

**Santuarios y atención primaria de salud.
Peregrinaciones desde España al norte de África.**

M. Alejandra Martínez Gandolfi (Sacyl/España)

Javier Rodríguez Mir (UAM/ España)

Palabras claves: morabitos, Marruecos, posesión, paisaje terapéutico

La población musulmana marroquí que reside en España realiza peregrinaciones hacia diferentes santuarios en Marruecos como un eslabón más de la cadena de intervenciones para aliviar algunas de sus dolencias. Este trabajo analiza los significados de estos viajes terapéuticos y valora las terapias practicadas por las poblaciones marroquíes que residen en España. En este sentido, el trabajo se orienta hacia el análisis de los espacios sagrados marroquíes que conforman otra etapa dentro de los itinerarios terapéuticos. A lo largo de toda la geografía marroquí existen santuarios conocidos con el nombre de morabitos que encierran una alta carga simbólica y terapéutica. Los peregrinos consideran a la flora y fauna de los santuarios como seres sagrados. Entre las características que conforman un paisaje terapéutico es la presencia de árboles centenarios y en ocasiones un árbol sagrado formando una arboleda entre ellos, la existencia de un espejo de agua en forma de manantial, pozo o río y que el santuario se emplace en una colina cerca de una ciudad. Además, el paisaje terapéutico requiere que se encuentre la sepultura de santos, santas, personajes que fueron líderes espirituales, políticos o militares.

Las curas en estos espacios sagrados hacen referencia a enfermedades mentales, exorcismo de los poseídos por jnûn (seres espirituales malignos), el mal de ojo, magia y hechicería. Las peregrinaciones pueden ir acompañadas de cánticos en los que el ritmo y la música permiten a los enfermos mentales expresar su liberación de la opresión de la posesión e iniciar trances. En estos parajes terapéuticos la mujer marroquí adquiere un protagonismo ya que corresponde a la mujer diagnosticar las diversas enfermedades, de origen nervioso y las relacionadas con la fertilidad, la sexualidad y el matrimonio. En este sentido, hemos detectado posibles

conflictos en la atención primaria de la salud española cuando la población proveniente de Marruecos retrasa o no percibe como problemas de salud determinadas manifestaciones físicas o incluso la falta de adherencias a los tratamientos médicos que puede llegar hasta su abandono. Todos estos componentes dotados de una fuerte carga simbólica forman parte de la identidad y religiosidad marroquí, y quedan asociados a determinadas áreas geográficas que vinculan el territorio, la espiritualidad, el género y la salud.

Paisajes e itinerarios terapéuticos

El concepto de paisajes terapéuticos fue desarrollado por Gesler en 1992 y se refiere a los modos en que el significado simbólico de sanación es otorgado por la población local a algunos espacios geográficos. Son entornos naturales delimitados con propiedades curativas, sanadoras y depende de las creencias y experiencias subjetivas de las personas y de la sociedad. Mediante la noción de paisajes terapéuticos se reúne la idea interdisciplinaria de aspectos vinculados a la geografía de la salud, las creencias en torno a la salud e incluso aspectos políticos y económicos (Winchester & McGrath, 2017). Determinadas geografías se convierten en terapéuticas cuando son utilizadas para realizar peregrinaciones, rituales, oraciones y la celebración comunitaria. De esta manera estos espacios se tornan propicios para una curación espiritual y en ocasiones física (Bell et al., 2018). La sociedad marroquí construye los paisajes terapéuticos en zonas estratégicas como son las zonas periféricas de las ciudades, en zonas fronteriza tribales, en las zonas históricas de grandes batallas, etc. La geografía sagrada a su vez otorga una oportunidad de comercio para la población cercana. Los santuarios marroquíes han sido refugio para personajes perseguidos durante las épocas de conquistas y estas zonas sagradas eran un área imparcial y políticamente neutral entre los grupos tribales. En la historia del Magreb alrededor del siglo XI los conquistadores musulmanes invadieron el Magreb y provocaron la desaparición de gran parte de las iglesias cristianas. Es así como el culto a los santos conocido con el nombre de morabismo combinó rituales preislámicos con creencias proféticas del islam (Andezian, 1997). En

Marruecos fueron santificados tanto hombres como mujeres, eran personas solitarias, otros formaron parte de ejércitos y fueron reconocidos por ser héroes en diferentes batallas (Bourdieu,2007). Así mismo los santos de Marruecos como fueron guerreros declararon la guerra santa contra el infiel cuando pretendían conquistar sus tierras. Fueron expertos en ritos, plegarias, fabricación de talismanes, jefes comunales hasta podían llegar a ocupar un puesto político. Los santos sufíes vivían en la extrema pobreza y renuncia a todo tipo de comodidades (Nicholson, 2008). Los morabitos o también llamados piadosos se cree que descienden del Profeta Muhammad (Eickelman 2002). El santo musulmán conocido con el nombre de *walî* es capaz de obrar milagros porque se los considera que están cerca de Dios en vida, y una vez fallecidos se convierten en intermediarios entre la población y *Allâh* (Crapanzano 1992).

Una de las funciones importantes del santo era su intervención en los procesos de curación a enfermos y distintos tipos de dolencias (Lory, 1997). Los ritos que componen el culto a los santos o morabitisimo son diversos con invocaciones, uso de velas, sacrificios de animales, sujeción de vestimentas, amuletos, etc. Las peticiones a los santos pueden ser para obtener beneficios materiales o espirituales, mientras que otras peticiones están destinadas a la sanción de ciertas enfermedades mentales, adquirir fertilidad, o solicitud para contraer matrimonio, etc. La conexión con el santo puede ser de cuatro formas: ocasional, efímera, duradera y estructural (Rachik, 2016). La población marroquí en España conoce las fechas en las que se realizan ceremonias religiosas en torno a los santuarios y viajan desde España hacia Marruecos para participar de la peregrinación con otros fieles. Las ceremonias cargadas de *baraka* finalizan con el sacrificio de los animales criados en la zona, tales como son cabritos, corderos o novillos (Taïqui et al., 2005). Según las primera investigaciones realizadas por Westermarck (1926) los elementos naturales que conforman el paisaje terapéutica como son las piedras, las fuentes, los árboles que crecen o permanecen cercanos a la tumba del santo la población no debe tocarlos ni dañarlos. Si un río baña los parajes cercanos al santuario, sus fuentes y charcos se convierten en una

prolongación de la *baraka* o protección divina proveniente del santo. Por dicho motivo, los peces y tortugas son respetados y considerados portadores de *baraka* (Westermarck, 1926). Los peregrinos buscan la *baraka* o protección divina del espacio terapéutico. La *baraka*, es una condición que la sociedad marroquí otorga o desacredita de las personas, del espacio o de algunos elementos naturales. Existe una cierta jerarquía entre las personas que son portadores de esta condición divina. En las familias descendientes de un santo, el poder de sanación mediante la *baraka* recae en la persona más anciana por encontrarse más cercana al ancestro santo y es poseedora de mayor *baraka* (González Vázquez, 2015:89). La *baraka* en ocasiones puede ser utilizada para enfermar o castigar. Tal es el caso del santo bereber, Abū Ya`zzà que murió en 1177 en la zona montañosa del Medio Atlas marroquí castigó a un hombre por criticar los actos del santo dejándolo sin voz. Los castigos infligidos los revertió rápidamente para demostrar el carácter sagrado. A otra persona le provocó ceguera por imposición de sus manos y posteriormente la curó. Los casos de castigos impartidos por el santo según la hagiografía marcan esa ambigüedad entre la sanación y el castigo si se le faltaba el respeto (Sánchez Sandoval, 2002:117). La búsqueda de la *baraka* por parte de las mujeres en el culto a los santos se despliega mediante prácticas sufíes. El santo o santa adquieren un rol terapéutico como lo podría ser el psiquiatra en la sociedad occidental. Las mujeres en el interior de los santuarios protagonizan un cierto empoderamiento y se fortalecen para resistir a una sociedad que las invisibiliza y neutraliza (Mernissi, 2003). Las marroquíes adquieren protagonismo en las prácticas sufíes en torno al santuario y a las prácticas de sanación. Los santuarios son espacios casi exclusivos de las mujeres, allí realizan diagnósticos de diferentes enfermedades de origen nervioso, relacionadas con la fertilidad y la sexualidad. La *zawiya* es el recinto donde supuestamente se halla enterrado el santo, allí las mujeres acuden con el enfermo en búsqueda de la *baraka* que otorga el santo (Roque; 2011).

Los *jnûn* y las enfermedades

Son múltiples las enfermedades que motivan a las personas a realizar la peregrinación a los diferentes santuarios marroquíes. Los peregrinos con enfermedades de piel, enfermedades oculares o reumatológicas utilizan el agua de los ríos y de las fuentes del santuario para lavarse antes de visitar la tumba del santo. Las mujeres que desean tener hijos acuden al santuario y dejan pañuelos cerca de los árboles poseedores de *baraka* (Westermarck, 1926). La población marroquí que reside en España sostiene que las representaciones del mal (brujería, espíritus llamados *jînn*, magia, maldiciones, mal de ojo, susto...) pueden causar enfermedades o desequilibrios emocionales. Dichas creencias son compartidas por hombres y mujeres. Desde luego ser víctima del mal se considera inmoral. Es decir, existe un vínculo estrecho entre la moralidad y el orden social. Si una persona está afectada por las acciones malignas puede desarrollar estados de enfermedad, depresión mental, nerviosismo, etc. En Marruecos, las mujeres en ocasiones son identificadas con Satanás con la expresión *hbel shaitan*. Es por ello que una mujer teme de otra mujer por sus capacidades e intenciones maléficas. Según nuestras investigaciones la población otorga la aparición de ciertas enfermedades a las acciones maléficas de los espíritus conocidos con el nombre de *jînn* (*jnûn* en plural). Ellos son seres inmateriales y sobrenaturales creados por *Allâh*, tienen nombre, género, preferencias y fobias. Pueden enamorarse de un ser humano, y provocar posesión de la persona. Según las creencias de la población musulmana marroquí estos seres espirituales mediante la posesión pueden ocasionar trastornos físicos, alteraciones mentales, estados de parálisis parcial del cuerpo, arrebatos de locura y agresividad. Las mujeres son las primeras en realizar el posible diagnóstico de posesión y es así como se establecen los diferentes itinerarios terapéuticos para realizar el exorcismo y liberar al poseído del *jînn*. Las personas poseídas son conducidas a líderes espirituales y maestros coránicos llamados *fqîk*, ellos están capacitados para dialogar y forzar la salida del espíritu del cuerpo de la víctima. La familia del afectado buscará diferentes itinerarios terapéuticos, no sólo visitará a un Imán experto en exorcismos o *fqîk* para restablecer el equilibrio perdido. También es posible que recurran a otras prácticas como es la visita a las mezquitas y hallar una persona experta en

sanación mediante la recitación y lectura del Corán. Cuando se practica el exorcismo, el especialista llamado *fqîk* está capacitado para identificar al *jînn* y dialogar con el espíritu maléfico e iniciar una negociación con el fin de salir del cuerpo del poseído. Mediante este diálogo, el *fqîk* podrá conocer la religión del espíritu *jînn* y los motivos que lo llevaron a poseer el cuerpo del musulmán. Entre sus estrategias, el experto intentará persuadirlo y provocar el abandono del cuerpo mediante recitaciones y lecturas coránicas. La práctica del exorcismo va acompañada de la *ruqya* que es la recitación del Corán al paciente. En esos momentos se puede manifestar el espíritu divino o *jînn* o varios *jnûn* a través del trance causado por la posesión. El *jînn* es el que se manifiesta mediante lenguas o voces diferentes, o movimientos corporales “extraños” en el poseído. El *fqîk* no entra en trance, a diferencia de las prácticas de un chamán que puede entrar en un estado de trance para curar a su paciente (Rodríguez Mir y Martínez Gandolfi, 2017).

La creencia del “niño dormido” corresponde a la detención de un embarazo por la acción de un *jînn*. Las mujeres creen que la peregrinación a los santuarios marroquíes podría “despertar al niño” y así continuar el crecimiento del niño dentro del vientre materno. La esterilidad femenina es una condición indeseable y muy difícil de llevar para la mujer marroquí ya que desean la maternidad tras el matrimonio. Ellas pueden experimentar aumento del volumen de abdomen, cese de la menstruación e incluso dolor abdominal asociado a contracciones uterinas. Todas estas manifestaciones clínicas podrían corresponder con una patología ginecológica no diagnosticada desde la biomedicina. Cabe destacar que ellas pueden desarrollar trastornos de ansiedad asociados a embarazos psicológicos. Diferentes enfermedades ginecológicas atribuidas al *jînn* postergan la consulta médica y priorizan otros itinerarios terapéuticos como es la peregrinación desde España hacia los santuarios marroquíes con la idea de obtener la *baraka* a través de los santos (Martínez Gandolfi, 2021).

En la actualidad, en especial las mujeres con problemas de fertilidad peregrinan a Marruecos para mejorar su salud. Las fechas elegidas para

viajar desde España hacia Marruecos puede coincidir con el '*Aid-El-Kebir*, conocida como "Fiesta del cordero" o en el mes de Ramadán.

Conflictos en la atención primaria de salud en España. Origen mágico-religioso de las enfermedades.

La problemática planteada se basa en los posibles conflictos en la atención primaria de la salud española cuando la población proveniente de Marruecos retrasa o no percibe como problemas de salud determinadas manifestaciones físicas o incluso la falta de adherencias a los tratamientos médicos que puede llegar hasta su abandono. En este contexto, la población migrante marroquí utiliza de manera complementaria, tanto el modelo médico-hospitalario como sus saberes propios en el autocuidado, en un marco marcado por un pluralismo asistencial. Las familias inmigrantes provenientes de Marruecos mantienen modelos explicativos sobre el origen de algunas de sus dolencias. En ocasiones, se plantean conflictos en la atención primaria de la salud cuando la población necesita atención médica a corto o mediano plazo y son retrasadas por ser consideradas que pueden tener un origen mágico religioso. Si tenemos en cuenta que el acercamiento entre el paciente hacia el médico es una relación social a veces conflictiva por tener diferentes perspectivas, un encuentro de saberes que se puede resolver en relaciones de hegemonía o poder. En la relación médico paciente el conflicto ocurre debido a la relación de tensión entre dos puntos de vistas, la del paciente con sus vivencias subjetivas de su propio cuerpo y el punto de vista del médico que estudiará el cuerpo como objeto y la enfermedad objetiva.

Por lo tanto, la relación médico paciente se construye mediante una red de objetivades y subjetivas. En este sentido, el paciente no es un agente social pasivo a pesar de que en ocasiones la intervención médica tiende anular las perspectivas del sujeto para centrarse en el cuerpo biológico de manera exclusiva (Pazos Garcíandía, 2015:116).

Planteamos tres escenarios diferentes valorados desde la consulta de atención primaria de salud

1) la/el paciente abandonaría el tratamiento médico y buscaría sanación mediante prácticas propias de autocuidado, sanación religiosa a través de líderes espirituales musulmanes con la lectura del Corán, peregrinación a santuarios marroquíes, etc.

2) la /el paciente abandonaría el tratamiento médico y el sanador religioso sin resolver el problema de salud.

3) la/el paciente mantendría el tratamiento médico articulando con prácticas de sanación religiosas. Probablemente este último escenario sería el ideal debido a que se mantienen las prácticas de sanación propias de la sociedad marroquí con diferentes sistemas de sanación (medicina profética, peregrinación a santuarios, interconsultas en el sistema biomédico, etc.).

Conclusiones

La población musulmana marroquí que reside en España realiza peregrinaciones hacia diferentes santuarios en Marruecos y constituyen una estancia más del itinerario terapéutico para aliviar algunas de sus dolencias. La consulta médica es otro pasaje de ese itinerario de sanación. En ocasiones la población marroquí retrasa la consulta médica por creencias que el origen de algunas enfermedades obedece a orígenes mágico religiosos como la posesión por espíritus malignos. Desde la perspectiva marroquí los espíritus malignos (*jînn*) pueden entrar en el cuerpo y causar diferentes males como cefaleas, parálisis transitoria, cuadros convulsivos semejantes a la epilepsia, esterilidad, deseo de abortar, impedir un buen parto, suicidios, temblores, agresiones, hablar de modo incoherente, locura, alteraciones mentales e incluso muerte repentina. En ocasiones ante determinadas patologías o enfermedades mentales existe una desconfianza hacia los tratamientos farmacológicos (ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos...) se refleja en una falta de adherencia a los tratamientos con la posibilidad del abandono. Para evitar los conflictos en la atención primaria nuestra propuesta desde la antropología médica extensible a las unidades hospitalarias españolas, sería ofrecer una asistencia médica acompañada de competencias

culturales. En España la mediación intercultural en salud es una reciente formación que no está regulada formalmente. La función del mediador va más allá de participar en las entrevistas entre el personal sanitario y el usuario del sistema de salud. Una de sus valiosas labores es brindar información a los sanitarios y ayudar a comprender la importancia que adquieren las creencias de las personas inmigrantes en la adherencia o no a los tratamientos médicos. Por ello, es de vital importancia establecer una relación médico paciente basada en herramientas transculturales con la familia del paciente además de fortalecer la actuación de los mediadores en los equipos de atención primaria y hospitalaria (Martínez Gandolfi, 2018). Para concretar esta propuesta sería oportuno conformar un equipo multidisciplinar formado por médicos de atención primaria, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, mediadores culturales, antropólogas, etc. En lo que se refiere a los servicios de psiquiatría hospitalaria se destaca la figura del mediador cultural sanitario que es despreciada por gran parte de las autoridades sanitarias. La inmigración marroquí plantea un desafío a los profesionales de la salud para ofrecer una atención eficaz en el campo de la salud mental.

Referencias

- Andezian, S. (1997). Argelia, Marruecos y Tunicia. In A. Popovic, Veinstein, G. (Ed.), *Las sendas de Allah. Las cofradías musulmanas desde sus orígenes hasta la actualidad* (pp. 477-505). España: bellaterra.
- Bell, S. L., Foley, R., Houghton, F., Maddrell, A., & Williams, A. M. (2018). From therapeutic landscapes to healthy spaces, places and practices: A scoping review. *Social Science and Medicine*, 196 (August 2017), 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.035>
- Bourdieu, P. (2007). *Antropología de Argelia*. España: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Crapanzano, V. (1992). *Hermes 'Dilema and Hamlet 's Desire. On the epistemology of Interpretation*. Harvard University Press.
- Eickelman, D. (2002). *Antropología del mundo islámico*. España: Edicions bellaterra.
- González Vázquez, A. (2015). *Mujeres, islam y alteridades en el norte de Marruecos* España: Bellaterra ed.

- Lory, P. (1997). Sufismo y ciencias ocultas In A. Popovic, Veinstein, G. (Ed.), *Las sendas de Allah. Las cofradías musulmanas desde sus orígenes hasta la actualidad* España: bellaterra ed., pp. 231-242.
- Martínez Gandolfi, A. (2018). *Comunicación titulada "Salud y peregrinajes desde Ávila hacia Marruecos: la magia y los espíritus del Corán" I Congreso Internacional de los Paisajes Sagrados. Antropología, espacios, prácticas y arquitecturas en el Museo Etnográfico de Castilla y León*. Zamora. 20 octubre
- Martínez Gandolfi, A. (2021) *La atención primaria de la salud en sociedades rifeñas de la Provincia de Ávila. Una perspectiva desde la antropología médica*. <http://hdl.handle.net/10486/700823>
- Mernissi, F. (2003). *El poder olvidado. Las mujeres ante un Islam en cambio*. (2da. ed.). España: Icaria. Antrazyt
- Nicholson, R. A. (2008). *Los Místicos del Islam*, Barcelona: Editorial: José J.de Olañeta, Editor J. J. De Olañeta.
- Pazos Garcíandía, A. (2015). *Conceptos clave de antropología médica en terapia ocupacional*. España: Editorial Síntesis.
- Rachik, H. (2006). Identidad dura e identidad blanda, *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, mayo-junio 2006, No. 73/74, pp. 9-20.
- Rodríguez Mir, J., Martínez Gandolfi, A. (2017) *Espiritualidad, poder y sanación estudio comparativo entre la medicina profética en Marruecos y el chamanismo en el Chaco argentino.*, ISBN 9788491330936, págs. 1123-1137
- Roque, MA. (2011). Religión popular, espacio activo de la mujer magrebí, en E. GómezPellón & A. González Vázquez (Eds.), *Religión y patrimonio cultural en Marruecos: una aproximación antropológica e histórica*, Sevilla: Signatura Ediciones, pp. 177-196.
- Sánchez Sandoval, J. J. (2002). *Sufismo y poder en Marruecos. Milagros de Abu Ya 'zzà* Cádiz, Quorum Editores.
- Taiqui, L., Seva, E., Román, J. L., & Ha, A. R. (2005). Los bosquetes de la Khaloa (morabitos) del Rif, Atlas Medio y región del Sus de Marruecos. *Ecosistemas*, 14(003), 31-41.
- Westermarck, E. (1926). *Ritual and Belief in Morocco* (Vol. 1). Londres: Macmillan. <https://doi.org/10.1038/120867a0>

Winchester, M., & McGrath, J. (2017). Therapeutic landscapes. Anthropological perspectives on health and place. *Medicine Anthropology Theory*(1), 293-330.
<https://doi.org/10.4324/9781315281216>