

La Enfermedad Terminal y el Proceso Teoterapéutico:  
Una Mirada Desde la Subjetividad

Maria Camila Ospina Medina, ✉ [camila96\\_12@hotmail.com](mailto:camila96_12@hotmail.com)

Trabajo de Grado presentado para optar al título de Psicólogo

Asesor: Ángela María Jaramillo Suárez, Magíster (MSc) en Psicología del  
Desarrollo Infantil



UNIVERSIDAD DE  
SAN BUENAVENTURA  
COLOMBIA

Universidad de San Buenaventura Colombia

Facultad de Psicología

Psicología

Santiago de Cali, Colombia

2019



---

Citar/ How to cite	(Ospina, 2019)
Referencia/ Reference	Ospina C. (2019). <i>La Enfermedad Terminal y el Proceso Teoterapéutico: Una Mirada Desde la Subjetividad</i> (Trabajo de grado Psicología). Universidad de San Buenaventura Colombia, Facultad de Psicología, Cali.
Estilo/Style: APA 6th ed. (2010)	

---



### Bibliotecas Universidad de San Buenaventura



Biblioteca Digital (Repositorio)  
<http://bibliotecadigital.usb.edu.co>

- Biblioteca Fray Alberto Montealegre OFM - Bogotá.
- Biblioteca Fray Arturo Calle Restrepo OFM - Medellín, Bello, Armenia, Ibagué.
- Departamento de Biblioteca - Cali.
- Biblioteca Central Fray Antonio de Marchena – Cartagena.

### Universidad de San Buenaventura Colombia

Universidad de San Buenaventura Colombia - <http://www.usb.edu.co/>

Bogotá - <http://www.usbbog.edu.co>

Medellín - <http://www.usbmed.edu.co>

Cali - <http://www.usbcali.edu.co>

Cartagena - <http://www.usbctg.edu.co>

Editorial Bonaventuriana - <http://www.editorialbonaventuriana.usb.edu.co/>

Revistas - <http://revistas.usb.edu.co/>

## **Resumen**

Múltiples investigaciones se han publicado describiendo los cuidados paliativos que se deben tener en cuenta a la hora de cuidar a un enfermo terminal; sin embargo, la mayoría de esas investigaciones se han centrado en trabajar con el paciente desde una perspectiva biológica la cual ha buscado enfocarse principalmente en el manejo del dolor y aplacamiento del sufrimiento físico que la enfermedad puede causar. El objetivo de la presente investigación, de epistemología cualitativa, profundidad descriptiva y tiempo transversal, es indagar sobre otras posibilidades de acompañamiento al enfermo terminal desde una postura más allá de lo biológico, describiendo el sentido subjetivo y las configuraciones subjetivas que le da un paciente a un proceso teoterapéutico, durante su proceso de afrontamiento de la enfermedad. Los resultados de la investigación muestran que el proceso teoterapéutico tiene un impacto positivo en el participante no solo durante el tratamiento de su enfermedad terminal, sino después de la misma ayudando a mejorar la calidad de vida del participante, tanto a nivel social como a nivel afectivo.

**Palabras clave:** Sentido Subjetivo, Subjetividad, Enfermedad Terminal, Teoterapia.

**Abstract**

Multiple research has been generated regarding the palliative care that should be taken into account when caring for a terminally ill patient, but many of these researches focus on working with the patient from a biological perspective, on pain and physical suffering that the disease can cause, but this research tries to go beyond the biological, helping the person to have a better quality of life, both socially, affective, so the purpose of this research was to describe the subjective sense that gives a patient with a terminal illness to his treatment with the teotherapy, therefore a semi-structured interview was carried out, where he took into account: The sense and the subjective configurations that the patient has in the face of his terminal illness.

**Keywords:** Subjective Sense, Subjectivity, Terminal Illness, Theotherapy.

**Tabla de contenido**

<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>9</b>
1.1 ANTECEDENTES .....	12
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
2.1 OBJETIVO GENERAL .....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	17
<b>3. MARCO TEORICO.....</b>	<b>18</b>
3.1 Sujeto.....	18
3.2 Subjetividad.....	18
3.3 Sentido Subjetivo.....	19
3.4 Configuraciones Subjetivas .....	20
3.5 Representaciones Sociales.....	20
<b>4. METODOLOGÍA .....</b>	<b>22</b>
4.1 Tipo de estudio .....	22
4.2 Participantes .....	22
4.3 Instrumento.....	23
4.4 Procedimiento.....	23
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>25</b>
5.1 Subjetividad del paciente antes, durante y después de la enfermedad terminal	25
5.2 Representaciones Sociales del Paciente Terminal.....	27
5.3 Subjetividad del Paciente frente a la Relación con Familiares y Amigos .	28
5.4 Sentido Subjetivo del Paciente Construido a Partir de la Teoterapia Frente a la Enfermedad Terminal .....	28
<b>6. DISCUSIÓN.....</b>	<b>30</b>
<b>7. CONCLUSIÓN.....</b>	<b>34</b>
<b>8. REFERENCIAS .....</b>	<b>36</b>

<b>9.</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>39</b>
<b>10.</b>	<b>Anexo 2 .....</b>	<b>41</b>

## **Introducción**

Pensar en una enfermedad terminal es pensar en un proceso de salud, muchas veces incurable, que desafortunadamente conlleva una gran carga emocional desde una perspectiva de dependencia de un otro para poder realizar sus acciones (Poveda, 2016). Se puede considerar, de igual manera, como un proceso en el cual es muy difícil predecir la evolución de la enfermedad.

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinan que las enfermedades terminales han generado un gran impacto económico en el mundo ya que el costo atribuible a estas en el 2010 fue de US\$1.16 billones; así mismo, la OMS destaca el cáncer como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, entendiendo que en 2012 se encontraron 8.2 millones de muertes relacionadas con cáncer y se prevé que en 20 años esta cifra podría aumentar en un 70%. Más específicamente, la OMS refiere que este grupo de enfermedades está muy relacionado con malos hábitos de vida entre los que se cuentan el sedentarismo, la mala alimentación y el consumo excesivo de cigarrillo y alcohol, el cual en particular, es una de las principales causas de cáncer en el mundo, ocasionando aproximadamente el 22% del total de las muertes por cáncer (OMS, 2017).

En Colombia las muertes producidas por cáncer han afectado a 33.100 personas al año entre hombres y mujeres, prevaleciendo en los hombres cáncer como el de estómago, pulmón, próstata, colon-rectal y leucemias, y en las mujeres los de cuello uterino, estómago, mama, pulmón y colon-rectal. Por otra parte, en Colombia enfermedades terminales como las cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, son las principales causas de muertes en este país. En el Valle del Cauca, específicamente, el cáncer más frecuente en hombres es el cáncer de próstata con 1.644 casos anuales y en mujeres es el cáncer de mama con 1.541 casos anuales (Ministerio de Salud y Protección Social, Agosto 6 de 2017).

De manera impactante, no solo los adultos son afectados por esta enfermedad ya que se conoce cómo en Colombia cada año 2.200 niños son diagnosticados con algún tipo de cáncer y solo el 50% de ellos logran superarlo (Ministerio de Salud y Protección Social, Agosto 6 de 2017).

Por consiguiente, ante la noticia de una enfermedad deben realizarse estrategias de afrontamiento las cuales pueden evaluarse por medio de dos procesos, principalmente se hace un análisis sobre los hechos positivos, neutros o negativos que trae esa noticia más las consecuencias

que trae consigo en el presente y a futuro. El segundo proceso es evaluar las capacidades que actualmente tendría el sujeto para afrontar la situación y cuáles serían las posibilidades de que aparecieran nuevas reacciones frente a esa situación.

La enfermedad terminal es entendida como aquella que no responde a ninguna clase de tratamiento, es una enfermedad que causa el deterioro progresivo de la personas tanto biológico como emocional, y al ser una enfermedad progresiva se da más énfasis en el tratamiento emocional, donde se busca el confort del paciente, que a pesar del malestar de la enfermedad se puedan hacer terapias donde el paciente vea desde otro punto de vista su estado de salud y la situación por la que está pasando en ese momento. Desde la perspectiva humanista de Roger se le conoce como la terapia centrada en la persona.

Así, cuando una persona padece una enfermedad terminal, es importante fortalecer su parte emocional y la de su familia, por lo cual siempre se busca mejorar la calidad de vida del paciente durante el proceso de la enfermedad; en efecto muchas veces las personas buscan un refugio en Dios y es ahí cuando Yoffe (2006) refiere que durante varios siglos atrás se consideraba a la religión como opuesta a la psicología ya que se creía que los problemas de la fe estaban ligados con la filosofía, moral y problemas espirituales, por lo cual no se le denominaban problemas científicos.

“En investigaciones realizadas en el campo de la Psicología de la religión y la espiritualidad se llegaron a conclusiones acerca de cómo la religión puede tener efectos positivos en la salud en procesos de afrontamiento de sucesos negativos” (Yoffe, 2006, p. 197). Desarrollando así un concepto de “afrontamiento religioso” (Yoffe, citado de, Pargament y Koenig 1997) definido como “tipo de afrontamiento donde se utilizan creencias y comportamientos religiosos para prevenir y/o aliviar las consecuencias negativas de sucesos de vida estresantes, tanto como para facilitar la resolución de problemas” (Yoffe, citado de, Lazarus y Folkman, 1986).

Aunque las creencias y las prácticas religiosas no están reservadas solamente para los momentos de pérdida y dolor, las personas se dirigen hacia la religión en busca de ayuda en aquellas situaciones de la vida que son más estresantes. Muchos de los mecanismos religiosos parecen estar diseñados específicamente para ayudar a las personas en los momentos más difíciles de su vida. Tal vez no sería sorprendente descubrir que la religión es particularmente beneficiosa para momentos de gran dolor. (Pargament & Brant, citado en, Yoffe, 1998).

Igualmente es importante destacar que según Chamorro (2011) “En toda sanidad efectuada por el Señor, la razón principal es su amor. . .El amor es el mejor ambiente y el clima necesario para mantenernos sanos. Solo el amor puede sanarnos si perdemos la salud”

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cáncer es el principal causante de muertes en el mundo, hasta el momento cerca de 8.8 millones de personas han muerto a causa de esta enfermedad terminal. Así mismo la OMS (2018) refiere que alrededor de un tercio de las muertes por cáncer se debe a cinco principales factores de riesgo conductuales y dietéticos; a saber, índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol.

Por otra parte, según el Ministerio de Salud y Protección Social, el cáncer es una de las problemáticas más importantes de salud pública, ya que, en Colombia mueren cerca de 96 personas diariamente. Hasta el 2010 entre las mujeres el cáncer de mama es la principal causa de muerte y en los hombres la mayor causa de mortalidad es por tumores malignos en el estómago. Así mismo, el cáncer representa una de las causas principales de muerte entre los niños y jóvenes del país, siendo la leucemia la principal causa de muerte o enfermedad.

Dentro del valle del Cauca cada semana tres niños son diagnosticados con algún tipo de cáncer, esto quiere decir que, al año, 156 menores son diagnosticado con esta enfermedad, de los cuales en el 2017 murieron 27 niños en Cali. (El tiempo. 2018).

Sin embargo, cuando una persona padece una enfermedad terminal, es normal que su proceso se enfoque principalmente en lo biológico y en como el cuerpo avance y reaccione a los diferentes medicamentos o tratamientos, pero hay que tener en cuenta que el paciente también es persona, toda la situación por la que la persona pasa durante su enfermedad, todas las emociones experimentadas deben ser tenidas en cuenta y es importante que la persona durante su enfermedad terminal pase por un proceso terapéutico.

Por lo cual, a medida que va avanzando la enfermedad el paciente se empieza a volver más dependiente de su cuidador, por lo cual es importante conocer que a pesar de que el paciente no puede hacer muchas cosas por sí mismo, es responsabilidad de sus familiares o cuidadores estar atentos a las necesidades que este tenga, como el aseo personal ya que aunque el paciente este postrado en una cama necesita sentirse bien físicamente, arreglado y de esta forma se ayudara a mejorar su calidad de vida.

Velasco (2011) refiere que es muy importante trabajar los miedos y depresiones que presenta el paciente terminal, ya que tener la participación en la muerte como en la vida es vital para que la persona pueda estar en paz y poder que sus miedos y depresiones puedan ir desapareciendo.

Es así como, durante el proceso de enfermedad terminal, está la necesidad de prestar atención a la dimensión emocional del paciente terminal, por lo cual se han creado diversas terapias o estrategias que ayudan a que de una u otra manera psicólogos y psicoterapeutas encuentren alternativas las cuales ayuden a contribuir a que la persona tenga una mejor calidad de vida.

Santibañez, Roman & Vinet (2009) define la psicoterapia como un tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica. Así mismo la psicoterapia se le practica a cualquier persona de cualquier edad, desde los niños hasta adultos de edad avanzada.

Carl Rogers llama a la terapia centrada en la persona, psicoterapia centrada en la persona, y es centrada en la persona porque es un proceso que ayuda a la persona a conectarse con si misma orgánicamente y tratar de movilizar todos los sentimientos, a diferencia de la ciencia médica, la cual objetivan a quienes están tratando. (Cloninger, 2003, p.422)

Villacreces (2012) plantea que la psicoterapia de Rogers busca que la persona en las sesiones logre desarrollarse o actualizarse, ampliar sus capacidades y ser consciente de lo que experimenta para poder auto-regularse. Es así como Rogers plantea que no se puede curar algo que no es consciente, de ahí la necesidad de que la persona amplíe ese conocimiento de sí mismo y de su realidad.

Pero, dentro de esta problemática se evidencia que la psicoterapia se queda corta a la hora de dar un tratamiento completo a una persona con diagnóstico de enfermedad terminal, desde la teoterapia el hombre es visto en tres dimensiones, el espíritu, el alma y el cuerpo. Donde el espíritu abarca la relación de la persona con Dios, el alma abarcar la relación con los demás y el cuerpo abarca todo lo fisiológico y anatómico, muchas veces la causa de enfermedades terminales o degenerativas son producto de un alma “contaminada”, un alma liderada por las emociones (rencor, odio, resentimiento), que finalmente solo traen males al cuerpo.

La comunidad teoterapeutica es definida como una modalidad para el tratamiento de las adicciones y de situaciones como la depresión y la ideación suicida, a través de la cual se busca la desintoxicación del adicto y la recuperación, pero teniendo como base la fe en Dios. La comunidad teoterapeutica está constituida, según el autor, por un grupo terapéutico tradicional que incluye profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, terapeutas ocupacionales) y un grupo religioso generalmente de la línea protestante. Su estructura es similar a la de una comunidad terapéutica, pero se fundamenta en

una doctrina de principios religiosos, particularmente de orientación cristiana. (Jaramillo, citado en, Murcia, Orejuela, Patiño, 2016, p. 21).

Chamorro (2011) refiere que la teoterapia es producida cuando Dios, desde nuestro espíritu, llega a nuestra alma y a nuestro cuerpo, sanando todo a su paso.

Siendo así, la religión, la espiritualidad formas de acercamiento a Dios para la mayoría de la población, por lo cual es un aspecto ético que es importante trabajar en situaciones donde el diagnóstico de un paciente es crítico, refiere Fonseca (2016) ya que trabajar en esos aspectos ayuda a mejorar la calidad de vida de ese sujeto. Claramente no es una ayuda que deba ser impuesta a todos los pacientes, solo a aquellos que lo soliciten.

Así mismo el ingreso a una comunidad terapéutica permite a los usuarios el inicio de una vida intracomunitaria y la incorporación de lo aprendido en los espacios terapéuticos, generando un nuevo entramado social que hace despertar interés y recibir afecto de los operadores (Kornblit, Guffanti & Verardi, 2004).

Por todo lo anteriormente mencionando, es clara la falta de cuidados que se le brindan a los pacientes en la dimensión espiritual, por lo tanto, se plantea que la teoterapia puede ser una vía o tratamiento con el cual las personas puedan sobrellevar su enfermedad, que ayuda no solo en la calidad de vida de las mismas, si no también, en los miedos y vivencias que experimentan esas personas, por lo cual se ha planeado la siguiente pregunta de investigación: Cuál es el sentido subjetivo que le da un paciente terminal al recibir un tratamiento teoterapeutico en su proceso con la enfermedad?

## 1.1 ANTECEDENTES

Diversas investigaciones se han realizado con el fin de buscar la efectividad de la religión entorno a los duelos, tratamientos quirúrgicos, enfermedades terminales, demostrando que la religión como terapia y los grupos de apoyo tienen un efecto positivo en la manera en como un paciente puede sobrellevar una enfermedad, mejorando su calidad de vida.

La vida de una persona portadora de una enfermedad crónica se desarrolla en función de la enfermedad, la enfermedad abarca y domina a quien padece la enfermedad. Se hace difícil vivir sin sufrir las consecuencias que trae consigo a sean emocionales, físicas o económicas. (Simões, 2013, p. 69).

A nivel psicológico es importante saber que la noticia de una enfermedad conmoción a la persona que lo padece y a su entorno, peor aún, si esta enfermedad es incurable y progresiva ya que el impacto es más profundo; todo el mundo interior de la persona se desorganiza y frecuentemente aparecen las preguntas sobre la búsqueda de sentido, tratan de encontrar una solución a sus cuestionamientos sobre el sentido de la vida, la enfermedad y la muerte. (Alulema, 2014, p. 27)

Ante estas circunstancias es el paciente quien tiene el derecho de elegir como quiere vivir su enfermedad, en muchos casos las personas al padecer una enfermedad terminal es cuando consiguen un propósito de vida y a pesar de las adversidades trabajan por conseguir esa meta, tratando también de que esa enfermedad que padece le signifique algo para él o ella como persona, por el contrario, otras personas al padecer una enfermedad terminal dejan de encontrarle un sentido a la vida, ya no tienen ánimos de seguir viviendo.

Por la anteriormente mencionado es que la psicoterapia juega un papel importante dentro de la enfermedad del paciente ya que lo ayuda a sobrellevar su enfermedad, basándose en sus emociones y lo que experimenta diariamente en su proceso:

La terapia está centrada en el cliente, no en su problema o en la situación de crisis que atraviesa, ya que este conflicto no le afecta solo en una dimensión de su ser sino en todos los ámbitos de su vida, se ve a la persona de forma integral, es decir en todas su dimensiones, física, intelectual, social, emocional y espiritual (Alulema, 2014, p. 15).

En el afrontamiento de la enfermedad, Puentes, Urrego y Sánchez mencionan que efectivamente, la enfermedad, como experiencia vital, adquiere los visos de un evento existencial que despliega una serie de transformaciones en diversos aspectos: corporal, psíquico, emocional y social.

Estas transformaciones, a su vez, requieren la constitución subjetiva de posibilidades de asimilación y de manejo, al igual que la movilización de distintos “capitales humanos” para la construcción de sentido y significado. (Puentes, et.al, 2015, 482).

Ortega y López (2005) menciona que en muchas unidades de cuidados paliativos se usan las escalas analógicas visuales para detectar el grado de dolor y sufrimiento de la persona, de esta manera se puede lograr tener un panorama más amplio a cerca del grado de sufrimiento que tiene la persona, para así, poder crear estrategias de afrontamiento que puedan ser útiles para minimizar ese sufrimiento.

Según Oechsle, Wais, Vehling, Bokemeyer &Mehnert, dentro de los cuidados paliativos que se le deben dar a una persona en condición de enfermedad terminal, es necesario tener en cuenta que el mantener un sentido de dignidad para los pacientes es esencial, a pesar de su condición de enfermedad es importante que ellos se sientan bien con ellos mismos exteriormente. Simultáneamente es importante tener claro que cada paciente puede tener características diferentes y para ellos se ha identificado como una necesidad fundamental la comunicación con la familia y con el equipo tratante, para que este conozca las condiciones y el alcance de las necesidades de cada persona tratada. (Rodas, Losada. 2012).

Así mismo, se debe tener en cuenta que esos cuidados hacen referencia a:

“El cuidado global y activo de aquellos pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo, en los que es esencial el control del dolor y otros síntomas, la atención a los problemas psicológicos, sociales y espirituales y el conseguir la mejor calidad de vida para ellos y sus familias” (Espinar, 2012, p.174)

Por otra parte Fernández, Gil y Sánchez (1994), tuvieron la oportunidad de hacer su tesis en un centro de rehabilitación en Santander de Quilichao llamado "Arco Iris" el cual practica la teoterapia como terapia para la rehabilitación. Su objetivo era diseñar pautas metodológicas que permitieran sistematizar los problemas existentes en la aplicación de la teoterapia en dicho centro.

Hubo logros en esta tesis en diferentes ámbitos, por una parte a nivel de la sistematización se logró que hubiera más interacción entre la directora, funcionarios y residentes del centro de rehabilitación ya que así fue más efectiva la transformación y mejoramiento en las actividades que se les realizaba a los residentes del centro. Por otra parte el conocer definiciones e identificaciones de la teoterapia ayudo a contrastar la teoría con la práctica de la teoterapia que se aplicaba en el centro de rehabilitación.

A nivel práctico se pudo lograr entre los residentes un ambiente más comunitario y agradable aumentando así su estadía en el centro y a su vez se logró mejorar la comunicación de los residentes con la directora, se logró generar una gran conciencia tanto para los residentes como la directora sobre la drogadicción por medio de actividades educativas como películas y foros. La directora cambio su concepto de drogadicción entendiéndolo como un enfermo que necesita apoyo y comprensión para que supere su adicción.

Entendiendo así que la práctica teoterapeutica ayuda de manera positiva a la hora de mantener un tratamiento terapéutico con personas adictas a sustancias psicoactivas, haciéndose notable que no solo hubo un trato hacia la manera en cómo se practica la teoterapia, sino también un cambio en la actitud de las personas que hacen parte del centro de rehabilitación.

Simultáneamente se realizó otra investigación la cual tenía como objetivo explorar el lugar de la espiritualidad y la religiosidad en la manera como un grupo de mujeres con cáncer de mama asumen, significan y enfrentan su enfermedad. Por lo cual, principalmente se entró en contexto sobre la dualidad religión/espiritualidad, resaltando que esa dualidad es un factor muy positivo como afrontamiento de una enfermedad terminal.

Para llevar a cabo la investigación, se escogieron 4 mujeres de estratos dos y tres, en edades entre los 47 y 61 años, se realizó una investigación cualitativa con el método de una entrevista a profundidad, en el cual se pudo recolectar que según Puentes, Urrego y Sánchez (2015) el papel de la espiritualidad/religiosidad en mujeres con cáncer resulta fundamental en la experiencia de la enfermedad, por cuanto posibilita su asimilación y la construcción de sentido a su alrededor.

Por otra parte, Vinaccia, Quiceno y Remor en su investigación mencionan que a medida que va pasando el tiempo, las personas ven envejeciendo y consigo traen una serie de repercusiones que afectan de manera directa o indirecta a la persona, las personas de su entorno e fuerte dolor físico con el paso de los años, pero esto afecta más a unos que a otros, es ahí donde entra la capacidad de resiliencia que diferencia a cada persona, hay algunas personas que tienen más capacidad de resiliencia frente a diferentes situaciones, mientras que hay otras personas las cuales se dejan afectar y derrumbar por las situaciones ya que su capacidad de resiliencia no es tan fuerte. Finalmente mencionan qué:

La calidad de vida tanto a nivel de salud mental y física está fuertemente influenciada por la percepción de los pacientes acerca de las implicaciones físicas, sociales y económicas que tiene y tendrá su enfermedad, así como de las reacciones emocionales que podrían surgir como consecuencias de las mismas. Mientras que por otro lado el tener características resilientes ayudaría de algún modo a

armonizar la exposición a situaciones de estrés desarrollando las habilidades necesarias para buscar apoyo social. (Vinaccia, Quiceno, Remor, 2012, p. 375).

## JUSTIFICACIÓN

Se han realizado investigaciones en cuanto a los tratamientos que se les realizan a los enfermos terminales, los cuales tenían más que ver en su aspecto biológico, como el verse bien físicamente ayuda que la persona se vea mejor en apariencia, todos los cuidados paliativos que se deberían tener con los pacientes terminales, pero no se ha estudiado en profundidad la parte humana, la espiritual del enfermo terminal, se estudian más que todo aspectos de depresión, emocionales como para que la persona en etapa terminal pueda solucionar todos sus conflictos y pueda morir en paz. Pero nunca se ha trabajado el término “teoterapia” en enfermos terminales, y es en ese faltante donde quiero basar mi proyecto, la relación enfermedad terminal-teoterapia, ya que tampoco hay suficiente información sobre que es la teoterapia y como se realiza? Quien lo realiza?.

Desde la psicología la psicoterapia parece ser una alternativa muy capaz de aliviar todos los problemas emocionales, que padezca la persona ya sea que esté pasando por una situación difícil como lo es una enfermedad terminal o no, pero como se mencionaba anteriormente el faltante de la psicoterapia es la espiritualidad, desde la teoterapia se trabaja la espiritualidad, la relación más directa con Dios a partir de la biblia. Las raíces de la teoterapia tienen como base una fuerte marca religiosa, por consiguiente sus prácticas son fundamentadas en la fe, en el estudio de la palabra de Dios y en el cumplimiento de mandatos bíblicos e ideológicos.

Principalmente se estudió la relación religión-espiritualidad, entendiendo así que “solamente en las dos últimas décadas del siglo pasado se incluyó el estudio de la espiritualidad y de este modo el área paso a denominarse “Psicología de la religión y la Espiritualidad” (Yoffe, 2006, p. 196). En lo cual se pudo concluir acerca de cómo la religión puede tener efectos positivos en la salud de las personas en los procesos de afrontamiento de sucesos vitales negativos o estresantes. (Yoffe, 2006, p. 197).

Teniendo en cuenta lo anterior, también se realizaron investigaciones entre la relación pacientes terminales-religión, donde se pudo evidenciar que efectivamente las personas acuden a Dios mayormente cuando están en situaciones de riesgo:

La enfermedad aparece como castigo sobrenatural,..., pero bien como consecuencia de una transgresión personal o colectiva. No obstante, lo cierto es que la creencia de la intervención de la divinidad en el curso de las enfermedades evitando la muerte y apremiando la curación no es

algo que nos traslade a épocas pasadas sino que es una creencia imperante en la actualidad.  
(Vázquez, 2011, p.144)

Muchas veces se busca la ayuda de Dios por medio de promesas y en situaciones de peligro, la búsqueda de la salud está entre las causas más frecuentes al realizarlas.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir el sentido subjetivo que da un paciente terminal a recibir un tratamiento teoterapeutico en su proceso con la enfermedad.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar el sentido subjetivo del paciente antes y después de la teoterapia frente a su proceso de enfermedad y cómo la enfermedad afecta su vida cotidiana.
- Describir el conocimiento adquirido por el paciente terminal sobre la teoterapia, basado en las representaciones sociales de ese paciente.
- Describir el sentido subjetivo del paciente frente a la relación simbólico-emocional con las personas de su entorno.

### 3. MARCO TEORICO

Principalmente es importante resaltar que la cultura está construida por los procesos subjetivos humanos, sin negar la existencia de parámetros objetivos de carácter racional para juzga a otros grupos o espacios sociales.

Para Murcia, Orejuela y Patiño (2016) el enfoque histórico-cultural de Fernando Gonzales posibilito la comprensión de lo psíquico como subjetivo, para lograr pensar un psiquismo interno en un ambiente cultural, y así entender que el hombre es un agente de cambio en la cultura a la que pertenezca. Es así como los niños adoptan sentidos subjetivos que le llaman la atención mediante la relación con el Otro.

#### 3.1 Sujeto

Para González (2013) el sujeto es aquella persona en la que sus decisiones, construcciones e ideas son fuentes de “sentido subjetivo” que se integran en la configuración subjetiva de su acción.

El sujeto está constituido subjetivamente en la organización de su subjetividad individual, en las configuraciones subjetivas que expresan su historia y lo comprometen de diferentes formas con su mundo presente. Sin embargo, el sujeto está comprometido de forma simultánea en una multiplicidad de escenarios sociales, lo que, a su vez, están atravesados por producciones simbólicas que delimitan los niveles macrosociales de sus diferentes acciones, que son inseparables de las producciones simbólicas microsociales en que está inmerso. (Jimenez-Dominguez, 2008, pág. 42)

#### 3.2 Subjetividad

Fernando González Rey define la subjetividad como: Esa unidad simbólico-emocional, producida en el curso de la experiencia, la base ontológica de lo que definimos por subjetividad, la cual encontró un terreno fértil para su desarrollo en la psicología en la parte final del trabajo de Vygotsky. (González, 2008, p.229).

La comprensión de la subjetividad como un sistema que se mueve sin cesar a través de la aparición constante de configuraciones subjetivas se distingue por superar las fórmulas unidireccionales de las relaciones externas-internas como modelo para entender las relaciones sociales-individuales. (González, 2014, p. 16).

La subjetividad está articulada en un sistema de sentidos que dan cuenta de la forma como organiza las necesidades el sujeto basado en sus relaciones que tienen lugar en un momento histórico y un momento actual; estas necesidades son entendidas como un conjunto de emociones de procedencia

diversa, por lo tanto el sujeto, es un sujeto de necesidad que incluye las necesidades establecidas desde configuraciones motivacionales. (Hayes, 2013, pág. 38).

Así mismo esas experiencias se basan en tres dimensiones que son pasados, presentes y futuros y es desde ahí que emergen nuevas configuraciones subjetivas que se van formando de manera indirecta como el sentido subjetivo de cada persona.

Las formas de subjetivación de las diferencias individuales tienen mucho que ver con las formas dominantes de subjetividad social, así como la constitución social de los protagonistas que aparecen en el desarrollo de cada sujeto individual. Esta subjetividad individual, que pasa por diferentes contextos sociales de subjetivación, se constituye dentro de ellos y a un tiempo, actúa como elemento diferenciador de esa subjetividad social, que puede convertirse en un factor de tensión y ruptura conducente al desarrollo de la propia subjetividad social. (Hayes, 2013, pág. 33).

La subjetividad social no es una abstracción, sino el resultado de procesos de significación y sentido que caracterizan todos los escenarios de constitución de la vida social y que delimitan y sostienen los espacios sociales en que viven los individuos, a través de la propia perpetuación de los significados y sentidos que los caracterizan dentro de los sistemas de relaciones en que actúan y se desenvuelven. (Gonzales, 199, citado en, Hayes, 2013, pág. 33).

### **3.3 Sentido Subjetivo**

El sentido subjetivo es entendido como “una unidad inseparable de las emociones y de los procesos simbólicos” (Gonzales, 2008, p. 233) que muchas veces estos sentidos subjetivos se van configurando subjetivamente por entornos simbólicos como los padres, la religión, la raza. Por lo mismo, el sentido subjetivo no se restringe a las formas de organización de la subjetividad individual, sino que implica la definición de la subjetividad social.

Entendiendo así entonces que los sentidos subjetivos vienen conectados por una serie de sucesos y emociones que no se originan desde el momento de la experiencia sino que traen una historia desde la primera vez que se empezaron a construir las interacciones sociales, pero no de las experiencias que se interiorizan si no de las subjetividades de los sujetos individuales inmersos en esa interacción social. Por lo que es importante conocer desde el discurso del paciente que sentidos subjetivos se fueron configurando desde su casa o representaciones sociales con base en la teoterapia, o sobre la existencia de un “ser supremo” que lo puede todo. Las emociones responden a un sistema somato-psíquico que está ligado culturalmente a los procesos simbólicos.

En el sentido subjetivo juega un papel muy importante lo simbólico y lo emocional, ya que se desdoblán de múltiples formas, en un proceso atravesado por elementos simbólicos y emocionales de las más diversas procedencias y tiempos psicológicos del sujeto. . . Los sentidos subjetivos nunca representan una relación directa e inmediata de aspectos externos influyentes en la vida de las personas; ellos, por el contrario, son una expresión compleja de toda la subjetividad del sujeto y de los contextos en que actúa. (Jimenez-Dominguez, 2008, pág.37)

Por otra parte, de las dimensiones pasado, presente y futuro emergen nuevas configuraciones subjetivas y es así como esas tres dimensiones aparecen de forma indirecta en los sentidos subjetivos del sujeto.

Probablemente, según González (2006) los significados subjetivos que se producen en la experiencia de "estar enfermo" pueden convertirse en serias limitaciones o no al desarrollo de una estilo de vida saludable, un aspecto importante del complejo proceso de recuperación de la salud, por lo cual, muchas veces los sujetos al padecer una enfermedad terminal, cesan las ganas de vivir, los propios sujetos dejan de encontrar un motivo de vida, un motivo por el cual salir adelante y recuperarse.

### **3.4 Configuraciones Subjetivas**

Las configuraciones subjetivas, según González (2008) representan sistemas dinámicos y en desarrollo, pero que expresan la organización de la subjetividad en su devenir histórico, entendiendo esto como todas aquellas experiencias vividas, o conocimientos adquiridos por grupos sociales (representaciones sociales) que van ayudando a la construcción de la subjetividad propia del sujeto.

Gonzales (2005) refiere que las configuraciones subjetivas son las organizaciones de sentidos subjetivos que definen los procesos simbólicos y las emociones, que se integran de forma inseparable en relación a las experiencias del sujeto dentro de los espacios simbólicos de la cultura.

Es decir, cada persona en nuestra vida es una configuración subjetiva que se formó a través de lo simbólico y lo emocional.

### **3.5 Representaciones Sociales**

Las representaciones sociales como lo refiere González (2006) "son una forma de producción de conocimiento que asegura la estabilidad del "mundo", así que es por medio de las representaciones sociales que el propio sujeto puede construir su subjetividad individual, esa subjetividad individual que los pacientes con enfermedades terminales construyen ayudan a fortalecer su contacto con la religión,

generando así que al padecer una enfermedad terminal sea más factible acceder al tratamiento teoterapeutico, por lo cual Ocampo, Romero, Saa, Herrera y Reyes-Ortiz (2006) refieren que las personas que acuden a la iglesia tienen mejores redes de apoyo, entendiendo así que el ser partícipe de grupos religiosos y estar vinculado a una religión, van creando configuraciones subjetivas indirectamente en el sujeto que hacen que la adherencia al tratamiento teoterapeutico sea más factible y actué como tratamiento terapéutico indispensable para que el sujeto pueda salir adelante a pesar de su estado de salud. De igual manera el autor refiere:

Las subjetividades individuales y sociales se configuran recíprocamente entre sí a través de la vida social, pero cada una de ellas se funda también en sistemas diferentes; Mientras que la subjetividad individual se basa en las historias individuales, la subjetividad social se basa en la acción individual, pero al mismo tiempo en los procesos sociales que a menudo están más allá de las representaciones individuales. (González, 2014, p. 16)

La subjetividad es entonces definida por Gonzales (2008) como la organización de los procesos de sentido y significado que parecen y se organizan de diferentes formas y niveles en el sujeto y en su personalidad. . . La personalidad es inseparable del sujeto psicológico, es parte esencial y permanente de los procesos subjetivos que se producen en aquel, por tanto, representa un elemento de sentido subjetivo en cualquier tipo de expresión humana. La teoría de González Rey ofrece, a través de su teoría de la subjetividad, la posibilidad de alcanzar con el sujeto su propia construcción de sentido, a partir de la expresión de la emocionalidad. Esta teoría permite también conocer elementos de la historia de un sujeto y los escenarios de los cuales participa. (Murcia et al, 2016, p. 50).

De igual manera, la teoría de la subjetividad permite conocer la historia del sujeto, y los escenarios en los cuales participa diariamente, facilitando describir la construcción de su propia subjetividad. Por tanto existe una estrecha relación entre calidad de vida y subjetividad, siendo la calidad de vida una producción simbólica dotada de sentidos subjetivos sociales, pero que adquiere un significado en la dimensión subjetiva individual. (Hayes, 2013).

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1 Tipo de estudio

El presente estudio de investigación se llevó a cabo desde una epistemología cualitativa, de tiempo transversal ya que desde Sampieri, Collado & Baptista, una investigación transversal tiene como propósito describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (2014, pág. 154) y de profundidad descriptivo ya que según Sampieri et al (2014), definen que los estudios descriptivos miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos o aspectos del fenómeno a investigar. Es decir, se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información para así describir lo que se está investigando.

Esta investigación tuvo un diseño sistemático ya que por medio de la recolección de los datos se pudo analizar y desarrollar la información que ayudó a resolver el problema de investigación planteado al inicio, es decir, desde Sampieri (2014) se entiende que el diseño sistemático pasa por varias fases, principalmente se hace un diagnóstico de los datos encontrados, segundo se separan por categorías las cuales hacen más fácil el análisis, tercero, se comparan los datos escogidos por categorías para crear hipótesis referentes a la investigación.

Se realizó un estudio de caso ya que desde Sampieri, el estudio de caso permite un análisis profundo a una sola unidad integral para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar teorías.

### 4.2 Participantes

Como criterios de inclusión se buscaba que la persona fuera mayor de edad, se buscó que el participante hubiera pasado por un tratamiento teoterapéutico durante su proceso de enfermedad; así mismo, características como el sexo, nivel de educación, condición socioeconómica, fueron relevantes pero no determinantes a la hora de la escogencia del participante.

De acuerdo a los criterios de inclusión descritos anteriormente, se realizó la entrevista a una mujer de 47 años de edad, casada, con tres hijos, diagnosticada con una enfermedad terminal, antes de su enfermedad, durante y después de esta mantiene en un proceso teoterapéutico, asiste a una iglesia cristiana, la participante tiene una formación en Psicología. Teniendo en cuenta los criterios de inclusión es importante anotar que los participantes son mínimos ya que encontrar participantes con las características anteriormente mencionadas es muy difícil. Así mismo, como la teoterapia no es un término muy común, es muy poco conocida.

### **4.3 Instrumento**

Se realizó una entrevista, la cual consistió en realizar preguntas abiertas, ya que según Sampieri (2014) las preguntas abiertas no delimitan las alternativas de respuesta, por lo cual el número de categorías de respuesta es muy elevado y la persona podrá tener libertad plena sobre su respuesta.

Tomando como base los objetivos planteados y el marco teórico, se establecieron las siguientes categorías de análisis: (1) sentido subjetivo del paciente construido a partir de la teoterapia frente a la enfermedad terminal, ya que por medio de esta categoría se puede indagar más a fondo aquellos pensamientos del paciente construidos a partir de estar o haber pasado por un tratamiento teoterapeutico durante su enfermedad; (2) representaciones sociales del paciente terminal, ya que por medio de esta categoría se busca conocer cómo es o era antes de la enfermedad terminal esa relación con Dios; como veía a Dios o qué significado tiene la religión en la vida de esa persona; (3) subjetividad del paciente frente a la relación con familiares y amigos, con la cual se busca conocer cómo es ahora la relación que la participante tiene con las personas a su alrededor; conocer sobre las prácticas religiosas que la participante ha adquirido; y finalmente, (4) subjetividad del paciente antes de la enfermedad terminal, ya que con esta categoría se busca conocer al paciente antes de la enfermedad terminal; conocer pensamientos, conducta, cómo era su relación con los demás y cómo el diagnóstico de la enfermedad terminal influyó en su vida cotidiana. Información detallada sobre la entrevista semi-estructurada se puede observar en el Anexo 1.

### **4.4 Procedimiento**

Para llevar a cabo la entrevista con la participante se dividirá el procedimiento en dos fases: Durante la primera fase, se contactó con la iglesia “Cruzada Estudiantil y Profesional de Colombia” en la cual se pudo conocer acerca del tratamiento teoterapeutico que en esa iglesia manejaban con sus asistentes.

Así mismo por medio del pastor y la psicóloga pertenecientes a esa iglesia, se logró contactar a la participante que fue entrevistada en la investigación. Antes de realizar la entrevista con la participante, se realizó una prueba piloto con la psicóloga de la iglesia con la cual se ayudó a reformular algunas preguntas para mayor precisión con respecto a la teoterapia.

Durante la segunda fase se contactó con la participante y se acordó la cita para la entrevista ara la sesión de la entrevista con la participante, el día de la entrevista, primero se habló sobre el consentimiento

informado y todo lo que el incluía, se explicó de manera clara y concisa el objetivo, procedimiento y confidencialidad y por último se procedió a comenzar la entrevista, la misma tuvo una duración de aproximadamente 2 horas de en la cual se alcanzó a abarcar todas las categorías de análisis que se habían planteado a lo largo del trabajo de investigación.

## 5. RESULTADOS

El análisis de los resultados se realizó por medio de un árbol categorial, el cual se basó en organizar en un mapa las categorías de análisis que se plantearon desde un inicio para la investigación y a partir de ahí, se procedió a organizar las respuestas de la entrevista en su correspondiente categoría.

La participante, a quien por efectos de esta investigación se denominó SL, es una mujer de 47 años de edad, casada desde hace 26 años, con tres hijos con edades de 22, 11 y 9 años quien vive en la ciudad de Cali y es egresada de la Facultad de Psicología de una de las Universidades más grandes del suroccidente colombiano.

En este apartado se mostrarán los resultados obtenidos a través de la entrevista semi-estructurada realizada a la participante SL la cual afrontó su enfermedad terminal a partir de un proceso teoterapéutico. El análisis y discusión de resultados se realizó buscando enfatizar el sentido subjetivo que la participante tiene a raíz de la teoterapia en su proceso de la enfermedad, a la luz de la teoría de la subjetividad de Fernando Gonzales Rey; así mismo, se tuvo en cuenta otras investigaciones acerca de las enfermedades terminales y otros procesos teoterapéuticos. Adicionalmente se tuvieron en cuenta las cuatro categorías de análisis establecidas: *Subjetividad del paciente antes de la enfermedad terminal*, *Representaciones sociales del paciente terminal*, *Subjetividad del paciente frente a la relación con familiares y amigos* y *Sentido subjetivo del paciente construido, a partir de la teoterapia frente a la enfermedad terminal*.

### 5.1 Subjetividad del paciente antes, durante y después de la enfermedad terminal

En esta categoría se logró identificar cómo los propios pensamientos de la participante, su subjetividad, el apoyarse en Dios aportaron de manera positiva al afrontamiento de la enfermedad, como también para su recuperación.

La subjetividad de SL empezó formándose a partir de la energía negativa por parte de su madre hacia su padre, SL fue llenándose de toda esa energía negativa como lo menciona:

“Crecí como con esa resistencia por parte de mi mamá que él es una irresponsable, pues, con la imagen negativa del padre si, que él es esto, esto, esto, más las palabras feas que le decía entonces todo el tiempo crecí así, y cuando ya lo vi fue muy difícil”

La imagen negativa que su madre le mostraba a SL de su padre evidencia que a lo largo de su vida sentimientos como odio, rencor, ira se fueron apoderando más de ella, hasta crear una barrera entre su padre y ella.

Siendo ya adulta su pensamiento seguía siendo el mismo, antes de la enfermedad terminal “Cuando el murió yo dije “bueno, ya” no sentí ni dolor, ni tristeza, nada, que mala cristiana y que mala psicóloga (ríe). . .de hecho ese era uno de mis conflictos con él, con mi líder, “Sandra reconcílese con su padre, mire que hay un principio que es honrar padre y madre” y la última respuesta que yo les dije “no puedo reconciliarme y no quiero, no me da la gana” y ese es un problema mío con Dios”

Cuando SL pasó su enfermedad terminal, logro entender que su cuerpo había reaccionado a todas las emociones negativas que ella pudo sentir por su padre, antes, durante y después de la enfermedad. Con el proceso teoterapeutico entiende que hay enfermedades psicósomáticas las cuales son producidas por emociones de rabia o ira que se tengan hacia otras personas.

“Yo todo ese resentimiento que tuve con mi papá lo tuve que haber somatizado porque yo nunca perdono a mi papá en vida yo tuve una relación muy tensionante con él, es que yo decidí Yo Sandra Valderrama, es que yo soy necia yo le dije a mi líder personal en ese entonces porque él me decía “Sandra acérquese a su papá, Hablé con su papá, escuche a su papá, quiera a su papá” a mí me parecía terrible entonces yo le decía a mi líder yo no puedo, hay cosas que me inhabilitan, y yo no quiero”

“Todas mis emociones como se manejaron? A través del cuerpo, entonces eso se fue somatizando entonces que primero sufrí de los riñones, luego del cerebro si? eso han sido mis dos como enfermedades complicadas. Y ahora que tengo más conciencia, que ya perdono a mi papá, que ya lo entendí, que ya estoy como en otra sintonía siento que ya no me enfermo, yo antes mantenía muy enferma”

Cuando el padre de SL murió, ella pudo viajar a Estados Unidos, conocer a su familia y fue por medio de ellos que ella logró restaurar la relación de ella con su padre, pudo conocerlo en profundidad y perdonarlo.

“Conocí a la familia de mi papá y maravillosa, hermosa, especial, ni un solo minuto me sentí mal, me sentí amada, reconocida y yo ahí fue donde vi como el amor sobrenatural de Dios. Y yo dije “señor, tu como es que haces esto conmigo sabiendo que yo fui tan cruel y dije que no quería reconciliarme con mi papá y no podía”

“La teoterapia en mi vida y por eso yo sé que es real porque ha sido real en muchas áreas de mi vida, es que yo pude restaurar la relación con mi papá así estuviera muerto a través de mi familia, pude conocer a mi papá en profundidad, me di cuenta que aparte del alcoholismo, él estuvo en drogadicción,

fue acumulador al final, antes mi papá me dio mucho, me dio lo que no tenía, entonces siento que es real la teoterapia en ese aspecto”

Finalmente el aprendizaje que se evidencia tras la enfermedad terminal SL menciono:

“A mí Sandra Valderrama en ver a cada persona porque yo era muy radical en la forma de ver a mucha gente y cada persona tiene un infierno por vivir, una realidad muy dolorosa y nosotros somos muy ligeros para juzgar, y uno no sabe detrás de esa actitud que comportamiento hay”

## **5.2 Representaciones Sociales del Paciente Terminal**

En esta categoría se logra evidenciar como la sociedad, los amigos y la familia influye de manera positiva o negativa en la conducta de cada persona, así como en gustos y preferencias religiosas.

“Yo siempre creía que había un Dios y oraba todas las noches, no había noche que yo me acostara son rezar, todo lo hacíamos, semana Santa, los mil Jesús, los ayunos, todo eso a mí me encantaba, cuándo ya fuimos a Cruzada, la visión de Dios empezó a cambiar y a sentirse como más cercana porque ya entonces vi que no era rezar si no orar, ya vi que cantarle a Dios, hacerle alabanza tenía un efecto bonito, vi otra cosa que para mí parecían locura”

Cuando SL cambio de entorno, empezó a ir a la Cruzada, empezó a vivir otro tipo de experiencias y de ambientes que empezaron a nutrir su amor por Dios, a partir de las representaciones sociales que SL tuvo de ese entorno empezó a recibir aquellas cosas que le sirve y forma su subjetividad. A raíz de cambiar de ambiente, su percepción de Dios y la religión tuvo un cambio, ahora:

“Dios es mi papá, el papá que nunca tuve, esa es la definición de Dios para mí, él es el padre que siempre soñé, entonces que uno tenga un papá con el que se sienta amado, querido y yo, yo le he hecho unas peticiones a Dios María Camila y Dios me las ha cumplido, es que yo siento que él es mi papá, el que me da gusto, el que yo siento que me cuidado”

Así mismo, esas representaciones sociales relacionadas con la religión tienen una influencia en la conducta de SL creando hábitos o prácticas religiosas que se van acoplado a la vida cotidiana.

“La práctica más importante es el devocional personal que es la lectura diaria de la Biblia, entonces eso a mí no me falta todos los días, los domingos en familia o sea los niños mi esposo y yo y compartimos y oramos, hacemos una petición cada uno de lo que queremos cada uno, siempre lo hacemos los domingos ahorita le llamamos al encuentro con el Príncipe de paz, el ayuno en mi caso no, yo lo hacía y yo era muy buen ayunadora pero desde que tengo esto yo ya no, hago ayuno en por

ejemplo no voy a ver este programa de televisión, hoy voy a tratar de no gritar o sea algo que a mí me gusta pero que yo renuncié entonces yo lo hago de esa manera porque no lo puedo hacer con comida, también la cadena de oración”

### **5.3 Subjetividad del Paciente frente a la Relación con Familiares y Amigos**

En esta categoría se puede evidenciar como la relación con sus familiares o amigos puede ser igual o diferente dependiendo de las preferencias que tenga cada uno de ellos. Entender si las preferencias religiosas son un aspecto fundamental a la hora de entablar relación con otras personas.

Así mismo, pudo lograr la reconciliación con su padre a partir de su familia, la relación con su familia ayudó a restaurar la mala relación.

“Una noche muy especial que yo siento que perdone a mi papá y dije papá perdóname perdóname Porque nunca me acerqué pero yo llorando no conocía tu realidad perdóname Porque fui injusta contigo Perdóname o sea yo le pedí perdón a mi papá y siento que ahí se resolvió ese proceso”

En la relación con los demás y sus subjetividades, para SL que las personas tuvieran otros conocimientos y preferencias religiosas era más enriquecedor para su vida,

“O sea para mí que él tiene que ser cristiano para trabajar conmigo para hablar con mis hijos no, para nada y detesto la gente de mi congregación o líderes qué son de ese tipo porque por personas como ese tipo de gente que la gente no quiere saber de Dios y no se acerca a Dios porque lo representamos de una manera tan horrible sabiendo que Jesús no fue así mira Jesús se le acercaba a los leprosos a la samaritana, era fuerte con ellas pero las restauraba y finalmente la gente lo terminaban siguiendo y entonces yo pienso que no, yo tengo amigos de todos los tipos homosexuales lesbianas de todas las religiones, el estar cerrado sólo a una religión no es congruente porque Dios supuestamente es amor y el amor no se le niega a nadie y si se le está negando algunas personas sólo cumplen ciertos requisitos Entonces dónde está el cristianismo”

### **5.4 Sentido Subjetivo del Paciente Construido a Partir de la Teoterapia Frente a la Enfermedad Terminal**

En esta categoría se evidencia como la teoterapia ha creado un impacto significativo en la vida de SL antes, durante y después de la enfermedad.

Siendo psicóloga es importante cuestionarse por qué elegir un tratamiento teoterapéutico que va tan en contra de la ciencia y no un tratamiento psicoterapéutico que va más acorde a el procedimiento que se lleva en estos casos,

“No es que haya preferido no así no es en ese momento la noticia es tan impactante y te desbasta tanto que no hay manera de pensar y la única ayuda que ves es Dios a la mano pero no es por si hubiera preferido al uno que al otro. Porque acudía Dios? Porque siempre ha habido respuesta o sea no era en ese momento sino que ya llevamos muchos años llevaba 14 años de vida cristiana o sea ya tenía un recorrido”

Así mismo, la teoterapia es una terapia que le ha ayudado a mirar a Dios de otra manera y es a través de él que se puede experimentar sanidad a través del amor de Dios.

“Cuando uno experimenta el amor de Dios como papá, eso es de mucho poder, porque realmente si uno quiere experimentar sanidad total es a través del amor de Dios, no de otra manera, lo demás tiene que ver con factores motivacionales, procesos de sugestión, tienen que ver con procesos internos de fortalecimiento del ego pero todo eso se queda pequeño cuando uno experimenta el amor de Dios como papá”

De la misma forma, la teoterapia ayuda a tener confianza en sí mismo, entender que Dios te hizo a imagen y semejanza y que hay que aprenderse a amar a si mismo.

“Cuando conocí la teoterapia yo empecé a entender que yo tenía muchas inadecuaciones, nivel personal, no me adaptaba a los ambientes sociales, tenía muchos complejos y yo no era capaz, yo no tenía habilidades sociales, para nada porque no creía en mi ni tenía conciencia del valor que yo tenía como persona, le teoterapia es el tratamiento de Dios a la vida del hombre conocer a Dios y lo que piensa Dios de uno eso para mi fue tan bonito, o sea el conocer que yo era santa pero santa en el sentido de que estaba separada para Dios, que él tenía un propósito para mi vida y que yo tenía unas habilidades y unos talentos”

## 6. DISCUSIÓN

En este apartado se presentará la discusión de los resultados, basado en la teoría de la subjetividad de Fernando Gonzales Rey, así mismo como de los antecedentes:

Gonzales refería que la subjetividad se va formando a través de las interacciones sociales, de lo que brinde el entorno y así la subjetividad de SL fue atravesada por las emociones de su madre hacia su padre. La subjetividad también se forma partir de la dominancia social, entendiendo esto como los protagonistas que aparecen en nuestra vida y tiene más significado para nosotros, por lo cual como lo mencionamos en los resultados, todos los discursos de la madre de SL buenos o malos, tomaron mucha importancia para ella, así mismo en su subjetividad y la manera de ver a su padre.

Se pretendió conocer como la participante ha entendido su proceso de enfermedad subjetivamente y así mismo conocer la influencia que este suceso tuvo y tendrá en su vida de ahora en adelante. Es importante recalcar que tiene mucha importancia la significación que la participante da acerca de su enfermedad, el lugar que tiene para ella Dios en su proceso con la teoterapia ya que de esta manera puede lograr hacer una mejor concientización de su enfermedad y que desencadenó tal suceso, tomar conciencia de sus acciones.

Como lo mencionan Puentes, et.al (2015) en el afrontamiento de la enfermedad se tienen en cuenta aspectos, corporales, emocionales, psíquicos y sociales ya que a partir de esas significaciones es que se puede ir construyendo la subjetividad que el paciente pueda construir a raíz de esa enfermedad y pueda adquirir del entorno.

Desde la teoterapia se tienen en cuenta las tres dimensiones del alma que son espíritu, alma y cuerpo según Chamorro (2011), por lo cual, las emociones y pensamientos afectan de manera contundente nuestro organismo, produciendo así las llamadas enfermedades psicosomáticas. Enfermedades que son el reflejo de nuestras emociones y pensamiento de odio, envidia y resentimiento.

Según Chamorro 2011 la causa de enfermedades terminales o degenerativas son producto de un alma “contaminada” ya que las relaciones con los demás son relaciones de odio y rencor. Teniendo así como resultado la enfermedad desarrollada de SL, así mismo, comprender que después del proceso de reconciliación y perdón pudo tener una sanidad basada en el amor de Dios como SL lo refirió dentro de la entrevista.

La fé que sentía la participante durante el proceso de la enfermedad terminal fue algo que siempre se mantuvo intacto, ella tenía mucha fe en que Dios la iba a poder salvar porque menciona ella que Dios ha

hecho varios milagros en su vida, cada hijo de los tres que tiene ha sido un milagro por enfermedades que se presentaron a temprana edad en ellos, por ese motivo ella nunca ha perdido a fe en Dios, porque ella cada vez que lo ha necesitado ha obtenido una respuesta.

Como veníamos mencionando, según Fernando Gonzales Rey, la subjetividad se conforma mediante tres dimensiones que son pasado, presente y futuro y es así como las configuraciones subjetivas también se van formando. La participante a lo largo de su vida siempre ha sabido que existe alguien más poderoso, sobrenatural. En su pasado siempre tenía prácticas religiosas pero las realizaba sin ningún sentido, cuando ella empieza a conocer de Dios, esas prácticas empiezan a cobrar un sentido subjetivo para ella.

La religión según Fernando González Rey es una representación social que producía un conocimiento estabilizado en la sociedad, así que es por medio de ese conocimiento que cada sujeto puede crear su propia subjetividad, así como SL pudo construir su subjetividad religiosa basada en esas representaciones subjetivas que su madre y familia le inculcó desde pequeña. Pero así como la subjetividad se forma a partir de las representaciones sociales, estas se crean en sistemas diferentes y no para las personas una misma representación tiene el mismo significado.

Como lo mencionaba Ocampo, Romero, Saa, Herrera y Reyes-Ortiz (2006) refieren que las personas que acuden a la iglesia tienen mejores redes de apoyo, entendiendo así que el ser partícipe de grupos religiosos y estar vinculado a una religión, van creando configuraciones subjetivas indirectamente en el sujeto que hacen que la adherencia al tratamiento teoterapéutico sea más factible, ya que, con la enfermedad terminal de SL y el apoyo tanto de su familia como de los amigos y líderes, formó esa red de apoyo la cual fue muy beneficiaria para el proceso y recuperación de su enfermedad.

Por otra parte, todas las prácticas religiosas que SL adoptó en su hogar con su familia, forma parte tanto de las representaciones sociales, como del tratamiento teoterapéutico en el que ella se encuentra.

Durante la entrevista se mostraron dos lados sobre la subjetividad del paciente frente a la relación con su familia, por una parte estaba la madre de SL la cual como mencionamos anteriormente solo le decía cosas negativas sobre su padre y por otra parte estaba la familia por parte de su padre, la cual solo tenían amor y cosas bonitas para ella, tanto amor y comprensión por parte de la familia del padre permitió que ella a través de ellos pudiera perdonar a su padre:

El discurso de los demás siempre va a tener una influencia negativa o positiva en la subjetividad de cada ser humano, el tema de la religión o la espiritualidad tiene mucho que ver con la

influencia que ha tenido en la sociedad, es un tema que a nivel histórico ha traído ciertas configuraciones subjetivas que han sido muy criticadas y rechazadas por la sociedad.

En la biblia Dios dice que no hay que andar en yugo desigual, pero hay personajes de la biblia que lo han estado, por lo cual SL manifiesta que no hay que excluir a nadie solamente por no tener las mismas preferencias religiosas.

La subjetividad de cada persona según Fernando González Rey se organiza de acuerdo a las necesidades que tenga cada persona en ese momento, basadas en el momento histórico en que se encuentren, por lo cual para SL en el momento de su niñez y adolescencia fue más complicado establecer una conexión con su padre ya que estaba en un momento de rebeldía, pero en el momento de abrirse a entablar una relación con su familia paterna fue que pudo lograr tener un momento de restauración personal, de perdonar a su padre y eliminar de su corazón aquellos sentimientos de ira y rencor que en su momento sintió hacia su padre.

El conocer la teoterapia se dio a partir de las formas dominantes de la subjetividad social, SL tenía allegados a su familia que insistían mucho para que fueran a la congregación donde se trabaja con teoterapia, pero fue debido a esa insistencia que ella pudo conocer la teoterapia y entrar en un proceso personal con Dios.

La subjetividad de Fernando Gonzales Rey permite conocer subjetivamente los escenarios en los que SL participa activamente, en el momento de su enfermedad, Dios siempre ha respondido a sus necesidades y a las de su familia y desde la noticia que ella cuenta que es tan impactante, su único recurso a la mano fue Dios.

Cuando uno habla de sentido subjetivo según Fernando González Rey, habla sobre las emociones inseparables de los elementos simbólicos, por lo cual, para SL la teoterapia tiene tal impacto en sus emociones como proceso simbólico, que ella durante la entrevista mencionaba que ella no podría imaginar la vida sin Dios, sin teoterapia ya que ese proceso que ha sido de gran ayuda en su vida y durante su enfermedad terminal fue de vital importancia y ayuda de superación para su vida.

Cuando en la vida uno ya ha vivido experiencias gratas, quiere seguirlas experimentando siempre, Gonzales (2008) refiere que los sentidos subjetivos es una construcción que se hace a partir de las emociones y los procesos simbólicos, la emoción que a SL le produce alabar a Dios, adorarlo y orarle es un sentido subjetivo que se construyó a partir de su subjetividad y las representaciones sociales.

La teoterapia también ayudo a SL a aceptarse tal cual era, en su niñez y adolescencia fue una persona muy acomplexada, con muchos miedos y el conocer de la teoterapia le permitió entender que

ella es perfecta tal cual es, el cuerpo que Dios le dio fue hecho a imagen y semejanza para ella por lo cual ella no tiene por qué sentirse acomplejada por él, la teoterapia le ayudo a tener más confianza en sí misma.

## 7. CONCLUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue indagar acerca del sentido subjetivo que le da un paciente terminal a su proceso de enfermedad al recibir un tratamiento teoterapéutico, basándonos en la teoría de la subjetividad de Fernando Gonzales Rey.

De acuerdo a la literatura revisada, se encuentra que las representaciones sociales juegan un papel muy importante en la construcción de la subjetividad de cada individuo; en el caso de SL, fué debido a esa presión de sus allegados que ella terminó conociendo acerca de la teoterapia. Una conclusión importante que se pudo evidenciar fué que gracias a la teoterapia, SL pudo crecer no solo como persona sino como profesional; de igual manera, pudo tener más confianza en sí misma y en su cuerpo; cosas que gracias a la carrera no hubiera podido alcanzar.

Por otro lado, el poder interiorizar las prácticas religiosas en su vida cotidiana fueron de apoyo para el afrontamiento de la enfermedad; como menciona Gonzales Rey (2008), la subjetividad es la organización de los procesos de sentido. De acuerdo al autor, las prácticas religiosas que SL ha adoptado en su vida cotidiana, son acciones que tiene un sentido subjetivo para ella y por lo tanto aportaron de manera positiva, no solo en el afrontamiento de la enfermedad, sino a lo largo de su vida.

Ahora bien, Gonzales refiere que la subjetividad se forma de acuerdo a las necesidades de cada persona, por lo tanto, SL durante su infancia y adolescencia la única forma de construir su subjetividad fue a partir de su familia, por lo cual, todas aquellos pensamientos y emociones ya fueran negativas o positivas fueron transmitidas a ella, actualmente, SL después de conocer la teoterapia, ya que ha compartido con otros espacios sociales, ha compartido con personas con subjetividades, representaciones sociales diferentes, su subjetividad empezó a ser formada debido a esos entornos diferentes con los que ha convivido, entendió que no es bueno dejarse dominar de las emociones sino que es uno quien debe dominarlas, como en algún momento se dejó influenciar por los sentimientos de odio y rencor que su madre sentía por su padre.

El sentido subjetivo cobrado por la participante SL desde su niñez y a lo largo de su vida, fue de gran impacto para ella, lo más significativo fueron aquellos mensajes negativos que su madre le decía sobre su padre; sin embargo, el tratamiento teoterapéutico fue un apoyo no solo dentro del proceso de enfermedad si no también antes y después de la misma.

Por otra parte el vínculo con su familia paterna, fue un vínculo que después de la enfermedad se hizo muy fuerte, ya como lo hemos mencionado anteriormente, su familia ayudó a eliminar los sentimientos de odio y rencor que SL pudo tener con su padre y desde ese momento su relación con la

familia se volvió más estrecha. Las representaciones sociales como lo menciona Gonzales son las producciones de conocimiento, así, las representaciones sociales por parte de su familia paterna, le dieron la oportunidad a SL de conocer al padre que su madre no le dio la oportunidad de conocer.

## 8. REFERENCIAS

- Alulema, A. (2014). *Cuidados paliativos en la preparación hacia la muerte en pacientes oncológicos desde la perspectiva humanista. Estudio realizado en la fundación FECUPAL mayo-agosto 2013*). Tesis de Pregrado. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Ecuador.
- Castilla-Vázquez, C. (2011). Rezar para Sanar: El recurso mágico-religioso en la búsqueda de la salud. *Revista de Humanidades*, 18, 109-124.
- Chamorro, P. Néstor. (2011). *La Teoterapia del Amor*. Centro Colombiano de Teoterapia Integral. Cali, Colombia.
- Cloninger. S.C. (2003). *Teorías de la Personalidad*. México: Pearson Educación
- Díaz, A. Gonzales, F. (2005). Subjetividad: Una Perspectiva Histórico-Cultural. Conversación con el Psicólogo Cubano Fernando González Rey. *Universitas Psychologica*. 4(3). 373-383
- Espinar. V. (2012). Los Cuidados Paliativos: Acompañando a las Personas en el Final de la Vida. *Cuadernos de Bioética XXIII*. Recuperado de: <http://aebioetica.org/revistas/2012/23/77/169.pdf>
- Fernández, E.I., Gil. N., Sánchez, B. (1994). *La teoterapia en la rehabilitación de drogadictos. El centro "Arco Iris"* (Tesis Postgrado). Universidad San Buenaventura. Cali, Colombia.
- Fonseca, M. (2016). Importancia de los Aspectos espirituales y religiosos en la atención de pacientes quirúrgicos. *Revista Chilena de Cirugía*, 68(3): 258-264. Iquique, Chile. González Rey, F (2008). Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 4(2), 225-243.
- González Rey, F (2006). As representações sociais como produção subjetiva: seu impacto na hipertensão e no câncer. *Psicología: Teoría e Práctica*, 8(2): 69-85.
- González Rey, F. (2013). La subjetividad en una perspectiva cultural-histórica: avanzando sobre un legado inconcluso. Centro Universitario de Brasilia.
- González Rey, F (2014). Human Motivation in Question: Discussing Emotions, Motives, and Subjectivity from a Cultural-Historical Standpoint. University of Brasilia.
- Hayes, B. (2013). Construcción subjetiva de la calidad de vida en niños y niñas pertenecientes a estratos socioeconómicos 1 y 3 de la ciudad de Medellín. Tesis para optar por el título de Magister en Educación. Universidad San Buenaventura seccional Medellín. Medellín, Colombia.
- Instituto Nacional de Cancerología. (Septiembre del 2017). Magnitud de cáncer en el país. Mortalidad Departamentalpor Tipo de Cáncer. Recuperado de: [http://www.cancer.gov.co/cancer\\_en\\_cifras](http://www.cancer.gov.co/cancer_en_cifras)

- Jiménez-Domínguez, B. (2008). *Subjetividad, Participación e Intervención Comunitaria*. Editorial Paidós.
- Kornblit, A., Guffanti, S. y Verardi, M. (2004). La experiencia en comunidades terapéuticas desde la voz de los usuarios de drogas. En A. Kornblit (Ed.), *Nuevos estudios sobre drogadicción* (pp. 79-86). Buenos Aires: Biblos.
- Ministerio de Salud. (Agosto de 2017). 33mil personas al año mueren de Cáncer en Colombia. Bogotá, Colombia. Agosto 6 del 2017. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/33-mil-personas-al-a%C3%B1o-mueren-de-C%C3%A1ncer-en-Colombia.aspx>
- Ministerio de Salud. (Abril de 2018). Cáncer. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/Prevenciondel-cancer.aspx>
- Murcia, M, P. Orejuela, J. Patiño, J. (2016). *De la psicoterapia a la teoterapia: Sentidos subjetivos respecto al proceso teoterapeutico en personas adictas a sustancias psicoactivas con experiencia previa en psicoterapia*. Cali: Editorial Bonaventuriana.
- Ocampo, J, M. Romero, N. Saa, H. Herrera, J. Reyes-Ortiz, C. (2001). Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. *Colombia Medica*, 37(2), 2006.
- Oechsle, K. Wais, M, C. Vehling, S. Bokemeyer, C & Mehnert, A.(2014) Relationship Between Symptom Burden, Distress, and Sens of Digniti in Terminally III Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Managemnt*, 48(3), 313-321 Organización Mundial de la Salud. (2018). Cáncer. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Ortega, C., López, F. (2005). Intervención Psicológica en Cuidados Paliativos: Revisión y Perspectivas. *Clínica y Salud*, 16(2), 143-160.
- Periódico El País. (2018). Tres Casos de Cáncer Infantil son Detectados cada Semana en el Valle. Recuperado de: <http://www.elpais.com.co/cali/tres-casos-de-cancer-infantil-son-detectados-cada-semana-en-el-valle.html>
- Poveda, S. Rosa. (Diciembre del 2016). Generalidades sobre el paciente crónico. Recuperado de <https://goo.gl/YIDRtX>
- Puentes, Y., Urrego, S., Sánchez, R. (2015). Espiritualidad, religiosidad y enfermedad: una mirada desde mujeres con cáncer de mama. *Avance en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 481-495.
- Rodas, N. B. Losada, M.C. (2012). Cuidados Paliativos: Necesidad Humana y Obligación Ética Frente a la Atención Integral al Enfermo Terminal: Tesis de Grado. Recuperado de: [http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/1313/1/Cuidados\\_Paleativos\\_Etica\\_Rodas\\_2012.pdf](http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/1313/1/Cuidados_Paleativos_Etica_Rodas_2012.pdf)

- Sampieri, R. Collado, C. Baptista, M. (2014). Metodología de la Investigación. Sexta Edición. Editorial McGraw-Hill. Ciudad de México, México
- Santibañez, P, M. Roman, M, F & Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.
- Simões, K. & Souza, E.(2013). Viviendo con una enfermedad crónica fatal: significados en una muestra brasileña. *Universitas Psychologica*, 12 (1), 63-71.
- Velasco, M. (2011). Problemáticas acerca del final de la vida: La muerte de Lisa. FaHCE. Memoria Académica. La Plata, Argentina.
- Vinaccia, S. Quiceno, J.M. Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamientos, espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de Psicología*, 28(2), 366-377.
- Villacreces, P. (2012). *El rol del terapeuta en la psicoterapia no directiva aplicada al trabajo con niños*. (Tesis de Grado). Recuperado de:  
<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5306?show=full>
- Yoffe, Laura. (2006). Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. *Psicodébate, Psicología, Cultura y Sociedad*. 7(1), 193-206.

## 9. ANEXOS

### Entrevista Semi-Estructurada

Mi nombre es María Camila Ospina, de ante mano agradezco que saque un poco de su tiempo para permitir realizarle esta entrevista, así mismo, es importante dejar en claro que todo lo que se hable en esta entrevista se manejara de manera confidencial, igualmente que la participación en esta investigación es totalmente voluntaria y en el momento que sienta que no quiere seguir o tiene alguna incomodidad con alguna parte de la entrevista puede manifestarlo sin ningún problema.

<b>Datos Sociodemográficos</b>
¿Cuál es su nombre?
¿Cuál es su edad?
Cuénteme un poco acerca de su familia --- miembros, etc.
¿A qué se dedica actualmente? Antes, ahora y después...
¿Cuáles son sus preferencias religiosas?
<b>Subjetividad del paciente antes de la enfermedad terminal.</b>
¿Cuéntame un poco acerca de tu enfermedad?
¿Qué sintió al ser diagnosticado/a con una enfermedad terminal?
Y como ha cambiado su vida a partir de esto?
¿Como te describirías como persona antes de la enfermedad? Teniendo en cuenta emociones y pensamientos..
Alguna vez ha sentido rencor por alguien? Como crees que eso ha afectado en su vida?
¿Qué lugar tuvo la fe en este proceso? Tuvo fe al pensar que podría curarse?
<b>Representaciones sociales del paciente terminal.</b>
Que la acerco a Dios? Como ve a Dios?
Qué significado tiene para usted la religión?
Qué papel ha jugado la religión en su vida?
Qué prácticas religiosas ha adoptado en su vida cotidiana?
<b>Subjetividad del paciente frente a la relación con familiares y amigos.</b>
Como has manejado el tema de la religión durante toda su vida?
Qué prácticas religiosas lleva a cabo en su casa?
La religión tiene importancia a la hora de relacionarte con otras personas?

<b>Sentido subjetivo del paciente construido, a partir de la teoterapia frente a la enfermedad terminal.</b>
Como conoció el proceso de la teoterapia?
Hace cuánto tiempo recibe o recibió el tratamiento teotérapéutico?
Por qué prefirió este proceso y no otra opción (psicoterapia)?
Para usted qué es lo más valioso del proceso teoterapéutico?
Que cambios ha traído la teoterapia en su vida?
Que cambios ha visto en su cuerpo a raíz de descansar en Dios?

## 10. Anexo 2



### UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación titulada “La Enfermedad Terminal y el Proceso Teoterapéutico: Una Mirada desde la Subjetividad”, será llevada a cabo por María Camila Ospina Medina, identificada con C. C. 1144093134, actualmente matriculada en octavo semestre de la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura, seccional Cali. Este es un requisito para optar por el título de Psicóloga Profesional.

#### **Objetivo**

El objetivo de esta investigación es realizar una aproximación al discurso de un paciente diagnosticado con una enfermedad terminal, que durante su proceso de enfermedad este o haya estado en un proceso teoterapéutico, para así poder describir e identificar como la teoterapia cobra un sentido subjetivo en ese proceso.

#### **Procedimiento**

Se propone para esta investigación realizar una entrevista semi-estructurada, la cual se propone llevar a cabo en dos o tres días diferentes con sesiones de aproximadamente 30 a 40 minutos cada una, o en el horario y tiempo que considere pertinente. Se pretende que la entrevista sea grabada en audio y luego se realizara la transcripción de la misma.

#### **Confidencialidad**

Yo, María Camila Ospina Medina, como responsable de la investigación bajo la supervisión de mi asesora de grado Ángela María Jaramillo me comprometo a salvaguardar el acceso a la información, la confidencialidad de los datos y el anonimato del participante. Para ello, se seguirá el siguiente procedimiento: La persona accede de manera totalmente voluntaria a esta investigación y no se requiere que él/la participante pague en ninguna forma por hacer

parte de ella. Si en algún momento la persona decide retirarse de la investigación, podrá hacerlo en total libertad sin que ello implique ningún perjuicio. Así mismo, es importante resaltar que toda la información recogida se le dará un manejo ético y responsable.

### **Contacto**

Cualquier duda o inquietud con respecto a la investigación, no dude en contactarse al número 318-369-7786 o al correo [camila96\\_12@hotmail.com](mailto:camila96_12@hotmail.com) o también puede comunicarse con mi asesora de grado al correo [amjaramillo01@usbcali.edu.co](mailto:amjaramillo01@usbcali.edu.co) y con gusto responderá sus inquietudes. Así mismo, el investigador se compromete a presentar los resultados más relevantes de la investigación a los participantes.

Por favor mantenga una copia de este consentimiento para usted mismo.

Atentamente,

**María Camila Ospina Medina**

Investigadora

**Ángela María Jaramillo  
Suárez**

Asesora Académica Trabajo de  
Grado

([amjaramillo01@usbcali.edu.co](mailto:amjaramillo01@usbcali.edu.co))

---



**UNIVERSIDAD DE  
SAN BUENAVENTURA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

(Copia para Investigadora)

**Título de la Investigación:** “La Enfermedad Terminal y el Procesos Teoterapéutico: Una Mirada desde la Subjetividad”

**Investigadora:** María Camila Ospina Medica  
Universidad de San  
Buenaventura Cali Facultad de  
Psicología

Teléfono: 3183697786

Correo: [camila96\\_12@hotmail.com](mailto:camila96_12@hotmail.com)

**Acuerdos:**

- He leído y discutido el documento que describe el proyecto académico en el que colaboraré con la estudiante de psicología de la Universidad de San Buenaventura.
- Tengo claro que mi participación en esta investigación es voluntaria. Puedo negarme a participar o renunciar a participar en cualquier momento sin perjuicio personal.
- Si durante el transcurso de la entrevista, se presentare una situación que me impida continuar participando, lo puedo informar de forma libre.

- Si en algún momento tengo alguna pregunta relacionada con la entrevista o mi participación, puedo manifestarla a la entrevistadora María Camila Ospina, la cual responder mis inquietudes frente a la misma.
- Recibo una copia del presente consentimiento informado.
- Tengo conocimiento y acepto la grabación en audio de la entrevista que se realizará.

Si, si doy mi consentimiento para participar en el presente estudio de investigación.

No, no doy mi consentimiento para participar en el presente estudio de investigación.

Mi firma significa que estoy de acuerdo con participar en el trabajo de grado de la estudiante María Camila Ospina con el fin de optar por el título de Psicóloga.

Nombre:

---

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Documento de Identificación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



**UNIVERSIDAD DE  
SAN BUENAVENTURA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

(Copia para participante)

**Título de la Investigación:** “La Enfermedad Terminal y el Procesos Teoterapéutico: Una Mirada desde la Subjetividad”

**Investigadora:** María Camila Ospina Medica  
Universidad de San  
Buenaventura Cali Facultad de  
Psicología

Teléfono: 3183697786      Correo: [camila96\\_12@hotmail.com](mailto:camila96_12@hotmail.com)

**Acuerdos:**

- He leído y discutido el documento que describe el proyecto académico en el que colaboraré con la estudiante de psicología de la Universidad de San Buenaventura.
- Tengo claro que mi participación en esta investigación es voluntaria. Puedo negarme a participar o renunciar a participar en cualquier momento sin perjuicio personal.
- Si durante el transcurso de la entrevista, se presentare una situación que me impida continuar participando, lo puedo informar de forma libre.

- Si en algún momento tengo alguna pregunta relacionada con la entrevista o mi participación, puedo manifestarla a la entrevistadora María Camila Ospina, la cual responder mis inquietudes frente a la misma.
- Recibo una copia del presente consentimiento informado.
- Tengo conocimiento y acepto la grabación en audio de la entrevista que se realizará.

( ) Si, si doy mi consentimiento para participar en el presente estudio de investigación.

( ) No, no doy mi consentimiento para participar en el presente estudio de investigación.

Mi firma significa que estoy de acuerdo con participar en el trabajo de grado de la estudiante María Camila Ospina con el fin de optar por el título de Psicóloga.

Nombre:

---

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Documento de Identificación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_