



Investigación en Salud

ISSN: 1405-7980

invsalud@cucs.udg.mx

Centro Universitario de Ciencias de la Salud
México

Hollweg, Mario Gabriel

Trastornos afectivos en las culturas bolivianas. Un enfoque etnopsiquiátrico transcultural

Investigación en Salud, vol. V, núm. 1, abril, 2003, p. 0

Centro Universitario de Ciencias de la Salud

Guadalajara, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14200106>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

INVESTIGACIÓN EN SALUD

Trastornos afectivos en las culturas bolivianas. Un enfoque etnopsiquiátrico transcultural

Mario Gabriel Hollweg

Resumen

Bolivia, enclavada en el corazón de Sudamérica, constituye un país de diversidad cultural, que por las características de su variabilidad geográfica, se han establecido pueblos de distintas raíces étnicas: arawacos en el Noroeste y Este (Amazonas), Aymaras y quechuas en el Occidente (Andes) y guaraníes en el Sudeste (La Plata). Con la conquista española y la colonización europea, con etnias venidas de ultramar, se constituye un país rico en historia de transculturación, policulturalidad y sincretismo.

El autor realiza un estudio de los distintos trastornos afectivos que se presentan en habitantes de diferentes regiones del país desde una perspectiva transcultural. Se detiene estudiándolos singularmente y los organiza clasificándolos según sus orígenes de procedencias míticas, concepciones de mundo e influencias de los desplazamientos sociales en el comportamiento.

Delimita cuatro grupos de síndromes afectivos culturales:

1. Síndromes afectivos de raíces míticas aborígenes
2. Síndromes afectivos de raíces hispánicas coloniales
3. Síndromes afectivos de transición cultural
4. Síndromes afectivos por desarraigamiento o despersonalización cultural

Palabras Clave: Variabilidad geográfica y cultural, Mitos y reacciones emocionales, Síndromes afectivos culturales, Perspectiva transcultural.

Abstract

Bolivia, embedded in the heart of South America, is a country with a diversity of cultures, the same that because of the different geographic characteristics, are considered as peoples with different ethnic roots: Arawacos in the east and north eath region(Amazon), aymaras and quechuas to the west(Andes) and guaranies to the south east (La Plata). As product of spanish conquest and the european colonization, together with other ethnic groups coming from overseas. Bolivia is a country with a history rich in cross-cultural influences, poly-cultural environment and syncretism.

The author studies through research the different affective disorders present among inhabitants in the different regions of the country, from a cross-cultural influence perspective, pauses to study them individually and classifies them according to their mythical origin, concept of the world and behavioral influences due to social displacement.

Four group of cultural affective Syndromes are cleary defined:

1. Affective Syndromes with aboriginal mithical roots
2. Affective Syndromes with colonial roots
3. Affective Syndromes due to transition

INVESTIGACIÓN EN SALUD

4. Affective Syndromes due to uprooting or depersonalization

Key words: Diversity of cultures and different ethnic roots, Bound affective culture syndromes, Cross-cultural Perspective.

Introducción

La localización de Bolivia en el corazón de Sudamérica, hace que converjan en su territorio una variada y privilegiada geografía, abarcando, en el occidente, las tierras altas y los imponentes picos nevados del macizo andino, extendiéndose en el norte y oriente, las tierras bajas, de pampas, ríos y de exuberantes bosques como parte del complejo dependiente de la hoya amazónica, y que parece abrazarse en el sur del territorio, con la hoya platense, *divortio aquorum*, en las ardientes tierras y tuscales del Chaco.

Es por estas características, que a lo largo y ancho de este vasto y heterogéneo hábitat, se hayan encontrado pueblos de culturas tan diversas, que se han confundido al mismo tiempo, con sus desplazamientos, para estrecharse en interesantes mestizajes de pueblos provenientes de culturas tan antiguas como las tiahuanacota e incaica, en el oeste; arawacos del Caribe, en el noreste, y guaraníes y zamucos en el sureste, pueblos unos y otros trashumantes y conquistadores, seminómadas y sedentarios.

Se estima que actualmente sobreviven en este país todavía alrededor de 38 etnias y que con las otras llegadas de ultramar durante la colonia y la república, se ha constituido un país rico en historia, policulturalidad y sincretidad.

Los afectos y sentimientos constituyen los lazos más señeros y esencialmente humanos, de comunicación y proyección, constituyéndose las bases motivacionales y de relaciones cognitivas que ligan la organización social e individual de pueblos tan distintos, que son orientados desde diversos contextos de vínculos sistematizados de valores que fundamentan sus interacciones.

Los trastornos de la vida afectiva en las experiencias de estos pueblos tienen vínculos con sus cosmovisiones de mundo que trasudan en las manifestaciones de sus comportamientos, con reacciones y actitudes, comprendidos desde sus sistemas de valores míticos y que se entrelazan con la influencia de los valores occidentales.

El autor (1) hace una clasificación de los trastornos afectivos en estas culturas, partiendo de la influencia de sus raíces culturales en:

1. Síndromes afectivos de influencia mítica
2. Síndromes afectivos de influencia hispánica
3. Síndromes afectivos de transición
4. Síndromes por desarraigamientos

Métodos de investigación

Este trabajo es el producto de estudios e investigaciones transculturales realizadas desde 1968 hasta la fecha en Bolivia, en las regiones altiplánicas (Oruro y Potosí) y en los valles andinos (Chuquisaca y Cochabamba), y en el oriente boliviano, en la región de Santa Cruz. Se ha reunido un variado material bibliográfico de trabajos publicados en libros, revistas y otros documentos, y que con la experiencia clínica intercultural, aportan invalorable datos sobre los trastornos mentales afectivos que se presentan en pueblos de diversas culturas bolivianas, como

INVESTIGACIÓN EN SALUD

modos de reacciones peculiares, que influyen en sus comportamientos las distintas cosmovisiones míticas de cada sistema cultural(2).

Desarrollo y análisis

Se destaca que toda esta fuente de observaciones y estudios comparativos provienen de variadas poblaciones aborígenes, occidentales y mestizas.

Síndromes afectivos de influencia mítica

Se conocen también estos síndromes con las denominaciones de "enfermedades étnicas" o "enfermedades míticas" por presentarse especialmente tanto en grupos de aborígenes campesinos, como también en aquellos de extracto indígena urbanizados que explican este tipo de males partiendo de contenidos de significaciones míticas. Esto se relaciona con conceptos animísticos y dualísticos de la interrelación ánima-cuerpo, siendo que, dentro de este entendimiento, el alma o ánima puede ser afectada en determinadas situaciones y manifestarse con trastornos corporales. En estos casos el indígena reacciona a las condiciones de sus situaciones vivenciales somatizadamente.

Proviene tales síndromes de culturas predominantemente aborígenes cuya patoplastia es influenciada por el pensamiento mítico de los pueblos aborígenes, que son diversos y que se manifiestan con su peculiaridad propia según la cultura regional.

Cultura andina

En la cultura andina (aymara-quechua) se conocen los siguientes síndromes afectivos: el susto, la colerina y la pena.

Susto

El "susto" es una de las enfermedades míticas muy difundidas en el mundo andino, se caracteriza por la creencia "del secuestro del alma" por espíritus "malignos antropomorfizados" que aparecen en lugares solitarios o en situaciones particulares relacionados con sus temores naturales, causando un impacto afectivo de miedo con la "salida o pérdida del ánimo, *ajayu* del cuerpo", quedando vagando en algún sitio, en tanto que la víctima se siente compelida a comportamientos ansiosos de búsqueda del "retorno del alma al cuerpo" por medio de rituales mágicos.

El "asustado" manifiesta sensación de desvitalización y desfallecimiento corporal acompañado de quejas de malestares orgánicos (psicosomatización). El "susto" presenta diferentes formas y grados de manifestaciones, desde aquellas formas más leves llamadas "manchariska", hasta aquellas más graves, "ánima karkhuska" o "alma espantada", que pueden llevar a la muerte.

Además de aquellos con quejas psicósomáticas, se presentan también casos de cuadros delirantes alucinatorios y de confusión mental(3).

Colerina

Otra de las enfermedades míticas es la "colerina", que se presenta como una intensa reacción emocional de rabia o enojo ocasionada por disgustos, desentendimientos con las personas (discusiones y peleas) o en circunstancias cuando las cosas no salen como se espera. Estos trastornos anímicos se acompañan con perturbaciones de las funciones hepáticas o digestivas, como vómitos biliosos y cólicos.

INVESTIGACIÓN EN SALUD

Penas o tristeza

La "pena" o "tristeza" es el "mal" más generalizado del alma andina y también de otras culturas. Adquiere características propias en el comportamiento de cada una de ellas, que son designadas con diferentes terminologías según la región. Los modos de reacciones en cada pueblo depende de sus concepciones de valores míticos. Existen pueblos, que por las duras condiciones de vida es una forma expresiva de las comunes reacciones humanas. En el occidente de Bolivia se llora muy fácilmente, la mujer quechua expresa estos sentimientos muy fácilmente cuando se siente menoscabada de algo, mientras que cuando siente el poder es muy vehemente. Estas reacciones son contrastantes. Existe un alma predispuesta al lloro, al llanto como expresión social, cuando se queja de cualquier situación que le afecta o le aflige, especialmente en mujeres de la región andina.

Gamarra (1988)(4) se refiere a la instalación progresiva de la depresión crónica en el minero aymara de Oruro, en el Altiplano boliviano: "De tal manera que sumar los excesos físicos y debilitantes a la tensión afectiva y al salario ínfimo que mensualmente obtiene el minero, es para hallar suficiente resultado en una disposición depresiva que pudiera manifestarse en apatía o repulsión a la vida. Para dejar esa presión callada interna inconsciente, recurre a la bebida alcohólica".

En 1968, en una investigación sobre la depresión en Bolivia, nos referimos sobre ese carácter depresivo tan perceptible en la región altiplánica de Bolivia. Destacamos el *typus melancholicus* (Tellenbach)(5) como uno de los rasgos del comportamiento de los habitantes de esta región habitadas especialmente por aymaras y quechuas. Camacho (1979)(6) observa una fuerte influencia de depresiones en indios campesinos quechuas del valle de Cochabamba y los clasifica de acuerdo a las causas que le provocan tristeza y pena:

1. "Amartelo": provocado en los hijos por el abandono de los padres
2. "Songo nanay purishan": pesadumbre profunda y contagiosa, acompañado de ideas suicidas
3. "Phustisga": ocasionado por desastres económicos, como la muerte del ganado
4. "Khasgo nanay" y "Pecho nanay": se relacionan con frustraciones amorosas o sentimentales con dolor de pecho, suspiros y falta de aire. Se descuidan del trabajo y se despreocupan de su apariencia personal

Argandoña (1985)(7) divide las depresiones según el grupo social urbanizado estudiado en la ciudad de Cochabamba:

1. Marginales urbanos por conflictos: neuroticismo, somatizaciones localizadas frecuentemente en el pecho y las mujeres con dismenorrea.
2. Trabajadores urbanos no productivos: encuentra la más alta frecuencia de síntomas típicos depresivos, con muy baja reactividad, gran parte somatizada (estreñimiento, dolor de espalda, sudoración, palpitaciones)
3. Obreros de la fábrica de calzados manaco: tristeza y anhedonia. Localizan su somatización en la cabeza con cefaleas, mareos, visión borrosa, mala memoria. Se sentían exhaustos y explotados. Situaciones predepresivas: accidentes leves y triviales de trabajos.
4. Pacientes de economía desahogada: no somatizan asociados a problemas conyugales.

INVESTIGACIÓN EN SALUD

Suicidio

En 1994 llama la atención una onda de intentos suicidas y de suicidios en el valle alto de Cochabamba, en la localidad de Punata, según informes responsables, destacan la causa a estados depresivos "como resultados fatales en familias de la región, mediante envenenamiento con plaguicidas, utilizados comúnmente en la agricultura (El Deber, 26 de junio de 1994)(8).

En 1986, se había detectado ya un elevado número de suicidios especialmente en el cantón de Pocona (Provincia de Carrasco), reportándose (R.Magne), en 1986, de 57 suicidios equivalente a una tasa de 430 por 100.000 habitantes y en 1987, de 17 suicidios correspondiendo a una tasa de 130 por 100.000 habitantes. La mayor incidencia de suicidios se presentaba en mujeres jóvenes, que coincidían los hechos en las festividades locales, estados de embriaguez etílica y relacionados principalmente como fenómeno precipitante con la pérdida de prestigio y honor. La mayor parte de las mujeres hablan solamente quechua y se dedican a las labores agrícolas. Esta situación llevó a la decisión del párroco del pueblo a prohibir el entierro de los suicidas en el cementerio público, creándose otro contiguo especialmente para estos casos. (Argandoña-Butrón-Vera)(9).

Culturas de los llanos

El susto en los ayoreode:

Los ayoreode provienen de los zamucos, una etnia dispersa en varios grupos tribales que habitan en el Chaco boliviano y que en las últimas décadas han migrado hasta la ciudad de Santa Cruz. En el Chaco paraguayo se les llama de Moros.

El susto se presenta como un síndrome reactivo delirante-alucinatorio en los ayoreode, provocando trastornos del estado de conciencia por la trasgresión de un tabú. Pages Larraya (10) y Ulf Lind (11) describen este síndrome, quienes hicieron estudios en este pueblo aborigen. Tiene también su fuente mítica. Creen que el alma, *ayipie* es dañada o debilitada por el espíritu del mal, que provienen de determinados animales tabú como el "peni" y el "cuyabo", perturbando las funciones psíquicas. Entre estos animales tabúes, los ayoreode temen al "Gran Pájaro" llamado Cuyabo (ave Asoojna), que es el que presumen les pone las enfermedades y les conducen a la muerte y como estas dependen de la voluntad del "Gran Pájaro", no curan a los enfermos y los dejan morir (Burton)(12).

El miedo les suscita una alteración del estado de conciencia, ideas delirantes alucinatorias y excitación psicomotora. Esto se debe a una intensa impresión emocional al transgredir un tabú y el pánico que les provoca. Este síndrome se caracteriza por una reacción vivencial psicótica, un trastorno emocional reactivo con trastorno transitorio de la conciencia e intensa excitación psicomotora. En este estado el afectado escapa al monte deambulando desorientado, volviendo a la comunidad después de algunos días en estado mental normal, reinsertándose en su comunidad.

Síndromes afectivos de influencia hispánica

En la población urbana y rural de origen hispánico, se han conocido siempre los términos de depresión y melancolía. Población que habla solamente el castellano. Los relatos de las crónicas del Alto Perú colonial mencionan casos frecuentes del mal de la melancolía que se presentaba tanto en indígenas como en la población de origen español.

Así son los casos: en las poblaciones andinas se describían ya cuadros de pena y tristeza con somatizaciones y trastornos funcionales orgánicos. Viedma (13) informaba sobre las condiciones del minero en Potosí, que caía en peligrosas melancolías. Muchos de ellos morían con la deterioración de la salud. El sacerdote despedía con la cruz a los que iban a trabajar en las minas de Potosí. Obligaban a los yanakunas a trabajar en las migas, pues muy pocos retornaban

INVESTIGACIÓN EN SALUD

con vida. La partida era muy triste (El Mercurio de Lima). Según relatos de Waman Puma de Ayala (14), etnógrafo de los pueblos incaicos, sobre casos de depresiones en trabajadores mineros indígenas, que llevaban a muchos a melancolías mortales (Viedma). Al trabajo esclavo de la mina en Potosí han sido enganchados indígenas de todo el perímetro del Virreinato del Perú, tanto de los diferentes distritos de los Andes como de los llanos. Estos últimos, poco acostumbrados a las punas, eran los más vulnerables.

En los Andes de Bolivia

Amartelo

El "amartelo" es una reacción vivencial anormal de pena y tristeza. Según Aguiló (15), la palabra "amartelo" proviene del castellano "amar" que ha sido quechuatizado y expresa ese "amor frustrado" originado por la separación de un ser querido o por el distanciamiento del lugar de origen. Para los andinos ligados a sus raíces aborígenes es una enfermedad mítica, mientras que para aquellos mestizos y urbanizados tienen un sentido más occidentalizado. Se presenta por eso en las siguientes situaciones:

- 1) En lactantes se produce cuando no es más amamantado o es abandonado por la madre, esta se "enflaquece, pierde el apetito, palidece hasta llegar a morir". Estas experiencias se relacionan también con las observaciones de René Spitz, con las llamadas "depresiones anaclíticas" en Francia.
- 2) En niños de la primera infancia la aparición de este síndrome se debe a la separación de los padres o cuando son abandonados por éstos.
- 3) En adultos, cuando se separan los cónyuges o se divorcian, o también por la pérdida de un ser muy ligado.
- 4) En inmigrantes, cuando éstos abandonan sus pagos, se constituye en aquella forma de amartelo, denominadas "enfermedad de la añoranza" o de la nostalgia.

Se caracterizan sus presentaciones generalmente por cuadros inhibidos, somatizados, sensaciones y sentimientos desvitalizados.

En las culturas de los llanos orientales

En la población blanca-mestiza, el hombre reacciona más con ansiedad, enmascarando la depresión, al contrario de la andina que tiende más a reacciones inhibidas, vitalizadas y asténicas. Hace dos décadas, en una sociedad comunitaria, los cuadros depresivos propiamente dichos eran raros en el hombre, presentándose más frecuentemente en las mujeres. Por factores socioculturales y la urbanización, estas diferencias van modificándose. El hombre del oriente trata de ocultar su pena, no la demuestra por factores ligados a valores socio-cosmogónicos. Llorar para él es una manifestación de fragilidad a su condición de hombre. Solamente las mujeres lloran.

La tiricia

La "tiricia" es un trastorno afectivo, cuyo término es pronunciado tradicionalmente en el área rural y urbana del oriente boliviano, especialmente en la población mestiza o de raigambre hispánica. Se llama comúnmente de "camba" al habitante de esta región de las llanuras, mientras que a los andinos se los llama de "Kollas" (quechua-aymaras).

INVESTIGACIÓN EN SALUD

El vocablo "tiricia" tiene raíces etimológicas del antiguo castellano o colonial. Se describe a este trastorno como un cambio del estado afectivo caracterizado por la "pérdida del ánimo", presentándose en tres formas de manifestaciones según la etapa etaria y las situaciones:

1. En el lactante y la primera infancia.
2. En adultos: ansiedad y agresividad.
3. En inmigrantes y "cimarrones", adquiere características propias.

Los dos primeros corresponden a la pérdida de un ser querido o el abandono de los progenitores. En el tercero es el que migra a otras regiones por el distanciamiento del terruño(16).

Congestión

Se presenta en la población blanco-mestiza del oriente, el síndrome llamado de "congestión", cuyo vocablo es de origen español colonial. Corresponde de cierto modo a la llamada "colerina" de los aymaras-quechuas. Se presenta en determinadas condiciones insoportables que se relaciona a reacciones afectivas violentas ligadas a vivencias consideradas injustas y ofensivas.

Son reacciones de "enojos o encolerizamiento", que impactan los malos momentos de las noticias con la alimentación, produciéndose las "muertes por congestión".

Síndromes afectivos de transición cultural

Con esta designación hemos llamado a particulares síndromes afectivos resultante del encuentro y convivencia entre culturas diferentes, constituyéndose en síndromes muy característicos, que salen de sus modelos genéricos conocidos comúnmente.

El contacto y convivencia entre dos culturas diferentes se interinfluyen: en regiones como Potosí quechua-aymara, muchas veces se vuelve difícil entender síndromes tales como la colerina y susto y pena.

Estos síndromes de transición o variaciones de síndromes se presentan derivados de transculturaciones que se experimentan en una sociedad policultural y en constantes cambios migratorios, cuyas fuentes indígenas, mestizas y europeas están en permanente contacto que se sincretizan con la transición hacia la urbanización, cuyas diferentes variaciones patoplásticas dependen de los distintos síndromes psiquiátricos culturales más frecuentes en éste país. Resultan como consecuencia relaciones entre síndromes como susto-tristeza, colerina-tristeza (Hollweg, 1994)(17).

Depresiones en el mundo urbano y en el mundo rural presentan sus sellos diferenciables. Las migraciones internas a las ciudades contribuyen a manifestaciones de transiciones de síndromes. Se les llama de "desanimados" o "faltos de ánimo" por pérdida del ánimo (relacionada con las creencias animísticas), expresiones comunes en el pueblo, que provienen ya desde el tiempo de la colonia.

INVESTIGACIÓN EN SALUD

En aborígenes del oriente boliviano

Síndrome cultural afectivo-delirante

Este es un cuadro afectivo psicótico reactivo que se presentan en aborígenes chiquitanos (arawacos) y se lo puede considerar como un síndrome de transición, surgido del encuentro permanente entre aborígenes de esta etnia y su contacto constante con la cultura occidental, en un proceso de aculturación especialmente por condiciones mítica-cristiana, en la medida que las relaciones se van volviendo cada vez más envolventes. Factores como interrupción de vínculos afectivos con los padres, entre otros, la separación o distanciamiento de un sistema familiar y comunitario muy ligado; exigencia de adaptación a roles que satisfagan ambos sistemas, generan conflictos de identidad y valores; y consecuentemente "reacciones psicóticas".

Presentan trastornos oscilatorios de la conciencia y de los impulsos (estupor, excitación psicomotora, desorientación, perplejidad, estados de trance y confuso-oníricos...); ideas delirantes (míticas-cristianas, de grandeza, de influencia), insomnio, anorexia; estados de ánimos cambiantes (tristeza y expansividad) y alucinaciones (Hollweg, 2002) (18).

Trastornos afectivos por desarraigamiento

Inmigrantes cambas de los llanos orientales

Tiricia del inmigrante

Depresión en el camba del Oriente o llanos bolivianos. Los cambas constituyen una población numerosa mestiza en el Oriente del país. La tiricia es un estado depresivo, sobre todo reactivo. Este término se tornó conocido en la segunda mitad del siglo XIX (1870), para designar a un mal que se presentaba en personas que eran separadas de sus familias y obligadas a trabajar en una región inhóspita, en las "barracas de la goma" para la explotación de la siringa (*hevea brasiliensis*), en la región amazónica del noroeste boliviano (Territorio de Colonia o del Acre).

La transplantación de estas personas a tierras extrañas contra su voluntad, ocasionó el apareamiento de la llamada "casta de los cimarrones", que por nostalgia del agro familiar, o ya por mala disposición del ánimo, se tornaban "desabridos y avejentados", tomaban por último la deserción como un recurso salvador para su vida, escapando de las barracas de la goma, arriesgándose a adentrarse en la espesura de la selva, motivados de ganar la libertad a cualquier precio que seguir viviendo en el "presidio" a que se sentían sujetos. Después de la fuga, se acompañaban del "miedo" o "temores", un tipo de "susto avasallador", que causaba a esta gente verdaderos trastornos delirantes-alucinatorios, por dos factores:

- 1) Tras la fuga eran perseguidos por peones más diestros, que al ser represados eran escarniados a un vil flajelo, humillados y considerados al margen de toda confianza.
- 2) Tomado por los mitos de los temores de la selva, de los animales salvajes y ponzoñosos; la aparición del diablo en forma de mono, el grito del siringuerito y los malos augurios, los rastros del tigre y sus metamorfosis, entre otros también cuentos y leyendas míticas que lo desconocido influía en el pensamiento determinados por los afectos o las emociones.

Coimbra describe este síndrome de los "cimarrones"(19).

INVESTIGACIÓN EN SALUD

En aborígenes orientales de Bolivia

Síndrome afectivo delirante

A diferencia de las manifestaciones de la tiricia en los cambas (mestizos), este síndrome se presenta en aborígenes arawacos del Departamento de Santa Cruz. Sus manifestaciones son descritas anteriormente, como una variante dentro de los síndromes de transición por características que se dan en estos aborígenes en su contacto y relaciones con el mundo occidentalizado. Se presenta también esta forma con aspectos ligados, por la pérdida de un ser querido, por el distanciamiento de los hijos, por la ausencia del cónyuge:

1. En chiquitanos (anorexias)
2. En los izozeños (arawakos guaranitizados): el mal de Depuatite.

Se describen como reacciones vivenciales psicóticas, con alteraciones de los estados de conciencia (estado de trance, confuso-onírico), delirantes, alucinatorios y trastornos psicomotores(20).

En inmigrantes andinos

Amartelo

"Amartelo" es un término traído por los inmigrantes andinos al oriente boliviano para describir un síndrome producido por la separación de sus familias o distanciamientos de su tierra de origen. Se presenta muy frecuentemente en adultos y jóvenes (trabajadores, estudiantes, domésticas...) cuando emigra de su tierra a la región de Santa Cruz: con cuadros de inhibición anímica, pesadumbre, somatización, variadas manifestaciones de quejas corporales, ideas suicidas, dolores en el pecho, suspiros, falta de aire, insomnio, inapetencia, descuido de su persona y del trabajo.

Se han encontrado también en estos inmigrantes cuadros de confusión mental, y delirantes-alucinatorios, parecidos a los descritos en la psiquiatría francesa de *Bouffées* delirantes.

En inmigrantes zafreros quechua-aymaras

Síndrome delirante místico

Comprenden reacciones vivenciales afectivas anormales en braseros quechuas de la caña, que vuelven a sus pagos, presentan en muchos de ellos "delirios místicos religiosos".

Según lo reportado por el Instituto Nacional de Psiquiatría "Gregorio Pacheco" de Sucre y que fueron difundidos ampliamente por la prensa nacional, se tratan de "Brotos psicóticos" con delirios místicos en campesinos migrantes chuquisaqueños.

Según este informe, se refiere a un delirio místico que afecta a zafreros, campesinos quechuas y aymaras del Altiplano y de los valles andinos del occidente de Bolivia, que retornan a sus lugares de origen, después de trabajar en la zafra en la región de Santa Cruz. Desde ya hace algunas décadas, estos campesinos aborígenes atraídos por mejores posibilidades de vida para sus familias se desplazan miles de ellos a la zafra de la caña de azúcar. Una gran parte de estos migrantes son trabajadores temporarios transitorios, sin embargo, otros llegan a establecerse en la región.

INVESTIGACIÓN EN SALUD

Entre los primeros se encuentran aquellos casos de campesinos que retornan a sus lugares de origen pero ya afectados por enfermedades mentales. Dice el informe: "retornan con delirio místico sugestionados por algunos grupos evangélicos y afectados por transculturación. Destaca que el delirio místico se presenta en muchas personas que migraron de Chuquisaca y Potosí al oriente boliviano en busca de mejores oportunidades por la extrema pobreza en la que vivían. Resalta también que este fenómeno suele registrarse también en migrantes que se trasladan al Chapare y a la Argentina motivados también por los mismos intereses de búsqueda de recursos que le ayuden a un cambio de su situación. Este informe es corroborado por la directora del nosocomio, Dra. Elffy Justiniano, refiriendo que al año ingresan a ese centro psiquiátrico entre 15 a 20 pacientes con este problema. En el lugar de trabajo se han confrontado condiciones de cambios contrastantes de clima, alimentación, idioma y costumbres(21).

Conclusiones

La diversidad de culturas y heterogeneidad del país es fuente de estudio transcultural de los diferentes trastornos afectivos que se manifiestan sindromáticamente con características patoplásticas, diferenciadas regionalmente. Han llamado la atención sobre todo las diferencias etnopsiquiátricas que presentan especialmente los síndromes afectivos que aparecen en los dos grandes macrosistemas culturales del país, en que las características de idiomas, cosmovisiones, clima y costumbres los distinguen unos de otros de forma contractante: el Occidente del país (la región andina) y el Oriente (región de los llanos).

En cada una de estas regiones por su parte se identifican: una población originaria aborígen y otra blanco-mestiza de raíces míticas diferentes y relacionadas interculturalmente.

Características

1. Por tanto para facilitar el estudio transcultural de relaciones y diferencias entre ellas se las ha clasificado en síndromes afectivos reactivos según sus fuentes míticas e influencia occidental; síndromes afectivos reactivos transitivos y síndromes afectivos reactivos por desarraigamiento.
2. En las manifestaciones de estos síndromes se destaca los siguientes modos de reacciones:
 - a) inhibidas y somatizadas (aymara-quechuas)
 - b) Ansiosas y excitadas (orientales)
3. Cuadros predominantemente presentan variaciones de formas afectivas y formas psicóticas
4. Consecuencias: muerte y suicidio

INVESTIGACIÓN EN SALUD

FORMAS EVOLUTIVAS DE LOS SÍNDROMES AFECTIVOS EN EL OCCIDENTE (AYMARA-QUECHUA)			
Síndromes	Formas afectivas	Formas psicóticas	Consecuencias
Síndromes míticos			
Miedo o susto	Manchariska	Animu Karkhuska	Muerte
Colerina	Rabisqua, coleron		Muerte
Tristeza o pena	Songo nanay purishan		
	Pustishga; Khasgo		
	Nanay y pecho nanay		
Síndromes de influencia hispánica			
Amartelo (lactante y niños primera infancia)	Pena, rechazo a la alimentación, llanto	Anorexia	Muerte
Depresión o melancolías	Pesadumbre	Confusión mental	Suicidio
Amartelo	Somatización, quejas corporales	Trastornos delirantes alucinatorios	
Síndromes de transición			
	Susto-tristeza		
	Colerina-tristeza		
Síndromes del inmigrante			
Amartelo del inmigrante	Inhibición, somatización	Confusión mental	Suicidio
Amartelo zafreño quechua-aymara	Pena, pesadumbre, trastornos corporales	Delirante-místico	Suicidio
FORMAS EVOLUTIVAS DE LOS SÍNDROMES AFECTIVOS EN EL ORIENTE			
Síndromes	Formas afectivas	Formas psicóticas	Consecuencias
Síndromes míticos			
Miedo (ayoreode)	Transgresión de un tabú, excitación	Delirante- alucinatoria	
Miedo (cimarrones)	Fuga-excitación	Delirante-alucinatoria	
Síndromes de influencia hispánica			
Depresión o melancolía	Desánimo, ansiedad, agitación, inapetencia, insomnio		
Tiricia (lactantes e infantes menores)	Palidez, inapetencia, desánimo	Anorexia	Muerte
Congestión (cambas)	Eojos o encolerizamiento, agitación	Confusión mental	Muerte
Síndromes de transición			
Síndrome afectivo-delirante (chiquitanos e izoseños)	Cambios anímicos, inhibición-excitación, agitación psicomotora	Delirante-alucinatoria, confuso-onírica, éxtasis	
Síndromes del inmigrante			
Tiricia (cimarrones)	Desabridos, cansados, agitados	Delirante-alucinatoria, excitación psicomotora	

INVESTIGACIÓN EN SALUD

Referencias bibliográficas

1. Hollweg, MG. La "locura" en los indígenas y mestizos bolivianos. *Rev. Hum. Ciec. Soc.* 1985 I(1): 19-27.
2. Hollweg, MG. *Locura, cultura y magia*. Santa Cruz, Imp. Buenas Nuevas; 1991. 218 págs.
3. Hollweg, MG. Principales Síndromes Psiquiátricos Culturales en Bolivia. *Salud Mental*. 1994; 4: 5-11.
4. Gamarra A. Celda, Cárcel, Mina. *Estudio sobre la psicología del minero*. Oruro, Empresa Gráfica Offset; S.R.L. 1988. 106 Págs.
5. Hollweg MG. Un estudio comparativo-transcultural de la depresión y la ansiedad en el oriente boliviano. XI Congreso Mundial de Psiquiatría Social, 1986 noviembre 6 al 8. Río de Janeiro.
6. Tellenbach H. *La melancolía. Visión histórica del problema: Endogenidad, tipología, patogenia y clínica*. Madrid, Ediciones Morata, S.A.; 1976. 254 Págs.
7. Argandoña M. *Lecciones de Semiología Psiquiátrica y Psicopatología*. Cochabamba, Artes Gráficas "El Buitre"; 1986. 845 Págs.
8. Ola de intentos de suicidio en Punata. *El Deber SC*, 1994 junio 26, ANF.
9. Argandoña M-Butrón K.-Vera J. El suicidio entre la población de Pocona. Memoria V Jornadas de Psiquiatría(Sociedad Boliviana de Psiquiatría), 1-3 agosto 1990.Sucre Págs. 73-76.
10. Pages F. El complejo cultural de la locura en los moros ayoreos. *Acta Psiquiát. Psicol. Amer. Lat.* 1973, 19,253.
11. Lind U. Die Medizin der Ayoré-Indianer im Gran Chaco. Hamburg, Arbeitsgemeinschaft *Ethnomedizin*, 1974.
12. Hollweg MG. *Locura, cultura y magia*. Santa Cruz, Imprenta Buenas Nuevas; 1991, 218 págs.
13. De Viedma F. Descripción geográfica y estadística de la Provincia de Santa Cruz de la Sierra.. Cochabamba, Editorial "Los Amigos Del Libro", 1969. 296 págs.
14. Puma de Ayala FW. *Primer Nueva Crónica y buen gobierno*. La Paz, Librería Editorial "Juventud". 1975; 127 Págs.
15. Aguiló F. *Enfermedad y salud. Según la concepción aymaro-quechua*. Sucre, Edición Talleres Gráficos "Qori Llama", 1985. 232 págs.
16. Hollweg MG. Tiricia: Depresión en el "Camba" del oriente boliviano. Cong. Bras. de Etnopsiquiatría e Psiquiatría Social. 1998. TV MED.-Instituto de Video e Com.Ltda.
17. Hollweg MG. Principales Síndromes Psiquiátricos culturales en Bolivia. *Salud Mental*.Vol IV/1994. Págs. 5-11.

INVESTIGACIÓN EN SALUD

18. Hollweg MG. Síndrome cultural afectivo delirante en aborígenes del oriente boliviano. *Archivos de Psiquiatría* 2002; 65(1): 73-84.
19. Coimbra JB. Siringa, memorias de un colonizador del Beni. La Paz. Ediciones Puerta del Sol, 1974, 200 págs.
20. Hollweg MG. Main Culture Bound Syndromes in Bolivia. *Curare* 20(1997) 1: 23-28.
21. Un delirio místico afecta a los zafreros. *El Deber*, SC. 2000 mayo 7, A9.

Correspondencia:

Dr. Mario Gabriel Hollweg

Profesor de la Universidad Privada Santa Cruz de la Sierra (UPSA).

Casilla 1173

Santa Cruz de la Sierra/Bolivia

E-mail: hollweg@bibosi.scz.entelnet.bo