



Revista Jangwa Pana
ISSN: 1657-4923
ISSN: 2389-7872
jangwapana@unimagdalena.edu.co
Universidad del Magdalena
Colombia

La construcción social de la “enfermedad de los nervios”: un síndrome cultural consecuencia de las violencias del conflicto armado, sufridas por individuos de tres poblaciones rurales del suroccidente de Colombia^[1]

Piedrahita Forero, María Camila; Tabares T., R. Elizabeth

La construcción social de la “enfermedad de los nervios”: un síndrome cultural consecuencia de las violencias del conflicto armado, sufridas por individuos de tres poblaciones rurales del suroccidente de Colombia^[1]

Revista Jangwa Pana, vol. 20, núm. 2, 2021

Universidad del Magdalena, Colombia

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=588072311002>

DOI: <https://doi.org/10.21676/16574923.4250>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

La construcción social de la “enfermedad de los nervios”: un síndrome cultural consecuencia de las violencias del conflicto armado, sufridas por individuos de tres poblaciones rurales del suroccidente de Colombia^[1]

The social construction of the “disease of the nerves”: a cultural syndrome consequence of the violence of the armed conflict, suffered by individuals from three rural populations of the southwest of Colombia.

María Camila Piedrahita Forero
Universidad del Cauca, Colombia
mcpiedrahita@unicauca.edu.co

DOI: <https://doi.org/10.21676/16574923.4250>
Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=588072311002>

 <https://orcid.org/0000-0002-0073-5176>

R. Elizabeth Tabares T.
Universidad del Cauca, Colombia
rtabares@unicauca.edu.co

 <https://orcid.org/0000-0002-6805-9733>

Recepción: 07 Febrero 2021
Aprobación: 23 Julio 2021

RESUMEN:

En el texto se presentan los resultados de un estudio etnoepidemiológico sobre el síndrome cultural la “enfermedad de los nervios”, que describe la manera como algunos miembros de poblaciones rurales del suroccidente de Colombia, que han sufrido de manera directa las violencias de los actores armados en el conflicto colombiano, han construido culturalmente este síndrome a partir de sus experiencias, el significado que le otorgan y el lenguaje de los síntomas que crean, lo cual les permite comunicar y describir sus dolores, angustias y tristezas, así como su comprensión y la manera de comunicar, vivir y superar los sufrimientos y las adversidades. El estudio se basa en una metodología cualitativa de tipo etnográfica. Las técnicas de recolección de datos fueron la observación participante, las entrevistas en profundidad y las historias de vida. Para el análisis de datos se procedió a la búsqueda de las categorías construidas culturalmente, basados en un modelo pragmático semántico que permitió organizar el análisis de contenido. En la población entrevistada se pudo apreciar que el nivel alto de resiliencia se presentó en menos de la mitad de la muestra, dejando así más del 60 % de las personas con problemas psíquicos y emocionales inherentes a la guerra; entre ellos, estrés postraumático. Este trabajo permite plantear que la etnomedicina de estas poblaciones ha respondido a las agresiones de la violencia de los actores armados creando sistemas de diagnóstico y curación que se reflejan en síndromes culturales como la “enfermedad de los nervios”. Un número importante de las personas entrevistadas muestra afectaciones de larga duración que es importante investigar con equipos interdisciplinarios que puedan entender el contexto bio-psico-social que han vivido y viven las comunidades campesinas del Suroccidente Colombiano, y así poder elaborar intervenciones adecuadas a los contextos culturales específicos.

PALABRAS CLAVE: antropología médica, etnoepidemiología, víctimas, conflicto armado, salud mental, violencia, Colombia.

ABSTRACT:

This article presents the results of an ethnoepidemiological study on the cultural syndrome “the disease of the nerves”, that describes the way in which some members of rural populations of the south west of Colombia, who have suffered directly the violence of the armed actors in the Colombian conflict, have culturally constructed this syndrome from their experiences, the meaning they give it and the language of the symptoms they create, which allows them to communicate and describe their pain, anguish and sadness, as well as their understanding and way of communicating, live and overcome their sufferings and adversities. The study is based on a qualitative ethnographic methodology. The data collection techniques were participant observation, in-depth interviews and life stories. For data analysis, we proceeded to search for culturally constructed categories based on a pragmatic semantic model that allowed the content analysis to be organized. In the population interviewed, it was observed that the high level of resilience was presented in less than half of the sample, thus leaving more than 60 % of the people with mental and emotional problems inherent to the war, including post-traumatic stress. This work allows us to state that the ethnomedicine of these populations has responded to the aggressions of violence by armed actors, creating diagnostic and healing systems that are reflected in cultural syndromes such as “nerve disease”. A significant number of the people interviewed show long-term affectations that it is important to investigate

with interdisciplinary teams that can understand the bio-psycho-social context that the peasant communities of the Colombian southwest have lived and are experiencing, and thus be able to elaborate appropriate interventions in the specific cultural contexts.

KEYWORDS: medical anthropology, ethnoepidemiology, victims, armed conflict, mental health, Colombia.

INTRODUCCIÓN

El conflicto armado colombiano actual tiene una historia de más de 57 años. Según un informe de la Cruz Roja (2019), este ha dejado 8,8 millones de víctimas y provocado la muerte de al menos 400 000 personas y el desplazamiento de cerca de 8 millones de personas que huyeron de las zonas de combate. En este período, el conflicto ha sufrido diversas transformaciones y dinámicas que han afectado de manera diversa las regiones de Colombia. Una de las más afectadas es el suroccidente, que comprende los departamentos de Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo. Esta región es territorio de diversos grupos étnicos y campesinos; así mismo, en ella hacen presencia todos los actores armados del conflicto colombiano, lo que hace que sus historias se crucen. Ahora, en período de posacuerdo de paz entre el Gobierno y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército del Pueblo (FARC-EP), es importante comenzar a reflexionar sobre las consecuencias de esta situación en la vida de las víctimas y sus familias (Tabares, 2018, p.1).

La agudización del conflicto armado interno, los procesos continuos de desplazamiento forzado de las poblaciones y su desterritorialización, la implementación de ejércitos privados irregulares y el aumento de pie de fuerza, y la erradicación manual y química de cultivos de uso ilícito son situaciones que están ligadas a las diversas manifestaciones de la violencia en esta región. Esto incide en los espacios familiares porque ha quebrantado la estabilidad emocional y ha propiciado el uso de la fuerza física y de la violencia psicológica como únicos medios para la resolución de los conflictos, lo que ha traído consigo la pérdida de autoestima, incrementando los índices de violencia intrafamiliar y ocasionando un aumento de los casos de violencia sexual intrafamiliar, la violación de los derechos humanos, la desintegración familiar, la pérdida de valores tradicionales de solidaridad social y familiar.

Este conflicto ha provocado lesiones psíquicas de diversa gravedad, no solo en combatientes, rebeldes, paramilitares y soldados, sino también en las diferentes personas —hombres y mujeres, jóvenes y viejos, poblaciones rurales y urbanas, grupos indígenas, afrocolombianos, mestizos— que fueron víctimas de actos de violencia y que experimentan actualmente varios tipos de problemas de salud mental (Bibeau, 2015; 2016). Este panorama es confirmado por el Observatorio de los Derechos Humanos de las Mujeres, a partir de una encuesta aplicada a 91 mujeres de los departamentos de Bolívar, Chocó, Tolima, Valle del Cauca, Cundinamarca y Bogotá, correspondiente al primer semestre de 2006; así mismo, lo ratifica la investigación conjunta de los grupos Antropos, Antropacífico y el Grupo de Estudios Sociales Comparativos (GESOC), del departamento de Antropología de la Universidad del Cauca, en el informe “Estado actual de las condiciones de salud, bienestar y las necesidades de los grupos étnicos en situación de desplazamiento y ubicados en zona de frontera. Estrategias diferenciales de intervención” (Convenio 0039, Universidad del Cauca-Ministerio de Salud y Protección Social, 2007). Posteriormente, las investigaciones de Antropacífico, entre los años 2014-2017, lo confirman en el contenido de algunos trabajos de grado (Pérez, 2017; Tovar, 2019).

Una de las investigaciones que ha profundizado acerca del tema desde una perspectiva más clínica es la llevada a cabo por la organización Médicos Sin Fronteras (MSF), que tiene presencia en Colombia desde 1984, siendo el sur del país epicentro de su trabajo humanitario con las víctimas del conflicto desde 2005. En el mes de junio de 2013, esta organización publicó un informe sobre salud mental, titulado *Las heridas menos visibles: salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia*, el cual se ocupa de describir las diversas consecuencias psicológicas sobre la población civil del Cauca, Caquetá, Nariño y Putumayo.

La organización [MSF] trabajó durante 2012 con clínicas móviles y puestos de atención permanente[s] y semi-permanentes en algunas de las áreas más afectadas por el conflicto armado. A lo largo del año pasado realizó 67.500 consultas de salud

primaria, 5.400 consultas de salud mental, brindó atención psicológica a 190 víctimas de violencia sexual, y respondió a 7 emergencias causadas por el conflicto (MSF, 2013, p.7).

Sin duda, las estadísticas y las primeras investigaciones no exhaustivas sobre las consecuencias del conflicto armado y sus violencias sobre la salud mental de las víctimas y los actores armados nos muestran un problema grave al que no se le ha dado importancia y que se debe afrontar en este período de posacuerdo.

Los datos recabados hacen patente la asociación existente entre la categoría de eventos a los que ha sido expuesta la población y la afectación sobre la salud mental. Por lo tanto, es posible deducir que la exposición a eventos relacionados principalmente con la violencia aumenta el riesgo de desarrollar ansiedad, depresión o un cuadro post-traumático. Mientras que los cuadros de ansiedad se vinculan tanto a factores de riesgo relacionados con la violencia como con condiciones médicas, y la depresión puede asociarse también a eventos de separación o pérdida, en el caso de los síntomas asociados a un cuadro post-traumático la vinculación con la violencia es predominante (MSF, 2013, p. 15).

Como se advierte, se enfatiza en las consecuencias psicológicas de la violencia sobre la población civil del sur del país. Según esto:

La población civil inmersa en la violencia cotidiana del conflicto armado colombiano se ve obligada a sufrir en soledad las secuelas psicosociales que ésta provoca [...]. Aquellos afectados por las consecuencias de la lucha que enfrenta a los distintos actores armados estatales y no estatales, así como por otras formas de violencia, cuentan con escaso apoyo de un Estado que, a pesar de los avances en los últimos años, aún no logra responder de manera efectiva a sus necesidades psicológicas (MSF, 2013, p. 1).

El informe se basa en el testimonio de más de 4 400 pacientes de los programas de salud mental de MSF, atendidos por la organización entre enero y diciembre de 2012. Del análisis de los datos, se desprende que la mayoría (67 %) de los que asistieron a las consultas clínicas vivieron uno o más hechos relacionados con la violencia y que están expuestos cotidianamente a diversos factores de riesgo asociados directa o indirectamente con las dinámicas del conflicto. Todos ellos tuvieron una tendencia considerablemente más alta a sufrir síntomas de depresión y ansiedad o cuadros postraumáticos en comparación con los pacientes que se acercaron a la consulta por causa de otros factores no asociados a la violencia.

Estas investigaciones son evidencias clínicas de las afectaciones a la salud mental que sin duda han sufrido y sufren las comunidades que tuvieron que vivir cotidianamente el conflicto armado en sus territorios, afectando sus vidas en múltiples dimensiones.

Esta investigación tiene como objetivo describir y analizar las construcciones socioculturales de la “enfermedad de los nervios” y su manifestación en 24 personas de origen campesino, víctimas de las violencias de actores armados en sus territorios y que aún sufren de manera individual y colectiva dicha experiencia.

Esta investigación se enmarca en la etnoepidemiología, que es una corriente que desde hace cerca de 50 años intenta integrar los factores sociales, comunitarios y culturales en la etiología de los problemas de salud, y que ha dado lugar a la epidemiología sociocultural, que intenta comprender los problemas de salud a través de las significaciones de quienes los experimentan, contextualizándolos en sus sociedades y sus culturas. Por ello, en esta mirada de la epidemiología antropológica se juntan los factores socioculturales y la dimensión simbólica en un marco epidemiológico. La razón de esta aproximación es que los diagnósticos populares de la enfermedad en las poblaciones a nivel mundial vehiculan un conjunto de significados que no concuerdan con las categorías diagnósticas biomédicas. Es necesario que estas dos construcciones de la enfermedad, que se desconocen mutuamente, dialoguen, para que sus aportes pueden permitir mejorar los tratamientos de los especialistas en estas áreas, como es el caso de la psicología y la psiquiatría, que por su tradición han privilegiado la aproximación clínica y no han dado mucha importancia a la diversidad cultural de las poblaciones a las que aplican sus terapias. Este trabajo es un aporte etnográfico que puede colaborar, en ese diálogo de las ciencias del comportamiento humano, con la diversidad cultural humana.

Esta etnoepidemiología parte de la premisa de que las enfermedades son construcciones socioculturales y que la cultura influye en la estructura cognitiva del individuo en la identificación, la definición e interpretación de los síntomas populares que tratan la enfermedad mental (Masse, 1995).

Las construcciones socioculturales de la enfermedad se estudian desde dos conceptos: el primero fue “folk illness” o “diagnóstico popular de la enfermedad”, y el otro es el “síndrome culturalmente condicionado” (*culture-bound syndrome*); esta investigación retoma este último.

El “síndrome culturalmente condicionado”, “síndrome cultural específico” o “síndrome psicosomático” es una categoría que se ha desarrollado en la antropología médica en Norteamérica y en Europa desde hace más de 50 años. La antropología médica, en sus diferentes tradiciones investigativas, en sus trabajos de etnopsicología y psiquiatría transcultural, ha documentado la existencia de diagnósticos populares de enfermedades propias a cada cultura; aunque corresponden conceptualmente y semánticamente a la medicina biomédica, sus síntomas se caracterizan por cómo las comunidades conciben de manera particular la enfermedad. Hay más de 200 casos identificados de estos síndromes (como han sido denominados).

Rittenbaugh (1982) y Masse (1995) dicen que estos síndromes culturalmente condicionados pueden ser definidos como

una constelación de síntomas que han sido identificados como una “enfermedad” (Rittenbaugh, 1982) en una cultura determinada. Para ser un síndrome cultural tiene que tener cuatro características: 1) No puede ser comprendida fuera de un contexto cultural determinado; 2) Su etiología (origen y causa de la enfermedad) traduce y simboliza los valores y normas centrales de esta cultura; 3) El diagnóstico reposa sobre tecnologías e ideologías propias a dicha cultura; 4) Un tratamiento eficaz no puede venir que de miembros de esta misma cultura. (Masse, 1995:153)

Tradicionalmente, estos síndromes eran tratados como enfermedades particulares en ciertas sociedades o culturas.

Las investigaciones sobre estos síndromes cuestionan las clasificaciones internacionales de la enfermedad que provienen de las culturas occidentales como el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-III-R o el *International Statistical Classification of Diseases* ICD-9.

En líneas generales, los trabajos realizados sobre poblaciones latinoamericanas se han enfocado en estudiar los síndromes culturales que resultan de las diversas manifestaciones o de la exposición a la violencia física, psicológica y simbólica a la que han sido sometidos en diversos contextos, en particular poblaciones de América Latina o inmigrantes latinoamericanos que viven en Estados Unidos, la mayoría huyendo de contextos de violencia política e intrafamiliar.

Entre algunas investigaciones en esta dirección, que marcan el desarrollo de esta tendencia, está la de Dickson-Gómez (2002), quien, con su equipo, describe y analiza la transmisión generacional de “traumas” entre los campesinos salvadoreños que, huyendo de la guerra en el medio rural, se instalaron en contexto urbano en la ciudad de Salvador. A través de la antropología se estudian las interpretaciones y reacciones en la cotidianidad de los niños que, sin haber vivido la guerra civil, han recibido la transmisión social intergeneracional de sus traumas, situación que es llamada “los nervios”. Los síntomas de los “nervios” constituyen un mecanismo por el cual el trauma está implícitamente transmitido socialmente.

En ese orden, Yarris (2011) presenta los resultados de un estudio etnográfico sobre la significación social y cultural del dolor en el cerebro, un dolor frecuentemente expresado por las mujeres que en Nicaragua han sufrido la violencia y sus consecuencias frente a sus tristezas y pérdidas, que se percibe como una manera de somatizar sus males y problemas sociales. De otro lado, Hinton, Lewis-Fernández & Pollack (2009) se dedican al estudio de los síntomas de lo que se llama “ataques de nervios” (síndromes culturales), considerados como indicadores o manifestaciones de angustia, dolor y sufrimiento entre la población latinoamericana de origen caribeño, residente en Estados Unidos, afectada por la violencia, y aplican: *The measures include a Fear of Anger Scale and the Anxiety Sensitivity Index (ASI)*.

También está la investigación de Rebhun (1994), *Swallowing frogs* (o *Tragando sapos*), que se ocupa del síndrome cultural utilizado para suprimir la ansiedad, el odio y la irritación, y ponerla bajo control

silenciosamente, en la población de mujeres del norte de Brasil. En esta reflexión, los nervios parecen una estrategia de las mujeres de clase trabajadora, como un mecanismo para escapar al control y a la violencia física y simbólica que se ejerce sobre ellas. Ahora bien, en el caso de Colombia emergen, entre otras, perspectivas que desde la antropología han estudiado las maneras como las comunidades han gestionado las experiencias violentas que han vivido en medio del conflicto; entre ellas se resaltan las relaciones entre salud mental, cultura y violencia que se dan en las poblaciones en medio del conflicto armado. Al respecto, son de destacar las siguientes contribuciones: en *Antropología de las emociones*, Miriam Jimeno (2004) plantea una reflexión sobre casos de crímenes pasionales en Brasil y Colombia en la que explora la relación entre violencia, emociones y género. Según Sáenz (2004), este texto es un esfuerzo por adentrarse en una antropología de la violencia. Otro antropólogo médico que trabaja desde la antropología psiquiátrica y conecta la salud mental y las violencias es Carlos Alberto Uribe, quien entre 1996 y 1998 desarrolla el proyecto titulado “La violencia simbólica y la enfermedad mental: un enfoque etnopsiquiátrico”, que condensa en el artículo “Magia, brujería y violencia en Colombia”. El texto busca mostrar cómo una situación de conflicto y caos social ofrece un escenario privilegiado para el desempeño de lo brujiado, a partir del estudio de un caso clínico de enfermedad mental, documentado de forma etnográfica:

La magia y la brujería, se arguye, nos ofrecen una vía regia para adentrarnos por los vericuetos del sufrimiento, la renuncia y la culpa (el pathos) en nuestra cultura —esto es, de un camino analítico para explicar lo que Sigmund Freud denominara el “malestar en la cultura”. En la discusión, la patología familiar —especialmente en la familia antioqueña— recibe una atención particular (Uribe, 2003, p. 59).

Explorando, desde la antropología, los símbolos en las manifestaciones de violencia de los actores armados está el libro *Muertes violentas*, de Elsa Blair (2004). *La teatralización del exceso* aborda los aspectos simbólicos, tales como la escenificación de la muerte violenta, la significación del exceso, la desmesura de los colombianos, el exceso de violencia, las relaciones cultura-violencia, las muertes en combate, las masacres y los asesinatos selectivos, las muertes de jóvenes en el conflicto armado y la codificación del dolor: ritualización, simbolización y tramitación de la muerte. Blair hace su enunciación desde la antropología simbólica o interpretativa de Geertz. La reflexión se postula desde el terreno de la cultura de lo subjetivo, no de las causas políticas estructurales.

María Victoria Uribe (1990), en su trabajo *Matar, rematar y contramatar. Las Masacres de la Violencia en el Tolima, 1948-1964*, trabaja la recurrencia en la historia de Colombia del asesinato colectivo, de personas desarmadas e indefensas a manos de grupos armados. En particular, se centra en los períodos de 1950-1960 y de 1980-1992.

Alejandro Castillejo (2016 [2000]), en su texto *Poética de lo otro. Hacia una antropología de la guerra, la soledad y el exilio interno en Colombia*, introduce una reflexión sobre el desplazamiento interno en Colombia y propone una metodología especial para aproximarnos a esta experiencia; también lo hace en su libro *Los archivos del dolor. Ensayos sobre la violencia y el recuerdo en la Sudáfrica contemporánea* (2009), en el que plantea las diversas dimensiones de pensar y guardar la memoria de la violencia y el dolor. Toma los casos de Sudáfrica y varios países de América Latina, entre ellos Colombia, que tienen unas experiencias paralelas con este tema.

Una experiencia interesante sobre la memoria y la resiliencia es la de la antropóloga Natalia Quiceno (2015) en su tesis doctoral sobre la masacre de Bojayá y sus consecuencias en la vida de los sobrevivientes. La autora expresa que su pregunta inicial consistía en indagar los efectos de la guerra en una población víctima del enfrentamiento armado entre guerrilleros de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC-EP) y los ejércitos paramilitares. Este enfrentamiento culminó en la “Masacre de Bojayá”, ocurrida el 2 de mayo de 2002. Iniciado el combate, los pobladores de Bellavista, cabecera urbana del municipio de Bojayá, se refugiaron en la iglesia, lugar en donde cayó y explotó un “cilindro bomba”, dejando más de 100 personas muertas. A su llegada a campo 10 años después de sucedido este evento, Natalia encontró silencios y rechazos por parte de los sobrevivientes cuando quería iniciar conversaciones sobre los acontecimientos de aquel 2 de

mayo. Como consecuencia de ello, y tras un replanteamiento de sus cuestiones iniciales, el trabajo se enfocó hacia una etnografía de varias prácticas cotidianas del pueblo afroatrateño, que se asocian con la creación de una *vida sabrosa*: prácticas que permiten resistir a la guerra al tiempo que se reafirma la vida.

Por otra parte, son importantes otros esfuerzos investigativos, que son complementarios a los desarrollados desde la antropología; es el caso de las investigaciones psicológicas en Colombia.

APORTES DE LA PSICOLOGÍA COLOMBIANA A LOS ESTUDIOS ANTROPOLÓGICOS SOBRE LOS SÍNDROMES CULTURALES

Uno de los objetivos que ha orientado a través del mundo la investigación de los síndromes culturales ha sido el de investigar estas situaciones en contextos culturales no occidentales para conocer el contexto en el que estos síndromes se construyen en estas comunidades y para que esta comprensión pueda ser útil para los psicólogos y psiquiatras en la elaboración de sus terapias, desarrolladas en su mayoría en contextos clínicos occidentales que no aplican para poblaciones étnicas diversas y mestizadas, y que tienen en general una rica tradición oral, ya que su acceso a la educación formal es reducido (por ello, son poco escolarizadas). A la información etnográfica y antropológica que se ha logrado recoger en nuestro país se agregan los hallazgos de trabajos desde la psicología que ilustran, desde esta tradición, la situación que han vivido las comunidades que han sufrido las violencias del conflicto armado colombiano.

Son significativos los siguientes trabajos realizados por equipos de psicólogos: Sabucedo, Barreto, Borja y Durán (2004), quienes hacen un análisis del discurso deshumanizante de los adversarios, a través de categorías lingüísticas utilizadas por integrantes de las FARC y las AUC; Restrepo y Muñiz (2005), en este artículo, titulado: Aproximación al estado del arte de las investigaciones y las experiencias de intervención psicosocial en salud mental en el campo de la violencia en Colombia entre los años 1999 y 2003, hacen un análisis teórico-metodológico de los diversos aportes sobre salud mental y conflicto en Colombia, y proponen tres núcleos temáticos para organizar la información: violencia política, económica y social.

Más recientemente, en el año 2018, aparece un interesante artículo de Agudelo-Vélez, que presenta varios elementos significativos sobre el impacto de la violencia en la salud mental. Cabe resaltar los aportes de algunos psicólogos de la Universidad del Valle, paralelos a las investigaciones del Instituto de Investigación y Desarrollo en Prevención de la Violencia y Promoción de la Convivencia Social (CISALVA); en particular, los relacionados con el proyecto Violencia y Cultura:

Este estudio teórico pretende echar las bases para toda investigación concreta de hechos de violencia. Intentamos demostrar la universalidad de la agresividad humana, y sus orígenes intersubjetivos. Esto quiere decir que la agresividad no es un fenómeno natural sino eminentemente cultural. Enseguida pretendemos mostrar cómo los sistemas simbólico-culturales pueden fomentar la agresividad inherente a la condición humana, volviéndola agresión entera (Tenorio y Sampson, 2000, p. 6).

Vaca y Rodríguez (2009), en su estudio, destacan la

importancia de la proyección social y la formación de futuros profesionales desde la universidad, así como algunos de los estudios sobre las diferentes expresiones de violencia en este medio. Se asumen como importantes las recomendaciones planteadas en el informe mundial de la OMS [Organización Mundial de la Salud] sobre violencia y salud, y la comprensión de la realidad de la violencia más allá del ámbito privado e individual en el que priman criterios “curativos” o legales, para reconocerla como un hecho histórico social frente al cual la Psicología debe aportar elementos para la búsqueda de un proyecto ético/social de construcción de sujeto y comunidad. La investigación y praxis soportada en valores solidarios de respeto por el otro y formas diferentes de solucionar el conflicto, serán estrategias que deberán ser sustentadas (p. 87).

Los trabajos en psicología son solo un indicio más de la situación que han vivido y viven los millones de víctimas del conflicto en Colombia y son un aporte al diálogo interdisciplinario.

Nuestras investigaciones sobre las memorias del conflicto, en trabajo con las comunidades del suroccidente, nos han acercado a los problemas de salud mental presentes en las víctimas y en los actores armados. Al interior de nuestro grupo de investigación (Antropacífico, Universidad del Cauca, Colombia) se han realizado trabajos de grado sobre el conflicto y la memoria social del conflicto colombiano en el suroccidente del país; estos trabajos han sido escritos desde múltiples voces y en ellos se ha tratado de reconstruir las dinámicas y las problemáticas diversas del conflicto, y se ha etnografiado la cotidianidad de las comunidades en medio de la confrontación y sus múltiples consecuencias sobre las poblaciones civiles — los diversos grupos étnicos, los grupos de edad y las características de género—. Lo anterior ha permitido conocer en detalle la vida de las víctimas y de los combatientes: son un referente y una base importante para la presente investigación, pero aunque mencionan algunos aspectos de la salud mental, no tratan de manera específica esta problemática. Algunos de los principales (no exhaustivos) trabajos sobre este tema son los de Alcué (2013), Campo (2014), Forero (2015), Girón (2014) y Machado (2017).

En el caso concreto de la salud mental, desde las perspectivas de la antropología médica y la salud pública, tenemos algunas experiencias. Pérez (2017) hace un análisis antropológico del impacto negativo que han sufrido muchas personas en Colombia a causa del conflicto, sobre todo con el desplazamiento forzado. Quiñones (2016) analiza la visibilización de las víctimas con las voces que parten desde las prácticas sociales locales, que se aproximan a las concepciones, a las visiones y a los significados de algunas de las integrantes del grupo “Mujeres Tejiendo Vida”; en este sentido, expone una reflexión sobre cómo las secuelas del conflicto armado han incidido en la transformación de sus dinámicas socioculturales, políticas y económicas. Otro aporte es el de Piedrahita (2019), quien se centra en iniciar la descripción desde una mirada local y etnográfica de las problemáticas de salud mental en comunidades mestizas, blancas e indígenas, para intentar comprender cómo la dimensión cultural-social está latente en la construcción social de la salud mental en comunidades no-occidentales.

El hilo central de estas reflexiones consiste en tratar de comprender las maneras como las comunidades construyen “los desórdenes mentales” (también los llaman “problemas” o “malestar”). Esta investigación explora las dinámicas de la influencia de la cultura en la construcción de diagnósticos de los problemas o desórdenes psicológicos y en la definición de enfermedades psiquiátricas, asociadas a experiencias intensas de violencia física y psicológica, que producen niveles altos de estrés. La cultura juega un rol fundamental en la definición de los problemas de salud mental, pues se convierte en el marco de referencia que define qué es la “normalidad” en lo concerniente al contenido y a la forma de los fenómenos psicológicos, y evalúa la interpretación del sentido que tienen los desórdenes comportamentales (Fabrega, 1992, p. 92).

Desde la etnoepidemiología, esta investigación tomó estos conceptos centrales:

Síndrome cultural: son enfermedades psicosomáticas construidas y percibidas popularmente en ciertas sociedades. Su origen, causalidad y desarrollo sigue las creencias, normas y moral compartidas por todos en el marco de una cultura particular y su tratamiento solo es posible en ese mismo contexto (Masse, 1995).

• Salud mental: en la Constitución de la OMS (1948) aparece la salud mental como un elemento fundamental: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1). Luego, en 2013, se afirma que esta es un estado de “bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (p. 1). Se toma el concepto de “salud mental” utilizado en general en los estudios de salud pública porque esta definición permite acercarse a la propia definición de “salud” y “enfermedad” desde una perspectiva holística propia de su medicina tradicional, ya que la salud es un estado de equilibrio y armonía con ella misma, la comunidad y el medio ambiente.

• Resiliencia: en Hewitt *et al.* (2016) se explica la “resiliencia” como una de las grandes capacidades del ser humano, que ayuda a afrontar “situaciones críticas” después de los hechos o en el desarrollo de la sanación:

Es la capacidad de superar los eventos adversos y ser capaz de tener un desarrollo exitoso a pesar de circunstancias muy adversas: muerte de los padres, guerras, graves traumas, entre otros [...]. No es una capacidad innata, sino que está asociada al temperamento, las características internas, el locus de control [...]. Se conoce que la capacidad de resiliencia depende también del número, [la] intensidad y duración de las circunstancias adversas por las que se ha pasado (Becoña, como se cita en Hewitt *et al.*, 2016, p. 129).

Este concepto se correlaciona con la manera en la que estas comunidades construyen sus propias concepciones sobre la resiliencia.

- Emociones: Le Breton (2013) expone las emociones como una red de comunicación, como una forma en la cual nos relacionamos con el mundo. Muestra que, si bien las emociones pertenecen al “patrimonio de la especie”, no se puede desconocer que son producto de “un entorno humano dado y de un universo humano caracterizado de sentido y de valores” (p. 3), que no se pueden desligar de un ámbito de aprendizaje, y que se enmarcan en una relación con los demás, en una cultura y un contexto particulares. Por su parte, Rodríguez, Linares, González y Guadalupe (2010) sugieren que ciertas “reacciones psicofisiológicas” en situaciones que son peligrosas, amenazantes, dolorosas o excitantes, son universales sin importar la cultura; por ejemplo, la alegría, el miedo, la ansiedad o la ira serían básicas en los humanos, considerablemente biológicas: más allá de su cultura, “son esencialmente agradables o desagradables, nos activan y forman parte de la comunicación con los demás y a su vez, pueden actuar como poderosos motivos de la conducta” (pp. 33-57). Si bien las emociones tienen ese componente psicofisiológico, hay que tener en cuenta que el contexto en el que ellas se dan o se expresan sí es cultural y tienen un sentido según un referente.

- Estrategias de afrontamiento: son una serie de aspectos de aprendizaje y de actitudes que se pueden construir e identificar voluntariamente, ya sea por las experiencias previas personales, familiares y de la educación. Velásquez y Rincón (2010) definen el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las exigencias específicas externas o internas, que son evaluadas como superiores o desbordantes para los recursos del individuo” (p. 30). Muestran también otra definición de “estrategias de afrontamiento” como “el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ellas generan” (p. 31).

- Conflicto armado colombiano: hace referencia a más de 57 años de confrontación que ha vivido la nación colombiana, en la que diferentes actores armados han estado involucrados. Históricamente, comprende la lucha de liberales y conservadores entre los años 1940-1960; después, ha sido la confrontación de los grupos guerrilleros (como las FARC, el ELN, el EPL) con el Estado colombiano. En los años 80 aparecen los narcotraficantes en su embestida contra el Estado; a finales de los 90, vienen los grupos paramilitares y el Estado contra las guerrillas. Después de la firma del acuerdo de paz, han sido las confrontaciones con las disidencias de la Farc y el ELN contra el Estado; a esto se agrega la presencia de carteles mexicanos y los grupos narcotraficantes locales. La población civil siempre ha estado en medio de estos diversos combates sin que haya una verdadera defensa del Estado.

- Víctimas del conflicto armado: se entienden como aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos. A partir del 1.º de enero de 1985, sobre las infracciones al Derecho Internacional Humanitario o las violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, con ocasión del conflicto armado interno, se define que:

el cónyuge, compañero o compañera permanente, parejas del mismo sexo y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida. A falta de estas, lo serán los que se encuentren en el segundo grado de consanguinidad ascendente. De la misma forma, a las personas que hayan sufrido un daño al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización (Ley 1448, 2011).

METODOLOGÍA

Esta investigación es de tipo cualitativo, con un enfoque etnográfico. Se basó en el trabajo de campo realizado entre 2018 y 2019 en Descansé (corregimiento del municipio de Santa Rosa, Cauca, Colombia), en el municipio de Sevilla (corregimientos Alegrías y Cumbarco, Valle del Cauca, Colombia) y el corregimiento Barragán (Tuluá, Valle del Cauca, Colombia). Estos sitios han tenido mucha incidencia de grupos armados, por lo que han sido escenario de confrontación debido a su ubicación geográfica estratégica.

La metodología etnográfica se sustenta en el modelo semántico-pragmático desarrollado para el estudio comparativo de los problemas de salud mental. El modelo, que tiene como objetivo recoger datos sobre los sistemas de signos —la semiología popular—, los sistemas de sentidos —los discursos sobre las causas— y los sistemas de acción —que se refieren a las gestiones de búsqueda de ayuda entre las personas que padecen problemas psiquiátricos—. Se emplea el método etnográfico para construir un texto colaborado y dialógico, empleando técnicas como la observación participante, las entrevistas exploratorias, las entrevistas en profundidad, las entrevistas semi-estructuradas y las historias de vida.

En la investigación se realizó un ejercicio de autopercepción para elaborar una escala provisional, con el fin de conocer la manera como los individuos afectados percibían sus propias actitudes ante las adversidades que habían vivido; se basa en preguntas sencillas sobre los siguientes aspectos:

- Primero, la adaptabilidad de la persona: si se veía a sí misma como una víctima o como un sobreviviente empoderado y con proyecciones en su vida.
- Segundo, sus capacidades sociales: es decir, cómo eran sus relaciones con la familia y con la comunidad después de esta experiencia con hechos violentos.
- Tercero, los factores de riesgo: dirigido a establecer cómo, cuántos y cuáles hechos victimizantes habían sufrido, qué síntomas tuvieron y aún tienen y cuánto tiempo duró la afectación principal.
- Cuarto, si presentaban trastornos mentales diagnosticados biomédicamente; así mismo, conocer si los síntomas o las enfermedades les generan impedimentos para continuar con la vida cotidiana.

De igual modo, se tomaron como parámetros tres niveles de resiliencia: alto, medio y bajo. El nivel alto se catalogó si las personas, a pesar de los hechos victimizantes, pueden tener un normal funcionamiento y desempeño laboral, social, personal, de pareja y familiar; no obstante, esto no significa que no se identifiquen algunas secuelas, como tristeza o llanto, al hablar del tema.

El segundo, nivel medio, abarcó personas que años después de los sucesos aún tienen afectaciones y sentimientos fuertes de tristeza o episodios de depresión que entorpecen en algo sus vidas.

El tercero, nivel bajo, indica que son personas que tuvieron lutos de dos décadas o más, quienes desarrollaron graves problemas psicológicos o psiquiátricos dictaminados por la medicina biomédica, personas que no han logrado aún retomar las riendas de sus vidas o que están en proceso de terminar duelos.

Desde la dimensión ética, a todos se les aplicó el consentimiento informado. Toda la comunidad del resguardo o de las veredas sabía que su participación era voluntaria y que podían retirarse de la entrevista y la investigación en el momento que quisieran; jamás se obligó o presionó a nadie a participar: la participación fue voluntaria y en el momento y lugar que decidieran. Como una forma de respeto y protección, se usan nombres ficticios. Se utilizaron los criterios éticos de la Universidad del Cauca para este tipo de ejercicio. Con la comunidad indígena, se procedió a solicitar los permisos del cabildo y, en las otras comunidades, se solicitaron los permisos individuales correspondientes.

La muestra

Se tomó una muestra no probabilística e intencional, en la cual se orientó la investigación hacia personas que sufrieron alguna forma de violencia como consecuencia del conflicto armado. Los individuos seleccionados

fueron ubicados por ser designados como “afectados mentalmente” por haber presenciado o sufrido directa o indirectamente actos de violencia; esta situación fue corroborada por ellos mismos, su familia y la comunidad. En la muestra hay un predominio de mujeres, ya que en el campo se pudo notar que tienden a ser más abiertas para hablar. En cambio, la mayoría de los hombres se mostraron silenciosos, con respuestas monosilábicas (no todos, cabe resaltar). Este silencio y hermetismo se explica porque en la cultura colombiana, en general, se estimula a las mujeres a hablar más, mientras que los hombres tienden a ser “herméticos” para dialogar sobre estos asuntos que ellos consideran como “emocionales”. Fue muy difícil conseguir la muestra, ya que las personas no quisieran hablar de estos temas para no ser consideradas “locas” ni perder la confianza y el afecto de sus familias y de la comunidad.

Características sociodemográficas de la muestra

Las edades oscilan entre los 18 y los 81 años; la media es 53 años. El estado civil de esta muestra fue: casado, unión libre y soltero. Según esto, hay una variación: el 52 % son personas casadas, el 24 % están en unión libre y el otro 24 % están solteras. Todos son mayores de edad. Algunas entrevistas fueron realizadas a parejas. Para contrastar, se plantearon preguntas sobre el estado civil durante los hechos victimizantes y en la actualidad; esta información se tuvo en cuenta durante las entrevistas, con el fin de entender y exponer los cambios a nivel de pareja y familiares que pueden ocurrir a raíz del conflicto armado.

En cuanto al carácter étnico, los grupos de la población del sur del Cauca (11 casos) y el norte del Valle del Cauca (14 casos) se autodefinieron como mestizos (19), indígenas (5) y afrodescendientes (1).

Para tratar de dar respuesta a la problemática planteada, se realizaron 25 entrevistas, en las cuales participaron 18 mujeres (72 %) y 7 hombres (28 %). En el Gráfico 1 se observan algunos de los hechos victimizantes; también se muestran los hechos físicos que sufrieron.

LAS MUCHAS VIOLENCIAS Y SUS EFECTOS EN TODOS LOS ASPECTOS DE LA VIDA DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA

Guárdame de la violencia, ya se exprese mediante la lengua, el puño o el corazón.

Martin Luther King

Los tres lugares escogidos para este estudio se caracterizan por haber sufrido la presencia de diferentes actores armados, cuyas acciones violentas afectaron la vida de las personas de estas comunidades. Descanse (Cauca, Colombia), por un lado, es un lugar de muy difícil acceso y debe hacerse un largo trayecto, entrando por el departamento de Putumayo, sobre camino de herradura y a caballo durante varias horas. Este lugar ha tenido presencia guerrillera del M-19 y las FARC (el Frente 13 y el Frente Manuel Vásquez Castaño del ELN). La presencia de los cultivos de uso ilícito (coca) marcó la relación con estos ejércitos irregulares que controlaban este mercado, así como la vida cotidiana de estas comunidades que vivieron sometidas en la cotidianidad. A finales de los años 90 llegan los paramilitares y el ejército contraguerrilla. Los picos más altos de la violencia se presentaron entre los años 2003 y 2008.

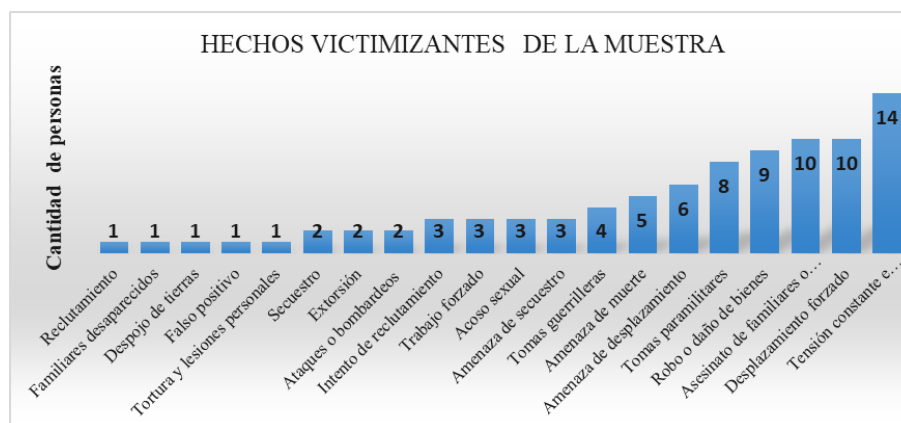
En el Norte del Valle del Cauca fue muy intensa la violencia partidista desde los años 40 y 60. En los años 70 hace su aparición la guerrilla de las FARC, en particular el Bloque Arturo Ruiz; en los años 90 llegan los paramilitares del Bloque Calima a esta región.

Los habitantes de Barragán (Tuluá, Valle del Cauca) se vieron afectados por el control territorial que ejercían estos actores armados en su territorio. Las disputas por las tierras, a través de la usurpación ilegal de los predios, dio lugar a grandes desplazamientos forzados de las familias de la comunidad.

Los corregimientos de Alegrías y Cumbarco (Sevilla, Valle del Cauca) tuvieron la presencia inicialmente del M-19 en el año 1993, con el frente Jaime Bateman, y en el año 2000 entró el ELN. Entre los años 2000

y 2004 tuvieron la presencia paramilitar de alias HH, del Frente Calarcá, independiente del Frente central Calima. Se presentaron relaciones estrechas entre los paramilitares y los narcotraficantes del Norte del Valle, que cometieron todo tipo de atrocidades que se han quedado en las memorias del conflicto de sus habitantes.

Los participantes de esta investigación manifestaron los siguientes hechos violentos de los que fueron víctimas directas o indirectas.



GRÁFICA 1.
Gráfico de hechos victimizantes.
Fuente: Elaboración propia.

LOS LENGUAJES DEL SÍNDROME CULTURAL “ENFERMEDAD DE LOS NERVIOS” EN TRES COMUNIDADES RURALES DEL SUROCCIDENTE

Esta enfermedad se manifiesta con ciertos síntomas y una etiología, que son reconocidos por la víctima y la comunidad y son parte de un lenguaje que se expresa en síntomas particulares que permiten identificar que un malestar mental-físico es consecuencia de la exposición a la violencia que ha sufrido un miembro de la comunidad.

Los participantes de esta investigación etnográfica se autoidentificaron como víctimas de diversas formas de violencia producidas por los diferentes actores armados de la región. Los miembros de las familias y la comunidad han ratificado, en su tradición oral, dicha afectación de las víctimas, ya que muchas acciones violentas de los actores armados fueron producidas ante los ojos de todos y son parte de los marcos de la memoria colectiva del conflicto del grupo.

LOS SÍNTOMAS DE LA “ENFERMEDAD DE LOS NERVIOS” Y LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO

Los síntomas, desde esta perspectiva etnoepidemiológica, se definen como construcciones socioculturales, se rigen por los criterios populares de la desviación y tienen como objeto la búsqueda de sentido en la vivencia de un individuo. Se tomaron las entrevistas en profundidad y se extrajeron las principales categorías populares locales para referirse a los síntomas que habían experimentado como consecuencia de la exposición a hechos violentos y que les habían producido la “enfermedad de los nervios”.

Las personas de la muestra, afectadas por la “enfermedad de los nervios”, fuesen mujeres u hombres, tuvieron similitudes y diferencias en los síntomas. A continuación, se describen estos síntomas en detalle. La descripción se basa en las categorías construidas por la misma comunidad y expresadas en su lenguaje cotidiano.

TABLA 1
Referentes que relacionan los síntomas de la enfermedad de los nervios expresados por las mujeres en los sentimientos las emociones y las diversas percepciones que describen como consecuencias de su exposición a las violencias

Referentes	Contenido
1. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
2. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
3. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
4. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
5. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
6. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
7. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
8. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
9. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
10. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
11. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
12. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
13. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
14. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
15. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
16. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
17. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
18. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
19. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
20. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
21. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
22. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
23. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
24. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
25. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
26. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
27. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
28. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
29. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
30. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
31. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
32. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
33. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
34. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
35. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
36. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
37. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
38. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
39. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
40. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
41. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
42. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
43. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
44. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
45. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
46. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
47. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
48. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
49. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
50. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
51. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
52. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
53. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
54. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
55. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
56. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
57. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
58. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
59. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
60. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
61. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
62. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
63. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
64. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
65. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
66. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
67. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
68. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
69. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
70. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
71. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
72. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
73. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
74. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
75. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
76. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
77. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
78. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
79. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
80. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
81. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
82. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
83. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
84. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
85. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
86. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
87. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
88. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
89. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
90. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
91. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
92. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
93. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
94. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
95. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
96. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
97. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
98. Emociones	Las emociones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
99. Percepciones	Las percepciones que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.
100. Sentimientos	Los sentimientos que se experimentan como consecuencia de la exposición a la violencia son: miedo, tristeza, ira, culpa, vergüenza, desesperanza, etc.

Fuente: Elaboración propia.

Tomando como referencia las respuestas de la Tabla 1, de manera sintética podemos inferir que hay cuatro elementos socioculturales en las construcciones de la enfermedad de los nervios en las mujeres.

El primer elemento que sobresale es la somatización, ya que nos explicita que el cuerpo es un instrumento de cómo las mujeres piensan y expresan sus sufrimientos como consecuencia de las acciones violentas de los actores armados. Por ejemplo, hay muchos cambios drásticos de este cuerpo que sufre y que se expresan así: llorar con frecuencia, problemas con el sueño —en particular, las dificultades para dormir— y sueños perturbadores y repetidos, subir y bajar de peso, temblores y sudoración nerviosa, cambios hormonales, diarrea, vómitos, mareos, cambios del ciclo menstrual, taquicardia, hiperactividad o quedarse quieta en estado de shock y ataques de pánico.

Esta situación que vive el cuerpo cambia la percepción de sí mismas y, por ende, la autoestima. Las mujeres son conscientes de cambios en sus comportamientos habituales, ya que comienzan a pensarse como seres débiles, a volverse introvertidas y tristes después de un hecho violento, a sentir malgenio constante, a experimentar timidez y a hablar solas mucho tiempo.

Un segundo elemento que resalta es la influencia de factores sociales y políticos en la manifestación de sentimientos y emociones contra los diversos actores armados; estos sentimientos surgen en un contexto de guerra civil, donde la comunidad se identifica como víctima vulnerable en medio de las confrontaciones. Por ello, las manifestaciones de rabia y rencor hacia los actores armados y la fuerza pública ante el recuerdo de hechos violentos, así como el sentir culpa, miedo, temor, humillación, nostalgia, soledad y duelos inacabados.

Un tercer elemento que surge es un sentimiento profundo de pertenencia y de cohesión social y familiar para enfrentarse a las adversidades que surgen de la violencia: son la familia y la comunidad las que permiten superar los momentos difíciles. Las manifestaciones de esta tendencia están en: temor a perder miembros de la familia, agresión protectora a los hijos, sobreprotección a los hijos y cambios en la relación de pareja; el hecho violento los une o los separa.

Puede producirse en ciertos contextos lo contrario a la cohesión: cuando surgen discrepancias con la comunidad y sus posiciones sobre actores armados, el miedo hacia todos los extraños que encuentran en sus territorios y la pérdida del estatus de lideresa por problemas de “enfermedad de los nervios”.

Un cuarto elemento es una cierta aceptación comunitaria e individual de la violencia y las adversidades, que lleva a una naturalización de la violencia. Por ello, tienen tendencia a resignarse ante las manifestaciones de violencia y a ver la violencia como una acción cotidiana a la que hay que adaptarse para poder sobrevivir.

En el caso de los hombres de la muestra, se presentan sus respuestas en la Tabla 2.

TABLA 2
Sentimientos emociones conductas y demás síntomas
presentados por hombres después de los hechos victimizantes

	Sentimientos, emociones y conductas	Contextos
1	Rabia y rencor.	Ante las injusticias e indefensión ante otros. Ante los grupos armados y victimarios que tomaron el control de sus vidas.
2	Miedo.	Por su vida, por la de su familia, por el porvenir de la familia. Por acoso sexual y tener que huir para evitar violación. A morir en el fuego cruzado.
3	Impotencia, vulnerabilidad, indefensión.	Ante el hecho de no poderse defender o de estar en contra de dictámenes de grupos armados que los obligan a trabajar o hacer viajes para ellos.
4	Naturalización de la violencia.	Dando por hecho que tienen que aguantar, que así les tocó vivir y no hay nada que puedan hacer, lo que genera una cadena de otros sentires.
5	Humillación.	Por ser obligados a trabajar para los grupos, a ser expuestos ante la comunidad y amarrados.
6	Valentía.	Enfrentarse a integrantes de grupos armados, tanto a los golpes como verbalmente o, incluso, con humor.
7	Soledad.	Ante la ausencia de los hijos, soltería.
8	Terror al destierro.	Al no saber si al desplazarse empeorará la situación económica o si es peor estar en zonas de conflicto.
9	Terror a ser reclutado.	Y dejar a sus hijos, ya que la coerción y el casi amedrentamiento los hacía sentirse obligados a ir con ellos, además de las promesas de un mejor futuro para sus hijos.
10	Llanto al recordar.	Llorar al relatar el miedo que sintieron cuando sucedieron las tomas o los ataques, el temor a perder a su familia.
11	Deseos de irse de inmediato del lugar.	Muchas familias optaban por irse, vender sus casas y todos sus bienes a bajo precio y salir, algunos a donde familiares o amigos, otros a la suerte y otros no se atrevían a salir a pesar del miedo que les generaba quedarse.
12	Recuerdos persistentes.	De los estallidos, de cómo quedó el pueblo, de las personas que no pudieron salvar.
13	Culpa.	Por no poder ayudar a familiares víctimas. Por desplazarse y tener dificultades. Por tener aún secuelas del conflicto.
14	Cambios de rol en la familia o comunidad.	Pérdida de respeto por la comunidad, por humillación por parte de grupos armados.
15	Ansiedad y nervios.	Al recordar la toma, las muertes de familiares, al ver personas nuevas en la zona, al ver personas armadas. Temblores y sudoración.
16	Nostalgia, pesar.	Ante el pasado, ante el partido político, ante su economía antes del desplazamiento.
17	Añorar el campo.	Al ver la inclemencia de la ciudad, la obligación de comprar cosas que antes cosechaban, el aire pesado, el transporte masivo los pone ansiosos.
18	Incertidumbre ante el futuro.	Ver que de ellos dependen sus familias y no pueden superar lo sucedido, que los trabajos en la ciudad no se pagan bien.
19	Indignación.	Ante los políticos corruptos, ante los beneficios de las guerrillas desmovilizadas, ante la injusticia hacia sus comunidades, familias.
20	Poca expresión de emociones y/o parcos para	Muchos no son abiertos para hablar. A pesar de aceptar la entrevista, se ven incómodos, lo cual también nos comunica dolor, miedo, negación.

Fuente: Elaboración propia.

Basándonos en las respuestas sintetizadas en la Tabla 2, en el caso de los hombres las relaciones fueron estas:

Un primer elemento son las influencias de los factores sociales y políticos. Aquí viene la posición de rechazo profundo a los actores armados y sus manifestaciones de violencia, que afectan a sus familias y a su comunidad y ante los cuales no pueden hacer nada y se sienten impotentes. Por ello, los sentimientos ante ellos son de rabia y rencor hacia los actores armados, miedo, indignación, impotencia, vulnerabilidad, indefensión, humillación, soledad, culpa, depresión, tristeza, temor al destierro, temor a ser reclutado, ansiedad, nervios, pesar, añoranza del campo. Lo que más afecta a los hombres es el temor a perder miembros de la familia y los cambios en la relación de pareja: sienten que han perdido el respeto de la pareja y la familia por tener secuelas de la violencia sufrida.

El segundo elemento que más les preocupa a los hombres es la pérdida del respeto de su comunidad y ser humillados por los actores armados ante su comunidad. Sienten mucho temor de ser reclutados y tienen miedo de no poder responder si son atacados por los grupos armados. Es muy importante para ellos el estatus de su masculinidad y toman muy en serio que deben proteger a su familia.

Un tercer elemento son las incertidumbres que las consecuencias de la violencia les producen ante el futuro: desean huir de sus territorios y sienten terror en particular de las violencias paramilitares.

El cuarto elemento es que parece que ellos dicen no somatizar estas situaciones y, de hecho, solo uno de los hombres reconoció tener cambios físicos como sudores y temblores, el vértigo, los mareos, las alucinaciones, algunas veces llanto silencioso y solitario. También se nota en ellos mucho silencio sobre estos temas, ya que deciden no expresar verbal ni emocionalmente estas experiencias. También sienten una cierta resignación ante la violencia y la ven como parte de la vida cotidiana.

Se pudo notar que hay diferencias marcadas en las maneras en que los hombres y mujeres de estas comunidades campesinas se enfrentaron a la enfermedad de los nervios, consecuencia de la violencia de los actores armados. Las mujeres somatizaron más esta situación y los hombres negaron que ello ocurriera. La mayoría de las mujeres pudieron expresar su dolor de una manera más abierta, expresar lo que sintieron con su corporalidad, lloraron; solo uno de los hombres lloró, pero su llanto fue más nostálgico y menos catártico que el de ellas. Las mujeres aceptaron con más facilidad las emociones intensas que han sentido ante la violencia producida por los actores armados. En el sentir de las entrevistadas se perciben más nervios, pánico, pesadillas, miedo de salir de casa, miedo a volver al lugar; de igual manera, cambios físicos y más *flashback* de los sucesos. En los hombres, como se ha dicho, hay un escudo emocional distinto. Hablan de miedo por algún riesgo que pueda correr su familia, expresan incertidumbre ante el destierro, así como indignación ante el Estado y ante los grupos armados. Se preocupan mucho por perder el respeto de su familia y de su comunidad: su rol de protector de la familia y del grupo es asumido seriamente, pero con temor a fallar y a ser humillado ante su familia y su comunidad.

Tanto los hombres como las mujeres se preocuparon por sus familias y sus comunidades. Por ejemplo, uno de los entrevistados tiene vértigo desde los hechos victimizantes y, en algunas ocasiones, ha padecido alucinaciones.

Los hombres no fueron muy expresivos en las entrevistas, guardan mucho silencio. En las investigaciones futuras será necesario explorar los lenguajes que hay en ese silencio. Es necesario poder entablar un diálogo más profundo con los hombres. Tal vez ello ocurrió por ser la entrevistadora una mujer joven: es un factor muy importante para repensar para investigaciones futuras.

NARRATIVAS SOBRE EL SÍNDROME DE LA ENFERMEDAD DE LOS NERVIOS

— ¿Y qué la pone nerviosa?

— No sé, de repente escuchar cosas, historias de las personas como temerosas o ver películas de terror o ver cosas en la televisión similares a lo que nos pasó... eso cuando me acuesto como que me trae otra vez todos los recuerdos de lo que pasó

en mi familia, eso me produce terror, me produce miedo. Entonces por eso trato de no ver muchas cosas que me recuerden a eso, porque sé que me hace daño.

Mi hermano murió de 20 años o 21, ¿no? Estaba jovencito igual... y no, jamás, aliviada, bien, nunca sentía nada, temor, nada, pero a raíz de lo que sucedió ahí empecé [...]. Aún sucede, después de tantos años aún sucede... que unos días más frecuentes que otros, pero sí sucede [...]. Yo comienzo como con nervios, no sé, como con nervios, siento una ansiedad, yo ya como que lo presiento, ahí siento como temor. Entonces ya busco como que alguien me haga compañía para no sentirme sola, casi siempre que me siento así me sucede.

— ¿Qué ve?

— Veo imágenes, veo cosas que yo creo que son reales, pero... veo como personas, veo como personas que me quieren hacer daño, o a mis hijos. He visto sombras, sí, cosas que siempre veo que me quieren hacer daño. Antes veía que le querían hacer daño a mis hijos. Hace mucho tiempo no siento eso, que le quieran hacer daño a ellos, pero a mí sí, y lo siento y me dan pesadillas y grito, me despierto llorando, pero nunca he ido más allá a investigar en sí qué es lo que me pasa [...]. Yo pienso que fue tanto el trauma que se vivió como el trauma y el dolor tan grande que [se siente al] ver a sus padres sufriendo de esa manera: a mi mamá, a mi papá, que se quería matar, que mi papá ya no quería vivir tampoco, eso fue en toda la familia, creo que fue eso, pienso que quedó muy marcado, y no solo a mí, yo digo que no solo a mí, a todos, a toda la familia (Lola, comunicación personal, 25 de febrero de 2019).

EL LENGUAJE DE LA RESILIENCIA FRENTE A LAS AFECTACIONES DE LA VIOLENCIA

Los humanos somos seres biopsicosociales. Tenemos un componente biológico (genético), uno psíquico (afectivo) y uno social (relacional con la sociedad y el ambiente que nos rodea). En el caso del conflicto armado, el factor social es un determinante para generar afectaciones en los otros dos componentes; aunque la reacción de las personas suele variar por las fortalezas o las debilidades que el individuo posee.

LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA RESILIENCIA

TABLA 3
Resiliencia por sexo

Resiliencia según autopercepción				
Sexo	Número de personas	Nivel de resiliencia		
		Alto	Medio	Bajo
Mujeres	18	28 %	39 %	33 %
Hombres	7	57 %	29 %	14 %

Fuente: Elaboración propia.

Según la autopercepción, en los resultados de la Tabla 3, los resultados fueron: nivel alto, 9 personas (28 %); nivel medio, 7 personas (36 %); y nivel bajo, 7 personas (36 %).

En la muestra se pudo apreciar un nivel alto de resiliencia en menos de la mitad de la muestra, dejando así a más del 60 % de las personas con problemas psíquicos y emocionales inherentes a la guerra. Vemos, pues, que gran parte de la población se vio y se ve aún afectada. También se evidencia que hay diferencias en los niveles de resiliencia de hombres y mujeres respectivamente. Se aprecia que los hombres parecen tener un nivel más alto en comparación con las mujeres; el nivel medio y bajo fue superior en ellas. Debe tenerse en consideración que la muestra es más amplia en el campo de las mujeres. En los hombres hubo un nivel de resiliencia alto de 57 %, un nivel medio de 29 % y un nivel bajo de 14 %, mientras que en las mujeres el nivel de resiliencia alto fue de 28 %, el nivel medio de 39 % y el nivel bajo de 33 %.

En las entrevistas a los hombres se mostró poca expresividad, pues gran parte de ellos generalmente responde con monosílabos (p. ej. “sí” o “no”) y cuando relatan sus experiencias muchos lo hacen de una manera histórica y dejan a un lado la emotividad. Hay varios aspectos para analizar lo anteriormente expuesto

y el aparente alto nivel de resiliencia en los hombres. Una de estas variables es la educación machista en Colombia, que los cohibe y los hace guardar sus dolores, por lo que su resiliencia puede traducirse en un alto nivel de silencio. Otro aspecto es estudiar que el silencio, la negación, el olvido, el humor y las demás reacciones pueden responder a una serie de defensas psíquicas, mecanismos de defensa o estrategias de afrontación, utilizados por las víctimas hombres y mujeres. Este punto debe profundizarse en futuras investigaciones.

LA REPRESENTACIÓN SOCIAL ASOCIADA A LA NOCIÓN “RESILIENCIA” EN LA COMUNIDAD

La noción “resiliencia” puede asociarse, en la comunidad, a las ideas y significaciones positivas que se comparten grupalmente para experimentar y expresar adaptaciones o respuestas positivas y de bienestar en medio de la adversidad.

En las entrevistas realizadas sobresale una característica que es considerada como la más importante en estas comunidades y es la valentía. Esta característica es un valor para las comunidades y ello les permite tener un enfrentamiento verbal con los actores armados para defender a sus familias y comunidades. También es la valentía la que permite que se quiera y se busque comunicar y divulgar los hechos violentos ocurridos, así como denunciar ante las autoridades para que haya justicia. Hombres y mujeres comparten esta idea de resiliencia.

Hay otro elemento que es complejo, ya que tanto hombres como mujeres mencionan que logran realizar una cierta naturalización de la violencia, logran una aceptación comunitaria e individual de la violencia cotidiana y logran luchar contra las adversidades a las que hay que adaptarse para poder sobrevivir.

Los hombres mostraron las diversas emociones que los embargaban, aunque son más tímidos, expresándose con un lenguaje más rudo (con insultos hacia episodios violentos o sobre algunos miembros de los grupos armados) en comparación con las mujeres. La naturalización de la violencia, el olvido y la negación parecen ser mecanismos de defensa o de afrontamiento más constantes en ellos.

Podemos concluir que hay diferencias de género, en el lenguaje de la resiliencia en estas tres comunidades campesinas, que debemos continuar investigando.

Sin duda, en las tres comunidades hay una construcción cultural de la resiliencia que está en la memoria social de la comunidad, que percibe esta resiliencia como una respuesta positiva a situaciones adversas. Hay una especie de guion interno en esa construcción social que estipula los valores sociales para ser hombres o mujeres que podamos considerarnos como resilientes: ser valiente, saber adaptarse a situaciones adversas, ser capaz de curarse a sí mismos con el apoyo de la familia, la comunidad, la religión y la medicina tradicional.

POSIBLES MANIFESTACIONES DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT) EN PERSONAS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO COLOMBIANO

En esta parte del texto se mencionan los hallazgos sobre síntomas que pueden sugerir TEPT en víctimas del conflicto armado en el suroccidente de Colombia. Se mostrará un cuadro resumiendo algunos datos de todas las entrevistas en las cuales se detectaron síntomas; después, se tomarán algunos de los casos más relevantes para su análisis. Según la OMS, la clasificación estadística internacional de enfermedades y de problemas relacionados con la salud (CIE-10) se refiere al TEPT de la siguiente manera:

Surge como respuesta retardada o tardía a un suceso o a una situación estresante (de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causarían angustia generalizada a casi cualquier persona. Los factores predisponentes, como los rasgos de la personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos), o una historia de males neuróticos previos, pueden incidir en una reducción del umbral tras el cual se desarrolla el síndrome, o se agrava su evolución, pero ninguno de estos antecedentes es necesario ni suficiente, para explicar su aparición. Entre sus características distintivas, se encuentran los episodios repetidos en que se revive el trauma a través de recuerdos intrusos (“retrospectivas”), sueños o pesadillas que ocurren sobre un fondo persistente de “torpor” y de aplanamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de respuesta a las circunstancias, de anhedonia y de impedimento de las actividades y de las situaciones

que le recuerdan el trauma. Habitualmente, hay un estado de alerta excesivo en la esfera autonómica, con hipervigilancia, incremento de la reacción de alarma e insomnio. La ansiedad y la depresión se asocia[n] con frecuencia con los síntomas y los signos descritos, y no son infrecuentes las ideas suicidas. El comienzo del trastorno sigue a la presentación del trauma con un período de latencia que puede variar desde pocas semanas a unos meses. La evolución es fluctuante, aun cuando en la mayoría de los casos se puede esperar una recuperación. En una pequeña proporción de los casos, la afección puede presentar un curso crónico de varios años, con un eventual cambio perdurable de la personalidad personalidad (OPS, 2015, p. 328).

Otra fuente enuncia que:

Los estudios internacionales, que han revisado las afectaciones en salud mental de las personas víctimas del conflicto armado, evidencian que la prevalencia de los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT), ansiedad y depresión, son 7.0 %, 32.6 % y 22.2 %, respectivamente, y señalan que esta prevalencia se asocia con la exposición al trauma subyacente (Husain et. al., 2011, como se cita en Hewitt et. Al., 2016, p. 128).

Sumado a lo anterior, encontramos que “revisiones sistemáticas de estudios realizados en los que participaron personas expuestas al conflicto armado y desplazamiento en 40 países, observaron prevalencias del 30,6 % de TEPT y del 30,8 % de trastorno depresivo mayor” (Steel *et. al.*, 2009, como se cita en Hewitt *et. al.*, 2016, p. 128).

En la Tabla 3 se sintetizan algunas experiencias de las personas que han vivido el conflicto en sus diversas formas y lugares, en una o más ocasiones. Algunas estuvieron varios años bajo presión y asedio por parte de grupos armados; se toma la experiencia que las marcó o que no pueden olvidar.

TABLA 4
Síntomas de posible TEPT en víctimas del conflicto armado en zonas de estudio

	Hechos victimizantes. # de entrevista	Síntomas durante los primeros años después del hecho	¿Hay actualmente algún síntoma?
1	Asesinato de un hermano, 1994. Sevilla, Valle. E. #1, mujer. Edad: 44 años.	Llanto, depresión, culpabilidad, ideas suicidas. No podía ver fotos ni hablar de su hermano; soñaba mucho con él los primeros meses. Negar lo sucedido, dejar de comer.	Hace más de dos años que siente que lo ha superado; ya puede hablar del tema. Su duelo, dice, duró más de 20 años.
2	Asesinato de un hermano, años 80. Descansé, Cauca. E. #5, mujer. Edad: 52 años.	Tener imagen vívida de lo sucedido, que se presenta en cualquier momento. Llorar al recordar a sus seres queridos asesinados. Miedo de ser asesinada junto a su familia.	Dice haberlo superado, pero a veces le llegan recuerdos tristes y la nostalgia.
3	Escondió guerrillera fugitiva, 2000. Descansé, Cauca. E. #6, mujer. Edad: 60 años.	Culpabilidad, miedo por ella y sus hijos, muchos nervios. Trataba de no salir tanto de la casa, humillación.	Nervios por cualquier cosa. Soledad y tristeza, ya que sus hijos y su hermano se fueron del corregimiento por miedo y problemas con grupos armados.
4	Toma guerrillera, 17/02/2000. Cumbarco, Sevilla. E. #9, hombre. Edad: 50 años.	Indefensión, impotencia, mucho miedo por su familia. Se desplazó a la semana por miedo de este acontecimiento.	No olvida lo sucedido, dice quedó marcado. Vuelve a la vereda, pero no quiere vivir allí, le da miedo.
5	Toma paramilitar, 17/12/2000. Barragán, Tuluá. E. #12, mujer. Edad: 62 años.	Siente nervios, miedo. Tenía crisis nerviosas al tratar de relatar lo sucedido: “Mi hijo me llevó, estuve unos días con tratamiento en el psicólogo”.	“Quedé sufriendo de depresión, de nervios, oigo un ruido y pienso: ay, se entró la guerrilla, nos atacó los paras, ay no...”.
6	Toma paramilitar / amenazas, 1999. Cristales, Sevilla. E. #13, mujer. Edad: 54 años.	Humillación, miedo. Cuando le da miedo es grosera, indefensa. Aterrada cuando “esa gente le hizo prender la sierra al viejo y que con eso lo iban a picar”.	Sigue recordando, pero siente que es fuerte y lo superó. Su hija, que tenía 4 años en esa época, tiene secuelas aún hoy.
7	Toma guerrillera, amenazas, 17/02/2000. Cumbarco, Sevilla. E. #14, mujer. Edad: 42 años.	Paralizada del miedo los primeros días, se desplazó al poco tiempo. Temía por sus hijos y esposo, sentía mucha ansiedad y mal genio, fue humillada por el ejército. No podía salir.	Cuando algo la pone ansiosa, le da mal genio; teme volver al lugar de los acontecimientos.

Fuente: Elaboración propia.

Nuestra investigación ha detectado algunos síntomas que han persistido años después del hecho violento y victimizante; en dichos síntomas, existen elementos constantes entre algunas personas como los nervios, el miedo, la humillación, la impotencia, la indefensión ante las armas, el temor a ruidos fuertes, el llanto al hablar del tema, el sentirse de alguna manera “marcado” y, por supuesto, el recuerdo de lo que pasó, irrumpiendo en su cotidianidad. En nuestro país, lamentablemente, todos hemos vivido la violencia de manera directa o indirecta, con distintos grupos armados, por el conflicto armado o por otras circunstancias. Aun así, estas historias y sentires suelen naturalizarse y pasar desapercibidas por el mundo, hasta llegar a olvidarlas.

A mí esto me da muy duro, pero a mí me encanta que se den cuenta [de] qué vivió uno, y qué sufrió uno y cómo llevamos del arrume, eso a mí me encanta, eso no me perjudica en nada y me encanta [...]. Ah, pero muy bueno, como eso de los cuatro caminos es un ejemplo, muy rico que se den cuenta [de] qué vivió uno y que eso (Sierva María, comunicación personal, 21 de mayo de 2018).

Algunas personas que han sufrido esta violencia dicen que, a pesar de los recuerdos dolorosos, pueden continuar “guerreando”, luchando por seguir, que sus duelos, miedos sentimientos negativos y demás han mejorado con el tiempo. Se podría decir que su capacidad de resiliencia, su capacidad para enfrentar y seguir adelante a pesar de los recuerdos y de las memorias inmarchitables es más fuerte que en otros individuos. Es como si el tener que trabajar mucho para poder sobrevivir y seguir con sus responsabilidades hubiera dejado en un segundo plano de importancia lo que sentían acerca de la guerra, de sus vidas, de los cambios abruptos al tener que desplazarse o al no poder hacerlo y vivir y sentirse atrapados en pueblos fantasmas.

Aquí presentamos algunos fragmentos de entrevistas en las que se pueden advertir posibles secuelas aún presentes y latentes de TEPT. Empezaremos por una entrevista realizada a una mujer de 61 años, quien estuvo el 17 de diciembre del 2000 en Barragán, durante la toma y posterior masacre de más de 10 pobladores de la región. Todos los habitantes fueron encerrados en la iglesia del pueblo y, con lista en mano, los paramilitares fueron sacando aparte a quienes posteriormente serían asesinados:

Horrible, eso fue muy horrible, aquí estoy que lloro ya, yo lloro mucho cuando recuerdo esto. Estuve... mi hijo me llevó, estuve unos días en el psicólogo y de ahí para acá, quedé sufriendo con depresión de nervios. Oigo un ruido y pienso: ay, se entró la guerrilla, nos atacó los paras, ay, no, y vuelve otra vez, queda uno [...]. Para mí es muy duro. Yo me acuerdo [de] que cuando fueron para que me dieran el carnet de desplazados para las ayudas y todo me dio una crisis muy horrible, me tuvieron que sacar y darme agua y una doctora atenderme (Sierva María, comunicación personal, 21 de mayo de 2018).

La mujer entrevistada decía que sufrió grandes cambios en su personalidad, que ella misma lo notó y que fue a partir de lo sucedido; que para poder hablar con nosotros tuvo que ir primero a su casa para tranquilizarse:

Yo cantaba y bailaba. A mí me encantaba tomar, rumbear, pero ya no, ya me da por estar encerrada; es más, cuando mi marido sale a tomar siento muchos nervios: como él es de mal genio uno no sabe que le digan algo, entonces me da mucho miedo que algo pase. A mí no me afecta en nada, antes mejor que se divierta todo lo que no vivió, a mí me gusta, pero es la vida... yo no hubiera venido, le hubiera dicho no, no me entrevistaste porque a mí esto me da... entonces yo fui y me tomé unas pastillas y unas góticas y ya con eso vine (Sierva María, comunicación personal, 21 de mayo de 2018).

El relato de Sierva presenta particularidades en las que relaciona hechos cotidianos con lo sucedido, cómo y cuándo pueden volver a pasar; se siente insegura en escenarios diarios donde los recuerdos renacen:

Tengo muchas pesadillas, más que todo los fines de semana, porque me parece como que hay más gente. Me da mucho miedo porque siempre han pasado las cosas los lunes... mira que eso comenzó un lunes. Y el día domingo que vienen los paras, y decían: ah, qué van a venir, y el día lunes ya ellos llegaron [...]. Por ejemplo, si uno va bajando y alguien para el bus, uno dice: no, aquí nos van a matar o lo van a volar o algo... siempre son muchas cosas que uno se da cuenta y sabían las cosas que ellos hacían y todo (Sierva María, comunicación personal, 21 de mayo de 2018).

La siguiente entrevista es con el señor Cayetano, un campesino de aproximadamente 70 años. Durante la toma a Barragán, en el año 2000, vio cómo arrastraban a su cuñado para matarlo y no pudo defenderlo. Esa imagen lo asalta en su cotidianidad y con ella llega el sentimiento de culpa por no haberlo ayudado. Subían a Barragán “más de 300 paracos” y llevaban muchas, cientos de reses que iban robando a medida que pasaban por las fincas:

Yo, pues, eso vino a producir como un mareo, como un miedo, y del mismo miedo me produjo como un vértigo [...]. Cómo le dijera... siento cualquier cosa y siento y pienso como si me fuera a morir, de lo mismo porque eso atrae opresión, como una opresión y eso es lo que me ha molestado estos últimos días, como una opresión, porque yo no dejo sino a Dios, a más nadie le debo nada, ni me enredo con nadie por ahí [...]. Sí, me da como miedo, pero algo, como si yo sintiera como una mala noticia, y siento una opresión, como por decir que usted vino a traerme una mala noticia, de eso me da opresión. Digamos, yo la veo a usted y: “ve, ¿esta mujer a que vendrá?”, en ese momento siento opresión (Cayetano, comunicación personal, 21 de mayo de 2018).

Este caso muestra las distintas formas en que una persona puede reaccionar ante un suceso de impacto; también se entrevistó a la esposa del señor Cayetano y ella dice que de nervios sufre poco y que vivió un tiempo con miedo y zozobra, pero como es muy creyente todo lo pone en manos de Dios. Ella dice que él es más débil y que no le hace caso. Mientras que para don Cayetano su vida cambió: ya no puede montar a caballo ni ver personas extrañas, pues esto le trae sentimientos e inseguridad. Cuando llegamos, no quiso hablar; su esposa sí y, cuando terminó la entrevista con ella, se acercó para preguntar si faltaba algo. Me dijo que no iba a repetir la historia que ya había relatado su esposa, que es más abierta para hablar. Estaba tímido y retraído.

Ahora, se examina un caso más reciente. Corresponde a una joven de 19 años, estudiante, originaria de una vereda de Tumaco, Nariño, quien ha vivido diferentes hechos violentos del conflicto armado como el bombardeo a su escuela, amenazas a su familia, entre otros; con los sentimientos y las sensaciones que aún perviven a flor de piel:

Pues ahí en el pueblo donde yo vivo decían que había unas personas [a las] que les decían “rastrosos”, no me acuerdo bien el nombre, pero no sabíamos dónde estaban ubicados, porque parecían personas de ahí mismo del pueblo. Entonces me acuerdo tanto que eso fue a las 8 de la mañana. Nosotros escuchamos como una bomba y todos nos alarmamos en el colegio y nos empezamos a meter debajo de las sillas, y después [fue] como si estuvieran disparando, pues más nos asustamos. Todos nos salimos del colegio, nos fuimos, pero estábamos más asustados porque yo tengo más hermanos y no sabía dónde estaban mis hermanos. A mí me llevaron a otro lado y yo no sabía dónde estaban, y después el problema fue para mi mamá buscarnos, porque todos estábamos en diferentes partes porque los profesores nos llevaron... entonces sí, eso fue una experiencia que la verdad sí nos asustó bastante [...]. Yo tenía unos 6 o 7 años.

¿Todavía lo recuerda?

Sí, es que esas experiencias así traumáticas uno las recuerda siempre (Auxilio, comunicación personal, 16 de noviembre de 2018).

Experiencias como esta pueden causar muchos daños psicológicos, que marcan la personalidad, sus expectativas del mundo, su percepción de la vida y la muerte:

De ahí de ese momento yo ya no quise salir de la casa. Manteníamos todo el tiempo en la casa porque a nosotros nos daba miedo de que si a esas personas les pasaba eso, nosotros decíamos que también nos iba a pasar eso a nosotros. Entonces ya no salíamos. Antes, en las noches, jugábamos; ya ningún niño se miraba en la calle, ya todos en la casa. También a mí me tuvieron que llevar a un psicólogo porque yo tenía miedo de salir sola, me daba miedo, porque yo decía que si salía sola me iban a matar.

Tuve que aprender a vivir con eso porque o si no lo que pasa es que yo antes no hablaba, ahora hablo un poco más, antes no hablaba, mantenía todo el día en la casa. Mi mamá me decía que saliera, que saliera, pero yo no, yo quería estar sentada en un televisor o hablando con mis hermanos para hacer algo diferente que no incluyera salir de la casa [...]. Ya no salía de la casa, me daba miedo, y si me decían tal cosa, que fuera a alguna parte, yo me comenzaba a temblar toda, decía que no, que me daba miedo que me fuera a pasar algo.

¿Y con el psicólogo le fue bien?

Sí, porque para qué, era una chica, y ella de verdad me ayudó bastante, me ayudó a superar eso, aunque quedé... porque yo siempre pensaba que esas cosas habían pasado por mi culpa, tenía siempre eso en mi mente, que todo eso había pasado por mi culpa, entonces ella me ayudó a superar que esas cosas no habían pasado por mi culpa, ni porque yo quería, sino que otras personas malas hacían eso.

¿Cuánto tiempo visitó al psicólogo?

Desde que tenía 11 años hasta que tenía 13.

[...] Yo tenía un poco de miedo porque se supone que mis hermanos estaban a cargo mío y yo decía que si algo les hubiera pasado era mi culpa, porque yo no los supe cuidar, ellos se fueron y yo me quedé como... es que yo gritaba buscándolos a ellos, pero no, me decían que ellos no estaban ahí, que se los habían llevado, pero yo estaba asustada, que para dónde se los llevaron si son mis hermanos. Entonces ahí fue cuando una profesora me dijo: “no, usted no se puede quedar aquí, vámonos”, y eso era lo que yo lloraba, en todo el camino me la pasé llorando, pensando en mis hermanos [...]. Eso fue también lo que me ayudaron a superar porque yo decía [que] si a mi hermano le pasa[ba] algo malo, era culpa mía (Auxilio, comunicación personal, 16 de noviembre de 2018).

Estos datos presentados son preliminares a un proyecto que cubrirá todo el suroccidente sobre la salud mental y el conflicto armado en poblaciones indígenas, afrodescendientes y mestizas en el suroccidente. Las investigaciones de nuestro grupo sobre la perspectiva cultural aspiran a ser complementarias y buscan

proporcionar elementos para un diálogo interdisciplinario con la psicología, la psiquiatría y otras disciplinas biomédicas que se interesan por esta problemática. Queremos abrir un espacio necesario para entender lo que más de medio siglo de guerra ha dejado en la psique de la gente, las instituciones del país y la vida cotidiana de las comunidades rurales (Bibeau, 2015, p. 19).

CONSIDERACIONES FINALES

El conflicto armado colombiano ha dejado infinidad de afectaciones a nivel de la salud mental de las familias y las comunidades en nuestro país; afectaciones físicas, psicológicas y socioculturales. Con este trabajo se buscó visibilizar algunas realidades que las víctimas han vivido; por medio de las entrevistas y las historias de vida se dio voz a sus experiencias y afectaciones.

En respuesta a las afectaciones asociadas al conflicto armado colombiano, estas poblaciones han respondido creando sistemas de diagnóstico y curación que se reflejan en síndromes culturales de la “enfermedad de los nervios”. En el texto hemos caracterizado las representaciones sociales creadas por la experiencia vivida por la comunidad para crear el lenguaje de esta enfermedad en sus síntomas, con sus diversas manifestaciones.

Para este caso buscamos identificar las lógicas y las dinámicas que subyacen a esta construcción comunitaria de la enfermedad, que se caracteriza por los siguientes elementos:

- En la construcción del síndrome “la enfermedad de los nervios” hay influencia notable de factores de tipo político y social, que se resaltan en el lenguaje verbal, ya que hay un rechazo y un rencor profundo por los actores armados, que se manifiesta en las emociones y en los sentimientos que las víctimas sienten hacia ellos, asociados a una dinámica política. Estos sentimientos y emociones son tan fuertes que afectan sus vidas y rompen su equilibrio personal, familiar y comunitario, creando un profundo dolor y desasosiego que no les permite llevar una vida “normal” desde un punto de vista individual y comunitario. Los miedos y los temores por lo que pueda pasarles a sí mismos y a sus familias son los sentimientos más persistentes y perturbadores que les embargan.

- Un segundo elemento muy importante es la somatización de todos esos sentimientos y emociones negativas en sus cuerpos. El cuerpo vive y sufre todas estas situaciones y busca expresarlas de múltiples maneras. Son las mujeres de la muestra las que más admiten las consecuencias en sus cuerpos de haber vivido episodios de violencia; los hombres, por su parte, lo admiten poco y no hablan de ello, guardan silencio. Es importante profundizar, en futuras investigaciones, sobre estas diferencias de género en la somatización.

- Para los hombres es muy importante mantener el rol de “protector” en sus familias y en sus comunidades: buscan estar a la altura de las exigencias sociales y para ellos es esencial mantener el respeto por de parte de sus familias y de sus comunidades. Así, consideran que no pueden fallar y sienten temor de hacerlo, pero no quieren expresarlo directamente.

- La incertidumbre sobre la vida personal y familiar después de los hechos violentos tortura los pensamientos de los hombres y de las mujeres. No saben que será de sus vidas ni como harán para seguir adelante, y piden en silencio que no les ocurran más adversidades, ya que tienen temor de no saber o no poder responder.

- En respuesta a las manifestaciones de violencia de los actores armados, los sentimientos de cohesión social y pertenencia étnica se solidifican y les permiten soportar juntos tanta adversidad.

- En respuesta a las adversidades, las comunidades privilegian factores que permiten a sus miembros crear estrategias y lenguajes particulares de resiliencia.

- En estas tres comunidades, el valor social que guía la resiliencia y que es el más importante socialmente es la valentía. Esta característica es percibida como la que impulsa a un individuo a hablar públicamente y a denunciar a los culpables de hechos violentos; por ello, verbalizar lo ocurrido a toda la comunidad y buscar justicia y seguridad para las familias y la comunidad es algo muy apreciado por todo el grupo.

· Como elemento para conservar la cordura y seguir adelante, hombres y mujeres intentan pensar que la violencia en sus comunidades es “un hecho cotidiano” y “natural” con el cual hay que aprender a vivir. En algunas ocasiones, los hombres en particular también optan por guardar silencio como estrategia de sobrevivencia. Es importante, en las investigaciones futuras, tratar de entender esos lenguajes del silencio.

· Un número importante de la muestra presenta aún, años después, serías afectaciones en sus vidas cotidianas; pensamos que tienen expresiones diversas de trastornos de estrés postraumático que es importante investigar con personal de psicología y psiquiatría que pueda entender el contexto social y particular en el que han vivido y viven las comunidades campesinas del suroccidente, con el fin de poder elaborar terapias adaptadas a estas condiciones y contextos culturales, diferentes a lo que ha sido el desarrollo teórico y clínico de sus disciplinas.

REFERENCIAS

- Alcué, W. (2013). *Colombia es un país muy fértil, porque está sembrado con carne, con muertos: fosas comunes como indicadores de la geopolítica del conflicto en el suroccidente colombiano* (Tesis de pregrado). Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.
- Bibeau, G. (2015). *Généalogie de la violence*. Montréal, Canada: Mémoire d'Encrier.
- Bibeau, G. (2016). *Salud mental y conflicto en el suroccidente de Colombia* (Versión en español). Edición digital distribuida a los participantes en el seminario de asesoría en Antropología médica ofrecido en la Universidad del Cauca en Agosto de 2016 por el profesor Bibeau.
- Blair, E. (2004). *Muertes violentas. La teatralización del exceso*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Campo, M. C. (2014). *Caracterización de las mujeres cabeza de familia en situación de desplazamiento forzado. Estudio de caso, municipio de Mocoa-Putumayo* (Tesis de pregrado). Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.
- Castillejo, A. (2009). *Los archivos del dolor. Ensayos sobre la violencia y el recuerdo en la Sudáfrica contemporánea*. Bogotá, Colombia: Universidad de Los Andes.
- Castillejo, A. (2016 [2000]). *Poética de lo otro. Hacia una antropología de la guerra, la soledad y el exilio interno en Colombia*. Bogotá, Colombia: Universidad de Los Andes.
- Dickson-Gómez, J. (2002). The Sound of Barking Dogs: violence and Terror among Salvadoran Families in the Postwar. *Medical Anthropology Quarterly*, 16(4), 415-438.
- Fabrega, H. (1992). The role of culture in a theory of psychiatric illness. *Social Science & Medicina*, 35(1), 91-103.
- Forero, A. (2015). “Desenterrando historias”. *Desaparición forzada, un duelo interminable. Víctimas de desaparición forzada en Popayán, Cauca* (Tesis de pregrado). Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.
- García, F. (2013). *Horizonte de incertidumbre. Relato auto-etnográfico y transversal sobre el conflicto: de la memoria a los medios audiovisuales* (Tesis de pregrado). Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.
- Girón, H. (2014). *El cuerpo en la masacre, concepciones paramilitares sobre el cuerpo y las víctimas* (Tesis de pregrado). Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.
- Guzmán, E. (2016). *Voces y rostros del conflicto en el municipio de la Vega, Cauca* (Tesis de pregrado). Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.
- Hall, R. C. & Malone, P. T. (1976). *Psychiatric effects of prolonged Asian captivity: A two-year follow-up*. *The American Journal of Psychiatry*, 133(7), 786-790.
- Hewitt, N., Juárez, F., Parada, A., Guerrero, J., Romero, Y., Salgado, A. y Vargas, M. (2016). Afectaciones Psicológicas, Estrategias de Afrontamiento y Niveles de Resiliencia de Adultos Expuestos al Conflicto Armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 125-140. Recuperado de <https://doi.org/10.15446/rpc.v25n1.49966>
- Hinton, D. E., Lewis-Fernández, R. & Pollack, M. H. (2009). A Model of the Generation of Ataque de Nervios: The Role of Fear of Negative Affect and Fear of Arousal Symptoms. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 15(3), 264-275.

- Hurtado, L. (2019) “*¿La niña no tiene nada!*”. *Percepciones y respuestas físicas, psicológicas y socioculturales de la población femenina vacunada contra el Virus del Papiloma Humano VPH*. Tesis de pregrado). Universidad del Cauca. Popayán, Colombia.
- Husain, F., Mark, A., López, B., Becknell, K., Blanton, C., Araki, D. & Kottegoda, E. (2011). Prevalence of war-related mental health conditions and association with displacement status in postwar Jaffna district, Sri Lanka, American Medical Association. *Journal of the American Medical Association*, 306(5), 522-525. doi: 10.1001/jama.2011.105
- Jimeno, M. (2004). *Crimen pasional. Contribución a una antropología de las emociones*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Le Breton, D. (2013) *Por una antropología de las emociones*. Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad. N°10. ISSN: 1852 - 8759. pp. 69 - 79. recuperado de: el 10 de junio de 2019 en <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/viewFile/208/145>
- Machado, M. (2017). *Ser mujer y ser guerrillera: una aproximación a la construcción de los roles femeninos en la guerrilla de las Farc-EP* (Tesis de pregrado). Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique*. Montréal, Canadá: Gaetan Morin.
- Médicos Sin Fronteras. (2013). Las heridas menos visibles: Salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia. Recuperado el 21 de Junio de 2019 de https://www.msf.es/sites/default/files/legacy/adjuntos/Informes-Colombia_Junio-2013.pdf
- Médicos Sin Fronteras. (2017). A la sombra del proceso. Impacto de las otras violencias en la salud de la población colombiana. Recuperado el 20 de junio de 2019 de https://arhp.msf.es/sites/default/files/MSF_Report-Colombia-Aug2017_SP.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad del Cauca, ANTROPOS, ANTROPACÍFICO y Grupo de Estudios Sociales Comparativos [GESC]. (2007). *Estado actual de las condiciones de salud, bienestar y las necesidades de los grupos étnicos en situación de desplazamiento y ubicados en zona de frontera. Estrategias diferenciales de intervención* (Informe de investigación).
- OMS. (2013). Algunas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos. Recuperado el 19 de junio de 2019 de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/es
- OMS. (2014) ¿Qué es salud mental? Y 10 datos de la OMS sobre salud mental. Recuperado el 19 de junio de 2019 de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Panamericana de la Salud. OPS (2015) *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima Revisión*. volumen 1. Recuperado en junio 19 de 2019 de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6282/Volume1.pdf>
- Pérez, S. (2017). *Desplazamiento y huellas de dolor: hacia una etnografía de experiencias que marcan la vida de personas víctimas del conflicto armado* (Tesis de pregrado). Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.
- Quiceno, Natalia (2015). “Vivir sabroso: poéticas de la lucha y el movimiento afroatrateño en Bojayá, Chocó” Tesis Doctoral en Antropología social. Museo Nacional. Universidad Federal de Rio de Janeiro.
- Quiñones, M. I. (2016). *Re-pensando y re-significando el concepto de víctima. Una aproximación desde las concepciones y significaciones simbólicas del grupo “Mujeres tejiendo vida” en el municipio de Tumaco* (Tesis de pregrado). Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.
- Rebhun, L. A. (1994). Swallowing Frogs: Anger and Illness in Northeast Brazil. *Medical Anthropology Quarterly*, 8(4), 360-382.
- Restrepo, D. y Muñiz, O. (2005). Aproximación al estado del arte de las investigaciones y las experiencias de intervención psicosocial en salud mental en el campo de la violencia en Colombia entre los años 1999 y 2003. *Informes Psicológicos*, (7), 71-107.
- Rittenbaugh, C. (1982). Obesity as a Culture Bound Syndrome. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 6, 347-361.
- Rodríguez, J., Linares, V., González, A., y Guadalupe, L. (2010). *Emociones negativas y salud*. Avances En Psicología, 18(1), 33-57. Recuperado en Junio 9 de 2019 de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fu&AN=59623613&lang=es&site=eds-live>.

- Ross, C. (2010). Hypothesis: The electrophysiological basis of evil eye belief. *Anthropology of Consciousness*, 21(1), 47-57.
- Sabucedo, J., Barreto, I., Borja, H., López, W., Blanco, A., De la Corte, L. y Durán, M. (2004). Deslegitimación del adversario y violencia política: el caso de las FARC y las AUC en Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, (12), 69-85.
- Sáenz, J. (2004). Crimen pasional. Contribución a una antropología de las emociones de Myriam Jimeno [Reseña]. *Revista Colombiana de Antropología*, 40(1), 371-376.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A. & Van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 302, 537-549.
- Tabares, R. (2018). *Dinámicas socio-culturales de la salud mental en el marco del conflicto armado: un estudio comparativo e intercultural sobre las consecuencias de la violencia física, psicológica y simbólica en la salud mental de las víctimas y actores armados en el suroccidente de Colombia (Departamentos de Valle, Cauca, Nariño y Putumayo)*. Popayán, Colombia: Grupo Antropacífico, Departamento de Antropología, Universidad del Cauca.
- Tabares, R. (2019). “Salud mental y conflicto en las víctimas y combatientes: Estudio Comparativo e Intercultural de las dinámicas bio-culturales-psicológicas de los problemas de salud mental consecuencia del Conflicto Armado en el Sur occidente de Colombia” (p 1-14). Popayán, Colombia: Grupo Antropacífico, Departamento de Antropología, Universidad del Cauca.
- Tenorio, M. C. y Sampson, A. (2000). *Línea Violencia y Cultura*. Cali, Colombia: Universidad del Valle. Recuperado el 19 de junio de 2019 de <http://cognitiva.univalle.edu.co/archivos/grupo%20cultura/lineas/violencia%20y%20cultura%20y%20proyectos.pdf>
- Tovar, P. A. (2019). *Representaciones del territorio desde la participación de las mujeres Indígenas Nasa en Caloto, Colombia* (Tesis doctoral en Antropología). Universidad de Montreal, Canadá.
- Uribe, C. (2003). Magia, brujería y violencia en Colombia. *Revista de Estudios Sociales*, (15), 59-73.
- Uribe, M. V. (1990). *Matar, rematar y contramatar. Las Masacres de La Violencia en el Tolima, 1948-1964*. Bogotá, Colombia: Centro de Investigación y Educación Popular CINEP.
- Vaca, P. y Rodríguez, M. (2009). Responsabilidad social de la Psicología frente a la violencia. *Pensamiento Psicológico*, 6(13), 87-96.
- Velásquez J. y Rincón H. (2010) *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. Medellín, Colombia. Legis S.A.
- William, T. (1980). *Post-Traumatic Stress Disorders of the Vietnam Veteran: Observations and Recommendations for the Psychological Treatment of the Veteran and his Family*. Cincinnati, United States: Disabled American Veterans.
- Yarris, K. (2011). The Pain of “Thinking too Much”: Dolor de Cerebro and the Embodiment of Social Hardship among Nicaraguan Women. *Ethos: Journal of the Society for Psychological Anthropology*, 39(2), 226-248.
- Yehuda, R. & McFarlane, A. C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *The American Journal of Psychiatry*, 152(12), 1705-1713.

NOTAS

- [1] Esta investigación es de tipo académico, no tuvo financiación, se hizo con recursos propios de las investigadoras y contó con el apoyo y la voluntad de las comunidades participantes. Su objetivo es poder ayudar a la reflexión académica sobre las consecuencias del conflicto armado en la salud mental de sus víctimas. Las investigadoras manifestamos que no tenemos conflicto de intereses.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Cómo citar este artículo: Piedrahita F., M. C. y Tabares T., R. E. (2021). La construcción social de la “enfermedad de los nervios”: un síndrome cultural consecuencia de las violencias del conflicto armado

sufridas por individuos de tres poblaciones rurales del suroccidente de Colombia. *Jangwa Pana*, 20(1), 225-258. doi: <https://doi.org/10.21676/16574923.4250>