

**Posconflicto, salud física y mental: El rol del profesional de enfermería y de la enfermería
transcultural, retos y desafíos para la consolidación de una paz estable y duradera.**

Natalia Andrea Rodríguez Varela

Asesorado por: Andrés Camargo Sánchez

Bogotá D.C

Noviembre 2018

Agradecimientos

A mi bisabuela, que ha sido y será mi más grande inspiración y guía en este camino, a mis padres, a mi hermana, mis abuelos y toda mi familia por su apoyo incondicional durante mi trayecto, a mi docente asesor Andrés Camargo, por su colaboración y dedicación.

POSCONFLICTO, SALUD FÍSICA Y MENTAL: EL ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y DE LA ENFERMERÍA TRANSCULTURAL, RETOS Y DESAFÍOS PARA LA CONSOLIDACIÓN DE UNA PAZ ESTABLE Y DURADERA.¹

Natalia Andrea Rodríguez Varela²

2018

RESUMEN

La consolidación del Acuerdo de Paz en Colombia con las FARC-EP le confiere a diferentes sectores sociales responsabilidades para garantizar una paz estable y duradera. Dentro de estos sectores, se resalta el sector salud y especialmente a los profesionales de enfermería que reciben a la población de ex combatientes de esta organización como parte de su colectivo de sujetos de cuidado y a quienes han de prestarles una atención integral atendiendo las secuelas que han dejado en ellos los años de exposición a la guerra. Para entender un poco el reto que supone esta reincorporación a la vida civil y el manejo y abordaje de la población de excombatientes, se realizó una revisión temática a cerca de las posibles secuelas a nivel físico y mental derivadas de la guerra en estos sujetos y la importancia de desarrollar y llevar a cabo acciones desde un enfoque transcultural para la consecución de un cuidado integral. Dentro de estos retos y desafíos, se encontró la inclusión en agendas de salud pública y manejo de enfermedades tropicales y transmitidas por vectores debido a la larga estancia en zonas endémicas de esta población, la necesidad del abordaje en salud mental para mitigar efectos negativos asociados a trastornos como

¹ Trabajo de grado en modalidad monografía

² Estudiante del programa de Enfermería, Noveno Semestre.

el estrés postraumático, y la aplicación y utilidad de la teoría de diversidad y universalidad del cuidado cultural para lograr un cuidado culturalmente congruente, alcanzar los objetivos terapéuticos, facilitar el proceso de reincorporación y dar respuesta a las necesidades más sentidas de esta población.

Palabras clave: Conflicto armado, enfermería transcultural, salud mental, prácticas de cuidado.

INTRODUCCIÓN

El conflicto armado en Colombia cuyos inicios se remontan hacia los años 1920, producto de diferentes situaciones sociales y políticas, ha dejado repercusiones en la población del país y aunque han sido numerosos los intentos por establecer acuerdos de paz entre grupos armados al margen de la ley y el gobierno del país para dar fin a este ciclo de violencia, fue hasta finales del 2016 que se logró firmar el Acuerdo de Paz con una de las fuerzas armadas más antiguas y con mayor presencia en Colombia: las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC). Este acuerdo trae consigo múltiples retos para toda la población ya que el proceso de reincorporación civil de excombatientes es un tema que debe ser abordado y trabajado desde diferentes sectores para que de manera satisfactoria se logre la consolidación de la paz estable y duradera que se pretende con este acuerdo.

El sector salud y la enfermería no son ajenos a este proceso, por el contrario son quienes en primera instancia deberán recibir a la población de ex combatientes como parte del colectivo de sujetos de cuidado y brindarles una atención integral, para lo cual sería útil acudir a teoristas como Madeleine Leininger y aplicar su “Teoría de diversidad y universalidad del cuidado cultural” en la cual se evidencia la importancia de integrar aspectos como la visión individual del mundo, la estructura social, el lenguaje, el contexto, los valores y creencias como factores indispensables para la consecución un cuidado culturalmente congruente y responsable, adicional a esto, en el presente trabajo se hace énfasis de la aplicación de dicha teoría en el abordaje en salud mental, para manejar las repercusiones negativas que tiene el contexto de guerra en los individuos, las cuales representan uno de los retos para los profesionales de enfermería desde su cosmovisión.

JUSTIFICACIÓN

La implementación y cumplimiento de los acuerdos de paz le confiere a diferentes sectores sociales responsabilidades encaminadas a garantizar la paz estable y duradera que se busca con estos, en lo que respecta al sector salud y a los profesionales de enfermería específicamente se identifican algunos retos y desafíos que deberán afrontar durante el abordaje y manejo de la población de excombatientes que una vez reincorporados a la vida civil, hacen parte de su colectivo de sujetos de cuidado. Estos retos abarcan las consecuencias a nivel físico y de salud mental que han dejado en ellos los años de exposición a la guerra, y así mismo la importancia de contar con conocimientos y bases teóricas para el desarrollo e implementación de acciones y planes de atención desde un enfoque transcultural para dar respuesta a las necesidades más sentidas de esta población, entendiendo que resulta imprescindible la adaptación de los cuidados con el fin de lograr los objetivos terapéuticos sin que la pluralidad cultural sea una barrera y procurando que este cuidado se convierta en un ejercicio colaborativo en el que se tiene en cuenta la individualidad y se reconozca el contexto en el que se están llevando a cabo estas acciones, facilitando así el proceso de reincorporación a la vida civil.

PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuáles son los principales retos y desafíos en salud y salud mental que tiene el profesional de enfermería desde el enfoque transcultural en el posconflicto?

OBJETIVO GENERAL

Identificar los principales retos y desafíos en salud y salud mental que tiene el profesional de enfermería desde el enfoque transcultural en el posconflicto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar un acercamiento al contexto histórico del conflicto armado en Colombia, al proceso de paz y la inclusión de la salud dentro de los diferentes acuerdos de paz que han logrado consolidarse en el país.
- Identificar algunos de los principales retos en salud y salud mental para el profesional de enfermería en el marco del postconflicto.
- Describir la teoría de diversidad y universalidad del cuidado cultural y la importancia de su aplicabilidad en el manejo y abordaje de los retos y desafíos en salud y salud mental en el posconflicto.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión temática en diferentes bases de datos como Scielo, PubMed, y Google Académico, se acudió a archivos propios de organizaciones como el Ministerio de Salud, Centro de Memoria Histórica Nacional, y por último se realizó una búsqueda dentro de los archivos disponibles en línea de las FARC-EP recopilando información de 42 fuentes de datos acerca del contexto del conflicto armado desde sus inicios, los acuerdos de paz firmados en el país, la inclusión de la salud dentro de ellos y programas de atención en salud a víctimas del conflicto, prácticas de cuidado dentro de grupos al margen de la ley, enfermería transcultural y enfermería transcultural en salud mental, prácticas de cuidado cultural, enfermería en el contexto de guerra y en el postconflicto, la teoría de Madeleine Leininger y la aplicabilidad de esta en el contexto de salud mental y física para así poder hacer una descripción de lo que serían los retos y desafíos a enfrentar por parte de enfermería desde este enfoque transcultural.

MARCO TEÓRICO

1. APROXIMACIÓN AL CONTEXTO DEL CONFLICTO INTERNO EN COLOMBIA

El territorio Colombiano ha estado marcado por un contexto de conflicto armado de cuyo origen se han dado varias hipótesis, algunas de las cuales se remontan hacia los años 1920 debido a las disputas que existían en este entonces por los territorios y la explotación de los mismos, otros hacia 1950 cuando el país atravesaba un periodo de violencia demarcado por el conflicto entre partidos liberales y conservadores y la inequidad social de la época, o hacia finales de la década de los 80's por el aumento del narcotráfico y la débil capacidad del Estado para combatir esta situación (Higuera y Ramírez, 2017, p. 146). Podría decirse entonces, que los motivos de este conflicto no se conocen con claridad o quizás pueda considerarse que sea producto de una combinación de múltiples factores que detonaron la aparición y han contribuido al progreso de la guerra en el país y la forma en que ha mutado.

Lo que sí puede constatarse es el impacto que esta situación ha tenido en la población, muestra de esto son las estadísticas del Centro de Memoria Histórica donde se observa que durante el periodo de 1958 a 2012 deja una cifra de 218.094 víctimas mortales de las cuales tan solo el 19% han sido combatientes y el 81% civiles, 27.023 casos de secuestro, 1.982 masacres, 25.007 casos de desaparición forzada (Centro de Memoria Histórica, 2012), entre muchas otras cifras que evidencian las repercusiones de la guerra en el país.

Salgari (2014) hace referencia a que en el siglo XX, durante el conflicto bipartidista en el país se dan una serie de acontecimientos en el ámbito político como el asesinato de líderes liberales, la masacre de las bananeras en 1928 y la toma de los liberales tras el asesinato de Jorge Eliecer Gaitán en 1948, con los que se genera una represión conservadora en todo el país desatando una guerra

entre militantes y el pueblo colombiano marcada por masacres, desplazamientos, secuestros, desapariciones forzadas y atentados terroristas.

Surge de aquí la conformación de guerrillas y grupos de autodefensa liderados por campesinos, que se crean principalmente para combatir las represiones que se venían presentando y que podían ser de origen liberal o comunista, estos últimos fueron denominados Ejército Revolucionario de Liberación Nacional, al cual se une Pedro Antonio Marín, más tarde conocido bajo el alias de “Manuel Marulanda”, quien se convierte en el líder de esta organización. Salgari (2014), menciona que dichas autodefensas campesinas empiezan a ejercer poder en zonas rurales populares como Riochiquito, El Pato, Guayabero, Sumapaz y Marquetalia y son denominados por el gobierno como “republicas comunistas independientes”, y contra quienes se organizan diferentes operativos y emboscadas con el fin de acabar con ellos.

De igual manera, este autor hace referencia a los hechos que ocurrían hacia el 27 de Mayo de 1964, cuando la operación militar del gobierno contra Marquetalia da lugar a la fundación simbólica de una de las guerrillas más importantes y con más reconocimiento en el país, las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (F.A.R.C) liderada por Manuel Marulanda, quienes en 1965 realizan su “Primera conferencia del Bloque Sur” en la cual se plantean unificar los Estados Mayores de los núcleos guerrilleros iniciales para abarcar más territorio del que se tiene en ese momento y durante la “Segunda Conferencia del Bloque Sur” en 1966 asumen oficialmente el nombre de F.A.R.C.

Así mismo Salgari (2014) plantea que durante esta época, influenciados por el contexto político y el surgimiento de organizaciones de insurgentes, aparecen también otros grupos revolucionarios como el Ejército de Liberación Nacional – E.L.N (1964), el Ejército Popular de Liberación – E.P.L (1967), el Movimiento 19 de Abril – M-19 y el Quintín Lame, entre otros.

2. LOS ACUERDOS DE PAZ Y LA INCLUSIÓN DE LA SALUD EN ELLOS

2.1 Acuerdos de paz a lo largo de la historia

Ante este contexto de guerra han sido innumerables los esfuerzos para entablar conversaciones y pactar acuerdos de paz, el primero de estos se remonta a 1991 en Caracas, Venezuela en donde se pretende llegar a una negociación de las confrontaciones y a la que asiste el vocero de las F.A.R.C Alfonso Cano poniendo de manifiesto la necesidad de revisión de las estrategias y doctrinas de las fuerzas militares y el estado. Este primer intento es interrumpido y se reanuda en 1992 en Tlaxcala, México en donde se pacta una agenda llamada “Doce puntos para construir una estrategia de Paz”; que nuevamente fracasa debido a que el gobierno no percibe posibilidad de desmovilización de las guerrillas. Más tarde, en 1999 se desarrollan durante los tres años siguientes los diálogos de paz en San Vicente del Caguán bajo el gobierno de Andrés Pastrana, para acordar una “Agenda común para el dialogo hacia la Nueva Colombia” que se interrumpe una vez más, en este caso debido a la presión ejercida e intervención de los Estados Unidos para iniciar con lo que denominaron el “Plan Colombia” el cual como menciona Sánchez (2011) pretendía erradicar el problema de drogas ilícitas que a su vez eliminaba una forma de financiamiento de los grupos al margen de la ley que estaban afectando al país económica, política y socialmente y acabar con estos.

Finalmente, en el año 2011 durante el final del gobierno de Álvaro Uribe y el inicio del mandato de Juan Manuel Santos, se da lugar a los diálogos de paz con las F.A.R.C llevados a cabo en la Habana, Cuba, que tras varios altibajos termina con la firma del “Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera” en el año 2016, compuesto por una serie de seis puntos prioritarios que contribuyen a la paz y sus correspondientes acuerdos.

2.2 Inclusión de la salud dentro de las agendas de algunos acuerdos de paz

Respecto a los temas tratados en las agendas de estos intentos por consolidar un acuerdo de paz, existen antecedentes de la inclusión e importancia de la salud, para ampliar un poco este panorama se hará mención de algunos acuerdos que han llegado a consolidarse con grupos insurgentes y lo establecido frente a este tema, descritos por Ortega y Castañeda (2017):

En 1991 durante la presidencia de Cesar Gaviria se firma un acuerdo de paz con el Ejército Popular de Liberación (E.P.L) en el cual se especifica que el Gobierno Nacional “ofrecería un servicio de salud equivalente a un seguro de salud integral que era contratado con alguna entidad especializada, pública o privada. Así mismo, se prestaría asistencia psicosocial.” (Ortega & Castañeda, 2017, p. 13). Igualmente, en este año se firma un acuerdo con la guerrilla indígena Quintín Lame a quienes en el proceso de recuperación de su identidad se les incluyó un plan de seguridad que abordaba, dentro de otras cosas, la suscripción de acuerdos con el Seguro Social y hospitales departamentales para permitir el acceso a los servicios de salud a los desmovilizados y sus familias.

En 1990 bajo el gobierno del presidente Virgilio Barco se llevan a cabo conversaciones de paz con el Partido Revolucionario de Trabajadores de Colombia, en las que se plantea la asignación de recursos para salud y atención prioritaria de casos médicos especiales. Por último, el Acuerdo 138 de 1999 “establece un mecanismo especial de identificación, selección, afiliación, contratación y subsidio dentro del Régimen Subsidiario del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS- para la población desmovilizada del país” (Ortega & Castañeda, 2017, p. 18). Esta, tiene en común con el acuerdo actual de paz, la no inclusión al régimen subsidiado a aquellos reincorporados que tengan alguna relación de trabajo, se encuentren pensionados, sean

beneficiarios de otra persona o reciban ingresos suficientes para su afiliación al Régimen Contributivo.

2.3 La salud dentro del “Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera”

Retomando el contexto actual y al revisar los puntos que componen el ya mencionado “Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera” por el Alto Comisionado para la Paz (2016) se encuentra que la salud también fue uno de los temas incluidos, de lo cual se hará un breve resumen a continuación:

Punto 1: Hacia un nuevo campo colombiano: Reforma Rural Integral: Dentro del cual se destaca la provisión de bienes y servicios públicos necesarios para las poblaciones de las zonas rurales, para la educación, la salud, la alimentación y la nutrición con el fin de generar una mejor calidad de vida. Creándose el Plan Nacional de Salud Rural en el que se propone la construcción y mejora de infraestructura, ampliación de la cobertura de atención, mejor dotación y disponibilidad de personal capacitado para la atención en salud con un enfoque diferencial que tenga en cuenta los requerimientos de esta población, con un modelo especial de salud pública centrado en la prevención y un sistema de seguimiento y evaluación que garantice la calidad y oportunidad de la atención (Alto Comisionado para la Paz, 2016).

Punto 2: Participación política: Apertura democrática para construir la paz: Plantea como responsabilidad del gobierno favorecer la participación en la formulación de políticas públicas sociales en salud, educación, cultura, medio ambiente (Alto Comisionado para la Paz, 2016).

Punto 3: Fin del conflicto: Dentro de las Zonas Veredales Transitorias de Normalización (Z.V.T.N) que luego se convirtieron en Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación

(E.T.C.R) se debe garantizar el bienestar por medio de la atención en salud para satisfacer las necesidades específicas, por medio de atención básica médica, de enfermería y de odontología, con prioridad a gestantes, lactantes, atención materno – infantil y la garantía de traslados que sean necesarios para la atención oportuna y segura de quienes allí se encuentran; se dará protección especial a los menores de edad que salgan de los campamentos a través de un programa especial de restitución de derechos y se priorizara su acceso al sistema de salud y educativo (Alto Comisionado para la Paz, 2016).

La afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud será garantizada por el gobierno nacional durante 24 meses a quienes no se encuentren realizando una actividad remunerada, y por 36 meses a quienes presenten enfermedades de alto costo y requieran rehabilitación por lesiones derivadas de la guerra a través de un sistema especial de atención.

Punto 4: Solución al problema de drogas ilícitas: Se desarrollará un programa de prevención de consumo como asunto de salud pública, a través de una política de promoción de la salud, prevención y atención integral, efectiva y sostenible (Alto Comisionado para la Paz, 2016).

Punto 5: Acuerdo sobre las víctimas del conflicto: Se tomarán medidas de recuperación emocional por parte del gobierno nacional, quien debe fortalecer el acceso a servicios de salud mental para este fin (Alto Comisionado para la Paz, 2016).

La inclusión de la salud y la garantía del derecho a esta, dentro de los acuerdos y diálogos de paz tienen como finalidad mejorar la calidad de vida y las condiciones de salud de la población desmovilizada, frente a lo cual los profesionales de la salud deben orientar un manejo e intervención adecuado dentro un complejo sistema de salud que muchas veces no cuenta con las capacidades para atender las necesidades específicas de la población.

3. PRÁCTICAS EN SALUD Y CUIDADO DENTRO DE GRUPOS ARMADOS AL MARGEN DE LA LEY: FARC – EP.

Para entender un poco más lo que le corresponde específicamente al profesional de enfermería en el marco del postconflicto y la incorporación de ex combatientes de grupos al margen de la ley al Sistema de Seguridad Social y la manera en la cual deberán orientar sus intervenciones a la situación en salud de esta población, se hablará un poco acerca de lo que se conoce sobre el ambiente sanitario dentro de estos grupos.

A través de los archivos digitales disponibles dentro de las plataformas de las F.A.R.C, se evidencia que estos asumen un reglamento interno que da estructura, lineamiento y planificación a su organización y funcionamiento, que incluye dentro de él una política sanitaria. Frente a esto, se hace referencia a archivos como el de la “Octava conferencia nacional de guerrilleros” realizada en 1993 (Conferencia Nacional de Guerrilleros, 1993), en la cual se identifica el planteamiento de responsabilidades de los Estados Mayores en salud y la asignación de funciones referentes a esta como lo son:

Funciones del responsable de Jefatura de Personal: Dentro de las cuales se encuentra el reporte o balance de crecimiento, bajas, enfermos y novedades de salud del personal (Conferencia Nacional de Guerrilleros, 1993).

Funciones del responsable de Salud: Proponer medidas de preservación y mantenimiento de la salud, controlar su cumplimiento, establecer y revisar el listado de medicamentos básicos necesarios para la atención de enfermos, educar acerca de temas de anticoncepción y vigilar el uso obligatorio de estos, evitar en la medida que sea posible la salida de combatientes por enfermedad (Conferencia Nacional de Guerrilleros, 1993).

Además, dentro de las conclusiones de esta conferencia se destaca el ítem “Sanidad” en el que especifican que su política sanitaria está dirigida a la resolución de problemas de salud, clínicos, de heridos y enfermedades, que serán enfrentados con sus propios recursos y dentro de sus territorios, siendo los Estados mayores y el secretariado los encargados de conformar sus clínicas clandestinas.

Dentro de estas clínicas, se daban procesos de formación para la adquisición de conocimientos relativos a salud y al cuidado de enfermos y heridos, y a los cuales se hace referencia en algunas narrativas de ex combatientes disponibles también en dichas plataformas digitales:

“Anderson es médico cirujano. Formado en las F.A.R.C a lo largo de más de diez años de práctica, al lado de doctores que periódicamente entraban de la ciudad (...) ahora mismo se halla al frente de una de las compañías del Hospital, conformada por enfermeros que han cursado la materia durante más de tres años y en la que él ha sido instructor.” (Gabriel Ángel, 2011).

“La salud de los combatientes ocupa un lugar preponderante en las FARC. La misma organización forma al personal médico en sus filas y consigue los equipos necesarios.” (Gabriel Ángel, 2011).

“(…) también viene Laura, la médica, a impartir su instrucción básica sanitaria para mandos (...) recién terminada su carrera con excelentes calificaciones en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, se vino para la guerrilla.” (Gabriel Ángel, 2011).

“(…) mi hermana planteó ante los superiores su deseo de profesionalizarse aún más como enfermera, la trasladaron a otro lugar donde iba a ser posible cumplir su deseo. Aquí en la guerrilla uno tiene el privilegio de prepararse en muchas cosas (...) tuvo unos ocho meses de preparación y después fue enviada a una unidad de orden público, para que pusiera en práctica todo lo que había aprendido.” (Lizeth, 2012)

Debido a las condiciones en las que los encargados de salud desarrollaban sus actividades, estos debían adquirir conocimientos empíricos para solventar y enfrentar las emergencias que se presentaban en su día a día, muestra de esto es la narrativa que se puede encontrar en el libro “FA.R.C: 20 años. De Marquetalia a La Uribe” por el periodista y escritor Carlos Arango Z, donde el excomandante político y principal fundador de las guerrillas comunistas en el sur del Tolima, alias “Olimpo”, describe las alternativas a las que debían recurrir para el cuidado de sus enfermos y heridos:

“Fue entonces cuando yo tuve que ingeniarme cómo impedir la mortandad (...) con aguja hipodérmica les extraía a los cocos su agua virgen y enseguida se la inyectaba en la vena a los pacientes más próximos a la muerte. Era la deshidratación lo que los mataba. (...) los enfermos se iban hidratando, se reanimaban y podían estar otra vez en condiciones de combatir.”

“Para la viruela me animé a ensayar otra terapéutica atrevida, ahora basada en lo que conocía de los experimentos de Pasteur (Sic). Hacía hervir leche de vaca y la dejaba reposar hasta la temperatura normal del cuerpo humano, con aguja hipodérmica inyectaba un centímetro, por vía intramuscular (...) a cada uno le aplicaba, pues, una inyección que le producía una fiebre altísima (...) poco a poco la fiebre iba cediendo, a las 24 o a las 36 horas las pústulas empezaban a marchitarse, y entonces se bañaba a los pacientes con boñiga de vaca en agua hervida. Así seguíamos la costumbre popular, su medicina empírica. Sea como fuere, con la inyección de leche y con los baños de boñiga licuada, los enfermos mejoraron y se curaron”.

Se observa entonces, que como es natural dentro de cualquier comunidad, existen unos roles y funciones en ocasiones asignadas y otras veces adoptadas de manera espontánea, y es importante resaltar dentro de estos a aquellos que ejercían los roles de cuidadores entendiendo este término

como “cualquier persona que brinda una asistencia a otras que se han visto afectadas y que por su condición se les dificulta llevar a cabo sus actividades de desarrollo normal” (Camargo, 2011).

4. RETOS TRAS LA REINCORPORACIÓN CIVIL DE EX COMBATIENTES

Todos estos aspectos y el hecho de la reincorporación civil de poblaciones pertenecientes durante mucho tiempo a grupos armados al margen de la ley, supone para el sector salud, y hablando específicamente los profesionales de enfermería, un reto ya que son quienes reciben y brindan cuidados directos y continuos a poblaciones reincorporadas y por lo tanto deben tener en cuenta que el panorama en el que se desenvolvían y las condiciones sanitarias, que no siempre eran las más favorables para prestar los servicios de salud que eran requeridos dentro de las organizaciones, les ha llevado a adoptar prácticas de cuidado y de salud, muchas veces desarrolladas de manera empírica, y estas han sido adquiridas, aprendidas y transmitidas a varias generaciones dentro de estas comunidades y que aún hoy en día como parte de la sociedad civil pueden ser puestas en práctica para el manejo y mantenimiento de su salud.

4.1 Utilidad de la teoría de Madeleine Leininger para enfrentar los retos en salud.

Es necesario que los profesionales de enfermería, además de conocer el contexto histórico y actual del país cuenten con bases teóricas que aporten al desarrollo de habilidades y conocimientos que permitan prestar un cuidado adecuado y que responda a las necesidades del individuo, resaltando la importancia de tener en cuenta y respetar el contexto cultural de cada uno de ellos. Entendiendo la cultura según la definición de antropólogos como Marvin Harris como “un modo socialmente aprendido de vida que se encuentra en las sociedades humanas y que abarca todos los aspectos de la vida social, incluidos el pensamiento y el comportamiento” (Melguizo, E., Álzate, M., 2008) y Clifford Geertz como “la trama de significados en función de la cual los seres humanos interpretan

su existencia y experiencia, así mismo como conducen sus acciones” (Melguizo, E., Álzate, M., 2008), con la finalidad de lograr un abordaje óptimo con la nueva población que se reincorpora y empieza a ser parte del colectivo de sujetos de cuidado a quienes se les prestarán servicios de salud.

Frente a esto, el presente trabajo hace referencia específicamente a la relevancia del conocimiento y la aplicación del aporte de la enfermera y antropóloga Madeleine Leininger y su “Teoría de diversidad y universalidad del cuidado cultural”, quien definió este último término de cuidado cultural como “los valores, creencias y patrones de estilo de vida aprendidos y transmitidos profesional y popularmente y que se usan para asistir, facilitar o capacitar a individuos o grupos para mantener su bienestar o su salud o mejorar una condición humana o estilo de vida” (Melguizo, E., Álzate, M., 2008), entendiendo además que, tal como lo menciona Camargo (2011) el acto de cuidar es “un fenómeno social y cultural, una ciencia social y humana que necesita preparación, conocimientos, investigación y sobre todo experiencia de trabajo de campo”, y que por ende necesita contar con las bases necesarias para hacer frente a cualquier situación social que se presente y dar una respuesta a las necesidades desde una mirada integral y comprensiva de los hechos.

La teoría de Leininger resalta la importancia de descubrir los factores que influyen en las prácticas de cuidado de los individuos teniendo en cuenta su visión del mundo, la estructura social, el lenguaje, el contexto, los significados de cuidado, calidad de vida y salud, estilos de vida, valores y creencias; orientado a la consecución de la prestación óptima del cuidado (Camargo, 2011). Para esto, el profesional de enfermería debe tener claro la definición y diferenciación de los conceptos de “cuidado genérico”, perspectiva emic, que hace referencia a los conocimientos que han sido adquiridos de forma popular y tradicional y el “cuidado profesional”, perspectiva etic, como los conocimientos aprendidos cognitivamente y practicados.

Entendiendo que estos conceptos de las perspectivas emic y etic siempre tienen dos características: tienen un componente diferencial al ser diversos y un componente de semejanza al ser universales, y que al no lograr un acuerdo entre estos dos se puede generar un conflicto cultural en la persona y una insatisfacción en el proceso de cuidado.

Enfatizando ahora en el Modelo del Sol Naciente de esta teoría (Figura 1), se puede observar que en la parte inferior del mismo se evidencian los cuidados culturales y la transformación de los cuidados del profesional de enfermería dándose la unión de estos sistemas populares y de los sistemas profesionales, convirtiéndose este último, como menciona Camargo (2011) en un puente entre ambos sistemas capaz de predecir las acciones y decisiones para lograr la consecución de un acuerdo y brindar un cuidado culturalmente coherente y responsable, que puede conseguirse a través de alguna de estas estrategias:

Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales: En este, el profesional de enfermería debe realizar acciones y tomar decisiones asistenciales y de apoyo dirigidas a mantener los valores y significados del individuo en sus prácticas de cuidado.

Adecuación o negociación de los cuidados culturales: En este, el profesional de enfermería debe buscar una adaptación o procurar llegar a un acuerdo con el individuo para adoptar practicas relativas a una cultura diferente a la propia para obtener un resultado óptimo en su estado de salud.

Rediseño y reestructuración de los cuidados culturales: En este, se debe optar por alternar, reordenar y modificar el estilo de vida del individuo para que logre adoptar nuevos esquemas en cuanto a sus prácticas de salud pero siempre respetando los valores y creencias del mismo.

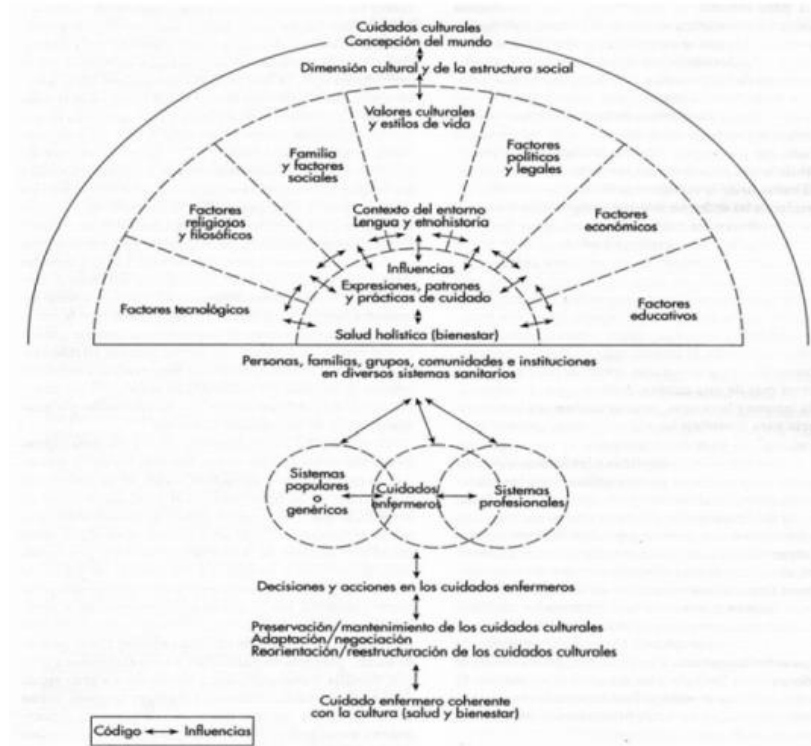


Figura 1. Modelo del Sol Naciente, Leininger.

La utilidad de la aplicación de esta teoría se evidencia en el contexto actual del país, puesto que el profesional de enfermería se enfrenta ahora al manejo y el establecimiento de relaciones terapéuticas con poblaciones que vienen de contextos totalmente distintos y dentro de los cuales han desarrollado, adoptado y transmitido a través de generaciones prácticas de cuidado y estilos de vida marcados por las costumbres culturales, lo que se convierte en un reto para el profesional debido a que deberá lograr visionar las oportunidades y los desafíos por contradicción que se tiene al trabajar con esta población, para, como resalta Leininger brindar un “cuidado culturalmente competente” que está definido por la Academia Americana de Enfermería como “aquel cuidado que es sensible a los temas de cultura, raza, género, orientación sexual, clase social y situación económica.”

Conociendo esta teoría, el profesional de enfermería debe estar en la capacidad de entender e incluir la dimensión cultural para lograr un análisis individual integral que le permita ajustar sus actos y decisiones a los valores culturales y que el resultado de estos sea satisfactorio, teniendo en cuenta también que, como menciona Laperrière (2007) el profesional tiene otras funciones dentro de las comunidades en las cuales desarrolla roles de mediador entre los sistemas de cuidado popular y el sistema de cuidado profesional, para lo cual deben además contar con habilidades que le permitan adaptar esta comunicación dependiendo del contexto y la situación en la que ha de llevar a cabo acciones sociales, intervenciones, procesos de administración y enseñanza del cuidado de la salud de los colectivos, entre otros.

De no tener en cuenta este aporte dentro del marco del postconflicto, que integra una población más diversa al conjunto social, es posible que tal y como sostiene Leininger y hace mención Castillo, J. (2008) el profesional de enfermería se enfrente a obtener por parte de sus sujetos de cuidado reacciones como insatisfacción, no adherencia o continuidad en el proceso de salud, preocupación ética o moral e incurrir en conflictos culturales que dificultarán el proceso asistencial.

4.2 Principales retos en salud física para el profesional de enfermería.

Cabe mencionar que además del reto de brindar un cuidado culturalmente competente y lograr los objetivos en salud a través de las estrategias propuestas por Leininger, existen algunos otros aspectos importantes que se suman a este reto que tienen los profesionales de enfermería y el sector salud en general, y que se deben tener en cuenta tras la reincorporación de excombatientes a la sociedad civil, tales como la asociación de esta situación con un probable incremento de las tasas de morbilidad asociadas a epidemias, al entender que debido a las inadecuadas condiciones sanitarias en las que vivió mucho tiempo esta población y las largas estancias en zonas endémicas

del país, se encontraban vulnerables y expuestos a contraer enfermedades tropicales y transmitidas por vectores como Leishmaniasis, Chagas, Malaria, Dengue, Zika y Chikungunya principalmente (Higuera, A., Ramírez, J., 2017). Se debe considerar entonces la importancia del manejo de estas enfermedades y su inclusión dentro de los aspectos prioritarios en salud pública a través del desarrollo de programas y estrategias de promoción y prevención tanto individual como comunitario especialmente a comunidades cercanas y espacios en los que más se hace recibimiento de las personas reincorporadas.

Por otro lado está el reto que tiene en general el sector de salud de implementar y llevar a cabo un plan de salud rural para hacer llegar la atención a los lugares donde más se requiere, lo que se ha venido trabajando con brigadas de salud en los Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación (E.T.C.R) donde permanecen aún algunos de los ex combatientes. Es importante reconocer que no toda la población de ex combatientes se ha reincorporado a la sociedad civil, y que parte de ellos se encuentra en dichas E.T.C.R, frente a esto, el profesional debe estar en la capacidad de realizar una valoración de las condiciones de salubridad de estos espacios en las cuales se ha manifestado la falta de servicios básicos como agua potable, sanitarios, tratamiento de aguas residuales, ranchas para la preparación de alimentos e instalaciones para su conservación, espacios y dotación de implementos para el aseo diario, escases de medicamentos y atención médica (ZVTN Cooperativa Vista Hermosa Meta, 2017), la repercusión de estas condiciones en el estado de salud de la población y el abordaje o intervención que pueda hacerse desde la profesión.

4.3 Desafíos en entender la salud mental y la enfermería transcultural para una atención de excombatientes.

Entendiendo que los efectos psicológicos son más difíciles de dimensionar y evaluar a corto plazo que identificar los impactos en salud física, el presente trabajo hace referencia a la importancia que debe tener el abordaje del componente en salud mental en cuanto a las intervenciones con la población de ex combatientes de grupos al margen de la ley.

Para esto, es importante reconocer que como lo menciona Bustos (2016) el desarrollo humano comprende la maduración como tal, el valor del ambiente y su interrelación ya que estos determinan el desarrollo emocional y la salud mental de los individuos. El contexto de guerra y conflicto armado del país, las situaciones asociadas a este como el desplazamiento, masacres, asesinato, secuestros, pérdidas afectivas y materiales, violación de derechos humanos, y posteriormente la migración durante el proceso de reinserción a la población civil suponen para los actores de este conflicto un reto ya que deben enfrentar factores estresantes y barreras para reestablecer una nueva vida; lo anterior, sumado a la falta de apoyo y abordaje psicosocial que les permitiera manejar y sobrellevar estas condiciones y contribuir a su salud mental puede haber generado secuelas psicológicas que determinan conductas y consecuencias negativas en los individuos.

Las situaciones ya mencionadas representan un factor de riesgo para la salud mental de los individuos dando lugar a trastornos de tipo depresivo y de ansiedad, pero principalmente al trastorno de estrés postraumático (Palacio, C. 2016), los cuales requieren de intervenciones multidisciplinarias para su abordaje y manejo con el fin de lograr la adaptación positiva al nuevo contexto cultural y social.

Se hace especial referencia al trastorno de estrés postraumático (T.E.P.T) ya que como se mencionó, es considerado el principal efecto en salud mental presente en agentes del posconflicto. Dicho trastorno tal como lo menciona Botero, C (2004) se presenta en individuos que han experimentado situaciones que involucran amenaza a la integridad física, daños severos o muerte y se evidencia por una serie de manifestaciones que resultan en un deterioro funcional y relacional de la persona con su entorno.

Botero (2004) menciona además, que este trastorno ha sido considerado un síndrome por la complejidad de su sintomatología dentro de la que se incluye el temor, desesperanza, reminiscencias, respuesta a estímulos asociados a la experiencia traumática, conductas agresivas, hostilidad, aislamiento, depresión, ansiedad y/o abuso de sustancias.

Ante la ya mencionada necesidad de intervenciones por parte de los profesionales de salud para la consecución de los objetivos del Acuerdo Final de Paz y la recuperación y mejoramiento de la salud mental en la población de ex combatientes, se resalta el papel de enfermería ya que se vuelve totalmente indispensable su rol en las acciones de promoción, prevención y recuperación. Acciones que tal como lo mencionan Eby. L. y J. Brown, N. en su libro Cuidados de Enfermería en Salud Mental (2010) y Esguerra, I. (1991) abarcan los tres niveles de atención con acciones específicas, así:

Prevención primaria: Identificación de factores de riesgo en los individuos para el desarrollo de alteraciones, neutralización de condiciones estresantes para disminuir su aparición, intervención oportuna ante casos, realización de asesoramiento anticipatorio (Esguerra, I., 1991), fortalecimiento de redes de apoyo y de recursos y psicoeducación.

Prevención secundaria: Diagnóstico y tratamiento precoz para mitigar o evitar los resultados negativos que la patología pueda generar en el individuo, en su entorno y en su desarrollo social, facilitación de acceso a ^{servicios} de salud mental, dirección del plan de atención y coordinación las acciones del equipo multidisciplinario (Esguerra, I. 1991).

Prevención terciaria: Establecimiento de estrategias para la recuperación total de la salud mental y planeación del seguimiento.

Otras funciones específicas del profesional de enfermería en salud mental han sido definidas por autores como Maldonado, K y Ramírez, C (2010) quienes mencionan que incluyen la integralidad de sus acciones dirigiéndolas a la comunidad, la familia y el entorno del individuo, valoración detallada para la detección de alteraciones en salud mental, abordaje biopsicosocial de la persona, abordaje de situaciones de crisis para la orientación al individuo, y la participación con el equipo multidisciplinario, educación y acompañamiento continuo al paciente, la familia, el equipo de salud y la comunidad durante el proceso de recuperación.

4.4 Enfermería transcultural en salud mental

Debido a la importancia que el presente trabajo da a la enfermería transcultural, es importante hacer referencia a que Colombia es un país compuesto por múltiples culturas las cuales poseen creencias arraigadas acerca de determinados temas y en cuanto a salud mental algunos de los estereotipos o ideas más comunes que existen, se encuentra la enfermedad mental vista como consecuencia de la brujería, las posesiones demoniacas y los castigos divinos.

Esta multiculturalidad incluye también variaciones en los significados, creencias, actitudes y estigmas que como mencionan Stefanovics, et. Al (2016) están conformados por tres elementos básicos: estereotipos, prejuicios y discriminación, generalmente relacionados con creencias

religiosas y explicaciones sobrenaturales que resultan en la discriminación o aislamiento de la persona con patología psiquiátrica, lo que influye en la búsqueda de ayuda, la percepción del individuo de la enfermedad y las actitudes y cuidados frente a la misma.

El profesional debe entender que independientemente de la psicoeducación brindada y el abordaje por parte del equipo multidisciplinario, las creencias tradicionales no van a ser remplazadas por completo por el modelo biomédico, por lo tanto como se mencionó anteriormente la aplicación de la teoría de Leininger permite que haya un consenso en las intervenciones y así dar respuesta a las necesidades de individuos y comunidades (Patel, V. et. Al, 1995).

Frente a esto Hock, K. (2010) hace referencia a la alerta que emite la Federación Mundial por la Salud Mental en 2007 acerca de la importancia de los servicios de salud mental transculturales, esto no solo para entender la cultura del individuo si no su percepción de la enfermedad, la experiencia, comprender el impacto de la misma, lograr interpretaciones y dar respuestas ante dichas necesidades con el fin de cruzar las barreras de la práctica cotidiana para la construcción del cuidado culturalmente congruente al que se espera llegar.

El cuidado transcultural en salud mental no está bien descrito, pero autores como Narayanasamy, A. (1999) dan a conocer estrategias como el modelo ACCESS como un marco para la provisión de cuidado transcultural en salud mental desde enfermería. Dicho modelo comprende los siguientes ítems y actividades para la consecución del cuidado:

Assessment: Evaluación: Evaluación de los aspectos culturales, estilos de vida, creencias en salud y prácticas en salud que direccionan las decisiones y el juicio para la elección de las intervenciones.

Communication: Comunicación: Consciencia a cerca de la importancia de comunicación verbal y no verbal, buscar medios para facilitarlos.

Cultural negotiation and compromise: Negociación y compromiso cultural: Conciencia acerca de la cultura, entendiendo como la persona ve y explica su situación de salud y orientar las acciones hacia las propias creencias de la persona.

Establishing respect and rapport: Establecimiento de respeto y rapor: Demostración de respeto genuino por la persona, así mismo se fortalece la autoestima de la persona que a menudo puede encontrarse afectado durante el proceso de enfermedad mental y fortalece la relación terapéutica

Sensitivity: Sensibilidad: Entender y dar cuidado y atención diversa y culturalmente sensible a cada individuo

Safety: Seguridad: Crear un ambiente de adaptación entre el profesional de enfermería y la persona que garantice la seguridad cultural.

MARCO LEGAL

La importancia de este abordaje en salud mental y del rol del profesional de enfermería en el marco del posconflicto se logra evidenciar en el Acuerdo Final de Paz con el esclarecimiento de las medidas de recuperación emocional que comprenden la atención en centros locales y el acceso en general a servicios de salud mental, rehabilitación comunitaria para la reconstrucción del tejido social y promoción de la convivencia pacífica a través de estrategias que incluyen los espacios de diálogo y duelos colectivos, escenarios de pedagogía para generar conciencia y eliminación de los imaginarios que justificaron y permitieron las violaciones a los derechos humanos durante años (Alto Comisionado Para la Paz, 2016).

Por su parte, en el Plan Decenal de Salud Publica en su dimensión de “Convivencia social y salud mental” y sus componentes de “promoción de la salud mental y de la convivencia” y “prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y las diferentes formas de violencia” refuerza

la necesidad del abordaje psicosocial con el fin de promover factores protectores de la salud mental y convivencia social en poblaciones con riesgos específicos e intervenir los determinantes psicosociales de la salud y la calidad de vida de la población víctima del conflicto armado a través de procesos transectoriales (Ministerio de Salud y Protección Social,) a través de estrategias como la creación de una agenda psicosocial para la atención a víctimas del conflicto armado a través de la implementación de un “Modelo intersectorial de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado Colombiano” que da lugar al Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI).

El PAPSIVI se convierte entonces en una de las herramientas para los procesos de atención psicosocial y reparación a víctimas del conflicto a través de la caracterización y diagnóstico diferencial de los daños psicosociales para el establecimiento de estrategias e intervenciones individuales familiares y comunitarios para la rehabilitación. Estos procesos, según el programa, serán manejados a través de los enfoques de derechos, diferencial, psicosocial y transformador que permiten entender a los individuos reconociendo la diversidad y la complejidad de la atención a esta población, haciendo énfasis en que dicha atención no debe limitarse a un enfoque clínico si no que se deben incluir acciones que permitan reconocer el daño ocasionado por el contexto de guerra.

Este programa, especifica además, que la atención psicosocial a las víctimas del conflicto será realizada por equipos interdisciplinarios de profesionales que cuentan con formación y experiencia en el área dentro de los cuales se destaca el papel del profesional de enfermería en las diferentes fases de los procesos de atención como lo son el primer contacto con la población, caracterización de las necesidades y desarrollo del plan de atención.

A pesar de la amplia gama de actividades del profesional de enfermería en salud mental, este campo por lo general es considerado de gran complejidad para muchos de los profesionales de la salud por los desafíos que este representa, así mismo autores como Rong, J.R., Shiau, S.J., & Su, S. (2014) hacen énfasis en que la demanda de enfermeros en salud mental sigue en aumento.

Adicional a esto, la configuración del sistema educativo y los currículos de profesionales de salud como lo menciona Palacio, C. (2012) están centrados en elementos clínicos y farmacológicos y en cuanto a salud mental se direccionan únicamente a un enfoque individual olvidando la importancia del trabajo comunitario y que son desarrollados durante la formación básica en cortos periodos de tiempo. Por su parte, Mariño, E. (2008) resalta que el Ministerio de Educación Nacional en la resolución 2772 de 2003 contempla, además de los componentes de formación para la profesión de enfermería en ciencias biológicas, sociales y humanísticas, un componente flexible, que incluye la salud mental y la adquisición de conocimientos y competencias para el cuidado integral a nivel individual, grupal y familiar en todos los niveles de atención.

Lo anterior pone en evidencia la necesidad de que las instituciones de educación superior asuman responsabilidad social en la formación de profesionales con las capacidades de dar respuesta a poblaciones vulnerables, en este caso a nivel de salud mental, para contribuir a la mejora de la calidad de vida.

Ante esta situación deberán tenerse en cuenta algunas de las recomendaciones como las sugeridas en la Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud, 2015) de lograr la formación de profesionales con capacidades para realizar una promoción, prevención, detección temprana efectiva y el enrutamiento a los servicios de salud mental de la población que lo requiere, y las mencionadas por el Observatorio Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud, 2017) de la necesidad de identificar previamente las características de la educación y la formación del personal

en salud mental para la modificación o generación de programas de educación continua que den respuesta a las necesidades existentes.

CONCLUSIONES

Dentro de los principales retos a los que se enfrentan los profesionales de enfermería en el marco del postconflicto se encuentra el manejo de las enfermedades tropicales y transmitidas por vectores y la priorización de las mismas dentro de la salud pública, gestionando el desarrollo e implementación de programas de promoción y prevención para mitigar las consecuencias y posible propagación de las mismas.

Así mismo, los profesionales que desarrollen acciones dentro del marco del Plan de Salud Rural deben propender por abordar a las comunidades que se encuentran dentro de los ETCR garantizando las adecuadas condiciones y el acceso a salud dando respuesta a las necesidades de esta población que hace igualmente parte del colectivo de sujetos de cuidado dentro del marco del postconflicto.

Por otro lado, es necesario que se identifique la salud mental como un aspecto fundamental a abordar con la población de ex combatientes, teniendo en cuenta siempre la importancia del enfoque transcultural para lograr brindados competentes que aporten al bienestar de los sujetos de cuidado. Para esto, los profesionales de enfermería deben contar con habilidades y capacidades que le permitan adaptar la prestación de sus cuidados sin que la pluralidad cultural sea una barrera para lograr los objetivos terapéuticos y convirtiendo este proceso en un ejercicio colaborativo.

El reconocimiento de las diferencias entre una misma sociedad y el respeto por la autonomía cultural y un enfoque humanístico del cuidado conllevarán a una transformación de los servicios

de salud, generando un aporte significativo desde el campo de la salud a la transformación social que requiere hoy el país para la interrupción del ciclo de violencia y contribuir al bienestar psicológico y social de toda la comunidad civil.

Además, el profesional debe estar en la capacidad de gestionar y generar respuestas culturalmente congruentes a nivel político y de programas para el control y reducción de los problemas en salud mental y física de los ex combatientes reincorporados a la población civil.

Es necesario integrar de manera adecuada los Acuerdos de Paz, las políticas en salud física y mental y la enfermería transcultural dentro de la formación y los currículos de enfermería en el país, dando importancia a la formación en salud mental con el fin de que el estudiante tenga claridad en su rol y se logre desmitificar el cuidado en esta área, para de esta manera aumentar el potencial del talento humano que se desempeña en dicho campo de acuerdo a las necesidades actuales del país.

Frente a la necesidad de que los profesionales de enfermería cuenten con bases teóricas impartidas desde la academia, se resalta la responsabilidad docente en impartir conocimientos que hagan comprender la importancia de redirigir el cuidado de enfermería según la población y el sujeto de cuidado, entender la realidad de los individuos, conociendo y aplicando el abordaje cultural a la hora de hacer la valoración de necesidades en salud, incluyendo también la investigación.

La existencia de una brecha entre las creencias culturales y la realidad de la salud mental, puede considerarse un factor para la disminuida oferta de profesionales de enfermería en salud mental en el país y así mismo la poca importancia que se le da entre la comunidad al abordaje de los trastornos psicológicos y su impacto en la sociedad. Por lo cual tanto estudiantes como profesionales de

enfermería deben comprender el enfoque biopsicosocial de la enfermedad mental para adquirir actitudes positivas frente a ella y se impulse la participación en este rol.

BIBLIOGRAFÍA

Álape, A. (1984). Los sueños y las montañas. Recuperado de: <https://www.farc-ep.co/pdf/Sue%C3%B1os-y-monta%C3%B1as-Arturo-ALAPE.pdf>

Alcántara, L., Liete, J., Erdman, A. (2005). Gerenciando los cuidados operativos de enfermería en situación de guerra. *Enfermería Global*, 7. Recuperado de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/474/457>

Alto comisionado para la paz (2016). Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera. Recuperado de: <http://www.altocomisionadoparalapaz.gov.co/procesos-y-conversaciones/Documentos%20compartidos/24-11-2016NuevoAcuerdoFinal.pdf>

Ángel, G. (2011). Crónica de vida guerrillera. Sitio web: <http://www.farc-ep.co/opinion/gabriel-angel/cronica-de-la-vida-guerrillera.html>

Ángel, G. (2011). El mono, una larga historia por delante. Sitio web: <http://www.farc-ep.co/opinion/gabriel-angel/el-mono-una-larga-historia-por-delante.html>

Arango, C. (1984). FARC: 20 años – De Marquetalia a La Uribe. Recuperado de: <https://www.farc-ep.co/pdf/FARC-20-a%C3%B1os-marquetalia-uribe.pdf>

Botero, C. (2004). Efectividad de una intervención cognitivo – conductual para el trastorno por estrés postraumático en ex combatientes colombianos. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D.C. Recuperado en 31 de Mayo de 2018, de: <http://www.redalyc.org/html/647/64740208/>

Bridges, A. J., Andrews, A. R., & Deen, T. L. (2012). Mental Health Needs and Service Utilization by Hispanic Immigrants Residing in Mid-Southern United States. *Journal of*

Transcultural Nursing : Official Journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society, 23(4), 359–368. <http://doi.org/10.1177/1043659612451259>

Bustos, A. (2016). *Psicoanálisis, postconflicto y salud mental*. Universidad Simón Bolívar. Psicogente, Vol. 19. Barranquilla, Colombia.

Calderón, J. (2016). *Etapas del conflicto armado en Colombia: hacia el posconflicto*.

Camargo, A. (2011). *Prácticas de cuidado popular en el hábito de sueño de cuidadores de adultos mayores con Alzheimer*. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Bogotá D.C.

Castillo, J. (2008). El cuidado cultural de enfermería: necesidad y relevancia. *Revista habanera de Ciencias Médicas*, 7. Recuperado en 10 de Marzo de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300003&lng=es&tlng=es.

Centro Nacional de Memoria Histórica, (2012). *Estadísticas del conflicto armado en Colombia*. Disponible en línea en: <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/micrositios/informeGeneral/estadisticas.html>

Conferencia Nacional de Guerrilleros. (1993). *Normas para el funcionamiento de los Estados Mayores de las FARC-EP, Octava Conferencia Nacional de Guerrilleros*. Sitio web: <http://www.farc-ep.co/octava-conferencia/normas-para-el-funcionamiento-de-los-estados-mayores-de-las-farc-ep.html>

Conferencia Nacional de Guerrilleros. (1993). Octava Conferencia Nacional de Guerrilleros. Sitio web: <http://www.farc-ep.co/octava-conferencia/octava-conferencia-nacional-de-guerrilleros.html>

Eby, L. & J. Brown, N. (2010). Cuidados de Enfermería en salud mental. Madrid, España: Pearson.

Esguerra, I. (1991). Rol del profesional de enfermería en salud mental y psiquiatría. Avances de enfermería, vol. 9. Recuperado el 18 de Agosto del 2018 de: <http://bdigital.unal.edu.co/20575/1/16731-52397-1-PB.pdf>

Higuera, A., Ramirez, J. (2017). The Colombian peace deal and its impact on the evolution of tropical diseases agents. Infection, Genetics and Evolution, 57, 146. De Elsevier base de datos. Universidad del Rosario, Facultad de Ciencias Naturales y Matemáticas, Bogotá D.C.

Hock. K. (2010) Transcultural mental health nursing in Malaysia: Perspectives and strategies, Contemporary Nurse, 34:2. Recuperado el 18 de Agosto del 2018 de: <http://dx.doi.org/10.1080/10376178.2010.11002420>

Laperrière, H. (2007). Community health nursing practices in contexts of poverty, uncertainty and unpredictability: a systematization of personal experiences. Revista Latinoamericana Enfermagem, 15. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/6fb1/40e52a8ecae50c7a11c9207ece7a58f975b5.pdf>

Lizeth (2012). La crónica de Lizeth, escrita por ella misma. Sitio web: <http://www.farc-ep.co/opinion/guerrillerada/la-cronica-de-lizeth-escrita-por-ella-misma.html>

Maldonado, K., Ramírez, C. (2010). Enfermería y salud mental. Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina, Valdivia, Chile. Recuperado el 31 de Mayo del 2018 de: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fmm244e/doc/fmm244e.pdf>

Mariño, P., Pabón, M. & Jaramillo, M. (2008). Formación en salud mental en pregrado de Enfermería de la Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia. Revista Colombiana de Enfermería, vol. 3. Recuperado el 18 de Agosto del 2018 de: http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen3/formacion_salud_mental_pregrado_enfermeria_universidad_el_bosque.pdf

Marulanda, M. (1973). Cuadernos de campaña. Recuperado de: <https://www.farc-ep.co/pdf/Cuadernos-de-campa%C3%B1a-Manuel-Marulanda-V%C3%A9lez.pdf>

Melguizo, E., Álzate, M. (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. Avances en Enfermería, 26, 112-123. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12891/13649>

Ministerio de Salud. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Sitio web: http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf

Ministerio de Salud. (2017). Abecé: Sobre salud en Zonas Veredales. Sitio web: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/abece-zonas-veredales.pdf>

Ministerio de Salud. (2017). Observatorio Nacional de Salud Mental, ONSM Colombia, Guía metodológica. Sitio web: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>

Muñoz, L., Vásquez, M. (2007). Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. Colombia Médica, 38. De Scielo Base de datos:
<http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/rt/prINTERfriendly/542/962>

Narayanasamy, A. (1999) Transcultural mental health nursing 2: Race, ethnicity and culture. British Journal of Nursing, vol. 8.

Ortega, D., Castañeda, P. (2017). Políticas en salud para los guerrilleros desmovilizados en el acuerdo político Gobierno Nacional – Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia – FARC. Universidad Santo Tomás, Bogotá D.C. Recuperado de:
<http://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/4124/OrtegaDanelis2017.pdf?sequence=1>

Palacio, C. (2012). La pertinencia social y el posgrado en psiquiatría. Revista Colombiana de Psiquiatría (41).

Palacio, C. (2016). La salud mental y el postconflicto. Revista Colombiana de Psiquiatría 45 (4).

Patel, V. et. Al. (1995). Concepts of mental illness and medical pluralism in Harare. Psychological Medicine, University of Zimbabwe Medical School, Harare, Zimbabwe.

Rodríguez, S., Cárdenas, M., Pacheco, A., Ramírez, M. (2014). Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. Enfermería Universitaria, 11.

Romero B., María Nubia. (2009). Investigación, cuidados enfermeros y diversidad cultural. Índice de Enfermería, 18, 100-105. Recuperado en 23 de Febrero de 2018, de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200007&lng=es&tlng=es

Rong, J.R., Shiao, S.J., & Su, S. (2014). The development of psychiatric and mental health nursing in Taiwan. *Hu li za zhi. The journal of nursing*, 61 1, 5-10.

Salgari, E. (2014). Marulanda y las FARC para principiantes. Recuperado de: <http://www.farc-ep.co/pdf/2-edicion-Manuel-para-Principiantes.pdf>.

Sánchez, A. (2011). La implicación de los EE.UU. en el Plan Colombia: Objetivos y resultados. De Universidad de Barcelona. Sitio web: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/66913/1/Memoria_Ana_Sanchez_Cobaleda.pdf

Stefanovics, E. et. Al. (2016). Witchcraft and biopsychosocial causes of mental illness. Attitudes and beliefs about mental illness among health professionals in five countries. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 204.

Urrego, D., Quintero, M. (2015). Dilemas de la guerra: un estudio desde las narrativas médicas en Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13, 837-849. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v13n2/v13n2a21.pdf>.

ZVTN Cooperativa Vista Hermosa Meta (2017). Precarias condiciones en Zona Veredal Cooperativa de Vista Hermosa Meta. Sitio web: <http://www.farc-ep.co/comunicado/precarias-condiciones-en-zona-veredal-cooperativa-de-vista-hermosa-meta.html>