



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título:

Concepto de Salud en la cultura magrebí y su abordaje en la asistencia sanitaria

Alumno: Celia Carrero Villoria

Director: Carlos Valencia Rodríguez

Madrid, mayo de 2023

*Por el pueblo Amazigh,
el que tanto me dio y enseñó.*

ÍNDICE

1. Resúmen:	7
2. Abstract:	9
3. Presentación:	11
4. Estado de la cuestión:	13
4.1. Fundamentación:	13
4.2. Definiciones y conceptos:	13
4.3. Antecedentes:	14
4.3.1. Geografía y población:	14
4.3.2. Economía:	17
4.3.3. Cultura:	20
4.3.4. Sistema educativo:	21
4.3.5. Sistema sanitario marroquí:	23
4.3.6. Religión:	24
5. Justificación:	29
5.1. El acceso a agua potable:	29
5.2. Saneamientos y zonas de aseo:	30
5.3. Construcciones y materiales:	31
5.4. El té y el café y su consecuencia dental:	34
6. Objetivos e hipótesis:	37
6.1. Objetivos:	37
6.2. Hipótesis:	42
6.2.1. Hipótesis sobre la alimentación en la cultura marroquí:	42
6.2.2. Hipótesis sobre la educación sexual y el sexo en la cultura magrebí:	43
6.2.3. Hipótesis sobre el estigma de la discapacidad en la cultura magrebí:	44
6.2.4. Hipótesis sobre hábitos tóxicos y su frecuencia en la cultura magrebí:	45
6.2.5. Hipótesis sobre la influencia de la religión islámica en el estilo de vida y salud:	46
6.2.6. Hipótesis sobre la importancia del ejercicio físico en la cultura magrebí:	47
6.2.7. Hipótesis sobre el uso y frecuencia de la medicina tradicional en la cultura Amazigh:	48
6.2.8. Hipótesis sobre el uso y acceso a la asistencia sanitaria en la población de Boudenib:	48
7. Metodología:	51
7.1. Diseño del estudio:	51

7.2. Sujetos de estudio:.....	51
7.3. Variables:	51
7.4. Procedimiento de recogida de datos:	53
7.5. Fases del estudio, cronograma:.....	57
7.6. Análisis de datos:	59
8. Aspectos éticos:	65
9. Limitaciones del estudio.....	67
10. Agradecimientos:	69
11. Bibliografía:.....	71
12. Anexos:.....	75
12.1. Anexo I:	75
12.2. Anexo II:	78
12.3. Anexo III:	81
12.4. Anexo IV:.....	84
12.5. Anexo V:.....	88
12.6 Anexo VI:.....	91
12.7. Anexo VII:.....	95
12.8. Anexo VIII:.....	98

1.Resumen:

El presente documento es un trabajo de investigación observacional que tratará, a grandes rasgos, sobre el concepto de salud que existe en la cultura magrebí relacionado con su estilo de vida, cultura, educación y/o religión. El territorio estudiado será la zona del Magreb, o lo que conocemos como el norte de África, haciendo referencia a Marruecos, Mauritania, Argelia, Túnez y Libia, países que conforman este término magrebí; pero en especial a la zona saharauí fronteriza entre Marruecos y Argelia, específicamente llamada Boudenib, un territorio donde la economía se centraliza en la agricultura y el pequeño comercio.

Se estudiarán aspectos de tal índole como la importancia que la población le da al ejercicio físico y a una dieta equilibrada dentro de la disposición de recursos existentes, siendo conscientes, o no, de la repercusión futura sobre su salud y la de las generaciones venideras. También estudiaremos el acceso a la sanidad que tiene la población magrebí, específicamente marroquí, dependiendo de la zona rural o urbana en la que habiten, así como su clase social, encontrando dificultades o facilidades para ello.

Otro aspecto que tratar será el estigma de la discapacidad, tanto intelectual como motora y las posibilidades de futuro, así como facilidades para su integración en sociedad que se le brindan a las personas afectadas. Además, también hablaremos sobre la educación sexual, la carencia de ésta en la población, así como los problemas que entraña en la propia salud de la persona su déficit y la práctica de relaciones de riesgo.

Finalmente, el objetivo de este Trabajo de Fin de Grado será estudiar a la población de esta región, para, a rasgos generales, poder acercar al personal sanitario a la cultura magrebí, para así mejorar nuestra asistencia sanitaria hacia estos usuarios desde el conocimiento y entendimiento.

Palabras clave (Términos DeCS): Salud, Magreb, árabe, África, alimentación, estilo de vida, educación.

2. Abstract:

The present document is an observational research work that will deal, in general, with the concept of health that exists in the Maghreb culture related to its lifestyle, culture, education and/or religion. The territory studied will be the Maghreb area, what we know as North Africa, which involves Morocco, Mauritania, Algeria, Tunisia and Libya, countries that make up the Maghreb; but in particular the Sahrawi border area between Morocco and Algeria, specifically called Boudenib, a territory where the economy is centralized in agriculture and small trade.

Aspects such as the significance that the population gives to physical exercise and a balanced diet within the availability of existing resources will be studied, being aware, or not, of the future impact on their health and that of future generations. We will also study the access to health of the Maghreb population, specifically Moroccan, depending on the rural or urban area in which they do live, as well as their social class, encountering difficulties or facilities for this.

Another main aspect that we will point out is be the stigma of disability, both intellectual and motor, and the possibilities for the future, as well as facilities for its integration into society that are provided to the affected persons. In addition, we will also talk about sex education and the lack of it in the population, as well as the problems related to its deficit and the practice of risky sexual relationships.

Finally, the objective of this project will be to study the population of this region, but in general, to bring health human resources closer to the Maghrebi culture, to improve our healthcare to these users from the knowledge and understanding

Key words (MeSH terms): *Health, Maghreb, arabian, Africa, diet, lifestyle, education.*

Alkalimat almuftahiatu: *Alsiha, almaghreb, alârab, afriquia, alnidam alghidaê, namat alhayat, taalim.*

3.Presentación:

Este documento tiene como objetivo hacer un estudio sobre la población magrebí en términos sanitarios.

Debido a la propia experiencia, así como a los acontecimientos personales vividos con la población magrebí saharauí, quise realizar este trabajo con el fin de acercar esta cultura a la población occidental, y sobre todo española, debido a las grandes oleadas de niños, jóvenes y adultos que llegan hasta las costas españolas.

Su educación, su forma de ver la vida, incluso su cultura y creencias, hace que sea importante para nosotros, los sanitarios, el formarnos e informarnos para poder mejorar nuestro trato y asistencia, sobre todo enfermera, hacia dichos usuarios. Por ello, y como necesidad de integración intercultural, he decidido desarrollar este estudio observacional para poder sacar conclusiones sobre algunos de los temas mencionados anteriormente.

Hacer la asistencia sanitaria más humana y cercana para con estos usuarios es una motivación que encontré en uno de mis periodos como voluntaria en la zona marroquí saharauí. El déficit de recursos, así como la conformidad de no tener asistencia médica ni enfermera de calidad en zonas rurales, hizo que empezase a cuestionarme el porqué de muchas de sus tradiciones, “remedios caseros”, con el único fin de hacer de mi carrera enfermera una formación más rica en relación con la humanización, la medicina tradicional y la gestión de los recursos existentes para aumentar la eficacia, efectividad y eficiencia en estos territorios.

4.Estado de la cuestión:

4.1.Fundamentación:

Los temas que abordaremos en el presente documento serán muy variados y estarán relacionados con varios aspectos que pueden llegar a influir de manera directa o indirecta en la salud de la población magrebí, así como en las generaciones venideras. Este estudio observacional, como su propio nombre indica, estudiará la epidemiología de origen magrebí, focalizando varios aspectos, influidos en su mayoría por una cultura teocrática; definición que trataremos más adelante, pues tendrá una gran importancia en el entendimiento de muchas de las tradiciones y del estilo de vida de un gran porcentaje de personas de la comunidad estudiada.

Para el desarrollo del trabajo se ha buscado información sobre la epidemiología del Magreb, aunque la recopilación de estudios anteriores ha sido escasa y en algunos temas deficiente. Por dicha razón, lo que se ha usado, como alternativa, ha sido la realización de pre-encuestas enfocadas en distintas cuestiones que pueden alterar la salud física y mental de la ciudadanía norteafricana, y específicamente, de la localidad de Boudenib, pueblo marroquí fronterizo con Argelia, el cual analizaremos posteriormente.

4.2. Definiciones y conceptos:

- **Árabe:** adjetivo perteneciente o relativo al mundo o civilización árabe.
- **Bereber:** localización, historia y costumbres de esta etnia africana.
- **Musulmán:** adjetivo perteneciente a la religión islámica.
- **islam:** sustantivo, religión monoteísta cuyo dios es Allah y profeta Mahoma.
- **Islam:** sustantivo, civilización islámica.
- **Islámico:** perteneciente al islam.
- **Islamismo:** sustantivo, ideología del islam político.
- **Islamista:** perteneciente al islamismo.
- **Cultura teocrática:** forma de gobierno en que la autoridad política se considera emanada de Dios, y es ejercida directa o indirectamente por un poder religioso.
- **Magrebí:** adjetivo, natural del Magreb, parte del noroeste de África, que comprende Marruecos, Argelia y Túnez.

- **Sunna:** sustantivo, recopilación de todos Hadit, es decir, los dichos y hechos de Mahoma
- **Suní:** adjetivo, dicho de una de las dos ramas principales de la ortodoxia islámica: Que se ciñe a la autoridad de la Sunna.
- **Malikí:** referente a una de las cuatro escuelas del Derecho que existe en el islam suní.
- **Haram:** propio de la religión islámica. Referido a un acto perjudicial o prohibido.
- **Halal:** propio de la religión islámico. Referido a un acto beneficioso o permisible.
- **Sharia:** sustantivo, código religioso con repercusión social por el que se rige la población musulmana, generalmente.

4.3. Antecedentes:

4.3.1. Geografía y población:

Como hemos comentado en los apartados anteriores, este estudio se focalizará en la región Este del país marroquí, un pueblo llamado Boudenib. Este territorio pertenece a la zona berebere, además de estar localizada en las montañas del Atlas, cercano a la frontera con Argelia. Este pequeño territorio pertenece a la región de Draa-Tafilalet, en la provincia de Er-Rachidia. El desierto al que pertenecen es el desierto de Merzouga, actualmente en pleno auge debido a la inversión americana y británica en la construcción de campamentos como nueva oferta de turismo moderno.

Existe poca información sobre dicho territorio por lo que todo el estudio se basará en propias vivencias, experiencias y conocimiento de la cultura y población “desde dentro”.

Marruecos - Esperanza de vida al nacer			
Fecha	Esperanza de vida - Mujeres	Esperanza de vida - Hombres	Esperanza de vida
2020	78,12	75,65	76,90
2019	77,90	75,42	76,68
2018	77,67	75,19	76,45
2017	77,44	74,95	76,22

Tabla 1. Esperanza de vida al nacer en Marruecos. Fuente de elaboración (Expansión, 2020)

En 2004 la población censada del territorio de Boudenib rondaba las 9.867 personas. Posteriormente en 2011 se produjo un aumento de dicha población de hasta 11.191, sabiendo hasta la fecha que, el último censo que se realizó en 2014 hacía un recuento de hasta 14.800 personas. Es por esto que, podríamos decir, siendo conscientes del aumento de la población en la región, que en la actualidad podría haber una población de 20.000 personas, aproximadamente. Esto hace que podamos sacar conclusiones sobre la velocidad de crecimiento de la población, así como la esperanza de vida. En la anterior tabla podemos observar cómo, la esperanza de vida al nacer de la población marroquí ha aumentado significativamente desde el 2017 hasta el 2020, aunque tras la pandemia de COVID-19 no ha vuelto a realizarse ningún estudio poblacional ni epidemiológico para contrastar resultados anteriores.

Aun así, podemos destacar el incremento de años de vida que protagonizan las mujeres frente a los hombres, debido a los diferentes hábitos de vida y roles en la familia que desempeña cada sexo, que posteriormente analizaremos.

También podemos destacar la diferencia existente entre la población marroquí y española, que, aunque vecinos, la sociedad del país goza de un aumento de esperanza de vida media de 6-7años por encima de la marroquí, siendo como resultado los 82,3 años en el 2020.

España - Esperanza de vida al nacer			
Fecha	Esperanza de vida - Mujeres	Esperanza de vida - Hombres	Esperanza de vida
2021	85,83	80,27	83,07
2020	85,06	79,59	82,33
2019	86,22	80,86	83,58
2018	85,85	80,46	83,19
2017	85,73	80,37	83,09

Tabla 2. Esperanza de vida al nacer en España. Fuente de elaboración (Expansión, 2021)

Además, otra de las razones por las que la población sigue aumentando, aunque el porcentaje ha descendido a nivel nacional, es debido a la tasa de natalidad, la cual definimos como el número de nacimientos registrados por cada mil habitantes, en un tiempo determinado, normalmente de un año.

También debemos tener en cuenta la tasa de fecundidad, que se define como el índice que muestra el número de nacimientos que se producen en un año determinado por cada 1.000 mujeres entre de entre 15 y 49 años, considerando esta franja de edad como “edad fértil”.

España - Natalidad					
Fecha	Nacidos	Nacidos Hombres	Nacidos Mujeres	Tasa Natalidad	Índice de Fecund.
2021	337.380	174.148	163.232	7,12‰	1,19
2020	341.315	174.842	166.473	7,19‰	1,19
2019	360.617	185.523	175.094	7,62‰	1,24
2018	372.777	191.569	181.208	7,94‰	1,26
2017	393.181	202.478	190.703	8,41‰	1,31

Tabla 3. Natalidad en España. Fuente de elaboración (Expansión, 2021)

En la siguiente gráfica podemos ver un descenso no muy llamativo desde el 2017, pero siendo comparativo con la natalidad en España, la población musulmana sigue en cabeza con un índice de fecundidad de más del doble que el español.

Marruecos - Natalidad		
Fecha	Tasa Natalidad	Índice de Fecund.
2020	18,10‰	2,35
2019	18,50‰	2,38
2018	18,94‰	2,42
2017	19,40‰	2,45

Tabla 4. Natalidad en Marruecos. Fuente de elaboración (Expansión, 2020)

Queda plasmado el déficit de estudios con relación a la población, y la escasa información que podemos obtener de los datos oficiales para hacer la comparativa con España. Aun así, podemos hacernos una ligera idea de la sociedad en la que vamos a centrar nuestro estudio, siendo una zona rural donde la religión es el motor de la vida y la creación de una familia es la máxima expresión de ella. (Hassan Barouaca, 2012)

Por ello, las familias en Boudnib suelen constar de numerosos hijos, una media de 4 por familia aproximadamente

4.3.2. Economía:

Boudenib, o también conocido como Boudnib, es un pequeño pueblo tradicionalmente arraigado en la cultura berebere, es decir, una cultura teocrática fundamentada en las tradiciones musulmanas, pero con gran arraigo de los pueblos nómadas saharauis, que determina su estilo de vida, así como la manera en la que se controla la economía y se administran y consiguen los recursos.

Contrariamente a la imagen romántica popular que retrata al pueblo berebere como tribus nómadas que cruzan el desierto en camellos, realmente su quehacer fundamental es la práctica de la agricultura sedentaria en las montañas y valles a lo largo del norte de África hasta el agotamiento de los recursos, que puede en ocasiones no producirse siquiera. (*Marruecos - Ciudades y pueblos del mundo. DB. 2019*).

Dicha economía se basa en la agricultura, llevada a cabo con maquinaria rudimentaria y sistemas de regadío clásico que disminuyen gastos y proporcionan numerosas ganancias a nivel local.

También tiene un peso importante en la economía del territorio el sector ganadero y de la construcción.

En relación con la agricultura, los árboles más cultivados suelen ser el olivo y la palmera, es decir, aceitunas y aceite, así como los dátiles. Ambos alimentos son prioritarios en su alimentación y están muy presentes en la dieta diaria de la población. Estos alimentos son cultivados en la mayoría de los terrenos agrícolas debido a su fácil mantenimiento, ya que necesitan poca agua y obtienen grandes cantidades de producto con una inversión mínima. (Datos obtenidos por la autora sobre el terreno)

Además de la eficacia y eficiencia de estos recursos, como hemos mencionado antes, existen una gran demanda por parte de la población que asegura el beneficio monetario de los agricultores.

Por añadidura de estos dos alimentos principales, cabe destacar el cultivo de verduras como: tomates, patatas, zanahorias, nabo blanco y rojo, berenjenas, calabazas, calabacines, judías verdes, ajo y cebolla, pimientos, así como también perejil y hierbabuena. En la actualidad se está observando un aumento del cultivo de comino. En cuanto al cultivo de frutas, de gran calidad, está el melón, la sandía y los higos. Alimentos que otorgan azúcares y agua, que ayudan a combatir el calor de la zona, facilitando la hidratación y nutrición en las épocas más calurosas del año, de junio a septiembre aproximadamente.

Muchos de estos productos llegan también hasta territorio español debido a su alta calidad, demanda y bajo precio. (Datos recabados por la autora personalmente)



Imagen 1. Campo de cultivo en activo. Fuente de elaboración propia.

En relación al sector ganadero, basado en la cría extensiva, es decir, el mantenimiento de rebaños y el cuidado de los animales en el exterior con una alimentación natural y tradicional, podríamos destacar la crianza de ovejas, vacas, para la obtención de lácteos, así como gallina también como tipo de carne principal en la alimentación; además en las zonas más cercanas e incluso al propio desierto, resaltaríamos los dromedarios como medio de transporte y demandante turístico en auge, e incluso en ocasiones, alimento nutritivo y exclusivo.

Otro sector que mueve la economía de este pueblo berebere en la actualidad es el de la construcción. Esto se debe al gran aumento de la población en los últimos 20 años, que obliga a este mismo a aumentar las viviendas, así como construir nuevos colegios y servicios públicos que atiendan las necesidades de la población.

Boudenib es un pueblo que, al contrario de las ciudades de la costa de Marruecos, no puede beneficiarse del turismo, debido a las deficientes infraestructuras y caminos, que en muchas ocasiones dificultan, en gran medida, el acceso al territorio y además, no es un lugar de tránsito para ninguna ciudad recurrente de turistas. (Datos obtenidos por la autora sobre el terreno)

De la misma manera, una minoría de la población rural, al contrario que las ciudades grandes, se dedica al sector del comercio: comerciantes de especias y telas que venden sus productos en sus pequeños negocios o tenderos en el mercado de centro. El precio puede ser dialogado y discutido, pudiendo comprar desde un “puñado” de curry hasta una gallina sacrificada en el momento. Es por eso que quizás el control sanitario/alimentario de los productos no es el adecuado o el idóneo para mantener la salubridad de dichos alimentos y de la población. Esto lo comentaremos posteriormente.

Hoy en día, además de las fuentes tradicionales de subsistencia, hay un elemento nuevo que forma parte de la financiación de las familias bereberes, así como también de un gran porcentaje de la población magrebí: los ingresos provenientes de la enorme emigración existente en Europa, fundamentalmente en Francia, Holanda, Bélgica, Italia, Alemania y España.

Todos los datos anteriores han podido ser observados por la autora durante los tres periodos de convivencia como cooperante en la zona.

4.3.3. Cultura:

En árabe se dice que el islam es *din wa-dunya wa-dawla*, religión, sociedad y Estado. Engloba un modo de vivir, de comportarse, de concebir la familia, el matrimonio, la educación de los hijos, la alimentación, de organizar el Estado, etc., aspectos que han sido extraídos a partir del Corán y de la Sunna.

Las normas sociales de la población musulmana están marcadas por la Sharia, que significa literalmente «el camino al manantial». Se puede considerar la Sharia como la ley islámica, el código religioso para vivir, como hemos mencionado anteriormente. Está fundamentada en la triple diferenciación que existía en la sociedad árabe patriarcal del siglo VII entre hombre y mujer, entre musulmán y no musulmán, y entre hombre libre y esclavo. Son pocos los países del mundo islámico que pretenden aplicar de manera íntegra los dictámenes de la Sharia, como Arabia Saudí e Irán, países donde el credo y sus tradiciones gobiernan de manera integral la voluntad de la persona. La mayoría de los estados islámicos aplican sólo una parte; por ejemplo, las normas relativas al derecho de familia. (Datos recopilados por la autora en el terreno)

Los musulmanes se rigen por su propio calendario, que tiene como base los ciclos lunares. Los meses se extienden de una luna nueva a la siguiente. El año consta de 12 meses, cinco de 29 días y siete de 30 días, con un total de 355 días, por lo que acumula una diferencia de 10 u 11 días por año respecto a nuestro calendario. El resultado es que los meses musulmanes se desplazan gradualmente por las estaciones. Otra diferencia es que los días empiezan a contarse después de la puesta del Sol. (Tayeb, H. O., Tekian, A., Baig, M., Koenig, H. G., & Lingard, L.. 2023).

Una vez habiendo tratado el islam de una manera genérica para conocer la cultura teocrática en la que se desarrolla este trabajo observacional, haremos hincapié en la cultura saharauí.

En este apartado se comentará la cultura predominante en el territorio tratado, Boudnib. Dicho territorio, como ya se mencionó anteriormente, pertenece a la red de pueblos de origen, coloquialmente hablando, berebere saharauí, o también llamados Amazigh.

El término Amazigh se identifica con los habitantes del África septentrional, desde Egipto hasta el Océano Atlántico y desde el mediterráneo hasta el Sáhara.

El término bereber, dicho vulgarmente, viene del término *barbarus*, el cual utilizaban los romanos y griegos para nombrar a todos aquellos pueblos que no hablaban su lengua. Es por eso que usaremos preferiblemente el término Amazigh, en singular, *amazighen* en plural cuya traducción significa “persona libre”, y es la denominación correcta para referirse a este pueblo y su cultura. (Datos recabados por la autora personalmente)

La lengua oficial es el Tamazight, y es destacable porque hasta hace poco tiempo. En el año 2011 fue aprobada y reconocida, pero no fue hasta el 2014 cuando comenzó su oficialidad. No era una lengua oficial, no era aprendida en la escuela y se enseñaba exclusivamente en el hogar, pasando así de generación en generación. No toda la población magrebí sabe hablarlo, e incluso en las ciudades grandes es un motivo, muchas veces, de “desprecio” de la población urbana hacia la rural.

El Tifinagh es el alfabeto utilizado en esta lengua, y se escribe de izquierda a derecha. Muchos estudios afirman que este idioma nace alrededor del siglo VI a.C. (Wester-Ebbinghaus, 2023)

Actualmente una de las luchas más importantes en Marruecos es protagonizada por este pueblo, debido a que hasta un 24% de la población, es decir, más de 6 millones de marroquíes pertenecen a esta etnia, la cual reivindica la oficialización y enseñanza del idioma, así como el estudio de la propia cultura. Esta reivindicación también está secundada por Argelia, y como es de esperar, totalmente rechazada por la monarquía y gobierno marroquí. (Tayeb, H. *et al.* 2023).

4.3.4. Sistema educativo:

El sistema educativo es un tema de controversia pues, Marruecos puede presumir de tener un sistema educativo totalmente gratuito desde los tres años, donde el niño o niña puede acceder a la escuela, hasta la universidad.

El sistema consta de una enseñanza Preescolar o infantil (3-6 años), una enseñanza Primaria (6-12 años), enseñanza secundaria (12-15 años), Bachillerato (15-18 años) y enseñanza media o superior, lo que nosotros entenderíamos por FP, Grado Superior o Grado Universitario.

La gran mayoría de la población infantil y joven marroquí acude a colegios públicos, pero también existen los colegios privados, no teniendo conciencia de la denominación de colegio concertado como se conoce en España, siendo muy común.

En los colegios públicos las familias únicamente deben pagar la tasa de matriculación y Seguro Escolar, así como, dependiendo si es una zona rural o urbana, el propio Estado proporciona los libros de texto a los alumnos, o bien las familias deben comprarlos por un módico precio, respectivamente.

En el caso de Boudenib, existen sólo colegios e institutos privados: 2 colegios de Educación Infantil y Primaria, y un instituto de Educación Secundaria y Bachillerato. No consta ninguna escuela ni facultad de enseñanza superior, por lo que los alumnos que quieran continuar con sus estudios deben desplazarse a otras ciudades dependiendo de sus recursos económicos y formación que quieran adquirir. Esto hace que no todos los niños puedan tener las mismas posibilidades para formarse en el ámbito universitario y depende en gran medida de la economía familiar, pues los medios de transporte en la zona no permiten que los alumnos puedan ir y volver a recibir las clases aun residiendo en el domicilio familiar, sino que deban alquilar un piso o residencia de estudiantes en la ciudad que requieran siendo conscientes de que eso es un gasto elevado. Por otra parte, la formación de los hijos fuera del pueblo hace que tampoco puedan ayudar a sus familias en el negocio, ya sea agricultura, ganadería o comercio, y muchas familias y padres no están dispuestos o no pueden sacrificar esa oportunidad de producir ganancias “sin gastos”. (Datos recabados por la autora personalmente)

En la enseñanza universitaria, como hemos mencionado anteriormente, es gratuita, pero ¿hasta qué punto? Al igual que el sistema económico y sanitario del país, el educativo también tiene su resquicio de corrupción, por lo que todo o casi todo alumno en su último año de carrera universitaria, deberá de pagar unas “tasas” indebidamente justificadas para poder obtener su título. Esto, como es de esperar, no todas las familias pueden permitírselo, pues esas tasas muchas veces son demasiado elevadas, por lo que, a consecuencia, el estudiante tiene que dejar sus clases en *stand by*, no obtener el título y poder continuar cuando haya ahorrado el dinero suficiente para hacerlo. Esto, como es de esperar, incrementa el “abandono universitario” a las puertas de la graduación. (Llorent Bedmar, 2012)

4.3.5. Sistema sanitario marroquí:

El sistema Sanitario marroquí puede parecerse en grandes aspectos a nuestro sistema sanitario, pues existe una red de hospitales y centro de salud públicos con asistencia gratuita, oficialmente, a toda la población. También podemos afirmar que los hospitales públicos aparecen en las ciudades grandes, donde la afluencia de turistas es mayor, así como el volumen de pacientes es directamente proporcional con los recursos económicos y sanitarios de la misma.

La existencia de hospitales públicos en las ciudades grandes o aquellas de referencia en la provincia, como es el caso de Er-Rachidia, no tienen por qué constar con todas las especialidades necesarias, por lo tanto, es posible que no todos los pacientes con una patología concreta puedan ser atendidos en sus hospitales más cercanos y deban desplazarse a otras ciudades para poder obtener su tratamiento correspondiente. En consecuencia, muchos pacientes no pueden ser tratados debido a sus recursos económicos que en numerosas ocasiones les imposibilita costearse el desplazamiento y por tanto, es imposible su recuperación.

Consecutivamente a esto, las personas con patologías, con un diagnóstico clínico o no, pero con falta de recursos económicos, suelen usar como alternativa la medicina tradicional, muy practicada en esta cultura teocrática de características musulmanas, pero sobre todo y aún más predominante en la cultura Amazigh.

Anteriormente hemos dicho que “oficialmente” esta asistencia sanitaria es gratuita, aunque como hemos mencionado en apartados anteriores, el sistema sanitario marroquí también puede hacer que debas pagar “tasas” injustificadas por una asistencia sanitaria “de calidad” o incluso “básica”. Esta tasa o pago lo estipula el médico que vaya a atender la necesidad o patología del paciente. Suelen ser pagos asequibles a la persona, pues el facultativo no exige grandes cantidades de dinero si el paciente no puede pagarlo. Es por eso que existe esa parte caritativa de la profesión.

En cuanto a los ambulatorios o centros de atención primaria, son dirigidos por un médico adjunto, un médico residente y una enfermera. Estos ambulatorios suelen estar en los pueblos, pero dependen de la densidad de población residente en el mismo. Se necesita un mínimo de habitantes en el propio territorio para poder establecer el servicio de este centro asistencial durante 24 horas.

También existe una red de hospitales privados, con el mismo funcionamiento que en nuestro país, que constan de profesionales muy bien cualificados y, además, todas las especialidades y tratamientos están disponibles. Un porcentaje bajo de la población puede permitírselo. En consecuencia, la eficacia y efectividad de estos centros es muy alta y con muy buenos resultados.

En Boudenib se cuenta con un centro ambulatorio de asistencia 24 horas y de aspecto público. Aunque existen curanderos y sanitarios cualificados que ejercen su profesión de manera autónoma y son muy recurridos por la población debido a su gran efectividad y fácil acceso. (Tayeb, H. *et al.* 2023).

4.3.6. Religión:

El término islam proviene del árabe *al-islām*, que significa paz y sumisión a Dios (Alá). La persona que practica el islam se denomina musulmán, que significa sometido a Alá. Mahoma fue el último de los profetas enviados por Alá y al que reveló el Corán (libro sagrado del islam).

Valga de ejemplo uno de los errores más comunes que se cometen relativos al islam: confundir árabe con musulmán. Si bien el islam surgió en Arabia y el Corán está escrito en árabe, los árabes son una etnia, mientras que los musulmanes son los seguidores del islam. Hay países musulmanes que no son árabes, como Pakistán, Irán, Sudán, Indonesia, etc., y árabes que no son musulmanes, sino cristianos, aunque este no es el caso de Marruecos ni la región del Magreb. Sólo el veinte por ciento de los musulmanes repartidos por el mundo son árabes. (Guitart Lorente, José Luis. (2005))

El islam no surgió como una nueva religión, sino como una continuación de las religiones judía y cristiana. Según éste, Mahoma fue enviado por Alá para recordar y completar los mensajes de los profetas anteriores, como Adán, Abraham, Job, David, Salomón, Moisés y Jesús, al que se considera sólo un profeta y no el hijo de Dios, como en la religión cristiana. Pero como esto, podemos encontrar muchas similitudes entre las tres religiones monoteístas, que nos ayudaría a acercarnos más como sociedades creyentes y convivientes en numerosos casos. (Balta, 2003)

Podemos considerar, debido a lo anteriormente tratado, así como lo que mencionaremos posteriormente, que el islam no se puede considerar, una vez más, sólo un credo llevado a cabo por fieles en su ámbito espiritual y religioso, sino que podemos afirmar que “va más allá”.

Partiendo de la base de que existen múltiples definiciones de la palabra religión, toda respuesta a la pregunta planteada es relativa. En sus orígenes, el islam fue, además de religión, el Estado y la ley que organizó una sociedad. El islam no sólo ordena los aspectos espirituales y religiosos, sino que también engloba temas políticos, sociales, sanitarios e incluso económicos. Por este motivo, hablar sobre él no puede reducirse a hablar sólo de religión. La confesión musulmana es también un código de conducta, un sistema legislativo y una forma de vida. Desde el punto de vista del culto, es muy sencillo, porque es un culto sin imágenes, ni iconos, ni intermediarios. Es un contacto directo con Alá, una relación entre el ser humano y su dios. En el culto podemos diferenciar dos partes: los rituales y los actos de la vida social.

Los primeros constituyen los cimientos del islam; son los llamados cinco pilares, considerados como invariables, inamovibles. Por otra parte, la conducta social es mudable según el contexto y las tradiciones locales de cada región, lo que explica por qué el islam como religión se adapta muy fácilmente dentro de culturas tan diferentes como la africana, la asiática o la europea de los Balcanes. Es por ello, que nuestra asistencia sanitaria deberá regirse por dicho comportamiento, y nuestro proceder como profesionales de la salud deberá adaptarse recíprocamente al paciente. (Vidal, César (2004)).

Por tanto, enunciar que el islam es sólo una religión y clasificarla entre el resto de las religiones, sería simplificar una forma de vida.

Por esto, debemos conocer la religión desde sus cimientos, aunque con una visión globalizada, para así llegar a comprender la magnitud y repercusión que puede tener sobre nuestra labor enfermera, así como sobre nuestros pacientes magrebíes y/o musulmanes.

Los 5 pilares del islam

Cada acción hecha con la conciencia de que se cumple con la voluntad de Alá es considerada un acto de adoración en el islam. Pero el acto específico de adoración es aceptar los cinco pilares, ya que sostienen la estructura de la forma de vida de los musulmanes. El primer pilar nos da la pauta de la fe en Alá, y los demás son un medio para demostrarla a través de sometimientos.

La profesión de fe (*shahada*).

La profesión de fe es la afirmación esencial de la doctrina del islam, que dice: «No hay más Dios que Alá, y Mahoma es su profeta». Mahoma no se confunde con Dios, pues sólo es el último y el más grande de los profetas.

La oración (*salat*).

Se basa en el acto de rezar cinco veces al día: al amanecer, al mediodía, a media tarde, a la puesta del sol y en los comienzos de la noche. Para realizar cada una de estas oraciones es necesario purificarse, acto denominado ablución y que consiste en el lavado de la cara, las manos y brazos, así como la limpieza de la cabeza y pies. Si no se dispone de agua, está permitido utilizar arena. Para rezar se sigue todo un ritual, que va desde la posición que se adopta hasta lo que se expresa en voz alta.

La limosna (*zakat*).

Inicialmente, el zakat era una donación caritativa que daban los musulmanes pudientes anualmente. Más tarde se convirtió en un impuesto obligatorio de «purificación», utilizado para ayudar a los necesitados.

El ayuno (*sawm*).

Se realiza durante el mes de Ramadán, el noveno del calendario islámico, para conmemorar la primera revelación del Corán. Consiste en la prohibición de comer, beber, fumar, tener relaciones sexuales y de todo pensamiento pecaminoso durante las horas diurnas. Todo musulmán está obligado a cumplirlo, con las excepciones de ancianos, niños y enfermos.

La peregrinación a La Meca (*hach*).

Los musulmanes deben peregrinar a La Meca por lo menos una vez en su vida, siempre y cuando se disponga de salud y de medios económicos para hacerlo. Se realiza principalmente durante el mes islámico Dhu al-Hiyya, el último de su calendario, y tiene tal importancia que los musulmanes hablan de su vida antes y después de la peregrinación (Ed. Salvat, vol 7, 2004)

El islam no está circunscrito al mundo árabe, como estamos acostumbrados a pensar, sino que, según el Corán, toda persona está llamada a la sumisión al Dios único. Se cifran en unos 1.500 millones los musulmanes que integran la Umma (Comunidad Musulmana Mundial), repartidos por el mundo, principalmente en el norte de África, Oriente Medio, Indonesia, India, Pakistán y Bangladesh. Además, la presencia musulmana en los países de Europa occidental ha experimentado un notable aumento en los últimos años, alcanzando los 25 millones.

Por tanto, no se debe confundir el islam con un tipo cultural concreto. Los musulmanes árabes representan sólo el 20 por 100 del total. Solamente los musulmanes de Indonesia son más que todos los musulmanes del Magreb. El islam no tiene nacionalidad, ni distingue fronteras, razas o sexos. Hay musulmanes argentinos, españoles, marroquíes, iraníes, indonesios, estadounidenses, blancos, negros, orientales, occidentales, etcétera. (Ed.Salvat, vol.9, 2004)

El Corán

No se puede entender el islam sin una referencia a su libro sagrado, el Corán, objeto de estudio por parte de todo “buen” musulmán, y sujeto a veces a una interpretación errónea. Corán significa «recitación», y según los musulmanes es la palabra de Alá revelada a Mahoma en fragmentos a lo largo de dos décadas, como respuesta a las necesidades de los musulmanes en cada momento. Cuando el profeta recibía alguna revelación, la transmitía a sus seguidores para que la memorizasen y escribiesen. Diecinueve años después de la muerte de Mahoma, los fragmentos fueron recopilados y unidos en un solo texto que contiene las bases del islam. Está escrito en árabe y tiene una extensión similar al Nuevo Testamento. Se estructura en 114 capítulos, denominados azoras o suras, que a su vez se dividen en versículos, llamados aleyas o ayas. Llama la atención que las azoras estén ordenadas de mayor a menor extensión (excepto la primera, que es la más corta) en lugar de seguir una secuencia cronológica. Además, alternan fragmentos poéticos con normas y reglas, contribuyendo a dificultar la lectura para los no iniciados. Junto con el Corán, los musulmanes se basan en la Sunna como segunda fuente del islam. La Sunna es el conjunto de dichos y hechos Hadit de Mahoma, que fueron transmitidos en forma de relatos ante la necesidad de soluciones políticas y jurídicas no contempladas por el Corán. (Hueso García, 1998).

En Marruecos podemos afirmar que la población creyente musulmana forma parte de la rama Suníe, así como de la escuela Malikí. El malikismo es, ante todo, la escuela de jurisprudencia representante de la tradición de la ciudad de Medina. Es conocida por incluir la práctica de los eruditos de Medina como parte de su metodología. (Sayyid Abul a'la, 1995).

Como hemos visto, la religión en el islam no está separada de las otras actividades sociales. La mezquita no es sólo un lugar donde los musulmanes realizan sus plegarias, postrándose de rodillas hasta tocar el suelo con la frente, sino que sirve también para reuniones, estudios, conferencias, etc. Es un centro social en la vida musulmana. Por otro lado, en el islam cualquier rincón sirve para realizar las cinco oraciones diarias; no es necesario que sea un santuario pues, como dijo Mahoma: «Toda la tierra es una mezquita para vosotros, así que rezad donde quiera que estéis en ese momento». Sin embargo, es costumbre realizar la oración del mediodía del viernes en congregación en la mezquita, seguida de la jutba. Mahoma estableció el viernes para esta cita religiosa, para diferenciarse de judíos y cristianos, que se reúnen el sábado y domingo, respectivamente. Asimismo, para reforzar esta reunión del viernes, Mahoma afirmó que rezar en compañía era 25 veces más meritorio que la oración individual en casa. (Ghany Melara, 1998).

Hablar del islam no puede reducirse a hablar sólo de religión, sino que también engloba aspectos políticos, sociales e incluso económicos. El islam es religión, sociedad y Estado. Es, en definitiva, una forma de vida sustentada sobre cinco pilares: La profesión de fe, la oración, la limosna, el ayuno y la peregrinación a La Meca. Precisamente en esta simplicidad del culto, resumida en la profesión de fe «no hay más Dios que Alá, y Mahoma es su profeta», radica el porqué de su gran expansión por todo el mundo, convirtiéndose en la segunda «religión» en cuanto al número de fieles, con unos 1.500 millones de musulmanes, y que continúa aumentando. Sin embargo, a diferencia del cristianismo, que ha ido evolucionando desde su origen, en mayor o menor medida, mediante las distintas reformas de la Iglesia y los concilios, el islam continúa aplicando las mismas fuentes del siglo VII d. de C. (Corán, Sunna y Sharia) y exige el cumplimiento exacto de las mismas. Esto trae consigo la existencia de anacronismos, tales como la clara discriminación de la mujer en el mundo islámico. (Grueso García, 2009).

Existe un desconocimiento general de qué es y qué representa el islam, lo que provoca cierto rechazo hacia los musulmanes, que muchas veces son asociados erróneamente con las acciones terroristas, factor que causa rechazo en nuestra sociedad, y por lo que en ocasiones nos hace actuar desde el desconocimiento y la aversión, haciendo mediocre nuestra asistencia y profesionalidad en el ámbito sanitario, así como afectando al mismo nivel en nuestra acogida en sociedad. (Latorre Remón, 2007).

5. Justificación:

La razón principal por la que se ha realizado este estudio observacional es porque, desde mi experiencia, pude analizar desde la convivencia con esta cultura y pueblo una serie de necesidades reales que no estaban cubiertas por un grupo de factores desencadenantes.

Podemos comenzar razonando que la cultura Amazigh desde los inicios de su historia, ha sido referente de pueblos nómadas que buscaban la autosuficiencia de sus grupos, así como la supervivencia de su identidad propia tratando de “dejar huella” en el Norte de África y trasladando este sentimiento de orgullo de pertenencia de generación en generación. Aunque esto haya sido así, el aislamiento de la cultura era un hecho objetivo que en consecuencia dio como fruto el desinterés por parte de la población no Amazigh así como los Estados no se preocupaban de abastecer los requisitos que dicha población necesitaba para su adhesión, aunque incompleta, a la población común.

5.1. El acceso a agua potable:

Boudenib, como se comenta en los apartados anteriores, es una región basada en la economía agrícola y ganadera principalmente, por lo que podemos atisbar que el modernismo y las comodidades no se hacen presentes como las conocemos en las ciudades principales marroquíes.

El acceso a agua potable es un problema en todo el territorio, aunque no lo sea el mismo a agua limpia, siendo términos completamente distintos. Extranjeros que llegan a la localidad se encuentran con la imposibilidad de consumir dicha agua sin la alta probabilidad de que este acto puede desembocar en grandes diarreas debido a numerosas bacterias contenidas en la misma, y a las que el aparato digestivo no está familiarizado. La población local usa esta agua para hidratación propia, cocinado de los alimentos, limpieza de las instalaciones domésticas, e incluso regadío. La misma agua es utilizada para absolutamente todas las actividades de la vida diaria.

En la población pediátrica, esta agua puede ocasionar, al igual que en los extranjeros, fuertes diarreas que en ocasiones producen la deshidratación masiva e incluso el fallecimiento de los usuarios. Aunque este suceso se produzca en un pequeño porcentaje de la población, es cierto que normalmente la flora intestinal de los locales termina adaptándose a dicho agua y creando una barrera inmune a dicho elemento básico para el día a día.

5.2. Saneamientos y zonas de aseo:

Otra necesidad observada fue la calidad de los saneamientos en el pueblo. Dichos saneamientos no son como los que conocemos nosotros, donde existe en un baño completo el lavabo, el plato de ducha o bañera, y el váter, sino que en las zonas rurales todavía están en uso las letrinas, es decir, agujeros en el suelo donde se realizan las necesidades y para la eliminación de heces y orina se debe echar un cubo de agua. Manejo rudimentario de los saneamientos que con el paso del tiempo crean humedades siendo a su vez un foco de infecciones si no se realiza meticulosamente su limpieza. Las duchas suelen ser al aire libre o en un espacio apartado de la letrina, por lo que también la convivencia con insectos como las cucarachas está completamente normalizada. (Datos recabados por la autora sobre el terreno)



Imagen 2. Saneamiento tradicional. Fuente de elaboración propia.

5.3. Construcciones y materiales:

El material que se utiliza para las construcciones de casas familiares principalmente era y es barro, cañas de palmera, al igual que la madera del propio árbol. Actualmente se va introduciendo en los recursos el cemento y el hierro debido a las dificultades que tenían que vivir en relación con las tormentas de aire y lluvia propias del clima desértico.



Imagen 3. Patio interior casa tradicional saharai. Fuente de elaboración propia.

Los principales problemas que se ocasionaban en las infraestructuras procedían del material usado, el barro, que en las épocas de lluvia ocasionaba numerosas humedades así como la caída de la pintura e incluso de las propias fachadas de los domicilios. Estas humedades no deben pasar desapercibidas pues creaban en la población grandes infecciones respiratorias que desembocaban en neumonías, las cuales en ocasiones no podían ser tratadas adecuadamente por lo comentado en los apartados anteriores.



Imagen 4. Humedad en habitación interior de vivienda. Fuente de elaboración propia.

Posterior y recientemente, se ha introducido el cemento y el hierro, aunque sigue siendo un material más costoso y que no todas las familias pueden permitirse. También es más complicado de trabajar, requiere de más formación en su utilización y preparado y por tanto, no es tan usado como el barro tradicional. Por lo que, el problema relacionado con las patologías que suceden sigue existiendo en gran cantidad. (Datos recabados por la autora sobre el terreno)

5.4 . El té y el café y su consecuencia dental:

Otro tema que suscita preocupación es el tipo de alimentación. Es una alimentación basada en alimentos principales como son: legumbres, hortalizas, pollo y cordero, como fuente de proteínas; dulces y té. Podríamos afirmar que, esas son las principales fuentes nutritivas de la dieta de este pueblo saharai. La gran cantidad de azúcar que ingieren en su día a día sobre todo en las tomas de té (en numerosas ocasiones a lo largo de la jornada), la cual podemos cuantificar como en un terrón de azúcar por taza, aproximadamente, hace que, además de no ser positivo por razones obvias, tampoco lo es para el mantenimiento y salud dental.

Es llamativo la calidad dentaria de la población, pues desde edad temprana incluyen el té como bebida imprescindible, casi igual o incluso más que el agua, para su dieta. El té moruno no sólo es una bebida típica del Magreb, sino que tiene una simbología que va mucho más allá. El té es una manera de dar la bienvenida a cualquier persona conocida, o no, al hogar o lugar de reunión. Con el té se abren y cierran negocios e incluso es la manera de comenzar muchos ritos y celebraciones de dicha cultura. Aunque las consecuencias de esto son conocidas por la población, existe una asociación de éste con la familia, el disfrute y la vida en comunidad, que compensa con los daños ocasionados con el tiempo.

Pero ¿cuáles son los beneficios y los perjuicios del consumo de estos dos alimentos? Podemos asegurar que el principal daño es protagonizado por los taninos. Este término hace referencia a un compuesto químico presente tanto en el té, café, como en el chocolate y numerosas frutas verdes. Como es de esperar, estos cuatro alimentos son bastante consumido por la población referenciada. (Vyas, T., Nagi, R., Bhatia, A., y Bains, S. K. 2021)

Los taninos son protagonistas de la aparición de las manchas en el esmalte de las piezas dentarias, y por ende, si no se reduce su consumo, la acumulación de sarro, incremento de la posibilidad de infecciones bacterianas y aparición de caries. Estos compuestos, se alojan en las fisuras del esmalte y, con el tiempo, pueden llegar a producir la caída y rotura de los dientes. Pero no todo son perjuicios, y por ello, es un elemento básico en la alimentación magrebí y musulmana. Contiene grandes beneficios relacionados con las propiedades astringentes y antiinflamatorias, siendo capaces de reducir dicha inflamación con resultados evidentes en el tracto digestivo, principalmente. Además, tienen una gran capacidad antioxidante, siendo capaces de capturar los radicales libres y retrasar el envejecimiento celular y la aparición de enfermedades degenerativas y cardiovasculares. (Vyas, *et al.* 2021).

Como última propiedad podemos mencionar la astringente, mejorando y corrigiendo diarreas, siendo una de las principales causas de deshidratación y muerte en el continente africano.

En conclusión, perjuicios mencionados anteriormente podrían ser minimizados con una formación educativa basada en la concienciación de la población pediátrica sobre la importancia del no abuso de sustancias con las protagonistas de este apartado, así como el cuidado de los dientes con un cepillado mínimo en dos ocasiones diarias, completo y adecuado, El lavado de dientes no es un rutina añadida al cuidado diario de la persona en la cultura tratada, y por ello, podemos encontrarnos con complicaciones dentales importantes incluso presentes en la comunidad pediátrica. (Datos obtenidos por la autora personalmente)

6. Objetivos e hipótesis

6.1. Objetivos:

En el documento se quiere presentar tres tipos de objetivos, haciendo referencia, prioritariamente al objetivo del estudio: finalidad primordial de cada variable estudiada y razón por la que lo es; en adición al objetivo de salud y objetivo educativo década tema tratado, en suposición de un futuro planteamiento de proyecto educativo y sesiones formativas para la población a la que se dirige el estudio.

Antecedentes o variable estudiada	Objetivos generales
Impacto de la religión en el estilo de vida y salud de la población.	<ul style="list-style-type: none">• Objetivo del estudio: conocer la importancia de la religión en el estilo de vida y salud de la población.• OBJETIVO DE SALUD: potenciar aquellas prácticas y creencias que fomentan la vida sana justificadas en la religión.• Objetivo educativo: concienciar sobre las prácticas saludables basadas en la religión musulmana, así como confirmar su impacto positivo en la salud.

Tabla 1. Objetivos generales. Impacto de la religión en el estilo de vida y salud de la población. Fuente de elaboración propia.

Antecedentes o variable estudiada	Objetivos generales
Hábitos tóxicos en la cultura magrebí.	<ul style="list-style-type: none"> • OBJETIVO DEL ESTUDIO: objetivar y cuantificar el porcentaje de personas que mantienen hábitos tóxicos, así como las razones de ello. • OBJETIVO DE SALUD: disminuir el consumo de tóxicos como alcohol y tabaco, así como de otras sustancias nocivas en la población. • OBJETIVO EDUCATIVO: instruir sobre las repercusiones negativas a corto y largo plazo que tiene dicho hábito.

Tabla 2: Objetivos generales. Hábitos tóxicos en la cultura magrebí. Fuente de elaboración propia.

Antecedentes o variable estudiada	Objetivos generales
Alimentación en la cultura magrebí	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo del estudio: estudiar el tipo de alimentación, así como el consumo de alimentos en cantidades perjudiciales para la salud. • Objetivo de salud: mejorar la alimentación de la población • Objetivo educativo: formar a la población en la importancia de una alimentación variada y concienciar en la repercusión negativa que tiene el uso de ciertos alimentos de manera excesiva

Tabla 3. Objetivos generales. Alimentación en la cultura magrebí. Fuente de elaboración propia.

Antecedentes o variable estudiada	Objetivos generales
Educación sexual en la cultura magrebí	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo del estudio: corroborar el déficit de formación relacionada con las relaciones sexuales y sus consecuencias. • Objetivo de salud: disminuir las prácticas sexuales de riesgo, así como las consecuencias de estas. • Objetivo educativo: orientar a la población sobre la importancia y disponibilidad de dispositivos anticonceptivos, así como la repercusión negativa para la salud tanto masculina como femenina de mantener relaciones sexuales de riesgo

Tabla 4. Objetivos generales. Educación sexual en la cultura magrebí. Fuente de elaboración propia.

Antecedentes o variable estudiada	Objetivos generales
Estigma de la discapacidad e integración en la sociedad	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo del estudio: conocer el pensamiento y el valor que se le otorga a las personas con discapacidad en el ámbito familiar y comunitario. • Objetivo de salud: ayudar a la integración de las personas con discapacidad en la sociedad del territorio • Objetivo educativo: educar a la población sobre las diferentes capacidades que tienen las personas con diagnóstico de discapacidad, así como disminuir el estigma negativo en relación con las mismas. Además, formar sobre las diferentes discapacidades que existen para evitar el maltrato hacia estas, además de ofrecer pautas de manejo a las personas cuidadoras de estas.

Tabla 5. Objetivos generales. Estigma de la discapacidad e integración en la sociedad. Fuente de elaboración propia.

Antecedentes o variable estudiada	Objetivos generales
Acceso y uso de la sanidad en la población de Boudenib	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo del estudio: verificar el uso de la asistencia sanitaria y la facilidad para acceder al sistema sanitario de la población de Boudenib. • Objetivo de salud: mejorar el uso de la sanidad por parte de la población, así como disminuir la necesidad de la asistencia sanitaria • Objetivo educativo: educar a la población en el uso adecuado de la sanidad, así como evitar patologías consecuentes de malos hábitos

Tabla 6. Objetivos generales. Acceso y uso de la sanidad en la población de Boudenib. Fuente de elaboración propia.

ANTECEDENTES O VARIABLE ESTUDIADA	OBJETIVOS GENERALES
Uso alternativo de la medicina tradicional en la cultura Amazigh	<ul style="list-style-type: none"> • OBJETIVO DEL ESTUDIO: constatar el uso de la medicina tradicional como alternativa a la medicina científica. • OBJETIVO DE SALUD: usar la medicina tradicional como una alternativa a la medicina científica siempre y cuando pueda ser posible • OBJETIVO EDUCATIVO: instruir sobre las alternativas medicinales tradicionales como solución o paliación de enfermedades más frecuentes y transitorias

Tabla 7. Objetivos generales. Uso alternativo de la medicina tradicional en la cultura Amazigh. Fuente de elaboración propia.

Antecedentes o variable estudiada	Objetivos generales
Ejercicio físico y su conciencia de repercusión potencialmente positiva en la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo del estudio: estudiar las posibles diferencias existentes entre ambos géneros en relación con el ejercicio físico y la conciencia de repercusión en la salud. • Objetivo de salud: aumentar el número de personas que realizan deporte en la población • Objetivo educativo: fomentar el ejercicio físico en la población adaptado a todas las edades, así como informar sobre los beneficios que tiene esto en la salud de hombres y mujeres

Tabla 8. Objetivos generales. Ejercicio físico y su conciencia de repercusión potencialmente positiva en la salud. Fuente de elaboración propia.

6.2. Hipótesis:

Las hipótesis de este proyecto se han realizado en base a la vivencia propia del autor, así como su convivencia con la población de Boudenib en un tiempo de dos meses, aproximadamente.

Dichas presunciones se han efectuado en base a la propia religión y cultura de la zona, y tras observar, como se comentaba en apartados anteriores, deficiencias y ventajas en el estilo de vida de los propios sujetos.

Los cuestionarios, comentados en el siguiente apartado, -"procedimiento de recogida de datos"-, fueron realizados y enviados para completar posteriormente a la creación de dichas suposiciones.

De esta manera, se adjuntarán las hipótesis relacionándolas directamente con las preguntas y temas tratados en los cuestionarios.

6.2.1. Hipótesis sobre la alimentación en la cultura marroquí:

Marruecos es un país con numerosos recursos naturales que puede producir si no todos, la mayoría de los alimentos necesarios para una dieta saludable y completa. Los miles de kilómetros de costa, así como los miles de hectáreas cultivadas podrían ofrecer a la población marroquí numerosos recursos alimentarios a un precio asequible.

Aunque lo anteriormente tratado parece tarea fácil, lo cierto es que no todos los territorios del país pueden acceder a dichos alimentos y su salud se ve afectada.

El consumo de pescado en la región de Er Rachidia, al igual que en todos los territorios de la parte interior del país, tienen complicado la consecución de este alimento, por lo que pueden estar largas temporadas sin consumirlo o hacerlo de manera enlatada. Esto produce falta de Vitamina B y sus consecuencias.

Además, la población magrebí, hablando en términos generales, tienen unos hábitos alimentarios muy característicos en cuando a su manera de comportarse en el consumo de comida. Todos, o si no, la gran mayoría de los platos cocinado son acompañados con pan. Esto hace que el consumo de hidratos de carbono provenientes de este alimento se multiplique entre dos y cuatro veces por encima de la ración diaria estipulada como saludable. (Lessan, N., y Ali, T. 2019).

En adición a esto, todas las comidas, salvo el desayuno y la merienda, la realizan todos los integrantes de la familia juntos. De esta manera, todos comen de un mismo plato y a la vez, por lo que en numerosas ocasiones no es posible cuantificar las cantidades de comida, y mucho menos racionalizar por grupos alimenticios.

Además, la cantidad de azúcar que toma la población magrebí, relacionada con el consumo, en ocasiones demasiado elevado, de café, té y dulces típicos, hace que la salud del usuario se vea mermada a nivel digestivo, dental y energético. (Hossain, 2014).

Es por eso por lo que, como hipótesis fundamental, se apoya la idea de que la población magrebí, y específicamente la marroquí, hacen un consumo excesivo de alimentos como el azúcar. Además, que con alimentos como el pescado existe un déficit importante en la dieta que produce una carencia importante en la salud del paciente.

Finalmente, también proponer hipotéticamente la falta de educación sanitaria en relación a la existencia e importancia de los tres grupos alimentarios prioritarios, así de su necesidad de existencia e importancia en nuestra dieta.

6.2.2. Hipótesis sobre la educación sexual y el sexo en la cultura magrebí:

Las relaciones fuera del matrimonio están totalmente prohibidas y penadas en el ámbito jurídico y social de la cultura magrebí. La cultura teocrática resalta en este ámbito queriendo inculcar a la población ciertos valores en relación con la familia y la creación de esta.

Marruecos es un país donde existen grandes diferencias entre la zona rural y la gran ciudad. Podemos relacionar esta cuestión con numerosos temas, pero específicamente con la educación sexual y su práctica.

En el país, podríamos decir que el sexo y todo lo que se relacione con él es un tema tabú, no necesitado de explicaciones ni menciones antes de sus prácticas, y tampoco llevada a cabo esta educación por alguien externo a tu familia, o incluso tu pareja. (Merghati, S. T., y Samani, R. O. 2008).

La hipótesis propuesta es que, siendo conscientes del compromiso que conlleva realizar educación sexual en un ámbito no familiar, los problemas que nos encontramos de manera consecuente es que la población joven no sabe incluso ni de la existencia del término tratado. Además, dicho rango de población, tampoco le da importancia ni valor a dicha educación e incluso no conocen la existencia de enfermedades más allá de las comentadas en medios de comunicación, como puede ser el caso del SIDA, el cual tiene un importante estigma y se asocia a una población concreta la cual también está castigada socialmente. (Dialmy, 2010)

En adición a los anterior, podemos seguir añadiendo problemática al desconocimiento de la educación sexual, y es que la mujer e incluso el hombre en cuestiones teóricas no puedes disfrutar de su sexualidad fuera del matrimonio. Asimismo, en caso de hacerlo tampoco se realizaría de manera segura, llevando a cabo relaciones sexuales de riesgo con múltiples consecuencias patológicas y sociales. (Sayed Shahabuddin, 2017)

Finalmente proponer la hipótesis de, tras el desconocimiento de la educación sexual, así como la no impartición de dicha enseñanza, conlleva al desconocimiento de recursos preventivos que promueve embarazos no deseados, así como otras consecuencias mayoritariamente hacia la mujer.

6.2.3. Hipótesis sobre el estigma de la discapacidad en la cultura magrebí:

Tras la experiencia viviendo en la zona comentada, Boudenib, se pudo comprobar la gran problemática que protagonizaban las personas con discapacidad, sobre todo intelectual tanto a nivel familiar como a nivel comunitario. Estas personas no tenían un espacio para poder incentivar y aumentar su independencia, así como tampoco tenían un hueco en sociedad.

Además, en alguna ocasión, algunas de estas personas con diversidad funcional eras repudiadas por la familiar y consecuentemente encerradas dentro del domicilio.

Aclarar que, no todos los casos eran como el último, pero la hipótesis relacionada con el estigma de la discapacidad es la siguiente:

Las personas con discapacidad, sobre todo intelectual, necesitan una serie de recursos formativos, así como oportunidades educativas especiales para conseguir su autonomía y autorrealización. Dichos recursos y oportunidades son complicadas de conseguir, sobre todo en el ámbito rural, donde los profesionales y las ayudas del Estado son mínimas, es por esto que al ser una población pequeña la asistencia a estas personas se realiza mayoritariamente en las ciudades donde la densidad de población afectada es mayor. Esto hace que las familias no puedan hacerse cargo de estos gastos de desplazamiento y, por tanto, los usuarios afectados no reciben estimulación.

Además, la población marroquí de las zonas rurales, sobre todo, comienzan a trabajar para el negocio familiar de manera temprana, suponiendo un beneficio para el propio núcleo. Dicha actividad, en la mayoría de las ocasiones no puede ser realizada por las personas con discapacidad, por lo que, objetivamente, “solo” producen gastos y no otorgan beneficios económicos.

6.2.4. Hipótesis sobre hábitos tóxicos y su frecuencia en la cultura magrebí:

En la religión islámica podemos diferenciar los actos en dos tipos: *halal* o *haram*. La primera podemos decir que son acciones buenas o permisibles, la segunda perjudiciales o prohibidas.

Es por eso que el hábito tabáquico lo consideran como *halal* en el islam y, por tanto, un alto porcentaje de la población masculina (un mínimo de la femenina) es consumidor de tabaco en grandes cantidades. (Assanangkornchai, *et al.* 2016)

A diferencia del tabaco, el alcohol y las drogas están consideradas *haram* en la propia religión musulmana, por lo que dicho acto puede ser castigado social y jurídicamente. Esto hace que el consumo de ambas sustancias se vea disminuido en comparación con el tabaco, pues la religión lo prohíbe y al mismo tiempo, su comercialización teóricamente. (Safiri, *et al.* 2022).

Por ello, se presenta la hipótesis de que el consumo de tabaco es mayoritario al de alcohol y otras drogas. Además, es bastante mayor el porcentaje de varones que consumen tabaco al de mujeres, al igual que el comienzo de dicho hábito es mayoritario y temprano. (El Awa, 2004).

Además, a diferencia de otras variables estudiadas, posiblemente la población sí sea consciente de las consecuencias del consumo de las sustancias mencionadas y de su repercusión negativa en la salud. Podemos relacionarlo con la influencia de la religión que sirve como elemento clave en la educación para la salud en este ámbito. (Urip Purwono, *et al.* 2022)

6.2.5. Hipótesis sobre la influencia de la religión islámica en el estilo de vida y salud:

Anteriormente hemos mencionado la importancia de la religión en el estilo de vida de la población marroquí, así como la cultura basada en el mismo islamismo, siendo determinante y afectando en la salud de la comunidad.

Como hipótesis a plantear, se afirma que, la población magrebí es una comunidad donde la importancia del “bien hacer” afecta al ámbito personal e integral de la persona y de los que le rodean.

La educación recibida desde la infancia dicta la manera de comportarse, así como actos, tradiciones y costumbres que, sin planteamiento ni justificación previa, se cometen y llevan a cabo, día tras días, año tras año y de generación tras generación.

La realización del Ramadán, como ejemplo de tradición religiosa y acto influyente directamente en la salud de la persona que lo realiza, es una práctica con repercusión sanitaria que, posiblemente no sea planteada por el creyente, y simplemente tenga la creencia de desintoxicación “espiritual” y empatía con el pobre. Pues dicha justificación es la que reciben del libro sagrado, sin plantear las consecuencias de un ayuno de tantas horas, así como tampoco la consecuencia de empezarlo y acabarlo radicalmente.

Por ello, otra de las hipótesis que se presentan en esta variable estudiada es la del desconocimiento del beneficio o perjuicio de según qué tradiciones o actos que se realizan en nombre de Allah, poniéndole a él como pretexto, pero sin darle relevancia científica ni porqués. (Sayyid abul a’la, 1995)

6.2.6. Hipótesis sobre la importancia del ejercicio físico en la cultura magrebí:

La población magrebí actualmente es descendiente de tribus nómadas, los cuales debían asegurarse sus recursos para sobrevivir y con ello iba la necesidad de moverse continuamente. Además, como ya comentamos en apartados anteriores, la economía de las regiones nómadas se basaba, y se basa mayoritariamente en la actualidad, en la agricultura y la ganadería. Dichos oficios suponen un esfuerzo físico de elevado nivel, así como que conllevan una vida activa y en ocasiones, excesivamente operante.

Es por eso que las hipótesis planteadas para el tema tratado son las siguientes: la actividad física es asumida en la población, sobre todo rural, en la que se basa su ganancia económica y por tanto su economía familiar. Es por eso que, incluso la mujer también podría beneficiarse de dicha suposición, pues en la cultura Amazigh, el trabajo en el campo era oficio de mujeres y hombres por igual.

Aunque, no obstante, si consideramos el ejercicio físico como *hobbie* o estilo de vida fuera del trabajo o la escuela, no podemos usar la pretensión anterior. El ejercicio físico es mayoritariamente practicado por hombres, no solo en la población marroquí, sino en la población magrebí. También podemos afirmar que, es una práctica bastante común entre la población joven y masculina, aunque se ve realmente afectada cuando se forma una familia. Puede ser por diferentes motivos, pero siendo uno de ellos el tiempo que se dedica al trabajo y la consecución de recursos económicos.

Además, relacionado con lo anterior, la mujer cuando comienza a formar una familia, si no antes, deja a un lado la vida laboral si la situación se lo permite y se dedica al cuidado de la casa y educación de los hijos.

Así mismo, entre la población joven, las diferencias entre mujeres y hombres continúan viéndose acentuadas, y lo socialmente respetuoso quizás no otorgue espacio a las mujeres para poder realizar según qué deportes en según qué espacios y con determinadas prendas.

Finalmente, otra de las hipótesis podría ser que las mujeres tienen más dificultades a la hora de encontrar espacios para la práctica de deporte siendo consecuentes con su cultura y religión, además de que su vida activa deportivamente se ve afectada antes en el momento en el que “deben” hacerse cargo de la casa y la familia.

6.2.7. Hipótesis sobre el uso y frecuencia de la medicina tradicional en la cultura Amazigh:

En la cultura magrebí, así como particularmente en la cultura Amazigh, el uso de la medicina tradicional es muy común y usual. Este tipo de remedios son utilizados, generalmente por las mujeres. Son recursos naturales que se utilizan para la posible cura de enfermedades temporales, así como para aliviar síntomas y mantener un equilibrio espiritual, mental y físico.

Dicha medicina tradicional, actualmente se sigue utilizando para la resolución de catarros, dolores musculares o reumáticos, problemas cutáneos, así como problemas digestivos, siendo mucho más frecuente en las zonas rurales donde la asistencia sanitaria está más limitada o es complicado su acceso.

Como hipótesis planteada, se sugiere la posibilidad de que el uso de la medicina tradicional se haga, como su propio nombre indica, por tradición, sin fiabilidad científica, pero con mejoras objetivables que no siempre tienen explicación. (El-Seedi, *et al.* 2019).

Además, se puede proponer hipotéticamente que la población actualmente joven sigue usando este tipo de remedios como solución rápida a patologías leves, aunque posiblemente haya disminuido notablemente la frecuencia de dicha utilización.

También se presenta la posibilidad de que el uso de la medicina tradicional vaya disminuyendo debido a la evidencia científica y la esperanzadora posibilidad de que la asistencia sanitaria llegue a todos los territorios del país.

6.2.8. Hipótesis sobre el uso y acceso a la asistencia sanitaria en la población de Boudenib:

El acceso a la asistencia sanitaria en Boudenib está dificultada debido a la situación geográfica de la región, así como a la población pequeña de la que se trata. En dicho territorio se encuentra un consultorio, con asistencia protagonizada por una enfermera y un médico residente, lo cual hace que sólo puedan atender cuestiones de atención primaria con una gravedad leve o moderada.

Esto hace que la población de Boudenib, como anteriormente se ha comentado, utilice como recurso prioritario la medicina tradicional, y como último recurso el consultorio.

Como propuesta a dicho tema se plantea la posibilidad de que la población de Boudenib no confíe en la eficacia de la asistencia sanitaria cualificada, por lo que la utilizan cuando no hay más opción, anteponiendo la utilización de la medicina tradicional o bien, el desplazamiento, si existen los recursos necesarios para ello, hacia la ciudad de Er-Rachidia, donde se localiza el hospital.

7. Metodología:

7.1. Diseño del estudio:

El documento actual se trata de un estudio observacional con características descriptivas, pero, al mismo tiempo, correlacionales.

El objetivo principal del proyecto es tener una visión global sobre la situación actual de la región estudiada, así como de la repercusión que tiene sobre la población las distintas variables tratadas. Es por ello que, se podría decir que el estudio es observacional, pero con matices descriptivos-correlacionales.

7.2. Sujetos de estudio:

Los sujetos estudiados sólo pueden ser abordados desde la convivencia y propio conocimiento de la sociedad de la que se habla, así como con el envío de pre-cuestionarios y su realización *online*, lo cual, esta última característica acota el rango de edad de manera considerable debido a razones tratadas en posteriores apartados.

Tras la observación de la población, los rangos de edad estudiados engloban todas las edades además de ambos géneros.

Tras la realización y envío de los pre-cuestionarios *online*, podemos afirmar que el rango de edad de los sujetos estudiados oscila entorno a los 16 – 45 años, en su mayoría de género masculino y creyentes en la religión musulmana.

Se intentará, en el proyecto definitivo que comenzará en el mes de septiembre, la cumplimentación por, al menos, 250 sujetos que realicen los 8 cuestionarios, siendo, al menos, un tercio de ellos, mujeres.

7.3. Variables:

Las variables del estudio son, como ya se ha presentado en los apartados anteriores, las destacadas en cada uno de los cuestionarios realizados.

Estas variables son aquellas que se pueden considerar las más importantes a la hora de cualificar y cuantificar la salud, y educación para la misma, de la población. Además, también podemos utilizarlas para observar y estudiar el déficit de recursos a los que se enfrenta la población estudiada que hace que su acceso a la sanidad, así como a la formación académica, se vea comprometida.

Así mismo, dichas variables nos permiten indagar y conocer la cultura a la que nos enfrentamos, así como nos permitiría entender y ofrecer la mejor asistencia integral a dichos usuarios.

Los temas tratados son:

- La alimentación en la cultura magrebí: esto nos permitirá saber la importancia que le da la población a una dieta saludable y completa, así como nos proporcionará información sobre el conocimiento alimentario del que parten.
- La educación sexual en dicha cultura: nos permitirá abordar este tema desde una perspectiva totalmente objetiva, partiendo de una base conservadora y una materia tabú. Esto nos ofrece información sobre la educación recibida al respecto y la formación obtenida por los usuarios en relación con ello.
- El tema que rodea la discapacidad y la integración de las personas afectadas nos otorga formación sobre varios aspectos. Uno de ellos es la visión que pueda tener la comunidad hacia estas personas. Otro es la visibilidad y formación que quiera dar y tenga la sociedad, y finalmente también podemos objetivar otras cuestiones sobre los recursos y opciones que se les ofrecen a los usuarios con la minusvalía.
- La religión: dicha materia nos aporta información sobre la importancia e influencia que puede tener dicha doctrina en el estilo de vida y desarrollo de la misma para la persona creyente. En este caso, también podemos objetivar y cuantificar la cantidad de personas creyentes o no, además de la repercusión que tiene la creencia en la salud de los ciudadanos.
- Los hábitos tóxicos relacionados con la cultura magrebí o específicamente marroquí: nos permite hacer un estudio genérico sobre un porcentaje aproximado de personas consumidoras de alcohol, tabaco y otras drogas, así como también obtener información sobre la justificación de su consumo y la edad y género predominante.

- La práctica del ejercicio físico como factor importante en la salud: se quiso estudiar en la variable para obtener información sobre el porcentaje de población que realizaba deporte de manera habitual, las razones por lo que lo hacías y la formación sobre los beneficios que tenía esto en la salud del individuo.
- La medicina tradicional: se quiso estudiar el tema referido ya que se encontraron deficiencias en las facilidades que se ofrecían a la población de Boudenib específicamente para acceder al sistema sanitario nacional. Esta variable también nos facilitó la información sobre la justificación y remedios utilizados en según qué patologías y los recursos naturales usados para estas.
- El uso y acceso a la sanidad: se pretendió con el estudio de esta variable conocer la opinión subjetiva de la población en relación a la calidad del servicio sanitario, así como la frecuencia de su uso y las dificultades que se encontraban para acceder a esta.

7.4. Procedimiento de recogida de datos:

Este estudio observacional se ha podido diseñar gracias a realización de pre-cuestionarios enfocadas en ocho temas distintos, con el fin de tener una idea general sobre el punto del que parte este estudio, así como que, nos han permitido diseñar, de una manera más precisa, los cuestionarios finales que se formularán en el proyecto definitivo.

El resultado de estas pre-encuestas ha sido satisfactorio para facilitarnos el acceso a la población estudiada de cara a futuro, haciendo hincapié en la forma de tratar los temas comentados en el propio proyecto, ya que, dadas las diferencias culturales y educacionales de la población, podríamos encontrarnos con dificultades a la hora de la formulación de las cuestiones y temas tratados, como, por ejemplo, la sexualidad y todo lo relacionado con ésta.

Uno de los objetivos principales del estudio es poder tener una visión global sobre la salud y todo lo que afecta a la misma en la propia cultura magrebí, haciendo más énfasis en la cultura Amazigh, pues consideramos que tienen una forma de vida distinta a lo que podemos conocer del resto del territorio norteafricano.

Estas pre-encuestas o pre-cuestionarios que se realizaron los llamaremos también encuestas o cuestionarios, sin el prefijo -pre-. aunque no hagan referencia a los oficiales, los cuales si podríamos nombrar de tal manera, y simplemente sean una prueba para los autores del proyecto, como ya se explica en el párrafo anterior.

Estos mismos se realizaron en dos idiomas: castellano y árabe. Fueron realizados por tres personas, de tal manera que cada una tenía su función. La primera persona, cuya lengua materna es el castellano, realizó las cuestiones. La segunda persona, teniendo como lengua materna el árabe, y conociendo el idioma castellano en nivel avanzado, realizó una traducción de las cuestiones anteriormente mencionadas. Como resultado, la tercera persona, cuyas lenguas maternas eran el castellano y el árabe, realizó la traducción desde el idioma magrebí al castellano, dando como resultado fielmente las preguntas realizadas en un comienzo. De esta manera, se aseguró que el contenido de los cuestionarios, así como las respuestas de los mismos, eran fiables y exactos para los lectores de ambas lenguas.

Finalmente, obtuvimos confirmación de que la formulación de las preguntas era la adecuada para la población, así como que ciertos temas eran delicados y difíciles de tratar con la comunidad.

Los formularios que hemos utilizado para la pre. encuesta hemos verificado que eran adecuados en contenido y expresión, y por ello serán los mismos que en el estudio final.

De esta manera, se procederá a la explicación de dichos formularios:

Se trata, como ya se ha mencionado anteriormente, de 8 cuestionarios, los cuales se encuentran en el apartado de “Anexos” de este mismo documento, que versan sobre los siguientes temas:

- *“Concepto de salud en la cultura magrebí en relación con la alimentación”*

Dicho formulario consta de 10 preguntas relacionadas con los hábitos alimentarios. En ocho de esas preguntas damos la opción de respuesta de “sí”, “no”, “tal vez”, mientras que las dos restantes son respuestas abiertas. De esta manera se quiere conseguir cuantificar de manera objetiva el nivel de educación alimentaria que la población de la región elegida tiene, así como saber si el tipo de alimentación en la que basan su dieta es elegida o simplemente “dada” por sus recursos económicos.

- *“Educación sexual en la cultura magrebí”*

Este formulario lo englobamos en “cultura magrebí” ya que se han encontrado numerosas problemáticas a la hora de poder recopilar información sobre la educación sexual que se otorga o imparte en el país marroquí, así como en la cultura del norte de África, relacionada en gran parte con la religión y la educación doméstica.

Es por todo lo anterior, que la realización de este cuestionario ha sido difícil en cuanto a la redacción de las preguntas y los temas a tratar. Por ello, consta de 11 preguntas, de las cuales 8, son con respuesta cerrada de “sí”, “no”, o respuestas similares. Las preguntas restantes son respuestas abiertas con el objetivo de saber qué es para la población la educación sexual, qué visión tienen de la mismas, y que medidas de precaución para evitar conductas sexuales peligrosas conocen.

- *“Discapacidad en la cultura magrebí”*

Existe un enorme problema aún en la cultura magrebí con la integración de las personas con discapacidad. Es por eso que este formulario tiene como objetivo intentar conocer “los ojos” con los que estas personas son reconocidas por el resto de la población, así como investigar las razones por las que las capacidades diferentes no están siendo reconocidas positivamente en sociedad.

Por ello, el cuestionario consta de 13 preguntas. Cada pregunta con respuesta cerrada de “sí” o “no” lleva siempre asociada a continuación otra pregunta con respuesta abierta a modo de justificación de la contestación anterior. De esta manera, podemos conocer la opinión subjetiva, pues el propio tema lo precisa, sobre la discapacidad, su desconocimiento o estigma.

- *“Hábitos tóxicos”*

El consumo de drogas, así como de alcohol en la religión musulmana es lo denominado *haram* por lo que, teóricamente las respuestas al formulario deberían ser negativas. Por ello, se han realizado 12 preguntas, englobando cualquier hábito tóxico, es decir, alcohol, tabaco u otras drogas como el hachís. De estas preguntas, solo 4 son preguntas cerradas con respuesta de “sí”, “no”. Esto es debido a que el objetivo que dicho formulario tiene es saber qué considera la población cómo hábito tóxico, saber si son conscientes de las consecuencias a nivel fisiológico e indagar sobre la razón de la predominancia de dichos hábitos en el género masculino.

- *“Importancia de la religión en el estilo de vida y salud del paciente”*

Como hemos comentado en varias ocasiones, Marruecos es un país cuya religión predominante, el islam, dicta muchas, por no decir todas, las tradiciones y estilos de vida de la población. Es por eso, que, en ocasiones, muchas de estas tradiciones o estilos no se discuten y se inculcan de manera transgeneracional. Por ello se ha realizado un cuestionario que consta de 12 preguntas, la mitad de ellas con respuesta cerrada siguiéndola de otra con respuesta abierta para justificar la anterior.

Dichas preguntas tienen como propósito entender y conocer muchas de sus conductas y prácticas, así como formarnos sobre la importancia que tiene para ellos llevarlas a cabo.

- *“Importancia del ejercicio físico en la cultura magrebí”*

Este cuestionario está orientado, sobre todo, al conocimiento diferencial entre hombres y mujeres en la práctica de dicho ejercicio. Los roles entre mujeres y hombres continúan estando bastante diferenciados, así como sus estilos de vida y hábitos. Es por eso que, este formulario tiene la peculiaridad de ser el único que contiene la pregunta sobre especificación de sexo, el cual nos proporcionará información adicional sobre la cantidad de mujeres y hombres que han realizado las pre-encuestas.

El formulario está constituido por 10 preguntas, 8 de ellas con respuesta cerrada. De esta manera, y relacionado con el tipo de preguntas realizadas, se puede estudiar la relación entre el género y la realización de deporte, así como la formación que tiene la persona afectada sobre la importancia de dicho hábito y la repercusión en su salud.

- *“Medicina tradicional”*

En la cultura Amazigh es muy propio hacer uso de la medicina tradicional como remedio para numerosas enfermedades. Con el paso de los años, dichos remedios han ido evolucionando, siendo adyuvantes de la medicina “científica” y aun en la actualidad, siendo en la mayoría de las ocasiones el primer recurso de la población rural, sobre todo.

Este cuestionario consta de 11 preguntas; 3 de ellas con respuesta abierta, el resto con respuesta cerrada. El objetivo principal del formulario era conocer la opinión de la población en relación a la fiabilidad y frecuencia del uso de la medicina tradicional, además de justificar su utilización, mayormente debido a la falta de recursos sanitarios y/o económicos.

- *“Acceso y uso de la sanidad en la población de Boudenib”*

Este último formulario consta de 12 preguntas, 3 de ellas con respuesta abierta relacionadas con la dificultad que encuentran en el acceso a la sanidad pública. El resto de las cuestiones tienen respuesta cerrada de acuerdo a dudas relacionadas con el acceso en el ámbito rural y la opinión sobre la calidad de la asistencia sanitaria en el propio país marroquí a rasgos generales.

7.5. Fases del estudio, cronograma:

Podemos dividir este estudio observacional en dos grandes fases. La primera de ellas es la fase de preparación, terminada y recogida en la primera tabla que se muestra a continuación. La segunda, no conseguida todavía, es la puesta en marcha del proyecto con sus objetivos y plazos.

En la primera fase, dividimos los tiempos en pares de meses, como se puede apreciar.

Desde octubre de 2022, comenzó la búsqueda del tema y bibliografía en la que pudiésemos apoyarnos y justificar los temas abordados. Dicha búsqueda finalizó en el mes de diciembre.

Continuamos nuestro proyecto con la redacción del marco teórico y un leve contacto con todos los puntos que queríamos que apareciesen en nuestro índice. Dicha fase comenzó en enero de 2023 y acabó el mes posterior, en febrero.

Durante los meses de febrero y marzo se realizó el diseño del trabajo, la metodología y las pre-encuestas que nos iban a servir de gran ayuda para saber de qué base partíamos con relación al tipo de cultura tratada. Conseguimos completar y terminar el índice del proyecto, además de enviar y obtener respuestas de los cuestionarios.

Finalmente, la primera parte de este proyecto pudo terminar en el mes de abril, con su correspondiente entrega y publicación.

Cronograma	Oct-Dic 2022	Ene-Feb 2023	Marzo 2023	Abril 2023
Tareas				
Recopilación de bibliografía				
Redacción del marco teórico				
Diseño del trabajo, metodología y encuestas				
Finalización y presentación del trabajo				

Tabla 9. Cronograma y tareas primera fase del proyecto. Fuente de elaboración propia.

En la segunda fase del proyecto, contamos con un curso escolar, aproximadamente, para la puesta en marcha y consecución de los objetivos del programa. Es por esto que, el comienzo del mismo es en septiembre de 2023.

Podemos calcular que, a través de cuestionarios, los cuales hay que realizar, actividades comunitarias y conversaciones con núcleos representantes de la población estudiada, podríamos enfrentarnos a un plazo de dos meses, entre octubre y diciembre, para dedicarlo a la recogida de datos e información.

Posteriormente, dedicaremos el mes de enero del año 2024 al completo para el análisis de los datos recogidos y de las encuestas completadas.

Y finalmente, cumpliendo los datos estipulados, el proyecto se podría publicar entre los meses de febrero y marzo de 2024.

Cronograma Tareas	Septiembre 2023	Oct- Dic 2023	Enero 2024	Feb – marzo 2024
Inicio del proyecto				
Recogida de datos, realización de encuestas				
Análisis estadístico de los resultados				
Redacción de los resultados y publicación				

Tabla 10. Cronograma y tareas segunda fase del proyecto. Fuente de elaboración propia.

7.6. Análisis de datos:

Se procedió a estudiar los resultados de los pre-formularios realizados, así como una comparación rigurosa entre las hipótesis y los resultados preliminares obtenidos.

La metodología que se llevará a cabo será el comentario de todos los formularios de manera particular, a fin de esclarecer de forma general cada una de las variables tratadas en relación con la situación actual en la que se encuentran.

Es por ello que el lector deberá regresar a las hipótesis planteadas en cada uno de los formularios, en el apartado específico del mismo documento donde se encuentran, para poder compararlas directamente con los resultados obtenidos en la resolución de estos.

Finalmente, los cuestionarios han sido realizados por 8 personas, de las cuales el 12,5% son mujeres, siendo el porcentaje restante hombres. En principio, podría parecer un número bajo de formularios realizados, pero en este estudio es suficiente, pues el objetivo era saber si el vocabulario y las variables se adaptaban a la formación de la comunidad. Hemos comprobado satisfactoriamente que dichos cuestionarios son realizados con facilidad.

Aunque el número no sirve para sacar conclusiones con significación estadística, sin embargo, vamos a analizar los resultados pues son significativamente interesantes.

La cota de edades ronda desde los dieciséis a los 45 años, siendo un porcentaje razonable los que se encuentran entre los 21 y 34 años.

En relación con la religión, el 87,5% de los encuestados profesan la religión musulmana. El porcentaje restante no se identifican con ninguna religión.

- **Concepto de salud en la cultura magrebí en relación a la alimentación**

La población encuestada que realizó dicho pre-formulario, demostró unos resultados relacionados con la alimentación sana y la repercusión en su salud que afirman, en su mayoría, que no tienen una dieta equilibrada ni completa. También se puede confirmar que casi toda la población encuestada, salvo un porcentaje mínimo, reconocen la importancia de la alimentación en el nivel de salud de cada uno de ellos.

Con relación al uso de azúcar, los usuarios también reconocen su uso, en su mayoría excesivo en alimentos como el té, el café y los tradicionales dulces consumidos casi diariamente.

La educación alimentaria sí que ha estado presente en su formación, pues un grupo mayoritario afirma conocer los tres grupos alimentarios básicos.

- **Educación sexual en la cultura magrebí**

Con relación a este pre-formulario las respuestas obtenidas fueron esperadas y confirmadas con las hipótesis planteadas.

Sólo un porcentaje minoritario conocía lo que es la educación sexual, así como el objetivo y beneficio que esta tiene en relación con uno mismo y a la comunidad. Aunque, la manifestación de dicha educación sexual aprendida comprendía un porcentaje importante con la respuesta de "otro". Esto lo podemos transcribir a que esta educación sobre la sexualidad y el sexo se aprende no en casa y no en la escuela, sino posible en "la calle", en internet o en ámbitos más informales.

Además, la mayoría de los encuestados desconocían las medidas preventivas que existen en el mercado más allá del preservativo. Aunque, la mayoría de las respuestas acertaban con la finalidad y propósito de los anticonceptivos desde una opinión positiva en relación con la paternidad responsable y elegida además de la evitación de Enfermedades de Transmisión Sexual.

- **Estigma de la discapacidad en la cultura magrebí**

Los resultados de este pre-formulario son sorprendentes y posiblemente, muy contrarios a los esperados con las hipótesis planteadas.

En esta variable estudiada, la discapacidad y su estigma en sociedad, se hace referencia de manera muy usual y continua a Allah y a su “elección” y “amor” otorgado a esas personas que sufren la discapacidad. Se considera que Dios ha elegido a dichas personas para enseñar valores como el amor, la autodeterminación, la esperanza, la paciencia y el agradecimiento a los que no la sufren, siendo un regalo su existencia para aquellos que tienen la suerte de rodearse de ellos.

Es cierto que la formación al respecto es limitada, donde la población, a nivel general, solo diferencia las discapacidades en dos grandes grupos: mentales o físicas.

- **Hábitos tóxicos en la cultura magrebí**

El único hábito reconocido por la población encuestada, con un porcentaje del treinta y tres por ciento aproximadamente, es el hábito tabáquico. Puede ser porque realmente solo hayan adoptado ese hábito o porque no confíen en el método de anonimato y no quieran reconocer algo que está social y jurídicamente castigado.

Podemos afirmar que los que se determinan como fumadores, consumen una media de 15 cigarros diarios.

Además, también podemos afirmar que los hábitos tóxicos son reconocidos como más predominantes en hombres que en mujeres por la propia población masculina, en ocasiones debido a que “deben cuidarse más porque deben aguantar más”, que podemos relacionarlo con el embarazo, la crianza de los hijos y compaginarlo, en ocasiones, con el trabajo agrícola.

Finalmente consolidamos que, toda la población es consciente de que el consumo de tóxicos o drogas es potencialmente perjudicial para la salud.

- **Importancia de la religión en el estilo de vida en la cultura magrebí**

En relación con la religión, el porcentaje mayoritario, un ochenta y tres por ciento exactamente, afirman profesar una religión, de los cuales el cien por cien afirman ser musulmanes.

También los encuestado apoyan que la religión musulmana afecta a su estilo de vida, e incluso los que no profesan ninguna religión, también se ven influidos por la misma.

Todos los encuestados realizan el Ramadán, aunque algunos de ellos lo hagan sin una base teológica. El objetivo de la realización, en general, tiene más sentido espiritual que físico. Es decir, consideran que tiene un beneficio para la persona en relación a valores y sentimientos, como es la paciencia, la cercanía y empatía con el pobre, la oración y el encuentro con Allah (para los que si creen en Él), que una consecuencia física, donde la misma, pasa a un tercer plano.

Finalmente, la mayoría de los encuestados afirman que seguir las prescripciones de la religión musulmana tiene consecuencias totalmente positivas en la salud del individuo y beneficia a este de manera integral en cuerpo, mente y alma.

- **La importancia del ejercicio físico**

Las respuestas son levemente similares a las hipótesis planteadas.

Las mujeres afirman que realizan actividad física de manera frecuente, pero caminando o haciendo marcha, a diferencia de los hombres, que realizan actividades como fútbol, o algunos de ellos, se desplazan a gimnasio.

Todos los encuestados son conscientes de los beneficios sobre la salud que tiene la realización de ejercicio físico de manera rutinaria.

- **Medicina tradicional en la cultura Amazigh**

Casi todas las personas encuestadas conocen la definición de “medicina tradicional”, así como reconocen su uso de manera habitual cuando existe aún patología leve o transitoria como primer recurso de tratamiento.

La mayoría de los usuarios, el ochenta por ciento, acepta la fiabilidad de su curación, frente a un veinte por cierto que no la niega, pero si la duda.

Además, en un porcentaje moderado, el 33%, afirma que usa la medicina tradicional como alternativa de curación, por razones como “miedo a los hospitales” o “desconfío en la sanidad”.

- **Acceso y uso de la sanidad en la población de Boudenib**

El 50% de los encuestados afirman ir de manera usual al hospital. Posteriormente, el porcentaje varía cuando se pregunta sobre la opinión que merecen de la asistencia sanitaria recibida, así como el mismo parecer sobre el funcionamiento y agrado del sistema sanitario nacional.

La población marroquí, así como la perteneciente a Boudenib, a términos generales no está conforme con el cuidado que reciben, así como consideran que existen numerosas barreras que les dificultan el acceso a dicha sanidad.

Esto podría explicar el porqué del uso de medicina tradicional. Además, debemos destacar la importante función de los farmacéuticos en el país, ya que el paciente puede dirigirse a la farmacia, contarle al profesional los síntomas y signos de su patología, y este darle el tratamiento que considere apropiado. Es por eso que, en muchas ocasiones, no es necesario, o no es prioritario que el usuario enfermo vaya al hospital o centro de salud, si no es porque el remedio “farmacéutico” no ha resultado útil.

Visto que el resultado de las encuestas ha sido satisfactorio, se comenzará a realizar pasar los formularios definitivos a la población estudiada a partir del mes de septiembre. Estimamos que para que el estudio tenga significación, deberíamos contar con un número de encuestado que supere, al menos, los 250 usuarios, de los cuales, al menos 80, es decir, la tercera parte, pertenezcan al sexo femenino.

8. Aspectos éticos:

Los resultados obtenidos a través de los pre-formularios enviados aseguran el anonimato de todos los participantes, así como también se garantiza la privacidad de sus respuestas. La participación es totalmente voluntaria y los sujetos firmarán en una hoja su consentimiento de participación. Además, se especifica en el siguiente mensaje, utilizado para el envío de dichos formularios, la finalidad para la que se requieren:

بالنسبة جدًا مهم مشروع إنه. بودنيب في والصحة السكان عن دراسة وأجري إسبانيا في تمرير طالبة أنا. سيليا اسمي مرحبا الأمر يستغرق لن. هويتك عن الكشف دون الثمانية الاستبيانات هذه على الإجابة خلال من منه جزءًا تكون أن أود لذا ، لي لتعاونك شكرًا. لي كبيرة مساعدة وهي وقتك من الكثير

Cuya traducción es la siguiente:

Hola, mi nombre es Celia. Soy estudiante de Enfermería en España y estoy realizando un estudio sobre la población y la salud en Boudnib. Estimo que es un estudio importante para la comunidad, por eso me gustaría que formara parte de él contestando a estos 8 cuestionarios de manera anónima. No le quitaré mucho tiempo y para mí es de gran ayuda. Muchísimas gracias por su colaboración.

Además, el proyecto no recoge información específica sobre ningún grupo poblacional específico ni tampoco se refiere a ningún usuario personalmente.

Dicho proyecto tampoco producirá ningún impacto perjudicial sobre la población ni tampoco sobre la situación de la región tratada.

9. Limitaciones del estudio

En la realización del estudio nos hemos encontrado numerosas limitaciones para poder desarrollarlo de manera ética y evidente científicamente.

Este estudio comenzó siendo un proyecto sanitario con el objetivo final de afianzar la base para un futuro proyecto educativo y de cooperación. Es por esto que se ha realizado previamente este estudio observacional a fin de estudiar la población tratada, así como también los recursos existentes y las deficiencias objetivables a las que esta misma se enfrentaba.

El problema principal al que se tuvo que enfrentar este estudio es a la falta de bibliografía y referencias científicas para justificar la situación actual del Magreb, del país marroquí y sobre todo, de la población magrebí.

El estado marroquí limita el acceso a los datos sociodemográficos y económicos que son necesarios para el diseño de un trabajo de este tipo.

El sistema sanitario y la gestión pública del mismo no son datos públicos ni tampoco transparentes, por lo que no es fácil obtener resultados objetivos sobre el mismo, igualmente necesarios para la planificación del estudio.

Otra limitación es la existencia en la sociedad magrebí de *temas tabú*, cuestiones que crean controversia o que son socialmente juzgados hacen que muchos sujetos sean renuentes a responder a dichos temas, aun garantizándoles el anonimato de las respuestas.

Otra limitación que existe es que las personas que se encuentran en la parte superior de la franja de la edad incluida en el estudio no manejan los recursos electrónicos disponibles en la región, por lo que esto afecta a nuestra recogida de datos mediante cuestionarios *online*.

En la pre-encuesta que hemos realizado, mayoritariamente obtuvimos respuestas del sexo masculino, exactamente fue el 87,5% de los encuestados. Esa escasa tendencia de participación femenina, que probablemente se debe a factores culturales, hace que nuestro estudio se vea limitado.

10. Agradecimientos:

Agradecer, en primer lugar, a mi familia, en especial a mis padres, por darme la oportunidad de formarme en esta profesión que cambia vidas y mueve el mundo, pero sobre todo por dejarme y apoyarme a salir y ver lo que hay ahí fuera, educándome en la concienciación y el conocimiento de las realidades que no “hacen ruido”, pero que merece la pena escuchar.

Agradecer a la Universidad de Comillas y a San Juan de Dios, por formarme en esta profesión desde la empatía y la humanización, para elevar la Enfermería a su máxima expresión.

Gracias a mi “familia berebere”, por la oportunidad que me dieron de conocer su cultura desde tan cerca, por cuidarme, animarme y contar conmigo para, dentro de lo que cabe, mejorar su calidad de vida, darles voz y trabajar por un mundo donde la salud no sea un lujo sino un derecho.

Agradecer finalmente, al tutor de este trabajo, Carlos, su calidad como profesor, pero también como persona. Por su formación y valores que no pasan desapercibidos y que nos intenta y consigue transmitir;

Si tuviera que decir algo sobre mi vida, diría que soy una mujer con habilidades ordinarias que ha sido guiada por Dios a través de caminos extraños y poco comunes para cumplir con su voluntad.

Florence Nightingale

11. Bibliografía:

PubMed	<u>Artículos encontrados</u>	<u>Artículos seleccionados</u>
(("Africa, Northern/epidemiology"[Mesh] OR "Africa, Northern/ethnology"[Mesh]) AND "Health"[Mesh])	93	0
("Morocco/epidemiology"[Mesh] AND "Health"[Mesh])	16	1
("Islam"[Mesh] AND "Diet"[Mesh])	107	2
("Islam"[Mesh] AND "Sex"[Mesh])	11	3
("Islam"[Mesh] AND "Ethanol"[Mesh])	2	2
("Islam"[Mesh] AND "Plants"[Mesh])	13	1
("Islam"[Mesh] AND "Drug"[Mesh])	8	1
("Islam"[Mesh] AND "Religion"[Mesh])	2697	1

Google Académico	Artículos seleccionados
"Cultura Berebere"	1
"Sistema educativo marroquí"	1
"Islam"	12

Libros; títulos	Libros seleccionados
“El cuidado del otro: un estudio sobre la relación enfermera.	0
“Guía de atención al inmigrante”	0

1. A'la, M. D. S. A. (1992). *Islam: Un modo de vida* (Vol. 1). International Islamic Federation of Student Organization.
2. Assanangkornchai, S., Talek, M., & Edwards, J. G. (2016). Influence of Islam and the globalized alcohol industry on drinking in Muslim countries. *Addiction* (Abingdon, England), 111(10), 1715–1716.
3. Balta, Paul: *El Islam*. Barcelona, 1996. Editorial Salvat. Samir Khalil, Samir: *Cien preguntas sobre el Islam*. Madrid, 2003. Ediciones Encuentro. Cap 2 y 5.
4. Dialmy A. (2010). Sexuality and Islam. *The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception*, 15(3), 160–168.
5. El Awa F. (2004). The role of religion in tobacco control interventions. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(12), 894.
6. El-Seedi, H. R., Khalifa, S. A. M., Yosri, N., Khatib, A., Chen, L., Saeed, A., Efferth, T., & Verpoorte, R. (2019). Plants mentioned in the Islamic Scriptures (Holy Qur'ân and Ahadith): Traditional uses and medicinal importance in contemporary times. *Journal of ethnopharmacology*, 243, 112007.
7. España - Natalidad 2021. *Datosmacro.com*. (2022, Jul 4).
8. Fukuyama, Francis: *América en la encrucijada*. Ediciones B. Barcelona, 2007.
9. García, E. G. (2009, October). *El islam. Religión o forma de Vida*. Ministerio de Defensa. Gobierno de España. 395-406.
10. Ghany Melara, Andel: *El Corán. Traducción Comentada*. Palma de Mallorca, 1998. Ediciones Nuredduna.
11. Guitart Lorente, José Luis: *Terrorismo islámico y Occidente. Monografía Curso de Estado Mayor 04/05*. Escuela Superior de las Fuerzas Armadas. Madrid, 2005.
12. Hassan, B; Rguibi, M: *Paradoja nutricional en la población marroquí: coexistencia de desnutrición y obesidad*. (2012)

13. Historia Universal. Volumen 7: El origen de las grandes religiones. Editorial Salvat. Madrid 2004. pp 410-466.
14. Historia Universal. Volumen 9: La expansión musulmana. Editorial Salvat. Madrid, 2004. pp. 34-79.
15. Hoseini S. S. (2017). Masturbation: Scientific Evidence and Islam's View. *Journal of religion and health*, 56(6), 2076–2081.
16. Hossain M. Z. (2014). What does Islam say about dieting?. *Journal of religion and health*, 53(4), 1003–1012.
17. Huntington, Samuel P.: El choque de civilizaciones y la reconfiguración del orden mundial. Editorial Paidós. Barcelona, (1997).
18. Latorre Remón, José Antonio: La expansión del islam en el mundo.
19. Lessan, N., & Ali, T. (2019). Energy Metabolism and Intermittent Fasting: The Ramadan Perspective. *Nutrients*, 11(5), 1192.
20. Marruecos - Esperanza de Vida Al Nacer 2020. Datosmacro.com. (2022, May 25).
21. Marruecos - Natalidad 2020. Datosmacro.com. (2022, May 25).
22. Merghati, S. T., & Samani, R. O. (2008). Islamic ideas about sexual relations. *Reproductive biomedicine online*, 17 Suppl 1, 54.
23. Monografía Curso de Estado Mayor 04/05. Madrid, 2005. Escuela Superior de las Fuerzas Armadas. pp 6-41.
24. Ouisselsate, Uarzazat, drâa-tafilalet, Marruecos - Ciudades y pueblos del mundo. DB. (2019).
25. Purwono, U., Zhao, S., Shen, M., & French, D. C. (2022). Tobacco and Alcohol Use by Muslim Indonesian Adolescents: Longitudinal Associations With Religiosity and Problem Behavior. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 83(5), 740–749.
26. Safiri, S., Nejadghaderi, S. A., Noori, M., Sullman, M. J., Collins, G. S., Kaufman, J. S., & Kolahi, A.-A. (2022). Burden of diseases and injuries attributable to alcohol consumption in the Middle East and North Africa Region, 1990–2019. *Scientific Reports*, 12(1), 3–9.
27. Tayeb, H. O., Tekian, A., Baig, M., Koenig, H. G., & Lingard, L. (2023). The Role of Religious Culture in Medical Professionalism in a Muslim Arab Society. *Perspectives on medical education*, 12(1), 56–67.
28. Vidal, César: España frente al islam (8.ª Edición). La Esfera de los Libros. Madrid, 2004. pp 34-62.

29. Vyas, T., Nagi, R., Bhatia, A., & Bains, S. K. (2021). Therapeutic effects of green tea as an antioxidant on oral health- A review. *Journal of family medicine and primary care*, 10(11), 3998–4001.
30. Wester-Ebbinghaus, R. (2023, Abril 28). *Bereberes*. Enciclopedia de la Historia del Mundo.

12. Anexos:

12.1. Anexo I:

الوصول إلى الصحة واستخدامها في الثقافة المغاربية. Acceso y uso de la Sanidad en la / cultura magrebí

1. Va al hospital de manera usual? /هل تذهب إلى المستشفى بالطريقة المعتادة?

Marca solo un óvalo.

- SI / نعم
 NO / لا

2. Hay Centro de Salud u Hospital en su localidad o ciudad? /هل يوجد مركز صحي أو مستشفى في منطقتك أو مدينتك?

Marca solo un óvalo.

- SI / نعم
 NO / لا

3. Vive en un entorno rural (pueblo) o urbano (ciudad)? /هل تعيش في قرية ريفية () أو بيئة (الحضرية)?

Marca solo un óvalo.

- Rural/ريفي
 Urbano/حضري

4. El hospital más cercano al que puede ir, ¿a cuánta distancia, medida en tiempo, lo tiene? /أقرب مستشفى يمكنك الذهاب إليه ، إلى أي مدى ، يقاس بالوقت ، هل يحتوي عليه?

5. ¿Tiene transporte propio para poder desplazarse al hospital? / أقرب مستشفى يمكنك الذهاب إليه ، إلى أي مدى ، يقاس بالوقت ، هل يحتوي عليه

Marca solo un óvalo.

SI / نعم

NO

6. ¿Para usted, es económicamente viable desplazarse en taxi, bus u otro medio de transporte, al hospital? / هل من المجدي اقتصاديًا أن تسافر بسيارة أجرة أو حافلة أو وسائل نقل أخرى إلى المستشفى

Marca solo un óvalo.

SI / نعم

NO

7. ¿Confía en la eficacia de la asistencia sanitaria de su hospital, así como en la buena formación de los profesionales sanitarios que le asisten? / هل تثق في فعالية الرعاية الصحية في المستشفى الخاص بك ، وكذلك التدريب الجيد لمختصي الرعاية الصحية الذين يساعدونك

Marca solo un óvalo.

SI / نعم

NO

8. ¿prefiere solucionar "por su cuenta" alguna afección menos grave aparentemente antes de ir al hospital? / هل تفضل "حل" حالة أقل خطورة بنفسك على ما يبدو قبل الذهاب إلى المستشفى

Marca solo un óvalo.

SI / نعم

NO

9. إذا كانت الإجابة السابقة نعم ، لأي سبب تفضلها / Si la respuesta anterior ha sido si, ¿por qué razón lo prefiere?

10. هل تلقيت دائما رعاية صحية عالية الجودة من الطبيب والممرضة ، وكذلك محترمة ، كلما احتجت إليها / ¿Ha recibido siempre que lo ha necesitado, una asistencia sanitaria por parte del médico y enfermero del calidad, así como respetuosa?

Marca solo un óvalo.

SI / نعم

لا/ NO

11. ¿Le gusta el Sistema Sanitario que rige en su país? / هل تحب النظام الصحي الذي يحكم بلدك?

Marca solo un óvalo.

SI / نعم

لا/ NO

12. Si la respuesta anterior ha sido "No", ¿por qué? / إذا كان الجواب السابق "لا" فلماذا؟ وماذا سيتغير؟ / ¿Qué cambiaría?

Anexo I: Cuestionario 1. Fuente de elaboración propia.

12.2. Anexo II:

CONCEPTO DE SALUD EN LA CULTURA MAGREBÍ EN RELACIÓN A LA ALIMENTACIÓN

1. هل تعتبر أن نظامك الغذائي كامل ، أي أنه يحتوي على جميع الأطعمة الضرورية? (هيدرات الكربون والبروتين / والدهون)
¿Consideras que tu dieta es completa, es decir, contiene todos los alimentos necesarios? (Hidratos de carbono, proteínas y grasas)

Marca solo un óvalo.

Sí/نعم

No/لا

2. هل تعتبر أن نظامك الغذائي متوازن ، أي أن العناصر الغذائية المذكورة في السؤال السابق ، هي بالكمية الصحيحة /
¿Consideras que tu dieta es equilibrada, es decir, los nutrientes, mencionados en la pregunta anterior, están en la cantidad adecuada?

Marca solo un óvalo.

Sí/نعم

No/لا

3. / ¿Consumes gran cantidad de alimentos procesados? (patatas de bolsa, platos preparados, etc)
(هل تستهلك كمية كبيرة من الأطعمة المصنعة? (كيس بطاطس ، أطباق محضرة ، إلخ)

Marca solo un óvalo.

Sí/نعم

No/لا

4. ¿Crees que tu alimentación es apropiada para tu edad y necesidades energéticas? / هل تعتقد أن نظامك الغذائي مناسب لاحتياجاتك العمرية والطاقة?

Marca solo un óvalo.

Sí/نعم

No/لا

5. هل تأكل أطعمة مختلفة مثل الحبوب، والبقوليات والخضروات والفواكه واللحوم والأسماك، تختلف عن كل يوم من الأجنوع؟ / Consumes alimentos variados como cereales, legumbres, verduras, frutas, carne y pescado, distintos para cada día de la semana?

Marca solo un óvalo.

Sí/نعم

No/لا

6. هل يحتوي على سكر أيضا ليس أكثر من المشروبات الصناعية في كثير من الأحيان؟ كم ثمن؟ مع أي أطعمة؟ / Consumes azúcar blanco, moreno o edulcorantes artificiales con frecuencia? ¿Cuánto? ¿Con qué alimentos?

7. هل تعتبر السكر غذاء إيجابي لنظامك الغذائي؟ / ¿Consideras el azúcar como un alimento positivo para tu dieta?

Marca solo un óvalo.

Sí/نعم

No/لا

B. هل ترغب في تقليل استهلاك السكر في نظامك الغذائي؟

¿Querías reducir el consumo de azúcar en tu dieta?

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
- No/لا
- Tal vez/ربما

9. هل ترى الطعام كعامل مهم في تفاصيل صحتك؟ / ¿En la repercusión a tu salud, ves como factor importante la alimentación?

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
- No/لا

10. ¿Cuál o cuáles son los alimentos que más consumes en tu dieta semanal?

Anexo II: Cuestionario 2. Fuente de elaboración propia.

12.3. Anexo III:

ما هي الأطعمة التي تتناولها أكثر في نظامك الغذائي Educación sexual en la الأسبوعي/ cultura magrebí

1. ¿Sabes que es la Educación Sexual? / هل تعرف ما هو التربية الجنسية

Marca solo un óvalo.

Sí/نعم

No/لا

2. Define brevemente qué es para ti la Educación Sexual / حدد بإيجاز ما هو التربية الجنسية بالنسبة لك

3. ¿Has recibido alguna vez educación sexual? / هل سبق لك أن تلقيت التربية الجنسية

Marca solo un óvalo.

Sí/نعم

No/لا

4. فلين ، فإذا كان الجواب السابق "نعم" ، فإين ؟ / Si la respuesta anterior ha sido "Sí", ¿dónde?

Marca solo un óvalo.

- Colegio/منرسة
 Casa/منزل
 Otro/أخر

5. هل تعتبر التربية الجنسية موضوعا صعبا للتعامل معه ؟ / Consideras la educación sexual como un tema difícil de tratar?

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
 No/لا

6. هل تعتقد أن التربية الجنسية ضرورية ؟ / Crees necesaria la educación sexual?

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
 No/لا

7. En relación a la respuesta de la pregunta anterior, ¿por qué?

8. هل تعتبر موانع الحمل مفيدة؟ / ¿consideras útiles los anticonceptivos?

Marca solo un óvalo.

- Si/نعم
 No/لا
 Tal vez/ربما

9. هل تعرف عواقب استخدام موانع الحمل أم لا؟ / ¿Qué anticonceptivos conoces?

10. هل تعرف عواقب استخدام موانع الحمل أم لا؟ / ¿Conoces las consecuencias de usar o no anticonceptivos?

Marca solo un óvalo.

- Si/نعم
 No/لا

11. هل تعرف ما هي الأمراض المنقولة جنسياً؟ / ¿Sabes qué son las Enfermedades de Transmisión Sexual?

Marca solo un óvalo.

- Si/نعم
 No/لا

Anexo III: Cuestionario 3. Fuente de elaboración propia.

12.4. Anexo IV:

وصمة العار في الثقافة المغاربية. / Estigma de la Discapacidad en la cultura magrebí

1. Conoces a alguna persona con discapacidad? / وصمة العار في الثقافة المغاربية

Marca solo un óvalo.

Sí/نعم

No/لا

2. Tienes algún familiar con discapacidad? / هل لديك فرد من العائلة معوق?

Marca solo un óvalo.

Sí/نعم

No/لا

3. Si alguna de las dos preguntas anteriores ha sido "Sí", ¿qué tipo de discapacidad? (física, mental...)
(جسدي ، عقلي ...)

4. ¿Cree que es una "carga" tener a su cuidado o en su familia una persona con discapacidad? / هل تعتقد أنه من "عبء" وجود شخص معوق في رعايتك أو عائلتك؟

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
 No/لا
 Tal vez/ربما

5. ¿Qué tipos de discapacidad conoces? / ما أنواع الإعاقة التي تعرفها؟

6. Consideras a las personas con discapacidad como personas iguales a ti? / هل تعتبر الأشخاص ذوي الإعاقة أشخاصًا مثلك؟

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
 No/لا

7. Si la respuesta anterior ha sido "No", ¿por qué? / هل تعتبر الأشخاص ذوي الإعاقة أشخاصًا مثلك؟

8. هل تعتبر الأشخاص ذوي الإعاقة أدنى منك؟ / ¿Consideras a las personas con discapacidad inferiores a ti?

Marca solo un óvalo.

Si/نعم

No/لا

9. هل تعتبر الأشخاص ذوي الإعاقة أدنى منك؟ / Si la pregunta anterior ha sido "Sí", ¿en qué son inferiores?

10. هل تعتقد أن العيش مع الأشخاص ذوي الإعاقة يمكن أن يجلب لك شيئاً إيجابياً؟ / ¿Crees que convivir con personas con discapacidad puede aportarte algo positivo?

Marca solo un óvalo.

Si/نعم

No/لا

11. إذا كان الجواب السابق "نعم"، فماذا يمكن أن يمنحك بشكل مختلف عن البقية؟ / Si la respuesta anterior ha sido "Sí", ¿qué te pueden aportar de manera diferente al resto?

12. هل تعتقد أنه يجب دمج الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع؟ تلقي التعليم واختيار وظيفة ... كلها مناسبة؟ / Crees que las personas con discapacidad deben ser integradas en la sociedad? Recibir educación, optar a un trabajo... todo adecuado a sus capacidades.

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
- No/لا
- Tal vez/ربما

13. هل تساعد الشخص ذو الإعاقة اندماجهم؟ / Ayudarías una persona con discapacidad a su integración?

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
- No/لا
- Tal vez/ربما

Anexo IV: Cuestionario 4. Fuente de elaboración propia.

12.5. Anexo V:

Hábitos / العادات السامة في الثقافة المغربية. tóxicos en la cultura magrebí

1. ¿Tienes algún hábito tóxico? / هل لديك عادة سامة؟

Marca solo un óvalo.

- No / لا
- Sí. Hábito tabáquico / نعم ، عادة التدخين
- Sí. Hábito alcohólico/عامة الإدمان على الكحول/نعم ،
- Sí. Consumo de drogas/تعاطي المخدرات/نعم ،

2. ¿Desde qué edad tienes ese hábito? / كم عمرك في هذه العادة؟

3. ¿En tu entorno hay alguien con algún hábito anteriormente mencionado? / هل هناك شخص في بيتك لديه عادة مذكورة أعلاه؟

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
- No/لا

4. Si eres fumador, ¿cuántos cigarros fumas al día? / هل هناك شخص في بيتك لديه عادة مذكورة أعلاه؟

5. Si tienes hábito alcohólico, ¿desde qué edad? / إذا كان لديك عادة كحولية ، من أي عمر؟

6. إذا كنت تستخدم أدوية مثل الحشيش ، من أي عمر
¿desde qué edad?

7. فيما يتعلق باستهلاك الحشيش ، كيف تستهلكه وكم تستهلكه في الأسبوع
¿cómo lo consumes y cuánto consumes a la semana?

8. ¿Conoces las consecuencias de tener ese hábito?
هل تعرف عواقب هذه العادة?

Marca solo un óvalo.

- Si/نعم
- No/لا
- Alguna de ellas/ البعض منهم

9. ¿Tienes pensamiento de dejarlo? ¿por qué?
هل فكرت في الإقلاع عن التدخين؟ لماذا؟

10. Consideras ese hábito (alcohol, tabaco u otras drogas) como potencialmente dañino para tu salud? / هل تعتبر هذه العادة (الكحول أو التبغ أو الأدوية الأخرى) ضارة محتملة لصحتك؟

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
 No/لا
 Tal vez/ربما

11. Crees que los hábitos tóxicos son más predominantes en hombres que en mujeres? / هل تعتقد أن العادات السامة هي الأكثر شيوعاً لدى الرجال منها في النساء؟

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
 No/لا

12. Si la respuesta anterior ha sido "Sí", ¿por qué lo crees? / هل تعتقد أن العادات السامة هي الأكثر شيوعاً لدى الرجال منها في النساء؟

Anexo V: Cuestionario 5. Fuente de elaboración propia.

12.6 Anexo VI:

أهمية الدين في نمط الحياة وصحة المريض.

IMPORTANCIA DE LA RELIGIÓN EN / EL ESTILO DE VIDA Y LA SALUD DEL PACIENTE

1. ¿Eres creyente? / هل انت مؤمن؟

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
- No/لا

2. ¿Qué religión profesas? / ما الدين المعلن؟

Marca solo un óvalo.

- Religión musulmana/دين المسلمين
- Religión cristiana/الدين المسيحي
- Religión judía/الديانة اليهودية
- Otra/آخر

3. ¿La religión afecta a tu estilo de vida? / هل يؤثر الدين على نمط حياتك؟

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
- No/لا
- Tal vez/ربما

4. **Consideras que llevar una vida basada en los pilares de tu religión hace que sea más sana y favorable?** / هل تعتبر أن عيش حياة قائمة على أركان دينك يجعلها أكثر صحة وأكثر ملاءمة؟

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
 No/لا
 Tal vez/ربما

5. **Si en la pregunta anterior has contestado "sí", justifica brevemente tu respuesta** / إذا أجبت بـ "نعم" في السؤال السابق ، فبرر إجابتك بإيجاز

6. **Sigue las prescripciones religiosas referentes a los alimentos "prohibidos" y a la bebida alcohólica?** / هل تتبع الوصايا الدينية المتعلقة بالأطعمة "المحظورة" والمشروبات الكحولية؟

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
 No/لا
 No siempre/ليس دائما

7. **Realizas el Ramadán?** / هل تؤدي رمضان؟

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
 No/لا

8. *هل تعرف فوائد رمضان؟ التي لك؟* / *Conoces los beneficios del Ramadán?*
¿cual/cuáles lo son para ti?

9. *ما الفوائد التي يمكن أن يكون لديك في ربطها بصحتك؟* / *Qué beneficios puede tener tu religión en ti relacionándola con tu salud?*

10. *ما الفوائد التي يمكن أن يكون لديك في ربطها بصحتك؟* / *¿Crees que alguna práctica o tradición religiosa no beneficia a tu salud?*

Marca solo un óvalo.

نعم/ Sí

لا/ No

ربما/ Tal vez

11. *إذا كان الجواب السابق "نعم"، أيهما* / *Si la respuesta anterior ha sido "sí", ¿cuál?*

12. إذا كنت قد أجبت على الإجابة السابقة ، فهل ستكون على استعداد للتخلي عن هذه الممارسة / Si ha contestado la respuesta anterior, ¿estaría dispuesto a renunciar a dicha práctica?

Marca solo un óvalo.

Si/نعم

No/لا

Anexo VI: Cuestionario 6. Fuente de elaboración propia.

12.7. Anexo VII:

La importancia del ejercicio físico en la cultura magrebí / أهمية الرياضة البدنية في الثقافة المغربية

1. هل أنت رجل أو امرأة؟ /

¿Eres hombre o mujer?

Marca solo un óvalo.

Hombre/رجل

Mujer/نحيف

2. كم عمرك؟ /

¿qué edad tienes?

3. ¿Realizas alguna actividad física de manera regular? / هل تقوم بأي نشاط بدني بشكل منتظم؟

Marca solo un óvalo.

Sí/نعم

No/لا

4. Si la pregunta anterior ha sido "Sí", ¿qué actividad física realizas? / إذا كان السؤال السابق "نعم"، فما النشاط البدني الذي تفضله؟

5. ¿Consideras el deporte como algo necesario para tener salud? / هل تعتبر الرياضة ضرورية للحصول على الصحة؟

Marca solo un óvalo.

- Si/نعم
 No/لا

6. ¿Realizas alguna actividad física de manera irregular o esporádica? / هل تقوم بأي نشاط بدني بشكل غير منتظم أو متقطع؟

Marca solo un óvalo.

- Si/نعم
 No/لا

7. Si la pregunta anterior has contestado "Si", ¿cuál? / إذا أجبت على السؤال السابق "نعم"، أيهما؟

8. Si no realizas ninguna actividad física, ni de manera regular y tampoco esporádica, ¿cuál es la razón? / إذا لم تقوم بأي نشاط بدني، سواء بشكل منتظم أو متقطع، فما هو السبب؟

Marca solo un óvalo.

- لا أشعر أنني بحاجة إليه/ No siento que lo necesite
 لا أعتقد أنه مهم لصحتي/ No me parece importante para mi salud
 ليس لدي وقت للقيام بذلك/ No tengo tiempo para hacerlo
 أسباب أخرى/ Otras razones

9. هل تعتبر الرياضة مفيدة لصحتك البدنية والعقلية؟ / ¿Consideras beneficioso para tu salud física y mental el deporte?

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
 No/لا
 Tal vez/ربما

10. هل لديك مساحة و / أو وسيلة و / أو وقت لممارسة الرياضة؟ / ¿Tienes espacio, medios y/o tiempo para poder practicar deporte?

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
 No/لا

Anexo VI: Cuestionario 7. Fuente de elaboración propia.

12.8. Anexo VIII:

الطب التقليدي فيا لثقافة المغاربية . / MEDICINA TRADICIONAL EN LA CULTURA MAGREBÍ

1. Sabe lo que es la medicina tradicional? / الطب التقليدي فيا لثقافة المغاربية

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
 No/لا
 Tal vez/ربما

2. Qué es, para usted, la medicina tradicional? / ما هو الطب التقليدي بالنسبة لكذغ

3. Si sabe qué es la medicina tradicional, ¿la suele usar como remedio a algunas enfermedades? / إذا كنت تعرف ما هو الطب التقليدي ، فهل تستخدمه عادة كعلاج لبعض الأمراض

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
 No/لا

4. **Confía en la eficacia de estos remedios?** / إذا كنت تعرف ما هو الطب التقليدي ، فهل تستخدمه عادة كعلاج لبعض الأمراض؟

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
 No/لا
 Tal vez/ربما

5. **Utiliza primero la medicina tradicional antes que cualquier otro tratamiento para la enfermedad?** / هل تستخدم الطب التقليدي أولاً قبل أي علاج آخر للمرض؟

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
 No/لا

6. **Qué remedios usa más a menudo y para qué enfermedades?** / ما العلاجات التي تستخدمها في أغلب الأحيان ولأي أمراض؟

7. **Considera que la medicina tradicional tiene una eficacia mayor, en muchas ocasiones, que los tratamientos con medicamentos?** / هل تعتبر أن الطب التقليدي له فعالية أكبر ، في مناسبات عديدة ، من العلاجات الدوائية؟

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
 No/لا
 Tal vez/ربما

8. **Use la medicina tradicional como alternativa a la asistencia médica?** / هل تستخدم الطب التقليدي كبديل للرعاية الطبية؟

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
 No/لا

9. إذا كان الجواب أعلاه نعم ، لأي سبب؟ أمثلة: صعوبة الذهاب إلى المستشفى ؛ لا أثق في الرعاية الصحية لمكانك ؛ الخ / Si la respuesta anterior ha sido sí, ¿por qué razón? Ejemplos: dificultad para poder ir al hospital; no confía en la asistencia sanitaria de su [localidad]; en situaciones anteriores no le ha servido [los fármacos recetados, etc.

10. **Considera que la medicina tradicional es aprendida y transmitida de generación en generación, sobre todo en el entorno familiar?** / هل تعتبر أن الطب التقليدي يتم تعلمه ونقله من جيل إلى جيل - خاصة في البيئة الأسرية؟

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
 No/لا
 Tal vez/ربما

11. حتى إذا تم اكتشاف تقدم علمي والعزود من الأدوية "غير الطبيعية" ، فهل ستظل تستخدم العلاجات التقليدية كخيار أول؟ / Aunque la ciencia avance y se descubran más medicamentos "no naturales", ¿seguiría usando los remedios tradicionales como primera opción?

Marca solo un óvalo.

- Sí/نعم
- No/لا

Anexo VIII: Cuestionario 8. Fuente de elaboración propia.