

## Síndromes culturalmente definidos en los procesos migratorios: el caso de los inmigrantes bolivianos

María Teresa Roldán-Chicano<sup>1</sup>  
José Fernández-Rufete<sup>2</sup>  
César Hueso-Montoro<sup>3</sup>  
María del Mar García-López<sup>4</sup>  
Javier Rodríguez-Tello<sup>5</sup>  
María Dolores Flores-Bienert<sup>6</sup>

**Objetivo:** describir los síndromes de filiación cultural que mantienen los inmigrantes bolivianos en el nuevo contexto migratorio y analizar los procesos de atención de estos padecimientos. **Método:** diseño de investigación de carácter cualitativo con enfoque metodológico etnográfico. **Muestra:** 27 inmigrantes bolivianos. Las estrategias para recoger datos fueron las entrevistas en profundidad y la observación participante. Los datos se categorizaron y ordenaron en esquemas lógicos manualmente y a través del programa ATLAS-ti v.5. **Resultados:** el susto, los "wayras", el amartelo, el pasmo de sol, el pasmo de luna y el pasmo de sereno son algunos de los síndromes de carácter folk que los inmigrantes bolivianos padecen y tratan en el nuevo contexto migratorio. **Conclusiones:** en el nuevo entorno, el colectivo estudiado mantiene síndromes de filiación cultural comunes en su país de origen. Las formas de atención de éstos padecimientos se adaptan a los recursos del nuevo contexto y se basan en transacciones con el ámbito doméstico, la biomedicina y la medicina tradicional. Se constata la necesidad de que el profesional sanitario reconozca que la efectividad percibida de ciertas terapias opera dentro del ámbito de las creencias culturales y no en el de la evidencia científica.

**Descriptores:** Características Culturales; Inmigración; Competencia Cultural; Medicina Tradicional; Bolivia; Enfermería Transcultural.

<sup>1</sup> PhD, Enfermera, Hospital General Universitario Santa Lucía, Servicio Murciano de Salud, Cartagena, Murcia, España.

<sup>2</sup> PhD, Investigador, Murcia, España.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Titular, Universidad de Granada, Granada, España.

<sup>4</sup> MSc, Enfermera, Centro de Salud Barrio Peral Servicio Murciano de Salud, Cartagena, Murcia, España.

<sup>5</sup> MSc, Enfermero, Hospital General Universitario Santa Lucía, Servicio Murciano de Salud, Cartagena, Murcia, España.

<sup>6</sup> PhD, Profesor Titular, Universidad de Murcia, Murcia, España.

### Cómo citar este artículo

Roldán-Chicano MT, Fernández-Rufete J, Hueso-Montoro C, García-López MM, Rodríguez-Tello J, Flores-Bienert MD. Culture-bound syndromes in migratory contexts: the case of Bolivian immigrants. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2915. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1982.2915>.

mes día año

URL

## Introducción

La biomedicina construye diagnósticos biologicistas, ahistóricos y aculturales a partir del lenguaje de "lo empírico". Este "lenguaje de lo concreto" les confiere una base científica y objetiva que garantiza su universalidad. Sin embargo, cuando los malestares se construyen como "entidades culturalmente delimitadas"<sup>(1)</sup> (*Culture-Bound Syndromes*), la complejidad de su etiología, descripción y tratamiento, les impide tener un "carácter universal" y se circunscriben, en principio, a determinados ámbitos geográficos y culturales.

Un síndrome culturalmente específico surge "cuando los miembros de un grupo cultural o una comunidad, identifican de común acuerdo, un determinado patrón de síntomas y signos, a los cuales atribuyen una determinada causalidad, significación y terapéuticas, de modo que se constituyen entidades influenciadas notablemente por el contexto cultural en el que surgen", siendo común recurrir a procedimientos de eficacia simbólica para la recuperación del enfermo<sup>(1)</sup>.

La investigación en el ámbito de las enfermedades folk ha permitido compilar una amplia variedad de malestares culturales: *hwa-byungin* en Corea<sup>(2)</sup>, *hikikomori* en Japón<sup>(3)</sup>, *empacho* en Chile<sup>(4)</sup>, *el mal de ojo* en países mediterráneos<sup>(5)</sup> etc., siendo el ámbito de la Salud Mental y la Psiquiatría Transcultural el que más atención ha prestado a estos padecimientos, y el que más esfuerzo ha invertido en su clasificación y categorización<sup>(6-7)</sup>.

Para algunos autores los *síndromes culturalmente específicos/delimitados* no pueden ser desligados de su contexto cultural<sup>(8)</sup>, porque su etiología condensa y simboliza campos de significación y normas de comportamientos centrales de la sociedad. El enfermo debe creer en esa realidad y ser miembro de una sociedad que también cree en ella. La enfermedad, por lo tanto, cristaliza en una cosmovisión y el reconocimiento de su realidad depende del grado en el que se comparta un determinado universo cultural, pero ¿qué ocurre cuando esa cosmovisión ya no es compartida?

La dimensión social de la enfermedad, o el proceso de socialización de los problemas de salud<sup>(9)</sup>, adquiere en el caso de los inmigrados, una especial complejidad ya que la entrada en un nuevo contexto supone un gran cambio<sup>(10)</sup>, que desliga al inmigrante del entorno cultural en el que surgen las redes semánticas y las definiciones socialmente compartidas de lo que es y no es enfermedad. En este entorno en el que la aculturación parece un destino inequívoco, ¿cómo manejan los inmigrantes éstos malestares?, ¿cómo trata el colectivo inmigrante sus padecimientos culturales en ámbitos donde la biomedicina ejerce su hegemonía?

La capacidad de emigrar constituye uno de los rasgos distintivos de nuestra especie y se halla en la base de nuestro éxito evolutivo, pero los intensos niveles de estrés del proceso migratorio pueden poner en entredicho la capacidad adaptativa del inmigrante y su salud<sup>(11-12)</sup>. En relación a los síndromes de filiación cultural, éstos han sido ampliamente estudiados en los países de origen, siendo escasas las investigaciones que los abordan en el nuevo contexto migratorio<sup>(13-14)</sup>.

El colectivo estudiado, los inmigrantes bolivianos, se caracterizan por una gran diversidad cultural, ya que Bolivia es uno de los países con mayor diversidad étnica (36 pueblos conforman el mapa étnico de Bolivia)<sup>(15)</sup>. Esta gran diversidad genera, en función del grupo cultural en el que ubiquemos nuestras observaciones, un nutrido repertorio de padecimientos de origen cultural. Este trabajo de investigación trata de responder a la pregunta de si los padecimientos de carácter folk propios de los inmigrantes bolivianos en España, procedentes de los colectivos *Quechua*, *Aymara* y *Guaranies/Guarayos*, así como los que no se auto identifican con ningún grupo étnico, se mantienen en el nuevo contexto migratorio. El objetivo de este estudio es describir los procesos de salud-enfermedad-atención en los que se ubican estos síndromes de filiación cultural.

## Método

Investigación de carácter cualitativo, con un enfoque metodológico etnográfico "particularista" o "enfocado", desarrollado en la Región de Murcia, en el Sureste de España.

Los participantes fueron inmigrantes bolivianos residentes en la Región de Murcia. Los criterios de inclusión para formar parte del estudio fueron: tiempo de residencia en España de al menos dos años, edad mínima de 18 años, dar el consentimiento para participar en el estudio.

Esta investigación parte de algunos presupuestos teóricos propios de la Antropología, como la "autoatención"<sup>(16)</sup>, donde el individuo interpreta sus padecimientos y hace un uso articulado de los diferentes sistemas de atención. El estudio de estos conceptos requiere de dos estrategias esenciales para la recogida de datos: las entrevistas en profundidad y la observación participante.

En las entrevistas, con el objeto de limitar previamente los temas de interés, se diseñaron una serie de preguntas de carácter amplio y se conformó un primer guion, que fue remodelado posteriormente según se modificaba el perfil de muestreo teórico. Las entrevistas tenían una duración que oscilaba entre los

30 y los 60 minutos. Los verbatim transcritos en este trabajo son parte de las entrevistas realizadas, la letra E hace referencia a "Entrevistador" y la I a "Informante".

Se realizaron un total de 27 entrevistas, 16 a mujeres y 11 a hombres, realizadas por la investigadora principal del proyecto, con experiencia previa en el ámbito de la investigación cualitativa. Los entrevistados estaban en un rango de edad entre 21 y 55 años y la media de edad fue de 30 años. De los entrevistados, 19 vivían en origen en un entorno urbano y el resto provenía de un entorno rural. La mayoría de informantes pertenece al departamento de Cochabamba, y entre éstos, un número considerable se auto identifica como *Quechua*. Este trabajo podría haber acotado su objetivo a la cosmovisión andina, sin embargo, las entrevistas y la observación participante realizadas entre los inmigrantes del oriente boliviano aportaron una perspectiva más amplia y variada. Del total de entrevistados, 11 se auto identificaron como pertenecientes a un grupo étnico definido (8 *Quechuas*, 1 *Aymara*, 1 *Guaraní* y 1 *Guarayo*), Tabla 1.

La observación participante se realizó en mercados, locutorios, tiendas de ultramarinos y lugares públicos, como parques y jardines en diferentes localidades. La investigadora principal convivió durante un mes con una familia boliviana, lo que le permitió un conocimiento más profundo de la vida doméstica y pautas de autocuidado del colectivo. Esta convivencia también permitió ampliar las relaciones con más inmigrantes bolivianos, de forma que se recogieron datos en otros escenarios: otros entornos domésticos (esta vez de forma discontinua), bares, restaurantes, discotecas etc. También se asistió a diferentes actos y celebraciones de carácter familiar (cumpleaños, bautizos y diversas celebraciones) o comunitario (celebración del día de la *pacha-mama*). El muestreo en "bola de nieve" fue por lo tanto el más usado durante la investigación, si bien al final del estudio, cuando parte de los datos estaba ya analizada, se dio prioridad a un muestreo de carácter teórico en el que la elección de los informantes fue más selectiva.

Tabla 1 - Características sociodemográficas de los informantes. Cartagena, Región de Murcia, España, 2015

I*D	Departamento	Origen urbano o rural	Autoidentificación con grupo étnico	Edad	Sexo
I* 1	Cochabamba	Rural	Si, <i>Quechua</i>	35	H†
I* 2	Oruro	Rural	No	30	H†
I* 3	Cochabamba	Rural	No	29	H†
I* 4	Cochabamba	Urbano (Cochabamba)	Si, <i>Quechua</i>	33	H†
I* 5	Santa Cruz	Urbano (Santa Cruz)	Si, <i>Guaraní</i>	27	H†
I* 6	Cochabamba	Urbano (Cochabamba)	No	21	M‡
I* 7	Cochabamba	Urbano (Sacaba)	Si, <i>Quechua</i>	50	M‡
I* 8	Cochabamba	Urbano (Sacaba)	Si, <i>Quechua</i>	55	H†
I* 9	Cochabamba	Urbano (Sacaba)	No	30	M‡
I* 10	Cochabamba	Urbano (Sacaba)	Si, <i>Quechua</i>	31	M‡
I* 11	Cochabamba	Rural (Punata)	No	27	H†
I* 12	Cochabamba	Rural	Si, <i>Quechua</i>	37	H†
I* 13	Cochabamba	Urbano (Cochabamba)	No	20	M‡
I* 14	Cochabamba	Urbano (Cochabamba)	No	22	M‡
I* 15	La Paz	Urbano (Quime)	No	20	M‡
I* 16	La Paz	Urbano (Quime)	Si, <i>Aymara</i>	20	H†
I* 17	La Paz	Urbano (Quime)	No	22	M‡
I* 18	Cochabamba	Rural	No	21	M‡
I* 19	Cochabamba	Urbano (Sacaba)	Si, <i>Quechua</i>	24	M‡
I* 20	Santa Cruz	Urbano (Santa Cruz)	No	40	M‡
I* 21	Cochabamba	Urbano (Vinto)	Si, <i>Quechua</i>	27	M‡
I* 22	Cochabamba	Urbano (Vinto)	No	30	M‡
I* 23	El Beni	Urbano (Trinidad)	No	34	H†
I* 24	Santa Cruz	Urbano (Santa Cruz)	Si, <i>Guarayo</i>	35	M‡
I* 25	Santa Cruz	Urbano (Santa Cruz)	No	30	H†
I* 26	Cochabamba	Urbano (Cochabamba)	Si, <i>Quechua</i>	40	M‡
I* 27	Cochabamba	Urbano (Cochabamba)	Si, <i>Quechua</i>	43	M‡

\*Informante; †Hombre; ‡Mujer

El trabajo de campo (observación participante y entrevistas), que se yuxtapuso en muchas ocasiones al análisis, se realizó de forma discontinua entre agosto de 2009 y agosto de 2015, dándose por concluido cuando se alcanzó la saturación teórica y la información que ofrecían los informantes resultó redundante o sin valor para el análisis etnográfico.

La información recogida en las entrevistas a través de grabaciones de audio fue transcrita, contrastada y enriquecida con los datos de campo registrados durante la observación participante. Los datos se ordenaron de forma manual y a través del programa ATLAS-ti v.5, por tres de los investigadores en códigos, categorías y posteriormente en esquemas lógicos que pudieran explicar los síndromes culturalmente específicos del colectivo estudiado.

Todos los participantes (los entrevistados y los presentes durante la observación participante) fueron informados, tanto sobre el perfil e intereses de la investigadora que recogía los datos, como sobre las características del proyecto de investigación (la forma en la que se iban a recoger los datos, los posibles riesgos y los beneficios de participar y de qué manera la información obtenida se mantendría confidencial). A través de esta información se aseguró que aquellos que dieron su consentimiento a participar tenían valores, intereses y preferencias compatibles con este proyecto de investigación. La información fue dada de forma clara y comprensiva y se les notificó los datos de contacto (teléfono y correo electrónico) de la investigadora principal en el caso de que decidiesen retirarse del estudio. Ocho personas declinaron participar en la investigación, argumentando la mayoría de ellas falta de tiempo para las entrevistas, y ninguna revocó su consentimiento.

Con el objeto de fortalecer la validez del estudio, se realizó una triangulación de los datos entre la investigadora principal y otros dos investigadores. Se presentó un análisis preliminar de los datos a 3 de los informantes para determinar si éstos compartían y aprobaban las descripciones e interpretaciones realizadas sobre los síndromes de filiación cultural y sus itinerarios terapéuticos.

## Resultados e Discusión

### El susto o espanto

En la concepción del ser humano propia de los grupos culturales y lingüísticos *Quechua* y *Aymara*, de la cordillera andina, la persona está compuesta por un cuerpo y una serie de entidades anímicas y que se conocen como "ajayu", "ánimo", "coraje" o "espíritu"<sup>(17)</sup>.

Esta tipología anímica incluye una jerarquía. La pérdida del "ajayu", principal entidad anímica, implica la muerte del individuo, en cambio, si se extravían el resto de entidades ("ánimo", "coraje" o "espíritu"), que tienen un protagonismo secundario en la fuerza vital del individuo, el individuo sufriría de un padecimiento con una sintomatología muy difusa<sup>(18)</sup> del que podría recuperarse a través de una praxis ritual adecuada<sup>(19)</sup>.

Todos los informantes pertenecientes al altiplano boliviano, identificaron el *susto* como un padecimiento que ellos mismos u otros familiares habían sufrido en Bolivia, a consecuencia de cualquier situación inesperada. Algunos informantes argumentaron que en España no les daba *susto* porque aquí, en su nueva forma de vida, han desaparecido los agentes causales del mismo...

*En Bolivia me daba el "susto" cuando me asustaban mis hermanos mismo, o cuando me asustaba un perro o una vaca..., o una rana que te sale mismo debajo de unas piedras o de unas pajás...(…), aquí en España no hay ranas que te asusten, pues cada vez que me asustaba salían ronchas y me daba un dolor de cabeza muy feo.* (I 4)

Aunque los adultos también pueden asustarse, los niños y lactantes son el colectivo más sensible, y por lo tanto más predispuesto a sufrir el *susto*. En España, sólo dos de los informantes describieron casos de *susto*, los dos se dieron en niños. En uno de los casos no se identificó la causa del *susto* y en el otro la exposición del niño a un ruido fuerte fue el origen.

*...mi marido y yo no creíamos en esas cosas...y resulta que mi niña cuando nació..., son sensibles a cualquier ruido fuerte (...), a ella le causó susto un ruido grande... (...)...le dio susto..., y lloraba y lloraba por la noche y no paraba de llorar, mi madre decía está asustadita..., tu hija esta asustadita..., porque estaba dormidita y se despierta así Ay..., y empieza a chillar... (...), y entonces hubo que llamarle el ánimo.* (I 10)

Las diferentes formas de curación del "susto" en el altiplano boliviano incluyen el consumo de plantas medicinales<sup>(20)</sup> y una "llamada del alma perdida", que se realiza a través de ofrendas rituales (realizada por *yampiris* o *yatiris*) o a través de la "mesa blanca", que desarrollan otros roles de la medicina tradicional andina, los *kallawayas*<sup>(19)</sup>.

El tratamiento del *susto* en España adquiere un carácter más doméstico, ya que la imposibilidad de contactar con *yatiris* o *kallawayas* hace que algún miembro del grupo familiar asuma los roles del curandero y trate el *susto*. Según indican nuestros informantes, para poder curar el *susto* hace falta "tener experiencia y saber llamar el ánimo", lo que hace recaer la responsabilidad de esta práctica en el miembro con mayor edad de la familia, en los 2 casos analizados, las abuelas de dos niños que padecen *susto*

... ¿llamar el ánimo?... aquí le ha hecho mi tía al bebe,...su animito le han llamado con incienso...(...).lo hizo mi tía porque estaba asustado..., y no paraba de llorar..., (...) puede ser alguien que tenga experiencia..., que sepa llamarle el ánimo y todo eso. (I 9)

Para llamar el ánimo perdido hay que esperar hasta la noche, quemar incienso y con una prenda de ropa usada reclamar la vuelta del alma que "se ha quedado donde el niño se ha asustado"

... con el susto, el ánimo se ha quedado donde se ha asustado, entonces hay que llamar al ánimo así como a las doce de la noche, cuando la gente está durmiendo..., entonces hay que llamar al ánimo con el gorrito de la niña o con la ropa de la niña que esté sucia, que la niña se haya puesto..., entonces uno sale fuera y llama al ánimo (...) se usa el incienso con las brasas y el carbón..., el incienso como en las iglesias y entonces se le va llamando el ánimo "Vente angelito mío, vente, vente"..., y así se le va llamando..., y bueno al día siguiente ya duerme bien, o sea..., es como para creer. (I 7)

El *susto*, o los síntomas de carácter físico o psicológico que éste síndrome desencadena, también pueden ser racionalizados y tratados desde el ámbito biomédico<sup>(14,17)</sup>. En España, y posiblemente con más asiduidad que en Bolivia (debido a la imposibilidad de tratar el *susto* desde la medicina andina tradicional), el que ha perdido el alma puede decidir recurrir al médico para paliar la sintomatología que sufre. Uno de nuestros informantes, al analizar las posibilidades de tratamiento del *susto* en España, racionaliza desde los supuestos de la biomedicina la terapia para este padecimiento.

...el susto..., es como si tuviera separado el espíritu en ese momento...y para curarlo, bueno, es que aquí hay médico..., hay más posibilidades de ir al médico, en el médico te ponen inyecciones (...) porque uno está decaído, le duele la cabeza..., entonces le ponen inyecciones. (I 1)

### **Machu wayra, limbu wayra: el mal viento del diablo**

A veces cuando alguien está durmiendo, un *viento del diablo*, un *mal viento*, *machu wayra* o *limbu wayra*, puede agarrar al individuo y causarle una enfermedad. Una de las informantes entrevistadas sufrió en España de *mal viento*...

El mal viento, cualquier noche a los mayores y a los pequeños les puede coger, esa es una enfermedad bien dura y fea, duele como calambre, los niños empiezan a llorar no pueden dormir...(...)... es una enfermedad que va por el aire, un viento del diablo...(...)...ese día no te pasa nada, a los tres días o así es cuando te pones malo, te ha cogido el mal viento y te duele de la cintura para abajo..., y entonces te tienes que curar con el curandero, con el *jampiri*..., el *jampiri* lo cura porque habla con el diablo, dice que ese es un viento del diablo..., cuando te coge el mal viento andas por la calle como aburrída o renegada..., no tienes ganas de dormir o te duele o te da pesadilla.(I 21)

¿Y eso le ha ocurrido en España? (E)

Si, yo he llorado cuando me he cabreado..., me acordé de mi familia y eso me ha ocurrido, y vino el mal viento, empezaron a dolerme las manos y a cogirme los calambres y ya no podía estar. (I 21)

Los "wayra" son un grupo de enfermedades transportadas por el viento, que en el caso de la informante, desencadenaron "renieque", aburrimiento e incluso síntomas neurológicos. Ante este padecimiento, la informante narra que acudió al médico y al ver que éste no solucionaba su problema decidió consultar al "yampiri español", que no curaba igual que los *jampiris* de su país, pero que también le "rezaba".

El *jampiri español*, como la informante lo llamaba, es en realidad uno de los roles terapéuticos autóctonos de España a los que solemos denominar curanderos o sanadores. Los curanderos afirman tener una *gracia* innata que les permite curar diferentes padecimientos, que van desde el mal de ojo hasta los herpes. La flexibilidad de su espectro de actuación les ha permitido integrar una nueva variedad de padecimientos (y también de clientes) que, aunque tengan su base en la cosmovisión andina, parecen ser susceptibles a las curas de carácter ritual.

Y cuando le agarró mal viento en España ¿qué hizo? (E)

Hay también aquí *jampiri* (...) es español, en Alhama hay..., a mí una amiga ecuatoriana me ha llevado cuando me puse muy mala, los médicos no me han hecho nada..., no me hicieron nada fui al centro de salud y el médico me mandaba inyección pero no me hacía calmar, después me dijo una señora ecuatoriana, mejor anda al *jampiri*. El *jampiri español* me cogió de la espalda y me lo ha rezado...(...) el me curó rezando a Dios y a la Virgen..., tu nombre me dijo..., el me preguntó mi nombre y me lo ha rezado, ..., y me dijo puedes dejarme tu voluntad 5€ o 10 € o 20€ (...) y, poco a poquito me sentí mejor, me he sanado. (I 21)

La eficacia simbólica del rezo del curandero español, pese a que no convoca ni alude a ninguna de las entidades tutelares de la cosmovisión andina (*chullpas*, *pachamama*, *machu wayra* o *limbu wayra*), se asemeja más a las formas de curación de la medicina andina tradicional que a las de la biomedicina (que han sido consideradas como ineficaces por la informante).

El sincretismo de las curas rituales de *kallawayas*, *yatiris* y *jampiris*, donde Cristo y los santos comparten protagonismo con la *pachamama* y los *chullpas* ancestrales, permite que la enferma reconozca en los rezos del curandero de Alhama a algunas entidades protectoras que forman parte de su cosmovisión, y que le permiten hacer pensable y coherente su padecimiento. Las representaciones evocadas por el curandero de Alhama rezando a Dios y a la Virgen parecen modificar las funciones orgánicas de la enferma que, según sus palabras, sanó a partir de los rezos del curandero.

### **Pasmo de sol, pasmo de luna y pasmo de sereno**

Los informantes entrevistados que provienen de la zona del oriente boliviano pertenecen o tienen un pasado cultural que se inserta en el universo de creencias y valores propio de *guarayos* y *guaraníes*, que son algunos de los grupos étnicos que habitan en los departamentos del Beni y de Santa Cruz. Los inmigrantes bolivianos pertenecientes a estas zonas describen un padecimiento "el pasmo" que, desde algunos modelos explicativos de la enfermedad, sería considerado como un padecimiento de carácter exógeno en el que la enfermedad se debe a la acción de un elemento (real o simbólico) extraño al enfermo.

Los informantes sólo describen casos de *pasmo* acontecidos en Bolivia, sin embargo, en España, se realizan prácticas de autocuidado para prevenirlos.

*He conocido a gente que ha muerto por sentarse en lo caliente..., o comer fruta caliente...(...) Si, eso es un mal terrible, te puede matar..., y también en las madrugadas cuando cae esa agüita no puedes comer esa fruta tampoco, porque te puede hacer mal, tienes que dejar que se seque...(...)..., como de luna..., porque hay pasmo de sol y pasmo de luna..., la luna también te puede pasmar, la luz de la luna ...(...) y el pasmo a los adultos les hace menos que a los bebés..., a los bebés no se les puede dejar..., porque si a un niño le dejas que la luna le alumbre se le pueden partir los sesos y muere..., porque esto no está cerrado (se señala la cabeza)...., si aún niño le dejan así se muere..., le dejan y llora, llora y llora y se muere..., y tienen que curarlo con hierbas. (I 5)*

Al "pasmo de luna" y al "pasmo de sereno" son especialmente vulnerables los recién nacidos a causa de la debilidad de sus "molleras" (debilidad en los huesos del cráneo). En la base de este síndrome nos encontramos con la oposición de dos conceptos contrarios, fuerza/fragilidad. La luz de luna y el sereno (rocío o relente de la noche y de la madrugada) son percibidos como peligrosos y especialmente dañinos para los recién nacidos que, al no haber unido todavía los huesos de sus fontanelas, son considerados como demasiado frágiles para soportar en la intemperie algunos elementos naturales. Para evitar que al lactante se le "parta la cabecita", hay que untarle la cabeza con "aceite de pata" o "aceite de cusi", que es preparado y enviado a través de encomienda por los familiares que quedaron en Bolivia. El aceite de pata hecho de grasa de vaca y el aceite de *cusi*, hecho con un tipo de fruto, la calucha, que se recoge del *cusi* o *Attalea speciosa* y utilizado para tratar la costra láctea de los recién nacidos son dos de los remedios tradicionales utilizados en el oriente boliviano (zona amazónica) para los cuidados de lactantes y recién nacidos (Figura 1).



Figura 1 - Fotografía de "aceite de pata" y "aceite de cusi". Cartagena, Murcia, España, 2015

Estos remedios suelen ser elaborados en Bolivia y enviados por encomienda a los padres

*Yo, a mi Rosita le pongo en la mollera aceite de pata que es fuerte y caliente, para que no le dé refrió y no se le parta la cabecita. El aceite de pata lo hacemos con la pata de la vaca, la ponemos a hervir y el aceite..., la grasa que saca es el aceite de pata..., lo hace mi madre en Bolivia y me lo envía por encomienda..., ella me manda aceite de pata y aceite de cusi... para proteger a Rosita cuando sale o hay sereno o hay luna (...) aquí se pone menos que en Bolivia, en Bolivia se está más fuera de casa, aquí salimos menos, aquí los niños están más protegidos. (I 24)*

La familia transnacional provee, con el envío de encomiendas, de remedios tradicionales que tienen un sentido y significado cultural que van más allá de su función específica. El envío de comida y remedios, al estar ligados al ámbito del cuidado, tienen un gran potencial simbólico que fortalece los vínculos de la familia transnacional<sup>(21)</sup>.

### **Amartelo o enfermedad de la pena**

*¿La pulserita que lleva la niña roja... es por algo? (refiriéndome a una pulsera muy fina hecha de hilo rojo que lleva la sobrina de la entrevistada en la muñeca derecha... (E)*

*Es una creencia de allá..., porque yo antes de que me venga dejé a mi hijo..., y me dijeron que tengo que ponerla ..(...) El yatiri y la mama me dijeron (...)..., dicen que allí se queda mi hijo, y me extraña y se enferma... y ese "q'aytu" rojo, que yo mismo lo hago, lo pongo ahí y mi hijito no se me enferma... hasta que yo no esté allí..., cuando les dejamos así solos..., para que no se enfermen...(...) le ponen algo para que se acuerde..., eso es lo que dicen ellos...(I 14)*

*Y ahora su bebé? Quién se lo cuida...? (E)*

*Mi mama...yo le llamo mucho y le mando regalos en encomienda. (I 14)*

Otro síndrome de filiación cultural o síndrome culturalmente delimitado es el "amartelo", esta dolencia está producida por la lejanía de un ser querido.

En la distancia las madres también cuidan de sus hijos y para evitar el "amartelo", amarran a la muñeca de los niños un hilo o "q'aytu" (hilo, en lengua quechua) que han frotado previamente en su cuerpo, el cuerpo que se va. Para evitar que sus hijos las extrañen, las madres también tejen hilos simbólicos de afecto a través de las llamadas telefónicas, y el envío de remesas y regalos<sup>(21)</sup>.

Los discursos que narraban la pena y el duelo por los seres queridos, el paisaje, la lengua, las costumbre etc., son, según indican algunos autores, una constante en la relación salud mental-inmigración<sup>(11,22)</sup>, y que en nuestro estudio se relacionaron con los "wayra" y el *amartelo*.

### Itinerarios terapéuticos en los síndromes de filiación cultural

Los informantes narran itinerarios terapéuticos en origen (Bolivia) basados en la medicina tradicional o popular, y consultan a roles profesionalizados de la medicina andina (*jampiris*, *kallawayas*) para ser tratados de enfermedades que no pueden curar los médicos. Esta categorización drástica entre "enfermedades para el médico" o "enfermedades para el curandero", se basa en una conceptualización cualitativamente diferente de salud y enfermedad: mientras que las medicinas indígenas persiguen la recuperación del "ser humano" en su contexto cultural, la biomedicina o medicina alopática centra sus esfuerzos en la recuperación del órgano dañado. Aunque en Bolivia el sistema sanitario intenta adaptarse para incluir la medicina tradicional<sup>(23)</sup>, en España, la inexistencia de roles terapéuticos profesionalizados propios de la medicina tradicional andina determina límites más difusos en esta categorización y en los itinerarios terapéuticos que de ésta se derivan.

Las formas de tratamiento de los síndromes de filiación cultural fuera del contexto originario permite el replanteamiento de las causas por las cuales solemos considerar eficaz un tipo de terapia. Las curas rituales, entre otros motivos, son eficaces porque: 1) forman parte del escenario cultural en el que se ha socializado el paciente, 2) hacen alusión a modelos simbólicos de percepción y concepción del cuerpo, estructura social y de parentesco socialmente compartidos, y 3) se desarrollan en los escenarios donde "habitan" los protagonistas de los relatos de la cura ritual. En el caso documentado, el curandero español no forma parte del entorno cultural en el que se ha socializado la enferma, pero comparte con los *jampiris* el uso de la palabra como elemento básico de la cura ritual y las referencias a algunas representaciones propias del contexto de origen (Jesucristo, Santos y Virgen). Estos elementos parecen

ser suficientes para que se reconozca la terapia como eficaz y que en los países de destino los inmigrantes sigan buscando la cura ritual<sup>(24)</sup>, aunque ésta no tenga las mismas características que en el contexto originario, lo que nos indica la flexibilidad de nuestros esquemas a la hora de conceptualizar, explicar y tratar un padecimiento<sup>(25)</sup>.

En el ámbito asistencial, las diferentes formas de conceptualizar la salud y la enfermedad entre profesional sanitario e inmigrante, desencadenan situaciones de incomunicación que pueden hacer inefectivo el proceso asistencial. La eficacia terapéutica de algunas de las prácticas que se han descrito se suele poner en entredicho si éstas no operan dentro de la lógica racional de las disciplinas sanitarias, considerándolas como intrascendentes o incluso nocivas si éstas se llevan a cabo fuera de los estrechos márgenes que marca la evidencia científica.

Sin embargo, es imprescindible que en la atención a colectivos de diferentes culturas el profesional sanitario tenga en cuenta que ciertos padecimientos y la lógica de la eficacia de sus tratamientos operan dentro del ámbito de las creencias culturales, y no de la evidencia científica. Éste punto de partida puede facilitar el diálogo intercultural, y ayudar al profesional a "acomodar" sus cuidados a las particularidades de diferentes colectivos culturales.

### Limitaciones

Los discursos, representaciones y escenarios del ámbito sanitario se han posicionado en la periferia del eje analítico y por lo tanto este trabajo adolece de resultados que reflejen la relación entre profesionales sanitarios e inmigrantes cuando los síndromes culturales entran a escena.

Los síndromes culturales también evolucionan, y la globalización hace que éstos estén menos ligados a la cultura y tengan cada vez más influencias transfronterizas, éste aspecto tampoco ha sido analizado en esta investigación.

### Conclusiones

En el nuevo entorno, los inmigrantes siguen categorizando algunos de sus padecimientos como enfermedades culturalmente delimitadas: el susto, los "wayras", el *amartelo* o el *pasmo de sol*, el *pasmo de luna* y el *pasmo de sereno*, nos indican que en el nuevo entorno, este colectivo mantiene la cosmovisión que sustenta éstos malestares y las terapias necesarias para su curación.

La ausencia de *yatiris*, *jampiris* y *kallawayas* en el nuevo contexto redistribuye el peso relativo de los

tratamientos de los síndromes de filiación cultural, en función de los recursos del entorno. Se ha documentado el tratamiento de estos padecimientos desde tres ámbitos:

- El ámbito doméstico (un miembro de la familia asume los roles del *yatiri* o se envían a través de encomiendas los remedios elaborados en Bolivia para el tratamiento de las enfermedades).
- El ámbito de los dispositivos asistenciales oficiales (se acude a la biomedicina para tratar la dimensión biológica del problema de salud).
- El ámbito de la medicina tradicional (se recurre a los curanderos y sanadores autóctonos de España).

## Referencias

1. Osorio R M. Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles [Internet] México: INI, CIESAS, CONACULTA, INAH; 2001 [acceso 12 nov 2016] Disponible en: [https://books.google.es/books?id=MCAOn\\_\\_1vbkC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?id=MCAOn__1vbkC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
2. Park Y-J, Lee S-J, Shin N-M, Shin H, Kang HC, Jin YT, et al. Anger, anger expression, cardiovascular risk factors, and gastrointestinal symptoms by hwa-byung symptoms in Korean adult women. *Appl Nurs Res*. [Internet] 2015 [cited Sept 12, 2016];28(4):398-403. Available from: [http://www.appliednursingresearch.org/article/S0897-1897\(15\)00045-2/abstract](http://www.appliednursingresearch.org/article/S0897-1897(15)00045-2/abstract)
3. Li TMH, Wong PWC. Youth social withdrawal behavior (hikikomori): A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Aust N Z J Psychiatry*. [Internet] 2015 [cited Sept 14, 2016];49(7):595-609. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0004867415581179>
4. Campos Navarro R. Empacho: An historical review of popular Chilean childhood disease (1674-2014). *Rev Chil Pediatr*. [Internet] 2016 [cited Nov 9, 2016];87(1):63-8. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062016000100012&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062016000100012&lng=es). <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.06.024>.
5. Berger AS. The evil eye: a cautious look. *J Relig Health*. [Internet] 2013 [cited March 9, 2016];52(3):785-88. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10943-010-9450-8>
6. Alarcón RD. Cultural in roads in DSM-5. *World Psychiatry*. [Internet] 2014 [cited March 9, 2016];13(3):310-13. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20132/full>
7. Ventriglio A, Ayonrinde O, Bhugra D. Relevance of culture-bound syndromes in the 21st century. *Psychiatry Clin Neurosci*. [cited March 10, 2016];70(1):3-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26332813>
8. Grefield K. Conceptos de Antropología Médica: Síndromes culturalmente específicos y el sistema del equilibrio de elementos. *Bol Antropol*. [Internet] 2004 [acceso 10 sept, 2016];18 (35):361-75. Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/boletin/article/view/7051/6467>
9. Kottow M. Some thoughts on phenomenology and medicine. *Med Health Care Philos*. [Internet] 2017 [cited March 11, 2017]:1-8. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11019-017-9763-4>
10. González-Juárez L, Noreña-Peña AL, Cibanal-Juan L. Immigration experience of Latin American working women in Alicante, Spain: an ethnographic study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2014 [cited Sept 11, 2016];22(5):857-65. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692014000500857&script=sci\\_abstract&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692014000500857&script=sci_abstract&lng=es)
11. Achotegui J. Mi Nombre es Nadie. El Síndrome de Ulises. Emigrar en el Siglo XXI. *Salud Mental y Migración*. pp 591-598. En: *Perverse identities: identities in conflicto*. Bern: Ed Peter Lang; 2015. [Internet] [acceso 9 marzo 2017]. Disponible en: [https://www.peterlang.com/view/9783035195279/38\\_Ch\\_30.html](https://www.peterlang.com/view/9783035195279/38_Ch_30.html)
12. Martínez O, Wu E, Sandfort T, Dodge B, Carballo-Díez A, Pinto R, et al. Evaluating the Impact of Immigration Policies on Health Status Among Undocumented Immigrants: A Systematic Review. *J Immigrant Minority Health*. [Internet] 2015 [cited March 8, 2016];17(3):947-70. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10903-013-9968-4>
13. Bayles BP, Katerndahl DA. Culture-bound syndromes in Hispanic primary care patients. *Int J Psychiatry Med*. [Internet] 2009 [cited March 8, 2017];39(1):15-31. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.2190/PM.39.1.b>
14. Durà-Vilà G, Hodes M. Cross-cultural study of idioms of distress among Spanish nationals and Hispanic American migrants: susto, nervios and ataque de nervios. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]; 2012 [acceso 8 marzo 2017] 47(10):1627-37. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-011-0468-3>
15. López LE. Pueblos, culturas y lenguas indígenas en América Latina. En: Albó X, Argüelles N, Avila R, Bonilla L.A, Bulkan J, Callou DI, et al. cit. *Atlas sociolingüístico de pueblos indígenas en América latina*. Volumen 1 1. [Internet] Cochabamba: UNICEF/FUNPROEIB Andes; 2009. [acceso 14 nov 2016]. Disponible en: [https://www.unicef.org/honduras/tomo\\_2\\_atlas.pdf](https://www.unicef.org/honduras/tomo_2_atlas.pdf)
16. Menéndez EL. Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: biomedicina, formas de atención «paralelas» y proyectos de poder. *Salud Colectiva*. [Internet] 2015 [acceso 8 marzo 2017];11(3):301-30. Disponible

- en: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652015000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652015000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
17. Gil García FM. ¿Fármacos contra el susto?. Paradojas u posiciones enfrentadas en la concepción de enfermedad en el altiplano boliviano. En: Fernández Juárez G. Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y crítica intercultural. [Internet] Quito: Abya-Yala; 2006 [acceso 14 nov 2016] Disponible en: [http://www.bivica.org/upload/ag\\_salud-interculturalidad.pdf](http://www.bivica.org/upload/ag_salud-interculturalidad.pdf)
18. Blakely B. Using a Susto Symptoms Scale to Analyze Social Wellbeing in the Andes. *Sociol Anthropol*. [Internet] 2016 [cited Feb 8, 2016];4(2):106-13. Available from: <http://www.hrpub.org/download/20160229/SA8-19605751.pdf>
19. Alderman JD. Mountains as actors in the Bolivian Andes: The interrelationship between politics and ritual in the Kallawayaya ayllus. *Unfamiliar: Antropol J*. [Internet]. 2015 [cited March 10, 2017];5(1-2). Available from: <http://journals.ed.ac.uk/unfamiliar/article/view/1217>
20. Mullally M, Cayer C, Muhammad A, Walshe-Roussel B, Ahmed F, Sanchez-Vindas PE, et al. Anxiolytic activity and active principles of Piper amalago (Piperaceae), a medicinal plant used by the Q'eqchi' Maya to treat susto, a culture-bound illness. *J Ethnopharmacol*. [Internet]. 2016 [cited March 10, 2017];185:147-54. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378874116301192>
21. Merla L. La circulación de cuidados en las familias transnacionales. *Rev CIDOB d'afers internacionals*. [Internet]. 2014 [acceso 10 marzo 2017];0(106-7):85-104. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/RevistaCIDOB/article/viewFile/280776/368454>
22. Saraga M, Gholam-Rezaee M, Preisig M. Symptoms, comorbidity, and clinical course of depression in immigrants: putting psychopathology in context. *J Affect Disord*. [Internet] 2013 [cited March 10, 2017];151(2):795-9. Available from: [http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(13\)00548-X/abstract](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(13)00548-X/abstract)
23. Ramírez Hita S. Intercultural aspects of the health system reform in Bolivia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. [Internet]; 2014 [cited March 10, 2017];31(4):762-8. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342014000400023&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000400023&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
24. Favazza Titus SK. Seeking and Utilizing a Curandero in the United States: A Literature Review. *J Holist Nurs* [Internet]; 2014 [cited March 10, 2017];32(3):189-201. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0898010113512560>
25. Paredes GA. Los sistemas de atención a la salud. Una aproximación desde las ciencias sociales. *Rev Academia*. [Internet]; 2016 [acceso 12 marzo 2017];15(35). Disponible en: <https://www.saber.ula.ve/handle/123456789/41946>

Recibido: 7.12.2016

Aceptado: 18.4.2017

Correspondencia:  
 María Teresa Roldán-Chicano  
 Hospital General Universitario Santa Lucía  
 C. Mezquita, s/n, Paraje Los Arcos  
 Barrio Santa Lucía  
 CEP: 30202, Cartagena, Murcia, España  
 E-mail: maiterolchi3@gmail.com

**Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.