado de salud depende del equilibrio de esos humores, que pueden

¹³ “Excessive worry makes for physical illness in a person, according to a tradition which notes the psychosomatic phenomenon of illness” (Rahman, 1987:34).

alterarse mediante la alimentación, el aire del entorno, el sueño, las emociones, etc.

En Marruecos, los imazighen conservaron, después de la conquista árabe y de la islamización de su territorio en el S. VII, un conjunto de creencias anteriores de raíz animista – por ejemplo, la creencia en los *raiah*, que son personas invisibles que viven en un mundo bajo tierra y que pueden poseer a las personas, la brujería o el mal de ojo. Este cuerpo de creencias no está reconocido por el Corán y, por lo tanto, se rechaza como a-Islámico. Según esta creencia imazighen la persona contiene diversos componentes:

El cuerpo. A su vez el cuerpo contiene la materia dura (los huesos), la materia blanda (órganos, tendones, etc.) y sustancias (la sangre, la leche materna, el semen, etc.).

La mente. Este componente se haría visible a través del comportamiento de la persona, de su estado de ánimo o de su mirada.

El alma. Esta sería la parte de la persona vinculada al Islam, la que tiene que seguir el camino marcado por el Corán si quiere llegar a la Gloria. Es la parte inmortal de la persona.

El yo (ego). El yo se visibiliza a partir de la voluntad.

En el cuerpo hay puertas de entrada y salida que comunican interior y exterior y son usadas, así, no sólo para extraer del interior de la persona el dolor o el mal sino para hacer entrar cualquier sustancia o elemento curativo. Estas puertas son las palmas de las manos y la planta de los pies, la boca, los orificios nasales, las orejas o la vagina. Por ellas también pueden penetrar los *raiah* y los *djinn* para poseer a la persona. Los *djinn* o *jin* (del árabe جِنِّي) remiten a los genios o espíritus malignos que se mencionan en el Corán y que están muy presentes en el folclore y las creencias animistas, pre-islámicas, de muchas sociedades – también pakistaníes o malayos.

Dado la importancia de la pertinencia al grupo (patrilineaje), la persona no debe entenderse como un individuo aislado, sino como un miembro de un grupo social y familiar mucho más amplio. Éste supone un factor fundamental no sólo para entender tanto los factores que propician la enfermedad (la falta de fluidez y del buen mantenimiento

de las relaciones con los parientes) como las personas responsables del cuidado de los enfermos.

Es a partir de la noción de persona que debe entenderse la conceptualización de la salud y la enfermedad entre los marroquíes. Así, la salud se daría cuando los cuatro componentes de la persona están en equilibrio, cuando están dentro de los límites de aquello que se considera adecuado. Mientras que la enfermedad se daría cuando cualquiera de tales componentes se altera o sale de los parámetros de lo que se considera normal. Dos son las causas principales que conllevan desequilibrio de esos componentes y, por lo tanto, enfermedad: los sustos o *anajrih*, que se dan cuando la persona está en contacto con el agua, la sangre o la carne fresca y se le da una mala noticia o también cuando vive un hecho o un accidente traumático; y las posesiones de los *djinn* o los *raiah* las cuales pueden darse en dos situaciones, cuando se hace enfadar a uno de estos seres o cuando la persona se encuentra en una de las dos situaciones de vulnerabilidad: cuando siente una emoción de forma extrema (rabia, alegría, tristeza o miedo) o cuando ha sufrido un susto y su cuerpo ha quedado en un estado de debilidad. Otras causas para contraer una enfermedad son: la voluntad de Alá, el mal de ojo, brujería, el frío (único elemento heredado del sistema humoral) u otras causas como la edad, traumatismos o accidentes. Pero también se enferma cuando no se respetan los preceptos coránicos o cuando no se cuidan las relaciones familiares o sociales. Cada una de estas causas puede alterar uno o varios componentes de la persona y será a partir de ello, de las causas, de los componentes afectados así como de la noción de gravedad, del dolor o si la enfermedad está dentro o fuera del cuerpo, que se escogerá no sólo el sistema de curación apropiado sino también el especialista cuya enfermedad sea de su competencia curar.

4. ARTICULACIÓN DE LA BIOMEDICINA Y LA MEDICINA TRADICIONAL

En Pakistán coexisten diversos tipos de medicina: biomedicina, medicina humoral, espiritual y tradicional. El perfil de sus usuarios varía según el origen (rural o urbano), la formación educativa o el nivel socioeconómico.

Pakistán goza de un sistema biomédico de calidad que fue introducido por los británicos en la época colonial. Sin embargo, este sistema resulta pobre en infraestructura, está masificado y es clasista (beneficia fundamentalmente a oficiales y funcionarios). Por esa razón el 60% de los enfermos prefieren acudir a centros privados que, a pesar de que adolecen de infraestructura suficiente, ofrecen más tiempo al paciente, más atención en términos de diagnóstico y tratamiento y un trato más personalizado. El médico suele ser una figura de estatus y prestigio que goza de gran autoridad, particularmente en zonas rurales.

Paralelamente, los pakistaníes usan diversas formas de cura doméstica o tradicional (aceites de mostaza para curar heridas, friegas cutáneas, masajes, etc.). Además, si bien la tradición médica humoral rechaza la idea de posesión espiritual, a nivel popular todavía persiste la creencia en espíritus (*djinn*) y demonios. Por medicina espiritual pueden entenderse dos cosas: la relativa a la cura espiritual, ética o psicológica de enfermedades que pueden ser físicas o psicológicas (recitando versos del Corán por ejemplo) y la derivada de la creencia de que la enfermedad, especialmente la locura, está causada por fuerzas espirituales y sobrenaturales. También en el ámbito de la salud y los cuidados se expone la división sexual del trabajo: las *dai* o parteras tradicionales se ocupan de la salud femenina, mientras que las curas espirituales suelen estar a cargo de imanes, ulemas o santones (*pir*).

Entre la población marroquí existen tres grandes sistemas de curación: la biomedicina, el sistema coránico y la medicina tradicional¹⁴. Si bien la biomedicina es el sistema más utilizado, la mayoría de las veces se combina con uno de los otros dos sistemas curativos, siguiendo una articulación lógica de los sistemas, o incluso en ocasiones se desestima por no cubrir las expectativas que se le suponían o porque hay enfermedades que no deben recibir un tratamiento biomédico. Así, la biomedicina tendría competencias curativas cuando las enfermedades afectan esencialmente al cuerpo (materia dura y blanda) y cuando las causas se atribuyen a traumatismos, a la edad o también a posesiones o brujería que hayan podido afectar a este componente de la persona. Cuando la enfermedad afecta especialmente al alma pero también a la mente y al yo, eventualmente al cuerpo y las causas se atribuyen a la

¹⁴ Entre los imazighen recibe el nombre de *Adwa Assammad* (literalmente, medicina fría).

posesión por un *djinn* (pero no los *raiah* porque no están reconocidos en el Corán), a la brujería o al mal de ojo, es el sistema coránico el que tiene la competencia curativa ya que estas enfermedades tienen su causa y la capacidad de curación dentro del camino verdadero que marca el Corán. Los especialistas del sistema coránico son los *imams* o los *fkih* (sabios religiosos). Las mujeres también pueden hacer curaciones con el Corán pero a diferencia de los hombres que curan recitando fragmentos coránicos en voz alta, las mujeres deben recitarlos sin que se las oiga.

Finalmente, cuando las enfermedades están causadas por los sustos (*anajrih*), por la posesión de un *raiah*, por el frío, el mal de ojo o la brujería y afectan a la mente, al yo o al cuerpo, la capacidad de curación la tiene la medicina tradicional bien dentro del ámbito doméstico –y, entonces son las mujeres de la familia las que curan- o bien las especialistas curanderas. No sólo son mujeres las que aplican la medicina tradicional, también los hombres aunque en el caso de muchas mujeres se les atribuyen capacidades curativas en función de ciertos rasgos específicos relacionados con su maternidad o su matrimonio. Así, dos hermanas casadas con dos hermanos, o mujeres que hayan tenido gemelos o mujeres a las cuales se les haya muerto un hijo tienen capacidades curativas específicas que otras no tienen. También las personas con disminuciones psicofísicas tienen capacidades curativas.

5. CUIDADORES Y PROCESOS MIGRATORIOS

En el Islam el cuidado de los enfermos se considera una obligación moral, una muestra de piedad (*taqwā*). El profeta visitaba a los enfermos después de tres días de enfermedad, pues se consideraba que si una enfermedad duraba varios días era grave. Ciertos Hadiths exhortan las visitas a los enfermos por parte de los familiares y amigos para ofrecerles esperanza y apoyo – por eso la política de dos visitantes por cama es en ocasiones difícil de entender por algunos colectivos musulmanes-. La muestra de dolor en la muerte de un pariente no está bien vista y la presencia del líder religioso no es imprescindible en el momento de la muerte. El examen post-mortem

es un tema delicado, pues retrasa el entierro y existe la creencia de que el cadáver puede sentir dolor.

5.1. Emigración

El crecimiento poblacional, la pobreza, el desempleo o la inestabilidad política explican la diáspora migratoria pakistaní. Las primeras migraciones pakistaníes a Europa tienen por destino Inglaterra. Entre 1950 y 1960 más de 150.000 pakistaníes, varones que habían servido como soldados al gobierno colonial, ocuparon puestos laborales industriales posibilitados por la reconstrucción de la industria británica tras la Segunda Guerra Mundial. Una década más tarde, cubierta la demanda laboral, el gobierno británico puso freno al proceso inmigratorio pakistaní (Werbner, 1990). Durante los años 70 y 80 la emigración se dirige hacia Estados Unidos, Europa y Oriente Próximo (Dubai, Qatar, Emiratos Árabes o Arabia Saudí)¹⁵.

A pesar de que llegan pakistaníes a España en los años 70, su presencia no comienza a hacerse evidente hasta 2001, con el proceso de regularización de los inmigrantes. Según el padrón 2007 (INE) la población pakistaní total en España asciende a 41.386, en su mayoría varones, siendo el segundo colectivo asiático más importante tras la población china (94.942 habitantes). En Barcelona buena parte de los pakistaníes proceden del Punjab, una región fundamentalmente agrícola e industrial. Más de la mitad de este colectivo (25.362) se concentra particularmente en los distritos y barrios de Ciutat Vella (56.4% de los censados en el 2003), Sants-Montjuïc (13,1%), Sant Martí (9,8%), Eixample (3,8%). En los últimos tiempos la población se ha ido propagando por barrios periféricos como Besós, Badalona, Cornellà o Sant Adrià, zonas con mayores posibilidades laborales, vivienda más accesible y un sector comercial en decadencia que abría un nicho laboral atractivo.

El proceso migratorio suele implicar un tortuoso periplo que se sigue de un periodo de unos 5 años de media, hasta obtener un estatus legal que permita viajar a origen o reagrupar a la familia. Como

¹⁵ Se estima que la mano de obra pakistaní llegó a suponer el 10% de la mano de obra total de la región.

característica del colectivo pakistaní su carácter marcadamente masculinizado (con 38.422 hombres sobre 4.603 mujeres), su juventud (media de 32 años) y el hecho de que su formación sea relativamente baja y su espectro laboral muy versátil (Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona, 2002) (Valenzuela, 2008a).

Los grandes flujos migratorios de población marroquí hacia Europa se iniciaron con los protectorados (1912) y se intensificaron durante las décadas de los 70 y 90. En la actualidad se estima que, en Cataluña, dos terceras partes de los inmigrantes marroquíes son de origen amazigh procedentes del Rif y del Atlas, que se distribuyen por procedencia en el territorio catalán –por ejemplo, el 80% de los marroquíes de la comarca de Osona son imazighen de Nador (Rif)-. Esta agrupación por zonas de origen pone de relieve la intensidad de las redes de apoyo en los proyectos migratorios, muchos de los cuales se originan como reagrupamientos de cónyuges e hijos u otros familiares próximos y también por matrimonio. Este factor, como veremos, es especialmente significativo en cuestiones de salud ya que en muchos casos las redes de apoyo en momentos de enfermedad se encuentran ya, parcialmente, en destino y con residencia próxima. Este hecho explica, en buena medida, lo que parece la nueva tendencia de reagrupamiento: la migración de personas mayores que necesitan de cuidado y atención sanitaria y que en origen carecen ya de esa red de apoyo que necesitarían.

En Marruecos, las diferencias socioeconómicas existentes entre imazighen y árabes hacen mella en el uso de los servicios sanitarios, que son de pago. Es en las ciudades donde se concentran no solo los servicios sanitarios importantes como hospitales o de pruebas diagnósticas sino también la mayoría de consultas médicas. De esta manera, la accesibilidad a la sanidad es mucho más fácil entre los árabes, mayoritariamente urbanos, que entre los imazighen muchos de los cuales viven en pueblos alejados de las ciudades y no siempre con facilidades de comunicación. A pesar de esta diferencia, el factor con más incidencia en las prácticas y usos de los sistemas sanitarios es, sin duda, el económico. Debido a que los servicios sanitarios biomédicos deben pagarse por los usuarios, la asiduidad, el seguimiento de los tratamientos, los controles o incluso las condiciones de las

hospitalizaciones se ven determinados por la cantidad de dinero que el enfermo o su familia dispone. Ya que, un miembro de la familia enfermo, implica la activación de las redes familiares –tanto en origen como en destino- y también vecinales con el propósito de reunir el dinero necesario para, al menos, cubrir los gastos de las primeras atenciones médicas. Y es que, en Marruecos, a pesar de las dificultades económicas, la biomedicina es la primera opción para buscar tratamiento cuando las enfermedades no son atribuidas a posesiones, brujería o mal de ojo ni, sobre todo, cuando afectan al alma o la mente.

La responsabilidad del cuidado de los enfermos, pero también de los ancianos y los niños cae en manos de las mujeres. Aunque, cada vez más especialmente en las ciudades, el tipo de unidad doméstica es neolocal, la mayoría responden a un modelo patrilocal en el que coinciden bajo un mismo techo diversas mujeres. E, incluso, en el caso de neolocalidad, la proximidad con otras unidades familiares permite mantener el rol de las cuidadoras, especialmente importante cuando una mujer trabaja fuera de casa ya que siempre hay otra mujer de la familia que asume las responsabilidades de la que sale. A pesar de que todas las mujeres tienen cierta obligación en el cuidado, la responsabilidad última siempre pasa por los lazos de matrimonio, consanguíneos y de afinidad con el enfermo y de sólo consanguinidad y afinidad con la enferma. Así, madres, esposas, hermanas, hijas y esposas de los hijos que residen en la misma unidad doméstica son las principales responsables del cuidado de los enfermos. Mientras que hermanas del padre o de la madre y las hijas de éstos –familiares que muchas veces son las mismas personas que forman el vecindario- tendrían responsabilidad en la asistencia y el cuidado no tanto en el cuidado del enfermo como de llevar a cabo las tareas cotidianas domésticas que las otras mujeres que están cuidando no pueden hacer. Cuando en una unidad doméstica no hay una mujer que pueda ocuparse de un enfermo, es corriente que una hija o una hermana se desplacen desde su unidad para hacer la tarea de cuidado, práctica ésta que se mantiene en el contexto migratorio.

5.2. Reagrupamientos de familiares en destino

Respecto a las personas responsables del cuidado de los enfermos, el proceso migratorio pakistání posee un efecto singular tanto en origen como en destino. En destino, son los varones los que suelen asumir responsabilidades y ocupaciones que antes estaban en manos de otros miembros familiares (ancianos, madres, hermanos mayores o esposas) tales como acompañar al médico a compatriotas en caso de necesidad, cocinar u ocuparse de las tareas domésticas. En origen los efectos son asimismo profundos y transformadores. La ausencia de varones ha propiciado el surgimiento de unidades domésticas matrifocales (Cf. Hastings, 1997: 110) y las mujeres - tradicionalmente confinadas al ámbito doméstico, reproductivo e *improductivo* - asumen nuevos roles que implican una mayor interacción con lo público (como tomar decisiones sobre cultivos, gestión de remesas o acceso a los centros de salud).

Para el colectivo marroquí, la posibilidad de que buena parte de la red de apoyo y cuidado se encuentre en destino, permite una reproducción del modelo de origen con la adecuación necesaria al contexto migratorio. Así, aunque las unidades domésticas en destino son mayoritariamente neolocales, la cercanía de las unidades de la familia permite la repetición de los roles de las cuidadoras a pesar de la separación física y a pesar también de la ausencia de determinados miembros.

Mientras se mantiene el modelo de que sean las mujeres las cuidadoras de enfermos, ancianos y niños, el hecho de que muchas de las mujeres asentadas en destino trabajen fuera de casa, hace que las tareas que se les supone queden sin hacer. La solución, tal y como pasaba en origen, es que otra mujer se encargue de ellas y no necesariamente tiene que encontrarse en destino.

Se da un movimiento de mujeres cuando hay la necesidad de cuidado entre destino y origen pero también cuando el enfermo se encuentra en otros países europeos. Son las mujeres las que se desplazan la mayoría de veces solas para realizar los cuidados. Así, es muy común que una mujer de la familia soltera, generalmente una hermana de la mujer, se desplace a destino de forma temporal a cuidar de un enfermo o de los hijos de la hermana que no puede atender porque trabaja fuera de casa.

También es común que, cuando parte de la red familiar se encuentra en otros países de Europa, la primera mujer próxima al enfermo por consanguinidad o matrimonio y que pueda dejar su lugar, se desplace temporalmente.

Hay desplazamientos que también se dan desde destino a origen, en este caso por dos motivos: bien porque se trate de un hombre que tiene su red familiar en origen y, por lo tanto, también las personas que pueden ocuparse de él, o bien porque en destino no se ha encontrado la cura o el tratamiento necesario para la curación de modo que no solo se va a buscar a origen la red de apoyo sino también un tratamiento adecuado. Y este motivo de desplazamiento a origen, facilitado por la proximidad entre Cataluña y Marruecos, se da cuando lo que se necesita es un especialista coránico o tratamiento de medicina tradicional hecho por un especialista. El retorno a origen en búsqueda del sistema de curación que no se puede encontrar en destino se da cuando las enfermedades afectan al alma, a la mente, al yo y, ocasionalmente al cuerpo pero en este último caso se da cuando la biomedicina en destino no ha dado el resultado esperado. Otro motivo del retorno temporal para la curación se debe a la atribución de la causa de la enfermedad: cuando las causas son por sustos, posesiones –tanto de los *raiah* como de los *djinn*-, mal de ojo o brujería la competencia curativa no se le da a la biomedicina y dado que no siempre hay los especialistas necesarios en destino, los viajes de vacaciones suelen aprovecharse para curaciones, aunque no son raros otros viajes durante el año cuando la gravedad atribuida o el dolor lo requieren.

CONCLUSIONES

Este artículo ha explorado el modo en que el Islam condiciona las representaciones de la salud y de la enfermedad, la elección del itinerario terapéutico y el rol y función de los cuidadores. La aproximación etnográfica y comparativa nos ha permitido esbozar algunas semejanzas y diferencias entre el colectivo pakistaní y el marroquí. De esta comparación podemos extraer ciertas conclusiones tentativas que ordenaremos mediante nociones, sugerentes, que recogen y sintetizan los aspectos fundamentales analizados en el texto.

En primer lugar, la noción de *integración*, una poderosa idea que ayuda a comprender el concepto de persona en todas sus acepciones: desde su vertiente fisiológica y psicológica hasta su comprensión social. La segunda noción que proponemos es la de *equilibrio* que, vinculada a la noción de persona, se halla en la comprensión musulmana de la salud y la enfermedad. En último lugar abordamos el *factor socioeconómico* y el modo en que éste influye en la reinterpretación y praxis de los preceptos religiosos relacionados con la salud.

Es obvio que el Islam impone un poderoso manto normativo y moral, una superestructura extensiva, que no distingue aspectos laicos y divinos y que, hasta cierto punto, establece y regula ámbitos cardinales del comportamiento, del pensamiento y de la cosmología de sus creyentes. Esto impone cierta homogeneidad transcultural a los musulmanes, que se hace patente en principios compartidos por muy diversas sociedades musulmanas, como la centralidad de la familia, la segregación de sexos y los roles de género, la teleología o el fin último de la existencia, la relevancia de la caridad o la ayuda mutua, la comprensión de la pureza y la contaminación, etcétera. Estos elementos no sólo proporcionan significado en la vida y más allá de la vida religiosa, sino que contribuyen a fortalecer los vínculos comunitarios musulmanes mediante un intenso sentimiento de cohesión moral (*ummah*). Todos estos parámetros, por supuesto, también intervienen en la comprensión de la salud y en la distribución de los roles y funciones de los cuidadores.

Acatar los preceptos religiosos conlleva implícitamente recompensas y virtudes para el creyente, en términos individuales - que a su vez redundan en la salud física y psicológica (Cf. Catarsis, tener mejor corazón, etc.) -, como sociales - que revierten sobre la cohesión grupal. En este último sentido, ser un buen musulmán contribuye a incrementar la estima social del individuo, es decir, acrecenta su *capital social*. Este *capital social* derivado de la religiosidad implica mayor respeto, prestigio y autoridad y esto, naturalmente, tiene efectos nada desdeñables sobre muchos otros ámbitos sociales, como son la economía o la política. En definitiva, acatar los preceptos musulmanes contribuye positiva e integralmente al desarrollo social y al bienestar

personal del individuo, pues le convierten en una mejor persona, más saludable y mejor considerada socialmente. Las tres esferas - lo interior, lo individual y lo social - se retroalimentan en el marco de una cosmogonía que en absoluto separa tajantemente lo uno de lo otro, y es ahí donde radica el concepto de *integración*.

Bajo este prisma, el individuo no es un elemento aislado de la sociedad circundante, es miembro indisociable de un grupo familiar y social más amplio que actúa asimismo como una unidad colectiva, corporativa que ofrece ayuda mutua, apoyo, asistencia, cuidado a sus integrantes o sentido de identidad (Cf. *ummah*).

Llevado al plano del cuidado del enfermo y de la asistencia sanitaria, el pensamiento colectivista posee un rol fundamental, ya que dota al enfermo de cuidados a la par que refuerza y reproduce el engranaje social que une a la persona con el grupo. La enfermedad de una persona tiene incidencia en el conjunto del grupo, y no sólo en ese individuo - pudiendo causar, en el caso amazigh, enfermedad en cualquier otro miembro, particularmente en los más cercanos al enfermo.

Tanto la concepción pakistaní como la marroquí comparten la idea de que la salud no es un mero epifenómeno de una causa principal y directamente localizable (infección, contagio, bacteria...), al modo en que habitualmente se piensa en términos biomédicos. Esto ya implica no sólo una concepción diferente de la persona sino también de nociones como etiología, diagnóstico y tratamiento. Ambos grupos comparten la idea de que la salud o la enfermedad es un estado que depende del equilibrio de unos componentes o sustancias inherentes a la persona – aunque estos componentes diverjan. Estar sano significa ser y estar *equilibrado*, en sentido tanto metafórico como literal. En ambos grupos el desequilibrio provoca enfermedad y éste puede ser causado por elementos exógenos como el clima o el ataque de un espíritu maligno, pero también por factores que poseen un claro efecto endógeno sobre el cuerpo, como es la alimentación, el sueño o el estado anímico. En cualquier caso, lo relevante de tales explicaciones causales o atributivas de la enfermedad no son tanto las diferentes concepciones culturales, sino la concepción integral, unitaria, y compartida de la salud y la enfermedad. La salud (o, en su defecto, la

enfermedad) es producto de un conjunto de variables inextricablemente unidas, *integradas* que de alguna manera disuelve la distinción epistemológica (y también institucional) entre lo psíquico y lo físico. Esta integración, como decimos, se establece tanto a nivel interno (fisiológico y psicológico) como externo (entorno social y material).

Hemos insistido sobre el peso decisivo que ejerce el Islam sobre los individuos y su modo de comportarse, pensar e interpretar. Ahora bien, si una cosa nos ha enseñado la antropología es el riesgo de los determinismos y, a este respecto, deseamos hacer ciertas salvedades que van en contra de cualquier tipo de determinismo religioso.

A pesar de la omnipresente influencia islámica en el pensamiento y comportamiento de ambos colectivos, ésta está sometida tanto a variabilidad de grado (en el modo en que se interpretan y siguen los preceptos) como a variabilidad cultural en los grupos analizados. El hinduismo en el caso pakistaní o el animismo en el caso amazigh ofrecen muestras del sincretismo inherente al modo en que entiende o practica el Islam. Frente a esa variabilidad existe otra variable de transformación que cabe aducir aquí: el factor socioeconómico implícito en unas circunstancias concretas generadas por el proceso migratorio.

La cuestión es: ¿hasta qué punto las circunstancias sociales y económicas inciden en el modo en que se activan o relajan las pautas islámicas – y en particular las que tienen que ver con la salud y el cuidado del enfermo? El peso de los factores sociales y económicos se pone especialmente de manifiesto cuando las prácticas y creencias islámicas se analizan en ambos grupos y en distintos momentos y espacios (origen y destino). Así, en el caso de los pakistaníes, el hecho de ser un contingente fundamentalmente masculinizado anula buena parte de las normas tradicionales respecto a cuidados y cuidadores en caso de enfermedad – pues esos roles e individuos están ausentes.

Lo más significativo es que en muchas ocasiones parece darse una relación inversa entre grado de aculturación y seguimiento de pautas y prácticas tradicionales. En otras palabras, en ciertas ocasiones, en vez de producirse una previsible correlación entre menor grado de aculturación (que suele relacionarse con el tiempo en destino) y mayor

uso de prácticas tradicionales, parece darse lo contrario: el recurso a prácticas tradicionales y pautas religiosas más conservadoras tiene lugar cuando se han logrado cubrir necesidades básicas relativas a la vivienda o a la situación laboral y económica. Ejemplo de ello es la mayor recurrencia de pautas medicinales tradicionales entre marroquíes asentados social y económicamente, o el recurso a pautas más conservadoras en el caso de pakistaníes que regresan a su hogar después de años de asentamiento en el extranjero.

Es decir, la conclusión tentativa a este respecto sugiere que, una vez resueltas las mayores dificultades socioeconómicas y a medida que se avanza positivamente en otros factores de integración (tiempo y tipo de asentamiento, reagrupación familiar o estabilidad social), estas pautas tienden a recuperarse y a reforzarse. Esta hipótesis requiere, por supuesto, más trabajo empírico, pero su relevancia resulta obvia para comprender el rol de los cuidadores en destino así como para analizar bajo otra perspectiva ciertas teorías y modelos que establecen una correlación positiva entre aculturación y factores de integración socioeconómica.

BIBLIOGRAFÍA

ABDUL AZIZ, Ahmed (2001) "Health and disease: an Islamic framework" en Sheik, Aziz and Abdul Rashid Gatrad (2001) *Caring for Muslim Patients*. Radcliffe Medical Press.

AKHMISSE, M. (1985) *Médecine, magie et sorcellerie au Maroc*. Imp. Eddar El Beida. Casablanca.

ANAWAR, Muhammad (2001) "Muslims in Britain: demographic and socio-economic position", en Sheik, Aziz and Abdul Rashid Gatrad (2001) *Caring for Muslim Patients*. Radcliffe Medical Press.

BERMANN JACHEVASKY, S. (2003) *El cos i la salut al Marroc*, Barcelona, Quadern per a conviure en la diversitat, 2. Proyecto Local i Generalitat de Catalunya.

BOUCHALI, M. (1974) *La representation de l'espace chez le marocain illettre*, Casablanca, Editions Anthropos.

- CHEBEL, M. (1984) *Le corps dans la tradition au Maghreb*, Paris, Presses Universitaires de France.
- COMELLES, J.M.; MARTÍNEZ HERNÁEZ, Á. (1993) *Enfermedad, cultura y sociedad*, Madrid, Eudema.
- COMELLES, J.M. (1973) *Magia y curanderismo en la medicina popular*, Barcelona, Cuadernos Beta.
- D'OYEN, Fatima M. (2000) *The Miracle of Life. A guide on Islamic family life and sexual health education for young people*, Leicester, The Islamic Foundation.
- DAS, Veena (1973) "The Structure of Marriage Preferences: An Account from Pakistani Fiction", *Man*, New Series, Vol. 8, No. 1, pp. 30-45.
- DAS GUTPA, Monica (1995) "Fertility Decline in Punjab, India: Parallels with Historical Europe", *Population Studies*, Vol. 49, No. 3. pp. 481-500.
- DOUGLAS, Mary (1966) *Purity and Danger*, London, Routledge.
- EGLAR, Zekiye (1960) *A Punjabi Village in Pakistan*, NY and London, Columbia University Press.
- GHULAM, Mustafa Khan (1982) *Personal Hygiene in Islam*, London, Ta-Ha Publishers Ltd.
- GREENWOOD, B. (1992) "'Cold or Spirits': Ambiguity and Syncretism in Moroccan Therapeutics" in FEIRMAN, S.; JANZEN, J.M. *The Social Basis of Health and Healing in Africa*, Berkeley, University of California Press.
- HASTINGS, D.; SELIER, F. (eds.) (1997) *Family and Gender in Pakistan: Domestic Organization in a Muslim Society*, New Delhi, Hindustan Publishing Corporation.
- HENLEY, Alix (1982) *Caring for Muslim and their Families: religious aspects of care*. King's Fund and Alix Henley
- HERZLICH, C. (1969) *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, École Pratique des Hautes Études.

HUME, John Chandler Jr. (1984) "Colonialism and Sanitary Medicine: The Development of Preventive Health Policy in the Punjab, 1860 to 1900" in *Modern Asian Studies*, Vol. 20, No. 4. (1986), pp. 703-724.

JAMES, Sarah et al. (2002) "Demand for, Access to and Use of Community Mental Health Care: Lessons from a Demonstration Project in India and Pakistan", *International Journal of Social Psychiatry* 48, pp. 163-176

MANDELBAUM, David G. (1988) *Women's seclusion and men's honour. Sex roles in North India, Bangladesh, and Pakistan*, Tucson & London, University of Arizona Press.

PAPANNEK, Hanna (1971) *Journal of Marriage and the Family*, Vol. 33, No. 3, Sexism in Family Studies., (Aug. 1971) pp. 517-530.

SHAH, Nasra (2007) "Políticas migratorias en el Golfo Pérsico", en *Vanguardia Dossier*, Nº 22, Enero-Marzo 2007, pp. 67.

SHEIK, Aziz; ABDUL, Rashid Gatead (2001) *Caring for Muslim Patients*. Radcliffe Medical Press.

SHIREEN J., et al (2000) "Women's Autonomy in India and Pakistan: The Influence of Religion and Region" in *Population and Development Review*, Vol. 27, No. 4. (Dec., 2001), pp. 687-712.

VALENZUELA GARCÍA, Hugo (2008a) "Pecunia Ex Machina: empresariado pakistaní, metáforas migratorias y coste socioeconómico", *Revista d'Afers Internacionals CIDOB* (en prensa).

VALENZUELA GARCÍA, Hugo (2008b) "Theoretical Islamism and daily syncretism among contemporary rural Malays: a political rationale", *Ethnos* (en prensa).

WERBNER, Pnina (1990) *The Migration Process. Capital, Gifts and Offerings among British Pakistanis*, Oxford, Explorations in Anthropology Series, Berg.

ZEMPLINI, A. (1985) "La 'maladie' et ses 'causes' " in *L'Ethnographie* 2, pp. 13-44.