



**Percepciones de los agentes de la Pastoral de la Salud de la Parroquia Santa Ana
sobre su práctica de trabajo comunitario en el acompañamiento a personas enfermas
en Sabaneta - Antioquia, 2025**

Jorge Luis Giraldo Álvarez

Asesora

Daniel Sierra

**Corporación Universitaria Lasallista
Facultad de Ciencias Sociales y Educación
Programa - Psicología
Caldas, Antioquia
2026**

Resumen

La presente investigación tuvo como propósito comprender las percepciones que construyen los agentes de la Pastoral de la Salud de la Parroquia Santa Ana sobre su práctica de trabajo comunitario en el acompañamiento a personas enfermas en Sabaneta, Antioquia. El estudio se desarrolló desde un enfoque cualitativo, paradigma interpretativo y diseño hermenéutico, con el fin de reconocer sentidos, motivaciones, experiencias y dificultades presentes en la práctica pastoral. La información se obtuvo mediante entrevistas semiestructuradas aplicadas a once agentes vinculados al servicio de acompañamiento. Los relatos fueron organizados por objetivos específicos y categorías de análisis, lo que permitió identificar motivaciones asociadas con la fe, la voluntad de servir, la gratitud, el llamado espiritual y la búsqueda de sentido personal. Los hallazgos muestran que el acompañamiento se comprende como una práctica de presencia, escucha, comunión, oración, cercanía y apoyo ante la soledad. También se evidenció que la Pastoral opera como una comunidad solidaria y de pertenencia, donde los agentes reciben orientación, apoyo grupal y fortalecimiento espiritual. Entre las fortalezas identificadas se encuentran la unión del grupo, la organización por sectores, el liderazgo y la actitud de servicio. Las dificultades se relacionan con la falta de voluntariado, la necesidad de capacitación, el apoyo psicológico y el seguimiento a las personas enfermas. Se concluye que la Pastoral de la Salud constituye una práctica comunitaria de cuidado espiritual y humano, capaz de acoger la fragilidad asociada a la enfermedad y de transformar a quienes participan en ella desde el vínculo, la fe y la solidaridad.

Palabras clave: Agentes pastorales, acompañamiento comunitario, espiritualidad, Pastoral de la Salud, personas enfermas, trabajo comunitario.

Abstract

This research aimed to understand the perceptions constructed by the agents of the Health Pastoral of Santa Ana Parish regarding their community work practice in accompanying sick people in Sabaneta, Antioquia. The study was conducted through a qualitative approach, an interpretive paradigm, and a design hermeneutic design, in order to recognize meanings, motivations, experiences, and difficulties present in pastoral practice. Information was gathered through semi-structured interviews with eleven agents linked to the accompaniment service. The narratives were organized according to specific objectives and analytical categories, which made it possible to identify motivations associated with faith, willingness to serve, gratitude, spiritual calling, and the search for personal meaning. The findings show that accompaniment is understood as a practice of presence, listening, communion, prayer, closeness, and support in the face of loneliness. It was also found that the Health Pastoral operates as a supportive community and a space of belonging, where agents receive guidance, group support, and spiritual strengthening. The main strengths identified include group unity, organization by sectors, leadership, and an attitude of service. The difficulties are related to the lack of volunteers, the need for training, psychological support, and follow-up of sick people. It is concluded that the Health Pastoral constitutes a community practice of spiritual and human care, capable of welcoming the fragility associated with illness and transforming those who participate in it through bonds, faith, and solidarity. This result highlights the psychological value of community care and its contribution to meaning-making, emotional support, and pastoral continuity in local contexts.

Keywords: Pastoral agents, community accompaniment, spirituality, Health Pastoral Ministry, sick people, community work.

Tabla de contenido

Resumen.....	2
Abstract	3
Introducción	9
Planteamiento del problema.....	12
Contextualización del problema.....	12
Internacional	12
Nacional.....	13
Local	15
Justificación.....	17
Objetivos	19
Objetivo general	19
Objetivos específicos	19
Alcance y limitaciones	19
Marco Teórico.....	21
Antecedentes investigativos	21
Internacionales.....	21
Nacionales	24
Locales.....	26
Fundamento teórico del estudio; Psicología de la liberación por Ignacio Martín 2006	28
Historicidad y comprensión situada de la experiencia	28
Reconocimiento del saber construido por la comunidad.....	29
Dimensión ética del acompañamiento.....	31

Bases conceptuales con categorías y subcategorías	33
Motivación a la práctica comunitaria	34
Motivaciones	37
Perspectiva o narrativas	40
Herramientas y dificultades	41
Metodología	43
Enfoque de investigación	43
Paradigma.....	44
Diseño.....	45
Muestra.....	46
Técnica de recolección de información.....	47
Instrumento.....	47
Procedimiento.....	49
Método de análisis de la información	50
Consideraciones éticas	53
Resultados y análisis de los hallazgos	55
Ruta de organización y análisis de la información.....	55
Resultados según los objetivos de la investigación.....	56
Resultados del objetivo específico 1. Motivaciones y sentidos de participación	56
Resultados del objetivo específico 2. Narrativas y significados del acompañamiento	57
Resultados del objetivo específico 3. Fortalezas, herramientas y dificultades..	58
Fase descriptiva de los hallazgos por categorías	59
Motivaciones y sentidos de participación.....	60
Trabajo comunitario, participación y sentido de pertenencia.....	61

Dimensión espiritual del acompañamiento.....	62
Narrativas y significados del acompañamiento a personas enfermas.....	64
Redes de apoyo, herramientas y dificultades.....	65
Fase de análisis interpretativo y discusión de los hallazgos.....	67
El servicio como llamado, motivación y transformación personal	68
La Pastoral de la Salud como comunidad de pertenencia y apoyo.....	69
El acompañamiento como presencia, escucha, comunión y cuidado espiritual	71
Tensiones y necesidades de fortalecimiento de la práctica pastoral.....	72
Síntesis interpretativa de los hallazgos.....	75
Conclusiones y recomendaciones	76
Conclusiones	76
Conclusión general de la investigación	76
Conclusión del objetivo específico 1	77
Conclusión del objetivo específico 2.....	77
Conclusión del objetivo específico 3.....	77
Recomendaciones.....	79
Recomendaciones para la Parroquia Santa Ana	80
Recomendaciones para los agentes de la Pastoral de la Salud	80
Recomendaciones para el fortalecimiento del acompañamiento a personas enfermas	80
Recomendaciones para futuras investigaciones	81
Referencias.....	83
Anexos	93
Anexo A. Consentimiento informado para participación en investigación	93
Anexo B. <i>Guía de entrevista semiestructurada</i>	96

Lista de Tablas

Tabla 1	Síntesis de las conclusiones de la investigación	78
----------------	--	----

Lista de Figuras

Figura 1 Mapa conceptual del planteamiento del problema sobre el acompañamiento comunitario a personas enfermas.....	17
Figura 2 Psicología de la liberación: fundamento teórico del acompañamiento comunitario	32
Figura 3 Mapa conceptual del método de análisis de la información.....	53
Figura 4 Fase descriptiva de los hallazgos por categorías	66
Figura 5 Síntesis de conclusiones y recomendaciones de la Pastoral de la Salud de la Parroquia Santa Ana	81

Introducción

La enfermedad transforma la vida cotidiana de una persona y alcanza a su familia, sus vínculos cercanos y la comunidad que la rodea. Cuando el cuerpo pierde fuerza, la movilidad disminuye o el dolor altera las rutinas, surgen necesidades que van más allá de la atención clínica. La persona enferma requiere medicamentos, controles y procedimientos, junto con escucha, presencia, compañía y reconocimiento. En este escenario, las prácticas comunitarias de acompañamiento muestran la forma como una comunidad responde ante la fragilidad humana. La Pastoral de la Salud de la Parroquia Santa Ana, ubicada en Sabaneta, Antioquia, representa un espacio donde esa respuesta toma forma mediante visitas, oración, comunión, cercanía y apoyo espiritual. Esta investigación se aproxima a dicha experiencia desde la voz de los agentes que sostienen esa labor.

La investigación se ubica en las percepciones que constituyen los agentes de la Pastoral de la Salud y que dan sentido a su práctica de trabajo comunitario desde la tarea de acompañar a las personas enfermas y a sus familias. La mirada investigativa tiene en cuenta el modo en que estos agentes van construyendo sentidos sobre su participación, cómo cuentan las motivaciones que los llevan a participar y cómo valoran la tarea de las visitas que realizan. Acompañar a una persona enferma es algo que sobrepasa una práctica parroquial, porque también forma parte de las emociones, de las creencias, de los lazos, de los aprendizajes y de las tensiones que están presentes en cada encuentro. Desde la Psicología, esta práctica permite examinar cómo los sujetos construyen sentidos sobre el dolor, la dependencia o vulnerabilidad, así como la necesidad de ayuda. La presencia de una persona permite ayudar, facilita confianza y reconocimiento de otras personas, mientras que el servicio pastoral permite articular la espiritualidad, la comunidad y la subjetividad misma.

La pregunta que orienta el estudio busca indagar qué percepciones generan los agentes de la Pastoral de Salud de la Parroquia Santa Ana respecto de su práctica de trabajo comunitario en la experiencia de acompañamiento a personas en enfermedad. Esta pregunta hace que se dirija la mirada hacia las voces de quienes están en el servicio y saben, de forma directa, cómo es la vivencia de la visita pastoral. El propósito general es tratar de comprender las referidas percepciones respecto del acompañamiento comunitario. Para ello, el estudio

articula el propósito general con tres objetivos específicos. El primero, el objetivo identificado por los agentes de la Pastoral de la Salud respecto de cualidades y sentidos que dan a su participación. El segundo; el objetivo de describir las narrativas y significados que producen sobre su experiencia de acompañamiento. El tercero, el objetivo que identifica las fortalezas, las herramientas y las dificultades que perciben en el ejercicio de su práctica.

El trabajo se desarrolló desde una metodología de enfoque cualitativo, un paradigma interpretativo y la utilización de diseño hermenéutico, esta orientación favoreció el acercamiento a las voces de los participantes y a las formas de interpretar la tarea realizada por los agentes. La producción de información fue realizada a partir de entrevistas semiestructuradas realizadas a once agentes de la Pastoral de la Salud de la Parroquia Santa Ana, cuyas temáticas eran relativas a la entrada en grupo, motivaciones de permanencia, experiencias de acompañamiento, sentido espiritual de la tarea realizada, formas de organización, apoyos recibidos y dificultades en el servicio. Se garantizaron los códigos para la participación de forma a resguardarlos y preservar, a su vez, el valor narrativo de cada testimonio.

El análisis de la información se realizó a partir de una lectura cualitativa de las entrevistas. Con este propósito, se realizaron lecturas de los relatos en función de la identificación de recurrencias, diferencias y sentidos comunes en referencia al acompañamiento pastoral. Posteriormente, la información fue agrupada en función de las finalidades específicas y de las categorías del estudio. De esta manera, se pudieron presentar los resultados por finalidades, realizar una fase descriptiva por categorías y construir una fase interpretativa orientada a comprender el sentido de la práctica pastoral. El referente teórico hace parte de antecedentes vinculantes con el cuidado comunitario, acompañamiento espiritual, redes de apoyo, voluntariado y experiencias de cuidado en contextos de enfermedad; el estudio también sustenta lo que hace emocionalmente la Psicología de la liberación, pues esta perspectiva reconoce el saber construido por las comunidades, historicidad de la experiencia y dimensión ética del acompañamiento.

La investigación se distribuye en cinco capítulos. El primero se centra en el planteamiento del problema, en la contextualización, en la justificación, en los objetivos, en

el alcance y en las limitaciones. El segundo capítulo reúne los antecedentes investigativos, la base teórica y las categorías conceptuales que orientan la comprensión del fenómeno. El tercero describe la descripción de la metodología, el enfoque, el paradigma, el diseño, la muestra, la técnica, el instrumento, el procedimiento, el análisis y las consideraciones éticas. El cuarto presenta los resultados y el análisis de los hallazgos derivados de las entrevistas. El quinto expone las conclusiones y recomendaciones. Esta estructura permite leer la práctica de la Pastoral de la Salud como una experiencia comunitaria de acompañamiento, servicio y cuidado espiritual.

Planteamiento del problema

El planteamiento del problema de esta investigación se orienta en el sentido de una práctica de cuidado comunitario que tiene vigencia en la práctica de acompañar a enfermos y enfermas de la Pastoral de la Salud. Este interés se sitúa en una postura psicológica que presta atención a los significados, motivaciones, lazos y tensiones que aparecen cuando un colectivo de agentes comunitarios se implica pensando en la continuidad del cuidado, de la presencia y el apoyo (Khatri et al., 2024). En ese horizonte, el problema busca reconocer cómo esa práctica es percibida y elaborada por quienes la sostienen en su cotidianidad. Por ello, el análisis se organiza en tres niveles de contextualización, internacional, nacional y local, con el fin de situar el fenómeno en un marco amplio y, al mismo tiempo, precisar su expresión concreta en Sabaneta, Antioquia, dentro del contexto metropolitano del Valle de Aburrá.

Contextualización del problema

Internacional

La discusión internacional sobre el cuidado en salud ha mostrado que la atención a personas enfermas involucra servicios clínicos y redes comunitarias que ofrecen presencia, escucha y apoyo cotidiano. En esa línea, los servicios comunitarios orientados por enfoques centrados en la persona y en los derechos buscan articular la atención en salud con apoyos sociales y respuestas ajustadas a la vida diaria de quienes requieren acompañamiento. Desde la Psicología, esta perspectiva permite examinar cómo los actores construyen sentidos sobre la enfermedad, la dependencia y la ayuda recibida. Por ello, el problema de investigación se ubica en la comprensión de una práctica comunitaria de cuidado y en la forma como esa práctica produce experiencias subjetivas de apoyo en contextos de enfermedad y vulnerabilidad (World Health Organization, 2021).

Desde esa discusión, el contexto internacional ha revalidado la consideración de que el cuidado comunitario necesita una red de apoyos que mejore las consultas y llegue al hogar, el barrio y a los espacios cotidianos donde la enfermedad atraviesa la vida cotidiana. En este aspecto, la articulación entre salud, protección social y derechos cuenta con una importancia

analítica concreta porque deja entrever que la experiencia de enfermar también está atravesada por las condiciones materiales, los vínculos disponibles y las posibilidades reales de llevar la vida y la dignidad adelante (Khatri et al., 2024).

En esa misma línea, se ha mostrado que la presencia de recursos comunitarios por sí misma no integra una experiencia de apoyo suficiente, porque entre la oferta institucional y la vida concreta de las personas median barreras sociales, culturales y organizativas. Este matiz resulta pertinente para el estudio, dado que permite observar que el cuidado depende también de la forma en que los actores perciben su utilidad, su cercanía y su capacidad para responder a necesidades cambiantes. Según Choi et al. (2024) identificaron que el uso de servicios de apoyo comunitario por parte de cuidadores familiares está relacionado por la sobrecarga de tiempo, la complejidad del cuidado, las experiencias previas con el sistema y las dificultades para encontrar recursos culturalmente aceptables. Por ello, la pregunta por el acompañamiento comunitario también exige examinar cómo se construye la confianza en esas redes y cómo se traduce esa confianza en experiencias concretas de ayuda.

Desde la perspectiva de la Psicología, este punto de vista cobra relevancia por el momento en que se estudia la distancia que puede existir entre el apoyo realmente disponible y el apoyo que la persona siente que tiene en su poder, que considera suficiente y cercano al mismo tiempo. En este trabajo, la experiencia subjetiva de apoyo es entendida como la valoración que cada actor establece sobre la ayuda que recibe, la calidad emocional de dicha ayuda y el poder de alivio que tiene ante la incertidumbre, la carga o el desamparo. Esta precisión resulta necesaria para el análisis porque dos personas pueden formar parte de redes similares, pero pueden llegar a una valoración diferente del valor de ese acompañamiento a causa de su historia personal, del lazo con la enfermedad o de las condiciones que rodean el cuidado. Por ello, Choi et al. (2024) muestran que el uso de servicios de apoyo comunitario por parte de cuidadores familiares depende de experiencias previas, barreras organizativas y condiciones culturales que inciden en la confianza hacia esas redes.

Nacional

En Colombia, el problema adquiere densidad en un escenario donde la salud pública reconoce la participación social y comunitaria como parte de la respuesta a las necesidades

de cuidado. De acuerdo al Ministerio de Salud y Protección Social (2022), el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 forma parte de la política de Estado con respecto a la reducción de inequidades en salud y el avance en la garantía del derecho a la salud. Cuando la definición hace énfasis en esos entornos familiares y comunitarios donde las personas viven la enfermedad y buscan apoyo para afrontarla, entonces esa lógica se da por hecho. Desde esta lógica, la comprensión de experiencias de acompañamiento comunitario es una forma de ampliar la mirada psicológica que plantea el cuidado.

De igual manera, esa orientación normativa enfrenta tensiones cuando desciende a los territorios y se convierte en atención concreta para personas enfermas, familias cuidadoras y redes barriales. El escenario colombiano muestra que la apuesta por enfoques comunitarios convive todavía con respuestas fragmentadas, con baja articulación entre sectores y con una oferta que en muchos casos sigue concentrada en la lógica asistencial. Por consiguiente, Alarcón et al. (2023) hicieron ver que la puesta en marcha de los servicios de salud mental en Colombia ha sido desigual, a pesar de que el país ha incluido enfoques comunitarios y de recuperación en su marco legal y práctico. Los autores hallaron obstáculos que estaban asociados a la ruptura de la coordinación, el exceso de carga laboral y la escasez de recursos y la participación de las comunidades, de los usuarios y de los actores locales surgió como un facilitador de la puesta en marcha. En este sentido, el problema del acompañamiento comunitario adquiere importancia porque permite examinar aquello que ocurre entre la política formulada y la ayuda que las personas logran reconocer y sostener en su vida cotidiana.

A su vez, la discusión nacional sobre el cuidado ha comenzado a dar importancia sobre la respuesta a la enfermedad y a la dependencia que no puede recaer únicamente en los hogares ni en el esfuerzo silencioso de quienes cuidan. El Departamento Nacional de Planeación (2025) advirtió que una organización inequitativa del cuidado en Colombia hace que los derechos de las personas cuidadoras y el derecho a recibir cuidado se desdibujen y denunció también la falta de acercamiento a las formas de cuidado colectivas y a las cuidadoras de los pueblos étnicos y campesinos. Desde esa lectura, comprender las experiencias del acompañamiento permite captar de qué manera se tejen apoyos, cuál es la

circulación de los recursos relacionales y cuál es el lugar que ocupan la solidaridad, el territorio próximo y la acción colectiva en situaciones de enfermedad y vulnerabilidad.

De igual forma, esta realidad se vuelve todavía más visible cuando se observa la experiencia de quienes asumen el cuidado en condiciones de enfermedad crónica, muchas veces sin preparación previa y con apoyos limitados. Según Guerrero et al. (2025), advirtieron que los cuidadores familiares en Colombia suelen asumir su rol de manera repentina y, en numerosos casos, sin contar con los recursos ni la preparación necesarios para responder a las demandas del cuidado. El estudio aporta a la investigación un acercamiento a la misma, ya que reveló que la ayuda también tiene que ser entendida como un proceso que necesita ser reconocido, apropiado y sostenido por quienes acompañan. En Psicología, esta observación lleva a examinar las motivaciones, los sentidos dados a la ayuda, y cómo puede el vínculo comunitario aliviar, reorganizar u organizar el vivir en la experiencia de la ayuda. De esta manera, el contexto nacional plantea una pregunta vigente por la forma en la cual el acompañamiento es vivido en situaciones concretas.

Local

En el plano local, esas orientaciones toman forma en estrategias que acercan el cuidado a los espacios donde transcurre la vida cotidiana de las personas. La Secretaría de Salud de Medellín explicó en 2026 que el programa Medellín Te Quiere Saludable opera en las 16 comunas y los cinco corregimientos mediante equipos básicos de atención que trabajan en hogares, entornos educativos, espacios laborales y escenarios comunitarios. Dicha organización territorial permite comprender que la promoción de la salud va creando condiciones de proximidad institucional, identificación de necesidades y contacto periódico con familias y comunidades. Así, el contexto local puede constituirse en la estructuración adecuada para pensar el acompañamiento comunitario como una práctica de redes barriales, en relaciones de vecindarios y en formas de cuidado que se sustentan en el contexto. Tal comprensión es interesante para el estudio ya que busca la experiencia de los agentes pastorales dentro de una ciudad que ha incorporado el cuidado próximo a su respuesta pública (Bernal et al., 2024).

Desde la perspectiva de la Psicología, esta práctica pastoral permite observar cómo el acompañamiento reúne necesidades emocionales, espirituales y relacionales en situaciones donde la enfermedad altera rutinas, vínculos y sentidos de vida. En este caso, el trabajo comunitario de los agentes de la Pastoral de la Salud se entiende como una experiencia relacional de cuidado que incorpora motivaciones, formas de participación, recursos simbólicos y tensiones propias del encuentro con personas enfermas. Esta comprensión del trabajo pastoral de la salud permite asumir la ayuda como un proceso sostenido de encuentro, interpretación y respuesta al sufrimiento ajeno (Uzun et al., 2024).

Por esa razón, lo que han encontrado Casaleiro et al. (2024), es que el afrontamiento espiritual puede llegar a ser un recurso de valor a la hora de cuidar personas con enfermedad mental grave, dado que permite brindar sentido, bienestar y capacidad de sostener el acompañamiento en situaciones de alta carga emocional. En consecuencia, comprender cómo los agentes pastorales viven y significan su labor en Sabaneta, dentro del contexto metropolitano del Valle de Aburrá permite aproximarse a los sentidos que organizan su servicio y a las tensiones que acompañan esa experiencia comunitaria.

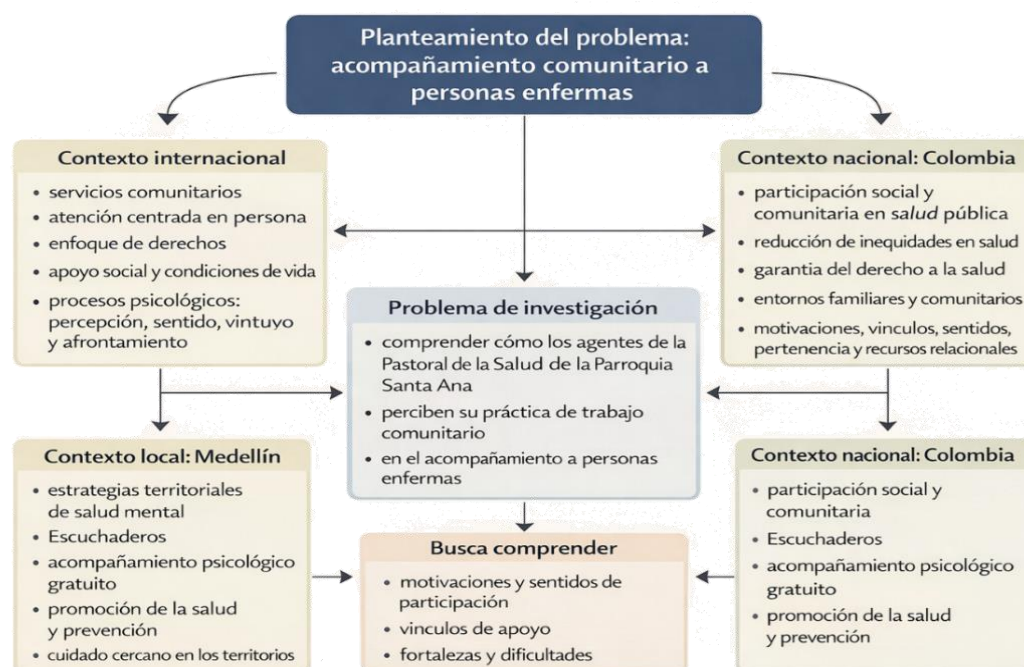
Pregunta problema:

¿Qué percepciones construyen los agentes de la Pastoral de la Salud de la Parroquia Santa Ana sobre su práctica de trabajo comunitario en el acompañamiento a personas enfermas?

La Figura 1 presenta una síntesis visual del planteamiento del problema, organizada a partir de los contextos internacional, nacional y local que enmarcan el acompañamiento comunitario a personas enfermas. Su estructura permite identificar cómo las necesidades de cuidado, apoyo espiritual, participación social y cercanía comunitaria convergen en la pregunta central de la investigación. De igual forma, el esquema muestra que el estudio busca comprender las motivaciones, sentidos, vínculos, redes de apoyo, fortalezas y dificultades que construyen los agentes de la Pastoral de la Salud en su práctica pastoral.

Figura 1

Mapa conceptual del planteamiento del problema sobre el acompañamiento comunitario a personas enfermas



Nota. Elaboración propia.

Justificación

La presente investigación se justifica porque dialoga con una prioridad pública y territorial que el país ha definido para la próxima década. El Ministerio de Salud y Protección Social plantea en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 que la salud pública exige la participación coordinada de actores estatales, privados, comunitarios y ciudadanos, con el fin de intervenir los determinantes sociales y favorecer el bienestar de las personas. Para esa óptica, el estudio tiene sentido en cuanto estudia una vivencia de cuidado comunitario ubicado en la Pastoral de la Salud de la Parroquia Santa Ana. La investigación se orientó a la práctica de acompañamiento desarrollada por la Pastoral de la Salud, entendida como una experiencia comunitaria que fortalece redes de cuidado y presencia social. Así la investigación va conectándose con una necesidad que tiene el contexto colombiano y con una mirada de salud que reconoce el sentido de la comunidad en el día a día (Hatton et al., 2024).

Desde el ámbito de la Psicología, el estudio es viable por el tipo de conocimiento que puede generar con respecto a la experiencia subjetiva del cuidado comunitario. La percepción, en este texto, comprende los significados, las motivaciones, los vínculos y las valoraciones que las personas establecen sobre su propia tarea con personas enfermas y sus familias. Dicha información se considera productiva dado que da cuenta de cómo se organiza el acompañamiento en lugares no clínicos, qué sentidos sostienen la participación y cómo se van estableciendo relaciones de apoyo en contextos enfermos. La World Health Organization (2022), ha señalado también que los servicios de salud mental comunitaria deben estar guiados por enfoques centrados en la persona y en los derechos, concretando ejemplos de buenas prácticas para fortalecer redes de apoyo y respuestas situadas, de forma que este estudio ofrece una posible lectura psicológica a partir de procesos de cuidado, vínculo y sentido en una experiencia comunitaria concreta.

La utilidad de los hallazgos está en su capacidad de guiar decisiones pastorales, psicosociales, que se ajustan a la experiencia real vivida por el grupo. Con respecto a ello, Bongelli et al. (2024), menciona que una mayor carga de cuidado va asociada a menor bienestar psicológico y que el apoyo social actúa como factor protector para los que acompañan a personas dependientes. Este hallazgo permite afirmar que conocer las fortalezas y las dificultades percibidas por los agentes pastorales no es un interés abstracto ya que puede guiar acciones de autocuidado, de contención emocional, de delimitación de funciones y de rutas de apoyo cuando el acompañamiento torna en exigente. En consecuencia, los resultados pueden servir de insumos para el refuerzo de la organización del grupo, aumentar la claridad de la labor comunitaria, o para poder identificar los recursos existentes en la parroquia, de la misma forma, la investigación puede ofrecer criterios para estrategias futuras de formación psicoeducativa construidas a partir de los hallazgos y no a partir de los supuestos previos.

Por ende, la finalidad del estudio consiste en lograr beneficiar a varios actores que participan o reciben efectos de esta práctica comunitaria. Las personas que obtendrán la primera utilidad serán sobre todo los agentes de la Pastoral de la Salud, porque desde la investigación se mostrará la comprensión de su tarea, las razones que justifican su permanencia y las tensiones que rodean su experiencia. Igualmente lo obtendrán las personas enfermas y las familias que les rodean, dado que el entendimiento de la acción de acompañar

puede contribuir a poder ofrecer apoyos más adecuados a las necesidades relacionales, emocionales y comunitarias (Zhou et al., 2024).

A su vez, la parroquia obtendrá un conocimiento situado que le permitirá poder dirigir su acción pastoral y construir redes de apoyo. De acuerdo a Davies et al. (2024), el voluntariado y la cohesión social mantienen una relación recíproca a lo largo del tiempo, lo que sugiere que comprender estas prácticas puede contribuir al fortalecimiento del tejido comunitario. En suma, el estudio aporta al campo de la Psicología comunitaria y de la salud al mostrar cómo los vínculos, el sentido compartido y la organización solidaria participan en escenarios cotidianos de cuidado.

Objetivos

Objetivo general

Comprender las percepciones que construyen los agentes de la Pastoral de la Salud de la Parroquia Santa Ana sobre su práctica de trabajo comunitario en el acompañamiento a personas enfermas.

Objetivos específicos

- Identificar las motivaciones y sentidos que los agentes atribuyen a su participación en la Pastoral de la Salud.
- Describir las narrativas y significados que los agentes construyen en torno a su experiencia de acompañamiento comunitario a personas enfermas.
- Reconocer las fortalezas, herramientas y dificultades que los agentes perciben en el ejercicio de su práctica de trabajo comunitario.

Alcance y limitaciones

El estudio asume un alcance interpretativo porque busca comprender cómo los agentes de la Pastoral de la Salud de la Parroquia Santa Ana perciben su práctica de acompañamiento a personas enfermas, con atención a sus motivaciones, sentidos, fortalezas y dificultades. Desde la Psicología, este interés dirige la mirada hacia la experiencia subjetiva del cuidado, del vínculo y de la participación comunitaria, entendidos como procesos que adquieren significado en la vivencia concreta de quienes acompañan. En este marco, la

investigación se concentra en esclarecer cómo los participantes elaboran y explican su experiencia. Según, Fréchette et al. (2020) sostienen que este tipo de aproximación resulta pertinente cuando el interés recae en la experiencia vivida y en el sentido que esa experiencia tiene para quien la atraviesa. Por ello, el alcance del estudio se ubica en la comprensión del fenómeno y en la interpretación de sus significados.

En el ámbito de la metodología, la investigación se encuentra limitada a un estudio cualitativo de enfoque interpretativo desarrollado en un contexto parroquial y dirigido a un grupo de agentes pastorales. La entrevista se posiciona como la técnica de producción de información que permite conocer cómo las personas se conforman su mundo, cómo organizan sus prácticas y cómo nombran sus relaciones; todo ello sin detrimento de la existencia de la necesaria flexibilidad que lleve a la aparición de temas no previstos en el inicio del proceso de información. Esta elección de una metodología también se encuentra en la línea del interés por conocer la experiencia desde la propia voz de los/as propios/as participantes. En el caso de la muestra, la investigación tiene un número aproximado de participantes, aunque se delimitó hasta alcanzar la saturación de la información con la que se va contando. De esta manera, Hennink y Kaiser (2022) indican que, en poblaciones relativamente homogéneas y con objetivos suficientemente acotados, la saturación se puede alcanzar con un número de entrevistas de un cierto rango reducido. De este modo, la lógica muestral privilegia la densidad del relato y no una cantidad rígida.

Las limitaciones del estudio provienen de su carácter contextual y del tipo de acceso al fenómeno que ofrece la entrevista. En primer lugar, los hallazgos se construyeron a partir de una sola parroquia con dinámicas religiosas, comunitarias y organizativas propias. Por ello, Stalmeijer et al. (2024) explican que, en investigación cualitativa, la transferencia depende de la densidad contextual y de la valoración que otros lectores hagan sobre la aplicabilidad de los hallazgos en entornos semejantes. En segundo lugar, la información estuvo mediada por narrativas elaboradas en entrevista, lo que implica trabajar con recuerdos, interpretaciones y decisiones sobre lo que cada participante comunica. Así también Knott et al. (2022) advierten que la entrevista siempre plantea retos metodológicos, éticos y relacionales. En consecuencia, el estudio consiste en producir conocimiento situado sobre la experiencia de acompañamiento comunitario.

Marco Teórico

El presente capítulo reúne los antecedentes investigativos, el fundamento teórico y lo correspondiente a las bases conceptuales que orientan la comprensión de las percepciones construidas por los agentes de la Pastoral de la Salud sobre su práctica de acompañamiento a personas enfermas. En primer lugar, el apartado revisa estudios internacionales, nacionales y locales que permiten ubicar el problema dentro de discusiones previas sobre el cuidado, la participación y el apoyo comunitario. Luego desarrolla la psicología de la liberación como horizonte de lectura de la experiencia vivida por los participantes. Finalmente, organiza las categorías analíticas que guían la interpretación del fenómeno, dado que la investigación cualitativa puede apoyarse en referentes teóricos previos para examinar significados, procesos y narrativas desde una ruta interpretativa definida (Fife y Gossner, 2024).

Antecedentes investigativos

Internacionales

En el contexto internacional Mahilall y Swartz (2021), en “Spiritual Care: Motivations and Experiences through the Lenses and Voices of a Cohort of Spiritual Care Workers at an Established Hospice in Cape Town, South Africa”, realizado en Sudáfrica, buscaron comprender quiénes eran los trabajadores de cuidado espiritual de un hospicio, qué motivaciones sostenían su labor y cómo imaginaban la continuidad del servicio. La muestra agrupó a un total de nueve personas activas en el cuidado espiritual en un hospicio de la Ciudad del Cabo. Esta investigación se inscribe en un diseño cualitativo, mediante el que se puso en práctica la realización de tres grupos focales a través de medios virtuales y entrevistas semiestructuradas, con un análisis temático. La presentación de los hallazgos hace cuenta de trayectorias de ingreso distintas, un fuerte deseo por el servicio, la importancia del escuchar y la presencia y preocupaciones por la formación, por el reconocimiento y de cara a la sostenibilidad futura. Este antecedente resulta pertinente para la tesis porque aproxima las motivaciones, tensiones y sentidos que atraviesan a quienes acompañan a personas enfermas desde una práctica comunitaria y espiritual.

De esta forma, Wang et al. (2024), en el estudio “Volunteers’ spiritual care competence and its relationship with attitudes toward palliative care: A cross-sectional study”, desarrollado en China, se propusieron medir la competencia de cuidado espiritual en voluntarios, conocer factores asociados a la misma y analizar su relación con las actitudes hacia los cuidados paliativos. La muestra se vio conformada por 385 voluntarios oriundos de Shanghái. El tipo de diseño del estudio fue descriptivo transversal, mediante encuesta 'on-line' y cuestionario estructurado, mediante el cual se lograron recoger datos generales, una escala de competencia en cuidado espiritual y medidas de actitud hacia el cuidado paliativo. Los resultados mostraban niveles bajos de competencia; se establecían asociaciones con edad, escolaridad, creencias religiosas, experiencia y formación, y había correlación positiva entre la actitud hacia el cuidado paliativo y la competencia en cuidado espiritual. En conclusión, aporta a la tesis porque ayuda a leer el acompañamiento como una práctica que no depende solo de la disposición personal, ya que también exige formación, recursos y marcos de sentido que inciden en la manera como los agentes valoran su labor comunitaria.

Por su parte, Nocetti et al. (2023), en “Saber práctico desarrollado por el personal sanitario desde la experiencia de atención en cuidado espiritual”, se propusieron conocer los saberes sobre cuidado espiritual construidos por personal sanitario que acompañaba a personas mayores con cáncer y establecer las condiciones que favorecían ese aprendizaje. La muestra de la población estuvo constituida por 12 profesionales de salud de una unidad de cuidados paliativos. La investigación se inscribió dentro de los diseños cualitativos descriptivos, de tipo estudio de caso intrínseco, con entrevistas semiestructuradas, grupos de enfoque e inducción mediada por ATLAS.ti. Los resultados indican que siendo el acompañamiento espiritual un acompañamiento orientado a acompañar para dar sentido a la vida, restituir relaciones y experimentar la trascendencia; y que la disponibilidad personal, la vocación, así como el aprendizaje de modelado favorecían la práctica. Este antecedente dialoga de forma directa con la tesis porque ilumina sentidos, prácticas y condiciones que sostienen el trabajo comunitario de acompañamiento en contextos de enfermedad.

De igual manera, Sánchez et al. (2024), en “Cuidado espiritual desde Caritas Veritas de Watson en enfermeras de un hospital distrital en Perú”, tuvieron como objetivo analizar el cuidado espiritual desde la experiencia y los saberes de enfermeras que trabajaban en

hospitalización y emergencia La muestra del estudio estuvo constituida por un total de 21 licenciadas en enfermería. Se aplicó un diseño de estudio desde un diseño cualitativo descriptivo y se optó por la técnica de recolección de datos en entrevista semiestructurada de aproximadamente treinta minutos de duración, junto con el análisis en tres fases: reducción de datos, análisis descriptivo e interpretación a partir de las Caritas Veritas de Watson. Los resultados recortaron el cuidado espiritual en dos núcleos, las bases del cuidado como concepción del mismo y respeto por creencias y valores, y prácticas como la relación de ayuda y confianza entre las acciones de amor y bondad sistematización de experiencias y realizo el análisis con. Este antecedente aporta a la tesis porque ofrece categorías precisas para describir cómo los agentes concretan el acompañamiento y qué valores orientan su trato con las personas enfermas y sus familias.

Por su parte, Matos et al. (2024), en “Spiritual Care through the Lens of Portuguese Palliative Care Professionals: A Qualitative Thematic Analysis”, realizado en Portugal, buscaron explorar las percepciones y experiencias de profesionales de cuidados paliativos sobre el cuidado espiritual e identificar las estrategias que utilizaban para abordarlo. La muestra estuvo compuesta por 15 profesionales de una unidad de cuidados paliativos de un hospital, enfermeras, médicos, trabajadores sociales y una psicóloga. La investigación en cuestión se llevó a cabo con un diseño cualitativo, descriptivo y recurrió a entrevistas individuales semiestructuradas, las cuales fueron organizadas y analizadas con detalle mediante un análisis temático, haciendo uso de WebQDA.

Los resultados mostraron que la espiritualidad se entendía como dimensión universal, relacional, y que la atención de esta dimensión se encontraba con interferencias tras las cuales emergían la alianza terapéutica, la evaluación de necesidades (incluidas las espirituales), la presencia y la oración, frente a elementos tales como la falta de formación específica, la sobrecarga del profesional y el escaso tiempo. Este antecedente resulta pertinente para la tesis porque permite reconocer prácticas, barreras y apoyos que también pueden aparecer en la labor comunitaria de la Pastoral de la Salud.

Nacionales

En contextos nacionales Arredondo et al. (2021), en “Quality of life of family caregivers of people with cancer in palliative care”, realizado en Colombia, tuvieron como objetivo describir la calidad de vida y los factores relacionados en cuidadores familiares de personas con cáncer en cuidados paliativos. La muestra estuvo conformada por 208 cuidadores familiares de atención ambulatoria de Medellín. Se utilizó un diseño correlacional, descriptivo y transversal, y se utilizó el instrumento Quality of Life in Life-Threatening Illness, Family Caregiver Version, así como una ficha de caracterización de la diada. De igual forma, los resultados mostraron puntuaciones más bajas en la condición del paciente, el estado del propio cuidador y el entorno, mientras que la edad del paciente, la edad del cuidador y el índice de Karnofsky se asociaron con la calidad de vida, y las horas diarias de cuidados se asociaron en el sentido invertido. Este antecedente aporta a la tesis porque visibiliza tensiones emocionales y exigencias cotidianas del acompañamiento prolongado.

Por otra parte, Betancurth et al. (2022), en “Atención primaria social en Colombia: una mirada desde una experiencia exitosa”, desarrollado en Colombia, buscaron analizar la experiencia de Atención Primaria Social en el departamento de Caldas dentro de un proceso de sistematización. La muestra integró documentos municipales y departamentales, información del Observatorio Social de Caldas y relatos de distintos actores, recogidos mediante 71 entrevistas a profundidad, 27 grupos focales y 11 diarios de campo. La investigación se ocupó de un diseño de sistematización de experiencias y fue bajo el soporte de ATLAS.ti 8.0 que fue posible realizar el análisis. Los resultados de este análisis expusieron una trayectoria histórica que hizo emerger un modelo centrado en transectorialidad, educación interdisciplinaria, bienestar y salud familiar, donde la participación social y comunitaria constituyó el eje articulador. Este antecedente tiene que ver con la tesis ya que sitúa el cuidado como una práctica territorial, relacional y sostenida por los actores de la comunidad.

Por su parte, Escalante et al. (2022), en “Adopción del rol y calidad de vida de cuidadores de pacientes oncológicos en Medellín, Colombia”, realizado en Colombia,

tuvieron como objetivo determinar el nivel de adopción del rol y la calidad de vida de cuidadores familiares de personas con cáncer. La muestra estuvo integrada por 50 cuidadores familiares de pacientes en tratamiento activo. El estudio siguió un diseño descriptivo transversal y empleó los instrumentos Adopción del Rol del Cuidador Familiar y Escala de Calidad de Vida versión Familiar, junto con análisis descriptivos y comparativos. Los resultados mostraron un nivel satisfactorio de adopción del rol y de calidad de vida, con diferencias asociadas a edad, escolaridad y nivel socioeconómico. Este antecedente aporta a la tesis porque permite comprender que la experiencia de cuidar se configura a partir de recursos personales y condiciones sociales que también pueden incidir en las percepciones, fortalezas y dificultades de los agentes comunitarios de acompañamiento.

De igual forma, Chaparro et al. (2023), en “Relationship between Burden and Perceived Social Support in Low-income Caregivers”, se optó por caracterizar y poner en relación la sobrecarga y el apoyo social para cuidadores/as familiares con enfermedad crónica y limitados recursos económicos mediante el estudio de una muestra no probabilística que reunió 170 cuidadores/as familiares de Bogotá. Estudio cuya propuesta de investigación se evidenció en el diseño descriptivo, transversal, utilizando la técnica de la encuesta con variables sociodemográficas y de cuidados, la Escala de Zarit para la sobrecarga y el cuestionario MOS para el apoyo social alcanzado. Los hallazgos indicaron que la mayoría eran mujeres, que predominaba el vínculo padre e hijo y que existía una correlación negativa entre sobrecarga y apoyo social percibido, junto con una correlación positiva entre tiempo dedicado al cuidado y carga del cuidador. Este antecedente aporta a la tesis porque muestra que la percepción del apoyo modifica la vivencia del cuidado y las tensiones que acompañan esa labor.

Así también, Restrepo y Gómez (2023), en “Participación comunitaria en salud: sistematización de las experiencias de la Mesa en Salud de Moravia, Medellín 2017-2021”, tuvieron como objetivo comunicar los resultados de una sistematización sobre experiencias de participación comunitaria en salud. La muestra estuvo comprendida por hombres y mujeres de la Mesa en Salud, personas colaboradoras, aliados externos y estuvo basada en 2 entrevistas grupales y 28 entrevistas individuales, en la observación, en la revisión documental, y en un taller de validación. El estudio se orientó con un diseño cualitativo de

sistematización de experiencias bajo paradigma histórico-hermenéutico. Los resultados dan a conocer líneas de acción, frentes de trabajo y redes institucionales, así como también motivaciones, desmotivaciones y reflexiones críticas de liderazgos, contexto y responsabilidad del estado. Este antecedente se relaciona con la tesis porque permite comprender que las prácticas comunitarias de cuidado adquieren sentido en tramas de participación, vínculo, organización y lectura colectiva de las dificultades del territorio.

Locales

Para el contexto local Ríos et al. (2021), en “Redes comunitarias de cuidadores: acompañamiento a la movilización ciudadana para el cuidado compasivo”, realizado en Colombia, en un sector de la comuna 11 de Medellín, tuvieron como objetivo presentar el proceso de aproximación y movilización comunitaria orientado a crear una red barrial de cuidadores. La muestra reunió a cuidadores de la comunidad relacionados al proceso local de organización. El estudio desarrollo una sistematización de experiencia con enfoque clínico comunitario y empleo las fases de aproximación, generación de formas terapéuticas clínico comunitarias y comprensión del proceso, apoyadas en la rehabilitación basada en la comunidad. Los hallazgos dieron a conocer las necesidades de formación para el cuidado, dificultades de organización familiar y una valoración creciente de las redes de apoyo. Este antecedente aporta a la tesis porque acerca una experiencia local donde el cuidado adquiere sentido a través del vínculo, la presencia y el aprendizaje compartido entre actores comunitarios.

De esta manera, Molina et al. (2021), en “Mapeo de activos comunitario para la salud en un asentamiento informal de Medellín (Colombia)”, desarrollado en Colombia, en el barrio El Faro de Medellín, buscaron describir cómo la comunidad identifica sus activos para la salud y los utiliza para afrontar las dificultades de la vida cotidiana. La muestra se obtuvo en la comunidad de asentamiento, los liderazgos, las organizaciones y los recursos del entorno. La investigación propuso un diseño cualitativo y participativo a partir de la elaboración de un mapa de activos comunitarios a partir de la teoría salutogénica. Como resultado se identificaron 47 activos distribuidos en recursos individuales, colectivos, institucionales y ambientales, y se localizó la participación como el activo principal. Este,

por su capacidad de mejorar la identidad, agencia y bienestar de los sujetos. Este antecedente se relaciona con la tesis porque muestra que el acompañamiento territorial se sostiene en recursos sociales previos que hacen posible el cuidado mutuo y la organización barrial.

Por su parte, Gaviria et al. (2022), en “Determinación social de la salud de las familias de dos barrios de Medellín, Colombia”, realizado en Colombia, en los barrios La Honda y La Cruz de Medellín, tuvieron como objetivo comprender el proceso salud desde la determinación social, para contribuir al cuidado de personas, familias y colectivos. La muestra final estuvo constituida por un conjunto de 40 familias elegidas por invitación, junto a liderazgos comunitarios conectados a redes de apoyo vinculadas al territorio. La investigación se sustentó en un diseño cualitativo tipo etnográfico y se empleó el análisis de documentos, grupos focales, la entrevista a líderes y las visitas domiciliarias. En este sentido, los hallazgos giraron en torno a trayectorias asediadas por el desplazamiento, por la exclusión económica y la escasa participación institucional, aunque también emergieron trayectorias positivas, donde se encadenaban procesos de resistencia, de solidaridad y de creación de redes sociales. Esta investigación empírica guía a la tesis, porque permite contextualizar el acompañamiento comunitario dentro de territorios atravesados por situaciones de vulnerabilidad y en donde el sostén relacional aparece como respuesta concreta a la enfermedad y a la precarización.

En este sentido, Cano et al. (2022), en “Tejido social de mujeres para la salud de la Comuna 1 Popular de Medellín”, desarrollado en Colombia, en la comuna 1 Popular de Medellín, indagaron por el rol del cuidado femenino como transformación territorial, como participación social en salud. La muestra se realizó con ocho mujeres profesionales, madres y cabeza de hogar, con edades entre 38 y 62 años y con responsabilidades históricas de liderazgo en sus barrios y territorios. La investigación adoptó un diseño cualitativo en contextos de desigualdad y trabajó con el registro y análisis de los discursos de las participantes sobre su experiencia comunitaria. Los resultados ofrecieron intenciones de servicio, temores, errores y dificultades derivadas de las tensiones institucionales y barriales si bien las mujeres pensaban la participación social en salud como forma de vida. Este antecedente aporta a la tesis porque acerca sentidos, motivaciones y tensiones del cuidado comunitario en una escala barrial cercana al problema estudiado.

De esta forma, Mancilla et al. (2025), en “Los procesos participativos y de gobernanza en soberanía y seguridad alimentaria durante la pandemia de la COVID-19 en la comuna 1 de Medellín, 2021”, tuvieron como objetivo comprender los procesos participativos y de gobernanza que surgieron en el territorio durante la crisis sanitaria. La muestra la conformaron participantes comunitarios, mayoritariamente mujeres, que se encontraban vinculados a la Escuela de Líderes Gestores de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional. El diseño de la investigación correspondió al de una investigación acción participativa. Se aplicaron 15 entrevistas individuales y 20 grupales, que se analizaron con la teoría fundamentada. Los hallazgos identificaron que crecía la inseguridad alimentaria, que la insuficiencia institucional y que las formas organizativas comunitarias tenían aún capacidad para responder a la crisis. Este antecedente aporta a la tesis porque muestra cómo el acompañamiento territorial cobra fuerza cuando las redes comunitarias asumen funciones de cuidado, contención y respuesta colectiva ante situaciones de vulnerabilidad.

Fundamento teórico del estudio; Psicología de la liberación por Ignacio Martín 2006

Historicidad y comprensión situada de la experiencia

La historicidad constituye un principio central de la psicología de la liberación porque plantea que la experiencia humana solo puede comprenderse a la luz de las condiciones sociales, políticas y culturales en las que se produce. De acuerdo con Martín (2006) la psicología latinoamericana había caído con frecuencia en el ahistoricismo, es decir, en la tendencia a explicar la conducta y el sufrimiento como si estuvieran desligados de la realidad de los pueblos. Desde esta perspectiva, la vida psíquica se reconoce que las personas elaboran significados, emociones y respuestas dentro de procesos históricos que organizan sus posibilidades de acción y sus formas de interpretar el mundo. En este sentido, la historicidad permite situar la subjetividad en relación con el contexto concreto en el que transcurre la vida cotidiana.

La comprensión situada de la experiencia deriva de ese mismo principio y exige leer la subjetividad desde su inserción en una realidad determinada. Por ello Robertazzi (2020) explica que la actualidad del pensamiento de Martín Baró reside justamente en su capacidad

para interpelar la enseñanza, la investigación y la extensión universitaria desde una psicología que no se aparta de las condiciones históricas de América Latina. Esta formulación permite aprehender que la experiencia no es únicamente un contenido tal y como es, porque toma forma en determinados espacios de desigualdad, violencia, exclusión o igualdad y de la forma en que determinada mirada o determinada conciencia es afectada. Pero es cierto que un entender una experiencia en sentido situado significa reconocer cómo se entrelazan la historia, la vida cotidiana y la producción de sentido, y una tal interpretación deviene reconfortante en trabajos de investigación sobre prácticas comunitarias, donde la relación con el otro siempre aparece intervenida por un contexto social concreto.

Así también, Martín (2024) retoma esta discusión y propone leer la subjetividad en histórica y social desde los aportes de la psicología de la liberación y de la psicología comunitaria. Su planteamiento muestra que la crítica latinoamericana abrió una vía para superar la división rígida entre individuo y sociedad, al reconocer que la experiencia subjetiva está modelada por procesos psicosociales y por condiciones históricas más amplias. Esta idea resulta valiosa porque permite comprender que los significados que una persona atribuye a su práctica no surgen de manera espontánea ni privada, por el contrario, se construyen dentro de relaciones comunitarias, memorias compartidas y formas concretas de participación. De este modo, la historicidad ofrece una base teórica coherente para interpretar la experiencia desde sus vínculos, sus contextos y sus significados.

Reconocimiento del saber construido por la comunidad

El reconocimiento del saber construido por la comunidad es un eje central de la psicología de la liberación, porque desplaza la idea de que el único conocimiento válido deriva de la academia o de la experticia técnica. Esto es así porque parte de que las personas hacen elaboraciones de entendimiento respecto a su realidad desde la experiencia compartida, desde la memoria colectiva y desde las prácticas cotidianas desde las que enfrentan necesidades concretas. Según Martín (2006) una psicología con compromiso con los pueblos latinoamericanos tiene que escuchar la voz de las mayorías populares, la voz que producen respecto a su propia vida. Desde esta lectura, la comunidad se reconoce como sujeto que interpreta, organiza y transforma su realidad, con capacidad para producir saberes desde su

experiencia cotidiana. En este sentido, el saber comunitario tiene valor teórico y práctico dentro de los procesos de comprensión psicosocial.

Esta formulación tiene una extensa forma de aparición en la psicología comunitaria latinoamericana, donde la producción del conocimiento puede ser comprendida como una construcción relacional. El trabajo de Rodríguez (2025) aproxima a la idea de que la comunidad produce lectura crítica de su propio contexto, construye respuestas colectivas y va produciendo criterios para dar cuenta de sus problemas y de sus recursos. En ese sentido, el saber comunitario implica reflexión, intercambio, organización y elaboración de sentido. Esta idea resulta pertinente para el presente estudio, ya que permite comprender que los agentes de la Pastoral de la Salud construyen conocimiento a partir de su contacto cotidiano con personas enfermas, con sus familias y con las dinámicas concretas del acompañamiento. Así, la experiencia acumulada en la práctica constituye una fuente legítima de comprensión psicológica.

La validez de este saber también se relaciona con una crítica a la dependencia epistemológica que ha marcado a la psicología latinoamericana. En esta línea, Dias (2020), quien actúa como espina dorsal del legado de Martín Baró, plantea que el tal legado pone en crisis una disciplina que asume teorías referidas desde el inventario de teorías externas a aquellas que dan cuenta de las condiciones sociales y culturales de la región, abocando al martinbarocentrismo a una capacidad de interpretación de la conciencia y la experiencia de los pueblos, mermada por su distanciamiento respecto a una cultura de resistencia comunitaria.

En este contexto, considerar válido el saber de la comunidad comporta la verificación del hecho de que la realidad es local y aquella produce categorías, narrativas y comprensiones que no pueden ser sustituidas por algo abstracto. En este sentido, la comunidad deja de ser considerado un espacio de adopción de orientaciones procedentes de afuera, y se transforma en el espacio que produce lectura de la realidad, sentidos de la acción, criterios en la perspectiva de mantener lazos de apoyo. Esta forma de entender lo comunitario refuerza la forma de entender el saber contextualizado, y lo vincula a la vida misma de la gente (Peterson et al., 2025).

En el presente estudio, este principio teórico permite abordar las percepciones de los agentes pastorales desde la legitimidad de su experiencia y no desde una lógica que reduzca su práctica a carencias o déficits. El trabajo de Burton y Guzzo (2020) muestra que la psicología de la liberación se orienta hacia formas de conocimiento comprometidas con la justicia social y con la capacidad de las comunidades para nombrar su sufrimiento y sus recursos. En este mismo sentido se puede decir que el saber construido por los agentes de la Pastoral de la Salud puede ser considerado como una elaboración constituida por vínculos, aprendizajes, significados y formas del cuidado desarrollados en la práctica comunitaria. Esta base tiene su pertinencia para la investigación, en la medida en que permite comprender que el acompañamiento a personas enfermas como un saber construido en la relación con el otro y en la experiencia compartida de cuidar.

Dimensión ética del acompañamiento

La dimensión ética del acompañamiento ocupa un lugar central en la psicología de la liberación porque cuestiona la idea de una práctica psicológica distante, neutral y ajena al sufrimiento social. Así, el contacto entre las personas y entre las comunidades no puede limitarse a una relación técnica, acerca de procedimientos, esta, también depende de una responsabilidad respecto de las condiciones históricas que producen dolor, exclusión y desamparo. A partir de lo cual, acompañar supone dar dignidad al otro, escuchar la experiencia que lleva y asumir que todo tipo de intervención supone una toma de posición frente a la realidad humana que se comparte. (Martín, 2006).

Otra expresión de esta dimensión ética aparece en la exigencia de horizontalidad, humildad y mutualidad dentro del trabajo con comunidades. La práctica del acompañamiento demanda una revisión constante de la posición de quien interviene, ya que existe el riesgo de reproducir formas de ayuda verticales que silencian la voz del otro o imponen interpretaciones externas sobre su experiencia. Seguidamente Watkins (2024) explica que el acompañamiento con orientación liberadora requiere pensar la investigación y la acción comunitaria desde relaciones solidarias, con atención a la propia posición, a los efectos de esa posición en la relación y a la posibilidad de construir conocimiento con la comunidad y no sobre la comunidad. Desde esta mirada, la ética del acompañamiento se define por

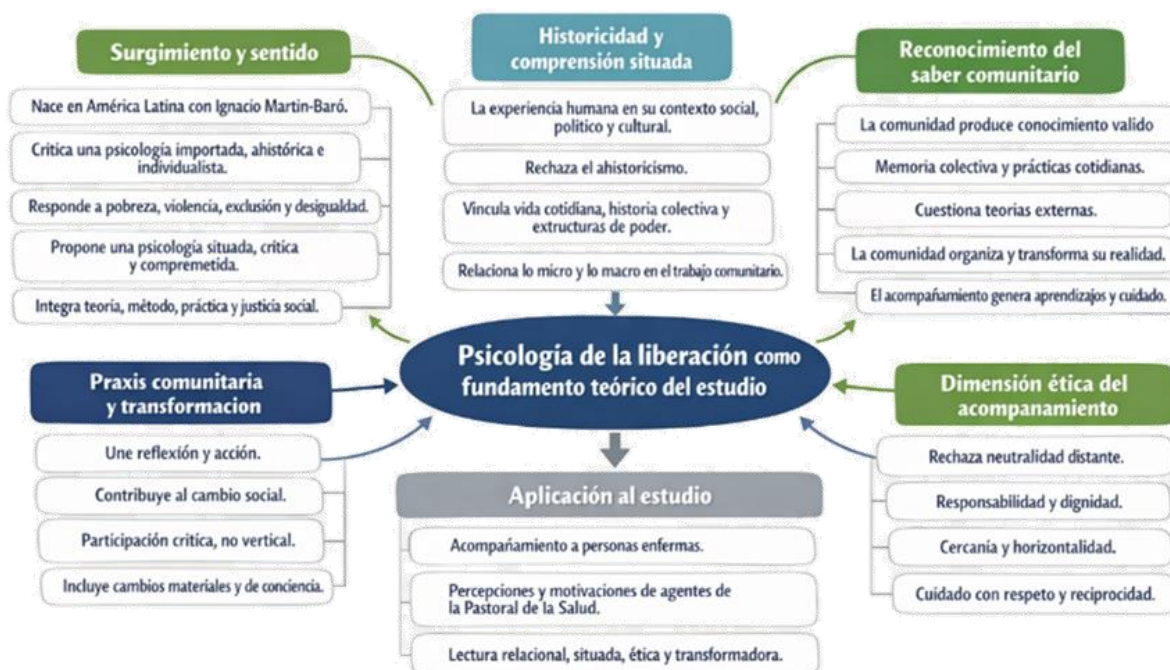
prácticas concretas de escucha, corresponsabilidad, respeto y apertura al saber que emerge en la experiencia compartida.

En el presente estudio, esta dimensión ética ofrece una base consistente para comprender la práctica de los agentes de la Pastoral de la Salud como una experiencia de cuidado que involucra presencia, cercanía y responsabilidad con personas enfermas y sus familias. De acuerdo con Comas y Torres (2020) la psicología de la liberación articula teoría, método, prácticas y justicia social, porque identifica como es necesaria la respuesta al sufrimiento humano desde marcos relacionales y culturalmente situados. En consecuencia, la dimensión ética del acompañamiento permite leer esta experiencia comunitaria como una práctica donde el cuidado del otro, la responsabilidad compartida y el reconocimiento de la dignidad de la persona son elementos constitutivos de su sentido.

La Figura 2 recoge los principales elementos de la Psicología de la liberación, a modo de fundamentación teórica del acompañamiento comunitario. Este esquema permite comprender la relación que existe entre historicidad, saber comunitario, dimensión ética, praxis transformadora y aplicación al estudio. Este contenido evidencia cómo la experiencia de los agentes de la Pastoral de la Salud puede interpretarse desde la fe, el servicio, la participación y el cuidado como dimensiones situadas en la realidad de las personas enfermas y de las personas que las acompañan. De este modo, permite que la figura guíe la lectura del acompañamiento pastoral como una práctica relacional, ética y comunitaria.

Figura 2

Psicología de la liberación: fundamento teórico del acompañamiento comunitario



Nota. Elaboración propia.

Bases conceptuales con categorías y subcategorías

El marco conceptual organiza la lectura del estudio a partir de las categorías que permiten comprender cómo los agentes de la Pastoral de la Salud interpretan su práctica de acompañamiento a las personas enfermas. Este apartado desarrolla en consecuencia las nociones vinculadas con la percepción del trabajo comunitario, la participación, el sentido de pertenencia, las motivaciones, la dimensión espiritual, los significados, la realización personal y las redes de apoyo. Cada una de estas categorías aporta una vía de comprensión sobre la experiencia relatada por los participantes y orienta la interpretación de sus narrativas dentro del contexto parroquial. Esta organización responde a una lógica analítica propia de los estudios cualitativos, donde los conceptos orientan la lectura del fenómeno sin desligarse de la experiencia vivida (Fife y Gossner, 2024).

Motivación a la práctica comunitaria

Percepción trabajo comunitario

La percepción del trabajo comunitario describe la manera en que los agentes interpretan, valoran y delimitan el sentido que tiene su labor con las personas enfermas. Esta categoría no describe una opinión general sobre ayudar, en cambio, recoge la lectura que cada agente hace sobre el lugar de su práctica y de la relación existente entre los vínculos, las responsabilidades compartidas y las respuestas organizadas frente al sufrimiento. Según Nogueira et al. (2024), muestran que la acción comunitaria en la salud adquiere gran fuerza cuando el enfoque participativo estimula la reorganización de la comunidad en el sistema del cuidado. Desde esa base, la categoría permite examinar el cómo los agentes perciben el alcance comunitario de su servicio.

Esta categoría conviene ser diferenciada de la participación y del sentido de pertenencia, sin importar que se mantenga una relación con ambas. La participación alude al involucramiento en tareas, decisiones y procesos. El sentido de pertenencia remite al lazo afectivo con el grupo o también con lo que corresponde a el territorio. En cambio, la percepción del trabajo comunitario recoge la forma en que la persona valora a través del tiempo si esa labor realizada expresa aspectos como una cooperación, cercanía y corresponsabilidad. Cuando esa percepción es débil, puede haber en consecuencia una presencia de actividades sin una comprensión compartida del horizonte comunitario. Esta relación aparece cuando los integrantes logran reconocer la conexión, la interdependencia y la pertenencia dentro de la vida colectiva, estas condiciones favorecen su implicación con las acciones comunes (Spezia et al., 2024).

Por otra parte, la percepción del trabajo comunitario incorpora una dimensión que se convierte en algo experiencial debido a que afecta la permanencia y la forma de poder asumir el acompañamiento. En línea con lo anterior, la valoración de la labor cambia cuando el agente encuentra reconocimiento, aprende con la ayuda con otros, percibe una utilidad de tipo social y ubica por lo tanto su servicio en una red de ayuda mutua. Conforme lo anterior, Hotta e Ishimaru (2024) observaron que el voluntariado grupal puede llegar a fortalecer el bienestar cuando este ofrece un lugar dentro de la comunidad y por lo tanto promueve

diversas relaciones que son positivas y activa procesos de aprendizaje compartido. En una pastoral de la salud, esta mirada permite que haya un análisis de si el acompañamiento es vivido como una tarea que es fragmentada o si se toma como un deber religioso o una práctica comunitaria sostenida en relaciones de apoyo en el contexto religioso.

Participación

La participación comunitaria delimita la manera en que las personas se involucran en un grupo en la identificación de las distintas necesidades, en la deliberación sobre las prioridades y en la construcción de respuestas compartidas frente a los problemas que afectan la vida colectiva. En este estudio, esa la participación se entiende como una práctica que es relacional y que incluye un diálogo, una cooperación y de igual manera una capacidad de llegar incidir en las decisiones que orientan el cuidado. En este sentido, Luisi y Hämel (2024) muestran que, dentro de lo que compete a la atención de tipo primaria, estas dinámicas pueden adoptar formas diversas y por esta razón cumplir funciones distintas dentro de este campo, desde fortalecer los vínculos hasta abrir espacios de transformación institucional. Esta precisión permite leer la práctica pastoral como una acción que es organizada y no como una ayuda aislada.

La participación no equivale a la presencia ocasional ni a la participación a actividades que son convocadas por otros. Su alcance depende de condiciones concretas en las cuales se incluyen la estabilidad de los equipos, el tiempo disponible, la circulación de información, el reconocimiento del saber local y la posibilidad real de llegar a intervenir en el rumbo de las acciones colectivas. Cuando estas condiciones faltan, la participación pierde aquella continuidad y a su vez, queda reducida a gestos puntuales con poca incidencia en la organización del cuidado. La experiencia que se describe en proyectos de acción comunitaria para la salud ha permitido que se muestre varias tensiones de este tipo, sobre todo cuando la precariedad institucional se encuentra limitada para los procesos y así mismo debilita su sostenimiento en el territorio (Nogueira et al., 2024).

Dentro de esta investigación, la participación permite comprender el cómo los agentes de la Pastoral de la Salud se vinculan con una tarea en común, el cómo sostienen su presencia en la comunidad con el tiempo y cómo interpretan su lugar en el contexto parroquial, Por su

parte la participación lleva a nombra el involucramiento en cada una de las prácticas y las decisiones, lo que la diferencia del sentido de pertenencia, pues este último alude al lazo afectivo que favorece la permanencia y el compromiso. De acuerdo con Spezia et al. (2024), señalan que la conexión con la comunidad influye sobre los niveles de implicación dentro de intervenciones de prevención y de promoción de la salud, lo que conlleva a orientar la lectura analítica de las experiencias pastorales.

Sentido de pertenencia

El sentido de pertenencia nombra el vínculo presente entre lo afectivo y lo simbólico que establecen las personas con una comunidad concreta. En este estudio, esa categoría indica al reconocimiento de sí mismos de los involucrados como parte de una práctica que permite ser compartida al cuidado, al valor otorgado al grupo y a la percepción de tener un lugar en el contexto parroquial. En este sentido, Maya et al. (2026) mencionaron que en una revisión sistemática basada en el sentido psicológico de comunidad en Iberoamérica, se observó que esta experiencia subjetiva mantiene una relación positiva donde involucra la participación comunitaria y el bienestar psicológico. Esta precisión permite examinar la permanencia de los agentes pastorales a partir de su vínculo con la comunidad.

El sentido de pertenencia conviene ser diferenciado de la participación y de la motivación, puesto que la participación remite al involucramiento en aspectos como las acciones y las decisiones comunitarias, mientras la motivación refiere aquellas razones que conllevan a impulsar el servicio. A diferencia de lo anterior, el sentido de pertenencia describe la identificación con un nosotros y también la experiencia de reconocimiento mutuo que mantiene la unión de ese vínculo. Cuando esa identificación se fortalece, la comunidad deja de percibirse como un escenario externo y por ello pasa a formar parte de la definición de sí. Esta distinción aporta un criterio analítico que evidencia ser útil para leer la experiencia pastoral como una inscripción comunitaria, con un sentido de pertenencia que supera la colaboración ocasional (Haslam et al., 2024).

En prácticas de voluntariado, el sentido de pertenencia también logra surgir cuando las personas reconocen que ocupan un lugar en una tarea compartida en la comunidad y que su presencia permite afianzar lazos duraderos con otros individuos. Tal como Cueto et al. (2024), encontraron que las experiencias de voluntariado pueden favorecer los aspectos que relaciona la construcción de sentido de comunidad, la conciencia ciudadana y el orgullo

colectivo, siempre cuando existan situaciones organizativas que acompañen esa vivencia. En el caso de la Pastoral de la Salud, esta categoría ayuda a comprender cómo el acompañamiento a personas enfermas puede afianzar los vínculos con la comunidad parroquial, lo que permite fortalecer la permanencia en el grupo y así mismo dar densidad simbólica a la práctica comunitaria.

Motivaciones

Relación personal

La realización personal se entiende, como la valoración que cada agente hace del cómo afecta su práctica a su propia vida, a su identidad y a su bienestar subjetivo. Esta categoría alude a una experiencia de plenitud que conlleva a ligar al hecho de cuidar, servir y mantenerse en aquella tarea que adquiere un sentido para quien la ejerce. Por ello, no remite a una emoción netamente pasajera ni mucho menos a una satisfacción inmediata, en cambio expresa una elaboración más estable sobre el significado de lo que se ha vivido. Según Yang et al. (2023), muestran que el voluntariado fortalece el bienestar de cada persona al activar la motivación prosocial y a su vez el compromiso sostenido con la labor de ayuda.

Por otra parte, la realización personal conviene que sea diferenciada de la motivación, puesto que, la motivación explica el por qué una persona desea iniciar o sostener su participación en la comunidad. En cambio, la realización personal permite comprender el balance existente sobre sí mismo después de haber vivido esa experiencia en un tiempo determinado. Esta diferencia importa, porque evidencia que una persona puede ingresar a la práctica por convicción religiosa, por sentido del deber o también por un compromiso comunitario, y solo después llega a reconocer que es por crecimiento, por aprendizaje o por afirmar sus capacidades. A juicio de Lorente et al. (2024), encontraron que la satisfacción junto con la experiencia voluntaria y el compromiso permite que se favorezca la continuidad, y sobre todo cuando la tarea resulta valiosa y coherente con las necesidades de tipo psicológicas de quien participa en la tarea.

En la asistencia a las personas enfermas, la realización personal tiene un matiz particular, dado que se conforma según los contextos que entrelazan la exigencia emocional, el acercamiento humano y el contacto frecuente con el sufrimiento del habitar. La categoría

de realización personal no ubica a la práctica de la pastoral en un ideal ni oculta las tensiones que la misma involucra, también permite vislumbrar de qué manera algunos agentes descubren factores de fortaleza, de maduración, de sentido en la responsabilidad del cuidado de personas enfermas. De acuerdo con Kardosod et al. (2025), observaron que el cuidado paliativo que se ejerce en el hogar puede propiciar un crecimiento personal cuando las personas acompañantes logran dar solución a las dificultades y a su vez sostener su papel con apoyo emocional y familiar, lo que genera que esa mirada aporte una base útil para comprender la permanencia en la labor pastoral.

Motivaciones

Las motivaciones organizan las razones que impulsan el ingreso, la permanencia y la disposición para sostener una práctica comunitaria con el paso del tiempo, y así mismo, se entienden como el conjunto de razones personales, éticos y relacionales que conllevan a orientar la participación comunitaria de los agentes en la Pastoral de la Salud. Esta categoría conviene distinguirla de la participación y del sentido de pertenencia, puesto que la participación nombra el involucramiento en acciones concretas y el sentido de pertenencia lo que expresa en el vínculo con la comunidad; a diferencia de la motivación que remite al impulso que pone en marcha y sostiene esa acción. De acuerdo con Lorente et al. (2024) muestran que la motivación en el voluntariado se fortalece a mayor escala cuando la tarea dirige a obtener resultados valiosos, autónomos y acordes con las necesidades personales.

Las motivaciones también cambian con la experiencia y con las condiciones en como la práctica comunitaria desarrolla sus actividades. Una razón inicial puede estar ligada al deseo personal de ayudar, mientras la permanencia puede sostenerse en los aspectos relacionados al reconocimiento recibido, a la coherencia con valores personales o a la percepción del valor de la labor para otros actores. De este modo, la motivación no permanece fija ni responde a un único interés, en cambio en su curso depende de las trayectorias biográficas, las demandas del contexto y los marcos normativos que están siempre validando la acción solidaria. Esta perspectiva resulta útil puesto que permite leer la práctica pastoral como aquella experiencia sostenida por las razones que se transforman en el transcurso del tiempo (Zhou et al., 2024).

Dentro de las prácticas de acompañamiento, las motivaciones suelen reunir cada dimensión que vincule la ayuda, el crecimiento personal y la búsqueda de aprendizaje sobre situaciones humanas que son complejas. Según Lin y Lou (2024), encontraron en programas comunitarios de cuidado al final de la vida que las motivaciones que generaron el inicio de los voluntarios en las tareas de acompañamiento fue el deseo de apoyar a otros, en el desarrollo personal y también en la posibilidad de adquirir conocimientos a partir de la experiencia ganadas. Esa combinación permite advertir que la motivación no surge solo de valores abstractos; también nace del encuentro con una tarea que demanda la propia historia y conlleva abrir una forma de compromiso que está ligado con el sufrimiento ajeno.

Espiritual

La dimensión espiritual se entiende como la fuente generadora de sentido, propósito y conexión trascendente que orienta a la experiencia de acompañar a otros en la enfermedad. Esta categoría resulta conveniente diferenciarla de la religiosidad, puesto que no depende únicamente de prácticas rituales, de afiliaciones formales o de normas doctrinales. La espiritualidad puede expresarse en la fe, aunque también se suele relacionar con la esperanza, la búsqueda de sentido y la disposición a sostener al otro desde una convicción interior. El planteamiento de Long et al. (2024) sobre la espiritualidad forma parte de la salud cuando articula los aspectos de significado, vínculo y propósito dentro de la experiencia humana, permitiendo hacer distinción en comprender mejor el lugar de lo espiritual en la práctica pastoral.

En el acompañar a personas que están enfermas, la dimensión espiritual se manifiesta protagonizándose al aportar sentido al sufrimiento, proporciona un marco de interpretación, un coraje para tomar decisiones y una base para explicar los procesos de acompañamiento, protegiendo de este modo lo que acompaña a la persona enferma, de la misma manera en que lo hace con la persona que acompaña del desgaste que supondría acompañar. Esta dimensión también deja entrever creencias, reglas de juego de prácticas, ligaduras de confianza, para poder frenar la incertidumbre, el dolor o la fragilidad. Según el análisis de Akeke et al. (2025), en los escenarios de enfermedad grave la espiritualidad influye de manera decisiva en el afrontamiento y en la toma de decisiones, al tiempo que activa redes de apoyo cercanas como

pastores, amistades y comunidades de fe. Desde la perspectiva de la pastoral de la salud, esta dimensión permite comprender el acompañamiento como una experiencia relacional atravesada por el sentido y la esperanza.

El ámbito espiritual también puede funcionar como un sostén para la permanencia en la tarea, por cuanto proporciona a los sujetos la base interior desde la que sostener un trabajo difícil en lo emotivo y en lo humano. Este ámbito no idealiza el servicio, ni intenta anular sus tensiones. Más bien se trata de observar de qué manera ciertas creencias espirituales ayudan a tolerar la carga del cuidado prestado, a mantener la disponibilidad a servir y a reforzar el vínculo con la persona enferma. En esta línea, Rosas et al. (2024) encontraron una relación positiva entre la espiritualidad del cuidador informal y la resiliencia del adulto mayor con cáncer, lo que permite afirmar que lo espiritual puede entenderse como un recurso que sostiene el vínculo y, al mismo tiempo, fortalece la práctica comunitaria de acompañamiento.

Perspectiva o narrativas

Significados

Los significados aluden a esas interpretaciones que los agentes construyen para comprender el valor de su práctica, como el lugar que ocupan dentro de ella y al igual que la forma en que esa experiencia se integra a la cotidianidad diaria. Esta categoría recoge los procesos de atribución de sentido que son los encargados de organizar la experiencia y le dan también coherencia. Esta afirmación se apoya en la importancia de distinguir los significados de la motivación, porque la motivación lleva a explicar el por qué una persona inicia o sostiene su participación en las actividades, mientras que el significado expresa lo que esa práctica llega a representar con el tiempo. Los autores McAndrew et al. (2023) vinculan estos procesos con formas de dar sentido que ayudan a elaborar una interacción de experiencia del cuidado.

Por otra parte, los significados no permanecen fijos, en cambio resultan ser variantes que están asociadas a la trayectoria del acompañamiento, a las relaciones construidas y a las experiencias que dejan huella dentro del grupo. Una práctica inicialmente es entendida como la ayuda puntual la cual puede llegar a ser vivida como aquel compromiso comunitario, donde

se incluye espacio de aprendizaje o tarea con un propósito compartido. En este sentido, el significado describe una idea abstracta y especialmente expresa una lectura situada sobre la utilidad, el valor y la orientación de la acción, de acuerdo con lo indicado por Whelan et al. (2023) encontraron que el voluntariado adquiere sentido cuando su finalidad es fortalecer la identidad del rol, las conexiones grupales y una percepción más clara del propósito.

A su vez, los significados en contextos de enfermedad suelen construirse con base a tensiones, donde el acompañamiento puede ser vivido como un deber, un acto de amor, una experiencia de fe, una oportunidad de crecimiento o una respuesta moral frente al sufrimiento del prójimo. Estas lecturas no presentan una exclusión entre sí y al mismo tiempo pueden llegar a convivir dentro de una misma trayectoria de cuidado, lo que genera que esta categoría permita examinar el cómo los agentes pastorales nombran su labor y a la vez qué valor le atribuyen en medio de las exigencias emocionales y las comunitarias. En el análisis de Blinka et al. (2022) observaron que los cuidadores que son familiares de las personas enfermas interpretan su papel a partir de la reciprocidad, la paciencia, el crecimiento personal y las obligaciones familiares, lo cuales son elementos que ayudan a comprender la densidad simbólica del acompañamiento.

Herramientas y dificultades

Redes de apoyo

Las redes de apoyo nombran a un conjunto de elementos que relaciona los vínculos, recursos y relaciones, y a sí mismo que acompañan a una persona o a un grupo cuando enfrenta una enfermedad, una dependencia o una sobrecarga cotidiana. En este estudio, la categoría alude a los lazos familiares, comunitarios e institucionales que sostienen el acompañamiento a personas enfermas y, al mismo tiempo, respaldan a quienes cuidan. En línea con lo anterior, Stenberg y Hjelm (2024) revelan que el apoyo adopta formas emocionales, prácticas e informativas; además, también revela necesidades de orientación, acceso y comunicación con los servicios de salud. Dicha comprensión proporciona la base para poder examinar la práctica pastoral, como una experiencia de cuidado fundamentada en relaciones concretas y no en intentos individuales aislados.

Las redes de apoyo configuran el modo mediante el cual se da la organización comunitaria con ayuda mutua, reconocimiento de necesidades y respuesta conjunta a situaciones vulnerables. Esta categoría conviene distinguirla de la participación comunitaria. La participación remite a una implicación en las acciones colectivas, mientras que red de apoyo remite a la trama de relaciones que sostiene las acciones en el tiempo. Cañaveral et al. (2024) muestran cómo las redes comunitarias en contextos de vulnerabilidad se conforman como expresiones de resiliencia y articulan diversos actores en torno al cuidado, la protección, la continuidad de los vínculos. Esta lectura presenta un criterio adecuado para interpretar el acompañamiento pastoral desde la base relacional.

El hecho de que las redes de apoyo aportan valor analítico sólo cuando permiten entender que quienes cuidan necesitan también soporte para poder realizar su tarea sin un desgaste extremo. En este sentido, en la investigación de Yu et al. (2025) hallaron que el apoyo social muestra una relación negativa respecto al malestar emocional de los cuidadores familiares, siendo posible que un aumento del mismo pudiera mejorar la experiencia de cuidado en el hogar. Esta observación introduce un matiz importante para el estudio; una red de apoyo no actúa únicamente sobre la persona enferma, también protege a quienes acompañan, distribuye cargas y favorece la permanencia en la tarea comunitaria. Por ello, esta categoría ayuda a leer fortalezas y dificultades dentro de la Pastoral de la Salud.

Metodología

El presente capítulo expone el diseño metodológico que orienta la investigación, en coherencia con el propósito de comprender las percepciones que construyen los agentes de la Pastoral de la Salud sobre su práctica de trabajo comunitario en el acompañamiento a personas enfermas. En este sentido, se precisan el enfoque cualitativo, el paradigma interpretativo y el diseño hermenéutico que sustenta el estudio, junto con los criterios de selección de la muestra, la técnica e instrumento de recolección de información, el procedimiento, el método de análisis y las consideraciones éticas. Esta organización permite mostrar de manera clara cómo se desarrolló el proceso investigativo y de qué forma cada decisión metodológica responde a la naturaleza del problema y a los objetivos planteados (Creswell, 2018).

Enfoque de investigación

La presente investigación se orienta desde un enfoque cualitativo, dado que busca comprender las percepciones que construyen los agentes de la Pastoral de la Salud sobre su práctica de trabajo comunitario en el acompañamiento a personas enfermas. Dicha estrategia facilita el acercamiento a los significados, motivaciones, experiencias y valoraciones que las personas participantes confieren a su trabajo en el contexto concreto de esta investigación. Así Hernández et al. (2014) señalan que la investigación cualitativa se interesa en comprender los fenómenos tal y como lo realizan las personas que los viven, prestando atención a su contexto y a los sentidos que ellos elaboran sobre su realidad.

En el presente estudio, el enfoque cualitativo es pertinente ya que el interés se dirige a poder interpretar cómo los agentes pastorales experimentan, narran y comprenden su labor comunitaria. Según Creswell (2018) explica que este enfoque permite explorar la complejidad de la experiencia humana a partir de las voces de los participantes y de la interpretación de los significados que construyen en su vida cotidiana. En esa dirección, la investigación busca reconocer el acompañamiento comunitario como una experiencia relacional, situada y cargada de sentido para quienes participan en ella.

Por ello, el enfoque cualitativo ofrece una base metodológica coherente con el propósito general del estudio, ya que permite explorar en las motivaciones, prácticas, fortalezas y dificultades que emergen en la experiencia de acompañamiento a personas enfermas. Este tipo de acercamiento proporciona una buena comprensión del fenómeno, ya que toma en consideración tanto la subjetividad, las relaciones sociales, y las dinámicas comunitarias que lo cruzan. Por tanto, Hernández et al. (2014) afirman que la investigación cualitativa permite tener una visión holística de los procesos sociales y humanos y se halla en concordancia con investigaciones que se centran en la experiencia y en la construcción de significados en contextos concretos.

Paradigma

El presente estudio se inscribe en el paradigma interpretativo, dado que su interés se centra en comprender la manera en que los agentes de la Pastoral de la Salud construyen sentido sobre su práctica de trabajo comunitario en el acompañamiento a personas enfermas. Este paradigma parte de que la realidad social se presenta como una construcción de significados elaborada en la interacción con otros y con el contexto en el que se vive. Por ello, Hernández et al. (2014) señalan que, en la investigación cualitativa, la comprensión de los fenómenos depende de la interpretación que las personas hacen de su experiencia, de sus relaciones y de las situaciones que enfrentan en su vida cotidiana.

Desde esta perspectiva, el paradigma interpretativo permite acercarse a la experiencia de los participantes sin reducirla a categorías observables o a relaciones causales. Lo que interesa en este estudio es comprender cómo los agentes pastorales perciben, explican y valoran su labor comunitaria, así como los sentidos que atribuyen al cuidado, al servicio y al acompañamiento dentro de la Pastoral de la Salud. De esta manera Creswell (2018) explica que el paradigma interpretativo busca explorar la complejidad del mundo vivido por los participantes, reconociendo que los significados se construyen en escenarios concretos y que su comprensión exige atender la voz, la experiencia y la subjetividad de quienes participan en el fenómeno estudiado.

En consecuencia, el paradigma interpretativo ofrece una base coherente con los propósitos de la investigación, porque permite analizar el acompañamiento comunitario

como una experiencia cargada de significados, vínculos y valoraciones construidas por los propios agentes pastorales. Esta orientación facilita una lectura comprensiva del fenómeno, atenta a la manera en que los participantes entienden su práctica y a la forma en que esa práctica adquiere sentido dentro de un contexto parroquial y comunitario. Como plantean Hernández et al. (2014), este paradigma resulta pertinente cuando la investigación busca interpretar realidades humanas y sociales desde la perspectiva de quienes las viven.

Diseño

El diseño de la presente investigación es hermenéutico, dado que orienta la interpretación de las percepciones que elaboran los agentes de la Pastoral de la Salud sobre su práctica de acompañamiento comunitario a las personas enfermas. Esta elección responde al interés por poder llegar a comprender los sentidos que los participantes atribuyen a lo que viven en su experiencia a partir de sus relatos, sus trayectorias y las condiciones en las que desarrollan su labor dentro de la parroquia. En este sentido, Hernández et al. (2014) plantean que la investigación cualitativa busca interpretar los significados construidos por las personas en su mundo social, atendiendo a la relación entre la experiencia, el lenguaje y también el contexto. Desde esta perspectiva, el diseño hermenéutico sirve para poder gestionar la palabra de las participantes, lo que permite evidenciar cómo nombran su práctica, cómo explican su participación, cómo elaboran aquello que viven en el acompañamiento a personas enfermas.

Este es el acercamiento que la investigación establece para la recolección y el análisis de la información, apuntando hacia la interpretación de los relatos que van construyendo las intervenciones durante las entrevistas. Debe tenerse en cuenta que cada relato da cuenta de una forma de entender el cuidado, del servicio y del vínculo con la comunidad. Hay un interés de la investigación por leer estos relatos en relación con el contexto parroquial, con las experiencias vividas y con los sentidos que van construyendo los agentes sobre el trabajo comunitario. Por todo ello, el diseño hermenéutico permite dar lugar a un diálogo entre los relatos de los participantes, los objetivos del estudio y las categorías teóricas que orientan la comprensión del fenómeno (Hernández et al., 2014). Así, la investigación se aproximó a la interpretación de cómo los agentes de la Pastoral de la Salud entienden su práctica, qué

sentidos le dan al acompañamiento y cómo construyen dicha experiencia en torno al desarrollo de la vida comunitaria.

Muestra

La investigación contó con la participación de agentes de la Pastoral de la Salud de la Parroquia Santa Ana en Sabaneta, Antioquia, que desarrollan labores de acompañamiento a personas enfermas. La selección de los participantes se realizó de manera intencional, dado que se requiere vincular personas con experiencia directa en el fenómeno estudiado y con capacidad para aportar relatos sobre su práctica comunitaria. De acuerdo con Hernández et al. (2014) en la investigación cualitativa, los participantes se eligen por la riqueza de la información que pueden ofrecer y por su relación directa con el fenómeno de interés.

En este estudio, la definición del número de participantes no respondió a una cantidad fija establecida de antemano. La muestra se construyó de forma progresiva y su delimitación estuvo dada por el criterio de saturación, entendido como el momento en que la información recolectada comienza a reiterar sentidos, experiencias y categorías, sin aportar elementos nuevos para la comprensión del fenómeno. De esta manera Creswell (2018) explica que, en los estudios cualitativos, la recolección de información puede detenerse cuando los datos alcanzan suficiente y empiezan a mostrar recurrencias que permiten interpretar la experiencia estudiada.

En consecuencia, la muestra estuvo conformada por los agentes de la Pastoral de la Salud que aceptaron participar y que, a lo largo del proceso, permitieron alcanzar la saturación. Esta decisión resulta coherente con el propósito comprensivo del estudio, ya que privilegia la profundidad del relato y la calidad de la experiencia compartida sobre la cantidad de participantes. Hernández Sampieri et al. (2014) sostienen que la saturación permite cerrar el proceso de recolección cuando la información obtenida resulta suficiente para comprender el fenómeno investigado dentro de su contexto específico.

Técnica de recolección de información

La técnica de recolección de información que se empleó en esta investigación fue la entrevista, debido a que permite acercarse a las percepciones, motivaciones, significados y valoraciones que los agentes de la Pastoral de la Salud construyen sobre su práctica de trabajo comunitario. Esta técnica resulta pertinente para el estudio porque favorece un diálogo orientado por temas previamente definidos, sin limitar la posibilidad de que los participantes amplíen sus respuestas o introduzcan elementos desde su experiencia. Por su parte Hernández et al. (2014) señalan que la entrevista cualitativa permite obtener información sobre la manera en que las personas interpretan su realidad, expresan sus vivencias y atribuyen sentido a los fenómenos que forman parte de su vida cotidiana.

La elección de la entrevista responde al interés de comprender el fenómeno desde la voz de los propios participantes, en lugar de reducirlo a respuestas cerradas o a datos cuantificables. A través de esta técnica, el estudio pudo explorar en la experiencia de acompañamiento comunitario, en las prácticas que los agentes desarrollan y en las fortalezas y dificultades que reconocen dentro de su labor. Según Creswell (2018) explica que la entrevista ofrece un equilibrio entre orientación temática y flexibilidad, lo que permite explorar el significado de la experiencia vivida sin perder el foco del problema de investigación. En este sentido, la técnica entrelaza el enfoque cualitativo y al diseño hermenéutico que dirige el estudio.

Así, la entrevista semiestructurada se convierte en un adecuado mecanismo de recolección de información extenso, situado y coherente con los fines de la investigación. Poner en práctica dicha entrevista permitió indagar en la forma en la que los actores de la Pastoral de la Salud entienden el acompañamiento que llevan a cabo hacia las personas enfermas, la forma en la que cuentan dicha experiencia, el sentido atribuido a dicha práctica, y cómo la sitúan dentro de la práctica parroquial y comunitaria que realiza cada uno de ellos. Por ende, Hernández et al. (2014) sostienen que esta técnica favorece la descripción de la información, lo cual resulta indispensable cuando la investigación busca comprender experiencias humanas complejas desde la perspectiva de quienes las viven.

Instrumento

El instrumento que orientó la recolección de información fue un protocolo de entrevista, elaborado a partir de los objetivos específicos y de las categorías del estudio. Su objetivo fue propiciar una conversación abierta con los agentes de la Pastoral de la Salud, de tal forma que pudieran expresar sus percepciones, motivaciones, prácticas, fortalezas y debilidades respecto del acompañamiento a enfermos. En este sentido, Hernández et al. (2014) indican que en el contexto de la investigación cualitativa los instrumentos de recolección de datos deben ser flexibles y estar en coherencia con el fenómeno estudiado, de forma tal que se recupere la experiencia de los participantes sin tener que reducirla a respuestas cerradas.

En el presente estudio, tal y como se ha expuesto, el protocolo se estructuró para la comprensión de significados y experiencias a partir de la voz de los participantes. Para ello, el instrumento se organizó en bloques de temas asociados, cada uno de ellos con cada objetivo específico, a fin de que sirviera para guiar la entrevista, pero sin perder apertura a los significados que pudieran aparecer durante el transcurso del diálogo. Por consiguiente, Creswell (2018) explica que en los estudios cualitativos las preguntas abiertas deben guardar relación directa con el propósito de la investigación y, al mismo tiempo, ofrecer suficiente flexibilidad para explorar en la experiencia relatada por cada participante.

La investigación descarta la entrevista estructurada porque este estudio busca comprender las percepciones, las motivaciones, los significados y también las dificultades construidas por los agentes pastorales a partir de su experiencia de acompañamiento. Un formato de preguntas fijas, aplicadas en el mismo orden y con escaso margen de variación, habría limitado la aparición de matices, ejemplos y desarrollos narrativos necesarios para llegar a interpretar el fenómeno desde la voz de los participantes. Por esa razón, aunque la entrevista estructurada aporta uniformidad en la formulación de preguntas, su nivel de rigidez no responde del todo a una indagación cualitativa orientada a comprender sentidos construidos en contextos concretos (Lim, 2025).

En consecuencia, la entrevista semiestructurada se convierte en la única opción metodológica que resulta adecuada para esta investigación, dado que se conjuga una guía temática previa con la posibilidad de ahondar en las diferentes respuestas dadas por las personas participantes en la profundidad de la conversación, aclarar los sentidos emergentes

y mantener un hilo común entre la respuesta de las personas participantes. Es esta combinación la que permite atender las categorías analíticas surgidas, sin que la conversación se cierre a respuestas cortas o delimitadas previamente. A la vez, favorece una producción de información comparable entre entrevistas y mantiene la apertura necesaria para captar experiencias, valoraciones y narrativas que aparecen cuando el participante desarrolla su relato con cierta libertad (Xu et al., 2025).

Procedimiento

El procedimiento de la investigación se desarrolló en varias fases articuladas entre sí, con el propósito de garantizar coherencia entre el enfoque cualitativo, el paradigma interpretativo, el diseño hermenéutico y los objetivos del estudio. Se realizó, en una primera fase, la planificación general del trabajo de campo, que abarcó la revisión final de los objetivos, la organización de la guía de entrevista y la definición de las condiciones necesarias para la recolección de información. La fase obtenida sirvió para ajustar el instrumento a las categorías del estudio y prever las condiciones prácticas para el acercamiento a los participantes. Así, Hernández et al. (2014) plantean que en la investigación cualitativa el procedimiento puede mantener la flexibilidad con la práctica de seguir un orden lógico y secuencial que permita aproximarse al fenómeno de modo ordenado y coherente con el objetivo investigativo.

En una nueva fase se produjo el acercamiento institucional al contexto del estudio que es representado por la Pastoral de la Salud de la Parroquia Santa Ana de Sabaneta, Antioquia. En este momento, se produjo el vínculo ya que se contactó la parroquia y se le dio a conocer el propósito de la investigación, se le explicó el alcance académico del estudio y se solicitó la autorización para poder desarrollar el trabajo de campo con los agentes pastorales. Esta fase permitió también la precisión de aspectos logísticos con respecto a los tiempos, los espacios y la forma de contacto con las posibles personas participantes en el estudio. Por ello Creswell (2018) señala que el acceso al escenario investigativo constituye un momento decisivo en los estudios cualitativos, porque de este depende la posibilidad de construir confianza, legitimar el proceso y favorecer una relación respetuosa con las personas vinculadas al estudio.

La tercera fase correspondió a la selección y convocatoria de los participantes. Para ello se identificaron agentes de la Pastoral de la Salud que cumplieran con el criterio central de participar activamente en labores de acompañamiento a personas enfermas. Posteriormente, se les explicó de manera clara el propósito de la investigación, el carácter voluntario de su participación y las condiciones de confidencialidad que orientaron el proceso. Una vez resueltas sus inquietudes, se solicitó la firma del consentimiento informado antes de iniciar la entrevista. De esta manera, Hernández et al. (2014) explican que el contacto con los participantes en estudios cualitativos debe cuidarse con atención, dado que la disposición a compartir experiencias depende en buena medida de la confianza, de la claridad sobre el proceso y del respeto por la autonomía de cada persona.

La cuarta fase comprendió la aplicación de las entrevistas, cada encuentro se realizó en un espacio acordado previamente con el participante, procurando condiciones de privacidad, tranquilidad y disponibilidad para favorecer una conversación abierta. Las entrevistas se desarrollaron a partir de la guía elaborada para el estudio, aunque se mantuvo apertura para explorar en aspectos emergentes que resultaran pertinentes para la comprensión del fenómeno. Con autorización previa, la información fue registrada mediante grabación de audio para facilitar su posterior transcripción y análisis. Según Creswell (2018) en la investigación cualitativa, la entrevista requiere un proceso de interacción que permitiera que la experiencia fuera relatada sin perder el foco del fenómeno investigado.

La fase final se basó en la organización, transcripción, resguardo y cierre del trabajo de campo. Una vez realizadas las entrevistas, el material fue transcrito de forma ordenada para iniciar el análisis de la información. Los archivos fueron almacenados bajo condiciones de confidencialidad y se emplearon códigos para proteger la identidad de los participantes. El proceso de recolección se mantuvo hasta alcanzar la saturación, entendida como el momento en que la información comenzó a reiterar sentidos y dejó de aportar elementos nuevos para la comprensión del fenómeno (Hernández et al., 2014).

Método de análisis de la información

El análisis de la información se desarrolló mediante un proceso de análisis temático orientado a identificar sentidos, recurrencias y relaciones presentes en los relatos de los

agentes de la Pastoral de la Salud. Este método resulta coherente con el enfoque cualitativo y con el diseño hermenéutico, porque permite comprender cómo los participantes elaboran su experiencia de trabajo comunitario en el acompañamiento a personas enfermas. El interés se destina a la interpretación del contenido de los discursos en función de los objetivos de la investigación. En esta línea, Hernández et al. (2014) afirman que el análisis cualitativo tiene por objeto organizar la información, reducirla en términos de unidades de sentido, construir interpretaciones que permitan aprehender el fenómeno desde la distancia de quienes lo viven.

La primera fase del análisis consistió en la organización y preparación del material recolectado. Una vez finalizadas las entrevistas y con su registro cumplido, se procedió a la transcripción cercana con la intención de conservar lo que los participantes expresaron, y así modular aspectos del corpus que facilitaran su lectura cuidadosa. Justamente después, se realizó una lectura del corpus completa y detallada, pero también general y anticipada; una lectura para entrar en contacto con los relatos, dar cuenta de los temas que se repetían, incluso de las contradicciones que se podían vislumbrar en la experiencia narrada, además de ser una lectura inicial que potencialmente estimule una aproximación comprensiva del material antes de iniciar el ejercicio de la fragmentación analítica. Según Creswell (2018) plantea que el análisis cualitativo comienza con la preparación y lectura del material, dado que esta fase permite al investigador entrar en contacto con la totalidad de la información y construir una comprensión inicial del fenómeno estudiado.

La segunda fase estuvo orientada a la codificación del material, en este momento se identificaron fragmentos del discurso que expresaban ideas, experiencias, valoraciones o percepciones asociadas con el acompañamiento comunitario. Cada segmento fue examinado para asignarle un código que representara su sentido principal y que permitiera distinguir elementos relacionados con motivaciones, prácticas comunitarias, fortalezas, dificultades y significados contruidos por los participantes. Este proceso requirió lectura cuidadosa, comparación constante y sensibilidad interpretativa para conservar el sentido de cada relato dentro de su contexto narrativo. Por consiguiente, Hernández et al. (2014) señalan que la codificación en investigación cualitativa permite clasificar la información en unidades analíticas que facilitan su organización e interpretación posterior.

La tercera fase consistió en la agrupación de códigos en categorías y subcategorías, de acuerdo con las regularidades encontradas en los relatos. En este estudio, la organización del análisis tomó como referencia las categorías construidas en el marco teórico, aunque también mantuvo apertura para incorporar sentidos emergentes que aparecieron durante la lectura de la información. De esta manera, el análisis conservó coherencia con los objetivos específicos y, al mismo tiempo, respetó la riqueza de la experiencia narrada por los participantes. En ese sentido, Creswell (2018) explica que el análisis cualitativo requiere pasar de códigos iniciales a temas más amplios, de tal manera que el investigador pueda construir una estructura comprensiva del fenómeno a partir de patrones, convergencias y diferencias presentes en los datos.

La fase final del análisis correspondió a la interpretación de los hallazgos, en donde este momento se examinó la relación entre categorías, subcategorías y fragmentos narrativos con el propósito de comprender cómo los agentes de la Pastoral de la Salud significan su práctica de trabajo comunitario en el acompañamiento a personas enfermas. La interpretación se desarrolló a la luz del marco teórico y de los objetivos de la investigación, buscando articular la experiencia relatada con las nociones de trabajo comunitario, acompañamiento, apoyo y psicología de la liberación que orientan el estudio. Por ello Hernández et al. (2014) sostienen que el análisis cualitativo alcanza su propósito cuando logra construir una comprensión articulada del fenómeno, basada en los discursos de los participantes y en una lectura interpretativa coherente con el diseño metodológico.

La Figura 3 presenta la ruta seguida para el análisis de la información, desde la organización inicial de las entrevistas hasta la interpretación de los hallazgos. El esquema propuesto muestra un proceso ordenado que da inicio con la transcripción y revisión de dicho material, luego sigue con la codificación del material en fragmentos, avanza posteriormente hacia la agrupación en categorías y subcategorías, y finalmente concluye con la comprensión del fenómeno objeto de estudio. Este proceso secuencial permite observar cómo los relatos de los agentes pastorales se fueron convirtiendo en unidades de sentido para comprender la práctica de acompañamiento comunitario a personas enfermas.

Figura 3

Mapa conceptual del método de análisis de la información



Nota. Elaboración propia.

Consideraciones éticas

La presente investigación se desarrolló con respeto por la dignidad, la autonomía y la integridad de los participantes. En este sentido, la participación de los agentes de la Pastoral de la Salud fue voluntaria y estuvo mediada por la firma del consentimiento informado, a través del cual se explicó el propósito del estudio, el uso académico de la información y la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. De acuerdo Hernández et al. (2014) señalan que la ética en investigación implica proteger a las personas participantes, garantizar claridad sobre el proceso y asegurar que su vinculación se produzca de manera libre y consciente.

La investigación también garantizó la confidencialidad y el resguardo responsable de la información recolectada. Para ello, los nombres de los participantes no fueron incluidos en las transcripciones ni en la presentación de resultados, ellos fueron sustituidos por códigos que permitieron preservar su identidad. Del mismo modo, los registros de audio, las transcripciones y los demás documentos derivados del trabajo de campo fueron almacenados de forma segura y se utilizaron únicamente con fines académicos. De tal manera, Creswell (2018) plantea que la investigación cualitativa exige cuidado en la protección de la privacidad

de los participantes, dado que la información compartida suele involucrar experiencias, valoraciones y significados personales contruidos desde su vida cotidiana.

El proceso de investigación, por el contrario, se guio por los criterios de sensibilidad, escucha y respeto a la experiencia de los participantes, puesto que el tema del acompañamiento a personas enfermas puede suscitar experiencias de carácter emocional. Así las cosas, las entrevistas se realizaron en un ambiente propicio de confianza y respeto hacia los participantes, de manera que cada persona se sintiera a gusto para relatar aquello que deseaba compartir y omitir aquello que no deseaba comunicar. Por ende, Hernández et al. (2014) sostienen que la ética en estudios cualitativos compromete la forma en que el investigador se relaciona con las personas, interpreta sus relatos y representa sus experiencias dentro del proceso de investigación.

Resultados y análisis de los hallazgos

El presente capítulo expone los resultados obtenidos a partir de las entrevistas semiestructuradas aplicadas a los agentes de la Pastoral de la Salud de la Parroquia Santa Ana. La información se organiza según los objetivos específicos, las categorías de análisis y los sentidos expresados por los participantes sobre su práctica de acompañamiento a personas enfermas. El capítulo inicia con la ruta de organización de la información, continúa con la presentación de los hallazgos por objetivos, desarrolla una fase descriptiva por categorías y avanza hacia una fase interpretativa de los relatos. Esta estructura articula las voces de los agentes con una lectura académica orientada a comprender las motivaciones, los significados, las fortalezas y las dificultades presentes en la práctica pastoral.

Ruta de organización y análisis de la información

El corpus de información estuvo conformado por once entrevistas semiestructuradas aplicadas a agentes de la Pastoral de la Salud de la Parroquia Santa Ana. Los relatos abordaron la vinculación al grupo, la experiencia de servicio, la relación con las personas enfermas y las necesidades presentes en la práctica pastoral. Para proteger la identidad de los participantes, cada entrevista fue codificada con la sigla EP y un número consecutivo entre EP1 y EP11. Esta codificación permitió ubicar los fragmentos seleccionados sin revelar datos personales. La organización inicial siguió los objetivos específicos y preparó la información para el análisis cualitativo.

El proceso de revisión de las transcripciones partió de la lectura de las entrevistas, que tuvo por objetivo localizar ideas, sentidos y experiencias puestas en juego por parte de los agentes de la Pastoral. Por ende, dicha información se agrupó, tal y como se presenta en los núcleos del instrumento; motivaciones de participación, pertenencia al grupo, dimensión espiritual, narrativas de acompañamiento y dificultades en la práctica. Esta ruta conservó la voz de los protagonistas y organizó las historias de los relatos en función de las categorías a trabajar en el capítulo. Las respuestas se revisaban mediante un proceso de comparación, con la intención de hacer visibles similitudes, matices y diferencias entre experiencias, tal como prevé la investigación.

Resultados según los objetivos de la investigación

Los resultados se organizaron de acuerdo con los tres objetivos específicos, debido a que cada uno orientó un bloque de preguntas de la entrevista semiestructurada y permitió relacionar los relatos de los agentes pastorales con la intención del estudio. El primer objetivo evidenció que la vinculación a la Pastoral de la Salud responde a motivaciones espirituales, personales y comunitarias, asociadas con la fe, la gratitud, la invitación de otras personas, experiencias previas de cuidado y deseo de servir a Dios mediante la ayuda a quienes atraviesan una enfermedad. El segundo objetivo evidenció que el acompañamiento cobra sentido mediante la visita, la escucha, la comunión, la plegaria, el abrazo, la palabra y la presencia frente a la soledad. El tercer objetivo permitió visibilizar las fortalezas, las herramientas y las dificultades relacionadas con la cohesión del grupo, el liderazgo pastoral, la organización por sectores, el proceso formativo recibido, la falta de voluntarios, el apoyo psicológico y el seguimiento a las personas enfermas.

Resultados del objetivo específico 1. Motivaciones y sentidos de participación

Los resultados asociados al primer objetivo específico evidencian que la vinculación de los agentes a la Pastoral de la Salud nace de una combinación entre búsqueda espiritual, invitación comunitaria y deseo de servicio. En varios relatos aparece la idea de un llamado interior que orienta la decisión de ingresar al grupo, aunque cada participante lo expresa desde su historia personal. EP1 afirma que llegó en medio de “un proceso de búsqueda personal” y que pedía a Dios “cómo podía ser útil al mundo”. Esta afirmación permite reconocer que la participación pastoral responde a una necesidad de sentido y a una disposición para servir. En otros casos, el ingreso ocurrió por invitación de una vecina, una compañera o una integrante del grupo, lo cual muestra el peso de los vínculos comunitarios en la incorporación a la Pastoral.

La permanencia en la Pastoral de la Salud aparece vinculada con la voluntad personal y con la experiencia de sentirse útil ante el sufrimiento de otros. Los agentes entrevistados relatan que nadie los obliga a participar, porque la asistencia a reuniones, visitas y actividades nace del deseo de acompañar. EP2 expresa que “esto nace de uno mismo”, mientras EP6 señala que las personas enfermas “sí lo necesitan” y que por eso cada agente pone “toda la

voluntad”. Los fragmentos que configuran el servicio permiten deducir que este adquiere sentido cuando el servicio es capaz de reconocer la necesidad concreta que existe en el otro y cuando la motivación inicial del servicio puede ser despertar por la curiosidad, por la invitación, por una búsqueda espiritual, una raíz muy primaria, que será sostenida con la alegría de acompañar, además del hecho que el acompañamiento o la visita produce experiencias de alivio, compañía y esperanza para aquél que recibe el apoyo pastoral.

Los testimonios también indican que participar en la Pastoral produce cambios en la vida personal de los agentes. Distintas respuestas asocian el servicio con crecimiento interior, transformación espiritual y transformaciones vividas, sensación frente al sufrimiento diferente de la ajena, o ampliar la facultad de darse cuenta con respecto a la fragilidad humana; EP3 dice que la experiencia vivida le ha permitido crecer "a nivel personal como espiritual", mientras que el EP9 afirma que para él la Pastoral le ha permitido aprender “a compartir, a ver el dolor ajeno a sentirlo”. Estas voces permiten vislumbrar que el sentido de la participación trasciende la mera realización de una actividad parroquial, pues compromete la vida interior de aquellas personas que acompañan. Para los agentes, pertenecer a la Pastoral representa una forma de agradecer, servir, aprender y transformar su modo de relacionarse con la enfermedad, la comunidad y la fe.

Resultados del objetivo específico 2. Narrativas y significados del acompañamiento

Los resultados del segundo objetivo específico muestran que los agentes entendían el ir acompañando como la práctica de la presencia, la escucha y la proximidad ante la enfermedad. Las narrativas recogidas en las entrevistas permiten reubicar que el acompañar es visitar, hablar, llevar la comunión, orar, abrazar y diferente ofrecer charlas de aliento. EP5 expresa que los agentes “no somos médicos ni les quitamos el dolor, pero sí lo mitigamos con la compañía”. Esta afirmación sintetiza el sentido que cobra la práctica pastoral, pues el valor del acompañamiento se apoya en estar con la persona enferma, cuando aparece la soledad, la tristeza o la fragilidad. Por tanto, el acompañamiento que se establece es en primer lugar una acción sencilla, pero que se carga de sentido humano y espiritual, para la persona que recibe la visita, así como para la persona que realiza la visita.

Las experiencias que los agentes relatan muestran que las personas enfermas también tienen un poder de transformación en las personas con las que interactúan, así como los relatos sobre pacientes con cáncer, ancianos solitarios, personas que están en cuidados paliativos, enfermos al final de la vida ocupan un lugar destacado en la comprensión de esta práctica. EP1 recuerda a un enfermo que recibía la comunión con lágrimas y dice que "mi enfermo me edifica". EP11 relata que un hombre en el ocaso de su vida hacía gestos de agradecimiento y que se sintió conmovida por la experiencia. Estas historias permiten distinguir cómo el acompañamiento pastoral está en construcción de doble vía. El agente aporta presencia, oración y escucha; la persona enferma aporta fortaleza, gratitud, fe y esperanza. Construir la relación en la visita conlleva a aprendizajes sobre el dolor, la muerte y la vida.

El acompañamiento también cobra sentido por la forma que tiene con la experiencia de la soledad de las personas enfermas y sus familias cuidadoras. Diversos agentes señalan que muchas personas pasan larguísimos periodos de tiempo solas, con necesidades emocionales poco atendidas. EP5 afirma que le impacta "la soledad" y que al llegar a las casas encuentra personas que viven solas o dependen de familiares que trabajan. EP6, por su parte, recuerda a un enfermo terminal quién la llamó en sus últimos momentos y señala que esa experiencia le permitió el entender la ayuda al prójimo como una tarea comunitaria. En estos relatos, la Pastoral de la Salud aparece como una presencia cercana que acompaña aquello que muchas veces queda fuera de la atención institucional. El sentido de la práctica reside en llegar, permanecer un momento y hacer sentir al enfermo reconocido.

Resultados del objetivo específico 3. Fortalezas, herramientas y dificultades

Los resultados asociados al tercer objetivo específico permiten identificar varias fortalezas dentro de la práctica pastoral. Los agentes destacan la unión del grupo, el liderazgo, la oración, las reuniones, la formación y la organización por sectores. EP3 indica que las compañeras son "un motor" para continuar sirviendo, mientras EP7 describe el grupo como una familia donde existe compañerismo y unión. Estas respuestas muestran que la Pastoral de la Salud cuenta con un soporte interno que sostiene la participación y facilita la continuidad del acompañamiento. La organización de las visitas de dos en dos, la distribución

por barrios y la coordinación de actividades permiten dar orden a la labor. A su vez, la relación con la parroquia y con los ministros de la comunión fortalece la identidad pastoral del servicio y le otorga sentido comunitario.

Las herramientas más mencionadas por los agentes son la visita domiciliaria, la escucha, la oración, la comunión, la palabra de aliento y el trato cercano. Algunas participantes que ejercen la práctica del acompañamiento, como EP7, cuentan que los enfermos desean hablar, pero otros lo hacen con enojo, tristeza o en silencio y que se debe aprender a pensar en cómo se deben dar esos pasos. EP3 dice que lo básico es escuchar en la medida en que la gente tiene tristezas o necesidades. Estas consideraciones muestran que las herramientas de la Pastoral son tanto recursos materiales, como también son una buena parte del acompañamiento y depende de la presencia humana, la disposición espiritual, el vínculo respetuoso.

Las dificultades indicadas por los agentes se relacionan con la falta de más voluntarios, la necesidad de formación, el apoyo psicológico y la carga emocional que produce acompañar enfermedades avanzadas, soledad y muerte. EP1 considera de gran importancia el hecho de poder contar con una ficha de los enfermos, para poder conocerlos mejor y poder actuar con la mayor claridad. EP5 propone que hay que reforzar el acompañamiento psicológico, porque muchos enfermos "sufren mucho psicológicamente" y no siempre logran expresar aquello que sienten. EP10 entiende que es necesario mayor acompañamiento espiritual y más charlas de formación. Estas voces muestran que la práctica pastoral cuenta con una base comunitaria importante pero que necesita apoyos complementarios para poder responder mejor a las necesidades encontradas. El fortalecimiento de la Pastoral pasa por ampliar la participación, formar a los agentes y articular recursos que acompañen al enfermo, la familia y el grupo servidor.

Fase descriptiva de los hallazgos por categorías

La parte descriptiva establece la constitución de los hallazgos a partir de las categorías centrales del análisis de las entrevistas. Esta organización permite la identificación de los sentidos comunes de los agentes pastorales sin perder la riqueza del contenido de cada relato y su contribución a la comprensión del fenómeno. Las categorías tienen unas con otra

relación a partir de la experiencia del acompañamiento a enfermos desde la fe, la pertenencia a la comunidad y el servicio. En este punto del capítulo, los relatos permiten ver de qué forma nombran los participantes su práctica, qué cosas consideran importantes y qué necesidades reconocen en la práctica de lo pastoral. La exposición se sitúa desde la codificación de EP1 a EP11 para que se mantenga la identidad de la persona que participó.

Las categorías descriptivas permiten ir de las respuestas individuales a una lectura de las individualidades leída en virtud del dispositivo de recolección de información. En primer lugar, las motivaciones y sentidos de participación muestran las razones que llevan a ingresar y permanecer en la participación de la Pastoral. A continuación, el trabajo comunitario, la participación y el sentido de pertenencia muestran la manera como el grupo se organiza y sostiene su misión. Por otro lado, la dimensión espiritual muestra la manera como la fe, la oración, la comunión y la esperanza se sitúan en lo que respecta a la praxis del acompañamiento. Las narrativas y significados del acompañamiento reúnen experiencias vividas con personas enfermas, cuidadores y familias. Por último, las redes de apoyo, herramientas y dificultades recogen los recursos que hacen posible la práctica y las necesidades que requieren mayor atención dentro de la Pastoral de la Salud.

Motivaciones y sentidos de participación

Las motivaciones de participación muestran que el ingreso a la Pastoral de la Salud ocurre por distintas rutas, aunque todas convergen en el deseo de servir. Algunos agentes llegaron por invitación directa de una compañera, una vecina o una integrante del grupo. Otros reconocen un llamado espiritual asociado con la búsqueda de un lugar donde pudieran entregar tiempo, escucha y compañía a quienes atraviesan una enfermedad. EP1 expresa que llegó mientras pedía a Dios “que me mostrara cómo yo podía ser útil al mundo”. Esta frase permite comprender que el servicio pastoral aparece como respuesta a una búsqueda personal y espiritual. La vinculación al grupo no surge por disponibilidad de tiempo o cercanía parroquial, esta también responde a la necesidad interior de dar sentido a la propia vida mediante el acompañamiento.

La permanencia en la Pastoral, la vivencia de la pertenencia a una misión comunitaria. Los agentes no reconocen su participación como una obligación, porque la permanencia

depende de la voluntad, de la fe, del vínculo con las personas enfermas. EP2 dice que "eso surge de uno mismo", mientras EP6 acompaña porque "se da cuenta de que sí lo necesitan"; de estos relatos se percibe que lo motivante se sostiene de la experiencia subjetiva del servicio, que en la medida en que los agentes ven la alegría, la gratitud o el consuelo de una persona visitada, de ahí se incrementa el sentido de su participación. La motivación inicial cambia de forma en algunos casos porque pasa de curiosidad a un convencimiento más estable, vinculado con el compromiso, la sensibilidad ante el sufrimiento y el deseo de permanecer disponibles para la comunidad.

Los sentidos de participación también expresan procesos de transformación personal. Varios agentes relatan que la Pastoral les ha permitido crecer espiritualmente, valorar la salud, acercarse más a la oración y reconocer el dolor ajeno con mayor sensibilidad. EP9 afirma que esta experiencia le ha enseñado "a compartir, a ver el dolor ajeno, a sentirlo". EP3 indica que el grupo y el servicio la han ayudado a crecer en lo personal y espiritual. Estas voces evidencian que la Pastoral de la Salud no actúa únicamente como espacio de acompañamiento de los otros. También se permite modificar la vida interior de las personas que acompañan. Es una construcción de la participación en doble sentido. Los agentes dan presencia, tiempo y servicio y, a la vez, las personas que acompañan reciben aprendizaje, consuelo, pertenencia y conocimiento más cercano de la fragilidad de la condición humana.

Trabajo comunitario, participación y sentido de pertenencia

El trabajo comunitario aparece en las entrevistas como un trabajo organizado por la parroquia, pero sustentado por la disponibilidad de los agentes voluntarios y ministros de la Eucaristía; de ahí su propósito de la Pastoral de la Salud que consiste en la puesta en marcha de reuniones, distribución por sectores, visitas a los enfermos, el trabajo de dos a dos. Por medio de esta forma de organización el grupo puede llegar a enfermos que viven en diferentes barrios, pertenecientes a la parroquia, en los que todavía hay personas que necesitan la comunión, el escuchar o acompañar. EP3 explica que el grupo está organizado por sectores, que cada barrio tiene unas personas de referencia que tienen tareas de acompañar a los enfermos y asistir a las reuniones un total de dos veces a la semana. Participar en este caso significa asistir a las reuniones, ayudar a las eucaristías, acompañar a los ministros y estar

operativo cuando la parroquia requiere ayuda; de este modo el trabajo comunitario va concretándose en acciones necesarias entre la vida parroquial y lo que acontece en los hogares visitados.

El sentido de pertenencia manifiesta su fuerza en los relatos. Varios agentes retratan el grupo como una familia espiritual, como un lugar cálido y como una comunidad en la que se siente acompañados. Como EP8 señala, la Pastoral “no es sólo un grupo” y para ella es una familia especial. EP7 hace referencia a que allí existe compañerismo y unión, mientras que EP5 hace hincapié en la aceptación, la simplicidad y el “compartir” entre compañeras. Estas palabras sugieren que la pertenencia no depende sólo de hacer tareas, también de sentirse reconocido dentro de un grupo con una misma misión. El grupo quiere sostener además emocional y espiritualmente a sus componentes, especialmente cuando deben hacer frente a una enfermedad o situaciones familiares difíciles o de fatiga. Por tanto, la pertenencia fortifica la permanencia en el servicio y hace nacer una red de apoyo interno.

La participación de la comunidad también es una forma de corresponsabilidad en relación con la enfermedad y la soledad. Los agentes advierten que el acompañamiento no puede quedar en manos de una sola persona, porque las necesidades de los enfermos superan con creces el tiempo que tienen aquellas personas que ya realizan tareas. EP1 lo expresa de forma clara; la situación sería más deseable con más gente, en la medida de que “los enfermos cada día son más”. EP2 hace hincapié en la falta de voluntad para mantener el servicio. Estas voces expresadas en términos de agentes de la Pastoral de la Salud asumen que se trata de una práctica comunitaria con márgenes abiertos y claros desde las aportaciones de todos los agentes. La participación tiene sentido cuando el grupo se organiza, reparte tareas y busca llegar al mayor número de personas posibles. A través de la práctica se genera el hecho de que la comunidad parroquial es umbral entre la fe y el cuidado cotidiano.

Dimensión espiritual del acompañamiento

La dimensión espiritual ocupa un lugar central en la manera como los agentes comprenden su práctica pastoral. En las entrevistas, el acompañamiento aparece unido a la fe, la oración, la eucaristía, la comunión y la confianza en Dios. Los participantes no describen la visita a la persona enferma como una acción aislada, pues la entienden como

parte de una misión que nace de la vida parroquial. El EP11 manifiesta cómo el acompañar el Cuerpo y la Sangre de Cristo hacia los hogares le produce alegría, ya que representa la posibilidad de mostrar que “Cristo va a la casa de ellos”. Dicho en otras palabras, con esta expresión se expresa que la comunión tiene, para los agentes, un valor espiritual y simbólica, ya que permite transformar la visita en una experiencia de cercanía en la práctica religiosa, de consuelo y de esperanza, para aquellos que no pueden trasladarse a la iglesia.

La espiritualidad se presenta como sostén personal también para los agentes acompañantes. En algunos relatos, la oración y la fe son claves para enfrentar el dolor, la enfermedad y la muerte de las personas visitadas. EP3 considera que la sostiene "la oración, la moral, el servicio y el compañerismo del grupo". EP8 narra que ofrece al Señor sus dificultades y que entiende la visita como una misión, ya que él misma "pone sus pies", para servir. Estas voces muestran que la dimensión espiritual guía el compromiso personal y la disposición ética del agente. El acompañar se vivencia como una entrega que demanda sensibilidad y paciencia, confianza también. La fe es la vía para intentar dar sentido a situaciones que originan tristeza o impotencia, sobre todo cuando las personas enfermas cruzan la etapa del deterioro físico avanzado.

La conexión entre la espiritualidad y el acompañamiento también se debe a la esperanza que pretenden transmitir los agentes a las personas enfermas, como explica EP4, que considera bien consolar a los enfermos y recordarles que Dios está con ellos incluso cuando sufren. EP1 comparte el relato de un enfermo de cáncer que esperaba con lágrimas y un intenso anhelo de recibir la comunión. En esa historia la persona acompañada circula como testimonio de fe para la persona que la visita. La espiritualidad, por tanto, difunde en ambas direcciones. Los agentes llevan oración, comunión y palabra cercana y los enfermos comunican fortaleza, gratitud y confianza. Esta reciprocidad acerca del acompañamiento pastoral permitirá llegar a la conclusión de que el acompañamiento pastoral no se limita exclusivamente a ofrecer una ayuda, también produce aprendizaje espiritual por parte de las personas que se involucran en el servicio.

Narrativas y significados del acompañamiento a personas enfermas

Las narrativas de los agentes muestran que el acompañamiento a personas enfermas se construye a partir de experiencias concretas, cargadas de memoria, afecto y aprendizaje. Las entrevistas recogen relatos sobre adultos mayores solos, pacientes con cáncer, personas en cuidados paliativos y enfermos que recibieron la comunión en sus últimos días. EP6 recuerda a un hombre con cáncer terminal que la llamó cuando se agravó y necesitó apoyo en sus momentos finales. Ella lo acompañó, preparó la comida, se comunicó con la familia y estuvo presente hasta el momento en que fue trasladado a la clínica. El relato anterior muestra que el acompañamiento pastoral puede ir más allá de la visita programada, ya que, en ocasiones, este supone disponibilidad, sensibilidad y respuesta en situaciones inesperadas. Acompañar significa estar presente cuando la persona que se encuentra enferma requiere de una presencia confiable.

Las anécdotas personales que fueron narradas también muestran que la enfermedad pone los agentes en contacto con la fragilidad humana. EP5, dice que lo entristece desde dentro ver tantos pacientes que están solos y que intenta hacerlos reír, caminar, o tomar un poco de sol, todo con el objetivo de ayudar a sobrellevar un poco su situación. Por su parte, EP4 recuerda la muerte de una pareja de ancianos junto a quienes había pasado algún tiempo y admite que se había encariñado con ellos. Las narraciones personalizadas, como las de EP5 o la EP4, muestran que los agentes de salud no ven la enfermedad desde la lejanía, más bien construyen vínculos entre el agente de salud y las personas que visita. El acto de acompañar cobra sentido, porque permite compartir el sufrimiento de la persona enferma sin invadir con ello su intimidad. La presencia, las palabras, el humor, la oración o el silencio son finalmente las maneras de cuidado que caen dentro de un futuro inmediato, de acuerdo con la persona y su necesidad.

Los significados de lo que el acompañamiento supone también incluyen la gratitud, la esperanza y el reconocimiento de la dignidad de la persona enferma. EP11 describe a un hombre en cuidados paliativos que agradecía con gestos la presencia que el grupo mantenía durante sus últimos momentos; EP8 recuerda a una mujer de cien años que no hablaba, pero que inclinaba la cabeza a la llegada de la bendición. Estos relatos muestran que el

acompañamiento no depende únicamente de la palabra, ya que también se expresa en gestos, miradas y silencios compartidos. Para los agentes, cada visita confirma que la persona enferma conserva valor, historia y necesidad de vínculo. Acompañar significa hacer visible a quien puede sentirse olvidado por su condición física o por la soledad. Allí reside uno de los sentidos más fuertes de la práctica pastoral.

Redes de apoyo, herramientas y dificultades

Las redes de apoyo identificadas por los agentes se concentran principalmente en el grupo pastoral, la parroquia, los sacerdotes, los ministros de la comunión y las compañeras con mayor experiencia. EP3 señala que el párroco está pendiente del grupo y de las actividades, aunque también reconoce que la articulación con otras entidades podría fortalecerse. EP9 expresa que la misma comunidad pastoral le ayuda a sostener el servicio, porque allí aprende de quienes llevan diez, quince, veinte o casi treinta años acompañando. La función que ejerce la red interna como apoyo emocional, espiritual y práctico está presente en dichos relatos. El grupo favorece la interrelación de los aprendizajes, la resolución del esclarecimiento de dudas, así como mantener el ánimo alto. La experiencia adquirida por algunas agentes sirve a su vez de orientación para las que entran en la red, especialmente cuando hay que afrontar momentos complicados en el desarrollo de las visitas.

Las herramientas de acompañamiento más mencionadas son la visita a domicilio, la comunión, la oración, la escucha, el abrazo, la palabra de ánimo y la organización por sectores. EP7 plantea que, de hecho, suelen ir en parejas, una persona acompaña y la otra aporta la ayuda. EP3 asegura que escuchar a las personas enfermas es primordial cuando tienen tristezas, necesitan algo o desean hablar. Estas herramientas tienen un perfil relacional, ya que dependen de la presencia del agente para acercarse con respeto y con sensibilidad. También asoman recursos organizativos como las reuniones semanales, la formación, la organización de las tareas. Algunos de los y las agentes proponen incluir instrumentos de registro para poder conocer mejor las necesidades de las personas enfermas. EP1 propone una ficha que permita identificar enfermedad, situación personal y posibles apoyos requeridos.

Las dificultades hacen referencia a la falta de voluntarios, a la soledad de los enfermos, a la carga emocional, a la formación que se necesita y a la ausencia de soporte psicológico más encadenado. La EP5 afirma que “sería muy bueno contar con un acompañamiento psicológico, ya que numerosos enfermos no quieren manifestar lo que sienten, no quieren expresar lo que sienten”. EP10 precisa que “hay que dar más fuerza a las charlas de formación, al acompañamiento del espíritu”; la EP1 avisa de que “aumentan las personas enfermas y el grupo tiene que ser más grande para poder visitar más”. Se trata de dificultades que no hacen desmerecer la práctica pastoral, pero adjuntan lugares que han de recibir la vista necesaria para conservarla con mayor esmero. La Pastoral de la Salud tiene una base social comprometida, aunque necesitaría de apoyos complementarios que amplíen la capacidad de respuesta ante necesidades emocionales, espirituales, organizativas.

La figura 4 presenta de forma resumida la fase descriptiva de los hallazgos por categorías de las entrevistas EP1-EP11. El contenido de esta figura incluye las motivaciones de participación y el trabajo comunitario, la dimensión espiritual, las historias del acompañamiento y las redes de apoyo descubiertas en la Pastoral de la Salud. La figura ayuda a visualizar las relaciones existentes entre fe, servicio, pertenencia comunitaria y cuidado. Lo que favorece la comprensión de los elementos importantes que forman la práctica pastoral y sus necesidades prioritarias de fortalecimiento desde el ámbito de lo investigativo.

Figura 4

Fase descriptiva de los hallazgos por categorías



Nota. La figura sintetiza las categorías centrales derivadas del análisis de las entrevistas EP1–EP11, organizadas en torno a las motivaciones de participación, el trabajo comunitario, la dimensión espiritual, las narrativas del acompañamiento y las redes de apoyo, herramientas y dificultades identificadas en la Pastoral de la Salud. Elaboración propia.

Fase de análisis interpretativo y discusión de los hallazgos

La discusión de los hallazgos relaciona las voces de los agentes pastorales con los antecedentes investigativos, el fundamento teórico y las categorías conceptuales que orientaron el estudio. Este diálogo académico fortalece la interpretación de los testimonios al mostrar cómo las motivaciones, la pertenencia comunitaria, el cuidado espiritual y las tensiones del acompañamiento encuentran correspondencia con investigaciones previas sobre voluntariado, redes de apoyo, espiritualidad y cuidado comunitario. De esta manera, la fase interpretativa adquiere mayor densidad analítica, porque articula la experiencia situada de la Pastoral de la Salud con aportes teóricos y empíricos desarrollados dentro del estudio.

La fase de análisis interpretativo permite comprender los hallazgos que el simple relato de las respuestas puede aportar. En este nivel, las vivencias narradas por parte de los agentes pastorales encuentran sentido en una práctica comunitaria impregnada de fe, servicio, proximidad humana, así como una predisposición para el acompañamiento de personas enfermas. Los relatos testimonian que la Pastoral de la Salud opera como un espacio donde la vivencia espiritual se convierte en acción. Cada visita, oración, palabra de ánimo o gesto de acompañamiento funcionan como cuidado, que se pone en marcha a partir del ámbito de la comunidad parroquial y termina en el hogar del enfermo. Por eso el análisis es sensible a la forma que los agentes tienen de considerar su tarea, a lo que ellos consideran el grupo y a las tensiones que se activan en el recorrido de la compañía.

El análisis de los hallazgos se elabora en cuatro ejes que son los que pueden unir la experiencia narrada por los sujetos. El primero entiende la praxis como llamada, como motivación y como transformación personal en el sentido de que en el relato se percibe la búsqueda interior que toma forma en la Pastoral. El segundo se adentra en la comunidad pastoral como ámbito de pertenencia y consigo apoyo porque los agentes también se sienten acogidos y sostenidos. El tercero considera el acompañamiento como presencia, escucha,

comunidad y cuidados espirituales porque las visitas que realizan son una mezcla de gestos humanos y prácticas religiosas. El cuarto eje contempla las tensiones y las necesidades de fortalecimiento de la práctica pastoral porque los relatos son conscientes de los retos que esto conlleva en torno a la formación, la atención psicológica, el voluntariado, la organización y la articulación parroquial.

El servicio como llamado, motivación y transformación personal

El servicio en las entrevistas queda como una experiencia que conjuga vocación, fe y búsqueda de un sentido. Los agentes pastorales cuentan con su ingreso a la Pastoral desde diversas circunstancias, pero en sus narrativas aparece una misma orientación hacia la entrega de sí mismos a los demás. EP1 relaciona su llegada con una búsqueda personal y también con el deseo de ser útil al mundo. EP10 afirma que se sumó a esta participación porque “sintió en una eucaristía que Dios lo llamaba”. Todas estas voces trazan claramente un hilo conductor que muestra que el servicio pastoral se emerge como una respuesta interior de las personas ante la necesidad de hacer compañía a las personas que sufren. El llamado, desde luego, no queda reducido a la experiencia inicial porque este se convierte en una práctica habitual cuando el agente pastoral participa en reuniones, acompañando visitas y teniendo el valor de encontrar en cada enfermo la posibilidad de un encuentro humano y espiritual.

La motivación también radica en la gratitud y la consciencia de haber recibido bendiciones. Diferentes agentes ven su participación como una forma de devolver a Dios lo recibido a través de la ayuda a personas enfermas, solas o que necesitan compañía. EP10 indica que servir a las personas enfermas, hablar con ellas, escucharlos, ofrecerles un abrazo es una manera de restituir lo recibido. La motivación en estos relatos tiene en cuenta una dimensión ética ya que el servicio es vivido como responsabilidad hacia el otro. Acompañar deja de ser una actividad esporádica y se convierte en una forma de orientar la vida cotidiana. La voluntad personal sostiene esa decisión, ya que los agentes participantes son conscientes de que la Pastoral implica tiempo, voluntad emocional y disponibilidad para el sufrimiento.

La transformación personal emerge, como uno de los hallazgos más determinados, del análisis. Los agentes cuentan que la Pastoral ha cambiado su manera de mirar la enfermedad, la soledad, la fragilidad humana. EP3 dice que ha crecido en lo personal y en lo

espiritual. EP9 dice que el servicio le ha enseñado a compartir y a sentir lo ajeno. Estas vivencias demuestran que el acompañar personas enfermas transforma a quien acompaña. La transformación se produce cuando se escuchan historias de vida, cuando se están viviendo momentos de deterioro, cuando se reciben gestos de agradecimiento, cuando se toma conciencia de la fuerza espiritual de quienes sufren. De este modo, el servicio no se produce en una sola dirección. El agente entrega tiempo y presencia, pero también recibe aprendizaje, humildad, sensibilidad y una comprensión más cercana de la vida.

Estos resultados dialogan con Lorente et al. (2024) en cuanto a la permanencia en el voluntariado, en la medida en que la misma se relaciona con la satisfacción que produce una tarea vista como valiosa y coherente con las necesidades de la persona que participa. En línea con ello, Lin y Lou (2024) muestran que el acompañamiento comunitario al final de la vida tiende a estar motivado por la intención de apoyar a otros, evolucionar como una persona con el tiempo y aprender desde la vivencia. La transformación personal que narran los agentes es igualmente comparable a lo argumentado por Yang et al. (2023), dado que el voluntariado puede originar subidas en el bienestar en tanto en cuanto activa la motivación prosocial y el compromiso sostenido en ayudar. Desde las perspectivas de la Psicología de la liberación este resultado cobra mayor sentido pues el servicio se ve como una práctica situada donde la persona que hace el servicio comparte y reconoce el sufrimiento del otro y en la cual se genera una respuesta ética desde la comunidad (Martín-Baró, 2006).

La Pastoral de la Salud como comunidad de pertenencia y apoyo

La Pastoral de la Salud se interpreta como una comunidad de pertenencia porque los agentes no la describen únicamente como un grupo de servicio. En las entrevistas aparece la imagen de familia espiritual, lugar de acogida y red de apoyo. EP8 dice que la Pastoral es una familia especial; EP7 dice que en el colectivo se generan la unión, la camaradería o el trato humanitario. Estas expresiones dejan entrever que el grupo ofrece reconocimiento y contención a las personas que intervenían. La pertenencia se va construyendo en las reuniones, las visitas, las conversaciones, en la propia vivencia de servir. Cada agente encuentra allí un lugar grato para su tiempo, su fe y su sensibilidad. Esa vivencia enriquece

la persistencia de la práctica pastoral y aminora el aislamiento que se puede suscitar en situaciones de exigencia emocional.

La comunidad pastoral también tiene una función de sustentación para aquellas personas que pasan por momentos de dificultad de tipo personal, enfermedad o cansancio, y EP8 cuenta que sus compañeras la llaman, la acompañan y preguntan sobre su estado de salud. EP3 agrega que el compañerismo de la pastoral la sostiene y hace que su servicio sea mejor. Estas voces son claros indicios de que la Pastoral acompaña hacia afuera y hacia adentro. Hacia afuera, porque visita a las personas que están enfermas en el hogar y hacia adentro, porque cuida de las personas que hacen el servicio. De esta manera, la comunidad funciona como una red afectiva en la que la fe se expresa a través de un apoyo material. Esa dinámica comunitaria es muy necesaria para una práctica pastoral que se enfrenta por un lado al dolor, al deterioro físico, a la soledad y a la muerte y por otro lado, porque los agentes que hacen la pastoral también necesitan espacios donde contar lo que vivieron.

La pertenencia al grupo se hace fuerte gracias a una organización comunitaria que reparte las responsabilidades. La Pastoral lo hace por sectores, acompaña de dos en dos, participa en la eucaristía y realiza visitas con los ministros de la comunión. EP3 indica que cada barrio tiene sus responsables y que las visitas se organizan en torno a las necesidades de los enfermos. Esta organización da orden a la acción pastoral y permite que el servicio tenga continuidad, a la vez que crea vínculos entre los agentes, porque cada visita supone coordinación, confianza y apoyo mutuo. La comunidad se convierte en operativa y afectiva a la vez. Por esta razón, se puede entender la Pastoral de la Salud como una red de cuidado parroquial que sostiene a los enfermos y a la vez fortifica a quienes acompañan.

La lectura anterior se encuentra completamente integrada con Spezia et al. (2024), que remarcan cómo un vínculo con lo comunitario facilita la implicación en acciones colectivas de salud y cuidado, y en este tipo de trabajo de investigación, tal vínculo es recogido en la forma en que los agentes describen cómo la Pastoral es; familia; grupo de apoyo; espacio de reconocimiento, considerándose así también la valoración que también hacen Haslam et al. (2024), que incide en cómo un sentido de pertenencia otorga más fuerza a la identificación con un nosotros y facilita la permanencia en experiencias de comunidad

compartidas. A su vez, Davies et al. (2024), permiten entender que el voluntariado y la cohesión social son significados que se alimentan, mientras que Stenberg y Hjelm (2024) y Yu et al. (2025) contribuyen a la explicación de las redes de apoyo donde se benefician las personas enfermas como sus acompañantes, ya que entregan soporte emocional, tratan de explicar la orientación práctica y la contención ante las exigencias del cuidado.

El acompañamiento como presencia, escucha, comunión y cuidado espiritual

El acompañamiento pastoral se interpreta como una práctica de presencia. Los agentes saben que hay enfermos que requieren que los dejen llegar, que permanezcan y reconozcan la situación. EP5 dice que “ellos no quitan el dolor, que lo reducen con la compañía”. Esta forma de decir exprime la idea del sentido humano del acompañamiento, porque muestra que la visita tiene sentido incluso cuando no se soluciona la situación de enfermedad. La visita posibilita parar la soledad, abrir un espacio para la palabra, hacer sentir a la persona que sigue siendo parte de una comunidad. En esta práctica, el tiempo compartido se convierte en cuidado. Sentarse, saludar, escuchar o tomar la mano del enfermo pasa a tener valor porque comunica proximidad, respeto y disponibilidad ante la fragilidad.

La escucha se configura como una herramienta central del acompañamiento. Los agentes refieren que muchas de las personas enfermas quieren hablar de su dolor, de sus memorias, de la familia, quiere hablar de sus miedos. EP3 afirma que la principal tarea se basa en escuchar cuando las personas enfermas están tristes o tienen necesidades de ser escuchadas. EP7 también señala que “hay días que las personas hablan y días que las personas prefieren el silencio”. Esta sensibilidad da lugar a la comprensión de que el acompañar implica entender cada situación y actuar con prudencia. La escucha pastoral trata de potenciar el espacio para que la persona pueda hablar de su vida sin temor a ser juzgada. Esa apertura favorece un vínculo de confianza, en especial en aquellas personas que viven procesos de dependencia, de pérdida de autonomía o de cansancio emocional. Por ello, la escucha se convierte en una forma concreta de cuidado.

La comunión y la oración otorgan al acompañamiento una dimensión espiritual que diferencia esta práctica de otras formas de visita comunitaria. Los agentes consideran que llevar la comunión al hogar permite acercar la experiencia religiosa a quienes ya no pueden

asistir al templo. EP11 afirma que Cristo llega a la casa de los enfermos por medio de esta misión. EP1 presenta el relato de un enfermo que, padeciendo un cáncer, con un gran expectación y lágrimas, esperaba con fervor la comunión. Son relatos que hacen patente que el cuidado espiritual tiene mucho significado para muchas personas enfermas, particularmente cuando se ven obligadas a confrontar el dolor, la impotencia o la inminencia de la muerte. La comunión, la oración y la palabra de la esperanza sostienen emocionalmente al enfermo y también anidan la creencia de la persona (el agente) que da el acompañamiento.

Este resultado se corresponde con los aportes de Nocetti et al. (2023), quienes describen que el cuidado espiritual va dirigido a ayudar con la construcción de sentido, restituir los vínculos y cuidar las experiencias de trascendencia en contextos de enfermedad. Y los relatos de los agentes se relacionan también con Matos et al. (2024) porque la presencia, la oración, la escucha y la evaluación de las necesidades espirituales aparecen como prácticas vinculadas a fortalecer la atención a las personas enfermas. La mirada de Long et al. (2024) contribuye a entender la espiritualidad como una dimensión relacionada con significado, propósito y conexión que permite leer la comunión y la oración como recursos de cuidado que amplían el acto religioso de la experiencia humana y el apoyo emocional. En la misma línea, Casaleiro et al. (2024) y Uzun et al. (2024) ayudan a entender que el afrontamiento espiritual puede emocionalmente sostener tanto a los cuidadores como a quienes reciben el acompañamiento, especialmente cuando la enfermedad modifica la vida cotidiana y enfrenta a la persona con el dolor, la dependencia o la muerte.

Tensiones y necesidades de fortalecimiento de la práctica pastoral

Las tensiones de la práctica pastoral coexisten con la magnitud de las necesidades que encuentran los agentes de visita en sus trabajos. Entre las entrevistas, descubrieron que muchos de los enfermos viven solos, dependen de cuidadores con escaso tiempo o, incluso, sufren problemas emocionales que exceden la compañía esporádica: "La soledad sí que afecta la enfermedad de forma importante. Hay personas que están, por ejemplo, toda una mañana, toda una noche y todo el día solo". El hecho de que los enfermos se encuentren tan solos tensiona la práctica pastoral, puesto que, por una parte, los agentes desean acompañar más, pero, por otra parte, cuentan con poco tiempo y pocos voluntarios. La Pastoral está presente

y es cercana, aunque la exigencia de la comunidad requiere una red más amplia que dé respuesta a las personas enfermas y a sus familias de una manera más continuada.

La exigencia de capacitación emerge como otro aspecto de reforzamiento. Algunos de los agentes asumen que ir acompañando a personas en enfermedad conlleva estar preparado para saber escuchar, actuar con cautela, comprender el duelo, afrontar las situaciones difíciles y reconocer en qué momento hay que buscar el apoyo de un profesional. EP10 plantea que hacen falta más charlas de formación y mayor acompañamiento espiritual. EP1 propone contar con una ficha que permita conocer mejor las necesidades de cada enfermo. Estas sugerencias revelan una preocupación por mejorar la calidad del servicio pastoral. La experiencia y la buena voluntad son valiosas, pero los relatos muestran que la práctica puede fortalecerse mediante herramientas que orienten mejor las visitas.

En los testimonios, la necesidad del apoyo psicológico se hace presente en múltiples ocasiones. EP5 sostiene que “muchos enfermos, a veces entristecidos, psicológicamente, manifiestan que no logran expresar lo que sienten ante las visitas”. Esta idea permite entender que la Pastoral puede encontrar necesidades emocionales que requieren ser respondidas mediante una mejor articulación de otros saberes y de otros apoyos. El acompañamiento espiritual puede ofrecer consuelo, pero algunas situaciones requieren escucha profesional, guía familiar o un seguimiento más especializado. Esta articulación con psicólogos, grupos parroquiales, instituciones comunitarias y redes de salud puede requerir una mejor respuesta pastoral. Esta necesidad no debilita la práctica existente por el contrario evidencia que los agentes son conscientes de los límites de su práctica y desean fortalecerla para poder acompañar de un modo más cuidadoso, sensible y responsable.

En este sentido, los hallazgos permitieron comprender que las percepciones de los agentes sobre la Pastoral de la Salud se construyen alrededor del servicio, la fe y la pertenencia comunitaria. La práctica pastoral aparece como una forma concreta de acompañar a personas enfermas mediante visitas, comunión, oración, escucha y gestos de cercanía. Los agentes reconocen que su labor nace de motivaciones espirituales y personales, pero adquiere mayor fuerza cuando observan la necesidad de compañía en quienes atraviesan enfermedad, soledad o deterioro físico. Este conocimiento permite percibir que el

acompañamiento tiene un efecto doble. Por un lado, consuelo y presencia para la persona enferma, por el otro, una modificación de los agentes, ya que aumenta su sensibilidad respecto al dolor ajeno, su sentido del servicio y su vinculación con la comunidad parroquial.

Los datos que emergen de las entrevistas también demostraron que la Pastoral de la Salud es una red comunitaria de cuidado espiritual y humano que hace posible la continuidad de la práctica pastoral desde la red que teje el grupo, su liderazgo, la formación en cada grupo, la oración y el apoyo entre los agentes. Los relatos también muestran las tensiones y las necesidades que precisan atención, como son la falta de voluntarios, la necesidad de apoyo psicológico, el acompañamiento a cuidadores, el registro de necesidades, la formación permanente, entre otras. Estas necesidades no disminuyen el valor del trabajo pastoral, más bien la escucha a las necesidades de los grupos se dejan reconocer caminos para fortalecerlo. Este capítulo confirma que los agentes de la Pastoral de la Salud identifican su trabajo como una misión que le une la fe y la acción comunitaria, donde cada visita es siempre una manera de dignificar al enfermo, acompañar su fragilidad, cuidar la cercanía en momentos de especial vulnerabilidad.

Las tensiones identificadas en los testimonios están en relación con los aportes de Matos et al. (2024), que ya alertaban de que el cuidado espiritual puede verse limitado, pues predomina la falta de formación, el exceso de trabajo y poco tiempo para atender las demandas de las personas acompañadas. En la misma línea, los aportes de Bongelli et al. (2024) permiten entender que una mayor carga de cuidado personal puede relacionarse con menos bienestar psicológico, mientras que el apoyo social se comporta como un factor protector para las personas que están en situación de acompañamiento. Del mismo modo, también ayudan a interpretar las dificultades reflejadas por los profesionales de la asistencia, ya que muestran que el acceso y la utilización de apoyos comunitarios dependen de las barreras organizativas, culturales y relacionales. Por lo que esa necesidad de formación, de apoyo psicológico, de contar con fichas de seguimiento, y de articularse con redes externas representa una oportunidad para potenciar una práctica comunitaria que ya está presente, comprometida y cargada de sentido espiritual.

Síntesis interpretativa de los hallazgos

La síntesis de los hallazgos interpretativos permite articular los principales significados construidos por los agentes de la Pastoral de la Salud acerca de su propia práctica de acompañamiento comunitario. De este modo, los relatos evidencian que la práctica de la Pastoral se origina en motivaciones espirituales, personales y comunitarias, pues se les ofrece un proceso de continuidad por respecto a la pertenencia al grupo, la gratitud que se reconoce y la cercanía a las personas enfermas. La práctica pastoral busca intercalar presencia, escucha, oración, comunión y ayuda emocional, cuando se va construyendo una forma de cuidar que está situada en el contexto parroquial y se ancla en las necesidades del sujeto que padece enfermedad, soledad o dependencia.

Desde esta lectura, la Pastoral de la Salud se concibe como una red comunitaria de cuidado espiritual y humano, afirmando sus fortalezas en el agrupamiento del grupo, la organización por sectores, el liderazgo pastoral, la oración compartida y la disposición de los agentes. Las tensiones localizadas, como la ausencia de voluntarios, la posibilidad de formación, el apoyo a los cuidadores y el seguimiento de las personas enfermas muestran rutas de fortalecimiento para prácticas. Por consiguiente, los resultados de esta investigación hablan de un acompañamiento pastoral que dignifica la persona enferma, cuida a los cuidadores y concreta la fe como acción comunitaria de acompañamiento, solidaridad y cuidado.

Conclusiones y recomendaciones

El presente capítulo expone las conclusiones y recomendaciones derivadas del análisis de las percepciones construidas por los agentes de la Pastoral de la Salud de la Parroquia Santa Ana sobre su práctica de acompañamiento comunitario a personas enfermas. En este cierre se integran los hallazgos relacionados con el objetivo general y los tres objetivos específicos, atendiendo a las motivaciones, los sentidos de participación, las narrativas del acompañamiento, las fortalezas, las herramientas y las dificultades reconocidas por los participantes. A partir de esta lectura, se presentan orientaciones dirigidas a la parroquia, los agentes pastorales, el acompañamiento a personas enfermas y futuras investigaciones.

Conclusiones

Las conclusiones de la investigación recogen los aprendizajes derivados del análisis de las percepciones construidas por los agentes de la Pastoral de la Salud de la Parroquia Santa Ana. El cierre interpretativo permite reconocer que la práctica de acompañamiento comunitario a personas enfermas adquiere sentido en la unión entre servicio, fe, escucha, cercanía y pertenencia. Los resultados muestran que los agentes entienden su trabajo como una labor de atención espiritual y humana dirigida a personas que viven enfermedad, soledad o dependencia. Esta comprensión surge de la experiencia cotidiana, del contacto con los hogares visitados y de la relación que la Pastoral mantiene con la comunidad parroquial. Por esta razón, el estudio permite afirmar que el acompañamiento pastoral constituye una práctica comunitaria con valor psicológico, relacional y espiritual.

Conclusión general de la investigación

La investigación permitió comprender que los agentes de la Pastoral de la Salud perciben su práctica de trabajo comunitario como una experiencia de servicio sostenida por la fe, la pertenencia grupal y el compromiso con las personas enfermas. El acompañamiento articula visita, escucha, comunión, oración, palabra cercana y presencia afectiva, debido a que llega al hogar de quienes atraviesan enfermedad, limitaciones físicas o soledad, y mantiene el vínculo entre la persona enferma y la comunidad parroquial. Los participantes

interpretan su labor como una acción que exige sensibilidad, disponibilidad y respeto por la historia de cada persona acompañada. Los hallazgos muestran que la Pastoral de la Salud constituye un espacio comunitario de cuidado espiritual y humano, con posibilidades de fortalecimiento en voluntariado, formación, seguimiento y apoyo psicológico.

Conclusión del objetivo específico 1

El primer objetivo permitió identificar que las motivaciones de los agentes para participar en la Pastoral de la Salud se relacionan con el llamado espiritual, el deseo de servir, la gratitud y la búsqueda de sentido personal. La vinculación al grupo ocurre por invitación de otras personas, por experiencias previas de cuidado o por una necesidad interior de ofrecer tiempo y apoyo a quienes atraviesan una enfermedad. La permanencia se sostiene en el sentido que los agentes encuentran durante la visita, en la gratitud recibida, en el alivio que genera la presencia y en la vivencia de una misión compartida. Esta experiencia transforma su forma de mirar la enfermedad, la soledad y el dolor humano, por cuanto fortalece la oración, la sensibilidad y la disposición al servicio.

Conclusión del objetivo específico 2

El segundo objetivo permitió reconocer que las narrativas de los agentes sobre el acompañamiento comunitario están marcadas por experiencias de proximidad con personas enfermas, adultos mayores, cuidadores y familias. Los relatos muestran que acompañar implica entrar en el hogar, saludar, escuchar, orar, llevar la comunión, conversar y compartir gestos de afecto. Estas prácticas adquieren sentido porque generan alivio, esperanza y pertenencia en quienes viven enfermedad o soledad. Los agentes reconocen que la persona enferma ocupa un lugar activo en la experiencia, ya que comunica fortaleza, gratitud y aprendizajes sobre paciencia, vulnerabilidad y sentido de vida. De esta forma, el acompañamiento se entiende como una práctica relacional, espiritual y comunitaria frente al aislamiento.

Conclusión del objetivo específico 3

El tercer objetivo permitió reconocer que la Pastoral de la Salud cuenta con fortalezas, herramientas y dificultades en su práctica comunitaria. Entre las fortalezas se encuentran la unión del grupo, el liderazgo pastoral, la organización por sectores, las reuniones formativas, la oración compartida y el acompañamiento en parejas. Las herramientas se expresan en la visita al hogar, la escucha, la comunión, la oración, el abrazo, la palabra de aliento y la

distribución por sectores. Las dificultades se relacionan con la falta de voluntarios, la formación, el registro de personas enfermas y la articulación con apoyo psicológico. Estos hallazgos muestran que el acompañamiento puede fortalecerse mediante organización, seguimiento, formación y alianzas comunitarias orientadas al cuidado emocional, espiritual y familiar.

La tabla 1 sintetiza las conclusiones de la investigación según el objetivo general y los tres objetivos específicos. Su organización permite ubicar los principales hallazgos sobre la práctica de acompañamiento comunitario desarrollada por los agentes de la Pastoral de la Salud de la Parroquia Santa Ana. La síntesis recoge el sentido espiritual, relacional y comunitario del servicio, junto con las motivaciones, narrativas, fortalezas, herramientas y dificultades identificadas en el análisis.

Tabla 1

Síntesis de las conclusiones de la investigación

Apartado	Síntesis de la conclusión	Aspecto central identificado
Conclusiones generales	La práctica de acompañamiento comunitario adquiere sentido en la unión entre servicio, fe, escucha, cercanía y pertenencia. Los agentes comprenden su labor como atención espiritual y humana dirigida a personas que viven enfermedad, soledad o dependencia.	Acompañamiento pastoral como práctica comunitaria con valor psicológico, relacional y espiritual.
Conclusión general de la investigación	Los agentes perciben su práctica como una experiencia de servicio sostenida por la fe, la pertenencia grupal y el compromiso con las personas enfermas. El acompañamiento articula visita, escucha, comunión, oración, palabra cercana y presencia afectiva.	La Pastoral de la Salud como espacio comunitario de cuidado espiritual y humano.

Conclusión del objetivo específico 1	Las motivaciones para participar en la Pastoral se relacionan con el llamado espiritual, el deseo de servir, la gratitud y la búsqueda de sentido personal. La permanencia se sostiene en la visita, la gratitud recibida y la misión compartida.	Motivaciones espirituales, personales y comunitarias que fortalecen la participación pastoral.
Conclusión del objetivo específico 2	Las narrativas de los agentes muestran que acompañar implica entrar al hogar, saludar, escuchar, orar, llevar la comunión, conversar y compartir gestos de afecto. Estas prácticas generan alivio, esperanza y pertenencia.	Acompañamiento como práctica relacional, espiritual y comunitaria frente al aislamiento.
Conclusión del objetivo específico 3	La Pastoral cuenta con fortalezas como unión grupal, liderazgo, organización por sectores, formación, oración compartida y acompañamiento en parejas. También presenta dificultades asociadas con voluntariado, formación, registro y apoyo psicológico.	Necesidad de fortalecer organización, seguimiento, formación y alianzas comunitarias.

Nota. Elaboración propia

Recomendaciones

Las recomendaciones derivadas de la investigación buscan fortalecer la práctica de acompañamiento comunitario que desarrolla la Pastoral de la Salud de la Parroquia Santa Ana. Estas orientaciones surgen de los hallazgos analizados y responden a las necesidades reconocidas en el trabajo de campo. La labor pastoral cuenta con una base comunitaria sostenida por la fe, la disponibilidad de los agentes, la organización por sectores y el apoyo entre integrantes. El acompañamiento a personas enfermas exige procesos de mejora que permitan cuidar con continuidad, sensibilidad y preparación. Por esta razón, las recomendaciones se dirigen a la parroquia, a los agentes pastorales, al acompañamiento de

personas enfermas y a futuras investigaciones, manteniendo como propósito central el cuidado humano y espiritual.

Recomendaciones para la Parroquia Santa Ana

La Parroquia Santa Ana puede fortalecer el acompañamiento institucional a la Pastoral de la Salud mediante espacios de formación, orientación espiritual y seguimiento comunitario. La agenda formativa puede abordar escucha, duelo, trato a personas enfermas, límites del acompañamiento y cuidado emocional, con el propósito de ofrecer a las agentes herramientas para responder ante soledad, deterioro físico, enfermedad terminal o sufrimiento familiar. También conviene promover la vinculación de nuevos voluntarios en eucaristías, reuniones parroquiales, grupos apostólicos y comunidades. La parroquia puede crear alianzas con profesionales de Psicología, enfermería, trabajo social y cuidado de adultos mayores, para ampliar la respuesta pastoral y conservar su identidad espiritual.

Recomendaciones para los agentes de la Pastoral de la Salud

Los agentes de la Pastoral de la Salud pueden fortalecer su práctica mediante procesos de autocuidado emocional y espiritual. El acompañamiento a personas enfermas expone a los agentes a situaciones de dolor, deterioro, soledad y muerte, por lo cual resulta necesario abrir espacios internos de conversación donde puedan compartir emociones, aprendizajes y situaciones que generan carga. También conviene continuar trabajando la escucha, la paciencia y el respeto durante las visitas, dado que cada persona enferma vive un proceso distinto. La organización interna puede apoyarse en registros de seguimiento, comunicación entre sectores y revisión grupal de casos, siempre desde la confidencialidad y la prudencia pastoral.

Recomendaciones para el fortalecimiento del acompañamiento a personas enfermas

El acompañamiento a personas enfermas puede fortalecerse mediante una ruta pastoral que oriente las visitas desde la acogida, la escucha, la oración y el seguimiento. Esta ruta puede incluir preparación previa, conversación respetuosa, momento espiritual cuando la persona lo desee y cierre orientado a identificar necesidades posteriores. También se recomienda mantener comunicación con las familias cuidadoras, ya que muchas necesidades de la persona enferma se relacionan con su entorno familiar. La Pastoral puede articular apoyo psicológico mediante jornadas de orientación, charlas psicoeducativas o derivación a

servicios comunitarios, de manera que la atención espiritual dialogue con el cuidado emocional requerido en situaciones de tristeza, duelo o agotamiento.

Recomendaciones para futuras investigaciones

Futuras investigaciones pueden incluir la voz de las personas enfermas atendidas por la Pastoral de la Salud, con el fin de conocer cómo viven el acompañamiento, qué aspectos valoran y qué necesidades permanecen abiertas. También resulta pertinente estudiar la experiencia de las familias cuidadoras, debido a que la enfermedad impacta la organización del hogar, el tiempo disponible y la carga emocional de quienes cuidan. Otra línea de estudio puede comparar la experiencia de la Pastoral de la Salud de la Parroquia Santa Ana con otros grupos parroquiales o comunitarios, reconociendo prácticas, formas de organización, estrategias de formación y recursos para el acompañamiento espiritual y humano.

La Figura 5 presenta una síntesis visual de las conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación sobre la Pastoral de la Salud de la Parroquia Santa Ana. Su propósito es organizar los principales hallazgos alrededor del sentido del acompañamiento comunitario a personas enfermas, las motivaciones de los agentes pastorales, las formas de apoyo ejercidas y los desafíos reconocidos para fortalecer la práctica. A través de íconos, colores neutros y una estructura secuencial, la figura muestra que el servicio pastoral integra fe, escucha, proximidad, oración y presencia afectiva como condiciones del cuidado espiritual y humano. De igual forma, resume las orientaciones propuestas para la parroquia, los agentes, las familias cuidadoras y futuras investigaciones.

Figura 5

Síntesis de conclusiones y recomendaciones de la Pastoral de la Salud de la Parroquia Santa Ana



Nota. Elaboración propia

El cierre del capítulo integra las conclusiones y recomendaciones derivadas de los hallazgos de la investigación. En conjunto, el estudio muestra que la Pastoral de la Salud constituye una experiencia comunitaria de acompañamiento espiritual y humano, sostenida por la fe, la pertenencia grupal, la escucha y la presencia cercana. Las recomendaciones planteadas orientan posibles acciones de fortalecimiento para la parroquia, los agentes pastorales, las personas enfermas y futuras investigaciones interesadas en el cuidado comunitario.

Referencias

- Akeke, O. F., Wang, D., Ejem, D., Johnson, K. S., Docherty, S. L., Cox, C. E., Dempsey, K., Fish, L., Sodhi, S., Shenoy, D., Charan, N., Bah, M. S., y Ashana, D. C. (2025). A descriptive qualitative study of religion and spirituality's role in critical illness decision-making among Black and White family caregivers. *CHEST Critical Care*, 3(1), 100113. <https://doi.org/10.1016/j.chstcc.2024.100113>
- Alarcón Garavito, G. A., Burgess, R., Dedios Sanguinetti, M. C., Peters, L. E. R., y Vera San Juan, N. (2023). Mental health services implementation in Colombia: A systematic review. *PLOS Global Public Health*, 3(12), e0001565. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001565>
- Arredondo Holgín, E., Arias-Rojas, M., y Carreño Moreno, S. (2021). Quality of life of family caregivers of people with cancer in palliative care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e03740. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020015103740>
- Bernal-Ordoñez, L. K., Niño-Gutiérrez, E. L., Casanova, M. L., Treviño del Campo, F., Rodríguez, A., y Jiménez García, D. A. (2024). Participación y empoderamiento comunitario en la atención primaria en salud en América Latina: revisión sistemática exploratoria. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 48, e135. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.135>
- Betancurth-Loaiza, D. P., Vélez-Álvarez, C., Sánchez-Palacio, N., y Jaramillo-Ángel, C. P. (2022). Atención primaria social en Colombia: una mirada desde una experiencia exitosa. *Salud UIS*, 54, e22016. <https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22016>
- Blinka, M. D., Haley, W. E., Roth, D. L., Safford, M. M., Clay, O. J., Howard, G., y Howard, V. J. (2022). Family caregivers emphasise patience and personal growth: A qualitative analysis from the Caregiving Transitions Study. *Age and Ageing*, 51(2), afab266. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab266>

- Bongelli, R., Busilacchi, G., Pacifico, A., Fabiani, M., Guarascio, C., Sofritti, F., Lamura, G., y Santini, S. (2024). Caregiving burden, social support, and psychological well-being among family caregivers of older Italians: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 12, Article 1474967. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1474967>
- Burton, M., y Guzzo, R. S. L. (2020). Liberation psychology: Origins and development. En L. Comas-Díaz y E. Torres Rivera (Eds.), *Liberation psychology: Theory, method, practice, and social justice* (pp. 17-40). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000198-002>
- Cañaveral-Guisao, D., Londoño-Torres, G. E., y Posada-Pérez, N. (2024). Redes que unen: Estudio sobre las redes de apoyo comunitarias en contextos de vulnerabilidad ambiental y antrópico por avenida torrencial como expresión de resiliencia comunitaria. *Entramado*, 20(2), e11025. <https://doi.org/10.18041/1900-3803/entramado.2.11025>
- Cano-Bedoya, S. M., Martínez-Herrera, E., y Posada-Zapata, I. C. (2022). Tejido social de mujeres para la salud de la Comuna 1 Popular de Medellín. *Revista Iberoamericana de Estudios de Desarrollo*, 11(1), 32-52. https://doi.org/10.26754/ojs_ried/ijds.547
- Casaleiro, T., Martins, H., y Caldeira, S. (2024). Promoting spiritual coping of family caregivers of an adult relative with severe mental illness: Development and test of a nursing intervention. *Healthcare*, 12(13), 1247. <https://doi.org/10.3390/healthcare12131247>
- Chaparro-Díaz, L., Carreño-Moreno, S., Alzate Hernández, J. S., y Acosta-Pardo, C. A. (2023). Relationship between burden and perceived social support in low-income caregivers. *Aquichan*, 23(1), e2314. <https://doi.org/10.5294/aqui.2023.23.1.4>
- Choi, H., Reblin, M., y Litzelman, K. (2024). Conceptualizing family caregivers' use of community support services: A scoping review. *The Gerontologist*, 64(5), gnad039. <https://doi.org/10.1093/geront/gnad039>

- Comas-Díaz, L., y Torres Rivera, E. (Eds.). (2020). *Liberation psychology: Theory, method, practice, and social justice*. American Psychological Association.
- Creswell, J. W. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications.
- Cueto, R. M., Ayma, L., Llanco, C., y Espinosa, A. (2024). Significados y efectos del voluntariado en los Juegos Panamericanos y Parapanamericanos Lima 2019 y el Proyecto Especial Legado. *Revista de Psicología*, 42(2), 1061–1096. <https://doi.org/10.18800/psico.202402.014>
- Davies, B., Abrams, D., Horsham, Z., y Lalot, F. (2024). The causal relationship between volunteering and social cohesion: A large-scale analysis of secondary longitudinal data. *Social Indicators Research*, 171, 809–825. <https://doi.org/10.1007/s11205-023-03268-6>
- Departamento Nacional de Planeación. (2025). Documento CONPES 4143 “Política Nacional de Cuidado”. https://www.dnp.gov.co/LaEntidad_/subdireccion-general-prospectiva-desarrollo-nacional/direccion-desarrollo-social/Paginas/politica-cuidado.aspx
- Dias, M. S. de L. (2020). El legado de Martin-Baró: El problema de la conciencia latinoamericana. *Psicología para América Latina*, 33, 11-22.
- Escalante Hernández, H. E., Montoya Zapata, C. P., y Arias-Rojas, M. (2022). Adopción del rol y calidad de vida de cuidadores de pacientes oncológicos en Medellín, Colombia. *Avances en Enfermería*, 40(1), 89-100. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v40n1.98705>
- Fife, S. T., y Gossner, J. D. (2024). *Deductive qualitative analysis: Evaluating, expanding, and refining theory*. *International Journal of Qualitative Methods*, 23. <https://doi.org/10.1177/16094069241244856>

- Fréchette, J., Bitzas, V., Aubry, M., Kilpatrick, K., y Lavoie-Tremblay, M. (2020). Capturing lived experience: Methodological considerations for interpretive phenomenological analysis. *International Journal of Qualitative Methods*, 19. <https://doi.org/10.1177/1609406920907254>
- Gaviria Noreña, D. L., Álvarez del Río, R. F., Zapata Gómez, N. E., y González Giraldo, M. (2022). Determinación social de la salud de las familias de dos barrios de Medellín, Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 40(2), e14. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e14>
- Guerrero-Gaviria, D., Acosta-Pardo, C., y Carreño-Moreno, S. (2025). Validity and reliability of the Preparedness for Care Scale in family caregivers of people with chronic illness in Colombia. *Hispanic Health Care International*. <https://doi.org/10.1177/15404153251342741>
- Haslam, S. A., Fong, P., Haslam, C., y Cruwys, T. (2024). Connecting to community: A social identity approach to neighborhood mental health. *Personality and Social Psychology Review*, 28(3), 251–275. <https://doi.org/10.1177/10888683231216136>
- Hatton, C. R., Kale, R., Pollack Porter, K. M., y Mui, Y. (2024). Inclusive and intersectoral: Community health improvement planning opportunities to advance the social determinants of health and health equity. *BMC Public Health*, 24, 170. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17496-5>
- Hennink, M., y Kaiser, B. N. (2022). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science y Medicine*, 292, 114523. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill.
- Hotta, K., y Ishimaru, M. (2024). The meaning in group volunteering and its influence on the well-being of community-dwelling older volunteers in Japan: A qualitative study.

Archives of Gerontology and Geriatrics Plus, 1(4), 100086.
<https://doi.org/10.1016/j.aggp.2024.100086>

Kardosod, A., Needham, J., Udomkhamsuk, W., Wongcharoen, W., y Petsky, H. (2025). Experiences, coping and caregiver well-being for caregiving Thai family members with metastatic spinal cancer for palliative home care: A descriptive qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 77, 102919.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2025.102919>

Khatri, R. B., Endalamaw, A., Erku, D., Wolka, E., Nigatu, F., Zewdie, A., y Assefa, Y. (2024). Enablers and barriers of community health programs for improved equity and universal coverage of primary health care services: A scoping review. *BMC Primary Care*, 25, 385. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02629-5>

Knott, E., Rao, A. H., Summers, K., y Teeger, C. (2022). Interviews in the social sciences. *Nature Reviews Methods Primers*, 2(1). <https://doi.org/10.1038/s43586-022-00166-y>

Lim, W. M. (2025). What is qualitative research? An overview and guidelines. *Australasian Marketing Journal*, 33(2). <https://doi.org/10.1177/14413582241264619>

Lin, Z., y Lou, V. W. (2024). Volunteers' initial motivations in a community-based end-of-life care programme and the associations with their eudaimonic well-being. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 1–16.
<https://doi.org/10.1080/29949769.2024.2333294>

Long, K. N. G., Symons, X., VanderWeele, T. J., Balboni, T. A., Rosmarin, D. H., Puchalski, C., Cutts, T., Gunderson, G. R., Idler, E., Oman, D., Balboni, M. J., Tuach, L. S., y Koh, H. K. (2024). Spirituality as a determinant of health: Emerging policies, practices, and systems. *Health Affairs*, 43(6), 783–790.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2023.01643>

Lorente, J. M., Küster, I., y Vila, N. (2024). The role of engagement in retaining volunteers. *International Review on Public and Nonprofit Marketing*.
<https://doi.org/10.1007/s12208-024-00412-x>

- Luisi, D. R., y Hämel, K. (2024). Understandings of community participation and empowerment in primary health care in Emilia-Romagna, Italy: A qualitative interview study with practitioners and stakeholders. *PLOS ONE*, 19(9), e0310137. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0310137>
- Mahilall, R., y Swartz, L. (2021). Spiritual care: Motivations and experiences through the lenses and voices of a cohort of spiritual care workers at an established hospice in Cape Town, South Africa. *Journal of Religion and Health*, 60, 2906-2924. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01232-7>
- Mancilla-López, L. P., Góez-Rueda, J. D., Morales-Salazar, A. D., y Godoy-Toro, N. A. (2025). Los procesos participativos y de gobernanza en soberanía y seguridad alimentaria durante la pandemia de la COVID-19 en la comuna 1 de Medellín, 2021. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 43, e357880. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e357880>
- Martín, S. A. (2024). Derivas regionales de la crisis de la psicología social. La subjetividad en clave histórica y social desde los aportes de la psicología de la liberación y de la psicología comunitaria. *Salud Mental y Comunidad*, 17, 71-86. <https://doi.org/10.18294/smyc.2024.5582>
- Martín-Baró, I. (2006). Hacia una psicología de la liberación. *Psicología Sin Fronteras: Revista Electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria*, 1(2), 7-14.
- Matos, J., Querido, A., y Laranjeira, C. (2024). Spiritual care through the lens of Portuguese palliative care professionals: A qualitative thematic analysis. *Behavioral Sciences*, 14(2), Article 134. <https://doi.org/10.3390/bs14020134>
- Maya Jariego, I., Alieva, D., y González Tinoco, E. (2026). Revisión sistemática de la investigación sobre sentido psicológico de comunidad en Iberoamérica. *Revista de Psicología*, 44(1). <https://doi.org/10.18800/psico.202601.020>
- McAndrew, N. S., Gray, T. F., Wallace, C. L., Calkins, K., Guttormson, J., Harding, E. S., y Applebaum, A. J. (2023). Existential distress in family caregivers: Scoping review of

meaning-making interventions. *BMJ Supportive y Palliative Care*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/spcare-2023-004448>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.

Molina-Betancur, J. C., Agudelo-Suárez, A. A., y Martínez-Herrera, E. (2021). Mapeo de activos comunitario para la salud en un asentamiento informal de Medellín (Colombia). *Gaceta Sanitaria*, 35(4), 333-338. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.012>

Nocetti-de la Barra, A., Fraile-Duvicq, C. G., Arenas-Massa, Á., y Álvarez-Cruces, D. (2023). Saber práctico desarrollado por el personal sanitario desde la experiencia de atención en cuidado espiritual. *Index de Enfermería*, 32(4). <https://doi.org/10.58807/indexenferm20236355>

Nogueira-González, P., Gil-González, D., y Álvarez-Dardet-Díaz, C. (2024). Luces y sombras en la implementación de la acción comunitaria para la salud. *Gaceta Sanitaria*, 38, 102387. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102387>

Peterson, M., Rosing, A., Rink, E., Schure, M., Haggerty, J., Adler Reimer, G., y Larsen, C. V. (2025). Applying community-based participatory research principles to build trust and equity in health and socio-ecological studies in Greenland. *International Journal of Circumpolar Health*, 84(1), 2473181. <https://doi.org/10.1080/22423982.2025.2473181>

Restrepo-Villa, R. O., y Gómez-Builes, G. M. (2023). Participación comunitaria en salud: sistematización de las experiencias de la Mesa en Salud de Moravia, Medellín 2017-2021. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 41(1), e348891. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e348891>

Ríos, L. D., Cañaveral, J. F., y Krikorian, A. (2021). Redes comunitarias de cuidadores: acompañamiento a la movilización ciudadana para el cuidado compasivo. *Revista de Salud Pública*, 23(3), 1-7. <https://doi.org/10.15446/rsap.v23n3.89931>

- Robertazzi, M. (2020). Actualidad y pertinencia de la psicología de la liberación en la enseñanza y la investigación psicosociológicas. *Psicología para América Latina*, 33.
- Rodríguez, F. A. (2025). Maritza Montero. Teoría y práctica de la psicología comunitaria. *Orinoco Pensamiento y Praxis*, 15(2), 59-72.
- Rosas-Cervantes, E., Jiménez-González, M. de J., Valenzuela-Suazo, S., y Guerrero-Castañeda, R. F. (2024). Relationship between the spirituality of the informal caregiver and resilience in older adults with cancer. *Enfermería Global*, 23(74), 472–494. <https://doi.org/10.6018/eglobal.601201>
- Sánchez-Tamayo, G. K., Huertas-Angulo, F. M. del R., y Andrade-Silva-Costa-Rosa, R. M. (2024). Cuidado espiritual desde Caritas Veritas de Watson en enfermeras de un hospital distrital en Perú. *Ciencia y Enfermería*, 30, Article 19. <https://doi.org/10.29393/ce30-19cegr30019>
- Secretaría de Salud de Medellín. (2026). Medellín Te Quiere Saludable. Alcaldía de Medellín. <https://www.medellin.gov.co/es/secretaria-de-salud/medellin-te-quiere-saludable/>
- Spezia, N., De Rosis, S., y Nuti, S. (2024). Sense of community in the context of disease prevention and health promotion: A scoping review of the literature. *BMC Public Health*, 24, 3090. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20515-8>
- Stalmeijer, R. E., Brown, M. E. L., y O'Brien, B. C. (2024). How to discuss transferability of qualitative research in health professions education. *The Clinical Teacher*, 21, e13762. <https://doi.org/10.1111/tct.13762>
- Stenberg, J., y Hjelm, K. (2024). Social support as perceived, provided and needed by family-members of migrants with type 2 diabetes: A qualitative study. *BMC Public Health*, 24, 1612. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19101-9>
- Uzun, U., Başar, S., y Saritaş, A. (2024). Spiritual needs of family caregivers in palliative care. *BMC Palliative Care*, 23, 256. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01589-y>

- Wang, J., Jing, L., Wang, H., Ma, Y., Xu, Y., Li, T., Jue, X., Shu, Z., Hui, J., y Li, X. (2024). Volunteers' spiritual care competence and its relationship with attitudes toward palliative care: A cross-sectional study. *Palliative y Supportive Care*, 22(5), 971-977. <https://doi.org/10.1017/S1478951523000123>
- Watkins, M. (2024). Research as a potential mode for ecopsychosocial accompaniment. En M. R. Rosales, L. P. Johnson, y A. Rödlach (Eds.), *Research as accompaniment: Solidarity and community partnerships for transformative action* (pp. 221-234). Routledge.
- Whelan, M., Ghosh, I., Bell, L., y Oyeboode, O. (2023). How and to what extent did the Coventry City of Culture 'City Host' volunteer programme affect the volunteers' mental wellbeing? A qualitative study. *BMC Public Health*, 23, 2044. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16862-7>
- World Health Organization. (2021). Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
- World Health Organization. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. World Health Organization.
- Xu, Z., Wang, Y., y Qian, Y. (2025). The design and application of in-depth interviews in primary care research. *Chinese General Practice Journal*, 2(2), 100062. <https://doi.org/10.1016/j.cgpj.2025.100062>
- Yang, H., Liang, C., Liang, Y., Yang, Y., Chi, P., Zeng, X., y Wu, Q. (2023). Association of gratitude with individual and organizational outcomes among volunteers: An application of broaden-and-build theory of positive emotions. *SAGE Open*, 13. <https://doi.org/10.1177/21582440231210372>
- Yu, Q., Xu, L., Zhou, L., Jiang, X., Xu, N., Lang, Z., Wu, Y., y Yin, C. (2025). A study of the relationship between social support, caregiving experience and depressed mood

of family caregivers of home-dwelling older adults with disability: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 25, 1021. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22276-4>

Zhou, J., Yue, S., y Xiao, Z. (2024). How does perceived calling influence sustained volunteering intention? The role of volunteering norm and COVID-19 pandemic strength. *SAGE Open*, 14(2), 1–12. <https://doi.org/10.1177/21582440241255948>

Anexos

Anexo A.

Consentimiento informado para participación en investigación

Título del estudio:

Percepciones de los agentes de la Pastoral de la Salud de la Parroquia Santa Ana sobre su práctica de trabajo comunitario en el acompañamiento a personas enfermas en Sabaneta, Antioquia, 2025

Investigador:

Institución académica:

Programa académico:

Psicología

Consentimiento informado

Yo, _____,
identificado(a) con documento de identidad número _____,
manifiesto que he sido informado(a) de manera clara y suficiente sobre la investigación titulada *Percepciones de los agentes de la Pastoral de la Salud de la Parroquia Santa Ana sobre su práctica de trabajo comunitario en el acompañamiento a personas enfermas en Sabaneta, Antioquia, 2025*, la cual es desarrollada por el estudiante Jorge Luis Giraldo Álvarez , en el marco de su proceso académico en el programa de Psicología.

Se me ha explicado que el propósito de esta investigación es comprender las percepciones que construyen los agentes de la Pastoral de la Salud sobre su práctica de trabajo comunitario en el acompañamiento a personas enfermas. También se me informó que mi participación consistirá en responder una entrevista semiestructurada relacionada con mi experiencia dentro de la Pastoral de la Salud.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones y sin que esto genere perjuicio alguno. De igual manera, se me ha informado que la información que proporcione será utilizada únicamente con fines académicos e investigativos.

Se me explicó que mi identidad será protegida mediante el uso de códigos o seudónimos, por lo que mi nombre no aparecerá en el informe final ni en publicaciones derivadas de este estudio. También comprendo que los datos obtenidos serán tratados con confidencialidad y resguardados de manera responsable por el investigador.

Autorizo que la entrevista sea grabada en audio únicamente con fines de transcripción y análisis de la información, entendiendo que dicho material será usado exclusivamente para el desarrollo de la investigación.

He tenido la oportunidad de realizar preguntas sobre el estudio y he recibido respuestas claras y satisfactorias. En constancia de lo anterior, firmo este consentimiento de manera libre y voluntaria.

Nombre del participante:

Documento de identidad:

Firma del participante:

Fecha:

Nombre del investigador:
Jorge Luis Giraldo Álvarez

Firma del investigador:

Autorización para grabación de audio:
Sí _____
No _____

Declaro que autorizo de manera libre la grabación de la entrevista para fines exclusivos de transcripción, análisis académico y resguardo investigativo.

Anexo B.

Guía de entrevista semiestructurada

1. Datos de identificación

Código del entrevistado: _____

Fecha: _____

Lugar: _____

Hora de inicio: _____

Hora de finalización: _____

Duración: _____

Entrevistador(a): _____

Tiempo de vinculación a la Pastoral de la Salud: _____

Autorización para grabación de audio: Sí ____ No ____

2. Objetivo general de la investigación

Comprender las percepciones que construyen los agentes de la Pastoral de la Salud de la Parroquia Santa Ana sobre su práctica de trabajo comunitario en el acompañamiento a personas enfermas.

3. Objetivos específicos

1. Identificar las motivaciones y sentidos que los agentes atribuyen a su participación en la Pastoral de la Salud.
2. Describir las narrativas y significados que los agentes construyen en torno a su experiencia de acompañamiento comunitario a personas enfermas.
3. Reconocer las fortalezas, herramientas y dificultades que los agentes perciben en el ejercicio de su práctica de trabajo comunitario.

4. Técnica e instrumento

Técnica: Entrevista semiestructurada individual.

Instrumento: Guía de entrevista organizada en bloques temáticos, con preguntas abiertas y posibilidades de profundización.

5. Duración estimada sugerida

30 a 45 minutos.

6. Introducción

Buenos días/tardes. Muchas gracias por aceptar participar en esta entrevista. Mi nombre es Jorge Luis Giraldo Álvarez y esta conversación hace parte de una investigación académica sobre la experiencia de los agentes de la Pastoral de la Salud en su práctica de acompañamiento a personas enfermas.

El propósito de esta entrevista es comprender, a partir de su experiencia, cómo vive, interpreta y valora esta labor dentro de la comunidad parroquial. Su participación es completamente voluntaria. La información será utilizada únicamente con fines académicos, será manejada con confidencialidad y su identidad será protegida mediante un código. Puede decidir no responder alguna pregunta o retirarse en cualquier momento, sin ninguna consecuencia.

No existen respuestas correctas o incorrectas; lo importante es conocer su experiencia, su manera de entender esta práctica y lo que ha significado para usted. Si usted lo autoriza, la entrevista será grabada únicamente para facilitar la transcripción y el análisis posterior.

¿Está de acuerdo en iniciar?

7. Preguntas de la entrevista

Bloque 1. Motivaciones y sentidos de participación

Objetivo específico 1: Identificar las motivaciones y sentidos que los agentes atribuyen a su participación en la Pastoral de la Salud.

1. ¿Cómo llegó usted a vincularse a la Pastoral de la Salud y qué recuerda de ese momento en que comenzó a participar?

Profundizaciones sugeridas:

- ¿Hubo alguna experiencia, persona o situación que influyera en esa decisión?
- ¿Qué esperaba encontrar o aportar cuando empezó?

Categorías que puede explorar: motivaciones, participación, espiritual.

2. ¿Qué lo motivó al inicio y qué lo motiva hoy a continuar en esta labor?

Profundizaciones sugeridas:

- ¿Siente que esas motivaciones han cambiado con el tiempo?
- ¿Qué lo sostiene cuando la labor se vuelve exigente?
- Si no emerge de manera espontánea: ¿hay valores, convicciones o creencias que influyan en esa permanencia?

Categorías que puede explorar: motivaciones, espiritual, realización personal.

3. ¿De qué manera esta experiencia ha impactado su vida personal?

Profundizaciones sugeridas:

- ¿Qué cambios ha notado en usted desde que participa?
- ¿Qué le ha dejado esta experiencia en su forma de pensar, sentir o actuar?

Categorías que puede explorar: realización personal, significados.

4. ¿Cómo ha sido para usted hacer parte de este grupo dentro de la parroquia?

Profundizaciones sugeridas:

- ¿Qué lugar siente que ocupa dentro del grupo?
- ¿En qué momentos se ha sentido más cercano o identificado con la pastoral?

- ¿Ha habido momentos en que se haya sentido distante?

Categorías que puede explorar: sentido de pertenencia, participación, percepción del trabajo comunitario.

Bloque 2. Narrativas y significados de la experiencia

Objetivo específico 2: Describir las narrativas y significados que los agentes construyen en torno a su experiencia de acompañamiento comunitario a personas enfermas.

5. Si tuviera que explicarle a alguien que no conoce la Pastoral de la Salud qué hacen ustedes cuando acompañan a una persona enferma, ¿cómo se lo contaría?

Profundizaciones sugeridas:

- ¿Qué cree que distingue esta labor de otras formas de ayuda?
- ¿Qué papel tienen el grupo, la parroquia o la comunidad en ese acompañamiento?

Categorías que puede explorar: percepción del trabajo comunitario, participación, significados.

6. ¿Cómo ha sido su participación concreta en las actividades o procesos de acompañamiento?

Profundizaciones sugeridas:

- ¿Qué suele hacer usted dentro de esta labor?
- ¿Cómo se organizan para acompañar?
- ¿Siente que puede proponer, decidir o aportar ideas?

Categorías que puede explorar: participación, percepción del trabajo comunitario, redes de apoyo.

7. Cuénteme una experiencia de acompañamiento que haya sido especialmente importante o significativa para usted.

Profundizaciones sugeridas:

- ¿Qué ocurrió en esa situación?

- ¿Por qué la recuerda cómo significativa?
- ¿Qué sintió o qué aprendió a partir de esa experiencia?

Categorías que puede explorar: significados, narrativas, espiritual, realización personal.

8. A partir de lo que ha vivido, ¿qué sentido tiene para usted acompañar a una persona enferma?

Profundizaciones sugeridas:

- ¿Cómo nombraría usted esa labor desde su experiencia?
- ¿Qué lugar ocupa en su vida esta práctica de acompañamiento?
- Si no se da espontáneamente: ¿hay alguna relación entre esta labor y su manera de comprender la fe, el servicio o el cuidado del otro?

Categorías que puede explorar: significados, percepción del trabajo comunitario, espiritual.

Bloque 3. Herramientas, apoyos y dificultades

Objetivo específico 3: Reconocer las fortalezas, herramientas y dificultades que los agentes perciben en el ejercicio de su práctica de trabajo comunitario.

9. ¿Cuáles han sido las principales dificultades o retos que ha encontrado en esta labor de acompañamiento?

Profundizaciones sugeridas:

- ¿Qué situaciones suelen resultarle más complejas?
- ¿Cómo ha afrontado esos momentos?
- ¿Qué efectos tienen esas dificultades en usted o en el grupo?

Categorías que puede explorar: herramientas y dificultades, significados, realización personal.

10. Cuando aparecen esas dificultades, ¿qué personas, espacios o recursos le ayudan a sostener esta labor, y qué cree que haría falta fortalecer?

Profundizaciones sugeridas:

- ¿Qué apoyos encuentra en la pastoral, la parroquia, su familia o la comunidad?
- ¿Qué apoyo siente que hace falta?
- ¿Qué necesitaría el grupo para acompañar mejor?

Categorías que puede explorar: redes de apoyo, herramientas y dificultades, participación.

8. Cierre de la entrevista

Agradezco mucho el tiempo que me ha brindado y la disposición para compartir su experiencia.

Antes de terminar, ¿Quisiera quizá mencionar algo adicional que considere importante?

Finalmente, recordarle que la información será tratada con confidencialidad y utilizada únicamente con fines académicos. Muchas gracias por brindarme este espacio y por su tiempo.

9. Articulación entre bloques, objetivos y categorías

Bloque	Preguntas	Objetivo específico	Categorías principales
Motivaciones y sentidos de participación	1-4	Objetivo específico 1	motivaciones, realización personal, espiritual, sentido de pertenencia, participación
Narrativas y significados de la experiencia	5-8	Objetivo específico 2	percepción del trabajo comunitario, significados, participación
Herramientas, apoyos y dificultades	9-10	Objetivo específico 3	redes de apoyo, herramientas y dificultades

Prediseñadas

- Preguntas 1 a 10.

Libres

- Las preguntas de seguimiento que surjan en el momento de la entrevista a partir de la respuesta del participante.