

R E V I S T A

Paradigmas Socio-Humanísticos

Publicación de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas

ISSN: 2711-242X (En línea) | Bogotá, D.C., Colombia | Volumen 5, Número 1, enero – junio, 2023

Realizado por: Las Escuelas de Enfermería, Educación y Ciencias Sociales.



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS



R E V I S T A
Paradigmas
Socio-Humanísticos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

La Revista Paradigmas Socio-Humanísticos es una publicación semestral de las escuelas de Educación y Enfermería de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, orientada principalmente a la divulgación de trabajos inéditos de investigación socio-humanística, en especial desde los paradigmas investigativos cualitativos en el campo de las ciencias humanas y sociales, incluyendo el área de la salud y la educación; igualmente se publicarán revisiones sistemáticas de la literatura, propio del campo objeto de la Revista, así como estudios culturales en diálogo con la sociedad contemporánea.

El comité editorial de la revista Paradigmas Socio-humanísticos, recibe con entusiasmo los documentos que den cuenta de resultados de investigación, revisiones sistemáticas, revisiones de literatura, innovaciones educativas y artículos de reflexión temas contemporáneos que contribuyan al conocimiento y debate dentro de la Educación y la Enfermería en contextos nacionales e internacionales.

Vol. 5, No. 1 (enero – junio) Año 2023

ISSN: 2711-242X (En línea)

DOI: <https://10.26752/revistaparadigmash.v5i1>

Sitio Web:

<https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/revistaparadigmash>

Contacto Revista Paradigmas Socio-Humanísticos

Marcela Pulido Mora
PBX: +60 (1) 662 2222 Ext. 220
EMAIL: revistapsh@juanncorpas.edu.co

Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Rectora:
Dra. Ana María Piñeros Ricardo

Vicerrector Académico:
Dr. Luis Gabriel Piñeros Ricardo

Vicerrector Administrativo:
Dr. Juan David Piñeros Ricardo

Secretario General:
Dr. Fernando Noguera

Diseño editorial institucional

Director Centro Editorial:
Dr. José Arlés Gómez A.

Corrección de Estilo:
María Alejandra Uribe Cadena

Director Departamento
de Promoción Institucional:
Andrés Rojas Piñeros

R E V I S T A
Paradigmas
Socio-Humanísticos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

Jefe de Diseño:
Carlos Eduardo Uribe Cleves

Diseño Gráfico y Maquetación:
Carlos Eduardo Alarcón Rodríguez

**Agradecimiento fotografía
de la portada**

Mauro Estefan Orozco Altamar
Docente
Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Directoras

María Antonina Román Ochoa
Decana, Escuela de Enfermería,
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

Marta Osorio de Sarmiento
Decana, Escuela de Educación,
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia.

Editores

Ana Cecilia Becerra Pabón
Coordinadora Investigación
Escuela de Enfermería
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

José Arlés Gómez Arévalo
Director Centro Editorial
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

Editoras Junior

Claudia Motta León
Docente Escuela de Enfermería
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

Luisa Alejandra Aguilar Bernal
Enfermera
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

Marcela Pulido Mora
Jefe de Centro de Información y Consulta
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

**Comité Científico
Miembros Nacionales**

PhD. Daniel Gonzalo Eslava
Fundación Universitaria del Área Andina
Bogotá, Colombia

PhD. Claudia del Pilar Vélez
Universidad de San Buenaventura
Valle del Cauca, Colombia

R E V I S T A
Paradigmas
Socio-Humanísticos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

PhD. Jesús Ernesto Urbina
Universidad Francisco de Paula Santander
Cúcuta, Colombia

Comité Científico
Miembros Internacionales

PhD. Tomás Sola Martínez
Universidad de Granada
Granada, España

PhD. Howard Butcher
The University of Iowa
Iowa City, United States

PhD. Marcos Jesús Iglesias Martínez
Universidad de Alicante. Alicante, España

PhD. María Ángeles Martínez Domínguez

PhD. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde
Universidad Autónoma de Nuevo León
Monterrey, México

Comité Editorial
Miembros Nacionales

Mag. Luzmila Hernández Sampayo
Universidad del Valle
Cali, Colombia

PhD. Lina María Vargas Escobar
Universidad Nacional de Colombia

Bogotá, Colombia
PhD. Olga Osorio Murillo
Pontificia Universidad Javeriana
Cali, Colombia

PhD. Luis Gabriel Piñeros Ricardo
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

PhD. María Antonina Román Ochoa
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

PhD. Lorena Martínez Delgado
Universidad de Ciencias Aplicadas y
Ambientales U.D.C.A.
Bogotá, Colombia

PhD. Marta Osorio de Sarmiento
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

PhD. Ana Cecilia Becerra Pabón
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

Mag. Claudia Motta León
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

Mag. Martha Isabel Sarmiento
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

R E V I S T A
Paradigmas
Socio-Humanísticos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

Esp. Marcela Pulido Mora
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

Comité Editorial
Miembros Internacionales

PhD. Martha Vergara Fregoso
Universidad de Guadalajara
Guadalajara, México

PhD. José Antonio Méndez Sanz
Universidad de Oviedo
Oviedo, España

PhD. Horacio Ademar Ferreyra
Universidad Católica de Córdoba
Córdoba, Argentina

Contenido

Editorial

Investigación cualitativa y cuantitativa: complementos brillantes	7-11
<i>Luisa Alejandra Aguilar Bernal</i>	

Artículo Original

A atenção primária à saúde como parte fundamental da rede de acolhimento do imigrante	12-28
<i>Maurício Humberto Peña Márquez, Alexsandro Silva Da Costa</i>	

Artículo de Revisión

Cultural awareness through task-based learning using authentic materials	29-36
<i>Luis Carlos Martínez Méndez, Sally Alexandra Pedraza González</i>	

Artículo de Reflexión

Ludotecas para personas mayores: espacios propicios para el fomento del cuidado de enfermería en salud mental	37-45
<i>Diego Alexander Farfán Castillo, Ivonne Buitrago Gutiérrez, Erika Alejandra Ramírez Gordillo</i>	

Reflexiones desde la disciplina de la enfermería sobre ajustes razonables en salud para la atención de personas con discapacidad psicosocial en Colombia	46-55
<i>Lauren Melissa González Hurtado, Erika Alexandra Ramírez Gordillo, Ivonne Buitrago Gutiérrez</i>	

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA: COMPLEMENTOS BRILLANTES

Luisa Alejandra Aguilar Bernal¹

Resumen

La creación y validación de una escala requiere de un proceso arduo en el que se navega constantemente entre dos grandes metodologías de la investigación, cualitativa y cuantitativa. Por un lado, el proceso requiere de la identificación de constructos y percepciones humanas, en los que la investigación cualitativa será de gran ayuda. Por otro lado, la validación tiene una connotación de ajuste estadístico, en que la investigación cuantitativa complementa los saberes. Se genera así una creación sólida que tiene en cuenta lo mejor de ambos mundos y que será utilizada para medir eso que creíamos inmedible.

Palabras clave: promoción de la investigación, investigación cualitativa, investigación epidemiológica.

© 2023 Fundación Universitaria Juan N. Corpas. FUJNC.

Artículo Open Access bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

DOI: 10.26752/revistaparadigmash.v5i1.691

¹Enfermera, epidemióloga y docente investigadora de la Escuela de Enfermería, Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Bogotá, D.C., Colombia. ORCID 0000-0001-6276-9163. Autora para correspondencia.
Correo electrónico: luisa.aguilar@juanncorpas.edu.co

QUALITATIVE AND QUANTITATIVE RESEARCH: BRILLIANT PLUGINS

Abstract:

The creation and validation of a scale requires an arduous process where one constantly navigates between two great research methodologies, qualitative and quantitative, the process requires the identification of constructs and human perceptions, in which qualitative research will be of great help. On the other hand, validation has a connotation of statistical adjustment, where quantitative research complements knowledge, thus generating a solid creation that takes into account the best of both worlds and that will be used to measure what we believed to be immeasurable.

Keywords: research promotion, qualitative research, epidemiological research.

Introducción

El ejercicio de investigar nace de la identificación de un problema o asunto que existe en una población determinada y que pretende ser resuelto mediante una pregunta, cuya respuesta llenará un vacío en el conocimiento estudiado. Ahora bien, ¿todos los problemas generan las mismas preguntas?, ¿necesitaremos más de una pregunta para resolverlos?

Por un lado, el método cuantitativo se basa en el positivismo lógico que por medio de cifras pretende explicar la realidad, se interesa por datos medibles extraídos de una muestra y busca encontrar relaciones entre variables que expliquen la causa de un efecto, todo esto con la premisa de llegar a una inferencia generalizable a toda la población (Cárdenas, 2018).

Por otro lado, el método cualitativo se basa en la fenomenología que indaga a profundidad el punto de vista de otros sujetos, basados en sus propias experiencias para comprender determinada situación; para lograrlo, se dividen los temas encontrados en categorías y se analiza teóricamente mediante una triangulación (teoría, investigador, relatos). El resultado emergente de este tipo de investigaciones no suele generalizarse a toda una población, pero se busca la transferibilidad de la información recolectada (Cárdenas, 2018).

En este caso en particular, hablaremos de la creación y validación de escalas; para esto necesitaremos no solo dos tipos de pregunta, sino también estos dos métodos de investigación que muchos consideran “opuestos”.

En la investigación cualitativa, la pregunta de investigación se inclina hacia las conductas, pensamientos, creencias, vivencias o experiencias de determinada población frente a un fenómeno. Para ejecutar la metodología se realizan entrevistas a profundidad a sujetos in-

dividuales o a grupos focales, en las que por medio de preguntas semiestructuradas, que permiten obtener respuestas amplias, se logra identificar los constructos que componen un fenómeno imposible de medir por sí solo. Estas entrevistas a menudo se graban en audio y posteriormente se realiza una transcripción para analizar la información. Lo anterior se logra gracias a la categorización de los temas conversados y a la triangulación que se realiza con la literatura ya existente, con la que también el investigador puede dar su punto de vista. No existe un tamaño de muestra específico en este paradigma, pues se realizan entrevistas hasta la saturación de la información, es decir, hasta que las respuestas ya se repitan.

Este tipo de investigación obedece a tres componentes de rigor metodológico:

1. Credibilidad: hace referencia a obtener hallazgos reales, en que los participantes y otras personas expuestas al fenómeno verifican la interpretación del investigador de sus relatos.

2. Auditabilidad: alude a la neutralidad con la que se interpreta y analiza la información; si otro investigador sigue el paso a paso de la metodología podría llegar a resultados similares.

3. Transferibilidad: significa que los hallazgos pueden transferirse a otros grupos o contextos (Castillo, 2003).

Cuando ya se conocen los aspectos relevantes que caracterizan un fenómeno o situación, se construyen preguntas simples que puedan ser comprendidas por la población a la que van dirigidas y estos serán los ítems que compondrán la escala, que posteriormente se validará por medio de la investigación cuantitativa.

Adicional a la extracción de los componentes del constructo, es necesario realizar un consenso de conocedores temáticos y metodoló-

gicos, que a menudo se realiza por medio del método Delphi (López-Gómez, 2017). Los implicados califican cada ítem inicial de la escala en cuanto a suficiencia, coherencia, relevancia y claridad (Abad, 2011), para lo que puede utilizarse la calificación tipo Likert; si algún ítem resulta mal puntuado, se tendrá que analizar la redacción del ítem y su importancia dentro del constructo.

Una vez se cumpla el proceso de validez de contenido descrito anteriormente, se procede a recolectar la muestra para la validación cuantitativa. El tamaño de muestra requerido va a depender de las propiedades psicométricas; ya está previamente descrito en la literatura: se requieren como mínimo 250 aplicaciones de la escala para validarla por teoría clásica del test (Cappelleri et al., 2014). La pregunta de investigación va inclinada hacia cuáles son las propiedades psicométricas de la escala y sus coeficientes de medición.

En cuanto a los coeficientes que se pueden utilizar, hay varias opciones de acuerdo a la respuesta que emite el ítem: si la respuesta es dicotómica (Sí/No) lo indicado es utilizar Ku-

der Richardson; sin embargo, cuando la escala cuenta con pocos ítems, se puede utilizar el coeficiente de Omega de McDonald, pues trabaja con cargas factoriales y no se sesga por el número de ítems. Cuando los ítems tienen respuesta politómica (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutral, de acuerdo, completamente de acuerdo), es común utilizar Alpha de Cronbach. Para verificar el ajuste de todos los anteriormente nombrados, se espera un resultado mayor a 0.80, ya sea por toda la escala o por factores (si la escala los tiene).

Este proceso investigativo también funciona al revés, es decir, las escalas cuantitativas podrían ser el potencial insumo de una guía de preguntas semiestructuradas y estructuradas para ejecutar una investigación cualitativa.

En conclusión, las dos metodologías son indispensables para generar una escala desde cero, así como para medir fenómenos sociales e incluso mentales. No debemos subestimar el poder de ninguno de los dos, pues, aunque son polos opuestos, se complementan con sus propiedades.

Referencias Bibliográficas

Abad, F. J. (2011). Medición en ciencias sociales y de la salud. Síntesis.

Cappelleri, J. C., Jason Lundy, J., & Hays, R. D. (2014). Overview of Classical Test Theory and Item Response Theory for the Quantitative Assessment of Items in Developing Patient-Reported Outcomes Measures. *Clinical Therapeutics*, 36(5), 648-662. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2014.04.006>

Cárdenas, J. (2018). Investigación cuantitativa. Freie Universität Berlin. <https://doi.org/10.17169/REFUBIUM-216>

Castillo, E. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164-167.

López-Gómez, E. (2017). El método Delphi en la investigación actual en educación: una revisión teórica y metodológica. *Educación XX1*, 21(1). <https://doi.org/10.5944/educxx1.20169>

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO PARTE FUNDAMENTAL DA REDE DE ACOLHIMENTO DO IMIGRANTE

Resumo

Brasil é a décima economia mundial e o país com o maior produto interno bruto da América Latina. Não obstante, a língua falada no seu território é diferente, resultado da histórica divergência da sua colonização. As colônias espanholas sofreram uma divisão regional, criando diversos países com governos e dinâmicas próprias podendo explicar os problemas econômicos e sociais atuais parcialmente. No Brasil da conquista portuguesa até a década de 50, os fluxos migratórios foram na sua maioria da África, Europa e Ásia. Entretanto, nas últimas décadas a crise humanitária haitiana e venezuelana apresenta novos desafios para sociedade brasileira e o Sistema Único de Saúde (SUS). A atenção primária em saúde (APS) como principal porta de entrada e tendo o Médico de Família e Comunidade (MFC) em concordância com o atendimento integral e continuado de todo indivíduo, independente da sua condição mental, física, econômica e situação migratória. Sendo um elemento fundamental na rede de acolhimento ao imigrante.

Palavras-chave: migração humana, atenção primária à saúde, medicina de família e comunidade

Historial del artículo

Fecha de recibido: 08-03-2023 | Fecha de aceptado: 06-06-2023

© 2023 Fundación Universitaria Juan N. Corpas. FUJNC.

Artículo Open Access bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

DOI: 10.26752/revistaparadigmash.v5i1.689

¹Mauricio Humberto Pena Márquez. Residente do 2º ano de Medicina de Família e Comunidade. Escola de Saúde Pública SEMSA. Manaus. Av. Mario Ypiranga, R. Penetração, 1689 - Nossa Sra. das Graças, Manaus - Estado de Amazonas. Mario Ypiranga, R. Penetração, 1689 - Nossa Sra. das Graças, Manaus - Estado de Amazonas, Endereço Postal 69057-002. Telefone +55 92 995269812. Autor para correspondência. Correio eletrônico: mauriciopenhamarquez@gmail.com

²Alexsandro Silva da Costa. Médico de Família e Comunidade. Professor Especialista. Escola de Saúde Pública SEMSA- Manaus

PRIMARY HEALTH CARE AS A FUNDAMENTAL ELEMENT OF THE IMMIGRANT RECEPTION NETWORK

Abstract

Brazil is the tenth largest economy in the world and the country with the highest gross domestic product in Latin America. However, it does not share the same language with its neighbors, because of the historical divergence of its colonization. The Spanish colonies became independent, forming various countries with their own governments and dynamics that partially explain the current economic and social problems. In Brazil, from the Portuguese conquest until the 1950s, migratory flows were mostly from Africa, Europe, and Asia. However, in recent decades the Haitian and Venezuelan humanitarian crisis presents new challenges for society and the Brazilian local health system. Primary health care as the gateway and the family and community physician as the professional responsible for providing comprehensive and ongoing care to all individuals, regardless of their mental, physical, economic, and migratory condition. It is a fundamental element in the immigrant reception network.

Keywords: human migration, primary health care, family practice

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD COMO PARTE FUNDAMENTAL DE LA RED DE ACOGIDA DE INMIGRANTES

Resumen

Brasil es la décima economía mundial y el país con mayor producto interno bruto de Latinoamérica. Sin embargo, no comparte con sus vecinos la misma lengua, fruto de la divergencia histórica de su colonización. Las colonias españolas fueron independizándose, formando diversos países con gobiernos y dinámicas propias que explican parcialmente los problemas económicos y sociales actuales. En Brasil desde la conquista portuguesa hasta los años 50 del siglo pasado, los flujos migratorios fueron en su mayoría de África, Europa y Asia. Sin embargo, en las últimas décadas la crisis humanitaria haitiana y venezolana presenta nuevos desafíos para la sociedad y el sistema de salud local brasileño. La atención primaria en salud (APS) como puerta de entrada y el médico familiar y comunitario (MFC) como profesional responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo, independiente de su condición mental, física, económica y migratoria. Es un elemento fundamental en la red de acogida al inmigrante.

Palabras clave: migración humana, atención primaria en salud, medicina familiar y comunitaria

Introdução

Segundo dados demográficos obtidos do último censo realizado no país na década passada (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2000) a população brasileira estava composta de 97.342.162 mulheres e 93.390.532 homens, somando 190.732.694 pessoa.

A Organização Internacional para as migrações (OIM) é a agência das Nações Unidas para as migrações, a principal organização intergovernamental global que trabalha com o tema. Fundada em 1951, a organização trabalha em estreita colaboração com governos, outras organizações internacionais e sociedade civil sobre os desafios da migração. Com 166 estados membros, 8 estados observadores, 401 escritórios em 100 países e aproximadamente 9.000 funcionários, dedica-se a promover migração humana e para o benefício de todos, fornecendo assistência e aconselhamento para governos e migrantes (Torelly, 2017) (Do Prado & Coelho, 2015) (Feldman Bianco, 2018).

Com a aprovação da nova lei sobre migração, além das leis sobre asilo e tráfico de seres humanos, sancionadas em 1997 e 2016, o Brasil torna-se referência internacional por seu marco regulatório no referente a migração.

Neste trabalho a proposta é fazer um análise histórico e social das principais migrações no Brasil e a notabilidade da APS como porta de entrada ao SUS e a importância do Médico de Família e Comunidade como especialista em atender pessoas sem distinção de origem, língua, sexo ou religião.

Objetivos

2.1 Objetivo geral

Apresentar a importância da atenção primária em saúde no acolhimento ao imigrante.

2.2 Objetivos específicos

- Relatar o histórico das grandes migrações para o Brasil no século XVI e XXI.
- Descrever características de saúde pública no contexto de acolhimento ao imigrante.
- Apontar a notoriedade da Medicina de Família e Comunidade e suas ferramentas no acolhimento aos imigrantes.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, por meio de uma revisão de literatura, onde a fundamentação teórica foi a as bases de dados brasileira SCIELO, os Cadernos de Saúde Pública, a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministerio de Saúde e IBGE além de pesquisas em material jornalístico. Os descritores pesquisados foram: “Imigração e saúde”, “Atenção primária a saúde”, “Medicina de Família e Comunidade”.

Utilizou-se ainda os livros Tratado de Medicina de Família e Comunidade (Gusso & Lopes, 2012) e Medicina Centrada na Pessoa (Stewart, 2017) que desempenham grande papel na formação do Médico de Família e Comunidade. Aliado à busca de fundamentação teórica, mostra-se ainda do MFC através de experiências enquanto residente de Medicina de Família e Comunidade.

O acesso e coleta foram realizados no período de Janeiro de 2022 até Novembro de 2022.

Histórico das grandes migrações para o Brasil

Pode-se considerar o início da migração para o Brasil o ano de 1530; a colonização portuguesa incentivou o plantio de açúcar. No entanto em meados do século XIX a advinda de migrantes não portugueses intensificou-se na regência de Dom João VI, isto fundamentado

no enorme tamanho do território brasileiro e os plantios de café (SMITH, 1990.). No século XX observou-se a migração de mão de obra qualificada (italianos, alemães, japoneses) e no século XXI uma migração do tipo “humanitária” onde o Brasil acolhe populações migrantes de países em situação de calamidade (Colômbia, Haiti, Bolívia, Venezuela, Paraguai).

A necessidade do povoamento do Brasil Colônia (século XVI e o início do XIX) trouxe migrantes da elite portuguesa –nobres intelectuais–necessários pro funcionamento administrativo e migrantes de regiões carentes da Metrópole em procura de terras e fortuna; porém também abriu espaço pro mercado de escravos negros da África, usados como mão de obra nas lavouras de açúcar, café e cacau (Ibge, 2000) (Vangelista, 1991.). Estima-se que aproximadamente 4 milhões de escravos e escravas chegaram ao Brasil (Marinucci, 2001) (Silva, 1826) (Marquese & Tomich, 2009).

Assim como os índios, perderam o direito de ir e ficaram confinados entre a senzala e o trabalho. A única mobilidade possível resultava da venda dos senhores, das perigosas fugas e andanças dos negros quilombolas. Há casos de escravos, homens e mulheres, movidos pelo desejo profundo de sua pátria, terem conseguido retornar à África, onde ainda conservam bens culturais adquiridos no Brasil (Ibge, 2000) (Marquese & Salles, 2016).

A abolição da escravidão em 1888 muda a postura das elites no poder, incentivando a migração de países europeus. estes qualificados para realização de trabalhos industriais e de manufatura. Os processos de migração mantêm-se ligados ao continente europeu e ao século XIX, em particular ao período de 1875. Assim, a chegada das comunidades de imigrantes no Brasil se dá diretamente à migração

italiana, mantendo a ideia de migração substituindo o trabalho escravo (Lia & Radunz, 2016) (Marinucci, 2001) (Soares, 2011).

Os processos migratórios dos séculos XIX e XX correspondem a um redimensionamento das formas de produção agrícola comercial e caracterizam uma trajetória de transformação cultural dos envolvidos neles. Uma nova identidade foi formada para a população local através desta experiência de migração (Lia & Radunz, 2016) (Cano, 2007).

O senador paulista Nicolau de Campos Vergueiro foi o primeiro dono de fazenda, em estimular a vinda de imigrantes para trabalhar na cafeicultura. Os primeiros imigrantes: o senador paulista Nicolau de Campos Vergueiro foi o primeiro fazendeiro a trazer imigrantes para trabalhar na cafeicultura. Esses imigrantes eram contratados em regime de parceria; davam ao proprietário uma parte da colheita e ficavam com outra parte. No entanto, eram enganados e muito explorados pelos fazendeiros. Eles trabalhavam do nascer ao pôr do sol e eram tratados como escravos. Como resultado os imigrantes se unem e se revoltam contra a exploração violenta de que são vítimas. A consequência foi o completo fracasso do sistema de parceria, que em princípio desencorajava a chegada de novos imigrantes. (Cotrim, 1994). A cafeicultura não podia mais contar com mão de obra escrava, por causa do aumento da demanda pelo produto em formas de produção mais modernas. O trabalho livre era a única solução. A migração seria a melhor alternativa, mas sem cair nos erros do senador Vergueiro (Pedro & Lima, 2004).

Além disso, o trabalho dos imigrantes trouxe benefícios muito importantes para o sul do Brasil. Não tinha a função oficial de substituir o trabalho escravo, mas fomentou uma euforia

em ter trabalhadores brancos, principalmente domésticos (Lia & Radunz, 2016) (Gonçalves, 2017) (Gebara, 1986).

Mas não se pode esquecer a imigração de outros grupos que contribuíram para a diversidade religiosa e religiosa do Brasil; os turcos, os holandeses, os japoneses, os chineses, os sírio-libaneses, os judeus, etc. Em geral, a combinação de fatores como crises econômicas, guerras, conflitos, envolvimento políticos, trazem essas pessoas a novas terras fugindo dos seus países de origem (Marinucci, 2001) (Martins, 1973) (Skidmore, 1976).

No século XX, ocorre a institucionalização da migração com a criação pelo Decreto-Lei n.º 406, de 4 de maio de 1938 do Conselho de Imigração e Colonização, com o objetivo de coordenar e sistematizar todos os assuntos relacionados à imigração, colonização e concentração de estrangeiros no país. Foi extinto em 1954, quando foi fundado o Instituto Nacional de Imigração e Colonização (Abreu, 1996).

A criação do conselho fazia parte de um conjunto do qual, nos anos 1930, mudou toda a legislação de imigração. Essa mudança foi consequência natural do forte fluxo de imigrantes para Brasil, provocado pelos eventos ocorridos na Europa na Primeira e Segunda Guerra Mundial (Abreu, 1996). (Ibge, 2000) (Figuerdo & Zanelatto, 2017).

Muitos estudos também buscaram estabelecer o desempenho do conselho no pós-guerra e indicavam a adoção de legislação mais liberal para os estrangeiros e o favorecimento dos “imigrantes europeus brancos (Abreu, 1996) (Marinucci, 2001).

O conselho estabeleceu os princípios gerais da política imigratória brasileira, dentre os quais se destacam: os fluxos imigratórios de origem europeia devem ser considerados indesejáveis; a

seleção de imigrantes deve ser feita de forma a admitir principalmente trabalhadores rurais, técnicos e classificados, e a distribuição dos diferentes grupos de imigrantes deve ser orientada pelo governo, levando em consideração conta o clima, capacidade e padrão de vida do imigrante (Cortés, 1957) (Abreu, 1996).

O Instituto Nacional de Imigração e Colonização (INIC) foi criado pela Lei nº 2.163, de 5 de janeiro de 1954. Cabia ele orientar e promover a seleção, a entrada, a distribuição e a fixação de imigrantes no país. 70% dos imigrantes que entravam no país destinavam-se à agricultura (Cortés, 1957) (Abreu, 1996).

Nos anos 50, 60 e 70 observa-se diminuição da entrada de estrangeiros ao país, fruto do período de austeridade decretada pelo regime militar (Torelly, 2017) (Marinucci, 2001).

O pobre crescimento do Brasil nos anos 80. Caracterizaram um interesse de brasileiros para migrarem, fazendo do Brasil um país de emigração. Mais de 600.000 pessoas saíram do país, com destino a Estados Unidos, Japão, Bolívia, Paraguai e Uruguai (Figueredo & Zanelatto, 2017) (Brzozowski, 2012).

As correntes migratorias mudaram dos anos 1990 e mediados dos 2000, nesses anos a maioria dos migrantes eram de empregadores e pesquisadores de países desenvolvidos (Bermudez, 2022).

Migrantes da Latinoamerica representam a maioria daqueles que entraram no país durante a última década (2011 a 2019); Entre os imigrantes de longo termo, que fixam residência e se estabelecem por aqui, a Venezuela lidera (142.250), seguida de Paraguai (97.316), Bolívia (57.765), Haiti (54.182) e Colômbia (35.562). Somados, eles são 53% do total de registros (Lima, 2021) (Noticias R7, 2021)

No dia 11 de janeiro de 2010, um sismo de magnitude 7.2 na escala de Richter atingiu Haiti, uma ilha no Caribe, matando 300.000 mil pessoas e gerando uma calamidade humanitária sem precedentes neste país; Nesse mesmo ano o país foi atingido por uma epidemia de cólera, (Lara, 2021). A política externa brasileira, interesses de empresas nacionais e imagem acolhedora do país e a presença do MINUSTAH Missão das Nações Unidas para a Estabilização do Haiti, criada em 2004 e chefiada pelo Brasil incentivaram a migração haitiana pro Brasil. (Marcos, 2021) (Figueredo & Zanelatto, 2017).

A segunda metade da década (2015-2019) foi marcada pela migração venezuelana. Na década de 2010-2020, os fluxos migratórios, chamaram-se de migração de crise, independentes do momento econômico do país. Venezuela por ser um Estado vizinho, passou a receber grande número desses migrantes (Lima, 2021). Porém a barreira da língua funciona com uma limitação a migração; dos 7.1 milhões de venezuelanos fora do seu país de origem (20 % do total da população), 365.000 migraram pro Brasil, sendo este o sétimo país a receber estes migrantes em quantidade (Bermudez, 2022) (UNICEF, 2019) (HRW, 2018).

Quanto aos imigrantes, atualmente em situação regular, no Brasil, é importante mencionar que eles permanecem menos de 1% do total da população brasileira (Marinucci, 2001) (Teixeira, 2020).

Políticas de saúde pública relacionados ao atendimento da população imigrante

No período do Brasil Colônia-Império, o Estado português visava a tarefa de estabelecer intervenções nas cidades com alto nível do comércio e importação de escravos. Os portos e os armazéns de desembarque de escravos ficavam longe das cidades em locais apartados,

onde eram separados por doentes e não doentes, evitando a mistura com a população local (Moreira, 2018) (Machado, 1978).

Estudos históricos e antropológicos destacam os vínculos com as ideias de “branqueamento” do brasileiro ao misturar populações locais com populações brancas de origem europeia, visando o aprimoramento da “raça”. Esta reflexão baseou-se em ideias de diminuição da população negra em relação à população branca por razões associadas: a suposta baixa fertilidade dos mulatos negros, uma suposta inferioridade intelectual, uma incidência maior de doenças nesta população e a desorganização na tradição portuguesa de mestiçagem, dada pela imigração europeia (Granada, 2017) (Lia & Radunz, 2016).

O século XIX marca para o Brasil um processo de transformação política e econômica que alcança o âmbito da Medicina, iniciando duas de suas características: a penetração na sociedade, que incorpora o meio urbano como cenário de reflexão e da prática médica, e a situação de apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado (Moreira, 2018).

A medida que o processo imigratório se intensificou nos Estados do Sul e Sudeste do Brasil, surgiram as epidemias de febre amarela nas cidades do interior. Ademais, os imigrantes traziam doenças novas, como a cólera, a escarlatina e o tifo (Granada, 2017) (Moreira, 2018) (Rebello, 2013) (Rebello, 2018).

Novas práticas de defesa da saúde nos portos proporcionaram maior segurança para as autoridades e a população no combate às epidemias; uma profilaxia mais “racional”, governada por cientistas estabelecidos e regulamentos de saúde. Assim como as necessidades de isolamento, desinfecção, inspeção, exames e todos os tipos de suspeitas geradas pelo processo de imigração (Rebello, 2018) (Loureiro, 2004).

Se fez necessário proteger os imigrantes das doenças e os serviços sanitários recém fundados realizaram investigações sobre epidemias e doenças. Os trabalhos de Adolfo Luiz, Emilio Ribas, Oswaldo Cruz sobre a aplicação de medidas sanitárias e o combate intensivo contra a epidemia principalmente de febre amarela e outras doenças endêmicas (Moreira, 2018) (Almeida, 1999-2000).

É de extrema importância entender o papel da Febre Amarela no desenvolvimento da saúde pública e o atendimento aos migrantes trabalhadores estrangeiros vindos para lavoura no Brasil; propagando ideais sanitaristas preventivas; a dieta do brasileiro composto por cereais, carne seca e carne de porco diferente dos costumes alimentícios europeus, deram uma má reputação aos trópicos como clima insalubre e fonte de doenças (Berlinguer, 1987).

Porém essa mesma doença que mata e deixa doentes e incapacitados milhares de trabalhadores, incentiva a criação de grandes referentes da Higiene no país; O Instituto Soroterápico Municipal em 1900 (Atual Bio-Manguinhos/Fiocruz), referente Nacional e Internacional em elaboração de produtos biológicos e pesquisa básica aplicada (Fiocruz, 2022).

O cenário dos anos 20, em tempos do Serviço de Profilaxia Rural, ente criado com o dever de controlar as grandes endemias das regiões agrárias (onde chegavam principalmente os migrantes europeus e asiáticos): a ancilostomose, a malária e a doença de Chagas (Moreira, 2018). Entretanto observamos a negligência dos governos da época com as doenças que atingiam aos negros (Tuberculose e varíola) em comparação as doenças que atingiam os migrantes recém instalados no país, como a febre amarela (Granada, 2017).

Numa época em que a febre amarela era a mais frequente e a mais letal das epidemias que afetavam e matavam principalmente estrangeiros, a defesa dos fluxos migratórios era um dos eixos norteadores das ações de saúde pública. A organização autoritária do Estado brasileiro não dava espaço à implantação de ações individuais de assistência à saúde, sempre reivindicado pela população urbana e rural. Foi com o desenvolvimento da medicina de previdência social do país, nos anos de 1930, que as ações assistenciais se generalizaram (Telarolli, 1996) (Marinucci, 2021) (Figueredo & Zanelatto, 2017).

Nas próximas décadas o fluxo migratório diminui e as políticas públicas de saúde entram num processo de consolidação de atenção ao trabalhador formal e se mantém praticamente as formas sanitaristas de combate à doença. Até os anos 80 com o fim da ditadura e o início da redemocratização e criação do Sistema Único de Saúde; sendo universal gratuito e produto de uma ampla discussão da sociedade brasileira (Mota, 2014).

Observamos o Brasil como receptor de migrantes no início e meados do século XX, porém até meados dos anos 1980, não se apresentaram grandes fluxos migratórios, e com a crise do capitalismo mundial e interrupção da vinda de inversores estrangeiros no país podem ser as causas apontadas como fatores desse cenário que estendeu-se até meados da década de 1990 (Figueredo & Zanelatto, 2017).

Um aumento da migração internacional no Brasil só pode ser observado a partir dos anos 2000, aumentando a partir de 2005, a região também passou a receber imigrantes em busca de trabalho e sobrevivência em lugares culturalmente muito distintos (Granada, 2017) (Fernández, 2018).

As questões relacionadas à saúde no contexto da migração são fundamentais para uma análise das condições de qualidade de vida e inclusão social nesse processo. Chegar a um país com códigos culturais diferentes, condições muitas vezes desfavoráveis de trabalho e organização política de saúde diversificada fez e ainda faz saúde e acesso à sua assistência uma central para entender a chegada e permanência de milhares de pessoas no Brasil (Torelly, 2017) (Bassanezi & Beozzo, 1995).

A atenção à saúde e o direito de acesso à política nacional de saúde são questões que ressurtem nesse contexto, visto que parece haver uma das estratégias de ação do Estado frente às demandas de saúde dos grupos de imigrantes (AGUIAR, 2013).

Pesquisas recentes e análises fazem da questão da imigração e saúde uma das questões atuais ligadas aos direitos humanos. Segundo as Nações Unidas, os conflitos internacionais e naturais aparecerão, nas próximas décadas, como os fatores mais relevantes da imigração forçada e, com as perspectivas de globalização do trabalho, serão já agendadas políticas respondendo às demandas de saúde de pessoas que deixam seus países de origem como tem acontecido na última década (Aguiar, 2013) (Mota, 2014).

A Constituição brasileira, em seu artigo 5.º, estabelece a igualdade entre brasileiros e estrangeiros residentes nos quais garante o acesso às políticas públicas de saúde aos imigrantes; Diferenças culturais e línguas pode ser uma fonte de estigma nos países de acolhimento, e as vulnerabilidades sociais do estatuto indeterminado dos cidadãos constituem obstáculos ao sistema de saúde (Santos, 2016).

Porém o Sistema único de Saúde tem respondido às exigências impostas por um inesperado número de novos usuários, dados os princípios doutrinários que o fundamentam.

O papel do médico de família e comunidade na atenção primária à saúde no acolhimento ao imigrante

A declaração de Alma Ata sobre cuidados primários no ano de 1978 formulou vários enunciados fundamentais para o desenvolvimento da APS; estabelecia enfaticamente que a saúde é um direito humano fundamental e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - era um objetivo mundial. A promoção e proteção da saúde das pessoas contribuiriam para melhorar a qualidade de vida. Os cuidados oferecidos pela atenção primária à saúde justificavam-se como peça chave. Cuidados baseados em métodos e tecnologias práticas, com cunho científico e aceitáveis socialmente, dispostas universalmente para indivíduos e famílias da comunidade. Com um custo realista para manter o seu desenvolvimento (MS, 2002).

A atenção primária seria pilar do sistema de saúde do país, representando o primeiro nível de contato dos indivíduos, sendo levado o mais perto possível onde as pessoas moram, trabalham e convivem; constituindo o elemento primário do cuidado continuado de assistência em saúde (MS, 2002).

A atenção primária à saúde tem como atributos essenciais atendimento de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e como atributos derivados orientação familiar e comunitária e competência cultural. Esses atributos na Estratégia Saúde da Família, são um esforço político-governamental para mudar o modelo de atenção de dentro do contexto do SUS (Oliveira & Pereira, 2013)

O médico de família e comunidade – especialista que presta cuidados personalizados e continuados a indivíduos e famílias de uma determinada população independentemente da idade, sexo ou problema de Saúde- inserido na política pública da ESF e a APS, forma uma tríade fundamental para desenvolver o método centrado na pessoa (Stewart, 2017) (Gusso & Lopes, 2012).

Quer-se apontar rapidamente possíveis contribuições que os médicos de família podem dar ao desenvolvimento da atenção primária à saúde e do SUS no Brasil. Uma primeira contribuição diz respeito à consolidação e à qualificação das residências em Medicina de Família e Comunidade, que tiveram um aumento importante de vagas após a implantação dos Mais Médicos com a criação de 4.700 vagas, nos últimos três anos. Ingressar na preceptoría dessas residências, investir em sua própria formação docente, pressionar pela melhoria dos campos de prática parece ser tarefa central neste momento do país para garantir a consolidação de modelo de atenção à saúde centrado na atenção primária à saúde. (COELHO N, 2019).

Neste contexto a Medicina de família e Comunidade pode construir caminhos para resolução da saúde dos migrantes onde deve-se necessariamente incluir uma visão da sociedade baseada em direitos e política social. Assim, a organização do setor saúde reconheceria a universalização do acesso aos serviços para os imigrantes. De forma complementar, é necessário garantir cuidados de saúde aos imigrantes em estruturas baseadas em ações competentes, que permitam o acolhimento de grupos de imigrantes com concepções e práticas de saúde normalmente diferentes das ambiente sociocultural em que vivem e se movimentam(-Mota, 2014).

É importante que os médicos de família e comunidade reconheçam que possuem um conjunto de premissas e valores centrais que influenciam o seu comportamento e a sua interpretação do que é dito pelos outros. Devido a essa complexidade, esses aspectos precisam estar na discussão do processo saúde-doença e na construção do plano de cuidado compartilhado (Gouveia, 2019).

O reconhecimento das características culturais dos grupos sociais e suas diferentes necessidades e concepções do processo saúde-doença é um importante atributo derivado da atenção primária: a competência cultural. Através deste atributo, é possível desenvolver ligações fortes com indivíduos e famílias alvos de cuidados de saúde, para alcançar maior satisfação, diagnósticos mais precisos e uma maior adesão ao tratamento (Starfield, 2010).

Num questionário de 22 perguntas feito por um grupo de pesquisadores em Ibero América (Fernández, 2018) , abrangendo 13 países da região, chegou-se à conclusão proposta pelo Grupo de Trabalho sobre Migração e Saúde da VII Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família de:

- 1) Reconhecer o direito à saúde dos migrantes e suas famílias.
- 2) Incorporar em cursos de graduação, pós-graduação e educação continuada, as competências necessárias para o atendimento integral dos migrantes e suas famílias.
- 3) A criação de um observatório da saúde dos migrantes.

A Espanha é o único país com um papel definido do Médico de Família e Comunidade no atendimento à saúde o migrante; porém faz-se a necessidade de individualizar e personalizar à atenção ao paciente imigrante. Um prontuário

médico que inclua aspectos relacionados ao processo migratório e uma exploração física minuciosa para chegar ao diagnóstico nestes pacientes. Também é importante o acolhimento aos problemas psicológicos, socioculturais e religiosos que possam influir na vida da pessoa e sua família, lembrando o processo de migração como um acontecimento vital estressante, devendo estar atento à apresentação de quadros psiquiátricos graves (Fernández, 2018).

No Brasil experiências na APS com o papel dos MFC trouxeram uma maior resolução de problemas dos imigrantes, um maior número de mulheres e crianças acolhidas e equipes mais preparadas e treinadas no acolhimento ao imigrante (Cardoso, 2020) (García, 2020) (Campos, 2022) (Losco, 2021).

O médico de Família e Comunidade ao atender um imigrante deve ser capaz de ofertar um atendimento médico, culturalmente apropriado, eficiência clínica competente culturalmente, flexível, ser sensível e respeitoso (Fernández, 2018). Essas são as características e qualidades ter em conta num profissional médico disposto atender quaisquer populações seja esta migrante ou não, sendo parte fundamentalmente do programa de residência médica de Medicina de Família e Comunidade.

Conclusões

Concluimos assim que a migração é um fenômeno complexo cujos dados reais são difíceis de se conhecer por conta de fatores como o elemento clandestinidade presente no processo migratório. Para o migrante ser clandestino viver nas sombras, ser “underground”, à margem da sociedade - é uma estratégia muitas vezes utilizada mas também, por vezes, imposta à grande maioria destes, em geral vulnerável e exposta à exploração e carente em relação ao acesso aos serviços básicos.

A revisão histórica da imigração desde o descobrimento do país objetiva deixar clarividente que o Brasil é conformado por povos de muitas nações, elucidando assim que um país construído por tantas nacionalidades deve se saber diverso. Os que advogam pelo fechamento das fronteiras precisam se dar conta que suas raízes genealógicas tem uma conformação multicultural. Talvez, assim, possam finalmente entender que são uma gota d'água num rio comprido e largo chamado mundo. Um mundo que estará sempre mudando como a vida, apesar dos que insistem em se enclausurar e fechar suas fronteiras contra a migração.

Os grandes fluxos migratórios devem ser encarados como uma oportunidade de construção de uma sociedade multicultural, democrática e inclusiva. Esses seres humanos que migram por catástrofes sociais, naturais, ou simplesmente em busca de melhoria de vida, não devem ser hostilizados. Afinal, minimamente o migrante oferta sua mão de obra. Seja ela qualificada ou não, com as políticas públicas adequadas se converte em valiosa contribuição para o mercado de trabalho.

Ao mesmo tempo em que o migrante oferece riqueza cultural, aporta para a diversidade do país e oferta sua mão de obra, inegavelmente também consiste em população que demanda por todos os serviços básicos essenciais. No âmbito da demanda por saúde, como solução protagonista está a Atenção Primária em Saúde APS. No Brasil, o acesso à saúde é um direito universal e gratuito. A universalidade significa que deve ser indistintamente garantido não importa a nacionalidade de quem precisa acessar, seja brasileiro, seja estrangeiro, residente ou em trânsito pelo país. A APS como estratégia na atenção saúde caracteriza-se por focar na prevenção, e assim reduzir os custos com o agravamento das doenças. Um benefício ao seu público que se converte em economia para o país em gasto com saúde.

É necessária a formulação de políticas de saúde que contemplem os momentos do processo migratório e suas especificidades. Só assim garantiremos que de fato o acesso à saúde seja universal, como o Brasil e sua Constituição pretendem. Neste contexto está a Medicina de Família e Comunidade - MFC.

O currículo básico da residência em MFC estimula uma linguagem universal extremamente útil na arte do cuidado da saúde, a linguagem do saber escutar. Ser escutado é um ato que dá visibilidade e pro migrante, intrinsecamente ligado com o fator clandestino, significa permitir que o ser humano volte a existir e ter seu va-

lor. Muitos pacientes comparecem às consultas somente para serem escutados, os estrangeiros só para dizer um “oi”, só para contar suas histórias dolorosas (que foram, ou são também as minhas), contar seus relatos de solidão, medo e isolamento.

Assim, não podemos pensar num Sistema Universal de Saúde sem a Medicina de Família e Comunidade, sendo de vital importância o treinamento de profissionais médicos nesta especialização para assim serem capazes de lidar com a atenção primária e garantir o acesso à saúde a todos indistintamente.

Referências Bibliográficas

ABREU, A. A. (1996). Conselho-de-imigracao-e-colonizacao. FGV, CDPOC. Acesso em 29 de novembro de 2022, disponível em <https://www18.fgv.br/CPDOC/acervo/dicionarios/verbete-tematico/conselho-de-imigracao-e-colonizacao>.

AGUIAR, M. E. (2013). Tecnologias e cuidado em saúde: a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o caso do imigrante boliviano e coreano no bairro do Bom Retiro-SP [dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva.

ALMEIDA, M. (NOV-FEV de 1999-2000). Combates sanitários e embates científicos: Emílio Ribas e a febre amarela em São Paulo. HISTÓRIA, CIÊNCIA, SAÚDE- MANGUINHOS, 6(3), 577.

BASSANEZI, M., & BEOZZO, C. (1995). Imigrações internacionais no Brasil: um panorama histórico. Emigração e Imigração Internacionais no Brasil Contemporâneo. FNUA.

BERLINGUER, G. (1987). Medicina e política. Hucitec.

BERMUDEZ, À. (14 de Outubro de 2022). Por qué hay ahora una migración masiva de venezolanos a EE.UU. a través de México. BBC Noticias. Acesso em 2022 de 11 de 21 em <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-63252140#:~:text=Unos%207%2C1%20millones%20de,correspondientes%20a%20septiembre%20de%202022>.

BRZOSOWSKI, J. (AGOS de 2012). Migração internacional e desenvolvimento econômico. Estudos Avançados, 26(75). <https://doi.org/10.1590/S0103-40142012000200009>

CAMPOS, A. e. (2022). Cuidados de enfermagem a pessoas migrantes: encontros interculturais em saúde. Em E.S.C. Rocha, N.N. Toledo, R.M.P. Pina, R.S.F. Pereira, E.S. Souza (Orgs.), Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Acesso em 2022 de 12 de 10, disponível em: <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c08>

CANO, W. (2007). Raízes da concentração industrial em Sao Paulo.UNICAMP. <https://www.economia.unicamp.br/images/publicacoes/Livros/geral/Raizes-da-concentracao-industrial-em-Sao-Paulo.pdf>

CARDOSO, D. A. (2020). Acolhimento e humanização da atenção aos haitianos: uma ação interprofissional. Tempus, actas de saúde colet, Brasília 14(3), 135-142.

COELHO N, G. E. (2019). A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública, 35(1). Acesso em 06 de novembro de 2022, disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170917>

CORTÉS, C. (1957). Instituto-nacional-de-imigracao-e-colonizacao-inic. FGV, CDPOC. Acesso em 29 de novembro de 2022, disponível em <https://www18.fgv.br/CPDOC/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-imigracao-e-colonizacao-inic>

COTRIM, G. (1994). História e consciência do mundo. Saraiva.

DO PRADO, E., & COELHO, R. (2015). Migrações e Trabalho. MPT. http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/BibliotecaDigital/BibDigitalLivros/TodosOsLivros/Livro_Migracoes_e_TrabalhoWEB.pdf

FELDMAN-BIANCO, B. (Agosto de 2018). O Brasil frente ao regime global de controle das migrações: Direitos humanos, securitização e violências. TRAVESSIA - Revista do Migrante, Ano XXXI(83). <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r38868.pdf>

FERNANDEZ, M. R. (2018). A salud de los migrantes y los servicios de salud en Medicina Familiar en Iberoamérica. Revista Bras Medicina Familiar Comunidade, 13(Suppl 1), 84-112. Acesso em 2022 de dezembro de 06 [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1858](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1858)

FIGUEREDO, L. O., & ZANELATTO, J. H. (2017). Trajetória de migrações no Brasil. Acta Scientiarum. Human and Social Sciences, 39(1), 77. Acesso em 29 de novembro de 2022, disponível em <<https://www.redalyc.org/pdf/3073/307350907009.pdf>>

FIOCRUZ. (2022). Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos). Acesso em 30 de novembro de 2022, disponível em <https://portal.fiocruz.br/instituto-de-tecnologia-em-imunobiologicos-bio-manguinhos>

GARCIA D, k. e. (2020). Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública, 36(8), e00087019. Acesso em 2022 de 12 de 10 , disponível em doi: 10.1590/0102-311X00087019

GEBARA, A. (1986). O mercado de trabalho livre no Brasil (1871-1888). Brasiliense.

GONÇALVES., P. (Dez. de 2017). Escravos e imigrantes são o que importam: fornecimento e controle da mão de obra para a economia agroexportadora Oitocentista. Almanack, (17). <https://doi.org/10.1590/2236-463320171710>

GOUVEIA, E. e. (2019). Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. Revista Brasileira de Educação Médica, 43(suppl 1). Acesso em 06 de dezembro de 2022, disponível em <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066>

GRANADA, D. a. (Apr-Jun de 2017). Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 21(61). Acesso em 30 de novembro de 2022, disponível em <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0626>

GUSSO, G., & LOPES, J. (2012). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática. Artmed.

HRW. (2018). O êxodo venezuelano: a necessidade de uma resposta regional a uma crise migratória sem precedentes. WWW.HRW.ORG. <https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/venezuela0918port.pdf>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2000). Brasil: 500 anos de povoamento. Rio de Janeiro, 2000. Apêndice: Estatísticas de 500 anos de povoamento, p. 226. Acesso em 22 de 11 de 2022, disponível em <https://brasil500anos.ibge.gov.br/estatisticas-do-povoamento/imigracao-por-nacionalidade-1884-1933.html>

LARA, R. (14 de Agosto de 2021). Em 2010, terremoto de magnitude similar matou mais de 200 mil pessoas no Haiti. CNN Brasil. Acesso em 2022 de 11 de 21, disponível em <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/em-2010-terremoto-de-magnitude-similar-matou-mais-de-200-mil-pessoas-no-haiti/>

LIA, C. F., & RADÜNZ, R. (Jul-Sep de 2016). Os processos imigratórios dos séculos XIX e XX: diálogos entre o saber acadêmico e a Educação Básica. Educar em Revista, (61). Acesso em 2022 de novembro de 29, disponível em <https://doi.org/10.1590/0104-4060.46330>

LIMA, B. (07 de Agosto de 2021). Latino-americanos são maioria entre estrangeiros no Brasil nos últimos 10 anos. Correio Braziliense. Acesso em 2022 de 11 de 2022, disponível em <https://www.correio braziliense.com.br/brasil/2021/08/4946194-dados-da-imigracao.html>

LOSCO, L. e. (2021). Atenção Primária em Saúde para imigrantes bolivianos no Brasil. Interface (Botucatu). Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 25. Acesso em 2022 de 12 de 10, disponível em <https://doi.org/10.1590/interface.200477>

LOUREIRO, A. J. (2004.). História da medicina e das doenças no Amazonas. Impresso nas oficinas da gráfica Lorena.

MACHADO, R. E. (1978). Danação da Norma; Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil. Graal.

MARCOS. M., S. (21 de setembro de 2021). Mesmo com cenário desfavorável, imigrantes haitianos seguem buscando o Brasil. Por quê? Jornal da USP. Acesso em 24 de 11 de 2022, disponível em <https://jornal.usp.br/ciencias/mesmo-com-cenario-desfavoravel-imigrantes-haitianos-seguem-buscando-o-brasil-por-que/>

MARINUCCI, R. (14 de novembro de 2001). O fenomeno migratorio no Brasil. Acesso em 2022 de 11 de 29, disponível em <https://www.migrante.org.br/migracoes/o-fenomeno-migratorio-no-brasil/>

MARQUESE, R., & SALLES, R. (2016). A escravidão no Brasil oitocentista. Civilização Brasileira.

MARQUESE, R., & TOMICH, D. (2009). O Vale do Paraíba escravista e a formação do mercado mundial do café no século XIX. Em K. GRINBERG, R. SALLES, (orgs.). O Brasil imperial, volume II: 1831-1870. Civilização Brasileira.

- MARTINS, J. d. (1973). A imigração e a crise no Brasil agrário. Livraria Pioneira Editora.
- MOREIRA, G. (2018). ORIGEM DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: DO BRASIL-COLÔNIA A 1930. Acesso em 30 de NOVEMBRO de 2022, disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf>.
- MOTA, A. e. (2014). Saúde e História de Migrantes e Imigrantes. Direitos, Instituições e Circularidades. Acesso em 30 de novembro de 2022, disponível em https://www.fm.usp.br/museu/conteudo/museu_132_colecao_med_saud_hist_vol_5.pdf
- MS. (06 de fev de 2002). Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. Acesso em 30 de novembro de 2022, disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
- OLIVEIRA, M. A., & PEREIRA, I. C. (2013). Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. . Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 66, 158-164.
- PEDRO, A., & LIMA, L. d. (2004). História da civilização ocidental. FTD.
- NOTÍCIAS R7 (24 de Janeiro de 2021). Crescem pedidos de naturalização de estrangeiros haitianos lideram. Acesso em 21 de 11 de 2022, disponível em <https://noticias.r7.com/brasil/crescem-pedidos-de-naturalizacao-de-estrangeiros-haitianos-lideram-25012021>
- REBELO, F. (July-Sept de 2013). Entre o Carlo R. e o Orleannais: a saúde pública e a profilaxia marítima no relato de dois casos de navios de imigrantes no porto do Rio de Janeiro, 1893-1907. Hist. cienc. saúde-Manguinhos, 20 (03). Acesso em 30 de novembro de 2022, disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-597020130003000003>
- REBELO, F. e. (Jan-Mar de 2018). Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. Saúde sociedade, 27(1). Acesso em 2022 de novembro de 30, disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170870>
- SANTOS, F. (2016). A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de transporte brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 23(2), 477-494.
- SILVA, J. E. (1826.). Memória sobre a escravatura e projeto de colonização de europeus, e pretos da África no Império do Brasil. Typographia de Plancher.
- SKIDMORE, T. E. (1976.). Preto no Branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro. 2ª ed. Paz e Terra.
- SMITH, R. (1990.). Propriedade da terra e transição: estudo da formação da propriedade privada da terra e transição para o capitalismo no Brasil. Brasiliense.

SOARES, W. M. (JAN-JUN. de 2011). ITALIANOS NO BRASIL: SÍNTESE HISTÓRICA E PREDILEÇÕES TERRITORIAS. FJP. <http://repositorio.fjp.mg.gov.br/bitstream/123456789/3503/1/Italianos%20no%20Brasil.pdf>

STARFIELD, B. (2010). Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Tradução: Anelise Teixeira Burmeister. Artmed.

Stewart, M. e. (2017). Medicina centrada na pessoa : transformando o método clínico. RIA. Acesso em 2022 de dezembro de 06, disponível em <https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/1319>

TEIXEIRA, L. B. (18 de AGOSTO de 2020). O Brasil tem pouco imigrante: presença estrangeira no país hoje é uma das menores da história e do mundo. Mesmo com os venezuelanos chegando. UOL Notícias. <<https://www.uol.com.br/noticias/especiais/imigrantes-brasil-venezuelanos-refugiados-media-mundial.htm#o-brasil-tem-pouco-imigrante>>.

TELAROLLI Jr., R. (1996). Immigration and epidemics in the State of São Paulo. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, III(2), 265-283.

TORELLY, M. e. (2017). Visões do contexto migratório no Brasil. Portal de Imigracao. Acesso em 29 de novembro de 2022, disponível em https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/publicacoes/visoes_do_contexto_migratorio_no_brasil_VOLUME1.pdf

UNICEF. (2019). Crise migratória venezuelana no Brasil. <<https://www.unicef.org/brazil/crise-migratoria-venezuelana-no-brasil>>

VANGELISTA, C. (1991.). Os braços da lavoura: imigrantes e caipiras na formação do mercado de trabalho paulista (1850-1930). Hucitec/Istituto Italiano di Cultura/Istituto Cultural Ítalo-Brasileiro.

CULTURAL AWARENESS THROUGH TASK BASED LEARNING USING AUTHENTIC MATERIALS

Luis Carlos Martínez Méndez¹, Sally Alexandra Pedraza González²

Abstract

The document examines the literature review found in the research project “cultural awareness through task-based learning using authentic materials” conducted by Luis Martinez and Sally Pedraza as an investigation thesis for the master program in bilingual education and applied linguistics at Fundación Universitaria Juan N. Corpas in Bogota Colombia. This review shows the relation among the studies, as well as the relevant findings, possible gaps, and conclusions of each study. The research project already mentioned, is an analysis of how future English teachers can benefit of the inclusion of culture while they are in formation. In order to support the objective of the project, several studies were examined in different levels. Therefore, the following pages show the different studies in a local, national, and an international level. On the other hand, the main objective of the present review is to show and examine the studies that build up the state of the art section of the project mentioned earlier. Additionally, the findings of this analysis, show that as a matter of fact, there have been several studies connected to the use of authentic materials within the English teaching field, as well as studies questioning the role of cultural awareness along the process of learning and teaching English as a second language. The most relevant discovery is that this the research project “cultural awareness through task based learning using authentic materials” is feasible and would provide an interesting approach on the teaching ESL role.

Keywords: cultural awareness, task-based learning, language instruction, English as a second language (ESL), authentic materials.

Historial del artículo

Fecha de recibido: 25-01-2023 | Fecha de aceptado: 31-05-2023

© 2023 Fundación Universitaria Juan N. Corpas. FUJNC.

Artículo Open Access bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

DOI: 10.26752/revistaparadigmash.v5i1.674

¹ Licenciado en idioma extranjero inglés. Estudiante de la Maestría en Lingüística Aplicada y Educación Bilingüe. Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Bogotá, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: luisc-martinez@juanncorpas.edu.co

² Licenciado en idioma extranjero inglés. Estudiante de la Maestría en Lingüística Aplicada y Educación Bilingüe. Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: sally-pedraza@juanncorpas.edu.co

CONCIENCIA CULTURAL A TRAVÉS DEL APRENDIZAJE BASADO EN TAREAS UTILIZANDO MATERIALES AUTÉNTICOS

Resumen

Este documento examina la revisión literaria que se encuentra en el proyecto de investigación que lleva por nombre “Cultural awareness through task-based learning using authentic materials”, realizado por Luis Martínez y Sally Pedraza como tesis de investigación para la maestría en educación bilingüe y lingüística aplicada de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas en Bogotá Colombia. El documento muestra la relación entre los diferentes estudios, además de los resultados más relevantes, posibles vacíos y conclusiones de cada estudio. El proyecto de investigación anteriormente mencionado es un análisis de como los futuros profesores de inglés pueden beneficiarse de la inclusión de la cultura mientras aún se encuentran en formación. De manera que, en las siguientes paginas se presentan los estudios en un nivel local, nacional, e internacional. Por su parte, el objetivo principal de la presente revisión es mostrar y examinar los estudios que conforman el apartado de estado del arte del proyecto mencionado anteriormente. Además, los hallazgos de este análisis muestran que, de hecho, ha habido varios estudios relacionados con el uso de materiales auténticos dentro del campo de la enseñanza del inglés, así como estudios que cuestionan el papel de la conciencia cultural a lo largo del proceso de aprendizaje y enseñanza del inglés como segunda lengua. El descubrimiento más relevante es que este proyecto de investigación “Conciencia cultural a través del aprendizaje basado en tareas utilizando materiales auténticos” es factible y proporcionaría un enfoque interesante sobre el papel de la enseñanza de ESL.

Palabras clave: conciencia cultural, aprendizaje basado en tareas, enseñanza de inglés, inglés como segundo idioma (ESL), material auténtico.

Introduction

The research project aims to strengthen English learning process through the use of authentic materials with English teachers in training. It was conducted using Task- Based-Learning (TBL) approach in order to provide them with different cultural input through the development of tasks. According to Wahyu (2019) TBL “can help students place themselves in situations such as in the real world” (p. 21), that means that through the implementation of this approach, students will have the possibility to express themselves in the target language experienced real-life situations. Also, Nunan (2004) said while students are being exposed TBL approach, “their attention is focused on mobilizing their grammatical knowledge in order to express meaning” (p. 2), in that way they are more engaged in what they want to say than in the use of grammar itself.

On the other hand, culture and the way people use to interchange their ideas through communication, it is a relevant aspect to be considered along the development of the project. It is a fact that every individual makes part of a specific place in the world and every place whether called country, city, or region has its own characteristics and they are related to cultural aspects which are proper from this place. Therefore, according to Bryam, M (as cited in Cardenas, 2018) this is called intercultural competence and it is an ability that helps individuals understand their own and others’ beliefs, conceptions and behaviors, in order to live in harmony, but also to challenge and change themselves; making of it a possibility to learn from and improve the social conditions they live in to create an impact on society. Hence, intercultural competence builds up the ability of individuals to learn and interact with their reality. On the other hand, Wang (2018) states that “It’s of great significance to enhance students’ cultural awareness so as to cultiva-

te and improve their linguistic competence”, in this way as they become more conscious about the cultural diversity that surrounds them, they will be more willing to interpret certain cultural meanings from each region they are exposed in class.

Finally, it is important to mention the relevance that authentic materials have in this project, since they will be the main resources to use through the development of the different activities designed to carry out the class. Thus, Nunan (1989) defined authentic materials as “the materials which have been produced for purposes other than to teach language” (p. 23). That means that as other kinds of resources aimed to teach English, these ones do not have that purpose; they are not design with pedagogical purposes and also for certain kind of audience in their target language and based on daily life.

However, the use of authentic materials can represent a little disadvantage if they are not used in a proper way; Richards (2006) stated that “authentic materials often contain difficult language, unneeded vocabulary items, and complex language structures, which can often create problems” (p. 20). In this way it is crucial to be aware about the kind of authentic material to be used in class. It also needs to be selected taking into account some aspects such as, students’ interest and English level, among others.

Methodology

The information to be examined, will be gathered taking as a based the collection of studies that were used to support the research project previously mentioned. Each study was analyzed in a deep way. The relevant aspects appreciated in every study are the cultural content, and the use of authentic materials. Those

aspects are relevant since the research project upon this document is built on has as main pillars those two factors.

Moreover, the studies to be examined are research projects also conducted by professors and scholars that have been working on teaching development, therefore, the studies are found within the educational field.

The purpose of the deep analysis is to identify the most relevant findings, as well as possible gaps, and conclusions of each study. Nonetheless, it is of pivotal importance to mention the relation each study has with the research project “cultural awareness through task based learning using authentic materials”. Every single work provided essential information for its proper support and development.

Among the local studies there were found two researches; the first one is called Materials to Develop Intercultural Communicative Competence in an EFL Context, written by Cárdenas (2018) and the second is Improving Reading Comprehension in ninth graders through pre, while and post reading strategies using authentic materials published on Facebook by Becerra & Rodríguez (2016).

The first research project referred to the materials to develop intercultural communicative competence in an EFL context. This study aimed to promote the intercultural communicative competence through the implementation and adaptation of materials for cultural awareness with eleventh graders at a public school. The research method used was action research and the instruments were worksheets with cultural content: a survey, artifacts, and teacher’s journal. Within the conclusions, they found that the inclusion of cultural topics with a variety of activities made students feel comfortable with the use of those materials causing an innovation inside the classroom.

Along the analysis of the second study, it is found that the main objective was to improve reading comprehension of ninth graders, using technology, authentic materials, and the social network Facebook, the name of the study is “Reading Comprehension in ninth graders through reading strategies using authentic material on Facebook”. Researchers used action research to develop the project. After implementing their strategies that consisted on posting English teaching content on the Facebook profile of the students, and analyze the result through evaluation. It was found that authentic materials published on the social network Facebook, were useful to raise students’ interest upon reading. Moreover, since learners were exposed to a greater amount of foreign language, they were able to use their phones to support their comprehension process. That is to say that inclusion of the technology in the study was a useful technique.

Taking into account what was previously mentioned, it is possible to evidence the relation of these two studies with the main research project. Both studies work with materials to teach. Moreover, the second study provides a general glance on how to work with authentic materials. The first study provides information on the intercultural competence among the students. However, it is important to mention that some gaps were evidenced in the studies. Neither of the studies showed the curriculum proposed by the teacher. In the second study, the authors decided to work with a social network such as Facebook, and this according to current school policies this is not appropriate. Moreover, when working with technology, it might be wrong to assume that all the learners have the possibility to access technology.

On the other hand, there were collected some national studies; the first one is called Board-games to foster Colombian cultural awareness inside the EFL classroom, written by Martínez

Méndez and Gamboa (2017). The other one is the Impact of Authentic Material and Tasks on Students' communicative competence at a Colombian Language School by Castillo and Osorio (2016).

The first research project analyses the inclusion of Colombian Culture inside the EFL classroom. The researcher states that the material used to learn English by the participants of the project is based on culture of foreign countries. One relevant aspect of the study along its development is the didactic way used to implement the Colombian culture. Taking into account the best way for students to learn, it was decided to adapt a series of board games so that students could play and at the same time learn English having as context their own culture. The study was conducted under action research with students of eight grade at Pio XII high school in Guatavita, Colombia. This study provided an insight on how to use authentic materials to teach English, and it also showed that when students are aware of their own culture, the learning process become meaningful and knowledge is easier to be acquired.

The objective of the second study was to analyze the impact of the use of authentic materials and tasks on the students' communicative competence in an A2 level English course in a Colombian public university. The research method used was a mixed study composed of a quasi-experimental research design and descriptive-qualitative through pre and post-test, observations, semi-structured interviews, surveys and diaries. It was found that the implementation of authentic materials and authentic tasks, in the context of a pedagogical project, influenced the improvement of the communicative competence of students and the pedagogical practice of the teacher in charge of the experimental group.

The analysis done to the previous studies, provide information on how to work with culture within an educational environment. Furthermore, one of the studies also provides an overview on how to include authentic materials to work on the communicative competence of the learners. Nonetheless, it is relevant to mention the possible gaps that were found in the studies. For instance, when working with the communicative competence of the students, it is important to take into account the level of proficiency of the language. That is to say, that according to the finding, A2 level is not enough to make students reach the expected performance. On the other hand, when working with culture, it is not advisable to isolate the culture of the target language. Kramsch (1993) emphasizes the significance of culture in language teaching and argues that language and culture are inseparable. She advocates for integrating culture to enhance language learning.

Finally, there were found some international studies; The Loss and Return of Chinese Culture in English Teaching: Teaching Design of Chinese Tea Culture in English Class Based on the model of Analysis, Design, Development, Implementation, and Evaluation (ADDIE) by Yang and Congzhou (2019). And The Use of Authentic Materials in Teaching English: Indonesia Teachers' Perspective in EFL Classes (Huda, 2017).

The first study was carried out by Yang and Congzhou in 2019 in China, its main objective was to spread the Chinese culture, focusing on the tea culture, the authors used the ADDIE model to meet the objective and relate the fostering of the culture into English teaching. The method used was quantitative and the instruments used for collecting data were a pre-teaching questionnaire applied to students before and a questionnaire applied to them after the implementation finished. As a conclusion they affirmed that the design of Chinese tea culture

based on the ADDIE model is “feasible, logical and complete” (Yang & Congzhou, 2019, p. 193) in terms of intercultural education from theory to practical teaching.

The previous study provides a valuable view on how to include the culture within the teaching process, the methodology used to achieve this goal was ADDIE model. Therefore, it is possible to say that the use of an innovative approach to reach the expected results. Nonetheless, it is important to mention that the main research project intends to have future teachers benefit from the inclusion of cultural aspects using the task-based approach. Therefore, the development of the projects is similar since both implement cultural content through a specific approach, being ADDIE model and task-based learning.

On the other hand, the second study was carried out by Miftahul Huda in 2017. The main purpose of this investigation was to inspect Indonesian EFL teachers’ beliefs regarding the use of authentic materials at State Islamic Junior High School level in South Tangerang. This was a qualitative study which intended to provide a deep-interpretation towards the use of authentic materials along the English teaching program at State Islamic Junior High School level in South Tangerang. The instruments for collecting the data were two questionnaires and an interview. Within the results, they found that teachers have positive attitudes toward the use of authentic materials in EFL classes. Also, they consider through the use of them, students can be exposed to an important input for motivating and exposing them to real language.

The above research is a great support about why it is considered authentic materials as a useful tool to introduce cultural aspects in an EFL class, due to the fact that AM (authentic materials). are not created with pedagogical

purposes and it includes real information about common situations in a determined region. In such manner, it will be easier to get closer to the main objective of this project that is focused on the exposure of cultural aspects and real English language input to students, through the development of several tasks inside the classroom.

Conclusions

In order to conclude, it is possible to say that in all the three levels examined, a great amount of research has been made working with aspects such as cultural awareness and authentic materials in ESL teaching. However, very little research has to do with future English teachers, and it is at this point where our research project gains paramount relevance. All the studies were examined in a deep way, and one common finding is that all of them were developed with English learners at school in different levels or grades (ninth graders, elementary students and more).

Taking into consideration that Colombia which is the country where the research is being held does not have a superior level in regards to English proficiency, it is important to find the cause of that phenomenon, according the article published by Semana (2020) “Colombia y su preocupante nivel de inglés” (p. 1), “one of the causes is the low level of education of English teachers” (translation made by the authors). In such manner, as teachers are the only English language input students receive, teachers’ low level could help delay students’ learning processes. Hence, the use of authentic materials, and cultural awareness targets this issue by widen the exposure to English students get, and limiting the amount of mistakes committed along the process of teaching.

Nevertheless, Rodríguez (2022) in article posted by Portafolio called “Colombia sigue sin aprobar el nivel de inglés” established that “Colombia sigue manteniéndose en un “nivel bajo”, pero con 12 puntos adicionales frente al resultado presentado en el 2021” (p. 1). This indicates that although Colombia has improved a little its results the past year, it is still facing a big problem related to the English level, which is lower regarding to some neighboring countries, as mention before, the use of authentic materials targets this phenomenon and aims to improve the quality of English teaching.

Therefore, the project aims to foster English learning of this teachers to be by including culture within the learning environment. Nonetheless, one of the findings previously men-

tioned in one of the studies, is that is culture of the target language cannot be isolated, since that might lead to translation and might hinder the accurate performance of the students Kramersch (1993).

That is why in the actual research project cultural aspects of English-speaking countries is being worked with. Moreover, another finding was that the curriculum proposed by the teacher was not taken into consideration when implemented the project. For this reason, the development of the project was carried out along with the intervention and corrections of the head teachers, so that both the curriculum and the implementation could work smoothly, and always in benefit of the future teachers.

Bibliographical References

Castiblanco Becerra, D. A., & Rodríguez Campo, L. M. (2016). Reading Comprehension in ninth graders through reading strategies using authentic material on Facebook (Doctoral dissertation, Corporación Universitaria Minuto de Dios).

Cárdenas, I. (2018). Materials to Develop Intercultural Communicative Competence in an EFL Context [tesis de maestría]. Universidad Externado de Colombia School of Education. https://bdigital.uexternado.edu.co/bitstream/001/895/1/CCA-eng-2018-Materials_to_develop_intercultural_communicative_competence_in_an_EFL_context.pdf

Castillo, C., Insuasty, E., & Osorio, M. (2016). The Impact of Authentic Material and Tasks on Students' communicative competence at a Colombian Language School. *Universidad Sur Colombiana de Neiva. PROFILE*, 19(1), 89-104. <http://www.scielo.org.co/pdf/prf/v19n1/v19n1a06.pdf>

Kramersch, C. (1993). *Context and culture in language teaching*. Oxford university press.

Martínez Méndez, L. C., & Gamboa, Á. M. (2017). Board games to foster Colombian cultural awareness inside the EFL classroom [doctoral dissertation]. Corporación Universitaria Minuto de Dios.

Huda, M. (2017). The Use of Authentic Materials in Teaching English: Indonesia Teachers' Perspective in EFL Classes. *PEOPLE: International Journal of Social Sciences*, 3(2), 1907-1927. <https://dx.doi.org/10.20319/pijss.2017.32.19071927>

Rodríguez, D. K. (2022, November 24). Colombia sigue sin aprobar el nivel de inglés. *Portafolio*. <https://www.portafolio.co/economia/finanzas/colombia-sigue-sin-aprobar-el-nivel-de-ingles-574614>

Semana. (2020, August 29). Colombia y su preocupante nivel de inglés. Retrieved December 04, 2020, from <https://www.semana.com/educacion/articulo/bilinguismo-nivel-de-ingles-en-colombia/542736/>

Nunan, D. (1989). *Designing tasks for the communicative classroom*. Cambridge University Press.

Nunan, D. (2004). *Task-based language teaching*. Cambridge University Press.

Richards, C. (2006). *Communicative Language Teaching Today*. Cambridge University

Wahyu, D. (2019). Learning Basic Grammar Using Task-Based Learning: A Perspective on Analyzing Online Media Text. *Indonesian Journal of English Language Teaching and Applied Linguistics*, 4(1).

Wang, G. (2018). On the Strategies of Enhancing Students' Cultural Awareness in College English Teaching. *English Language Teaching*, 11(12). <https://doi.org/10.5539/elt.v11n12p116>

Yang, L., & Congzhou, Y. (2019). The Loss and Return of Chinese Culture in English Teaching: Teaching Design of Chinese Tea Culture in English Class Based on ADDIE Model. *International Education Studies*, 12(11). <https://doi.org/10.5539/ies.v12n11p187>

LUDOTECAS PARA PERSONAS MAYORES: ESPACIOS PROPICIOS PARA EL FOMENTO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

Diego Alexander Farfán Castillo¹, Ivonne Buitrago Gutiérrez², Erika Alexandra Ramirez Gordillo³

Resumen

Este artículo busca profundizar en los tipos de ludotecas que existen y cómo podrían convertirse en espacios para la valoración de Enfermería para las personas mayores, donde además se promuevan, mantengan o estimulen sus relaciones interpersonales y consigo mismas (autoconocimiento), en el contexto de las también llamadas jubilotecas, concepto que aún es experimental y sigue en estudio. Lo anterior, basado en la experiencia de las prácticas formativas propias de la Enfermería profesional, la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud de Grupos de Riesgo, normadas en la Resolución 3280 de 2018 y en las cuales se incluyen los aspectos relacionados con la población de interés.

Palabras clave: ludoterapia, anciano, Enfermería geriátrica, atención de Enfermería

Historial del artículo

Fecha de recibido: 04-03-2023 | Fecha de aceptado: 08-05-2023

© 2023 Fundación Universitaria Juan N. Corpas. FUJNC.

Artículo Open Access bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

DOI: 10.26752/revistaparadigmash.v5i1.688

¹Estudiante de Enfermería de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Carrera 111 #159A 61 Bogotá, Colombia. Correo electrónico: diego-farfan@juanncorpas.edu.co

²Enfermera. Especialista en Cooperación Internacional para el Desarrollo, Epidemiología y Estudios Feministas y de Género. Docente de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Colombia. Correo electrónico: erika.ramirez@juanncorpas.edu.co

³Comunicadora Social-Periodista. Magister en Educación. Docente de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Correo electrónico: ivonne.buitrago@juanncorpas.edu.co

SENIOR PLAYROOMS: ENABLING SPACES FOR THE PROMOTION OF NURSING CARE IN MENTAL HEALTH

Abstract

The main objective of this paper is to expose an update state of the art on the existing Toy Libraries and how they can become vital Nursing Professional Counseling Centers, specifically oriented to the older adult population; in which, in addition their interpersonal relationships and self-knowledge could be promoted, under the concept also called “jubilotecas”, a work in progress that is still under study. The foregoing based on a experience of the educational practices of nursing professionals; Ruta integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud and Ruta Integral de Atención en Salud de Grupos de Riesgo, regulated by Resolución 3280 de 2018, and which covers the population of interest.

Keywords: play therapy, aged, geriatric nursing, nursing care

Introducción

La Enfermería no solo ha tenido una correlación directa con el cuidado del cuerpo en el ejercicio de la promoción y el mantenimiento de la salud física, sino también de la mente. Incluso ha apoyado las áreas de Psicología y Psiquiatría en la producción de teorías, que actualmente son parte fundamental de los currículos de enseñanza-aprendizaje de la profesión en todas las instituciones educativas del mundo, de manera imprescindible (Esguerra, 1991). Así pues, la salud mental no ha sido ajena a la práctica, según las perspectivas de autoras como Hildegard Elizabeth Peplau, con la interacción recíproca entre los profesionales del cuidado y los pacientes a partir de las condiciones interpersonales y psicológicas (Herrera, L. y Margarita, Q. 2017); Virginia Henderson, al postular la indivisibilidad de la mente y el cuerpo de los sujetos de cuidado (Mariño et ál., 2008), y Sor Calixta Roy, con la teoría de la adaptación a partir de los recursos intrínsecos que los pacientes aportan a su situación de salud (Hernández et ál., 2016, p. 6). En todas estas teorías está implícita la Salud mental y el aporte de la Enfermería para el bienestar integral de las personas.

Dada la importancia de la alianza entre estas áreas del conocimiento en varios momentos de la historia, la Enfermería por proximidad y capacidad ha suplido los requerimientos de pacientes con diagnósticos mentales en contextos de catástrofes, guerras u otras situaciones en las que la demanda superó ampliamente la capacidad institucional y el presupuesto de las naciones (Esguerra, 1991). En todos aquellos casos la profesión del cuidado intervino y lo sigue haciendo, e impacta a los grupos etarios desde la vida intrauterina hasta el final de los días de los seres humanos, incluidos los contextos cotidianos, con acciones primarias y secundarias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En el caso de las personas mayo-

res, los profesionales enfermeros están capacitados para realizar diagnósticos preliminares y brindar acompañamiento, tanto administrativo como asistencial, en instituciones de atención en Salud mental. Es en estos escenarios en los que las ludotecas en alianza con la Enfermería tienen un campo potencial de acción.

Educación, juego y enfermería

La educación es una herramienta básica para el desarrollo de la sociedad, pues permite que los seres humanos tengan contacto con el entorno desde edad temprana. Se define el entorno como el conjunto de factores que acompañan la vida desde el seno del hogar hasta una perspectiva mucho más compleja, como el ejercicio del rol ciudadano; así como afirmó Vygotsky (1979, citado en Carrera y Mazzarella, 2001), todo aprendizaje en el sistema educativo siempre tiene una historia detrás, pues todos los individuos han tenido experiencias de aprendizaje desde los primeros días de vida (p. 43). Esto evidencia cómo el ser humano, sin importar el momento de la vida en el que se encuentre, adquiere la información que le provee la experiencia, de manera que genera una relación con su entorno a medida que pasan los años.

Así que el juego es una de las primeras maneras para relacionarse con el entorno al establecer un vínculo con el ambiente, donde la mayoría de los seres vivos desarrollan habilidades para sobrevivir. En el caso de los seres humanos, va más allá de la supervivencia, también tiene que ver con el autoconocimiento y el reconocimiento de los otros. A partir del tipo de juego que se emplee se puede estimular, mantener o aprender la inteligencia emocional; también el respeto por las reglas, el trabajo en equipo o la resolución de problemas, lo cual abre la posibilidad de aprender mientras se juega. Además, genera un vínculo entre los jugadores, el objetivo del juego y el entorno, es decir, prác-

ticamente se puede jugar con todo y expresar emociones tales como alegría, tristeza, enojo, frustración, etc. (García y Alarcón, 2011).

En ese sentido, la presente reflexión invita al uso de la lúdica como una herramienta para el cumplimiento de los propósitos del cuidado en Enfermería, debido a que muchas personas expresan que la salud y la vida son comparables en sentido, valor y bien de gran aprecio. Se trata de algo que la profesión de Enfermería comprende bien, porque resalta la responsabilidad y el apoyo al sujeto de cuidado en relación con la toma de decisiones en salud, para la construcción de un proyecto de vida con bienestar, calidad y Salud mental.

Búsqueda

A partir de una búsqueda de la literatura con varios autores como Astudillo, Vygotsky, Hui-zinga, Freud, Piaget (Bojacá Santiago y Corporación Juego y Niñez, 2017, p. 31) y Melanie Klein (1955), quien fue pionera al utilizar el juego como una herramienta para el psicoanálisis en niños; estos autores exponen que el juego beneficia al ser humano y es esencial para la especie, que se expresa como una necesidad y como un derecho vital con un fin de cualidades. Una de ellas es la de poder realizar una valoración por parte de Enfermería en promoción y prevención, para este caso, en las personas mayores dentro del marco de la Resolución 3280 de 2018 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Realizar dicha valoración, por medio del juego y en cualquier entorno donde se pueda llevar a cabo, permite brindar a los sujetos de cuidado de este grupo etario ambientes amenos y placenteros y que puedan extenderse más allá del ámbito clínico, por ende, con menos estrés para esta población que requiere de factores de protección en salud mental. De esta manera, los espacios lúdicos brindan la posibilidad de evitar los momentos que les incomodan, en los que

se entorpecen las consultas y generan apatía frente a estas, debido a la connotación negativa que está implícita en el ambiente asistencial (Mateos, C., Navarro, F. y Villaverde, C. 2022). Sumado a esto, el modelo del sistema de salud colombiano tiende a caracterizarse por el paternalismo hacia las poblaciones que se consideran vulnerables, como los menores de edad y los adultos mayores.

Por ende, este artículo profundiza en los tipos de ludotecas que existen y cómo podrían convertirse en espacios para la valoración de enfermería para las personas mayores, donde se promuevan, mantengan o estimulen sus relaciones en las también llamadas jubilotecas, un concepto de ludoteca que aún es experimental. Lo anterior, basado en la experiencia proveniente de las prácticas formativas propias de la Enfermería profesional, la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud de Grupos de Riesgo, normadas en la Resolución 3280 de 2018 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), en las cuales se incluyen los aspectos relacionados con la población de interés. Sumado a esto, se evidencia cómo algunos programas de Enfermería ofrecen hilos conductores de Cuidado y Calidad de vida para que los estudiantes generen vivencias y puedan conocerse a sí mismos, a la vez que reconocen la otredad. Esto ocurre a través de experiencias pedagógicas que incluyen juegos.

Por lo tanto, este interés surgió al realizar una valoración en la consulta de enfermería dentro de las prácticas formativas de III y IV semestre; en ella fueron evidentes los factores asociados con la discriminación, como creencias, estereotipos o prejuicios del profesional que realiza la valoración física y mental, que son de tipo subjetivo y social. Un ejemplo es el edadismo, que se refiere a la discriminación por edad (Arese, 2020): una situación que es notoria en la cultura latinoamericana, en la que la vejez es

vista como algo despreciable, que se evidencia en los términos despectivos y las connotaciones negativas que tienen palabras como viejo, abuelito (dicho por parte de extraños) o cucho, y frases como “Loro viejo no aprende a hablar”, que no se utilizan con otros grupos de edad.

De la misma forma, otro factor a tener en cuenta es el cognitivo, debido a que en la senectud se presentan diferencias en la comprensión o la orientación en el contexto de una valoración en salud, que son indistintas del nivel de alfabetización o escolaridad de los sujetos de cuidado. Lo anterior se conoce como literacidad (Riquelme y Quintero, 2017), de manera que, en una valoración física o mental, por ejemplo, se pueden presentar confusiones al momento de solicitar la repetición de algún movimiento o la comprensión lectoescritural de un documento clínico. Sumado a esto, fue visible que en la aplicación de instrumentos de valoración integral como Minimental o las Preguntas Whooley no se facilitó la identificación de este aspecto de relaciones interpersonales y consigo mismo (autoconocimiento), en el marco de la Salud mental, sumado a un ambiente poco amable y propicio para el cuidado.

Sin embargo, este hallazgo, dentro de un programa que promueve el mejoramiento continuo, se convirtió en una oportunidad para que los estudiantes y futuros profesionales del cuidado apoyaran el autoconocimiento de las personas mayores y propiciaran ambientes más amenos para la consulta. Estos aspectos influyen tanto en su autocuidado como en el tipo de relaciones interpersonales que construyen o mantienen en ese momento de la vida. De esta manera, se fortalece el abordaje de Salud mental en las consultas de enfermería, lo cual proporciona un medio de desarrollo integral en los adultos mayores, al cual se puede añadir la actividad lúdica para estimular la motricidad gruesa a la vez que los sujetos de cuidado se divierten (Monroy y Sáez, 2011).

Además, en el cuidado en enfermería se presta especial atención a la conservación de la funcionalidad física y mental de las personas mayores para brindar Calidad de vida, especialmente en la actualidad, cuando poco a poco se comienzan a constituir cada vez con mayor frecuencia cohortes de adultos longevos (octogenarios). En la Resolución 3280 de 2018 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), se identifica el planteamiento de una valoración integral de dicha funcionalidad, así como atenciones en salud específicas para la promoción y mantenimiento de aquella desde la infancia hasta la senectud. La valoración señalada en dicha resolución incluye los siguientes instrumentos: Escala de Lawton-Brody, Test de Linda Fried, Escala de Barthel, Minimental, Cuestionarios AUDIT, ASSIST, Preguntas Whooley, Cuestionario GAD-2, Escala Zarit, Finnish Risk Score, Tablas de Framingham y Tablas de estratificación de la OMS. También las listas de chequeo de factores de riesgo de enfermedades del oído y de alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación; el Cuestionario de EPOC; el familiograma; el Test de APGAR familiar, y el Ecomapa. Todos estos deben ser aplicados de manera obligatoria.

Entonces, según la normativa mencionada (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), los objetivos de cuidado para las personas de sesenta años o más que habitan en el territorio nacional son: 1. Valoración integral e identificación de los cambios morfológicos y fisiológicos; 2. Identificación temprana de la exposición a riesgos; 3. Detección temprana de alteraciones que afecten la salud; 4. Potenciación de las capacidades, habilidades y prácticas para el autocuidado a través de la información en salud, y 5. Construcción concertada de un plan de cuidado primario. Vale la pena mencionar que estos objetivos aún se plantean como exclusivos del talento humano en Medicina (p. 148).

A partir del contexto descrito surgen las siguientes preguntas: ¿es el juego una vía para el cumplimiento de la Resolución 3280 de 2018 con intervención de la profesión de Enfermería? ¿Es la ludoteca, o también llamada jubiloteca, un espacio óptimo para esta labor? El presente artículo pretende aportar algunas reflexiones al respecto que contribuyan al corpus de conocimientos de la profesión.

¿Es el juego una vía para el cumplimiento de la Resolución 3280 de 2018 en relación con la valoración de las personas adultas mayores? Según Piaget (1973), la función del juego puede variar de acuerdo con las etapas de la vida; por ejemplo, con las personas de más de doce años se aplican juegos de operaciones formales, que también son atractivos para las personas mayores, lo cual abre la posibilidad de realizar intervenciones individuales y grupales, puesto que este tipo de juego permite estimular cognitivamente a los sujetos de cuidado. De esta manera, podría convertirse en una herramienta muy eficaz para lograr el cumplimiento de la Resolución 3280 de 2018 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), en cuanto a la valoración de su fluidez oral; su estado de ánimo; su nivel de concentración, atención y estado de alerta; su memoria a corto y largo plazo; sus conocimientos generales y su conciencia del tiempo, el espacio y el lugar, pero más importante aún su coordinación motora (p. 154).

Posiblemente, investigaciones futuras puedan demostrar una aplicación más amplia del juego en la valoración de enfermería para personas mayores, lo cual beneficiaría a la población que se encuentra en lugares rurales y de difícil acceso en Colombia y no solo a los sujetos de cuidado que se encuentran en las ciudades capitales y en los municipios. El juego es del campo, de la vereda, de la calle y del barrio.

¿Es la ludoteca, o también llamada jubiloteca, un espacio óptimo para la valoración de la persona mayor?

Diferentes autores han llegado a un acuerdo sobre las características básicas que los espacios llamados ludotecas deben tener: 1. propiciar el encuentro entre las personas, 2. tener objetos destinados al juego en el mismo lugar o para su préstamo, 3. ser accesibles a las personas de todos los estratos sociales y 4. contar con un agente de intervención, llamado el ludotecario, quien toma el papel de educador (Monroy y Sáez 2011).

En ese sentido, una jubiloteca, que es un espacio lúdico para personas mayores y que se encuentra en estudio, podría ser óptimo para la valoración en enfermería porque, con una alianza interprofesional entre ludotecólogos y personal de la salud, a los sujetos de cuidado se les podría brindar un espacio para desarrollar, preservar o estimular habilidades a través de juegos con objetivos específicos, tales como facilitar las relaciones interpersonales y sociales, estimular la motricidad fina y gruesa y generar espacios de desarrollo integral con calidad de vida y diversión.

Por lo tanto, debido a que las jubilotecas son espacios en experimentación, la mayor dificultad para cumplir el objetivo de esta reflexión es que se les incluya como una categoría dentro de los tipos de ludotecas que existen y se relacionan a continuación, según Fullea (2011), Monroy y Sáez (2011) y el portal Formainfancia.com (Educación, Ocio infantil, 2019): 1. Escolares; 2. Públicas; 3. Hospitalarias; 4. Laboratorios (para la investigación sobre juguetes, nuevos juegos y prácticas de formación docente); 5. Móviles; 6. Itinerantes; 7. Judiciales (en organismos jurídicos, especialmente propicias para menores que han sufrido abuso), y 8. Especializadas (para menores en condición de discapacidad o con habilidades diferentes).

Como se puede notar, los diferentes tipos de ludotecas están dirigidas hacia los niños, niñas y adolescentes, lo cual no contempla un enfoque diferencial en cuanto a las necesidades lúdicas de los adultos, especialmente los mayores.

Conclusiones

Tras realizar el presente el análisis, se puede deducir que, en el futuro cercano, la población mayor de sesenta años en Colombia encontrará en las ludotecas o jubilotecas espacios de promoción de salud mental con énfasis en la relación inter e intrapersonal, y de la salud física, en los que también se vean beneficiados por la valoración de profesionales de enfermería, a través de juegos diseñados específicamente para cumplir los objetivos de la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Este sería un espacio

único en el mundo porque el juego ha sido catalogado dentro de una etapa de la vida específica, pero en realidad acompaña a la especie durante toda la existencia.

Para concluir, la jubiloteca sería una oportunidad para usar estrategias lúdico-pedagógicas en el cumplimiento de los objetivos de la profesión de Enfermería por tal motivo, tendría la cualidad de ser un espacio que desde sus bases pueda ser creado de manera ideal para la valoración integral de personas adultas mayores durante todas sus etapas.

Por último, se quiere evidenciar cómo un enfermero en formación dentro del marco de la promoción y prevención propone intervenciones innovadoras, que rompan con los protocolos y brinden al paciente un espacio de confort y bienestar.

Referencias Bibliográficas

Arese, C. (2020). El "Edadismo" laboral y previsional. *Revista Derecho de las Minorías*, 3, 139-143. <https://revistas.bibdigital.uccor.edu.ar/index.php/RM/article/view/4360/3140>

Bojacá Santiago, P. y Corporación Juego y Niñez (2017) Lineamientos Ludotecas en Colombia. juegoyninez.org. <https://juegoyninez.org/wp-content/uploads/2022/02/LINEAMIENTO-LUDOTECAS-COLOMBIA-2017.pdf>

Carrera, B. y Mazzarella, C. (abril-junio 2001). Vygotsky: enfoque sociocultural. *Educere*, 5(13), 41-44. <https://www.redalyc.org/pdf/356/35601309.pdf>

Educación, Ocio infantil (2019). Ludoteca: un espacio para el ocio y el crecimiento infantil. *Forma Infancia*. <https://formainfancia.com/ludoteca-infantil-tipos-actividades/>

Esguerra, I. (1991). Rol del profesional de Enfermería en la salud mental y psiquiatra. *Avances en Enfermería*, 9(1). <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16731>

Fulleda, P. (2011). Educación infantil. Ludotecas. <https://webdelmaestrocmf.com/portal/pedro-fulleda-animacion-ludica-las-ludotecas/>

García, E. y Alarcón, M. (febrero 2011). Influencia del juego infantil en el desarrollo y aprendizaje del niño y la niña. *EFDeportes.com, Revista Digital*, Año 15(153). <https://www.efdeportes.com/efd153/influencia-del-juego-infantil-en-el-desarrollo.htm>

Hernández, J., Jaimes, M., Carvajal, Y., Suárez, D., Medina, P. y Fajardo, S. (enero-junio 2016). Modelo de adaptación de Callista Roy: instrumentos de valoración reportados por la literatura en escenarios cardiovasculares. *Revista Cultura del Cuidado Enfermería*, 13(1), 6-21. <https://www.unilibre.edu.co/pereira/images/pdf/culturacuidado-revista2016.pdf>

Herrera, L. y Margarita, Q. (2017) Relación interpersonal enfermera - paciente en centro quirúrgico según la teoría de Hildergard Peplau en un hospital nacional [tesis de maestría universidad peruana Cayetano Heredia]. <https://bit.ly/3EmBh3X>

Klein, M. (1955). La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado. aprendizaje.mec.edu.py. [https://aprendizaje.mec.edu.py/dw-recursos/system/content/0c59c97/content/Klein,%20Melanie%20\(1882-1960\)/Klein,%20Melanie%20-%20La%20t%C3%A9cnica%20psicoanal%C3%ADtica%20del%20juego%20su%20historia%20y%20significado.pdf](https://aprendizaje.mec.edu.py/dw-recursos/system/content/0c59c97/content/Klein,%20Melanie%20(1882-1960)/Klein,%20Melanie%20-%20La%20t%C3%A9cnica%20psicoanal%C3%ADtica%20del%20juego%20su%20historia%20y%20significado.pdf)

Mariño, E., Pabón, M. y Jaramillo, M. (agosto 2008). Formación en salud mental en pregrado de Enfermería de la Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Enfermería*, 3(3), 45-50. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-614457>

Mateos, C., Navarro, F. y Villaverde, C. (2022). 9 de cada 10 pacientes utilizan internet para buscar información sobre salud. *press.doctoralia.es*. <https://press.doctoralia.es/178296-9-de-cada-10-pacientes-utiliza-internet-para-buscar-informacion-sobre-salud>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Decreto 3280 de 2018. Por el cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. <https://bit.ly/2zsUKOg>

Monroy, A. y Sáez, G. (2011). Concepto y tipos de ludotecas. *EFDeportes.com, Revista Digital, Año 16(161)*, 1-7. <https://bit.ly/3qCfhKa>

Piaget, J. (1973) *La formación del símbolo en el niño*. Fondo de Cultura Económica.

Riquelme, A. y Quintero, J. (2017). La literacidad, conceptualizaciones y perspectivas: hacia un estado del arte. *Revista Reflexiones*, 96(2), 93-105. <https://www.redalyc.org/journal/729/72954786007/html/>

REFLEXIONES DESDE LA DISCIPLINA DE LA ENFERMERÍA SOBRE AJUSTES RAZONABLES EN SALUD PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL EN COLOMBIA

Lauren Melissa González Hurtado¹; Erika Alexandra Ramírez Gordillo²; Ivonne Buitrago Gutiérrez³

Resumen

Se asume que todos los humanos deben tener acceso a una atención en salud de calidad; no obstante, las personas con discapacidad psicosocial en Colombia encuentran obstáculos debido a múltiples causas, entre ellas, el desconocimiento de los ajustes razonables. El interés de este artículo es reflexionar sobre la atención en salud desde los ajustes razonables para las personas con disfunciones temporales o permanentes, que afectan su forma de pensar, sentir o comportarse, limitando sus actividades cotidianas. La disciplina de la enfermería aporta en términos de reflexión y gestión junto al equipo de salud, acerca de los ajustes razonables en los servicios de salud, los estereotipos sociales y las consecuencias para los sujetos de cuidado.

Palabras clave: personas con discapacidades mentales, discapacidad intelectual, atención a la salud mental, equidad en salud, Enfermería

Historial del artículo

Fecha de recibido: 18-05-2023 | Fecha de aceptado: 14-06-2023

© 2023 Fundación Universitaria Juan N. Corpas. FUJNC.

Artículo Open Access bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0>

DOI: 10.26752/revistaparadigmash.v5i1.701

¹Estudiante de Enfermería de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Bogotá, Colombia. Autora para correspondencia.

Correo electrónico: lauren-gonzalez@juanncorpas.edu.co

²Enfermera; Especialista en Cooperación Internacional para el Desarrollo, Epidemiología y Estudios Feministas y de Género, Docente de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Colombia. Correo electrónico: erika.ramirez@juanncorpas.edu.co

³Comunicadora Social-Periodista; Magister en Educación, Docente de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas.

Correo electrónico: ivonne.buitrago@juanncorpas.edu.co

REFLECTION FROM THE NURSING DISCIPLINE ABOUT REASONABLE HEALTH ADJUSTMENTS FOR THE CARE OF PEOPLE WITH PSYCHOSOCIAL DISABILITIES IN COLOMBIA

Abstract

It is assumed that all humans should have access to quality health care; However, people with psychosocial disabilities in Colombia encounter difficulties due to multiple causes, including ignorance of reasonable adjustments. The interest of this article is to reflect on the quality of care for people with temporary or permanent dysfunctions, which affect their way of thinking, feeling and behaving, and limit their daily activities. The Nursing discipline contributes from reflection and management together with the health team, about reasonable adjustments in health services, social stereotypes and the consequences for the subjects of care.

Keywords: persons with mental disabilities, intellectual disability, mental health assistance, health equity, Nursing

Introducción

Según la Asociación Colombiana de Personas con Esquizofrenia y sus Familias (2022), los ajustes razonables tienen como objetivo el bienestar físico, emocional y mental mediante la garantía de la atención integral en salud. Este argumento fue planteado en el Congreso sobre Esquizofrenia, realizado en 2022. No obstante, al tener un acercamiento con el término ajustes razonables, se encuentra que la literatura los asocia, mayoritariamente, con la discapacidad física y los programas que buscan adaptar, razonablemente, los entornos laborales para la inclusión de personas con diversidad funcional. Una muestra de ello es la información encontrada en el sitio web del Departamento Administrativo de la Función Pública (2022), la entidad técnica, estratégica y transversal del Gobierno de Colombia que definió los ajustes razonables como “los cambios, adecuaciones y adaptaciones necesarios para facilitar el acceso, la adaptación y la productividad de las personas con discapacidad en el entorno laboral”. Esto, según la premisa de que la productividad y el entorno laboral están asociados con contextos físicos y materiales; sin embargo, no se especifica en qué ocurre con la discapacidad psicosocial.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) afirmó que “los trastornos mentales interfieren de forma sustancial con la capacidad de los niños para aprender y la de los adultos para funcionar adecuadamente en el núcleo familiar, en el contexto laboral y en la sociedad en general” (p. 11). En consecuencia, esto se convierte en una problemática de salud pública en el mundo, que afecta a personas de todas las edades, culturas y niveles socioeconómicos; por ello, la Federación Mundial para la Salud Mental consideró que los gobiernos y los sistemas de servicios de atención de la salud deben asignar la máxima prioridad a la creación de un enfoque integral de la atención

con bienestar y que esto debe incluir todos los aspectos de la enfermedad en un solo sistema de tratamiento (Infocop, 2014).

La ampliación de los servicios de la Salud mental está estipulada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS con la creación del Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental, cuya hoja de ruta es el Manual operativo del mhGAP (OPS, 2020). Este documento impulsa la protección, promoción, prevención y cobertura universal para tratar los trastornos en este campo, de manera que se identifiquen oportunamente las estrategias que puedan aumentar la protección de las personas con discapacidad psicosocial.

Lo anterior se plantea para reforzar los compromisos de los gobiernos, los organismos internacionales y otros agentes comunitarios, con el fin de aumentar la asignación de recursos económicos y humanos para la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias psicoactivas (MNS), ya que dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (específicamente en el objetivo número tres) la cobertura universal en salud es esencial para garantizar el bienestar físico, mental y social de las personas (Organización de las Naciones Unidas, 2016).

Así pues, para abordar el fenómeno desde la profesión de Enfermería, este artículo plantea tres cuestiones imprescindibles en el reconocimiento de la población con discapacidad psicosocial. La primera tiene que ver con los ajustes razonables en el sistema de salud y las políticas sobre Salud mental; la segunda, con el papel de los actores implicados en el sistema, y la tercera, con cómo debería ser una atención integral e integrada en los sujetos de cuidado, para que sea efectiva.

¿Cómo han sido los ajustes razonables en el sistema de salud colombiano sobre las políticas en Salud mental?

En la versión 1.0 de la guía mhGAP, se ha observado una aceptación notable por parte de los estados miembros de la OMS y otros interesados directos. Esta versión ha sido utilizada en Colombia desde el 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) por medio de una adaptación que ha requerido ajustes a lo largo del tiempo, pero que ha permitido una atención con sensibilidad y confidencialidad, para conservar la dignidad de la persona y así evitar el estigma y la marginalización.

En la versión 2.0 se llevó a cabo una actualización completa del mhGAP, conforme a la metodología de la OMS para la formulación de directrices. Esto incluyó el proceso de análisis de datos científicos, la síntesis y la formulación de recomendaciones mediante la participación de un grupo de expertos internacionales e instituciones con experiencia apropiada (OMS, 2017). Su revisión estuvo basada en los comentarios y las retroalimentaciones recibidas por parte de los usuarios de la versión 1.0, y estuvo a cargo de un grupo amplio de revisores de todo el mundo, que incluyen a los prestadores de atención de la salud no especializada y las personas con trastornos MNS de todas las regiones de la OMS.

Para su implementación en Colombia se realizaron talleres de formación y capacitaciones en diferentes regiones del país, por medio de ejercicios prácticos y fundamentos conceptuales que permitieron dar a conocer los avances, dificultades y propuestas de mejora del programa (OMS, 2022). Lo anterior con el fin de promover el proceso de adaptación y cumplimiento de las guías con monitoreos y evaluaciones continuas, para comprobar que la atención tuviera un enfoque diferencial.

¿Cuál es el papel de los actores implicados en los ajustes dentro del Sistema de salud colombiano sobre las políticas en Salud mental?

Los actores implicados son los entes encargados de dirigir las acciones en relación con la promoción de la Salud mental en Colombia. Ellos participan de procesos determinantes como la inclusión social, la eliminación del estigma y la discriminación, el buen trato, la prevención de violencias y el acoso escolar; también la prevención del suicidio y del consumo de sustancias psicoactivas; la participación social y la seguridad económica y alimentaria (Congreso de Colombia, 2013, art. 7). Estas acciones cubren todas las etapas del ciclo vital y ámbitos cotidianos, y con ellas se da prioridad a los niños, niñas y adolescentes, así como a las personas mayores. Por ello, es de suma importancia la articulación con las políticas públicas vigentes y la colaboración del Ministerio de Educación Nacional para fomentar competencias ciudadanas en los estudiantes, promover el respeto propio y hacia los demás, el ejercicio de los derechos humanos y la promoción de la convivencia escolar y social.

Las funciones que se realizan en el campo de la Salud pública y demás actores implicados son esenciales para dar cumplimiento y continuidad a las estrategias que se han implementado, para el mejoramiento de la atención en salud y la prevención del riesgo. Estas no solo buscan garantizar la oferta de servicios y bienes públicos esenciales para proteger la salud de las comunidades y de las personas, sino que también incluyen trabajar en los determinantes sociales de la salud y establecer los criterios y parámetros que orientan el fortalecimiento del Sistema de salud. Sin embargo, dar cumplimiento a todo aquello no solo es una tarea del sector de la salud, sino también de otros sectores del desarrollo, para que en conjunto puedan aportar e interrelacionarse, a través de la transdisciplinariedad (Morin, 1984).

Por su parte, en 2013 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020, que marcó un hito importante en la promoción de la Salud mental en el mundo. Se reconoció la importancia de este objetivo a nivel regional y se decidió revisar y actualizar el Plan de Acción sobre Salud Mental adoptado en 2009, para alinearlo con el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud de la OPS y el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental de la OMS.

El Programa de Salud Mental se ha convertido en un factor fundamental en la promoción y fortalecimiento de las capacidades nacionales en América Latina y el Caribe. Su objetivo principal es promover, coordinar e implementar actividades de cooperación técnica que contribuyan al desarrollo de políticas, planes, programas y servicios en salud mental. Estas acciones tienen como finalidad promover la Salud mental, reducir la carga de enfermedades mentales, prevenir discapacidades y fomentar la rehabilitación.

Actualmente, la gran mayoría —si no la totalidad— de los países en América Latina y el Caribe están recibiendo algún tipo de cooperación técnica en Salud mental por parte de la OPS y la OMS. Esta cooperación se da a través de proyectos específicos, de forma sistemática o específica, en respuesta a requerimientos concretos de los gobiernos. Este apoyo técnico se brinda con el propósito de fortalecer las capacidades locales y asegurar la implementación efectiva de políticas y programas en el ámbito de la Salud mental.

Esta cooperación técnica desempeña un papel crucial en el desarrollo de sistemas de Salud mental sólidos y equitativos en la región. A través de la colaboración entre los países, se busca intercambiar experiencias exitosas, compar-

tir conocimientos y buenas prácticas, así como fortalecer la capacidad de los profesionales para la prestación de servicios de calidad.

En este sentido, la importancia de la Salud mental en la agenda regional se refleja en el compromiso de los países y en la búsqueda de estrategias conjuntas para abordar los desafíos en este campo. La revisión y actualización del Plan de Acción sobre Salud Mental, en línea con los planes estratégicos de la OPS y la OMS, evidencia la voluntad de los países de América Latina y el Caribe de fortalecer sus políticas y programas de salud mental, promoviendo el bienestar de la población y mejorando la calidad de vida de las personas afectadas por trastornos mentales.

¿Cómo debería ser una atención integral e integrada en los sujetos de cuidado con discapacidad psicosocial para que sea efectiva?

La atención integral en Salud mental es un enfoque que considera la totalidad de las necesidades, desde la promoción de la salud y la prevención de trastornos hasta el tratamiento, la rehabilitación y la inclusión social (Congreso de Colombia, 2013, art. 6). Este enfoque se basa en que la atención efectiva requiere de talento humano especializado y los recursos necesarios que permitan brindar una atención de calidad que satisfaga las necesidades de la población. Además, la atención integrada implica la combinación de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en Salud mental para atender las necesidades específicas de cada persona.

Por esta razón, se deben incluir acciones para complementar la atención, tales como la integración familiar, laboral, social y educativa; el fomento de la calidad de vida, y el aseguramiento del cuidado integral y transversal desde el inicio de la enfermedad, durante y hasta su etapa final. Lo anterior con el fin de evitar

que se dificulte de manera sustancial el tratamiento, pues los sujetos de cuidado podrían empeorar su estado de salud, lo cual conlleva a una intervención ineficaz.

Marco de las políticas públicas y la gestión social para la garantía del derecho a la salud de las personas con discapacidad psicosocial

Durante la década de los setenta, se iniciaron los primeros avances en la política de salud mental a través de los macrodiagnósticos de salud mental (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2020). Estos estudios analizaron las enfermedades atendidas, las instituciones y los profesionales que atendían a las personas con trastornos mentales, y establecieron lineamientos para la inclusión de acciones en Salud mental en la atención hospitalaria. En esa época, el enfoque de Salud mental se centraba en la atención y rehabilitación de las personas con trastornos mentales.

En los noventa, hubo un cambio importante en la política de Salud mental debido a la entrada en vigor de la Ley 100 de 1993 y la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Esto buscaba brindar protección integral en todos los niveles de atención de salud, al promover la promoción de la Salud mental, el diagnóstico oportuno, el tratamiento y la rehabilitación de los problemas y trastornos mentales. Se establecieron el Plan Obligatorio de Salud (POS) y el Plan de Atención Básica (PAB) como instrumentos para garantizar estas intervenciones.

Dentro de la revisión del marco normativo en términos de conceptualización de la salud mental, también hubo un cambio importante en la década de los noventa al integrar el enfoque de salud mental positiva a la política pública. Este enfoque permite abordar los temas de salud mental más allá de la enfermedad, centrándose en los determinantes sociales que afectan

el bienestar de la población y promoviendo capacidades para afrontar situaciones en la vida. Por lo que se identificó que la adecuación de la atención a las particularidades de las personas y los territorios se enmarca en la aplicación del denominado enfoque diferencial poblacional y territorial, así como en el enfoque interseccional. La definición de estos conceptos se encuentra, entre otros documentos, en el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019) así:

El enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, etnia, condición de discapacidad o de víctimas de la violencia, entre otras situaciones que las ubican en una situación de desventaja y mayor vulnerabilidad para el ejercicio del derecho a la salud. (p. 3)

Los instrumentos que ofrece el MAITE para su implementación están contenidos en diferentes actos administrativos, expedidos especialmente por el Ministerio de Salud y Protección Social, y en otras normas, emitidas por el Gobierno nacional, que presentan cada uno de los instrumentos señalados para el desarrollo de las ocho líneas de acción del modelo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). En ellas, se le da importancia al aseguramiento, en el cual, por medio de la caracterización poblacional, se proporciona la cobertura universal y la afiliación oportuna al sistema de salud; para ello, se realiza un monitoreo y un seguimiento del funcionamiento del sistema sanitario, sobre todo en las poblaciones más vulnerables. Para realizar la caracterización poblacional en el territorio se requiere la participación de las comunidades y demás actores responsables, señalados en la Resolución 2626 de 2019 y el documento guía para la operación del MAITE. En el cumplimiento de dicha responsabilidad, el Ministerio de Salud y Protección Social (2019) propuso conformar

Grupos de líderes MAITE-MSPS quienes tienen la función de articular todas las áreas y actores involucrados con el fin de dar respuesta a las necesidades de los territorios, orientar la formulación de los planes de acción, hacer seguimiento a los compromisos establecidos, reportar los avances, realizar gestión directa y constante con los territorios y participar en las reuniones territoriales. (p. 12)

Ahora bien, la participación comunitaria en aras de implementar los enfoques diferenciales poblacionales y territoriales no solo es relevante para la caracterización poblacional. La Resolución 2063 de 2017 buscó definir y organizar la participación de las comunidades frente a los procesos de gestión de la Salud pública y la ejecución de acciones que resolvieran las necesidades prioritarias de la población y del territorio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Según Pineda (2014), el concepto de participación en salud surgió en 1970, en conjunto con el de promoción de la salud y autocuidado, como respuesta a las limitaciones de los sistemas de salud. Posteriormente, en 2004, el Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) destacó el papel de la participación para lograr la igualdad de oportunidades y la creación de una relación entre los ciudadanos y su gobierno.

Con el pasar de los años, los seres humanos han manifestado la relevancia del goce efectivo de la salud y la integración de la Salud mental en la atención primaria. Por este motivo, la OPS crea una estrategia para incorporar la salud mental en la atención primaria, clave para el abordaje de la salud, basándose en un enfoque comunitario que enfatiza en la promoción y prevención, la participación social y la organización de los servicios de salud a través de la cobertura universal, los derechos humanos, el

enfoque de curso de vida, las prácticas basadas en la evidencia, el empoderamiento y el enfoque multisectorial; todos estos son principios transversales que permitirán la incorporación de la Salud mental dentro de la atención primaria que ofrezca, así como lo describe la Organización Mundial de la Salud (s.f.), “una transición de la reclusión de las personas con problemas mentales en hospitales psiquiátricos, hacia una atención digna y de calidad en la comunidad”.

Reflexiones desde la profesión de Enfermería

A lo largo de la formación como profesionales del cuidado, particularmente en la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, el abordaje del cuerpo de conocimientos, fundamentado en la filosofía del cuidado y sus autores, permite adaptar los postulados de teoristas como Sor Calista Roy a las necesidades de las personas con discapacidades psicosociales, a partir de la observación benevolente de la condición humana para garantizar la calidad de vida.

Los profesionales de Enfermería, en particular, están capacitados para brindar cuidados integrales y holísticos a las personas con trastornos mentales. Su papel abarca desde la administración de medicamentos y terapias, hasta la implementación de intervenciones de apoyo emocional y educación sobre la Salud mental. Su presencia constante y cercana con los pacientes les permite establecer una relación terapéutica, así como proporcionar un cuidado continuo y personalizado a través de su cuerpo de conocimientos basado en la evidencia científica, que fomenta la renovación de conceptos y visiones, a través del trato directo con los sujetos de cuidado, las poblaciones y la incursión de la profesión en las políticas públicas. Se trata de un colectivo de actores formados en la integralidad, la colegialidad, el liderazgo y el conocimiento del sistema de salud, que se acerca a los tomadores de decisiones.

Seguramente, el camino por recorrer para las futuras generaciones de profesionales de la salud del siglo XXI será fundamental en el desarrollo de modelos de atención primaria que brinden servicios de Salud mental inclusivos y de calidad a las personas con habilidades diversas. Estos profesionales, como herederos del avance tecnológico, la conciencia social y ambiental, y una sensibilidad hacia lo humano, desempeñarán un papel crucial en la garantía de una atención integral y personalizada.

Para lograr este objetivo, es esencial asegurar una formación continua y actualizada en el campo de la Salud mental. Los profesionales de la salud deben adquirir habilidades y conocimientos específicos que les permitan brindar un cuidado holístico y centrado en el paciente. Esto incluye comprender las complejidades de las enfermedades mentales, tener habilidades de comunicación empática y efectiva, ser capaces de evaluar y diagnosticar de manera precisa y diseñar planes de tratamiento individualizados.

Además, la formación debe enfocarse en la promoción de la Salud mental y la prevención de enfermedades, fomentando estilos de vida saludables y brindando herramientas para la gestión del estrés y la mejora del bienestar emocional. Esto implica trabajar de manera interdisciplinaria, colaborativa y estrecha con otros profesionales de la salud como psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales, para ofrecer una atención integral y multidimensional.

Finalmente, es importante fomentar la sensibilización y la eliminación del estigma asociado a las enfermedades mentales en la sociedad. Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de educar a la comunidad, promover la comprensión, la empatía y la inclusión hacia estos pacientes.

Referencias Bibliográficas

Asociación Colombiana de Personas con Esquizofrenia y sus Familias. (20 de mayo de 2022). VI Congreso ACPF [Archivo de vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=E5-PuMZO6Uc&t=8722s>

Congreso de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de salud de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. 21 de enero de 2013. D.O No. 48.680.

Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2020, septiembre). Estrategia para la promoción de la Salud Mental en Colombia. Departamento Nacional de Planeación. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3992.pdf>

Departamento Administrativo de la Función Pública. (2022, Enero 11). Entidades en las que laboran personas con discapacidad, reciben recomendaciones para la implementación de ajustes razonables. Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/-/entidades-en-las-que-laboran-personas-con-discapacidad-reciben-recomendaciones-para-la-implementacion-de-ajustes-razonables>

Infocop. (07 de abril de 2014). La Federación Mundial de la Salud Mental solicita la colaboración internacional para impulsar la Salud Mental. Infocop Online. Recuperado el 22 de marzo de 2023 de https://www.infocop.es/view_article.asp?id=5059

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Adaptación de guías de atención para Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/adaptacion-colombia-guias-atencion-mhgap.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Resolución 2063 de 2017. Por el cual se adopta la política de participación social en salud-PPSS. 9 de junio de 2017.

Morin, E. (1984). Ciencia con consciencia. Anthropos

Organización de Naciones Unidas. (01 de enero de 2016). Objetivos de Desarrollo Sostenible. un.org. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0. iris.paho.org. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Colombia-Talleres mhGAP en Bogotá y Pasto. paho.org. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13829:colombia-talleres-mhgap-en-bogota-y-pasto&Itemid=0&lang=en#gsc.tab=0

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (Sin fecha). Salud Mental en Atención Primaria. Paho. Recuperado el 13 de junio de 2023 de <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental-atencion-primaria>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). Manual operativo del mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en Salud Mental (mhGAP). Iris Paho. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52328/9789275322550_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Pineda, F. (2014). La participación en salud, factores que favorecen una implementación efectiva. Monitor Estratégico, (6), 10-11. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/3.%20La-participacion-en-salud-factores-que-favorecen.pdf>



Políticas de la Publicación

Público al cual se dirige

El público al que se dirige contempla a los especialistas en temáticas socio-humanísticas, a estudiantes y docentes de pregrado y posgrado en ciencias de la educación y la enfermería, extensivo a otras áreas.

Idioma

Se aceptan artículos escritos en español, portugués, inglés. Se aceptarán artículos en otros idiomas, siempre y cuando sea la lengua materna del autor y tenga su traducción al inglés.

Proceso de evaluación por pares

El sistema de evaluación y arbitraje de los artículos que sean sometidos para publicación en la revista Paradigmas Socio-humanísticos, será en dos fases:

Fase 1

Control editorial: el comité editorial en su reunión ordinaria, asignará un par evaluador para que revise los artículos enviados a través del OJS y evalúe aspectos como: pertinencia del tema tratado, aspectos de forma, como coherencia de la estructura del artículo con las normas de la revista, claridad, redacción, ortografía y respeto por las normas de referenciación.

La RPSH emplea el software Turnitin para realizar la comprobación de similitud de fuentes bibliográficas usadas por los autores, para garantizar la veracidad de las obras y promover la escritura con integridad para prevenir el plagio. Por tanto, hace parte del control editorial y en todo momento el autor está al tanto de ello. Una vez se supere esta fase, el autor es contactado para dar continuidad al proceso de evaluación por pares.

Fase 2

Revisión por pares doble ciego: en esta fase el comité editorial asigna dos jurados expertos en la temática, quienes, con un formato de evaluación diseñado para tal fin, emitirá concepto respecto a la calidad disciplinar del artículo.

Luego de recibir las observaciones de los jurados, el artículo quedará clasificado como:

Publicable, No publicable o Publicable sujeto a correcciones.

- Cuando el concepto sea “publicable”: se notificará a través del OJS al autor y el artículo pasará directamente a proceso de corrección de estilo definitivo.

R E V I S T A
Paradigmas
Socio-Humanísticos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

- Si el concepto llega a ser “no publicable”: se notificará al autor a través del sistema OJS y se le hará envío del artículo con los comentarios de los evaluadores, esto con el fin de que el autor, pueda realizar al artículo los cambios pertinentes y enviarlo de nuevo para aplicar a otro proceso de evaluación.
- Cuando el concepto sea “publicable sujeto a correcciones”: se notificará al autor y se le hará envío del artículo con los comentarios de los evaluadores. El autor tendrá hasta dos semanas a partir de notificado el concepto para realizarlas y remitir el artículo corregido a la revista.

El proceso de evaluación por pares se establece con un periodo de cuatro semanas. Sin embargo, los plazos pueden variar a discrecionalidad del Comité Editorial de la RPSH, lo cual será informado oportunamente al autor del manuscrito.

Ética de publicación

Esta revista se adhiere a las pautas del “Código de conducta y mejores prácticas para editores de revistas”, publicado por el Committee on Publication Ethics – COPE. y la Ley 1915 de julio de 2018 que hace referencia a las disposiciones relativas al derecho de autor y los derechos conexos.

Los autores se adhieren a las especificaciones para la elaboración de los documentos y velarán por su originalidad. Los miembros del comité editorial de la revista, a su vez, vigilan aspectos como el respeto por las leyes de derecho de autor, originalidad y pertinencia.

Directrices para autores/as

Se reciben artículos enviados a través del sistema OJS, dirigidos al Comité Editorial Revista Paradigma Socio-humanístico.

- El autor deberá conservar copia de todo el material enviado, ya que la Revista no se responsabiliza por daños o pérdidas.
- Adjuntar carta de presentación
- Preparación del manuscrito:
 - I. Las contribuciones deben ser digitadas en fuente Arial, tamaño 12, espacio 1,5, márgenes inferiores y laterales de 3 cm.; (extensión máxima según sección a la que se somete).
 - II. Título del artículo en español e inglés. Debe describir el contenido sustancial del trabajo mediante frases enunciativas. Debe ser claro, conciso y correcto. Se considera un tamaño adecuado si no supera las 15 palabras.



- III. Nombre completo del autor (es) digitado en espacio simple, indicando en nota de pie de página los títulos académicos, cargos ocupados y nombre de la institución al cual el autor(es) está vinculado. Dirección completa, teléfono/fax para contacto y e-mail del primer autor del texto.
- IV. Resumen: en español y en inglés (según la sección a la que se somete el manuscrito), destacando ideas centrales de la introducción, objetivos, desarrollo y conclusión. En los reportes de investigación debe contener: objetivos, métodos, resultados y conclusiones, con límite de 150 palabras.
- V. Descriptores: Conformados de 3 a 5 “palabras clave”. Para determinarlos debe consultar la lista de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), elaborada por Bireme y disponible en la Internet en el site: <http://www.bireme.br> o el Medical Subject Headings (MeSH) de la National Library of Medicine (NLM), o el International Nursing Index. Cuando el artículo tuviera un enfoque interdisciplinario, usar los descriptores universalmente aceptados en las diferentes áreas o en las disciplinas envueltas. (UNESCO)
- VI. Texto: ordenado en introducción, desarrollo y conclusión.
- VII. Ilustraciones: (fotos, modelos, mapas, diseños, estampas o figuras, esquemas, cuadros) deben ser enumeradas secuencialmente en números arábigos, con sus respectivas leyendas y fuentes (todas las fuentes tienen que estar en las referencias). Excepto las listas, los cuadros, todas las ilustraciones deben ser designadas como figuras.
- VIII. No utilizar en las listas/cuadros internos trazos verticales y horizontales. Colocar un título corto encima de las listas/ cuadros, y notas explicativas abajo de las mismas.
- IX. Se realizarán las citaciones siguiendo las normas APA sexta edición. Se organiza alfabéticamente y se le coloca sangría francesa.
- X. Las citas textuales o directas se reproducen exacta, sin cambios o añadidos. Se debe indicar el autor, año y número de página. Si la cita tiene menos de 40 palabras se coloca como parte del cuerpo del texto, entre comillas y al final entre paréntesis se señalan los datos de la referencia.



Ejemplo: Al analizar los resultados de los estudios previos encontramos que: “Todos los participantes...” (Machado, 2010, p. 74)

XI. Si la cita tiene más de 40 palabras debe escribirse en un párrafo aparte, sin comillas, alineado a la izquierda y con un margen de 2,54 cm. o 5 espacio de tabulador. Todas las citas deben ir a doble espacio.

Ejemplo: Maquiavelo (2011) en su obra El Príncipe afirma lo siguiente: Los hombres, cuando tienen un bien de quien creían tener un mal, se obligan más con su benefactor, deviene el pueblo rápidamente en más benévolo con él que si con sus favores lo hubiese conducido al principado (p. 23)

XII. Citas indirectas o paráfrasis: en estos casos se reproduce con propias palabras la idea de otro. Siguen las normas de la citación textual, a excepción del uso de comillas y cita en párrafo aparte.

Ejemplo: Según Huizinga (1952) son características propias de la nobleza las buenas costumbres y las maneras distinguidas, además la práctica de la justicia y la defensa de los territorios para la protección del pueblo.

Open Access

Esta revista proporciona acceso abierto inmediato a su contenido, basado en el principio, de que ofrecer al público acceso libre a las investigaciones ayuda a un mayor intercambio global de conocimiento y no se hace responsable de los contenidos publicados.

Los autores que publican en la revista se acogen al código de licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Declaración de privacidad

Los nombres y las direcciones de correo electrónico introducidos en esta Revista se utilizarán exclusivamente para los fines establecidos en ella y no se proporcionarán a terceros o para su uso con otros fines.



Aviso de derechos de autor

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es> Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

