



**SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS: “CAMBIOS EMOCIONALES Y  
ACOMPañAMIENTO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN ESPIRITUAL Y RELIGIOSA,  
EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LA  
PAZ”**

**TRABAJO DE GRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE PSICÓLOGO**

**Autor:**

**LUISA FERNANDA PRADA FANDIÑO**

**ID. 634009**

**TUTOR:**

**MARÍA FERNANDA JIMÉNEZ FETECUA**

**LECTOR:**

**DIANA MARCELA LEÓN PACHÓN**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES**

**PROGRAMA DE PSICOLOGÍA PRESENCIAL**

**BOGOTA, D.C, COLOMBIA**

**2023**



## TABLA DE CONTENIDO

Presentación.....	2
Justificación.....	4
1. Descripción del contexto y estado inicial.....	11
2. Descripción de la experiencia y soporte teórico – metodológico.....	21
2.1. Soporte Teórico.....	21
2.1.1. La Espiritualidad.....	21
2.1.2. Las Emociones.....	23
2.1.3. Farmacología.....	25
2.1.4. Intervención clínica en Farmacodependencia.....	28
2.1.5. Trastorno por consumo, según DSM – V.....	30
2.1.6. Factores relacionados con el consumo de sustancias.....	31
2.1.7. Salud Mental.....	36
2.1.8. Modelo de atención Espiritual y Religiosa.....	37
2.2. Soporte Metodológico.....	40
2.2.1. Técnicas de recolección de la información.....	41
3. Análisis crítico de la experiencia .....	48
4. Análisis reflexivo del rol como practicante .....	52
5. Devolución .....	56
Referencias .....	61
Bibliográficas .....	61
Anexos .....	65

## TABLAS

Tabla 1. Instrumentos de Recolección de Información .....	41
Tabla 2. Taller: Espacio Conversacional .....	42
Tabla 3. Taller: Tarjetas Emocionales .....	44
Tabla 4. Taller: Glosario de mis Emociones .....	45



## PRESENTACIÓN

En el presente documento se presentará la sistematización de la experiencia denominada “cambios emocionales y acompañamiento del servicio de atención espiritual y religiosa en pacientes hospitalizados en la Clínica Nuestra Señora de la Paz”, a propósito del proyecto de investigación Cuidado Hospitalario y Salud Mental. De entrada, se hará una descripción del estado inicial en el cual se va a conocer el objetivo de la Clínica, la UNIMINUTO y como esto puede estar enlazado con el objetivo de la presente sistematización. Así mismo, evidenciar quienes fueron las personas que realizaron el acompañamiento en todo este proceso y así mismo dar a conocer el primer contacto directo entre la Clínica y la UNIMINUTO y lo que conllevó a comprender mi rol como practicante.

Este documento contiene diferentes apartados que permiten conocer el proceso de desarrollo frente a la observación e interacción desde un proyecto de investigación en la Corporación Universitaria Minuto de Dios, con los pacientes de la Clínica Nuestra Señora de la Paz, específicamente desde el acompañamiento del Servicio de Asistencia Espiritual y Religiosa. La Clínica, como bien lo argumenta la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, “es la institución especializada en atención de salud mental más grande e importante del país. El equipo está formado por profesionales en Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, enfermería y medicina general, los cuales conforman el grupo de más de 500 colaboradores de distintas áreas, además del grupo de Hermanos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios que enmarcan la labor que la clínica ha desarrollado durante sus 62 años”. (Orden Hospitalaria San Juan de Dios, s.f).

Por otro lado, el contexto que me permite sistematizar la experiencia es la Corporación Universitaria Minuto de Dios, dado lo que abarca la investigación desde el contexto institucional, caracterizada como “la función sustantiva se impulsa el desarrollo de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación, del conocimiento y las actividades del ser humano; el uso, la creación y la adecuación de soluciones a los problemas de la sociedad y al fortalecimiento de los procesos de enseñanza-aprendizaje”. (UNIMINUTO,2020)

Es por esto, que resulta útil entender la funcionalidad del marco investigativo que se debe cumplir para dar paso a la experiencia a sistematizar. Dado que abarca componentes objetivos para un desarrollo académico y profesional óptimo, con relación a características como lo son la autonomía, aprendizaje y habilidades investigativas.

Luego de ello, se va a evidenciar un soporte teórico y metodológico que permite hacer una identificación que permee un enfoque científico, que sustentado en bases teóricas permitió la recolección e interpretación de los datos para procurar la explicación del fenómeno de la sistematización. Así mismo, finalmente se da cuenta del “Producto” a entregar a la Clínica, que para el caso en particular fueron los talleres desarrollados para los pacientes del grupo Redes, con ciertas características particulares de las cuales se dará cuenta dentro del presente documento.

Finalmente, se va a presentar un análisis crítico de la experiencia, en donde se logra evidenciar un ejercicio auto reflexivo de mi parte como practicante, que evidencia conocimiento frente a posturas teóricas y metodologías utilizadas para el desarrollo de esta sistematización, las enseñanzas que de alguna manera modelaron mi proyección profesional y aportes que le quedan



a la disciplina para el desarrollo de las prácticas profesionales en Investigación, dentro de la  
UNIMINUTO.

## JUSTIFICACIÓN

Es importante entender que, el presente proceso de sistematización surge en el marco del desarrollo de la práctica profesional en el lugar de auxiliar de investigación del proyecto “Cuidado Hospitalario y Salud Mental”, el cual fue resultado de la solicitud que realiza expresamente la Orden Hospitalaria a la UNIMINUTO, a través del Programa de Psicología.

Es por esto, es importante entender en un primer momento el funcionamiento y la metodología del componente universitario, afirmando (UNIMINUTO,2020) que, “el Sistema Universitario UNIMINUTO, inspirado en el Evangelio, el pensamiento social de la Iglesia, la espiritualidad Eudista y el carisma del Minuto de Dios, tiene como propósito:

- *Ofrecer Educación Superior de alta calidad y pertinente con opción preferencial para quienes no tienen oportunidades de acceder a ella, a través de un modelo innovador, integral y flexible.*
- *Formar excelentes seres humanos, profesionales competentes, éticamente orientados y comprometidos con la transformación social y el desarrollo sostenible.*
- *Contribuir, con nuestro compromiso y nuestro testimonio, a la construcción de una sociedad fraterna, justa, reconciliada y en paz”.*

Por lo tanto, hablar de un proceso de sistematización con relación a la misionalidad y Praxeología de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, permite lograr un gran impacto en la formación profesional de los estudiantes, puesto que los está orientando hacia un desarrollo profesional de manera competente y coherente con el campo de acción profesional al que aspira a vincularse. De esta manera, es claro que a través de procesos de sistematización praxeológica se brindan herramientas que incentivan un análisis crítico y reflexivo frente al desarrollo del

quehacer en la experiencia de los estudiantes en su proceso de práctica profesional. Y de igual manera, dar cuenta de la transformación social de los contextos en los que se desarrollan las prácticas, donde en mi caso en particular, permitió el reconocimiento personal, de los pacientes, los compañeros, los profesionales y sus emocionalidades cambiantes.

De otro lado, la OHSJDD se define como “una Institución Católica que presta servicios de atención en Salud Mental, reconocida en asistencia y docencia; competente y comprometida con la seguridad del paciente, el carisma y la filosofía de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.” (Orden Hospitalaria San Juan de Dios, 2022).

Es así como, para los objetivos del Proyecto de Investigación, fue necesario poder identificar como desde ese acompañamiento que realiza el Servicio de Asistencia Espiritual y Religiosa (SAER) y del cual fui participe desde mi rol de auxiliar de investigación, a los pacientes vinculados al Programa Redes que son caracterizados en la Clínica como farmacodependientes, se lograba hacer una asistencia a la salud mental y emocional de estos pacientes, a través de facilitar espacios de reflexión, acompañamientos espirituales junto con la presentación de parábolas, versículos, textos bíblicos y además procesos de escucha activa.

También, para la psicología es fundamental tener un reconocimiento progresivo de las emociones de los sujetos, que les pueda permitir la identificación de las alteraciones súbitas del estado de su estado de ánimo y cómo se van desarrollando con base a diversas situaciones que experimenta en su entorno y más aún cuando se encuentra hospitalizado en un contexto que atiende la Salud Mental.

Por ende, dentro del contexto hospitalario se pueden evidenciar diversos cambios emocionales en ese acompañamiento a los pacientes, específicamente con el servicio de Redes ya

que al ser el servicio más constante con el que trabaja la Asistencia Espiritual y Religiosa (SAER) de la Clínica, se lograban identificar ciertas expresiones emocionales en sus rostros principalmente desde el ingreso a la Clínica ya sea a consecuencia de pensamientos, decisiones, situaciones personales o el mismo contexto hospitalario que desencadenaban emociones, las cuales se empezaron a reconocer y resaltaban de otras que también podrían estar presentes. Sin embargo, al observar las emociones básicas en el transcurso del proceso de los pacientes, se lograron hacer dos cosas, en un principio, se logró hacer una delimitación de estas, pero más adelante se amplió la perspectiva, evidenciando mayor diversidad a las emociones específicas plateadas inicialmente.

Es a través de la utilización de instrumentos de orden cualitativo que se dio lugar a la formulación, diseño y aplicación de un producto tipo taller, que garantizó por medio de diferentes actividades la estructuración y desarrollo de la escucha activa, tarjetas emocionales y un glosario de emociones.

Es importante manifestar que, en el proceso mencionado anteriormente, se hace evidente la utilidad del Modelo Praxeológico de la UNIMINUTO, afirma que es definido como:

*“La Praxeología aparece como un esfuerzo de hermenéutica práctica que articula las funciones universitarias de investigación, de compromiso social crítico y de formación profesional al interior de un contexto pluridisciplinario. Por eso, ella sitúa plenamente el quehacer pedagógico en un paradigma praxeológico de investigación-acción-formación en el que la práctica, en su contexto, es el punto de partida y el de llegada”* (Juliao, C, 2011) por lo tanto, el modelo Praxeológico de UNIMINUTO, nos permite a los estudiantes generar nuevas maneras de interpretar la realidad que nos rodea y que de alguna manera queremos transformar,

convirtiéndose en un ejercicio investigativo pero también, interventivo, que no culmina sino que da cuenta de los cambios permanentes a los que están expuestos los contextos.

En últimas, el quehacer praxeológico es un análisis que parte de la experiencia de los propios protagonistas (quienes avanzan hacia reflexiones práxicas), es decir, se le da voz importante a todos aquellos que hacen parte de un determinado contexto y que entran en contacto con los estudiantes de la UNIMINUTO, a través de nuestras prácticas profesionales, lo que implica trabajar individual y grupalmente en tiempos y espacios adecuados, como provocación y desafío para un aprendizaje desde la cotidianidad y desde los intercambios relacionales constantes. O sea, se trata de una metodología de investigación que intenta trabajar procesos de comunicación, procesos educativos, intercambios que den cuenta de cómo examinar nuestro modo de conocer para actuar; y esto pasa, al menos, por abrir espacios en la vorágine cotidiana y permitirnos consciencia en/de nuestra acción habitual. Es, por tanto, una manera de conocer desde el mutuo aprendizaje y desde prácticas.

Esta manera Praxeológica de explicar nuestra realidad profesional consta de cuatro (4) fases, a saber:

- Fase de VER: Esta es una fase de exploración y de análisis/síntesis, que responde a la pregunta: ¿qué sucede?, es responder desde la cotidianidad de los contextos y de los participantes en ellos, de sensibilizarse frente a sus necesidades o simplemente estar y verse con ellos: ¿quién hace qué?, ¿por quién lo hace?, ¿con quién?, ¿dónde?, ¿cuándo?, ¿cómo? y ¿por qué lo hace, son las demás preguntas recurrentes que el OBSERVADOR se plantea y busca responder a lo largo de todo su proceso.

En mi caso en particular, la fase del VER PRAXEOLÓGICO me implicaba dar cuenta del contexto en el que se desarrollaban los pacientes de Redes de la Clínica Nuestra señora de la Paz, tanto con sus particularidades, necesidades, sujetos y condiciones, que también iban a perfilar mis acciones de intervención transformadora.

- Fase de JUZGAR: Esta es la fase de reacción, que responde a la pregunta ¿qué puede hacerse?, ya desde la información recopilada en la fase anterior, implica que quien está desarrollando el trabajo praxeológico examine otras formas de enfocar la problemática de la práctica, visualiza y juzga diversas teorías, con el fin de comprender la práctica, conformar un punto de vista propio y desarrollar la empatía requerida para participar y comprometerse con ella.

Por lo tanto, el qué iba a hacer con los pacientes, me iba permitiendo ahondar en las posibilidades de intervención psicológica, pero también fortalecer mi conocimiento profesional que iba a justificar en últimas mi propuesta.

- Fase de ACTUAR: La tercera fase del proceso praxeológico es la fase del Actuar, que responde a la pregunta ¿qué hacemos en concreto? Es una etapa fundamentalmente programática, en la cual se plantean los procedimientos y tácticas, el tiempo requerido para poder cumplir con los objetivos y llevar todas las ideas a la Acción. Cuando se llega a este momento, se comprende que actuar no es únicamente la *aplicación de políticas, estrategias o tácticas venidas de fuera*, son una construcción desde los recursos de los propios contextos, elaborados para ellos únicamente, porque partimos de la particularidad de cada espacio de práctica, con las individualidades de cada SER.

- Fase de DEVOLUCIÓN CREATIVA: Esta cuarta fase es la reflexión en la acción. Es una etapa fundamentalmente prospectiva, que responde a la pregunta: ¿qué aprendemos de lo que hacemos? Con relación a una representación que pretende orientar el proyecto y la práctica del profesional. Esto conlleva en un primer momento a analizar si se está cumpliendo con las necesidades de los participantes en los procesos praxeológicos, aplicando las estrategias establecidas y así mismo, si en el marco interventivo se cumplen los objetivos planteados. Es por esto que, para efectos del presente trabajo de sistematización, se evidencia que tras hacer un análisis general de las actividades realizadas y que se encaminaron al desarrollo, introspección, aplicabilidad y adaptación de las experiencias emocionales de los pacientes realizando una devolución al contexto, con relación a un análisis general de los cambios emocionales dentro de las posibilidades interpretativas de cada sujeto / paciente.

## 1. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO Y ESTADO INICIAL.

A partir del siguiente apartado voy a empezar a dar cuenta de todo el proceso desarrollado a lo largo de mi práctica profesional y que se convirtió en la posibilidad de aprender y proponer acciones encaminadas a la transformación a las personas vinculadas al proceso de sistematización, desde el reconocimiento de sus emociones y cambios reconocidos a partir del acompañamiento realizado por el Servicio de Atención Espiritual y Religiosa de la Clínica Nuestra Señora de la Paz.

Inicialmente, para el desarrollo de todo el proceso de sistematización en la UNIMINUTO, es relevante destacar que este se despliega en el marco de la práctica profesional que realizan los estudiantes al culminar parte de su plan de estudios y con el objetivo de llevar a la práctica cada una de las fuentes del conocimiento que han adquirido en el trasegar de este proceso formativo. Para el presente trabajo de sistematización, me permitiré iniciar por describir las instituciones vinculadas en éste y narrar la manera como se conectan y responden a mis inquietudes personales de formación profesional.

Las instituciones vinculadas son UNIMINUTO y la Clínica Nuestra Señora de la Paz, estas se conectan con la finalidad de “*desarrollar un proyecto de investigación*” ya que ambas instituciones tienen un enfoque científico e investigativo. Situación que permitió el enlace con el proyecto **Cuidado Hospitalario y Salud Mental**, cuyo objetivo es *identificar los beneficios del cuidado espiritual basado en las características hospitalarias de la Orden San Juan de Dios*, en relación con la posibilidad de proporcionar herramientas que promuevan acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria en salud mental; esto buscando generar impacto en el programa académico, social, cultural, ambiental, y organizacional en la ejecución del proyecto.

Con lo anterior dicho, la UNIMINUTO dio inicio con la búsqueda de estudiantes que estuvieran iniciando su fase de Práctica I y ya hayan realizado todo el proceso de inducción correspondiente con Centro Progresá. Personalmente como ya tenía todo eso listo, recibí un correo electrónico por parte de la docente María Fernanda Jiménez, citándome a un proceso de entrevista para ser ubicada en un escenario de práctica profesional durante el período académico 2022-1. Cuando asistí a la entrevista, entré a la sala de juntas del programa de Psicología en acompañamiento de la docente María Fernanda Jiménez, la coordinadora de práctica Sandra Sanabria y otra estudiante postulada al mismo contexto para iniciar la entrevista. Es así, que se da inicio al proceso de entrevista en donde resalto, estaba bastante nerviosa pero segura de mis conocimientos con respecto a las preguntas realizadas por las docentes. Cuando se termina todo el proceso de entrevista, las docentes me comunican que fui seleccionada para hacer parte del proyecto de investigación; reconozco que me emocioné mucho e inmediatamente recibí la primera información sobre el Proyecto sobre Cuidado Hospitalario y Salud Mental que se empezaría a trabajar conjunta e interdisciplinariamente con la Clínica Nuestra Señora de la Paz de Bogotá- Colombia. Se me informa acerca del rol de auxiliar de investigación, lo que me hace recordar en ese momento, manifestarle a la docente estar emocionada de trabajar en el campo clínico psiquiátrico y conocer verdaderamente como se trata la Salud Mental directamente en este contexto.

También, recuerdo que, al salir ese día del programa de Psicología, lo primero que hice fue llamar a mi mamá y contarle lo sucedido, pero mi emoción mayor era que mi proyecto de investigación estaba enlazado con la Clínica Nuestra Señora de la Paz y era posible asistir a este centro, a lo cual mi mamá respondió que ella pensaba que iba a tener otro lugar de práctica y no una Clínica Psiquiátrica entendiendo claramente el estigma que aún existe aún sobre la

Enfermedad Mental. Pero, hablamos respecto a ello y le expliqué lo feliz que estaba y lo positivo que esto era para mí como profesional, para mis conocimientos y mi experiencia argumentando también que de esto trata la Psicología y esto fue lo que elegí para ser profesional.

Días después tuvimos la primera reunión con las docentes de acompañamiento y otros compañeros de práctica clínica en donde se hizo un compendio frente a las rubricas de calificación y tareas a realizar en nuestro rol de practicantes. Y así mismo, se establece una inducción presencial en la Clínica Nuestra Señora de la Paz. Al llegar el día de inducción es cuando entablo una conversación más amplia con mi compañero José Andrés Martínez Díaz, quien junto conmigo, fuimos los auxiliares en investigación del proyecto Cuidado Hospitalario y Salud Mental; ese día en la inducción, al recorrer todas las instalaciones de la Clínica, conociendo todos los servicios, hacer ese primer contacto visual con los pacientes y ver a los entes que trabajan de manera interdisciplinar para la hospitalidad y cuidado de los pacientes, fue como conocer una dimensión totalmente desconocida, fue evidenciar que cuidar y proteger la Salud Mental de una manera más humana, hace la diferencia y ayuda a reducir el estigma respecto al cuidado en Salud Mental y la importancia de trabajar más constantemente en Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

Dicho esto, esta práctica se realiza con el acompañamiento de las docentes Diana Marcela León en un primer momento y la profesora Sandra Marcela Ayala en el segundo momento; ellas estuvieron desempeñado el rol de docentes de seguimiento, dando respaldo de esta manera al acompañamiento académico que recibimos los estudiantes de UNIMINUTO durante nuestra práctica profesional. Otro de los roles implicados en el desarrollo de la práctica profesional, también se hace necesario el del Interlocutor, que es el profesional encargado de realizar el acompañamiento profesional de los estudiantes, quien para el caso en particular era ejercido por

la docente María Fernanda Jiménez Fetecua, investigadora principal del proyecto de investigación.

Es importante mencionar entonces, que una cosa era la Práctica Profesional, la cual estaba enmarcada en el campo de la Investigación, bajo el rol de Auxiliar de Investigación del proyecto y, otra cosa era el rol de estudiante en proceso de actividades relacionadas con la Sistematización como opción de Grado, en UNIMINUTO.

La Práctica Profesional, me permitía desarrollar funciones específicas, las cuales surgieron principalmente de la participación en el proyecto de investigación Cuidado Hospitalario y Salud Mental delegando las funciones desde el rol de auxiliar de investigación. Las funciones determinadas se basaron primeramente en el levantamiento de información relacionado a las cuatro categorías principales, establecidas en el proyecto de investigación permitiendo hacer un análisis e interpretación de los datos recopilados. Por otro lado, al trabajar de manera interdisciplinar con la Clínica Nuestra Señora de la Paz se hace la contextualización de la Clínica y directamente del funcionamiento respectivo de pastoral. Es por ello, que se da paso al contacto con los pacientes a través de actividades específicas ya previstas en el protocolo de atención de la Clínica Nuestra Señora de la Paz y del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa.

Y en relación con la propuesta de la Sistematización como Opción de Grado, me surgió la inquietud, en el trasegar mismo de la práctica, en sistematizar la experiencia de vincularme desde el Servicio de Servicio de Atención Espiritual y Religiosa de la Clínica Nuestra Señora de la Paz, en el desarrollo de actividades de acompañamiento a los pacientes que se encontraban

institucionalizados y formaban parte del programa Redes (descripción que se amplía más adelante).

Precisamente con relación a iniciar la sistematización de la experiencia, fue necesario contar con el aval de la Clínica (Anexo 1), el cual consistía en obtener autorización de la Clínica Nuestra Señora de la Paz, para poder contar con información extraída de las actividades realizadas desde Servicio de Atención Espiritual y Religiosa con el servicio de Redes (farmacodependientes).

Contando con el debido permiso, empecé entonces con la realización un informe de contextualización en el marco del desarrollo de la investigación (Anexo 2), que tenía la finalidad de dar una descripción detallada de la elección de las categorías Hospitalidad, Salud Mental, Espiritualidad y Promoción y Prevención dentro de la Investigación en particular.

Estas acciones emprendidas iban haciendo que cada vez más yo adquiriera la claridad de mi rol como auxiliar y de la temática abordada por el proyecto, la cual iba contando con mayor claridad para mí, por lo que la construcción de la Matriz del Estado del Arte (Anexo:3), con relación a las cuatro categorías mencionadas anteriormente, en donde se hizo una revisión documental de cincuenta y nueve artículos rastreando la información en libros, revistas y documentos científicos; conceptualizando también desde diferentes teorías, posturas, autores y fechas de publicación. Esto permitió hacer un análisis como parte del resultado del rastreo de información, en donde se categorizan los años más representativos en su publicación, cuál categoría obtuvo más interés en cuanto a la búsqueda y publicación científica y finalmente cuáles fueron los autores más representativos de cada una.

A partir de las funciones que iba desarrollando como compiladora de información, fue que se hizo la invitación de asistir a las instalaciones de la Clínica para hacer observación de las dinámicas contextuales, pero además como valor agregado de desarrollo de la práctica en cuanto tener contacto con los pacientes reclusos en la Clínica y que accedían al Programa REDES. Por lo tanto, la realización de un diario de campo (Anexo 4) me permitió recolectar hechos importantes por medio de la observación y experiencia en el campo Clínico.

Es de esta última herramienta, que surge la propuesta de inicio de construcción del formato de Caracterización de la Población (Anexo 5), puesto que estaba asistiendo a la Clínica, conociendo sus dinámicas internas y teniendo acceso a los pacientes y las actividades propuestas dentro de (SAER).

Estas observaciones en particular y la construcción del formato de caracterización, que era parte de los instrumentos del Proyecto, justamente iban a permitir hacer un filtro del grupo poblacional con el cual se iba a interactuar y que se convertiría en aporte para el sustento teórico del proyecto Cuidado Hospitalario y Salud Mental.

Durante todo este proceso, yo me iba dando cuenta de la necesidad de comprender la misionalidad de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios (OHSJDD), ya que, desde la comprensión de los principios de la Orden Hospitalaria, como una comunidad que atiende las necesidades espirituales de los pacientes que solicitan el acompañamiento, me ayudó para entender el contexto en cual me encontraba y que estaba solicitando mi apoyo y colaboración, directamente con el Servicio de Asistencia Espiritual y Religiosa, a cargo de José Gabriel Tafur y el padre Tulio de la Hoz, quienes se preocupan por cumplir con el objetivo solicitado al Servicio, tal como lo afirman los estatutos de la OHSJDD, este acompañamiento “ha de realizarse desde el

en el sentido de tocar y dejarse tocar”. En ese sentido, el dejarse tocar por el amor de Dios implica entender las concreciones históricas, así como se manifiestan, por ejemplo, en Juan de Dios en dejarse tocar por las necesidades espirituales y su búsqueda del hombre moderno, al igual que por sus inquietudes y necesidades. Y finalmente, deben entrar en contacto con este hombre de forma que pueda sensibilizarlo a través de la palabra de vida, para esta pueda desarrollarse.

Lo anterior, permite entender una perspectiva más amplia frente a ese desarrollo del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa que permea tanto a la OHSJDD como a cada una de las instituciones que prestan servicios de salud, indicando su *funcionalidad y su sensibilización humana*; comprendiendo la hospitalidad, cómo el valor fundamental de la Orden, ya que “este valor fomenta una asistencia integral y humanizada guiada por sus cuatro valores: calidad, respeto, responsabilidad y espiritualidad” (Orden Hospitalaria San Juan de Dios, s.f).

Al Servicio de Asistencia Espiritual y Religiosa, todos los pacientes y los trabajadores de la Clínica tienen derecho de vincularse. Sin embargo, por la cantidad de personas que ingresan a la Clínica no es posible generar ese contacto espiritual con todos los servicios hospitalarios.

En el caso de la Clínica Nuestra Señora de la Paz, el Servicio se integra con la líder de terapia ocupacional y pregunta con cual servicio puede hacer el acompañamiento, una vez estipulado el servicio hospitalario, se planea la actividad, analizando en un primer momento qué tan afectada este el área cognitiva de los pacientes, para poder determinar la viabilidad del desarrollo de una actividad y así poder ejecutarla.

A su vez, es importante conocer que el Servicio de Asistencia Espiritual y Religiosa, también desarrolla procesos de “escucha activa” con los diferentes servicios hospitalarios; esto

ocurre cuando los miembros del Servicio de Asistencia Espiritual y Religiosa se dirigen a los servicios establecidos por la líder de terapia ocupacional, previa autorización del psiquiatra y preguntan de manera general quien requiere asistencia a estos procesos. Allí, los pacientes de forma autónoma se dirigen a cualquier miembro del equipo e inician ese acompañamiento por medio de la escucha activa. Estos procesos, sirven de liberación para los pacientes ya que es un encuentro que les permite desahogarse y recibir algún refuerzo espiritual.

Es importante mencionar que, teniendo en cuenta la función del Servicio de Asistencia Espiritual y Religiosa dentro del contexto de la Clínica, no se encuentra de manera muy organizada la atención de los pacientes por parte del Servicio, algo que permitiría sistematizar ese acompañamiento, ya que no existe algún protocolo que dé el aval de inicio al acompañamiento del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa. Lo que se si puede mencionar es que esta labor del Servicio de Asistencia Espiritual y Religiosa provee beneficio para los pacientes en donde ellos mismos son participativos, atentos y manifiestan gratitud frente al desarrollo de las actividades. Esto también se observó en el momento del ingreso de los miembros del equipo que conforman el Servicio a cualquiera de los servicios hospitalarios, quienes siempre eran recibidos con una palabra de agradecimiento, gratitud y felicidad de parte de los pacientes.

Al hablar de los pacientes, el presente trabajo de sistematización enfatiza principalmente en los pacientes farmacodependientes que hacen parte del programa de Redes de la Clínica, en quienes se promueve el tratamiento, rehabilitación e inclusión social.

A propósito de la población hospitalizada con la cual se desarrolló el proceso de intervención para la sistematización, consideré que aquellos pacientes que pertenecían al

Programa Redes al ser el grupo más constante en el acompañamiento del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa, permitieron identificar en mejor medida los cambios emocionales desde el ingreso hasta el egreso con el trabajo del Servicio trabajando de la mano el valor hospitalario que es permeado por el carisma estipulado de San Juan de Dios.

Por otro lado, el vínculo con el contexto universitario de la Corporación Universitaria Minuto de Dios dio apertura a el proceso narrativo a través de la sistematización, ya que ofrece una educación superior de alta calidad cuya apertura es a quienes no tienen oportunidades de acceso a ellas a través de un modelo innovador, integral y flexible. Así mismo, enfatiza en formar excelentes seres humanos, competentes, éticamente orientados y comprometidos con la transformación social que permeen en la construcción de una sociedad fraterna, justa y en paz.

Así que, el acercamiento al objetivo del Servicio de Asistencia Espiritual y Religiosa, el concepto de hospitalidad de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios y el objetivo misional educativo de UNIMINUTO, me dieron pautas para de alguna manera entrecruzar la teoría, como para llegar a tener un sustento válido, y llegar así mismo a comprender como las experimentan los sujetos de forma variable, las cuales procuré identificar en los pacientes farmacodependientes que hacen parte del programa de Redes de la Clínica, a través del programa de acompañamiento de Servicio de Atención Espiritual y Religiosa.

*Así que: “si bien algunas de las principales discusiones teóricas actuales giran en torno a si existen emociones básicas y si el reconocimiento de estas es universal, lo cierto es que existen ciertos patrones de reacción afectiva distintivos, generalizados y que suelen mostrar una serie de características comunes en todos los seres humanos. Se trata de las emociones de alegría, tristeza, ira, sorpresa, miedo y asco. Podemos defender incluso que se caracterizan por*

*una serie de reacciones fisiológicas o motoras propias, así como por la facilitación de determinadas conductas que pueden llegar a ser adaptativas”*, tal como lo manifiesta Chóliz, Mariano (2005) y que, a partir de este primer sustento teórico permite analizar la existencia de reacciones afectivas que están presente en todos los seres humanos y como éstas se pueden reconocer, regular o dado el caso llegar a ser des adaptativas, que es lo que se pretende identificar con este servicio hospitalario, basándose en la pregunta ¿cómo desde el acompañamiento espiritual de Servicio de Atención Espiritual y Religiosa (SAER) se identifican diferentes emociones básicas en los pacientes, que son cambiantes desde su ingreso hasta el egreso en la Clínica, a través de la utilización de estrategias psicoeducativas?

## 2. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA Y SOPORTE TEÓRICO – METODOLÓGICO

La práctica en investigación, desarrollada en un proyecto interinstitucional llamado Cuidado Hospitalario y Salud Mental, ha permitido que se puedan desarrollar actividades desde el Servicio de Asistencia Espiritual y Religiosa de la Clínica de Nuestra Señora de la Paz. Lo anterior ha dado lugar a la pregunta acerca de las emociones que experimentan los pacientes desde su ingreso hasta el egreso de la clínica, contando con el acompañamiento del área de Servicio de Atención Espiritual y Religiosa, visto como un valor agregado del servicio recibido y que cuenta con el apoyo de los estudiantes de la UNIMINUTO en la práctica de investigación.

En el siguiente apartado, pretendo dar sustento teórico a la idea de sistematización, a través de los conceptos tales como: espiritualidad, emocionalidad, la diferencia que existe entre farmacodependencia y farmacología, entre otros.

### 2.1. SOPORTE TEÓRICO:

#### 2.1.1. La Espiritualidad:

Pinto (2007) citado por Fuentes, L. (2018) “se define como un sistema de guía interna, básico para el bienestar humano, que influye en la vida, la conducta y la salud, sin importar la filosofía, las creencias o las prácticas religiosas de la persona”. Enfatizando de igual manera, en que la espiritualidad se desarrolla de manera individual o personal en cada sujeto para la búsqueda de repuestas de algunos momentos internos existenciales o subjetivos de su vida propia.

También se afirma que “la espiritualidad es definida como una disposición inherente a los humanos con las características de ser universal e integradora, que tiene como meta orientar la conducta permitiendo trascender a la existencia cercana con un propósito y un sentido de vida más amplio, relativo al destino del hombre después de su muerte” (Irurzun. et. al. 2017), esto conlleva al sujeto a pensar en el hecho inminente de su inexistencia en algún momento llevándolo a construir un sentido más amplio para su vida, un constructo universal que, ya sea desde la conexión con el otro no puede llegar a ser destruida.

Además, se puede adherir cuatro categorías que caracterizan el concepto de espiritualidad como lo afirma King, K. (2009) citado por Vives, E. (2016) “creencia, práctica, conciencia y experiencia”. Entendiendo la creencia como el convencimiento de ese algo que va más allá del mundo tangible; la práctica espiritual relacionada con esa voluntad a la oración, la lectura o el pensamiento reflexivo que dirige a la concepción del plano espiritual; la conciencia habla del sentido de percepción que se debe adaptar con la oración, la lectura o ese acto que le permite trascender y por último la experiencia espiritual data de ese cambio de sí mismo a la parte espiritual del trascender.

Finalmente, un avance muy importante de todo lo que se ha evidenciado, analizado y estudiado a cerca de la espiritualidad como parte subjetiva del ser humano, aparece otro autor afirmando que “la espiritualidad hace parte de los cinco factores de la personalidad. Allí “se sugiere definir ambos constructos y estudiar esta relación en el marco del Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad (FFM) debido a que 1) considera la espiritualidad como un sexto factor de la personalidad y a que 2) permite conocer el desarrollo y la expresión de estos constructos a lo largo del ciclo vital, su importancia adaptativa, y el modo en que «encajan» en el sistema psíquico más amplio que llamamos la persona” (SimKin Hugo et.al, 2014). Antes de

llegar a establecer el sexto modelo, se entiende que los cinco factores de la personalidad donde se agrupan los diferentes rasgos en las dimensiones son: apertura a la experiencia, la responsabilidad, la extraversión, la amabilidad y el neuroticismo.

Siendo así, después de los estudios frente a los factores de personalidad, que logran dar cuenta que la espiritualidad presenta aspectos en común con los factores de personalidad sin embargo no resalta entre este modelo y por ende se puede dar la construcción de un sexto factor que sea netamente por escalas de espiritualidad. Es por eso, que se desarrolla la Escala de Evaluación y Sentimientos Espirituales y Religiosos (ASPIRES), cuya finalidad era evaluar dos dimensiones: 1. Sentimientos Religiosos (SR) y 2. Trascendencia Espiritual. (TE).

### **2.1.2. Las emociones:**

Desde los inicios de la psicología científica se plantearon diferentes aportes en busca de descubrir lo que es *una emoción*. Y frente a este concepto tan amplio, el autor Ekman (2008) citado por Buitrago, D. (2021) afirma que “las emociones han evolucionado para ayudarnos a lidiar con las tareas fundamentales de la vida”. Es allí cuando este autor afirma que existen cinco características fundamentales de las emociones; la primera es que su inicio es de forma rápida, su duración en permanencia es corta, ocurren de forma espontánea pero siempre hay algún estímulo que las altera y finalmente existe de alguna forma coherencia en su respuesta. Aunque, es importante resaltar que todos los sujetos tienen una respuesta diferente frente a la situación que se presenta.

Esto permite un acercamiento más amplio frente a la categorización y denominación de las emociones básicas según Choliz M, (2005) categorizándolas en: "la felicidad, la ira, miedo, tristeza, sorpresas y finalmente el asco". La felicidad ayuda a la recepción e interpretación de

manera positiva los diferentes estímulos y situaciones que ocurren en el contexto del sujeto; ésta no es instantánea, al contrario, pretende una estabilidad emocional y perdurable en el sujeto. La ira es el componente emocional más difícil de interpretar, sin embargo, se hace relación a AHI (Agresividad, Hostilidad – Ira). El miedo se presenta de manera contraria a la ansiedad, ya que el miedo es caracterizado por una respuesta del sujeto frente a una situación de peligro real que se presenta; y la ansiedad es una respuesta desacorde e intensa frente a una supuesta situación de peligro. La tristeza se puede conocer culturalmente como unas de las emociones menos placenteras de todas. La sorpresa trata de una respuesta emocional neutral ya que se produce de forma rápida ante una situación nueva o extraña, pero así mismo se desvanece de forma rápida y finalmente el asco, es reconocida por sus reacciones emocionales relacionadas a sensaciones fisiológicas más patentes.

Sumado a esto, al hablar de los diferentes componentes que abarcan cada una de las emociones básicas, es importante considerar la científicidad de lo que es la Inteligencia Emocional como parte fundamental de las respuestas de cada sujeto. Así que se entiende “El término inteligencia emocional se refiere a la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos, los sentimientos de los demás, motivarnos y manejar adecuadamente las relaciones que sostenemos con los demás y con nosotros mismos. Se trata de un término que engloba habilidades muy distintas, aunque complementarias a la inteligencia académica, la capacidad exclusivamente cognitiva medida por el cociente intelectual” (Alonso-Serna, 2019). Es así como la Inteligencia Emocional permite entender las funciones de las emociones y así mismo generar y crear de manera autónoma estrategias para controlarlas, reconocerlas y entenderlas. Estas estrategias pueden incentivar una mejor calidad de vida, reforzar más las emociones de manera

positiva con relación al desarrollo de habilidades de motivación a sí mismo, constancia, control de impulsos, regulación del humor y la empatía.

Es por ello, que esta distinción característica de cada emoción permite identificar de manera óptima que aspectos principales de cada emoción se pueden identificar en el sujeto para hacer la caracterización de manera efectiva; esto abre campo desde esos acompañamientos del área Servicio de Atención Espiritual y Religiosa permeando un lineamiento al objetivo de la sistematización.

### **2.1.3. Farmacología:**

Al hablar de Sustancias Psicoactivas (SPA) es importante entender qué son los fármacos, los cuales tienen diferentes orígenes, es decir, los hay de origen natural, sintético o semisintético. Los de origen natural pueden provenir de la fuente animal ya sea por veneno de serpiente, polvo de tiroides, entre otros. Los de origen vegetal provienen de plantas, tales como el opio, la belladona o la coca, también existe el fármaco mineral que proviene del bicarbonato de sodio o del hidróxido de aluminio. Y finalmente, encontramos los fármacos de origen semisintético que se obtiene al beber un producto natural, pero con la contrariedad de hacerle modificaciones químicas para mejorarlo, por lo que, estas manipulaciones pueden resultar mucho más peligrosas y adictivas. (Maya, J, 2007).

Contando con esta claridad, entonces conceptualizamos lo que se entiende por farmacología, la cual “es la ciencia que estudia los fármacos en todos sus aspectos, sus orígenes o de dónde provienen, su síntesis o preparación, sean de origen natural o no, sus propiedades físicas y químicas; todas sus acciones, sus formas de administración, sus indicaciones terapéuticas, sus usos y acciones tóxicas” Maya, J. (2007).

De esta manera hay que resaltar que, en todo ese proceso del estudio de los fármacos, es importante relacionar otro concepto como lo es la farmacodependencia, puesto que, los fármacos y la farmacología, procuran entenderse desde la mención del abuso.

El consumo habitual de un fármaco puede llegar a generar dependencia psíquica o física de éste, “entendiendo la dependencia como la necesidad incoercible del individuo en buscar, conseguir y reiniciar el consumo de la sustancia en forma continua o periódica con el fin de reducir un malestar o experimentar un efecto placentero” Uribe, O. (2009). El malestar ocasionado por la falta de este es categorizado como síndrome de abstinencia, ya que, al ser introducido un fármaco en el organismo vivo, este altera una o más de sus funciones; por otro lado, la farmacodependencia puede llegar a generar una disfunción en las dinámicas sociales de los sujetos, por la necesidad casi vital de que es sujeto siempre este consumiendo y que hacerlo es imposible e imposible por conseguir la sustancia de la cual “depende”. Es así que, en diferentes situaciones los sujetos están más predispuestos a cometer ciertos delitos establecidos por la norma como el robo, trabajos sexuales premeditados.

De modo que, al hablar de farmacología como el estudio de los fármacos y de farmacodependencia como el consumo habitual dependiente de algún fármaco, la Organización Mundial de la Salud (2023) concluye que, el “consumo problemático” de sustancias genera afectaciones directas en la salud y en las relaciones interpersonales, también, existen alteraciones en actividades cotidianas como el trabajo, el estudio o en factores económicos o judiciales; además, el estar en estado de embarazo, lactancia o en niños, niñas y adolescentes y consumir sustancias ilícitas es considerado consumo problemático, por lo que se hace necesario hacer intervenciones precisas para atender este flagelo social.

Es por ello que todos los países procuran crear normativas específicas, las cuales definen la atención de la población, tal como sucede en Colombia, que a través de la Ley 1566 del 2012, reglamenta la manera de garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas. Por eso, las situaciones de abuso y adicción podrán ser tratadas como una enfermedad que necesitan de atención integral por parte del estado. “Esto significa que:

- La ley ubica la reducción del consumo de SPA en la agenda de la política pública de drogas en el país acorde con un marco de acción internacional en materia de derechos humanos y de nueva evidencia en la intervención.
- El reconocimiento del consumo, abuso y adicción a SPA lícitas o ilícitas como un asunto de salud pública, indica la necesidad de superar el enfoque tradicional policivo y de la política criminal, fortalece el diseño y ejecución de la política de drogas en el plano de la salud y compromete a otras instancias del Estado en la búsqueda efectiva de soluciones sostenibles e integrales.
- Reafirma el derecho a la salud física y mental que tienen todas las personas que consumen SPA, el enfoque de atención primaria en salud que comprende la acción intersectorial/ transectorial por la salud, la participación social, comunitaria y ciudadana.
- La salud pública permite fortalecer las estrategias de promoción, prevención y mitigación para la reducción del consumo y un mayor desarrollo de acciones colectivas desde el nivel territorial.
- El bienestar de la familia y la comunidad inicia con la priorización de los niños, las niñas, los adolescentes y las poblaciones vulnerables conforme a estándares internacionales y de vida digna de los consumidores, así como la incorporación del enfoque de género y las representaciones sociales y culturales del consumo de SPA”. De igual manera, surge el

concepto con base a entender que la salud pública está conformada por un conjunto de que pretenden garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de gestiones de salubridad que están dirigidas de manera colectiva e individual; ya que resultados se constituyen en indicativo de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Estos patrones se realizarán bajo el lineamiento del estado y deberán fomentar la participación responsable de todas las divisiones de la comunidad. Ley 1566 (2012).

#### **2.1.4. Intervención Clínica en farmacodependencia**

Al momento de hablar de intervención clínica, se debe tener en cuenta el desarrollo de competencias que deben tener la formación de los Psicólogos para hacer una intervención clínica con la población.

“La creación en la *American Psychological Association* (APA) de la División 28 en 1967 fue uno de los primeros intentos de legitimar el papel de los psicólogos en el estudio de las drogas. Posteriormente, un pequeño grupo de psicólogos instituyeron la División 50 (*Society of Addiction Psychology*), la cual promueve la investigación, la educación y la práctica clínica en un amplio rango de conductas adictivas que incluye el juego patológico, la adicción al sexo, a la comida y a las compras. Hay que tener presente que, en la actualidad, cerca de la mitad de la población mundial está directa o indirectamente implicada con las consecuencias de las adicciones. La alta prevalencia e incidencia de este problema de salud, demanda que los estudiantes de Psicología y otras disciplinas afines, estén preparados profesionalmente para enfrentarlo. Por este motivo, y por el hecho de que las adicciones son fundamentalmente un trastorno conductual, es correcto considerarlas como uno de los principales problemas profesionales que se manifiestan en el objeto de la Psicología”

Trabajar desde el ámbito de las adicciones no es lejano al psicólogo ya que las conductas adictivas son problema complicado y necesitan de la participación e intervención de diferentes disciplinas. Por esta razón, el modelo de competencias más expuesto para enfrentar los problemas de lo que conlleva las adicciones responde a la necesaria transdisciplinariedad de este campo; llamado modelo de competencias para el asesoramiento en adicciones del Center for Substance Abuse Treatment. (2013). Gonzales, et al., (2013).

**Figura 1**

Modelo de competencias para el asesoramiento en condiciones del Center for Substance Abuse Treatment.



Nota. El modelo contiene los fundamentos transdisciplinarios que son necesarios para el abordaje profesional de las adicciones. Muestra los distintos saberes que deben tener los profesionales de este campo, con dependencia de su formación universitaria.

### **2.1.5. Trastorno por consumo según el DSM - V**

Es importante reconocer el concepto proveniente del DSM-5 ya que se hace una clasificación, codificación y se da un diagnóstico de todos los trastornos mentales. Esta guía permite evidenciar la clasificación de manera más específica con base a los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

Siendo así, se afirma que “los trastornos relacionados con sustancias abarcan diez clases de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos (con categorías separadas para la fenciclidina [o arilciclohexaminas, de acción similar] y otros alucinógenos), inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (sustancia anfetamínica, la cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Estas diez clases no son radicalmente distintas entre sí. Cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos. Provocan una activación tan intensa del sistema de recompensa que se ignoran las actividades normales” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASOCIACIÓN, 2014).

Es así, que los trastornos categorizados como abuso de sustancias se dividen en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias. Los trastornos inducidos por sustancias se caracterizan por intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales que son relacionados por una sustancia o medicamentos como (trastornos psicóticos, trastorno bipolar y otros relacionados con trastornos del estado del ánimo, trastornos del sueño, disfunciones sexuales y trastornos neurocognitivos). En el caso particular de los

pacientes participantes en el Programa Redes, éstos pertenecían al grupo de los trastornos por consumo de sustancias.

### **2.1.6. Factores relacionados con la Salud Mental y el consumo de sustancias**

#### **psicoactivas:**

Es importante mencionar que, durante los últimos diez años, los profesionales de la salud han venido investigando acerca de la evaluación clínica de pacientes que presentan comorbilidades, ya sea de varios diagnósticos físicos como mentales por lo que, las adicciones se convierten en posibles trastornos mentales en un alto porcentaje: “Es decir, las personas con historial de algún trastorno mental son mucho más propensas a tener adicionalmente una adicción. Estas prevalencias de comorbilidad de enfermedades mentales y uso de sustancias varían de acuerdo a la población estudiada y pueden estar 50-60%. la evidencia también refiere, que la exposición al consumo de sustancias psicoactivas asociado a situaciones estresantes podría ceder espontáneamente al eliminar, evitar o modificar el entorno estresor o condición causante”. Minsalud. (2019), siendo así, fácil de encontrar pacientes con un diagnóstico de consumo con comorbilidades en salud mental.

De acuerdo con los estudios nacionales durante el año 2016, se evidenció científicamente que el consumo de alcohol es utilizado con diversos fines, entre ellos se encuentra la capacidad de afrontamiento a las diferentes situaciones estresantes para los sujetos, lo que de alguna manera normaliza el consumo de alcohol y se pensaría que no hace parte de los fármacos que producen serias alteraciones en las funciones cognitivas de las personas. Para la muestra, en el país se estima que en los últimos años el 42,5% de la población ingiere alcohol y aproximadamente 2.5 millones de personas en Colombia presentan consumo

riesgoso y perjudicial de las bebidas alcohólicas, pero además, en el grupo poblacional de 18 a 44 años, el 2.8% de los que consumen alcohol presentan además problemas de salud, el 1.6% tienen problemas mentales y el 5.5% . Minsalud. (2019) tienen problemas en sus hogares; con este panorama situacional, se visualiza el consumo de alcohol como un “fármaco” peligroso al que hay que prestarle atención.

Por tanto, al profundizar en lo relacionado a las repercusiones que tiene el consumo de sustancias psicoactivas en las personas, es importante determinar cuáles son los factores de riesgo que facilitan la probabilidad de consumo. Así que, esta investigación concuerda en afirmar que en la adquisición de conductas de abuso de SPA tienen un papel importante las personas significativas dentro del seno de la familia o el grupo social; por ejemplo, si los padres, los hermanos, los amigos que recurren constantemente al uso indebido de SPA, es decir, fuman o beben en exceso, la persona estará más expuesta a repetir esas conductas y recurrir constantemente el consumo de sustancias.

También los medios de comunicación masiva llegan a ser factores de riesgo al hacer visible el consumo de SPA como uso legal, tal es el caso del tabaco y alcohol, pues el gobierno local tiene por ley la potestad de autorizar la venta de licores en establecimientos públicos dando acceso al expendio de este a todos los ciudadanos sin un control aparente y vinculando actividades sociales a consumo de sustancias e ingesta de alcohol. Encontrándose paradójicamente espacios sociales llamados a la promoción y prevención de la drogadicción en la población joven por medio de actividades con organizaciones no gubernamentales o por medio de las instituciones educativas formales que permeen en la creación de espacios variados, deportivos y culturales para la comunidad, algo que se puede tornar confuso en los jóvenes que están en proceso de identificación de su personalidad. (Minsalud. 2019)

Aunado a lo que se ha venido presentando, se encuentra que han resaltado también un listado de situaciones que se convierten en factores de riesgo de consumo:

1. Historia familiar de alcoholismo.
2. Historia familiar de conducta antisocial.
3. Familias con escasas habilidades para la crianza de los hijos.
4. Dificultades en las relaciones o violencia familiares.
5. Uso de SPA en los hermanos, familia o los amigos cercanos.
6. Deficiente o escaso aprovechamiento escolar.
7. Enajenación y rebeldía.
8. Psicopatología, especialmente depresión.
9. Alteraciones conductuales como la vagancia, la baja empatía hacia los demás, la poca tolerancia a la frustración.
10. Desorganización estructural-funcional en la comunidad.
11. Baja o nula religiosidad.
12. Confusión y pérdida de valores.
13. Uso de alcohol y experimentación con otras SPA a edades tempranas.
14. Conductas sexuales precoces.
15. Problemas emocionales y de conducta en los hijos.
16. Escaso rendimiento laboral y frecuentes ausencias por enfermedad.
17. Desempleo.
18. La insatisfacción personal.
19. La falta de un proyecto de vida.
20. La baja autoestima y la ansiedad.

## 21. La necesidad de gratificación inmediata y la baja tolerancia a la frustración.

Como se evidencia las situaciones o predisposiciones al consumo son variadas y se reitera la necesidad de intervenir, ya sea desde la promoción o desde la prevención, pero es evidente que las acciones siguen siendo mínimas.

Pero, así como existen los factores de riesgo, que son lo más predisponentes a inicio del consumo, existen los factores de protección que de alguna manera contribuyen a minimizar la probabilidad de un consumo problemático o no deseable. Estos factores no son causales, como ocurre con los factores de riesgo, por el contrario, están presentes porque pueden disminuir la vulnerabilidad ante el consumo, o repeler la génesis de situaciones problemáticas que conlleven al abuso de sustancias como elementos de solución a las problemáticas vivenciadas.

Se entiende que los factores de protección serían ese factor de tipo personal, interpersonal y social que van reduciendo la probabilidad de que se presente una situación que permee el consumo de sustancias. Hay diversos factores que se relacionan como factores protectores en los niños y los adolescentes, es por eso, que los factores protectores son acciones que para convertirse en efectivas requieren ser adaptadas al medio donde se desenvuelve la persona y a su cultura. Por eso, si existe una familia donde se percibe la presencia permanente de los padres, la buena comunicación asertiva, se establecen normas y responsabilidades de acuerdo a la edad de sus hijos es una familia que, sabe cómo manejan sus hijos los espacios libres, conoce cuál es su círculo social, existe preocupación por sus sentimientos en los diferentes lugares, hay estimulación por sus logros, hay escucha activa y se tienen presentes todos los cambios comportamentales de sus miembros en su estado de ánimo y su estado físico, se pueden

considerar como espacios protectores que benefician el desarrollo armónico de sus miembros.

Policía Nacional de Colombia (2012)

Siendo así, propender por espacios sociales en los cuales el niño y/o el adolescente se siente querido, aceptado y respetado, conllevará al desarrollo de su “personalidad” con una autoimagen positiva, con sentimientos de seguridad, con habilidades sociales para interactuar con el otro, permitiéndole solucionar los problemas del diario vivir, enfrentándolos de una manera adecuada y generando una conciencia sobre la responsabilidad frente a la formación de los hijos.

Así como se evidenció un listado de factores que pueden facilitar el consumo, también se enlistan situaciones que se convierten en protectoras (Policía Nacional de Colombia, 2012):

1. El buen empleo del tiempo libre, por ejemplo, participando en actividades extraacadémicas lúdicas y deportivas.
2. No dejarse presionar por el grupo de amigos.
3. No imitar conductas de personas por el esnobismo o por sentirse que ya es adulto, sobre todo si esos comportamientos van en contra de su bienestar como es el caso del consumo del cigarrillo y el alcohol, (en este último caso pensar que es solo por un tiempo y después lo deja).
4. No buscar solución a sus dificultades a través de las SPA. Estas no las resuelven, las evaden mientras está bajo los efectos de las sustancias, lo que hace es agregar un problema más a su vida: la farmacodependencia.
5. Buscar hablar con alguien que lo pueda orientar ante dificultades académicas, en la relación con sus compañeros, en las relaciones sentimentales o con su misma familia.

6. Dialogar con padres, profesores u otras personas que le pueden brindar apoyo para superar dificultades tales como la timidez, estados de tristeza, déficit en sus habilidades sociales para interactuar con otros, estados de nerviosismo, etc. Recuerda que acudir al alcohol o el cigarrillo u otras SPA no le resuelven este problema.
7. La capacidad de afrontar problemas y una alta autoestima.
8. No dejarse vencer por la tentación de probar para ver qué se siente; piense que este puede ser un comienzo de difícil retorno”. Policía Nacional (2012).

A manera de conclusión, las condiciones precipitantes o predisponentes, así como las protectoras o benefactoras, obedecen en gran medida a la consolidación de ambientes familiares y/o sociales que propendan por el desarrollo integral de las personas y, además, faciliten el acceso a oportunidades de cualquier índole: económico, educativo, emocional, familiar, entre otros.

### **2.1.7. Salud Mental**

Aunado a la temática a la cual he venido refiriéndome, es igual de importante mencionar a la Salud Mental, puesto que en el momento histórico en el que nos encontramos, este concepto poco a poco va dejando de ser estigmatizado y ha venido ocupando los primeros lugares de atención.

La OMS (2022) afirma que, “la salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad”. También le atribuyen el hecho de ser una parte fundamental de la salud y el bienestar “que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones,

establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos”; siendo así, la salud mental se ha venido convirtiendo en un derecho fundamental del ser humano, ya que de alguna manera se convierte en un componente fundamental en su existencia.

Claramente, la Salud Mental no se trata sólo de la ausencia de trastornos, va más allá de eso, ya que las personas que están diagnosticadas con algún trastorno mental, quienes son más propensas a experimentar niveles más bajos de bienestar mental, pueden alcanzar momentos de bienestar y de salud mental; por lo tanto, es primordial reconocer que la Salud Mental involucra igualmente a las personas con y sin diagnóstico de trastornos mentales, porque en últimas la razón de ser de la salud mental es propender por un estado de bienestar integral en los seres humanos. La OMS (2022)

#### **2.1.8. Modelo de atención espiritual y religiosa:**

Dentro de las opciones de atención en salud mental de la población colombiana, la Orden Hospitalaria San Juan de Dios tiene su propio modelo de atención, dentro del cual vincula el aspecto, área, componente espiritual, en sus políticas de atención a pacientes llegando a afirmar, que “el proceso de atención a las necesidades espirituales de los pacientes y colaboradores, hacen parte de un proceso de atención integral” (OHSJDD, 2012)

Este modelo, cuenta con proceso asistencial consta de cuatro pasos, a saber:

1. Detección de necesidades (diagnóstico).
2. Formulación de objetivos.
3. Actividades (tratamiento).
4. Seguimiento (evaluación).

En primer lugar, al hablar de la detección de las necesidades se hace énfasis, no solo en necesidades económicas, sociales o familiares, sino que, también e involucra el reconocimiento de necesidades espirituales y religiosas, garantizando de esta manera la realización de un mejor diagnóstico de necesidades de los pacientes. Para esta detección de necesidades la Orden Hospitalaria cuenta con formatos institucionales ya creados, los cuales se encuentran en uso y que de manera progresiva se someten ajustes según las características de cada contexto, pero que, claramente son instrumentos de recolección de necesidades.

En segundo lugar, al ya detectar las necesidades de los pacientes, se llega al diagnóstico pastoral (espiritual y religioso). Este protocolo afirma que aún no existe la elaboración de un sistema de diagnóstico reconocido y validado como en otras disciplinas, pariendo de que las necesidades no ameritan un diagnóstico clínico – médico como tal, pero si da cuenta de la caracterización o clasificación de las necesidades de los pacientes. Por ello, los entes de pastoral son llamados a estudiar cada caso particular, permitiéndoles establecer mejores acciones a realizar con los pacientes y sus familiares. El “diagnóstico pastoral”, se da después de analizar y reconocer las necesidades, cuál es la situación de la persona en la dimensión espiritual y religiosa, como vive el proceso y cuáles son las necesidades en esas circunstancias, para poder empezar a panear el tercer momento.

En tercer lugar, se llega al “tratamiento pastoral” así que ya examinadas las necesidades espirituales y religiosas y establecido un diagnóstico pastoral, se determina cuál puede ser el mejor método de intervención para brindarle al paciente y a sus familiares, desde el SAER. En unas ocasiones se opta por recuperar las fuerzas que provienen de la espiritualidad y de la fe de los creyentes para dejarla al servicio de la salud. Así mismo será necesario en algunas ocasiones discernir y clarificar las creencias cuándo existe algún sesgo patológico y otras veces el trabajo

del ente pastoral ira dirigido a potenciar la vida espiritual y religiosa de la persona con la finalidad que ayude en su proceso. Es así que algunas características claves del proceso interventivo de pastoral son: “capacidad de escucha activa, respeto a la individualidad, empatía y disponibilidad” (OHSJDD, 2012) Aparte de esto, pastoral dispone de algunas acciones de tratamientos que se realizan en el campo de la asistencia espiritual y religiosa que se caracterizan por:

1. Escucha activa y respetuosa.
2. Actitud empática con el enfermo y la familia.
3. Presencia y acompañamiento del agente pastoral: Visita Pastoral: Diaria/Frecuente/ Ocasional/ A demanda.
4. Facilitar asesor espiritual de otras confesiones.
5. Potenciar la identidad pastoral y autoestima.
6. Ayudar a releer la vida.
7. Afrontamiento y clarificación de ideas, valores y creencias.
8. Facilitar la expresión de la espiritualidad desde el arte, la cultura y la naturaleza (música, pintura, lectura...).
9. Apoyo emocional y disminución de ansiedad
10. Ayudar a expresar y liberar la ira de forma adecuada.
11. Ayudar a la reconciliación y liberación de culpas.
12. Ayudar a la reconciliación con los demás.
13. Tratamiento de las pérdidas (facilitar el duelo).
14. Dar esperanzas desde la veracidad.
15. Sesiones grupales de pastoral: catequesis, valores, creencias...).

16. Respetar y cuidar los compromisos del enfermo derivado de sus creencias religiosas (Alimentos...).
17. Facilitar las prácticas religiosas según la confesión religiosa del paciente, (Oración, meditación).
18. Facilitar las celebraciones sacramentales.

Y finalmente, se hace la evaluación del proceso, se determinan el impacto que tuvo la intervención en los pacientes, los beneficios, aciertos y como tal, se hace el seguimiento al paciente desde la comparación entre a sesión de lectura de necesidades y los resultados del proceso interventivo, para de alguna manera ir evaluando la eficacia del procedimiento utilizado. Si por algún motivo se reconoce que el procedimiento está perjudicando al paciente sin dar los resultados esperados, será necesario revisar nuevamente todo el proceso, modificar el tratamiento y analizar el diagnóstico.

Como se evidencia en el modelo de atención desde pastoral, los procesos son individualizados, revisados, sometidos a evolución y se realizan los ajustes pertinentes, garantizando además la flexibilidad del modelo a los diversos contextos hospitalarios, pero con la consigna de procurar la mejora de las personas atendidas por las instituciones de salud, que se encuentran bajo el direccionamiento de la Orden Hospitalaria San Jun de Dios.

## **2.2 Soporte metodológico**

En este proceso de sistematización, se buscará identificar desde la experiencia de la práctica profesional en investigación, cómo a partir de la hospitalidad y espiritualidad caracterizada por el Servicio de Asistencia Espiritual y Religiosa (SAER) de la Clínica Nuestra

Señora de la Paz, se logran evidenciar cambios en las emociones de los pacientes desde su ingreso y hasta egreso de la Clínica y quienes además pertenecen al Programa de Redes.

El programa Redes tiene la característica, de ser un programa encargado de los pacientes con diagnóstico de farmacodependencia, específicamente en la adicción sustancias psicoactivas, tales como bazuco, marihuana y en mayor medida alcohol.

Es por esto, que el paso a paso de lo que realizó desde un diseño narrativo, que cumple con el objetivo de: “entender la sucesión de hechos”, dentro de los cuales se involucran pensamientos, sentimientos, emociones e interacciones, los cuales se descubren a través de los relatos de las vivencias contadas por quienes las experimentaron, quienes describen un evento o un conjunto de eventos conectados cronológicamente (Hernández, R. 2014). Es así como, los participantes en el Programa Redes, pudieron describir su experiencia desde el acompañamiento del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa (SAER), en un espacio facilitado por la propuesta de esta sistematización.

### **2.2.1. Técnicas de recolección de información:**

Después de haber descrito la población participante, me voy a permitir evidenciar el proceso en la recolección o detección de las necesidades y la implementación de los “Talleres” de forma didáctica.

Al conocer el modelo de atención de Orden Hospitalaria San Juan de Dios (OHSJDD) y la manera como el modelo se establecía desde el Servicio de Atención Espiritual y Religiosa (SAER), en la Clínica Nuestra Señora de la Paz, se determinó como necesidad el hecho de crear una estrategia tipo “Taller”, en la cual su pudiera inspeccionar y / o reconocer acerca de las emociones que los pacientes experimentaban a su ingreso a la Clínica y poder hacer una

intervención adecuada a esta emocionalidad, pero desde el SAER y en los pacientes que integraban el programa REDES.

En la Tabla 1, me permito evidenciar esta formulación de los talleres, que es la estrategia que fundamenta mi sistematización:

**Tabla 1:** Instrumentos de Recolección de Información. Creación Propia.

Talleres y Descripción del Procedimiento

<b>Talleres y Descripción del Procedimiento</b>		
<b>Actividad</b>	<b>Número de sesión</b>	<b>Procedimiento</b>
Conversación	1	Con los pacientes que estaban ingresando por primera vez en el servicio de Redes, se hizo una conversación de su ingreso a la clínica y que perspectiva tiene de sus emociones en ese momento.
Tarjetas emocionales	2	Se dejan diferentes tarjetas encima de la mesa, luego van eligiendo con la que se identifiquen el día de hoy. Luego, se les entrega una hoja con una figura geométrica y se les pide que piensen como pueden transformar esa figura, con relación a como se sienten en el día.
Glosario de mis emociones	3	Se les dio un formato (Glosario de mis emociones) y ellos lo completaban diferentes emociones experimentadas desde lo que sintieron con el acompañamiento brindado desde Servicio de Atención Espiritual y Religiosa (SAER).

A continuación, me voy a permitir mostrar los hallazgos a partir de cada una de las actividades propuestas, empezando por mencionar que hubo dos pacientes hombres quienes ingresaron por primera vez a la Clínica a quienes se les formularon preguntas sobre su “sentir” como pacientes y en los cuales se evidenciaron los siguientes relatos, presentados en la Tabla 2 de resultados del espacio conversacional:

**Tabla 2:** Instrumento de recolección de información llamada Conversación. Creación Propia.

Taller: Espacio conversacional

Preguntas	<b>Taller: Espacio Conversacional</b>	
	<b>Paciente 1:</b> Hombre con diagnóstico de adicción al consumo de alcohol	<b>Paciente 2:</b> Hombre con adicción al consumo de sustancias psicoactivas.
1. ¿Cómo se siente el día de hoy?	“habían sido días difíciles. Pero me siento muy ansioso, pero con mucha esperanza en la rehabilitación”.	“Con Ansiedad”  “Hoy es un día difícil, no puedo recibir llamadas de mi mamá. Pero mañana mi mamá me va a visitar”.
2. ¿Con que emoción se identifica el día que llegó?	“Aburrido, pero a la vez con expectativa. También me siento encerrado, mis papas me encerraron.”	“Me sentía triste porque tuve muchos conflictos con mi mamá. Yo al principio creía que iba a estar encerrado tres meses, pero me dijeron que solo es un mes. Los primeros días estuve encerrado en otro servicio sin poder salir ni siquiera al pasillo, solo podría ir al baño”
3. ¿Qué emoción le genera estar en el acompañamiento Servicio de Atención Espiritual y Religiosa?	“Lo pienso y me genera esperanza, fe para redimir mis equivocaciones”  “Pastoral para mi significa estar con Dios, aunque creo que es un concepto muy abstracto.”	“Me genera calma, pero no hay confesión con el padre”  “Yo creo que pastoral es espiritualidad que lleva al acercamiento con Dios y también la confesión”.
4. ¿Hace cuánto tiempo ingresaron?	7 días	5 días
5. ¿Qué personas sienten ustedes que les ha apoyado dentro y fuera de la Clínica?	Fuera de la Clínica: “mi madre y mi hija.  Dentro de la Clínica: “Enfermería, psiquiatría, resonancia magnética”.	Fuera de la Clínica: “mi madre y mi novia.  Dentro de la Clínica: “Psicólogo y Psiquiatra”
6. ¿Cómo los hacen sentir esas personas	Fuera de la Clínica: “Me siento culpable por hacer sufrir a mi	Fuera de la Clínica: “Mi madre me hace sentir motivado, ella es

emocionalmente?	madre. Y mi padre y mi hermana son más alejados de mí y todo mi tema. Yo tengo muchas ganas de salir por mi hija”.	el pilar del hogar. Pero tengo rabia, mi mamá cuando entré acá sacó a mi novia de la casa. Nosotros vivíamos juntos en mi casa”.
	Dentro de la Clínica: “Aquí estoy agradecido con enfermería porque me dan todas las autorizaciones, con psiquiatría por la variación de medicamentos que me dan y con RM porque me ayudan cuando me dan esas migrañas”.	Dentro de la Clínica: “Yo con el psiquiatra porque me ayuda a hablar con mi familia”.
7. ¿Qué es lo que más les gusta de ese acompañamiento espiritual (SAER) desde su ingreso a la Clínica?	“Me gusta porque se separa de lo tangible, es espiritual, brinda esperanza”.	“Me da calma”.
8. ¿Qué ha sido lo más difícil de su ingreso a la Clínica?	“Hoy en día me siente más cómodo, pero al principio fue algo molesto porque anotaban todo el tiempo lo que hacía”.	“Para mí las peleas que había entre mis compañeros, sobre todo las peleas por el uso del televisor”.
9. ¿Se han planteado algún cambio durante todo este proceso en la Clínica?	“Si, superar ligadura con la adicción y acoplarme más a las normas”.	“Generar cambios en cada uno”.

Como se evidencia en la tabla anterior, los relatos de los participantes se encuentran dotados de multiplicidad de emociones, las cuales van desde el temor, hasta la rabia y la incertidumbre, pero, en definitiva, no es fácil estar reclusos; tal vez se rescata el hecho de reconocer la intervención del SAER como una posibilidad de estabilizar sus emociones y de vincularse con el mundo, desde su experiencia espiritual.

En la tabla número 3, sobre el Taller de Tarjetas emocionales, se describe el procedimiento e interpretación correspondiente a la actividad, la cual contó con la participación de siete (7) pacientes, teniendo en cuenta que ya estaban asistiendo en los espacios del SAER y que no iba a ser su primera vez de compartir este espacio y actividades.

**Tabla 3:** Tabla instrumentos de recolección de información llamada tarjetas emocionales. Creación Propia.

Taller: Tarjetas emocionales.

**Taller: Tarjetas emocionales**

N° paciente	Tarjetas emocionales con las cuales se (identifiquen el día de hoy)	Representación gráfica	Interpretación correspondiente dada por los pacientes
1	Neutro	Mandala	Paciente afirma no identificarse con ninguna emoción en el momento. Aunque afirma situaciones específicas lo hacen tener momentos felices y otros tristes. El mandala significa que hay múltiples caminos que se puede elegir en la vida.
2	Alegría y tristeza	Mandala	Su representación de la mandala estuvo más ligada al color azul que lo identificaba con la representación de la tristeza.
3	Asombro	Un camino	La interpretación que da de su dibujo es que la vida es un ciclo repetitivo y va en uno mismo elegir el camino correcto. Algo que le ayuda a seguir con todo es la escritura, afirma que escribe todos los días.
4	Felicidad	Cara feliz	Afirma que le gustan los dibujos abstractos porque le puede dar un doble sentido. Y así se siente hoy, dándole sentido a todo lo que pasa en su vida.
5	Felicidad y miedo	Ella misma	Afirma sentirse con miedo al futuro, pero aun así planea seguir con sus proyectos y con su proceso de abstinencia y recuperación.
6	Felicidad, miedo, tristeza y asombro.	Gallina	Afirma que se siente todas las emociones proyectadas en la tarjeta, al identificar que: felicidad por los logros que ha tenido, miedo por hacerse algún daño físico y a recaer, tristeza por la soledad y porque no está su familia y asombro.
7	Felicidad	Casa con naturaleza	Se siente mejor porque está aprendiendo a expresar mejor las cosas y la meditación le ayuda para eso. Por eso disfruta mucho la naturaleza.

La tercera actividad propuesta para la tercera sesión se llamó “Glosario de mis Emociones” y, se describe a continuación su procedimiento y hallazgos, según los nueve (9) participantes en la actividad:

**Taller: Glosario de mis emociones**

<b>N° paciente</b>	<b>Diferentes emociones</b>	<b>Cambios en las emociones e interpretación</b>
1	Ira Felicidad	Al principio afirma sentía rabia ya que sentía muchos conflictos con sus compañeros de redes interno. Después afirma sentir felicidad y tranquilidad por el proceso que tuvo y al ya estar en Redes externo.
2	Felicidad: tranquilidad, equilibrio. tristeza	Fuerza, capacidades de formación, y fe en Dios, proyección de sus propios deseos y formar una familia
3	Ansiedad Temor	Afirmaba sentir molestia y angustia en todo el proceso que lleva.
4	Felicidad Ansiedad	Afirmaba sentirse alegre al momento de iniciar el proceso de rehabilitación, aunque le causaba ansiedad ese nuevo comienzo.
5	Perdida de esperanza Miedo	Tenía miedo a dejar la casa. No tenía esperanza al momento de ingresar a la Clínica. Estabilidad porque empieza a recuperar nuevamente la esperanza.
6	Ira Ansiedad	En este momento siente estabilidad en diferentes momentos de su vida.
7	Felicidad	Afirma haber sentido felicidad y ahora al pasar el tiempo logra sentirse tranquilo.
8	Miedo Soledad Inseguridad	Logró sentir todas las emociones juntas, sentir miedo y soledad al estar lejos de casa.

9	Ansiedad	Afirmó sentirse atormentado. Pero Servicio de Atención Espiritual y Religiosa ayudo a esos cambios que considera buenos. Pero también a todo en general de la Clínica.
	Estrés	
	Tristeza	

Teniendo en cuenta los resultados arrojados por las narrativas de los pacientes participantes, es que se pudo reconocer que el constructo emocional de los pacientes del servicio de Redes (farmacodependientes) al momento de su ingreso a la Clínica y fue teniendo cambios en sus estados emocionales, pero además se evidencia que gran parte de ese cambio se debió a ese proceso de acompañamiento que realiza el Servicio de Asistencia Espiritual y Religiosa de la Clínica Nuestra Señora de la Paz, ya que por este medio se brindan herramientas que dan al paciente bases espirituales que ayudan a delimitar, regular y cambiar esos estados emocionales, por medio de parábolas, actividades lúdicas, procesos de escucha activa y oraciones con fines espirituales y, desde mi rol como practicante, también yo estaba haciendo parte de esta posibilidad de cambios e intervención.

### 3. ANÁLISIS CRÍTICO DE LA EXPERIENCIA

En este apartado, quisiera comenzar por destacar la importancia del trabajo interinstitucional entre la Clínica Nuestra Señora de la Paz y la Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO, ya que trabajar en la creación y desarrollo del proyecto Cuidado Hospitalario y Salud Mental, es ampliar la perspectiva de cómo la espiritualidad puede llegar a ser un factor protector en la Salud Mental para los pacientes internos de la Clínica. Y, cómo UNIMINUTO puede desde las diferentes especializaciones de cada uno de los integrantes del proyecto aportar a lo que comprende Salud Mental y espiritualidad y así mismo la Clínica desde su hospitalidad al acompañamiento espiritual, todo en pro de la mejora de los pacientes que acuden en búsqueda de un bienestar bio – psico – social – espiritual.

Así que, después de todo ese recorrido metodológico y teórico, puedo reconocer la importancia que tiene para los pacientes de la Clínica Nuestra Señora de la Paz y pertenecientes al Programa REDES, el acompañamiento que realiza el Servicio de Asistencia Espiritual y Religiosa SAER. Ya que, al tener la oportunidad de realizar una observación directa del contexto, los pacientes encontraban en la presencia de alguno de los colaboradores del SAER, un espacio de acompañamiento diferente a los otros que tenían por parte de la Clínica; el Servicio de Asistencia Espiritual y Religiosa en su acompañamiento, ofrecía un cambio subjetivo e interno de los pacientes que presentaban de base un diagnóstico en su salud mental, muchos de los cuales se reflejaban en la alteración de sus emociones y que se sumaba a otros de los síntomas específicos, parte de su condición particular.

Con respecto a lo anterior, desde mi rol de auxiliar del servicio SAER, cuando estaba iniciando mi práctica, pude observar esos cambios emocionales que presentaban sus pacientes

desde su ingreso a la Clínica hasta su egreso de hospitalización. De allí, fue que se me hizo importante indagar, reconocer, entender e identificar esos cambios emocionales y socializarlos a través de un proceso de sistematización de experiencias, empezando por ese reconocimiento de necesidades, para hacer más proporcionales las actividades con las expectativas de los pacientes y, que sus procesos cognitivos estuvieran afines el desarrollo de estas, garantizando de esta manera su participación activa. Al finalizar la experiencia, consideré que era pertinente hacer una devolución a los pacientes, ya que no sólo se pretende extraer información, sino que también, el alcance de la sistematización es para brindar unas herramientas, que puedan aplicar en algún momento de su vida y de esta manera poder hacer más intervención.

Desde esta consigna clara en mi intencionalidad fue que se desarrolló esa primera posibilidad de acercamiento a los pacientes, quienes junto conmigo experimentábamos la tensión nerviosa común entre personas que no se conocen; sensación que después de la actividad de “escucha activa”, porque a propósito de este espacio que me facilitó el conocer los procesos emocionales de los pacientes, también me permitió poder hablar abiertamente de todo lo que me quisieron contar y de esta manera acortar las brechas que en un inicio había estado marcadas por el miedo. Diría la Psicología, puede hacer “raport” con los pacientes. Sin embargo, también me encontré con una particularidad – realidad y era la del paciente recién ingresado al proceso de rehabilitación, ellos al inicio estaban un poco menos receptivos al momento de responder las preguntas, pero al ir entendiendo participando en las actividades propuestas por el SAER y al irse “acostumbrando” a nuestra presencia, se convirtieron en los más interesados en hablar y dar a conocer por qué estaban ahí y sobre todo poder hablar de esos momentos difíciles que estaban pasando en su área familiar y afectiva. Definitivamente los espacios de “catarsis”, hacían que las palabras se convirtieran en “sanadoras”.

Durante el desarrollo de la segunda actividad, cabe resaltar que ya había trabajado en varias ocasiones con los participantes, puesto que eran pacientes que se encontraban en un proceso de intervención más adelantado, por lo tanto, con ellos la comunicación y la aportación fue más fluida. Durante la actividad, la emoción más referida por los pacientes fue “la felicidad”, ya que su proceso de rehabilitación estaba a puertas de terminar. También existía el miedo a nuevamente a recaer, a poner el riesgo todo lo que habían logrado hasta ahora, pero tal vez la actividad en especial fue promotora de expresión de sus emocionalidades; unos pacientes se devolvieron al *día uno*, cuando recién ingresaron a la Clínica y hablaron como los hicieron sentir los mismos compañeros y de esta manera era evidente escuchar sus cambios y sus emociones. Fue por este motivo que se decidió, que las tarjetas emocionales que realizaron los pacientes fueran conservadas por ellos, con la finalidad de que en cualquier momento puedan volver a leerla o volver a aplicar dicha actividad y recuperar la emoción experimentada.

Por lo tanto, la experiencia que estaba teniendo como practicante me iba diciendo que las actividades pueden ser planeadas de cierta manera, pero que, en el momento de ejecutarlas, las dinámicas relacionales experimentadas por los grupos de personas hacen que se hagan ajustes, que se convierten en una verdadera medición del efecto de las intervenciones.

En la actividad del “glosario de mis emociones”, el llevar a los pacientes a reconocer sus propias emociones y esa capacidad de darle su propia interpretación a cada una de ellas, me permitió evidenciar que la teoría se materializa en las palabras de quienes experimentan sensaciones corporales o cognitivas a las cuales se les otorga una nominación y que referencia las diferentes situaciones por las que su vida puede estar atravesando.

De acuerdo a lo reportado en apartados anteriores, las actividades realizadas con los pacientes de Redes y con los resultados que se obtuvieron en cada actividad, me doy cuenta de que esta experiencia me dejó diferentes aprendizajes, entre ellos la contrariedad de lo que hoy en día se cree que es la estructura y el manejo interdisciplinar de un Centro Psiquiátrico; históricamente se presentaron como un lugar donde se usaban camisas de fuerza, donde no les permitían a los pacientes a salir al aire libre ni interactuar con otras persona y donde se creía que los pacientes están todo el tiempo bajo medicamentos sedantes acostados en las camas de sus habitaciones. Primer aprendizaje desde la observación y evidencia directa, en la Clínica Nuestra Señora de la Paz de Bogotá - Colombia, la estructura de la misma me permitió entender que este lugar es un ambiente seguro pero moderno, para brindar una mejor atención a los pacientes, sus familias y colaboradores.

Hablando desde la atención a los pacientes internos, estos tienen la oportunidad de realizar diferentes actividades lúdicas y algunas físicas, tienen espacios para realizar actividades de ocio y existe la posibilidad de permanecer en los pasillos, siempre bajo la supervisión de un especialista. Así mismo, los pacientes tienen dietas establecidas a la hora de recibir sus alimentos, sus medicamentos están suministrados bajo sus necesidades médicas y fisiológicas y finalmente se evidencian muy pocos casos en donde los pacientes están inmovilizados, pero cuando se hace es a manera de cuidado, porque presentan conductas autolesivas o agresión a otros usuarios. En resumen, la atención tiende a ser individualizada dependiendo de las necesidades de los pacientes, cada una de las acciones a realizar siempre son bajo la supervisión de un profesional a cargo y todas las actividades que se implementan, procuran el bienestar de los pacientes en la finalización o adaptación de sus procesos en la Clínica.

Otro aprendizaje importante que me dejó esta experiencia es la atención espiritual que ofrece Servicio de Asistencia Espiritual y Religiosa (SAER). Cuando supe de la posible conexión entre Espiritualidad, Salud Mental y Hospital Psiquiátrico no entendía muy bien cómo podían relacionarse. Sin embargo, con el acompañamiento que hice junto con el SAER pude dar cuenta como todo este proceso interventivo es de gran importancia para los mismos pacientes y la directa relación que tienen en su proceso; son ellos mismos quienes solicitan el acompañamiento, es decir, parte de su misma motivación / decisión agendar el proceso de escucha activa, igualmente si se habla desde el credo católico piden confesión con el padre capellán o solicitan poder asistir a una de las misas que establece la Clínica; todo siempre desde la autorización del profesional tratante, ya sea el psicólogo o el psiquiatra, es decir, se tenía en cuenta la espiritualidad de los pacientes en su proceso de recuperación y los profesionales que los atienden están enterados de estas solicitudes, es decir, también se involucran en el proceso, así sea desde el tener que autorizar la asistencia a espacios de práctica espiritual.

Sumado a esto, entendí también la importancia de la relación de la base teórica y el desarrollo interventivo de la Sistematización; hablando desde la Salud Mental comprendí que es un campo que está abierto a muchas susceptibilidades, por ende, es importante tener el conocimiento de todos los factores de protección y los factores de riesgo a los que están expuestos todos los seres humanos. Si hablé desde el contexto Clínico es de gran asombro como se ejecuta el trabajo interdisciplinar de todos los entes que conforman la Clínica ya que cada uno desde su rama trabaja para darle toda la atención y bienestar integral al paciente, y además a su familia.

Finalmente, es pertinente hallar una relación entre lo que se denomina teóricamente de emociones básicas y la relación directa con el proceso espiritual dentro de la Clínica en los

pacientes del grupo de Redes; ya que desde el inicio del acompañamiento de pastoral que se da en el ingreso directamente al Redes Interno, el proceso emocional de los pacientes resalta, ya que son sus primeros días dentro de un contexto diferente, alejados de sus familias y del mundo exterior por algunos días, con el pasar del tiempo y de las intervenciones de la Clínica los pacientes denotan un gran cambio en su semblante emocional, sus emociones básicas se van transformando y en donde el trabajo de pastoral les permite tener un momento de transformación ya que les brinda tranquilidad, fortaleza y esperanza en su proceso de rehabilitación.

#### **4. ANÁLISIS REFLEXIVO DESDE SU ROL COMO PRACTICANTE**

Este apartado es de gran relevancia ya que logré dar cuenta de cuales fueron mis debilidades y fortalezas desde el inicio hasta el final de mi práctica profesional. Este apartado lo puedo analizar objetivamente desde tres momentos.

Primero, mi rol de practicante inicia como se ha mencionado anteriormente desde el rol de auxiliar de investigación en el proyecto de investigación Cuidado Hospitalario y Salud Mental; en donde mi sitio de práctica era UNIMINUTO y la Clínica Nuestra Señora de la Paz. En un inicio de práctica se dio con la asistencia a la Universidad específicamente en el laboratorio de Psicología realizado diferentes entregables para dar sustento teórico al proyecto de investigación; en ese momento explotar mis habilidades de comunicación y participación se me dificultaban bastante, ya que mi personalidad siempre ha sido bastante introvertida, así que optaba por realizar y entregar mis trabajos en las fechas establecidas, pero cuando había alguna reunión entre los directivos del proyecto o con mis tutoras optaba por el silencio, no daba ideas, tampoco hacía aportes, no porque no tuviese los conocimientos necesarios sino porque me daba pena o miedo hablar.

Debo mencionar que, cuando mis tutoras se dieron cuenta de ello, me incentivaron a para que diera mis opiniones, me forzaban a expresar mis ideas y reconozco que de esta manera se empezaron a fortalecer esas habilidades comunicativas.

De igual forma, cuando empecé a asistir a la Clínica Nuestra Señora de la Paz, estaba la expectativa de lo que era ingresar a un contexto clínico – hospitalario, ya que nunca había tenido acceso a uno, entonces, los primeros días tuve un choque visual, ver pacientes en los diferentes servicios, hizo que se manifestaran emociones y conductas de “temor”; pero tenía muchas ganas

de aprender de participar, quería conocer el contexto. Fue así como inicié el acompañamiento desde el Servicio de Atención Espiritual y Religiosa de la Clínica, junto con mi compañero de práctica y entonces se empezaron a desarrollar ciertas actividades que requerían de mi parte una participación y liderazgo; pude analizar que mi compañero tenía mejores habilidades sociales que yo y se desenvolvía mejor; esto me hizo sentir más insegura en mi participación con los pacientes en donde seguía optando por el silencio y claramente ellos también lo notaban.

Por ello, yo decidí establecer nuevas estrategias que me permitieran demostrar todos mis conocimientos, mis habilidades y mis fortalezas desde mi rol de practicante. Así que, las estrategias que empecé a implementar se basaron en dividir las actividades en dos sesiones en donde mi compañero lideraba una parte y yo la otra, así no se veía opacado mi trabajo.

En definitiva, el tomar la decisión de no quedarme dentro de la conformidad del “silencio” o la justificación del “temor”, mi impulsaron a tomar decisiones, a mejorar mi capacidad de comunicación, de participación, de aprendizaje desde mi rol como practicante y futura profesional y de interacción con cada uno de los pacientes y los demás profesionales participantes en el proceso. Cabe aclarar que hubo situaciones con los pacientes que me hacían sentir intimidada ya que algunos de ellos en su dialogo o cuando yo estaba realizando alguna actividad, en su interacción conmigo, hacía referencia en forma de coqueteo, pero siempre supe resolver las situaciones. Y finalmente fue allí dentro del mismo contexto y por la iniciativa que tomé, que pude evidenciar la importancia de poner límites, de evidenciar la seguridad que da el conocimiento y entender que hay que aprovechar las oportunidades que se presentan aplicando los conocimientos claves que siempre tuve en mi formación educativa.

## 5. DEVOLUCIÓN

Dando cierre a este al documento de Sistematización de la experiencia, voy a dar cuenta de cuales fueron los resultados obtenidos de la intervención en el proyecto que tuvo como nombre “*Cambios emocionales y acompañamiento del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa, en Pacientes hospitalizados en la Clínica Nuestra Señora de La Paz*”.

Es importante resaltar que, al inicio de mi proceso de sistematización el gestor de conocimiento Jonathan Irreño Sotomonte, conoció todo el esquema a desarrollar con los pacientes de Redes y así mismo dio el Aval para la realización de este. También, durante las sesiones con los pacientes de Redes, tuve en algunas ocasiones el acompañamiento del coordinador del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa, José Gabriel Tafur y en otras del padre Capellar Tulio de la Hoz, quien mencionaba: “*yo quiero ir a ver cómo es que hace el trabajo doña Luisa*”. Y entonces, me voy a permitir explicar los resultados que se obtuvieron de las actividades de forma individual:

En la primera actividad se desarrolló escucha activa, allí participaron sólo dos pacientes, esto debido a que como esta actividad se iba a realizar con pacientes que recién ingresaban a la Clínica en el grupo sólo estaban ellos dos. Los pacientes respondieron todas las preguntas que se realizaron, sin embargo, uno de ellos era muy concreto en sus respuestas y no eran de manera tan fluidas. Ambos pacientes afirmaron que los primeros días habían sido difíciles y eso les detonaba ansiedad; las emociones que los pacientes nombraron y relacionaron con el ingreso a la Clínica, fueron ira y tristeza; por otro lado, era la calma o tranquilidad que les producía el acompañamiento del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa. Para el cierre de la actividad, al momento de entregar la tarjeta de emociones que era parte de la devolución a los pacientes,

consulté a los enfermeros si podía hacer entrega de ello y me explicaron que era mejor guardarla y entregarla cuando salieran de Redes el paciente interno, porque ambos pacientes eran autolesivos y existía peligro de que se hicieran daño con el material de trabajo.

En la segunda actividad hubo participación de siete pacientes, al inicio en su totalidad había ocho pacientes, pero uno de ellos salió a terapia con el psicólogo y por ello no pudo terminar con la actividad propuesta. Es importante mencionar que estos pacientes de Redes eran externos, esto quiere decir que ya pasaron todo el proceso de rehabilitación interno en la Clínica. La actividad en concreto, les permitía representar de forma gráfica la emoción o las emociones con que se identificaban ese día y así mismo darle su propia interpretación. Desde allí, se pudo evidenciar que todos los pacientes mostraron disposición a participar en la actividad, la cual permitió que se identificara fácilmente la emoción que los pacientes estaban experimentando; siendo la emoción más representativa la felicidad, ya que cinco pacientes se identificaron tal emoción, afirmando que su proceso iba avanzado y estaban a puertas de terminarlo, por lo cual la identificaban rápidamente y, la otra emoción más particular fue el miedo, miedo a recaer y de que todo proceso que estaban llevando fuera perdido

Finalmente, el paciente que afirmó sentir la emoción de neutralidad, al inicio afirmaba no sentir nada, pero luego con la fluidez de la conversación y la participación de sus otros compañeros, empezó a expresar más sus emociones y como se habían llegado a sentir por esos días.

En la tercera y última actividad se trabajó con nueve pacientes la actividad del “*glosario de mis emociones*”; en esta sesión los pacientes al inicio estaban bastante dispersos y callados entendiendo que llevaban varias horas en la Clínica y tal vez se denotaba el cansancio. Sin

embargo, todos al iniciar la actividad la desarrollaron de forma atenta y participativa. Allí hubo cuatro pacientes nuevos y el resto eran los mismos de la anterior sesión; los pacientes se identificaron con más de una emoción, ya que narraron diferentes momentos en los que sus emociones fueron variantes. Y como resultado, en la retroalimentación, se evidenció que la emoción más representativa para cuatro de los pacientes fue la felicidad, dos de ellos sentían miedo y tres de ellos afirmaban sentir ansiedad, escuchando en ellos las mismas justificaciones o pensamientos alrededor de la finalización del tratamiento, el temor a la recaída, junto con las ideas que los ponían nerviosos.

Siendo así, en esta práctica pude determinar que todos los resultados, los aprendizajes, el esfuerzo, las habilidades y la pasión con que se realizó la práctica profesional y la sistematización, se pudieron evidenciar en la manera que desarrollé todo mi trabajo en este campo Clínico, en comentarios positivos que se obtuvieron por parte del coordinador del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa por nuestra asistencia a la Clínica y de los pacientes mismos, quienes se sentían agradecidos y contentos por el acompañamiento brindado de mi parte.

Hablando desde mi intervención, inicialmente como bien se sabe, el objetivo de mi práctica profesional era realizar un apoyo al Servicio de Atención Espiritual y Religiosa y desde este lugar, realizar acompañamiento a todos los servicios de la Clínica; fue allí, desde ese rol que, por medio de diferentes procesos de observación me llevó a pensar en la necesidad de identificar esos cambios emocionales de los pacientes del servicio de Redes desde su ingreso hasta su egreso, pero desde el respectivo acompañamiento que realizaba el Servicio de Atención Espiritual y Religiosa y, al poner en práctica todo mi plan de trabajo, pude dar cuenta de los cambios que se presentan en cuanto las emociones de los pacientes, ya que haciendo un compendio de los resultados de intervención en sistematización, los pacientes al inicio afirmaron

sentían ira, angustia, tristeza y en muy pocos casos alegría por iniciar todo el proceso; esas emociones fueron evolucionando a medida del tiempo, ya sentían estabilidad, felicidad, tranquilidad, esperanza, sin embargo, el miedo siempre estuvo constante en todos los procesos, “miedo a recaer nuevamente”.

Finalmente, como último resultado que es importante resaltar, el objetivo principal del plan era trabajar con base a las emociones básicas, sin embargo, en el proceso interventivo se pudo dar cuenta que los pacientes ampliaron las emociones y llegaron a determinar otras emociones como parte de su proceso hospitalario, espiritual y de rehabilitación.

Como parte de la devolución, un paciente en la actividad de Glosario de mis emociones me hizo devolución de su trabajo (Anexo 7) que evidencia como realizó su actividad, que interpretación le dio y como lo organizó. Cabe resaltar que sólo se obtuvo este esquema, ya que los pacientes al finalizar las sesiones no hacían devolución de sus trabajos sino lo llevaban con ellos; tampoco era permitido hacer un registro fotográfico como parte de evidencia a su trabajo por normativa de la Clínica en cuanto a confidencialidad e identidad de los pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso-serna, Dulce. (2019). *Inteligencia emocional, Daniel Goleman*. Recuperado de:  
<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ixtlahuaco/article/view/3677/5853>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASOCIACIÓN. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Recuperado de:  
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Barreto, P. Pérez, M. Roa, M. López y Rubiano, G. (2015) *Consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, factor de protección y de riesgo: estado actual*.  
Recuperado de:  
<https://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/128/124>
- Choliz, Mariano. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Recuperado de:  
<chromeextension://efaidnbmninnibpcapjpcglclefindmkaj/https://www.uv.es/~choliz/Proceso%20emocional.pdf>
- Buitrago, Daniel (2021). *La emoción y el sentimiento: más allá de una diferencia de contenido*. [artículo en línea]. *Digithum*, n.º 26, pp. 1-12. Universitat Oberta de Catalunya y Universidad de Antioquiahttps. Recuperado de:  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8397707.pdf>
- Orden Hospitalaria San Juan de Dios, 2022. *Estatutos Orden Hospitalaria San Juan de Dios*. <https://ordenhospitalaria.org/salud-clinicalapaz/nuestra-clinica/>

- Fuentes, Leonides. (2018). *La Religiosidad y la Espiritualidad ¿Son conceptos teóricos independientes?*. Recuperado de: <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/1742-6182-1-PB.pdf>
- (UNIMINUTO. Corporación universitaria Minuto de Dios, 2020). *Funciones sustantivas*. <https://www.uniminuto.edu/funciones-sustantivas>
- Gonzales, Alejandro. Fabelo, Justo y Naranjo, William. (2013). *Competencias para la intervención en adicciones, una necesidad en la formación de psicólogos*. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-28742013000200019](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742013000200019)
- Hernández Sampieri Roberto. (2014). *Metodología de la investigación*. Recuperado de: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Juliao, Carlos (2011). *El enfoque praxeológico*. Recuperado de: [file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/Libro\\_El%20Enfoque%20Praxeologico%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/Libro_El%20Enfoque%20Praxeologico%20(1).pdf)
- Maya, Juan. (2007). *Introducción a la farmacología*. Recuperado de: <https://www.medwave.cl/puestadia/cursos/3451.html>
- Congreso de Colombia. *Ley 1566 de 2012*. Recuperado de: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=48678>
- Minsalud (2019). *Política integral para la Prevención y Atención del consumo de sustancias psicoactivas*. Recuperado de: chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-prevencion-atencion-spa.pdf

- UNIMINUTO. Corporación Universitaria Minuto de Dios, 2020. *Misión UNIMINUTO*.  
<https://www.uniminuto.edu/mision>
- Orden Hospitalaria San Juan de Dios (s.f). *Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Clínica Nuestra Señora de la Paz. Bogotá* Colombia. (<https://ordenhospitalaria.org/salud-clinicalapaz/nuestra-clinica/>)
- Orden hospitalaria San Juan de Dios provincia colombiana (2012). *La pastoral según el estilo de San Juan de Dios*.
- Orden hospitalaria de San Juan de Dios provincia colombiana. Roma (2012). *La Servicio de Atención Espiritual y Religiosa según el estilo de San Juan de Dios*. Recuperado de: <https://sjd.es/san-juan-de-dios/hospitalidad/#:~:text=El%20valor%20de%20la%20Hospitalidad,su%20bienestar%20y%20su%20salud>.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Salud mental.: fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Policía Nacional Dirección de Sanidad. (2012). *Prevención del consumo de sustancias psicoactivas*. Recuperado de:

<https://www.policia.gov.co/sites/default/files/publicaciones-institucionales/prevencion-consumo-sustancias-psicoactivas.pdf>

- Simkin, Hugo. Etchevers, Martín. (2014). *Religiosidad, espiritualidad y Salud Mental en el marco del modelo de los cinco factores de la personalidad*. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/hugo.simkin/22.pdf>
  
- Uribe, Olga. (2009). *Farmacodependencia y afectación de la salud pública según la legislación penal colombiana actual*. Recuperado de: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://bibliotecadigital.usb.edu.co/server/api/core/bitstreams/faef5297-1a01-4ae6-9c20-89a8a3db53ee/content
  
- Orden Hospitalaria San Juan de Dios, (s.f). *Valores y principios*. <https://ordenhospitalaria.org/orden/valores-y-principios/>
  
- Ley 1566 del 2012. (2012). *El consumo de sustancias psicoactivas, un asunto de salud pública*. Recuperado de: <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031052013-Cartilla.pdf>
  
- Irurzun, Juan. Mezzadra, Joaquín. Preuss, Maximiliano. (2017). *Resiliencia y espiritualidad. Aportes para su estudio desde una perspectiva psicológica*. Recuperado de: <https://fundacionmenteclara.org.ar/revista/index.php/RCA/article/view/34/36>

- Vives, Eulalia. (2016). *LA ESPIRITUALIDAD: factor protector en Salud Mental*

Recuperado de:

[https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/11074/6/Espiritualidad\\_Vives\\_2016.pdf](https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/11074/6/Espiritualidad_Vives_2016.pdf)



## Anexos

Anexo 1: Carta de aval institucional



Bogotá D.C., 05/10/2022

Señores  
Clínica Nuestra Señora de la Paz  
Bogotá - Colombia

Ref. Solicitud Aval Opción de Grado

Respetados señores,

Por medio de la presente solicito amablemente su autorización para realizar mi proyecto de opción de grado Sistematización de la experiencia en su institución durante el período académico 2022-2 como requisito para optar a mi grado en psicología de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, Sede Principal.

Durante mi proceso de investigación realizaré las siguientes actividades dentro de su institución: actividades y talleres con los pacientes del servicio de Redes que me permitan observar e identificar los cambios emocionales que presentan y así mismo, poder utilizar esa información como base para sistematizar mi experiencia.

Por mi parte, me comprometo a que las actividades anteriormente mencionadas sean realizadas con fines exclusivamente pedagógicos-educativos enmarcados en mi proyecto de opción de grado, y haré una socialización de los principales hallazgos con la institución al finalizar el proceso.

Finalmente, el profesor que figurará como director y tutor será María Fernanda Jiménez Fetecua, quien me asesorará durante la realización del mismo.

Agradezco su atención y quedo atenta a su respuesta.

Cordialmente,

*Luisa Prada*  
Luisa Fernanda Prada Fandiño  
Estudiante de Psicología  
Corporación Universitaria Minuto de Dios – Sede Principal

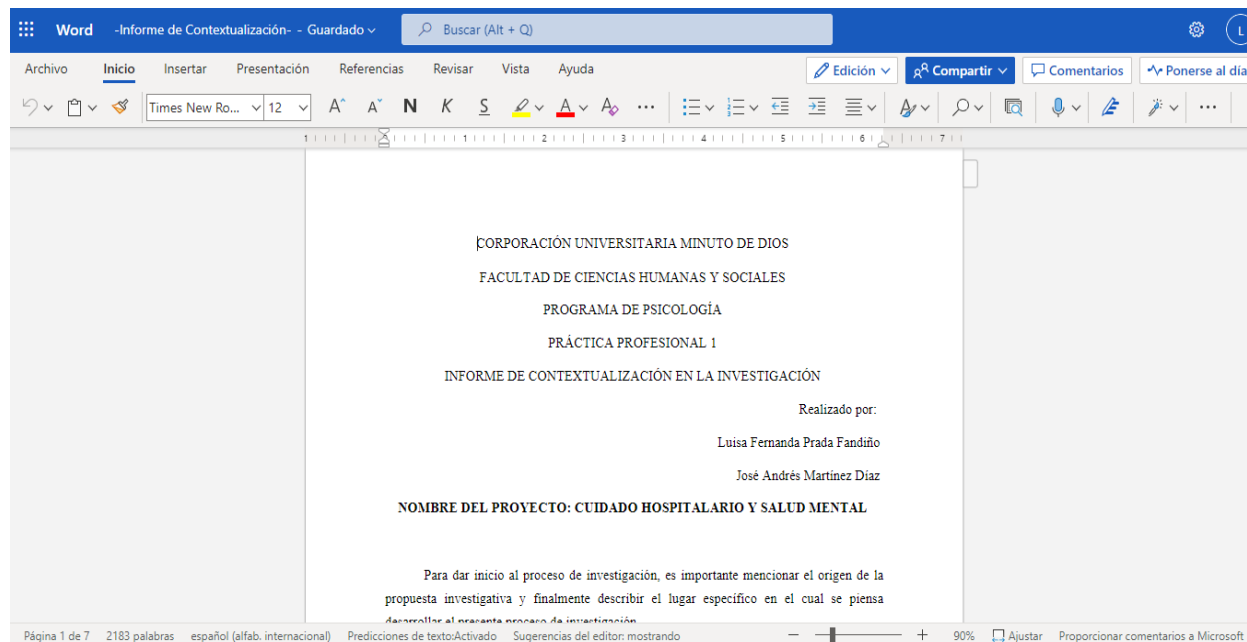
Correo institucional: lpradafand1@uniminuto.edu.co

*Jonathan Fernando Sarmiento*  
Asesor  
Médico  
Universidad Minuto de Dios

Asesor Institucional en Salud  
Clínica de Nuestra Señora de la Paz  
**SUBDIRECCIÓN MÉDICA**  
Calle 3 No. 68 F - 25 • 292 1277 Ext 147



## Anexo 2: Informe de contextualización en la investigación.

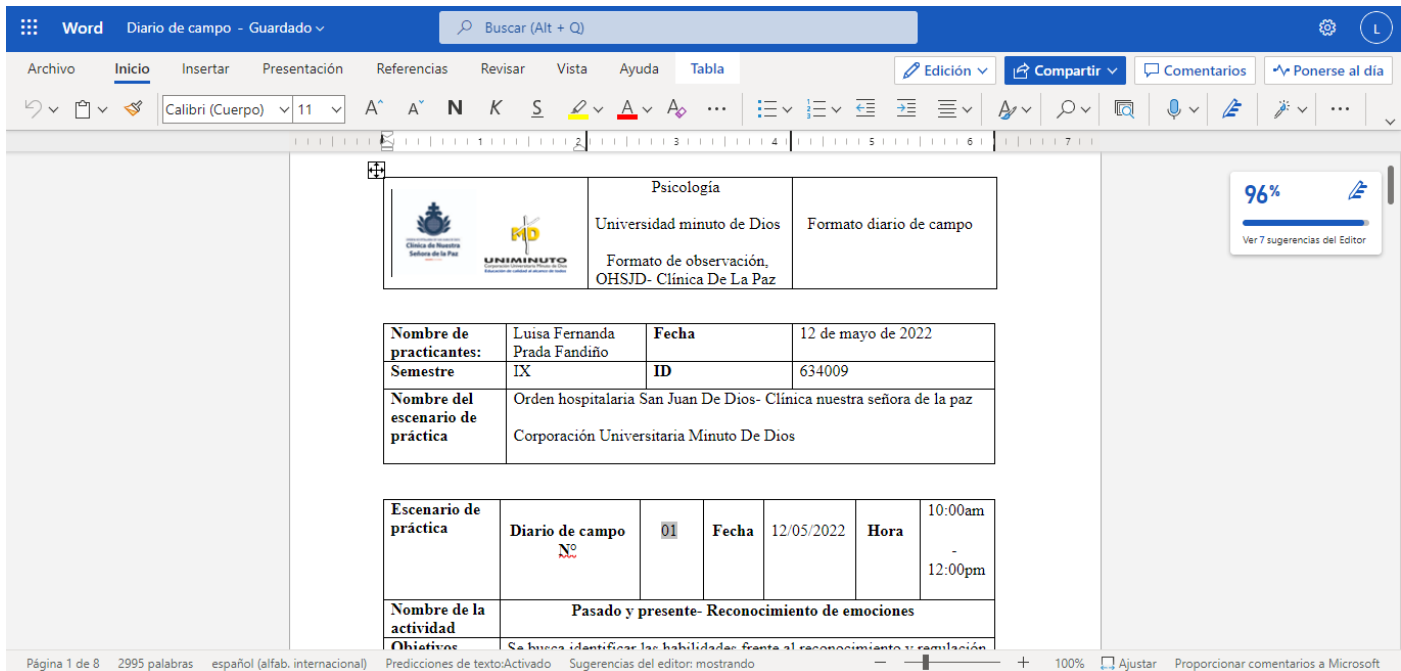


## Anexo 3: Levantamiento de información - estado del arte.

	D	E	F	G	H	I
	Año	Población	Fuente de consulta	Objetivos	¿Qué le aporta este texto a mi investigación?	Conclusiones
1						
2	2018	Público en general	<a href="https://www.uaeh.edu.mx/docencia/Presentaciones/prepa_1x1ahua2018/Psicologia.pdf">https://www.uaeh.edu.mx/docencia/Presentaciones/prepa_1x1ahua2018/Psicologia.pdf</a>	Valorar la importancia de estudiar la conducta humana claramente desde un punto de vista científico para comprender mejor los fenómenos conductuales y reflexionar acerca de la propia conducta y de las persona del entorno para establecer una mejor relación	Ampliar el conocimiento frente al concepto de psicología y así mismo entender por qué radica en ser una ciencia y qué se propone al estudiar esta ciencia. Esto demanda de gran importancia, ya que desde esta rama se permite atribuir a la ciencia por medio de teorías científicas basadas en investigación. Esto demanda de gran importancia, ya que al ser investigadores pertenecen a la rama de psicología deben entender	La psicología de los sujetos describir, exp
3	2014	Población en general	chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2014/rmn145g.pdf	Proponer una definición amplia de lo que es la experiencia religiosa, así como dificultades para la aproximación transdisciplinaria.	Comprender la posibilidad de la cercanía entre neurociencias y religión, buscando enfocar, de mejor manera, la espiritualidad como aspecto fundamental que promueva una neuroteología.	Mientras no e y religiones, I
4	2017	Población en general	<a href="https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/ntersedes/article/view/28649/28650">https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/ntersedes/article/view/28649/28650</a>	Presentar evidencia a favor y en contra de la tesis del conflicto para ilustrar que no existe una contradicción inherente entre ellas, sino una tensión esperable.	aporte central que Jacques Derrida ha brindado a conceptualizar el término, pero luego se ahonda en ampliar el término acercándolo hacia la esperanza y cómo con este acercamiento resulta estar más allá de un simple término ilusorio e imposible.	No existe una dos cosmofo reconociem diálogo y la ir
5	2017	Población en general	<a href="https://revistas.usb.edu.co/index.php/Franciscanum/article/view/3400">https://revistas.usb.edu.co/index.php/Franciscanum/article/view/3400</a>	Exponer la posibilidad de vincular la esperanza con la hospitalidad, para lo cual se destaca el papel decisivo que tiene la imaginación en dicho proceso.		La hospitalid: de la esperar

Excel spreadsheet showing a matrix of state-of-the-art information with columns for Year, Population, Source, Objectives, Contribution to research, and Conclusions.


## Anexo 4:Diario de campo



Word - Diario de campo - Guardado

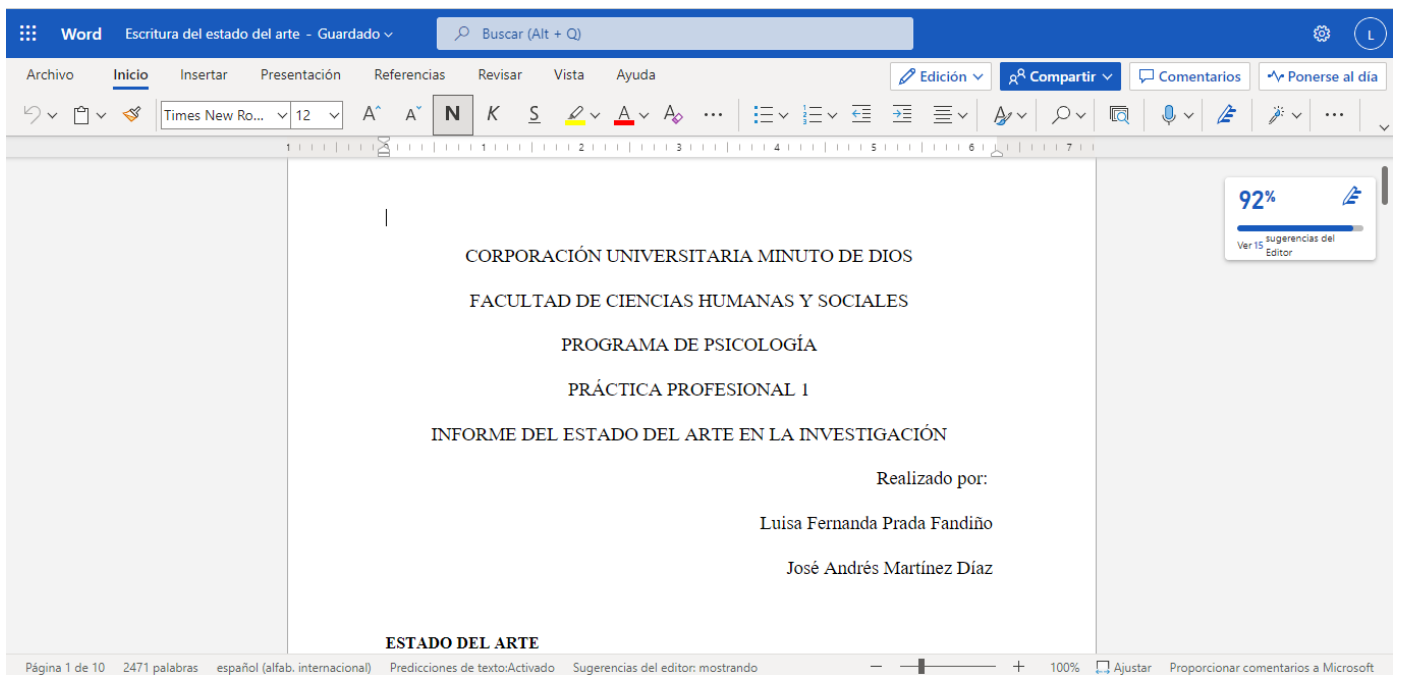
Inicio | Insertar | Presentación | Referencias | Revisar | Vista | Ayuda | Tabla

Calibri (Cuerpo) 11

		Psicología Universidad minuto de Dios Formato de observación, OHSJD- Clínica De La Paz		Formato diario de campo	
<b>Nombre de practicantes:</b>	Luisa Fernanda Prada Fandiño	<b>Fecha</b>	12 de mayo de 2022		
<b>Semestre</b>	IX	<b>ID</b>	634009		
<b>Nombre del escenario de práctica</b>	Orden hospitalaria San Juan De Dios- Clínica nuestra señora de la paz Corporación Universitaria Minuto De Dios				
<b>Escenario de práctica</b>	Diario de campo Nº	01	<b>Fecha</b>	12/05/2022	<b>Hora</b> 10:00am - 12:00pm
<b>Nombre de la actividad</b>	Pasado y presente- Reconocimiento de emociones				
<b>Objetivos</b>	Se busca identificar las habilidades frente al reconocimiento y regulación				

Página 1 de 8 2995 palabras español (alfab. internacional) Predicciones de texto:Activado Sugerencias del editor: mostrando 100% Ajustar Proporcionar comentarios a Microsoft

## Anexo5: Informe de estado del arte en la investigación



Word - Escritura del estado del arte - Guardado

Inicio | Insertar | Presentación | Referencias | Revisar | Vista | Ayuda

Times New Ro... 12

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

PRÁCTICA PROFESIONAL I

INFORME DEL ESTADO DEL ARTE EN LA INVESTIGACIÓN

Realizado por:

Luisa Fernanda Prada Fandiño

José Andrés Martínez Díaz

**ESTADO DEL ARTE**

Página 1 de 10 2471 palabras español (alfab. internacional) Predicciones de texto:Activado Sugerencias del editor: mostrando 100% Ajustar Proporcionar comentarios a Microsoft



Anexo7: Fuerte: Paciente Clínica Nuestra Señora de la Paz.

