

**INFLUENCIA DE LA RED DE APOYO FAMILIAR EN EL PROCESO DE
INCORPORACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA
ATENDIDAS EN LA IPS OPORTUNIDAD DE VIDA**

DANIELA CÓRDOBA VÁSQUEZ

DANIEL LONDOÑO MAYA

KARINA ARANDA HERRERA

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE COMUNICACIÓN Y PUBLICIDAD
TRABAJO SOCIAL
SANTIAGO DE CALI**

2021

**INFLUENCIA DE LA RED DE APOYO FAMILIAR EN EL PROCESO DE
INCORPORACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA
ATENDIDAS EN LA IPS OPORTUNIDAD DE VIDA**

DANIELA CÓRDOBA VÁSQUEZ

DANIEL LONDOÑO MAYA

KARINA ARANDA HERRERA

**TRABAJO DE GRADO COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
TRABAJADOR(A) SOCIAL**

TUTOR: MARIELA SANCHEZ RODRIGUEZ

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE COMUNICACIÓN Y PUBLICIDAD
TRABAJO SOCIAL
SANTIAGO DE CALI**

2021

Tabla de Contenido

	Pág.
<p>INFLUENCIA DE LA RED DE APOYO FAMILIAR EN EL PROCESO DE INCORPORACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDAS EN LA IPS OPORTUNIDAD DE VIDA OPORTUNIDAD DE VIDA Error! Bookmark not defined.</p>	
Introducción	9
Capítulo I	11
1. Planteamiento del problema	11
1.1 Situación problema	11
1.2 Formulación del problema	14
¿Cómo aporta la red de apoyo familiar en el proceso de incorporación social de las personas con esquizofrenia atendidas en la IPS Oportunidad de Vida en el periodo 2020B?	14
1.3 Rastreo de antecedentes	14
1.4 Justificación.....	22
1.5 Objetivos	26
<i>1.5.1 Objetivo general</i>	26
<i>1.5.2 Objetivos específicos</i>	26
Capítulo II	27
2. Marco de referencia	27

2.1 Marco contextual	27
2.2 Marco teórico - conceptual.....	30
2.2.9 Modelos	43
2.3 Marco conceptual	48
2.4 Marco legal.....	56
Capítulo III.....	59
3. Metodología	59
3.1 Tipo de investigación.....	59
3.2 Enfoque de investigación	59
3.3 Población y muestra	60
3.4 Técnicas e instrumentos para recolección de la información.....	60
3.5 Fases de la investigación	62
Capítulo IV.....	64
4. Resultados obtenidos	64
4.1 Objetivo 1	65
4.2 Objetivo 2.....	75
4.2.1 Categoría 1. Acceso de personas con esquizofrenia a la vida laboral.....	75
4.2.2 Categoría 2: Acceso de personas con esquizofrenia a espacios de ocio	78
4.3 Objetivo 3.....	82
4.4 A manera de conclusiones.....	86

5. Recomendaciones 88

5.1 Recomendación No. 1 88

5.2 Recomendación No. 2 88

5.3 Recomendación No. 3 89

Referencias 90

ANEXOS 95

Lista de cuadros

Pág.

Cuadro 1. Habilidades Sociales53

Lista de Ilustraciones

	Pag
Ilustración 1. Familiogramas y ecomapas	66

Lista de anexos

	Pag
Anexo A. Carta de autorización IPS Oportunidad de Vida	96
Anexo B. Declaración de Ética	97
Anexo C. Consentimiento Informado	98
Anexo D. Aprobación comité de Ética	100
Anexo E. Categorías de Análisis	101
Anexo F. Entrevista trabajadora social Andrea García	104
Anexo G. Documentos institucionales IPS	105
Anexo H. Matriz de organización de la información, objetivo 1	107
Anexo I. Matriz de organización de la información - Objetivo 2, categoría 1	127
Anexo J. Matriz de organización de la información – Objetivo 2, Categoría 2	148
Anexo K. Matriz de organización de la información - Objetivo 3	171

Introducción

El presente trabajo de investigación fue elaborado como requerimiento de la Universidad Santiago de Cali para optar al título de Trabajador Social. Esta investigación es producto del esfuerzo intelectual e investigativo, por lo tanto, no es resultado del plagio o la copia. La investigación hace parte de los trabajos que se desarrollan en el grupo de investigación Humanidades y Universidad de la USC en la línea de educación para la convivencia ciudadana y la paz, la reconciliación.

En relación a lo anterior, cabe señalar que el trabajo de investigación, que se desarrolla en las páginas siguientes, pretendió analizar los aportes de la red de apoyo familiar en el proceso de incorporación social de las personas con esquizofrenia atendidas en la IPS Oportunidad de vida, en la modalidad Hospital día, en el periodo 2020B.

En una primera instancia, se exponen los componentes teóricos-metodológicos que sostienen el presente trabajo de investigación, en donde se instaura el enfoque cualitativo, dado la naturaleza y la intencionalidad de este estudio, se conto con la participación seis personas con diagnóstico de esquizofrenia y uno de sus familiares. Adicionalmente, se enmarcan los parámetros legales que rodean el tema de investigación.

Con respecto al acto investigativo, en un primer momento, se identificaron las condiciones sociodemográficas, lo cual facilitó visibilizar si dicho entorno expone factores de vulnerabilidad que incidan en el diagnóstico de estas personas.

Siguiente a ello, se abarcaron las estrategias de acompañamiento familiar en el proceso de incorporación a espacios laborales y de ocio.

Lo anterior, permitió comprender la necesidad que las personas con esquizofrenia tienen de que los espacios de ocio y laborales sean incluidos en si diario vivir. Frente a las estrategias de acompañamiento que emplea la familia se evidenció que no son bien correspondidas por sus familiares.

Finalmente se abarcó la participación de la familia en el desarrollo de habilidades sociales comunicativas para la incorporación social de sus familiares. Esto permitió conocer que las personas con esquizofrenia entrevistadas están utilizando el silencio como herramienta de

comunicación y sus familiares no saben como responder a ello, por lo que prefieren en muchas ocasiones no hacer nada al respecto.

Entre otros aspectos estudiados en la presente investigación, se encuentra que la IPS no les ha brindado el acompañamiento adecuado a los familiares de las personas con esquizofrenia, debido a que la familia no conoce ampliamente lo que abarca esta enfermedad, y no saben cómo brindar un acompañamiento efectivo.

Por otra parte, se plasman las conclusiones y recomendaciones, derivadas del presente trabajo de investigación, en donde se exponen los hallazgos más relevantes con sus respectivos análisis.

Capítulo I

1. Planteamiento del problema

1.1 Situación problema

El artículo 3 de la ley 1616 de 21 de enero de 2013, define la salud mental como:

Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad. (Ley de salud mental 1616 de 2013, p. 1)

En el Observatorio Nacional de Salud Mental (2017) se cita que para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud mental es: Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (p. 5)

Al hablar de un estado de bienestar expresado en la vida cotidiana implica que los individuos tengan la capacidad para desarrollar sus actividades diarias, pero cuando se presenta un trastorno mental se afectan la manera como se enfrenta la cotidianidad, lo que con lleva a un cambio significativo en su vida y en aquellos que lo rodean. Es en este punto donde se requiere iniciar todo un proceso social, psicológico y psiquiátrico para intentar estabilizar o normalizar su vida, y en todo este proceso se debe contar con apoyo de la familia.

Dentro de los diferentes trastornos mentales diagnosticados se encuentra la esquizofrenia que según estudios de Ministerio de Salud y de la Asociación Colombiana de Psiquiatría (2016), la esquizofrenia presenta una prevalencia similar a las otras partes del mundo, de 1%. Esto permite estimar una población de 471.052 colombianos que padecen esta enfermedad. Al asumir la esquizofrenia desde un enfoque médico-clínico, ésta es una enfermedad que no sólo afecta a la persona que la padece, sino que afecta a todo el círculo social que rodea a la persona y especialmente a la familia.

La esquizofrenia afecta la calidad de vida de las personas, hasta llegar al punto de que la persona diagnosticada pierda la capacidad de desempeñarse por sí solo, ya que esta situación afecta el desempeño del diario vivir. Según National Institute of Mental Health (2011), los síntomas de la esquizofrenia se dividen en dos tipos de grupos, los síntomas positivos y los síntomas negativos, siendo los positivos síntomas anormales y los negativos ausencia de conductas normales. Los síntomas positivos tienen diferentes maneras de padecerse, como los son las alucinaciones, son experiencias sensoriales que se generan en el cerebro, las alucinaciones pueden ser auditivas, alucinaciones visuales, las personas que tienen esquizofrenia no distinguen las alucinaciones de la realidad. Otro síntoma positivo son las ideas delirantes, son creencias falsas, deseos recurrentes que llegan a la cabeza y que las personas que no padecen esquizofrenia no lo pueden entender. También se encuentran los trastornos de pensamiento en donde sus pensamientos y lenguajes se alteran por el deterioro del cerebro. A su vez se encuentra trastornos de la autopercepción: a menudo, la persona no es capaz de verse o distinguirse, no es capaz de ver lo que lo rodea.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Psicología de España en su artículo ¿Los síntomas negativos de la esquizofrenia cambian con el paso del tiempo? (2015). Los síntomas negativos son falta de energía y motivación siendo este los 2 síntomas más frecuentes, ya que al ellos saber

que tienen una enfermedad mental y la misma sociedad, se va aislando por las pocas oportunidades que se le brindan, otro síntoma negativo que padecen es el trastorno emocional, la persona pierde distintas capacidades emocionales como los son el placer, cambiando normalmente a tener caracteres más negativos como depresión, falta de autoconfianza o mal humor.

La familia juega un papel importante puesto que ésta es el lugar donde más interactúan las personas reconociéndose como un lugar de convivencia, por ende, desempeña un rol importante en el cuidado de personas con diagnóstico de esquizofrenia; como se mencionó anteriormente éste pierde la capacidad de desempeñar algunas funciones por sí solo, por lo que se necesita que cuente con un apoyo, y los lazos más cercanos se encuentran dentro de la familia.

Para esta población es más difícil rehabilitarse socialmente, al perder algunas capacidades y al sufrir estigmatización social. Justamente por lo anterior la importancia de la familia en el proceso de acompañamiento es fundamental, pero no siempre la familia está presente en este proceso, pues en ocasiones la familia por el desconocimiento de la esquizofrenia y sus características deja solo al miembro que vive esta situación.

Por otro lado, como parte de la experiencia de la práctica en la IPS Oportunidad de Vida se pudo identificar que los profesionales en Trabajo Social ubicados en la atención asistencial, naturalizan el hecho de que las personas no cuenten con una red de apoyo familiar sólida, lo que según se explico anteriormente trae posibles consecuencias negativas en la persona que padece esquizofrenia. Por lo anterior consideramos se plantea la siguiente pregunta de investigación:

1.2 Formulación del problema

¿Cómo aporta la red de apoyo familiar en el proceso de incorporación social de las personas con esquizofrenia atendidas en la IPS Oportunidad de Vida en el periodo 2020B?

1.3 Rastreo de antecedentes

La esquizofrenia ha sido una de las enfermedades mentales que más han llamado la atención en el siglo XXI y que han requerido mayor estudio en el mundo, ya que es una condición mental de vital importancia, por las implicaciones individuales, familiares y sociales que con lleva.

A continuación, se plantean los antecedentes que han servido como referentes para la elaboración de la investigación, tanto a nivel de Latinoamérica como a nivel nacional.

Un primer trabajo corresponde a *Identidad ocupacional en personas con esquizofrenia* Caneo (2012), esta investigación se centra en describir cómo se afectan lo ocupacional y la construcción de identidad en personas con esquizofrenia que asisten a las Corporación de Familiares y Amigos de Personas con Esquizofrenia (CORFAPES). Para lo cual se identifican las distintas ocupaciones, en la historia de vida de personas con esquizofrenia que asisten a CORFAPES y se describe como el ambiente percibido afecta la construcción de identidad ocupacional en personas con esquizofrenia que asisten a CORFAPES. Para esto se selecciona una muestra de CORFAPES con 2 personas que tenían un diagnóstico de esquizofrenia, ambos de sexo masculino, de 36 y 38 años que hubiesen trabajado durante el último mes. La metodología de esta investigación es cualitativa, el instrumento que se implemento fue la entrevista esta se analizó con la técnica de análisis de contenido desde el enfoque de la teoría fundamentada. Los resultados obtenidos en

esta investigación se refleja que estas personas se relacionan con la ocupación por medio de los lazos sociales que realizan en las diferentes actividades, lo que influye en la percepción que tienen de sí mismos y del entorno, esto afecta de su autoestima y autoconcepto, la percepción que tiende a dominar es la sensación de discriminación e inferioridad esto produce en ellos sentimientos de soledad y aislamiento, pero estas personas buscan diferentes estrategias de introspección y delirio así es como se va conformando su identidad.

Esta investigación hace énfasis en las relaciones interpersonales en el momento de asegurar la inserción sociolaboral, así como le interesa la percepción del entorno de estas personas. Aporta conceptos que se pueden tener en cuenta como referente para el estudio que se ha venido haciendo en cuanto a las personas con esquizofrenia y su participación social.

Otra investigación denominada: *Análisis de las modalidades factibles de recuperación e inclusión social de las personas que presentan esta patología* Asteggiano (2014) busca fortalecer los nuevos paradigmas, de inclusión, equidad y accesibilidad, y establecer las bases y cuidados para una buena atención que permita la inclusión del afectado, en ámbitos familiares, comunitarios, educacionales, laborales y sociales. Se aplica una investigación observacional-descriptiva usando un enfoque de estudio cualitativo y cuantitativo; contando con una muestra de 120 pacientes con algunas características de inclusión.

El estudio demostró que poco a poco, la enfermedad comienza a atenderse en forma integral, pero hay falencias, faltan organismos estatales multidisciplinarios, donde las personas afectadas y sus familias, puedan acudir para fortalecer aspectos y habilidades psicosociales, los costos de los medicamentos son aún elevados e inaccesibles para muchas personas, sobre todo sin empleo.

Esta investigación aporta buenas referencias y conceptos que permiten aclarar algunos puntos a tratar de en la presente investigación y permite cuestionarse sobre la realidad que viven las personas que tiene esquizofrenia. Además, se relaciona con la investigación abordada en este trabajo, pues su investigación se enfoca en la inclusión social de las personas diagnosticadas con esquizofrenia, lo que aporta algunas referencias y conceptos para la investigación.

La tercera investigación corresponde a Martin (2015) titulada: *La relación entre la percepción de las personas con enfermedad mental grave y prolongada, sus familiares y los profesionales de Trabajo Social*, la autora habla desde la experiencia personal para conocer la percepción de diferentes personas con enfermedad mental grave y qué piensan ellos de los trabajadores sociales, todo esto con fin de fortalecer lazos y afectar de manera positiva en las personas con esta enfermedad,

En esta investigación se implementó una metodología con enfoque cuantitativo y cualitativo y se hizo uso de tres tipos de técnicas de investigación sociológica: las técnicas de observación, las técnicas basadas en la comunicación verbal con los sujetos investigados y las técnicas de medida y control estadístico y los instrumentos fueron la entrevista, la observación, el grupo de discusión, escalas de actitudes y opinión, cuestionarios y técnicas estadísticas.

Se logra evidenciar que los Trabajadores Sociales son de gran importancia para los pacientes con este tipo de enfermedad y que tener una red de apoyo familiar, hace que el proceso sea más ameno, por el significado que tiene para estos pacientes el acompañamiento mejorando su proceso.

Como cuarto trabajo de investigación se encuentra Hernandez, D. (2017) titulado: *Encerrado a oscuras: significado de vivir con esquizofrenia para diagnosticados y sus cuidadores*, como objetivo la investigación busco comprender el significado de vivir con esquizofrenia para

personas que presentan la enfermedad y sus familiares, quienes acudieron a una institución estatal para la atención de problemas de salud mental de alta complejidad en Colombia durante el 2014 y 2015.

La metodología que se implementó en la investigación fue el enfoque cualitativo y la información fue analizada por medio del método de la teoría fundamentada. Las técnicas de recolección de información fueron ocho entrevistas a profundidad y dos grupos focales, con una participación de 21 personas diagnosticadas y sus cuidadores, los resultados que se obtuvieron fueron por medio de la codificación, el muestreo teórico, la comparación constante y los memos analíticos, se llegó a la categoría “Vivir con esquizofrenia es vivir encerrado, a oscuras y con los sueños truncados”, para los pacientes, la familia y para los cuidadores, vivir con esquizofrenia conlleva una sensación de encerramiento que afecta el proyecto de vida de unos y otros.

Es importante conocer las diferentes perspectivas que se tienen de la esquizofrenia desde las personas que tienen esta enfermedad, sus familias y cuidadores, de esta investigación se puede conocer los cambios que se generan dentro de la persona y sus familias por esta razón se relaciona con el presente trabajo que se ha realizado habla de las implicaciones que hay dentro del contexto de la enfermedad.

La quinta investigación corresponde a Ortega (2017) Titulada: *Retos en el cuidado de un paciente con esquizofrenia, experiencias de las familias*, el objetivo de esta investigación se centro en conocer las experiencias de los familiares en la convivencia y el cuidado de un paciente con esquizofrenia que asistan a la consulta externa de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Unidad Kennedy en el primer semestre de 2017. La metodología que se empleó para dar respuesta al objetivo fue un estudio cualitativo, de tipo análisis de narrativas, utilizando el instrumento de grupos focales. Participaron 19 familiares,

sesiones de 120 minutos aproximadamente. El material extractado se procesó y analizó con estrictos parámetros para garantizar confiabilidad y validez interna.

Como resultados se observó mayor participación de las mujeres. Hay evidencia de estigma familiar, social, laboral y en medios de comunicación. La dinámica familiar cambia por el diagnóstico y la dificultad de afrontamiento de la enfermedad mental. No se detectaron cambios en el impacto a nivel socioeconómico con el diagnóstico de la enfermedad mental. Se identificó que si existe agotamiento en los cuidadores. Los familiares identificaron varias dificultades en el acceso a la atención y rehabilitación de sus pacientes. No hubo relevancia en la influencia a la cultura y la espiritualidad se mostró como una herramienta de afrontamiento.

Los cuidadores de pacientes con esquizofrenia enfrentan diversas dificultades que terminan cambiando no solo la dinámica familiar, sino sus propios roles individuales, además de estar expuestos a un mayor riesgo de síndrome de agotamiento. Se requieren ampliar las estrategias de intervención a espacios terapéuticos que brinden mayor soporte a las familias de los pacientes con esquizofrenia.

Lo que se plantea en esta investigación permite identificar las características de los pacientes con esquizofrenia y como este tipo diagnóstico cambia totalmente la dinámica familiar y la evidencia de diferentes estigmas que se relacionan y desencadenan una percepción negativa en estas personas de soledad y aislamiento, lo que trae como consecuencias barreras para el acompañamiento por parte de sus cuidadores o familiares.

La sexta investigación corresponde a Avila (2019) Titulada: Calidad de vida del cuidador de un paciente diagnosticado con esquizofrenia. Corresponde a un estudio de caso, con el propósito de describir la manera en que la carga del cuidador principal de un paciente diagnosticado con esquizofrenia, afecta su calidad de vida. La metodología que se utilizó, fue un estudio de caso de corte cualitativo –descriptivo, realizado a un cuidador de un paciente diagnosticado con

esquizofrenia, de género masculino de 44 años de edad, residente en la ciudad de Cali, la recolección de la información, se realizó a través del uso de una entrevista semiestructurada que suministró una comprensión sobre el contexto familiar y la historia de vida del cuidador. Los resultados revelaron que la carga percibida por el cuidador es psicológica, lo que implica sentimientos de desesperanza, incertidumbre y tristeza. Se identificó que las áreas de la calidad de vida que se han visto afectadas son: La salud mental, la economía y las relaciones sociales. Por otro lado, se evidenció que la familia presenta dificultades en cuanto a las interacciones comunicacionales, lo que incide en que el participante perciba una sobrecarga por la ausencia de una comunicación fluida dentro de su sistema familiar.

En el marco de esta investigación es importante reconocer como se siente el familiar o cuidador de las personas con esquizofrenia, al igual que la relación que se establece entre los dos.

La séptima investigación corresponde a Carmen de la Cuesta, M. Virtudez López, Claudia Arredondo, (2019), titulada : *Recuperar y conservar al familiar: estrategias de los familiares cuidadores para hacer frente a las crisis de salud mental*, esta investigación tenía como objetivo conocer y comprender las estrategias que llevan a cabo los familiares de personas con problemas mentales en las crisis de sus familiares enfermos, el diseño es un estudio cualitativo, los participantes correspondieron a veinticuatro familiares adultos que convivían y cuidaban a un familiar que sufre crisis de salud mental que tuvieran conexión con la dirección de salud del área y de una fundación socio sanitaria, la selección de estas personas fue intencionada, utilizando la técnica de bola de nieve. Se realizaron veintidós entrevistas semiestructuradas, los resultados obtenidos mostraron que las personas que tienen alguna enfermedad mental durante las crisis se convierten en un desconocido y alguien inaccesible para sus familiares, los familiares cuidadores de personas con problemas mentales luchan por no perderles en las crisis y por conservar los

vínculos familiares. Los profesionales de Atención Primaria deben dar importancia a estos vínculos pues determinan sus estrategias de cuidado durante una crisis y las estrategias para conservar al familiar.

Esta investigación refleja como la familia busca diferentes estrategias para poder apoyar en crisis a las personas que tienen una enfermedad mental, pero muchas veces estas familias no conocen como intervenir en este tipo de situaciones esto se debe a la falta de acompañamiento que hay por parte de las instituciones o profesionales. En la presente investigación justamente pretende conocer los aportes que tiene la red de apoyo familiar en las personas con esquizofrenia y este antecedente permite ver como la familia y los cuidadores se requieren y son de gran importancia para las personas con cualquier tipo de enfermedad mental donde el acompañamiento es fundamental.

Como octava investigación se tiene a Julieth Carvajal, M. Paula Colorado, Lizeth Mosquera, (2020), titulado: *Transformación en la dinámica familiar de una familiar a partir del diagnóstico psiquiátrico de alguno de sus miembros*, esta investigación pretendía identificar las transformaciones que emergen en la dinámica familiar a partir del diagnóstico psiquiátrico de alguno de sus miembros, la cual, se llevó a cabo con una familia de la ciudad de Acacias-Meta que tenía uno de sus integrantes diagnosticado con esquizofrenia paranoide. En este caso, el estudio se realizó con tres participantes que fueron elegidos a través de una muestra por conveniencia, la metodología en la que se desarrolló esta investigación fue cualitativa, a través de un método hermenéutico que permitió la comprensión e interpretación de los distintos discursos que surgieron en la familia, en torno a sus transformaciones. Estos relatos, se obtuvieron mediante entrevistas en profundidad que se efectuaron en dos encuentros de manera individual y eran mediadas por un guion de preguntas abiertas. los resultados obtenidos permitieron dar cuenta que el tener un integrante en el sistema familiar con diagnóstico psiquiátrico, impacta las

dinámicas familiares del sistema y la calidad de vida personal y/o social de sus miembros, especialmente de la persona que asume el rol de cuidador principal. En donde cada uno de ellos, manifiestan sentimientos de incertidumbre, miedo e impotencia tras el diagnóstico y el bienestar de su familiar.

Esta investigación al igual que las anteriores visibilizan el rol de la familia y comparten entre ellas la realidad que viven con una persona diagnosticada con esquizofrenia, todas las transformaciones y cambios que deben hacer para que tanto la calidad de vida de ellos como la de su familiar no se vea afectada todos guardan esa relación entre las modificaciones que hay y las estrategias a las que recurren para el apoyo efectivo de su familiar.

Por último, tenemos la investigación que corresponde a Jose Santos, Yuly Guerrero, Fernando Rosario (2020), titulado: *Efectos psicológicos y emocionales en familias con un integrante esquizofrénico*, el objetivo de esta investigación fue caracterizar la comunicación en familias nucleares con hijos adolescentes. Enfocando la comunicación como ente vinculante dentro del sistema familiar, se realizó por medio de un estudio cualitativo de tipo exploratorio en el que participaron treinta familias nucleares, se tomó una muestra intencional de 10 familias con hijos adolescentes de 13 y 17 años, los datos recolectados se hicieron por medio de entrevistas circulares, guía de tópicos de grupos focales y la aplicación de un cuestionario diseñado. Los resultados obtenidos mostraron que las familias manejan estilos comunicativos alternantes y regularmente de tipología enmascarada indirecta, que ser claro y directo no es suficiente para que la comunicación sea funcional.

Todas las investigaciones que se tuvieron en cuenta en este rastreo de antecedentes son de gran importancia porque contribuyen a la investigación desde perspectivas diferentes, pero todas relacionadas con salud mental y sobretodo con el principal factor esquizofrenia y familia, son de gran ayuda para aclarar y conocer la forma en la que se puede abordar, como llegar a las familias

y a estas personas que no es un camino fácil por el hecho de que conservan su distancia y son personas que no se expresan con facilidad y mucho menos con alguien que no conocen pero de esto se trata todo el recorrido que se requiere para obtener los resultados que cumplan con el objetivo de la investigación.

1.4 Justificación

Esquizofrenia se considera un trastorno mental con múltiples afectaciones que derivan en un alto costo en términos de sufrimiento humano y costo social, por lo tanto, se considera uno de los trastornos que causa mayor de discapacidad en el mundo y en Colombia.

Es importante resaltar que, para el caso de Colombia, según el Ministerio de Salud y Protección Social aproximadamente 471.052 personas están diagnosticadas con esquizofrenia, lo que representa al 1% de la población. En Cali según estudios realizados y publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Asociación Colombiana de Psiquiatría en el año 2013 en 1,5 de cada 100 persona padece esquizofrenia.

Los síntomas asociados a la esquizofrenia impactan a la familia y cuidadores, ya que se ha asociado a cuadros de desgaste y cambios en las dinámicas familiares, producido por las limitaciones funcionales del paciente obliga a que uno o varios miembros del núcleo abandonen sus trabajos para dedicarse a su cuidado, hecho que afecta tanto los aspecto económicos y sociales del grupo familiar.

Trabajo Social cumple un papel importante en la atención de las familias, ya que una de sus funciones es evaluar cuáles son las redes de apoyo con las que cuenta la persona, para evidenciar que tan seguro va a estar y fortalecer sus herramientas para lograr la participación en la sociedad. Por otro lado, hace un acompañamiento a la persona y su familia en el proceso de adherencia al tratamiento. Sin embargo, en muchos casos los Trabajadores Sociales se enfrentan a

casos donde se observa ausencia de redes de apoyo familiar como consecuencia de los miedos y temores que implica el manejo de una persona con esquizofrenia.

El objeto de intervención del Trabajo Social desde lo clínico es atender el malestar psicosocial del individuo, este malestar es visto como un problema que requiere el apoyo de un Trabajador Social, el malestar que presenta el individuo puede expresarse de diferentes formas tanto afecciones físicas como psicológicas, estas impactan negativamente las relaciones que frecuenta el individuo. Según Tellaeché (2017). El papel que desempeña el trabajador social es de gran importancia ya que a través del análisis y la valoración, se conoce el contexto, la personalidad, el apoyo afectivo de cada individuo para así lograr una intervención adecuada que contribuya al mejoramiento y recuperación desde lo psicosocial siempre con una mirada desde el interés por conocer al individuo, su familia y los aspectos de vida más que enfocarse solo en el problema o el malestar que este tiene lo que diferencia al trabajo social de otros profesionales es el interés por el contexto social viéndolo como si la modificación de este fuera un medio para alcanzar diferentes objetivos.

Las personas que viven la esquizofrenia tienden a comportarse según la realidad que perciben, lo que genera que sea más difícil participar socialmente con esta característica, adicionalmente la sociedad tiene un gran estigma hacia esta población, debido a la desinformación que se tiene al respecto.

Las personas que padecen alguna enfermedad mental son uno de los grupos más estigmatizados de nuestra sociedad, especialmente las que padecen esquizofrenia. La enfermedad mental ha estado vinculada a una especie de prejuicios sociales que determinan al enfermo con esquizofrenia como agresivo, raro, impredecible en su conducta débil, vago e improductivo, con el que no se puede razonar, crónico, y culpable de su enfermedad. Palacios, (2014).

Lo anterior genera que para la persona con esquizofrenia sea complejo estar activo en la sociedad, es y es ahí donde la familia cumple un papel importante, pues se espera que este núcleo esté fuera de este círculo social que estigma al individuo y que por el contrario se pueda ver como un apoyo para el mismo.

De igual manera es importante destacar que en el momento de la revisión documental se evidenció ausencia de estudios investigativos, artículos y documentos desde Trabajo Social en salud mental, contando con estudios desde lo clínico, lo patológico, la sintomatología, las características y la adherencia al tratamiento todo desde la base médica, pero son pocos los estudios que evidencia la importancia de las redes de apoyo familiar en la atención de la salud mental.

Se requiere un abordaje integral de las personas con esquizofrenia. Por lo tanto es importante reconocer la intervención familiar, en donde se reconozca la red de apoyo familiar, para generar ambientes más propicios de recuperación, para proveer a las familias información sobre la enfermedad y la medicación, brindar herramientas para solucionar conflictos y detectar cuidadores que requieran atención por salud mental, que impactan en forma directa en la recuperación, rehabilitación y prevención de recaídas del paciente, contribuyendo de manera significativa a la adherencia al tratamiento y a la rehabilitación social de la persona.

Los resultados obtenidos serán socializados con el equipo psicosocial de la IPS y con las personas entrevistadas. Esta investigación busca generar un poco de conciencia tanto a los familiares de las personas con esquizofrenia como a los profesionales psicosociales que atienden esta patología que han naturalizado las realidades que viven estos individuos.

Esta investigación está articulada al grupo de investigación “Humanidades y Universidad” y como línea de investigación está articulado a “Educación para la convivencia, ciudadanía y la paz, la reconciliación.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Analizar los aportes de la red de apoyo familiar en el proceso de incorporación social de las personas con esquizofrenia atendidas en la IPS Oportunidad de Vida en el periodo 2020B.

1.5.2 Objetivos específicos

- Identificar las condiciones sociodemográficas de la red de apoyo familiar de 6 personas atendidas en la IPS Oportunidad de vida.
- Comprender las estrategias de acompañamiento familiar en el proceso de incorporación a los espacios laborales y de ocio de 6 personas con esquizofrenia atendidas en la IPS
- Conocer la participación de la familia en el desarrollo de habilidades sociales (comunicativas) para la incorporación social de 6 personas con esquizofrenia atendidas en la IPS oportunidad de vida.

Capítulo II

2. Marco de referencia

2.1 Marco contextual

La ciudad de Santiago de Cali se encuentra ubicada en el suroccidente colombiano, fundada el 15 de Julio de 1536 por Sebastián de Belalcázar, actualmente tiene más de 2,4 millones de habitantes.

Cali está dividida por 15 corregimientos, 22 comunas y 249 barrios, con una gran capacidad económica teniendo más de 2000 empresas que hacen parte de la industria Vallecaucana, muchas de las más grandes ubicadas en la vía Cali - Yumbo. La industria Vallecaucana contribuye en un 13,81% del valor agregado nacional del país, Cali es una ciudad industrial y a la vez comercial.

Es la segunda ciudad con mayor población afrodescendiente seguida por la población indígena y blanca.

La ciudad cuenta con diferentes centros de atención de salud mental, sin embargo, la presente investigación se realizó en la institución IPS Oportunidad de Vida.

Oportunidad de Vida es una institución prestadora de servicios (IPS), comprometida con la calidad en la atención dirigida a la población con patologías de salud mental en eventos como: intento suicida, agitación psicomotora, intoxicaciones y trastornos no orgánicos del sueño y consumo de sustancias psicoactivas. La institución cuenta con un servicio profesional con especialistas en diferentes áreas que son los encargados de trabajar con las personas en los tratamientos en su recuperación.

El modelo de atención en el cual se basa la IPS Oportunidad de vida es el modelo biopsicosocial; postulando el factor biológico, psicológico y social como componentes fundamentales del desarrollo de las enfermedades de afectación mental que allí se atienden.

Este modelo da un panorama holístico de lo que se refiere a la salud, no solo desde las alteraciones en la parte física, bioquímica, anatómica y funcional que afecta al usuario en relación con su desempeño físico y obstaculiza el realizar actividades de forma adecuada, ejercitarse, en algunos casos ser independiente en labores domésticas, académicas y laborales; si no también considerando otras áreas que allí confluyen y son de gran importancia en la salud, como lo es el factor psicológico del ser humano.

Oportunidad de vida nació en el año 2009, por lo tanto, lleva 11 años de funcionamiento, su nivel de atención es salud es tipo 2 y ofrece los siguientes servicios:

Hospitalización: Manejo, diagnóstico y tratamiento en unidad de salud mental para la estabilización del paciente en condición aguda por consumo de SPA o enfermedad mental, que representa riesgo para el paciente y su entorno bajo la asistencia permanente de personal médico especializado.

Internación: La IPS oportunidad de vida cuenta con un modelo de rehabilitación en espacio campestre para el manejo y rehabilitación de personas con problemas de adicciones, brindando al paciente espacios naturales acompañados de un equipo multidisciplinario de psiquiatra, psicólogo, enfermeros, terapeuta ocupacional y trabajador social, con lo cual el paciente da inicio a un nuevo proyecto de vida y reinserción social.

Hospital día: Atención multidisciplinaria diaria y presencial de pacientes en modo ambulatorio, para el manejo de las diversas alteraciones que articulan su proceso de recuperación en combinación con el entorno regular del paciente asistido por psiquiatría, psicología, terapia ocupacional y trabajo social.

Consulta externa: Siendo una institución especializada en salud mental y manejo de pacientes con adicciones a sustancias psicoactivas la IPS oportunidad de vida ofrece consulta externa permanente en Psiquiatría, Psicología y Trabajo social.

Tratamiento: Valoración inicial y estado mental del paciente, manejo de pacientes con adicción a SPA, psiquiátricos y duales (spa-psiquiátrico), psicoterapia individual, grupal y familiar, psicoterapia de pareja.

La IPS oportunidad de Vida maneja dos sedes a nivel Cali y una sede en Jamundí, estando en el sur de Cali la sede principal, específicamente en la comuna 20, barrio Cañaveralejo, en la carrera 56 # 1B-161. Esta sede es la encargada de hospitalización y consultas externas, su segunda sede está ubicada en la comuna 19, barrio San Fernando, en la calle 4B # 27-67, y por último su sede de internación casa campestre se encuentra en el corregimiento de San Isidro, en la finca el Paraíso en Jamundí, Valle del Cauca.

2.2 Marco teórico - conceptual

2.2.1 La Teoría General de los sistemas de Ludwig Von Bertalanffy

Para desarrollar la presente investigación se ha decidido trabajar apoyándose y sustentándose sobre la Teoría de los Sistemas, desarrollada por Bertalanffy en 1968. La Teoría General de los sistemas de Ludwig Von Bertalanffy planteaba que un organismo es un sistema abierto que está en constante intercambio con su entorno, el planteó que un sistema es un conjunto que tiene elementos que se relacionan entre sí con un fin, para él la teoría general de sistemas era el reflejo a través de los análisis y totalidades de la interacción interna de sus partes como una poderosa herramienta que permite la explicación de diferentes fenómenos de la realidad.

Esta teoría presenta unos conceptos básicos:

Sistema: “Un sistema es todo organismo con un número de componentes en interacción mutua” Preister, S. (1981). Todo organismo es un sistema y todo sistema es un organismo, y estos se encuentran en constante interacción.

Según Preister, S. (1981) los sistemas se caracterizan de la siguiente manera:

- Tiene límites
- Es abierto o cerrado
- Energía, materia e información son importados a través de sus límites.
- Algo de esto es almacenado para impedir la desintegración futura; algo es transformado por y para USP del sistema; algo abandona el sistema en una forma cambiada.
- El crecimiento es una meta del sistema, puede lograrse mediante cualquier número de alternativas, una de las cuales son sus cualidades emergentes que puede desarrollar frente a nuevas circunstancias ambientales en su movimiento general hacia una finalidad.

Subsistema: Conjunto de elementos y relaciones que responden a estructuras y funciones especializadas dentro de un sistema mayor. En términos generales, los subsistemas tienen las mismas propiedades que los sistemas y su delimitación es relativa a la posición del observador de sistemas y al modelo que tenga de éstos. Marcelo Arnold, Ph. D. Francisco Osorio, M. A. (1998). Y, finalmente, el supra sistema es el sistema que integra a los sistemas desde el punto de vista de pertenencia. Es un sistema mayor que contiene sistemas menores.

Al considerarse la familia como un organismo como un sistema abierto en constante intercambio con otros sistemas vecinos por medio de complejas interacciones, entre éstos se distinguen varios niveles de complejidad sistema siendo éste en su totalidad coherente, como ejemplo está la familia, supra sistema es todo el medio que rodea al sistema podrían ser amigos, vecinos y personas con las que se relacionan y subsistema los componentes del sistema como tal que ya sería el individuo, las características de la teoría general de los sistemas son totalidad sinergia y entropía. Esta teoría plantea que la familia es el sistema que define y configura en mayor medida el desarrollo de la persona desde su concepción.

En el enfoque sistémico los estudios para la familia se basan principalmente en el conocimiento de la familia, o cada familia como un grupo con identidad propia y a su vez como un espacio donde se pueden entamar relaciones.

Para complementar la mirada de familiase detalla algunas características de la definición a partir del modelo sistémico:

- La familia como un conjunto: La familia se constituye como un total de sistema de creencias, valores, costumbres entre otras, es por eso que anteriormente se mencionaba que cada familia es diferente y porta sus propias particularidades. (Ochoa de Alda, 1995).

- Estructurado: Cada familia tiene su propia estructura funcionamiento, esto se reduce en reglas, costumbres, límites de relación, jerarquización que regulan las relaciones entre los miembros. (Parson y Bales, 1995).
- Personas: Cada miembro tiene su propia construcción personal, y esta construcción hace parte y afecta de manera directa a la totalidad del sistema. (Kriz, 1994).
- Propositivo: Hace referencia a las metas propuestas por el sistema familiar, que inicialmente son propuestas por el entorno social y finalmente interiorizadas por el sistema, estas metas se reducen a la protección, educación e inclusión social. (Espinal, I., Gimeno, A., & González, F. 2000).
- Interacción: El sistema permanece en una constante relación entre sí, donde la relación es recíproca. (Espinal, I., Gimeno, A., & González, F. 2000).
- Abierto: El sistema familiar se considera un sistema abierto, puesto que recibe influencia y está en constante relación con otros sistemas. (Musitu et al., 1994).

A partir de las clases recibidas en el proceso académico podemos clasificar la familia de la siguiente manera:

- Familia nuclear: Está constituida por la pareja y uno o más hijos.
- Familia monoparental: Se refiere a la familia donde solo uno de ellos padres se hace cargo de la unidad familiar.
- Familia extensa: Está compuesta por una familia monoparental o nuclear más otros familiares, como tío, abuelos etc.
- Familia homoparental: Se caracteriza por tener dos padres o madres homosexuales.
- Familias agregadas: Pareja vive junta sin matrimonio, es decir en unión libre.
- Familias reconstruidas: Parejas con hijos de relaciones anteriores.
- Otros tipos de familias: conviven bajo un mismo techo hermanos, amigos o personas sin ningún parentesco sanguíneo.

Desde la década de los 70 numerosos autores hacen referencia a que el apoyo social y los recursos familiares tienen un efecto protector sobre la salud de las personas. Por el contrario, la pérdida o ausencia de apoyo especialmente por parte de la familia, asociada a las diferentes fuentes de estrés que pueden presentarse en la vida de la persona (enfermedad, minusvalía, pérdida de un ser querido, cambios en el rol, etc.) pueden interactuar, potenciándose y creando un alto nivel de vulnerabilidad individual (Novel,1991).

La Familia como Red de Apoyo

En un estudio realizado por De Oliveira Borba L et al. *The family and the mental disturbance carrier: dynamics and their family relationship.* (2011). Se seleccionó a seis familias con un total de doce participantes, para poder evaluar su dinámica y su relación familiar. Se observó que se considera a la familia como un soporte fiable, donde se puede buscar apoyo y comprensión. Es Salud mental y apoyo familiar: exploración de la percepción de personas usuarias de un espacio que proporciona seguridad, en el que se puede interaccionar, pero también, en algunas ocasiones, puede llegar a ser un espacio de conflictos, tensiones, sentimiento de culpa de los familiares y pérdida de comunicación, entre otras, puesto que es el espacio de interacción más cercano en el que se expresan las emociones.

Sin embargo, una familia se ve fuertemente afectada cuando uno de sus miembros tiene una condición de salud diferente, como lo es la esquizofrenia.

2.2.4 ¿Qué es la esquizofrenia?

Para Rodríguez, J y otros (2009), la esquizofrenia es una enfermedad mental severa, discapacitante y difícil de manejar para los pacientes y las familias, tiene un curso crónico, con recaídas frecuentes, que lleva a un deterioro en el funcionamiento, poca producción económica, entre otros, es por ello que la intervención tanto en la familia como en los cuidadores, se ha convertido en un tema de interés.

En las personas con esquizofrenia se ve deteriorado su funcionamiento social tanto por los síntomas psicóticos como por los efectos de los fármacos, todo esto produce una disminución en la red de apoyo, quedando reducida al apoyo familiar y del personal de salud mental. Debido a este gran cambio las personas con esquizofrenia esconden sus emociones y abandonan su participación social.

Según un estudio realizado por Silvia Barbeito Torrente, *Salud mental y apoyo familiar: exploración de la percepción de personas usuarias de un centro de rehabilitación psicosocial* (2016); En lo que se refiere a la esquizofrenia, se ha encontrado en la literatura que más de un 60% presentan un funcionamiento social deficitario, son 4 veces más propensos a no tener un amigo próximo y apoyo familiar; en la exploración de la percepción de personas usuarias de un Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral aseguran que no tienen a nadie que los apoye en los momentos de crisis.

Las personas con esquizofrenia presentan unas redes sociales más reducidas que el resto de la población general y que las personas con trastornos mentales no psicóticos, observándose que mientras una red en la población se compone de unas cuarenta personas, en las personas con esquizofrenia este número se ve bruscamente reducido de cuatro a trece personas. También se encontró una diferencia en el tamaño de la red por cuestión de sexo, es decir, las redes sociales son más amplias en el sexo femenino que en el masculino, aunque se produce una disminución progresiva en el tamaño de la red causada por la edad en ambos sexos por igual. Barbeito, S. (2016).

Dentro de las redes de apoyo social, la familia se percibe como un apoyo de mucho peso, y sin dicho apoyo se pueden dar consecuencias ocupacionales desfavorables. Sin embargo, cabe resaltar que todo debe ser equilibrado ya que si el apoyo familiar es excesivo también es perjudicial para el individuo.

La clasificación en la discapacidad, se organiza en grupos y subgrupos, en este caso la esquizofrenia hace parte del grupo de las discapacidades mentales, este grupo está compuesto por las personas que presentan discapacidad en el aprendizaje y en su comportamiento, ya sea en actividades de su vida diaria o en su relación con otras personas, y en el subgrupo que se encuentra la esquizofrenia es en las discapacidades conductuales y otras mentales este subgrupo categoriza la discapacidad como moderada o severa esto depende de la forma en que se manifiesta el comportamiento o como es la conducta de la persona, en este tipo de discapacidades las personas tienden a interpretar y dar respuesta inadecuada a las distintas situaciones en las que se desenvuelve, también puede experimentar perturbación de su capacidad para la identificación de objetos o personas y la noción de espacio y tiempo. En el caso de la esquizofrenia se da la incapacidad para distinguir la realidad de la fantasía y hay perturbación severa en la relación con las personas al tener un comportamiento antisocial.

Es de gran importancia tener en cuenta que la familia también tiene afectaciones emocionales y otras al tener una persona del grupo familiar diagnosticado con esquizofrenia, para la familia también es difícil aceptarlo, también es difícil adherirse al tratamiento, entender todo lo que está sucediendo y brindar apoyo estable al individuo, es por eso que la familia también debe recibir apoyo emocional y social por parte del equipo.

Es necesario resaltar que cuando se manifiesta la importancia de la familia en personas diagnosticadas con esquizofrenia, es porque esta enfermedad genera una condición de incapacidad y discapacidad permanente o pasajera en el individuo haciendo que este pierda algunas de sus capacidades para desarrollarse de manera normal por sí solo, es por eso que esta enfermedad hace parte de la discapacidad psicosocial que es la limitación de las personas que presentan disfunciones temporales o permanentes de la mente para realizar una o más actividades cotidianas.

La terapia familiar sistémica se ha ido conformando a partir de varios autores, sin embargo, se considera que John Bell es uno de los pioneros en experimentar la terapia de familia con un adolescente agresivo en el año 1951 y posteriormente con 9 familias más. Hoy ya han pasado 5 décadas desde que apareció esta nueva manera de dar terapia, en donde en enfoque de atención es el grupo humano antes que en el individuo y que considera a la familia como un espacio donde se forjan las condiciones para la salud y para la enfermedad. Y desde ese momento la terapia familia ha ganado campo en otros espacios como universidades, hospitales, iglesias, la comunidad entre otros. La anterior información está Basado en el Texto La Terapia Familiar (2008, Dorys Ortiz Granja).

Dentro del proceso de recuperación de la persona con esquizofrenia el trabajador social es quien trabaja directamente con la familia y la relación que se debe fortalecer con la persona.

Como Trabajadores Sociales en formación y para entender y caracterizar un poco del trabajo realizado desde trabajo social en la IPS oportunidad de vida, se hace importante reconocer a labor que debe ejecutar el trabajador social con personas diagnosticadas con esquizofrenia; su trabajo se basa en entender al individuo, desde una integralidad social, entendiendo que sus factores se relacionan entre sí, por ende, el profesional de Trabajo Social debe indagar por la vida del sujeto y su entorno y a partir de ahí poder realizar un diagnóstico con su respectiva intervención.

Sin embargo, la función del Trabajador Social depende de ámbito donde esté trabajando: atención primaria de salud mental infantil, juvenil y adultos, hospitalización total o parcial y centros de día. En todos los ámbitos el Trabajador Social ejerce atención directa con el paciente, sus familias y las redes de relación en las que está involucrado y su intervención se desarrolla en cuatro etapas: Estudio, diagnóstico, tratamiento y evaluación.

Estudio: el estudio se realiza por medio de charlas con el individuo y su familia, para conocer información que permita identificar los diferentes factores que han podido influir en su estado actual o el desarrollo de la enfermedad por medio de la escucha.

El diagnóstico permitirá que el profesional tenga más claridad sobre el individuo, la familia, sus problemas y necesidades.

Tratamiento: el tratamiento se puede ejecutar de manera individual, grupal, familiar o comunitario dependiendo del diagnóstico realizado antes, también utiliza los recursos con los que el individuo ya cuenta y lo guía a la potencialización de los mismos.

Finalmente se evalúa la eficacia de los resultados obtenidos.

Trabajo social y esquizofrenia

Para Gómez (2000) La figura del Trabajador Social en salud mental se ocupa de una triple misión: Una tarea preventiva, un papel de ayuda diagnóstica y de tratamiento y una labor de rehabilitación.

De manera más puntual en el área de hospitalización psiquiátrica el Trabajador Social tiene como objetivo promover o conseguir la rehabilitación y reinserción social de los enfermos para ligarlos a recursos como la atención primaria en salud mental, por medio de terapias sociales y trabajo con la familia y su entorno cercano.

Abarcando un poco la relación que tiene el trabajador social con la familia del individuo cabe resaltar que es importante conocer la composición familiar e identificar la tipología y el ciclo vital, además de las características y procesos que definen la transferencia de significados o de energía a través de las fronteras de la familia. (Friedemann, 1995), citada por Amaya de Peña define la composición familiar como la identificación de cada uno de los miembros de la familia, incluyendo género, edad y rol y composición.

Esto se hace con la intención de conocer el primer vínculo que tiene el individuo, evaluar el apoyo de parte de la familia, fortalezas y debilidades desde este vínculo.

Lo que hoy se conoce como enfermedades mentales no siempre fue así, pues a través de la historia esta condición ha sido tomada y abarcada de diferentes maneras.

2.2.7 Historia de la Locura

Es necesario contextualizar con la historia de lo que hoy se conoce como esquizofrenia, ya que no siempre fue el término que se utilizó y no siempre se dio la atención que hoy en día conocemos como lo normal, para investigar sobre la historia se toma como referencia el libro de la historia de la locura de Michel Foucault, Francia, 1964.

La locura, como se le mencionaba anteriormente, e incluso aún se escucha ese término para referirse a personas con enfermedades mentales, a través del tiempo ha tenido distintas concepciones por parte de la sociedad y el momento histórico en donde se ha dado, por ello se hará un breve recorrido de esta para comprender mejor su historia.

En los pueblos primitivos se tenía el pensamiento de que la locura era una cuestión exclusivamente de magia, las personas que tenían algún tipo de actitud distinta a lo que era catalogado normal inmediatamente se recurría a los brujos y chamanes de ese entonces, a lo que se exponían estas personas era a distintos tipos de rituales y ceremonias ya que para esta sociedad la salud era más una causa de milagros o por otra parte maldiciones por sus antepasados o simplemente influencia de demonios allí se llevaba a cabo la intimidación de estas personas y por ende el rechazo de la sociedad por estar expuestos a estas prácticas.

En la antigüedad la locura fue más un caso de filósofos y médicos allí es donde se plantea que la enfermedad mental es incurable, pero en este momento histórico no habían hospitales o lugares exclusivamente dedicados a la atención de las personas que tenían algún tipo de enfermedad mental y el cuidado era netamente desde la familia, también este trato dependía

mucho del comportamiento de cada persona ya que podía ser una persona con enfermedad mental pero con una conducta catalogada como normal así que no se veía como necesario aislarla de la sociedad pero si por el contrario era una persona problema se acudía al aislamiento.

En la edad media y con el cristianismo se planteaba que las personas con enfermedad mental eran controladas por entidades malignas, era una sociedad más creyente en el bien y el mal, espíritus, demonios y para la curación de estas era de necesidad recurrir a la iglesia y que estas personas fueran exorcizadas finalmente si no lograban un cambio con esta práctica a lo que acudían era a capturarlos y quemarlos frente a todas las personas con la convicción de que de esa manera purificarían su alma.

Tiempo después en la sociedad preindustrial se reflejaron las diferencias sociales, se crean hospitales con el fin de controlar la población pero aun así no fue la solución a nada ya que dichos en hospitales solo se admitían enfermos mentales tranquilos normalmente estos hospitales eran creados fuera de las ciudades para evitar la propagación de enfermedades y estos enfermos eran catalogados por enfermedades curable e incurables, para ese momento las enfermedades mentales seguían siendo consideradas como incurables.

En 1713 fue fundado el primer hospital para enfermos mentales, se construyen bases teóricas en la psiquiatría y aparecen con estos espacios de encierro que era una de las formas de reprimir a la sociedad en ese momento histórico, un poco más adelante se categoriza el enfermo mental y se cuestiona la creación de los manicomios como una herramienta de cuidado a los pacientes y se propone la rehabilitación como un método tratar a las personas.

En 1910 ya con las distintas prácticas hacia los enfermos mentales surge el movimiento anti psiquiátrico en total desacuerdo con la forma en que la psiquiatría intervenía a estas personas con un gran abuso de poder y es allí donde se exigen cambios pensando en los derechos de cada persona, el cual no eran respetados y perdían su autonomía.

Podemos decir que al día de hoy la enfermedad mental a través de su historia ha tenido grandes cambios desde el cómo es concebida y la forma de intervención, entonces ya vemos la enfermedad mental con una gran definición médica en la que se habla de donde puede provenir esta, ya cada persona puede ser evaluada y según distintos aspectos se categoriza que tipo de enfermedad mental es, que requerimientos tiene y como debe ser el tratamiento es un avance con respecto a tiempos pasados pero se debe seguir trabajando desde el manejo de estas enfermedades y la influencia que tiene el entorno frente a estas personas.

Posteriormente se da la antipsiquiatría, nace en los años 60, con el auge de distintos movimientos sociales en los que se oponían a toda las formas de dominación y se luchaba por los derechos de autonomía de toda diversidad incluida la locura, nace siendo un movimiento crítico en el que se cuestionaba la forma en la que la psiquiatría institucional obraba desde sus fundamentos, prácticas e implicaciones que esta tenía, esta crítica estaba enfocada en ir hacia la construcción de nuevas formas de pensar y de abordar las diferencias subjetivas.

Para conocer la antipsiquiatría abordamos el texto *Materiales para una historia de la antipsiquiatría: balance y perspectivas* (CEA, 2016). Se le denomina anti psiquiatría clásica a la etapa en la que se ve como un movimiento más intelectual y profesional, este estaba influenciado por las ideologías radicales y revolucionarias y la lucha por las ideologías estaban paradas desde lo radical y revolucionario, en este momento se vio a la psiquiatría como una disciplina que buscaba tener el control social para la adaptación al orden establecido y se encontraba la dominación del poder de la razón sobre la locura es desde este punto donde la antipsiquiatría hace una denuncia hacia el poder y la función de la psiquiatría en la sociedad. Se inicia un camino hacia la crítica intelectual, enriquecida por distintos aportes desde lo teórico y desde lo práctico.

Más adelante en los años 70 surgen distintos movimientos de ex pacientes o sobrevivientes de la psiquiatría, en donde empiezan a sobresalir las luchas de emancipación que comenzaron a llevar estas mismas personas que habían sido señalados como “locos” todos orientados en contra de la psiquiatría principalmente en las practicas que en dicho momento eran utilizadas como la internación forzosa, el electroshock y el uso inapropiado de psicofármacos, en ese momento todas esas personas habían sufrido el abuso psiquiátrico y era el momento de alzar su voz en contra de las inconformidades que tenían en la forma en la que operaba la psiquiatría y de la forma en la que se generaba todo un estigma alrededor de una persona a la que señalaban con algún tipo de enfermedad mental, además de esto un propósito crucial en ese reclamo era de alguna manera reivindicar sus derechos y el poder decidir lo que para ellos era lo mejor y no ser obligados sin ser tenidos en cuenta, a partir de allí se les denominó como los psiquiatrizados en lucha.

Por otra parte este movimiento mostró la necesidad de crear alternativas a la psiquiatría convencional, pensando en que entre las mismas personas que habían vivido el proceso de psiquiatricación podrían apoyarse mutuamente en un entorno en donde se les pudiera potencializar colectivamente sus capacidades, para su misma recuperación, en este mismo proceso se construyen políticas de salud mental y el desarrollo de un modelo comunitario, a partir de estos cambios sociales y políticos se actualizan las perspectivas antipsiquiátricas y estas transformaciones hacen que se dé el reordenamiento del rol de la psiquiatría, pero ya para los años 80 se expande la industria farmacéutica lo que hace que todo el alcance de la crítica antipsiquiátrica se vea grandemente afectada y después de esto en las últimas décadas se han incrementado las experiencias y los movimientos hacia una mirada crítica hacia las nuevas técnicas y las nuevas instituciones de la psiquiatría dominante.

Más adelante en los años 90 se da la nueva antipsiquiatría que principalmente retoma la antipsiquiatría clásica, en dicho momento estaba en auge la revolución farmacológica y era contra esto que estaba orientada la lucha específicamente contra la medicalización y el abuso en la implementación de los psicofármacos y es allí donde se pone el manifiesto hacia la falta de neutralidad y objetividad de la psiquiatría, por ello se orientan hacia la construcción de nuevos criterios del cómo debería ser el proceso adecuado de la psiquiatría para proteger a la ciudadanía de los efectos que dichos procesos podrían causar.

Lo que logró la nueva antipsiquiatría fue el reconocimiento de las inconformidades que se tenían con respecto a la psiquiatría y hace que en estas se produzcan cambios para el bienestar de todas las personas en dicho momento, también logra la creación de distintas organizaciones y agrupaciones para el desarrollo de la crítica hacia la psiquiatría contemporánea y en este mismo escenario se dan distintos tipos de encuentros para promover cambios en las prácticas de la salud mental, finalmente la antipsiquiatría lo que propone es generar una ruptura con la tradición psiquiátrica, expresándose en constante unión y lucha como una acción colectiva, logrando ser críticos y ser la oposición de la hegemonía psiquiátrica dominante y es por ello que aún se reconoce vigente.

Cuando hablamos de salud mental, éste tiene unos modelos de atención como lo son el modelo clínico biológico, modelo rehabilitador, modelo de recuperación y modelo custodial. Tomado de Modelos de Atención para el Tratamiento de las Desviaciones de Salud Mental, 2010.

2.2.9 Modelos

El modelo psiquiátrico es un derivado de la medicina, siendo un modelo que tiene como base la salud mental en donde se realizan diagnósticos.

Modelo Clínico-biológico, la enfermedad mental tiene una base biológica compleja por lo que su tratamiento debe estar en manos de médicos especialistas que hagan tratamientos.

Modelo rehabilitador, se concentra en la rehabilitación y la reintegración de la persona a la sociedad, recuperando roles sociales.

Modelo de recuperación consiste en construir un proyecto de vida con sentido y satisfacción para la persona, definida por ella misma independientemente de la evolución de sus síntomas o problemas.

Modelo custodial, se concentra en el control sobre la persona, este modelo es más usado en manicomios, también usado en hospitales psiquiátricos en donde se prolonga por mucho tiempo el tratamiento. Es un modelo que tiene como finalidad actuar bajo la farmacología buscando mejorar el equilibrio mental y emocional de las personas, desde este modelo se busca prevenir y actuar sobre las causas biológicas de las enfermedades mentales, así mismo estudiarlas y cuáles son sus condicionamientos socioculturales, para así mismo buscar la rehabilitación y posteriormente la reinserción social de las personas.

Sin embargo, para desarrollar esta investigación y entender un poco la esquizofrenia, nos hemos basado en el modelo social, que reconoce que las causas de la discapacidad son más por el estigma social que por algo científico o de religión es por esto que se considera que las personas con algún tipo de discapacidad pueden aportar a la sociedad al igual que el resto de personas siempre teniendo en cuenta que cada persona es diferente, este modelo se apoya principalmente en los derechos humanos entre ellos el respeto a la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal favoreciendo la inclusión social, apoyándose en ciertos principios que son la vida

independiente la no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno entre otros. Todo empieza a partir de la idea de que la discapacidad es una construcción y es un modo de opresión social el resultado de esto es una sociedad que no tiene en cuenta a las personas con discapacidad es por eso que este modelo social quiere lograr que estas personas sean partícipes de la sociedad y puedan ser autónomos y tomar decisiones con respecto a su propia vida, para lograr esto se centra en eliminar las barreras que se han implantado en la sociedad y que tengan más oportunidades, este modelo es fruto de una lucha constante de las personas con discapacidad (Palacios, 2014).

El modelo social caracteriza a la persona con discapacidad a partir de: el cuerpo, más que identificar qué tan completo está anatómicamente y qué tan cerca funcione de acuerdo con la norma, las personas que optan por poner en práctica este modelo se concentra en descubrir las habilidades y las capacidades que este individuo ha desarrollado con el cuerpo que posee, para luego, a través de procedimientos sistemáticos, potenciarlas; el entorno inmediato (la familia), se tiene en cuenta el proceso por el cual pasan sus miembros al recibir la noticia de que uno de ellos ha sufrido una lesión o dificultad que desembocará en una discapacidad. Según cómo evolucione ese proceso, los miembros de su familia construirán un concepto de su familiar, y justamente este concepto facilitará o entorpecerá el desarrollo de habilidades y capacidades que intervendrán de manera directa en su mayor o menor integración, primero en la familia y luego en los otros entornos. Aquí cobra importancia el proceso socializador, pues se parte del supuesto de que es éste el que puede facilitar o entorpecer la integración de las personas con discapacidad, dependiendo de las ideas, sentimientos e imágenes que cada miembro de la familia tenga sobre la discapacidad y de las prácticas sociales que desarrollen para lograr el equilibrio, y el medio, como portador de oportunidades en términos de equidad según (Ochoa, 2014)

El trastorno mental es entonces una alteración al estado de salud normal debido o no a una enfermedad, un trastorno mental se entiende como un cambio des adaptativo y por ende problemático, este término se utiliza como un modo más abstracto al referirse a la enfermedad, el concepto de trastorno sirve para describir las señales del estado de anormalidad y de alteración de la salud en el que se encuentra una persona.

Los trastornos mentales normalmente son los que categorizan la enfermedad mental es decir, en el grupo de los trastornos psicóticos se clasifica la esquizofrenia, el trastorno delirante y el trastorno esquizoafectivo, hay una gran variedad de trastornos y todos tienen distintas características y se manifiestan de forma diferente, pero en ellos usualmente se presentan alteraciones en el pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta de la persona, para contrarrestar un trastorno, se disponen distintos tratamientos para la mejoría de los malestares que estos causan.

La enfermedad mental se define entonces como una alteración de carácter cognitivo, emocional o de comportamiento en el individuo respecto al medio donde este se desenvuelve lo que le dificulta la adaptación a este entorno y crea alguna forma de malestar subjetivo. Cuando hablamos de enfermedad mental es un término amplio, pero en este se abarcan todos los tipos de trastornos mentales y todas las características que estos presentan, esta expone las causas concretas de la falta de salud.

Según el manual de codificación de enfermedades Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) o Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición la esquizofrenia F20 se caracteriza por distorsiones de la percepción, del pensamiento y de las emociones, así como manifestaciones afectivas inapropiadas. En general se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos.

Existen 5 tipos diferentes de esquizofrenia, Según la segunda edición actualizada del manual de psicopatología clínica de Adolfo Jarne Talam la primera esquizofrenia es la Paranoide, ésta consiste en el alojamiento de ideas delirantes y alucinaciones auditivas sin claras alteraciones en la afectividad, las ideas delirantes más comunes son las de persecución o prejuicio, fácilmente éste tipo de ideas puede conducir a otros síntomas, como los son ansiedad, ira, retraimiento y constante discusión, el segundo tipo de esquizofrenia es la desorganizada, presentan un lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado y emociones alteradas, puede tener ideas delirantes o alucinaciones, pero no suelen ser a un tema coherente, el tercer tipo de esquizofrenia se llama catatónica, ésta se presenta cuando hay gran alteración psicomotora que incluye inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, para poder hacer éste diagnóstico hay que descartar primeramente los otros cuatro tipos de esquizofrenia y que no sea causas por otras enfermedades, el cuarto tipo de esquizofrenia es la residual donde la persona al ser revisada su cuadro clínico no es diagnosticada con ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o lenguaje desorganizado, por último se presenta la esquizofrenia indiferenciada, se define a una persona en ésta cuando no cumple con otro cuadro patológico, sin embargo se puede diagnosticar si ha presentado varios de ellos pero no es claro el tipo de esquizofrenia.

Debido a las anteriores características que desarrollan discapacidad psicosocial y la esquizofrenia dentro de ella, se hace que la participación social de estos individuos sea más compleja y se hace necesario el apoyo de la familia.

Uno de los síntomas de la esquizofrenia es la falta de comunicación, pues las personas suelen ir perdiendo esta habilidad y empiezan a aislarse.

Se entiende por comunicación por la forma en la que la persona habla y contesta, en donde comunica para los demás y también para él mismo, la comunicación simbólica como lectura y capacidad de comprender a los demás, capacidad de saber y comprender gestos de las

personas con las que se interactúa, “comunicación en el sentido de símbolos significantes, comunicación que está dirigida a no sólo a los otros, sino también el individuo mismo” (Mead 1973 p.170). Es así, que se va construyendo una interacción social saludable sabiendo cómo las personas actuarán si ponemos en interacción algún objetivo, es por eso que la comunicación es una habilidad social, porque en ella están comprometidos mensajes, no sólo del habla, del pensamiento, también de los gestos.

Los 5 axiomas de la comunicación son de vital importancia a la hora de hacer un análisis desde la terapia familiar sistémica para poder entender y comprender la comunicación más allá de lo verbal, lo no verbal y los contextos.

- Es imposible no comunicar, esto se entiende así ya que aun cuando las personas están en un completo silencio, pueden seguir transmitiendo un mensaje haciendo énfasis en una comunicación no verbal, los gestos y el contexto hablan por la persona, para poder comprender el mensaje, se debe estar dentro del sistema de la persona, para poder entender y comprender con mayor facilidad su comportamiento.
- Los niveles de contenido y las relaciones de comunicación, dependiendo de quién emita y quién reciba el mensaje, el mensaje podrá tener diferentes significados.
- La puntuación de la secuencia de hechos, la comunicación siempre irá en 2 direcciones, quién trasmite y a quién se va a transmitir, afectando o influyendo en las 2 direcciones.
- Comunicación digital y analógica, observación de los gestos, escuchar el tono, desde que posición se habla, encontrar una similitud entre lo expresado.
- Interacción simétrica y complementaria, busca generar una relación equitativa que permita el habla de las 2 partes, puede haber una simetría entre el emisor y el receptor, mientras que la comunicación complementaria está sujeta a la autoridad y a la jerarquía

donde los roles no son iguales, al ser la comunicación más desigual se genera que lo emitido por la parte superior sea más influyente que lo que la parte inferior llegue a emitir.

2.3 Marco conceptual

Para entender un poco mejor la teoría y desarrollarla definiremos algunos términos:

La familia según la teoría general de los sistemas:

Es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior.

Según (Minuchín, 1986, Andolfi, 1993; Musitu et al., 1994, Rodrigo y Palacios, 1998) Es un grupo organizado e interdependiente de personas que poseen constante interacción, regulado por reglas y funciones dinámicas que existen entre ellos y con el mundo exterior.

A partir de lo anterior, se puede definir a la familia como un grupo de personas que se rigen y conviven bajo costumbres adquiridas dentro del mismo grupo, y tienen fines inconscientes de relación entre sí. También adquieren normas para mantener un orden y cada miembro está definido con diferentes funciones establecidas dentro del grupo, pero a su vez influenciadas por otros sistemas.

La familia es un grupo vital con historia, es una red comunicacional natural que atraviesa fases en su desarrollo, que suponen crisis naturales, por las que la familia se transforma, crece, madura o se rompe.

A partir de las funciones se espera o se acostumbra a encontrar apoyo emocional o económico y sustento dentro de la familia, especialmente cuando alguno de los miembros tiene algún tipo de dificultad, como lo es una enfermedad.

La familia a su vez hace parte de una red de apoyo social, siendo esta una estructura que brinda algún tipo de contención a algo o alguien. (Salinas, Manrique y Téllez, 2008) define al apoyo social como “una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional” (p.421). Se puede entender que es a partir de la red de apoyo social de donde las personas obtienen el apoyo social, emocional, físico, o económico, es entonces la familia una red de apoyo social.

Según Argimon et al., (2003) en el campo de las intervenciones para familiares de pacientes con esquizofrenia, se puede asumir que el término se refiere principalmente a los involucrados en el cuidado, la mayoría de los cuales son familiares que conviven con el paciente, en el 80% de los casos.

En la mayoría de los casos las personas que tienen esquizofrenia pierden muchas de sus capacidades por diferentes motivos, ya sea por el medicamento que deben tomar, porque se desconectan de la realidad, porque sus emociones se ven afectadas y por ende el individuo se vuelve más vulnerable para tener una buena calidad de vida, es ahí donde el Trabajador Social cumple una de sus funciones evaluando las redes de apoyo en la familia, porque el individuo requiere de una persona, que se conoce como el cuidador informal. Según Arguimón (2003):

La persona que procede del ámbito familiar, de amistades o vecinos, que asume los cuidados de una o más personas no autónomas que viven a su alrededor, y que no perciben remuneración alguna por realizar estas tareas. (Argimon et al, 2003, pp. 77-87).

La familia debe apoyar la adherencia al tratamiento, los aspectos emocionales y económicos. Cuando el individuo no cuenta con este apoyo, tiene muchas más dificultades para asumir su diario vivir, ya que como se mencionó anteriormente pierde muchas capacidades.

Centrándonos en la incorporación social, que es el aspecto que se busca investigar, se encontró que:

La incorporación social es un proceso de ayuda y acompañamiento en el desarrollo de competencias personales, sociales y laborales que sitúen a la persona en una situación favorable para ejercer sus derechos de ciudadanía en igualdad de oportunidades. (Corera, C, 2004, Comunicación presentada al seminario Jornadas de difusión, Avilés, Asturias).

Lo que busca la incorporación social es favorecer que la persona se enfrente a las situaciones propias de su vida “normalizada”, poniendo en práctica sus aprendizajes, sus capacidades, sus actitudes y aptitudes y siempre desde su independencia personal, cultural y con las decisiones que asuma de manera personal. Pues estos aspectos de alguna manera evidencian que una persona ha logrado o ha avanzado en su incorporación social.

El tratamiento para la esquizofrenia lo que busca es precisamente que cada persona pueda tener y vivir una vida, lo más normal posible, sin embargo, esto no es posible cuando no hay una correcta adherencia al tratamiento, pues esto construye una barrera significativa para el éxito del tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud considera la adherencia como:

El grado en que el comportamiento de una persona -al tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. (Sabaté, 2003, p. 3)

Según la anterior definición, la adherencia no es solo seguir una serie de instrucciones de manera pasiva, sino que requiere acciones independientes por parte de la persona. Para De las Cuevas y De Rivera, (1994), el concepto de adherencia terapéutico hace referencia:

A una gran diversidad de conductas. Entre ellas se incluyen el tomar parte del tratamiento, la no interrupción de un medicamento antes de que el curso del tratamiento se haya completado, el no tomar más o menos cantidad de un medicamento que lo prescrito, el no tomar una dosis en el momento equivocado, además de desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo y acudir a las citas concertadas con los profesionales de la salud. (De las Cuevas y De Rivera, 1994, De las Cuevas et al., 1996 p.p. 445-464).

Como se decía anteriormente, se requiere de acciones independientes y activas por parte de la persona. Sin embargo, según (Atkins y Fallowfield, 2006) la falta de adherencia al tratamiento puede ser no intencional, como consecuencia de la pérdida de habilidades. Y es por eso que se requiere de un apoyo familiar que haga parte del acompañamiento del tratamiento.

Uno de los aspectos que evidencian una vida social incorporada es el acceso a un trabajo, y según la real academia española, trabajo se define como “Acción y efecto de trabajar” y/o “ocupación retribuida”. Sin embargo, cuando una persona tiene esquizofrenia, no siempre es posible tener o mantener un trabajo. Pero se debe reconocer que el trabajo para Kravetz:

El trabajo aporta elementos relevantes para el desarrollo de las personas promoviendo en el sujeto un sentido de bienestar, en tanto ofrece una oportunidad para tener el control, permitir el uso de habilidades y cumplir metas generadas externamente. Se efectúa en un clima de claridad acerca de las demandas y acerca de la obtención de recompensas.

Genera disponibilidad de dinero, seguridad y ejercicio físico, supervisión de apoyo, oportunidades de contactos interpersonales y, por último, facilita la obtención de una posición social valorada. En resumen, las cualidades del trabajo aportan elementos intra e interpersonales de bienestar y calidad de vida. (Kravetz, 2003, pp 278-288).

Las anteriores características expuestas por Kravetz evidencian que el trabajo no solo es un aspecto independiente, debido a que la vinculación o no al ámbito laboral, trae consigo consecuencias tanto negativas o como positivas, dependiendo de si se tiene o no trabajo.

La relevancia del trabajo como elemento estructurador de la vida para personas con discapacidad. En la medida que colabora con su proceso de integración al sistema social, le permite contar con cierto grado de autonomía, recibir y administrar dinero, desarrollar habilidades prácticas y de integración con otras personas (Arostegui & Martínez, 2000).

Contar con un trabajo entonces, se convierte en un elemento de doble valor para el sujeto: por una parte, el valor intrínseco del desempeño de una actividad y sus beneficios; por otra, el valor de elemento terapéutico, ya que el trabajo va a incidir directamente sobre su estado intelectual, mejora su funcionamiento, aumenta la valoración de sí mismo, normaliza sus conductas, lo hace sentirse útil, activo, estimulado por una tarea y enriquecido gracias a la relación con las demás personas.

Como lo indican Galilea & Colis (2000), el trabajo también supone un factor de integración y normalización que puede convertir al enfermo en un individuo perteneciente a un grupo, en tanto el desempeño de un trabajo permite que el enfermo mental crónico adquiera un rol normalizado, de trabajador por sobre el rol de enfermo psiquiátrico.

Sin embargo, no todas las personas con esquizofrenia cuentan con un empleo, o quienes los tienen, cuentan con una gran posibilidad de perderlo, debido a que algunas de sus habilidades personales pueden estar deterioradas lo que genera incapacidad en la persona.

Otro aspecto que evidencia una incorporación social es el acceso a los espacios de ocio, y según la real academia española el ocio es “Ocupación de ocio o esparcimiento, especialmente en cosas manuales, porque suelen tomarse como una interrupción de las otras tareas”.

Según el instituto de ocio de la universidad de Deusto Bilbao, ocio es también la antítesis de la actividad obligatoria, y se puede definir como tiempo libre durante el que elegimos, de forma discrecional, respecto a la ocupación de este tiempo, También es entendido como una actividad libremente elegida. Según Ruseell (1996), la esencia de lo que constituye el ocio es lo que la persona siente respecto a la actividad y no la actividad misma.

Entonces el ocio es el acceso que las personas tienen a espacios de recreación de manera voluntaria y fuera de las actividades obligatorias, sin embargo, el ocio es también uno de los espacios que las personas con esquizofrenia también suelen abandonar.

Cohen y Anthony (1984) afirman que más de dos tercios de las personas con trastorno mental no participan en actividades recreativas, lo anterior se evidencio en un estudio con 77 adultos con esquizofrenia en la comunidad, Champney y Dzurec (1992) encontraron que el 92% no tenía ningún tipo de ocupación y el 33% afirma que se pasaba la mayoría del tiempo sentado sin hacer nada.

El instituto de ocio de la Universidad de Deusto Bilbao afirma que cuando las personas se encuentran en hospitalización practican actividades de ocio estimuladas por los profesionales psicosociales, sin embargo, al retornar a casa estas actividades en la mayoría de los casos son abandonadas, por lo que el acceso a los espacios de ocio es nulo y es ahí donde nuevamente entra en juego el papel de la familia.

Y el último aspecto al que se hace referencia en esta investigación sobre la incorporación social es el desarrollo de habilidades sociales. Definidas por Kelly como:

Según Kelly (1955) las habilidades sociales pueden verse como una forma de lograr metas personales. Son comportamientos que las personas aprenden para potenciar el entorno en las relaciones interpersonales.

Son entonces las habilidades sociales, comportamientos que tiene un individuo para enfrentarse a diferentes aspectos de la vida. Los comportamientos básicos se adquieren o aprenden en la niñez, mientras que los repertorios de conducta más complejos como las destrezas se adquieren en la adolescencia y la adultez.

Tomando como referencia a Monjas Casares (1998) la clasificación de las habilidades sociales se establece por diferentes áreas:

Cuadro 1. Habilidades sociales

HABILIDADES SOCIALES			
Habilidades básicas de interacción social.	Habilidades conversacionales	Habilidades relacionadas con los sentimientos y emociones.	Habilidades para afrontar y resolver problemas
Sonreír y reír	Iniciar conversaciones	Expresión de autoafirmaciones positivas	Identificar problemas
Saludar	Mantener conversaciones	Expresar emociones	Buscar soluciones
Presentaciones	Terminar conversaciones	Recibir emociones	Anticipar consecuencias
Favores	Unirse a conversaciones	Defender los derechos propios	Elegir una solución
Cortesía y amabilidad	Conversaciones de grupo	Defender opiniones	Probar una solución.

Fuente: Monja Casares (1998)

El anterior cuadro caracteriza los aspectos principales que definen las capacidades sociales y a su vez permite evaluar de qué manera se están desarrollando las habilidades sociales de una persona, sin embargo el desarrollo las habilidades sociales también se ven afectadas en personas con esquizofrenia, a esto se le define como disfunción social y según Bellack, et al (1987) se da en tres circunstancias: cuando la persona no sabe cómo desempeñarse de forma apropiada, cuando no utiliza las habilidades sociales necesarias, o cuando el comportamiento socialmente inapropiado ahonda al comportamiento apropiado.

Según G. Mazza gran parte de las personas con esquizofrenia poseen déficits en el desempeño social, específicamente en:

- Autocuidados
- Autonomía
- Autocontrol
- Relaciones interpersonales
- Funcionamiento cognitivo

El individuo con problemas psiquiátricos puede aprender y mejorar su funcionamiento. Los abordajes que tiendan hacia su normalización deben predominar por sobre los específicos y las intervenciones propiciar una mayor autonomía e independencia. Se ha mostrado esencial evitar la inactividad, pues el aislamiento familiar o institucional, así como el embotamiento personal, conservan y agravan los síntomas patológicos (Galilea & Colis, 2000)

2.4 Marco legal

Ley 1616

Según el objetivo de la presente (Ley 1616, 2013) es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

Ámbito de aplicación: Esta ley es aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente al Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, las empresas administradoras de planes de Beneficios las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado. Las Autoridades Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, los cuales se adecuarán en lo pertinente para dar cumplimiento a lo ordenado en la ley.

Salud mental: La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República

de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

Garantía en salud mental: El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales. El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y las entidades prestadoras del servicio de salud contratadas para atender a los reclusos, adoptarán programas de atención para los enfermos mentales privados de libertad y garantizar los derechos a los que se refiere el artículo sexto de esta ley; así mismo podrán concentrar dicha población para su debida atención. Los enfermos mentales no podrán ser aislados en las celdas de castigo mientras dure su tratamiento.

Ley 1618

La Ley Estatutaria 1618 de 2013 por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad” propone una serie de medidas y acciones afirmativas que permiten a las personas con discapacidad, bajo un marco de corresponsabilidad, ejercer sus derechos en igualdad de condiciones con las demás personas.

Las acciones afirmativas, se refieren a todas aquellas medidas, políticas o decisiones públicas a través de las cuales se establece un trato ventajoso, que favorece a determinadas personas o grupos humanos que tradicionalmente han sido marginados o discriminados, con el único propósito de avanzar hacia la igualdad sustancial de todo el conglomerado social.

La expedición de la Ley Estatutaria trajo consigo un proceso de apropiación, que implicó, en primer lugar, un reconocimiento y resignificación de la discapacidad desde la perspectiva

social y de derechos humanos. En este sentido todos los sectores debieron reconocerse como competentes en el tema en cuanto su quehacer como garantes de derechos y no solo provisosores de programas y servicios para atender necesidades. Desde entonces el reto ha sido propender por medidas inclusivas, que valoren la diversidad y promuevan el desarrollo de la capacidad de las personas con discapacidad.

El gran avance de esta ley está en el hecho de que se asignan responsabilidades concretas a actores específicos en relación con la expedición de políticas, acciones y programas o con las ejecuciones de ajustes razonables que contribuyan a garantizar el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad y su inclusión plena. Igualmente contempla acciones transversales que comprometen a los diferentes sectores, al igual que establece deberes para la sociedad civil.

Así mismo, la Ley Estatutaria 1618 de 2013 dicta medidas específicas para garantizar los derechos de los niños y las niñas con discapacidad, el acompañamiento a las familias, el derecho a la habilitación y rehabilitación, a la salud, a la educación, a la protección social, al trabajo, al acceso y accesibilidad, al transporte, a la vivienda, a la cultura y al acceso a la justicia, entre otros.

Capítulo III

3. Metodología

3.1 Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo descriptiva ya que busca analizar un fenómeno y a su vez medir y describir una de sus características, siendo esta la red de apoyo familiar y a partir de ahí se proponen los objetivos de investigación.

Además, por medio de la investigación descriptiva se puede conocer situaciones por medio de la descripción exacta de actividades, procesos o personas; y es de esta manera se logra cumplir los objetivos de esta investigación, conociendo y acercándonos a las redes de apoyo familiares de personas diagnosticadas con esquizofrenia.

3.2 Enfoque de investigación

Esta investigación está ligada a un enfoque de estudio cualitativo, pues el objetivo de la investigación es examinar la naturaleza general de un fenómeno, además permite la recolección de información a partir de la observación de tres vertientes como lo son las personas con esquizofrenia, su familia y la relación que tienen con la incorporación social. Es de tipo cualitativa ya que los datos que se van a recibir en el estudio de caso varían según las experiencias y vividas por cada individuo y su red de apoyo familiar y las percepciones que se hayan creado frente a su proceso de recuperación de su salud mental, lo que hace que sean diferentes e inexactas.

3.3 Población y muestra

La población a investigar son las personas diagnosticadas con esquizofrenia y su red de apoyo familiar que asisten a la IPS Oportunidad de Vida de la sede Roosevelt en la modalidad hospital día.

Como muestra se tomó 6 personas diagnosticadas con esquizofrenia de la IPS oportunidad de vida que asisten al servicio hospital día y un miembro de su red de apoyo familiar teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Personas diagnosticadas con esquizofrenia
- A partir de los 18 años de edad
- Que haga parte del grupo hospital día
- Disposición para participar en la investigación.

3.4 Técnicas e instrumentos para recolección de la información.

La entrevista semi estructurada

La información obtenida a partir de las entrevistas se registró en voz y posteriormente fue transcrita para efectos de análisis. La información obtenida se consignó en una matriz de organización de la información, en la cual se agruparon los datos por categorías de análisis, lo cual permitió desarrollar de manera adecuada el análisis correspondiente de cada categoría, en la medida que posibilito sistematizar la información recogida de la realidad investigada.

En consecuencia, la matriz de organización de la información, la cual se realizó por cada objetivo específico, se encuentra ubicada en la parte de anexos del presente trabajo investigativo, con la correspondiente información, proporcionada por cada una de las personas que participaron en este estudio.

Revisión documental:

Inicialmente se profundizó en documentos académicos que brindaran información relevante sobre el tema de investigación y permitieran tener más claridad. También se revisaron documentos institucionales de la IPS que permitieron conocer a cerca de los procedimientos desarrollados desde la etapa inicial de las personas con esquizofrenia. Ver anexo G. La información mencionada anteriormente permitió realizar y aportar a los análisis a cerca de la información recolectada con las entrevistas semi estructuradas.

Entrevista a la Trabajadora Social Andrea García

Se realizó con el objetivo de conocer la vinculación de la familia en el proceso de recuperación de las personas con esquizofrenia en la IPS. Ver anexo F.

Observación participativa:

Durante todos los semestres de prácticas realizados en la IPS, fue posible hacer Observación Participativa gracias a la trabajadora social de la institución, en donde se podía estar presente a la hora de las intervenciones desde trabajo social con las personas y sus familiares, así mismo, evidenciar el trabajo del equipo interdisciplinar como psicología y terapia, del cual se podía participar, para percibir cada una de las realidades de las personas en el tratamiento.

3.5 Fases de la investigación

Diseño del caso de estudio: En esta fase se realizó el plan de acción a seguir y se especificó la orientación y el enfoque del caso, se establecieron los objetivos a lograr y se definieron las estrategias para el cumplimiento de objetivos. En esta fase se adelantaron los antecedentes, las preguntas a responder y los instrumentos para la recolección de los datos. El diseño de caso de estudio se realizó durante dos semestres en los cursos de investigación 1 y 2.

- Recolección de datos: En esta fase se recolectó la información que proporcionó respuestas a las preguntas planteadas en la primera fase con las 6 personas con esquizofrenia atendidas en la IPS Oportunidad de vida y sus familiares. El proceso de recolección de datos se realizó en un tiempo estimado de 3 meses (agosto – noviembre del 2020) Es importante resaltar que el tiempo invertido fue mas del esperado, pues dentro del plan estaba realizar las entrevistas en la IPS, pero debido a la pandemia por Covid-19 las personas no estaban asistiendo a las instalaciones de la IPS y estaban recibiendo atención mediante llamadas telefónica y/o videollamadas, lo que dificultó establecer contacto con las personas. Adicionalmente en la fase Diseño del caso de estudio se estableció realizar las entrevistas a 8 familias, sin embargo, establecer el contacto con las 8 no fue posible, aunque se tenía una base de datos de 12 personas, algunos no contestaban el día de la cita que se había agendado, otros tenían mala señal lo que dificultaba la claridad en la información recibida en la entrevista y con algunas personas simplemente no se pudo establecer contacto.

-Análisis de la información: En esta fase se categorizó la información recolectada y se confrontó con las preguntas y los objetivos realizados en la primera fase, donde se obtuvieron los resultados que permitieron concluir toda la información. El proceso categorizar la información se fue realizando de manera paralela al tiempo de la recolección de datos a medida que se iban logrando las entrevistas, (agosto – noviembre 2020)

- Elaboración de informe: En esta fase se escribieron y se concluyeron los resultados obtenidos para cada uno de los objetivos propuestos en la primera fase. En la elaboración del informe se invirtió un tiempo aproximado de dos meses, incluyendo las correcciones recomendadas por la tutora que acompaña esta investigación. (febrero – marzo 2021)

Adicionalmente es importante resaltar que en el proceso esta investigación fue presentada en diferentes espacios académicos como el evento SOY SEMILLA y presentaciones del ante proyecto y avances del trabajo de investigación en los cursos de seminario de investigación 1 y 2. En el transcurso de estas presentaciones se fueron haciendo ajustes tomando en cuenta las recomendaciones realizadas por los jurados y/o maestros.

Capítulo IV

4. Resultados obtenidos

A partir de las entrevistas realizadas y la información recolectada, se da paso a la creación del análisis de resultados que contiene tres capítulos; en el primer capítulo se encuentra la descripción de la estructura sociodemográfica de la red de apoyo familiar de 6 personas atendidas en la IPS Oportunidad de Vida, por medio de familiogramas y ecomapas de los diferentes datos extraídos de las entrevistas que tenían como propósito saber cuál es la percepción frente al apoyo recibido de la familia, cual es la percepción de la familia frente a la esquizofrenia y cuál es el rol que cumple la familia con cada una de estas personas, por otra parte en el segundo capítulo se identifican las estrategias de acompañamiento familiar en el proceso de incorporación a los espacios laborales y de ocio de 6 personas con esquizofrenia atendidas en la IPS Oportunidad de Vida, dividiendo los espacios laborales como primera categoría en esta se quería identificar que oportunidades laborales tenía cada una de estas personas, cuáles eran las condiciones laborales y que percepción tienen sobre el trabajo junto a esto la percepción que tiene la familia frente al trabajo y como segunda categoría se encuentra el acceso a espacios de ocio de las 6 personas y en esta se quiere identificar la percepción de la familia frente al ocio, la percepción de la familia frente al comportamiento con relación a los espacios de ocio, las relaciones interpersonales de cada una de las 6 personas, la percepción de cada uno frente a espacios de ocio y por último el interés por participar en estos espacios, en el tercer y último capítulo tiene como propósito conocer la participación de la familia en el desarrollo de habilidades sociales (comunicativas) para la incorporación social de 6 personas con esquizofrenia atendidas en la IPS Oportunidad de Vida, en este capítulo se caracteriza la comunicación, se evidencia cual es la percepción de la persona frente a la comunicación, el autoconocimiento de la persona frente a la comunicación y

el rol de la familia frente a esta. Finalizando este análisis de resultados se encuentra una conclusión general a partir de todo lo recolectado y unas recomendaciones para tener en cuenta que son entorno a la importancia de la red de apoyo familiar para personas con esquizofrenia o cualquier otra afectación de salud mental, recomendaciones a la IPS Oportunidad de Vida para que tengan un trabajo orientado hacia la familia y como ellos pueden implementar más estrategias para no solo acompañar sino contribuir al tratamiento y por último se realiza una recomendación a colegas que se enfoquen en el campo de la salud mental para aportar un poco de la experiencia a través de las entrevistas y resaltar que no solo es el trabajo enfocado en la persona que tiene una enfermedad sino también en brindar herramientas útiles para que la red de apoyo familiar se involucre en el proceso del tratamiento conociendo más a fondo que puede hacer por su familiar.

Haciendo soporte en el consentimiento informado, todos los datos serán protegidos en los resultados obtenidos, pues se reemplazarán los nombres de cada persona y sus familiares por nombres aleatorios únicamente para la misma.

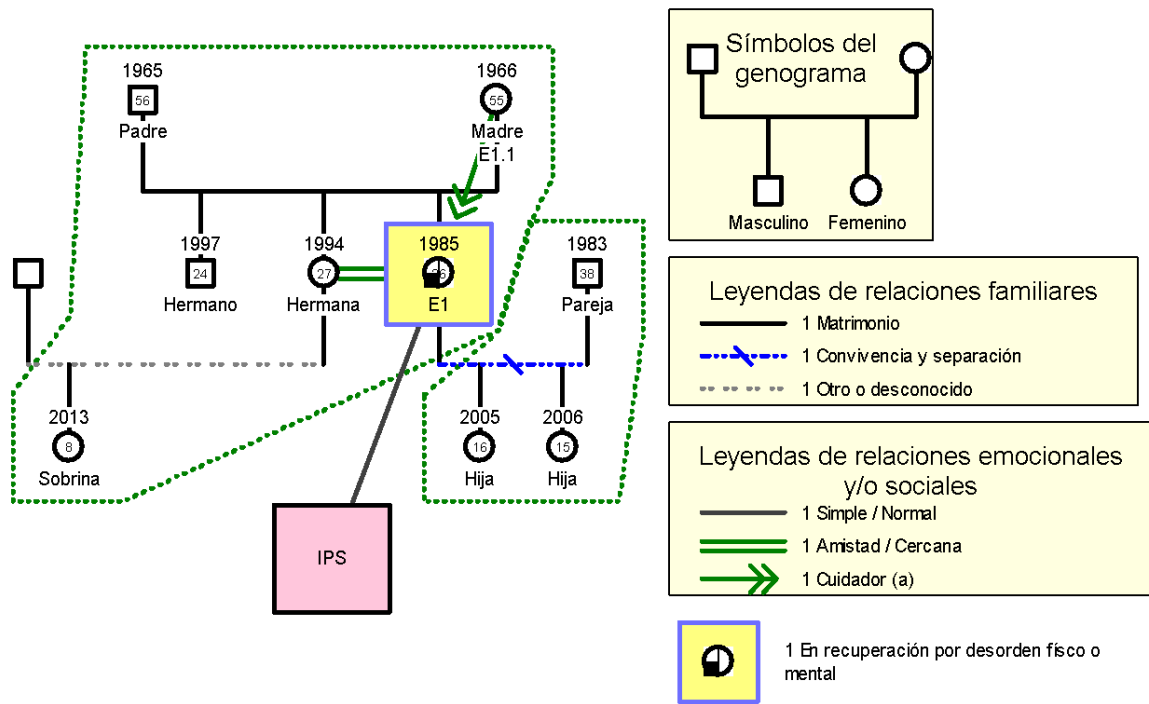
4.1 Objetivo 1

Identificar las condiciones sociodemográficas de la red de apoyo familiar de 6 personas atendidas en la IPS Oportunidad de vida.

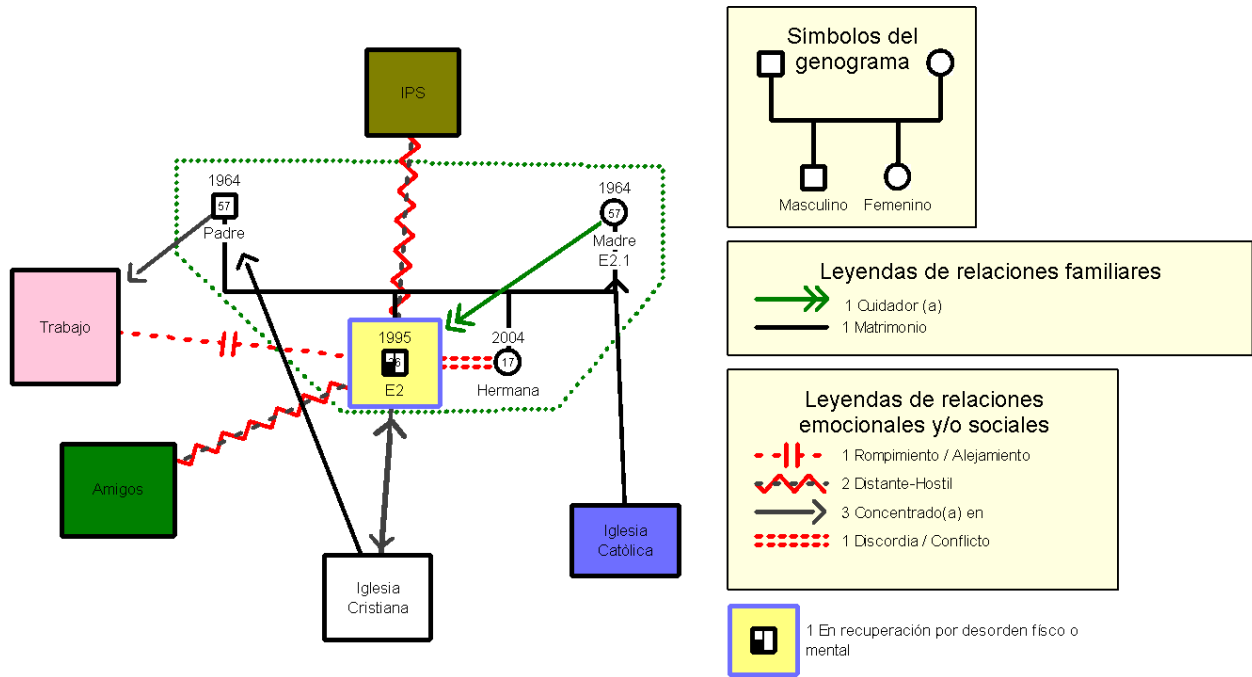
Para describir la estructura sociodemográfica y conocer acerca de las redes de apoyo de las 6 personas con esquizofrenia atendidas en la IPS oportunidad de vida se realizaron entrevistas semi estructuradas con cada persona y un miembro de su red de apoyo familiar y a partir de las entrevistas se realizaron familiogramas, ecomapas y una matriz de organización de la información (Ver anexo E) herramientas que se usaron para realizar análisis de la información.

Ilustración 1. Familiogramas y ecomapas

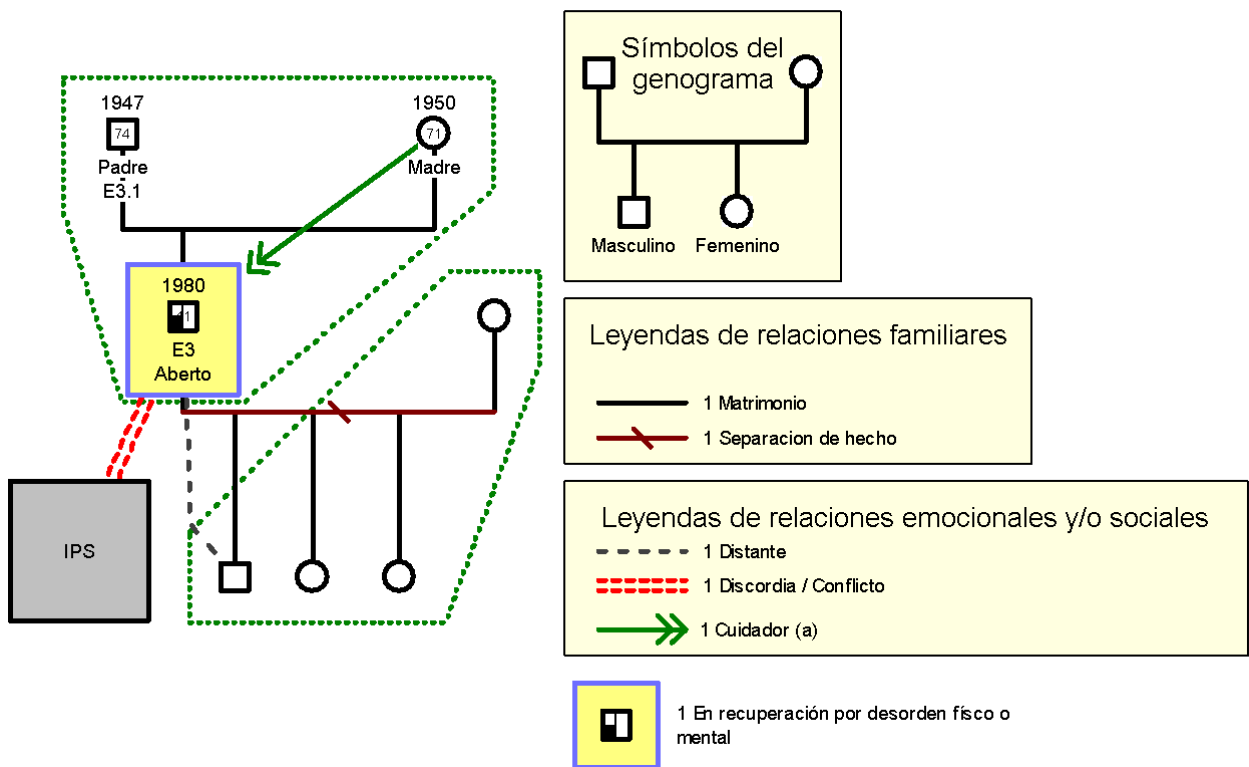
Erika Henao Valencia – Familiar Maria Consuelo Valencia Ledesma



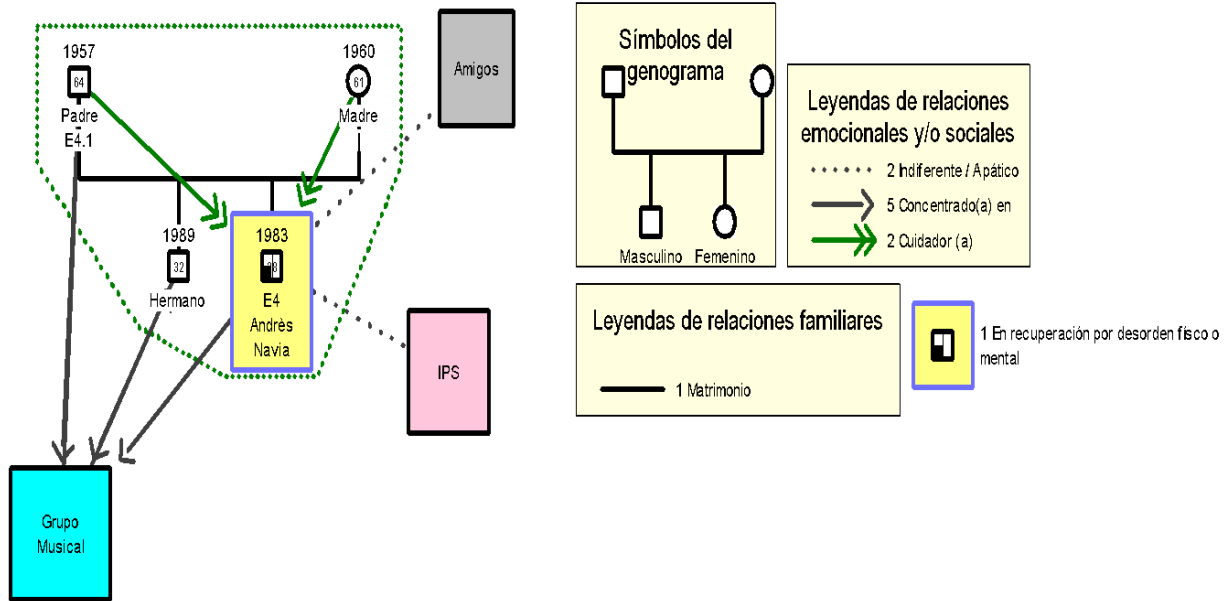
Kevin Andrés Alzate Cardozo – Familiar Claudia Fernanda Cardozo Pinto



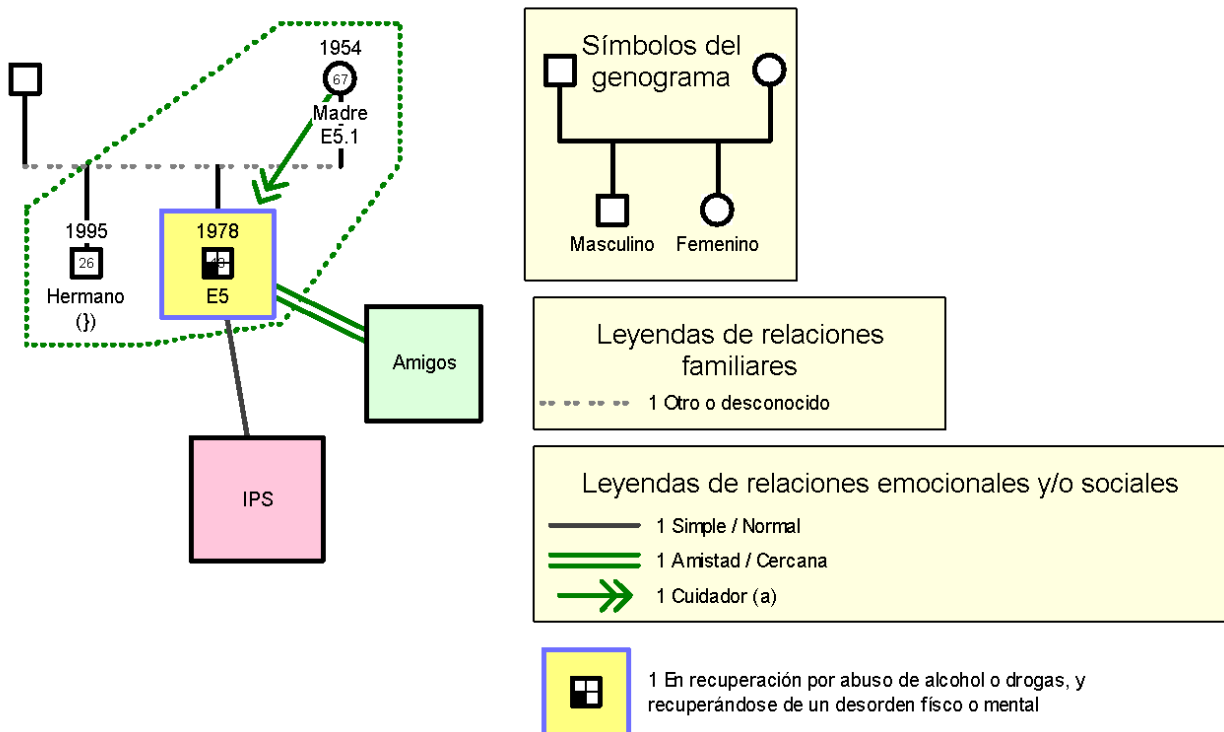
Jesús Miguel Girón Rengifo – Familiar Jesús Antonio Girón Vera



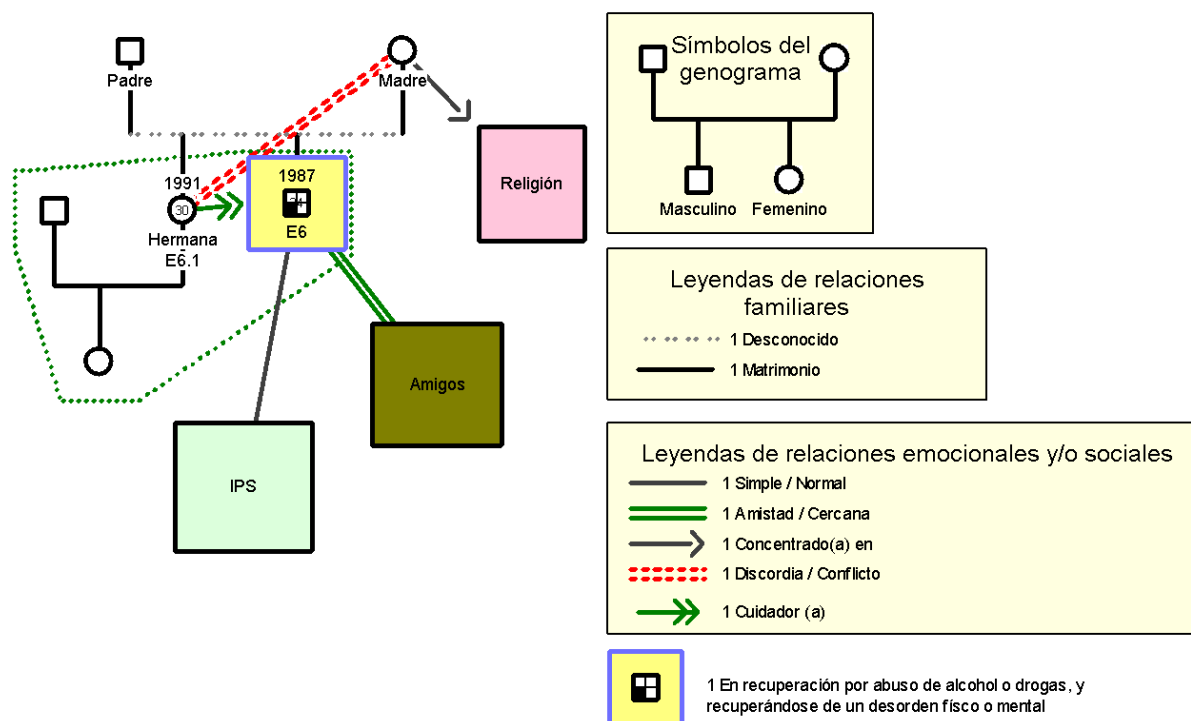
Manuel Francisco Cuellar Soto – Familiar José Alberto Cuellar Botina



Luis Fernando Gonzales Hurtado – Familiar Maria Clemencia Hurtado Cardona



Juan Esteban Cifuentes Yela – Familiar Maria Fernanda Cifuentes Yela



La anterior información da cuenta de dos aspectos:

Primero: La caracterización sociodemográfica de 6 personas atendidas en la IPS

Oportunidad de Vida que han sido diagnosticados con esquizofrenia, donde se observa que las seis personas oscilan entre edades de 26 y 42 años. También se observa que ninguna de las 6 personas actualmente cuenta con una pareja, 5 de ellos no han tenido una relación estable y 1 es separado, lo que de alguna manera da cuenta que en estos 6 casos se pueden ver afectada su relación de pareja, debido a todos los cambios emocionales que esta condición puede generar en la vida de una persona, sin embargo, no se encontraron datos documentales que sustenten dicha afirmación.

En cuanto a la escolaridad se observa que no hay aspectos en común, pues hay un rango amplio desde primaria incompleta hasta universitarios, sin embargo, el nivel de estudios si está estrechamente ligado con el estrato social; Respecto al estrato socioeconómico se encontró que 3 de las 6 personas pertenecen al estrato 1 y de esas 3 personas 2 cursaron primaria incompleta y 1 bachillerato incompleto, 2 personas pertenecen al estrato 3 y de los cuales 1 cursó bachillerato incompleto y otro bachillerato completo y la persona restante pertenece al estrato 4 y su nivel de estudio es profesional. “El DANE explica que precisamente las características de las viviendas y su entorno urbano o rural es la opción metodológica fundamentada en que el significativo vivienda-entorno expresa un modo socioeconómico de vida demostrable”. (El nuevo día, periódico tolimense, 2015).

Lo anterior alude a que la estratificación socioeconómica se clasifica a partir de las características del domicilio y del lugar contextual del mismo, en donde los estratos socioeconómicos 1 y 2 corresponden a los lugares de la ciudad más vulnerables y con menos recursos, generalmente estos sectores presentan factores de vulnerabilidad asociados a las condiciones del contexto, puesto que en ellos persiste la presencia de bandas criminales y lugares de expendio o consumo de sustancias psicoactivas. Adicionalmente, según la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015), pág. 234, algunos de los factores asociados a los trastornos mentales en adultos es la pobreza y el bajo nivel educativo. No quiere decir que la población con condiciones diferentes no esté expuesta a una enfermedad mental, pero estas condiciones si pueden influir. “Las prevalencias de cualquier trastorno mental en adultos proviene de hogares vulnerables (4,9%) y en estado de pobreza (4,4%), son mayores comparados con el promedio nacional (4%). Tal hallazgo sugiere como este determinante de salud puede estar relacionado con la enfermedad mental en adulto. (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015, pág. 280).

Frente a la situación laboral se observa que, de las 6 personas entrevistadas, 5 se encuentran desempleadas y 1 trabaja en el negocio familiar, sin embargo, no estaba trabajando, manifestó que no sentía deseo. Una de las personas entrevistadas, Kevin Alzate Cardozo afirmó que “En estos momentos no tengo deseos de mantener el trabajo, porque no me siento muy activo, me da mucha pereza hacer las cosas y siempre tengo sueño, hasta el cuerpo lo siento demasiado pesado” (la entrevista completa se encuentra en la matriz de organización de la información)

Según Kravetz (2003):

El trabajo aporta elementos relevantes para el desarrollo de las personas promoviendo en el sujeto un sentido de bienestar, en tanto ofrece una oportunidad para tener el control, permitir el uso de habilidades y cumplir metas generadas externamente. Se efectúa en un clima de claridad acerca de las demandas y acerca de la obtención de recompensas. Genera disponibilidad de dinero, seguridad y ejercicio físico, supervisión de apoyo, oportunidades de contactos interpersonales y, por último, facilita la obtención de una posición social valorada. En resumen, las cualidades del trabajo aportan elementos intra e interpersonales de bienestar y calidad de vida. (pp 278-288)

Lo anterior da cuenta de la importancia de tener y/o mantener un trabajo, sin embargo, 4 de las 6 personas entrevistadas no se han presentado a entrevistas laborales en los últimos meses porque no se sienten en condiciones de hacerlo, uno fue retirado de su cargo porque no cumplía con las funciones necesarias, y otro, como se mencionó anteriormente trabajaba para el negocio familiar, pero llevaba unas semanas sin trabajar.

Y por último se evidenció que ninguna de las 6 personas entrevistadas tiene personas a cargo, aun cuando dos de ellos son padres.

Segundo, La red de apoyo familiar. En donde encontramos que las 6 personas cuentan con una red de apoyo familiar, pues es una de las características de inclusión para la investigación. Se evidencia que en cada caso hay mejor afinidad con un familiar que con el resto, 3 de ellos con sus madres, 1 con ambos padres, 1 con el padre y uno con la hermana, quienes en este caso son su apoyo social, según el planteamiento de Guzmán, quien define al apoyo social como “una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional”. Guzmán J. (2002). Quienes a su vez son los encargados del cuidado de estas personas; “En el ámbito de la intervención con familiares de personas con esquizofrenia se asumirá que el término se refiere principalmente a aquellas personas implicadas en el cuidado, siendo éstas, mayoritariamente familiares que viven con el paciente, en el 80% de los casos” (Arguimón et al, 2003), Sin embargo, se observa que en los 6 casos la red de apoyo familiar en muchas ocasiones no sabe cómo brindar un apoyo efectivo para su familiar, ya sea por desconocimiento de la enfermedad, negación del diagnóstico, falta de apoyo psicosocial entre otros aspectos.

Al indagar con la trabajadora social sobre el procedimiento que realiza la IPS Oportunidad encontramos que cuando una persona inicia un proceso de rehabilitación mental el primer profesional que tiene contacto con la familia es el psiquiatra, quien se encarga de explicarles sobre el tratamiento y el proceso que se va a iniciar, sin embargo, la información es muy limitada debido a la falta de tiempo, posteriormente la persona diagnosticada es remitida a psicología y después a trabajo social, quien se encarga de trabajar el reconocimiento de la enfermedad con la familia y concientizar a la familia del proceso que hay por delante, adicionalmente según la trabajadora social los familiares suelen sobreproteger a su familiar impidiendo que éste desarrolle por sí solo sus habilidades, es decir la misma familia lo incapacita.

Se evidencia que el acompañamiento realizado a la familia es reducido frente a una condición tan grande y con tan diversas características, lo que genera que la familia desconozca la realidad que está enfrentando su familiar y por tal motivo no pueda brindarle el apoyo que requiere y esto a su vez podría retrasar el proceso de recuperación de la persona, pues no está recibiendo el apoyo que requiere.

Adicionalmente se encontró que un familiar desconocía el diagnóstico de su familiar al manifestar la entrevistada Maria Consuelo Valencia Ledesma afirma que, “No, a mí nunca me dijeron nada, nooooo, a mí nunca me han dicho de eso, hasta ahorita apenas me vengo a dar cuenta, hoy mismo, yo iba con ella donde el médico, a donde la doctora y nunca me habían dicho que ella sufre de eso” (Matriz de Organización de la Información, Entrevista familiar Maria Consuelo Valencia Ledesma 2020). De lo anterior se podrían concluir dos cosas, 1, esta red de apoyo familiar realmente desconoce el estado de su hija por falta de comunicación con su médico tratante. 2, que estuviera en un estado de negación. Por otro lado, hay otra red de apoyo que manifiesta no estar de acuerdo con el diagnóstico de su hijo y reconoce estar en un estado de negación. La entrevistada Claudia Fernanda Cardozo Pinto afirma que, “Sí, yo soy la única que no ha aceptado, yo digo que, si en tres años no le dio la crisis, porque el tío todos los años le da y habla de la guerrilla y de bombas.” (Matriz de Organización de la Información, Entrevista familiar Claudia Fernanda Cardozo Pinto, 2020).

Conclusión

Los anteriores casos demuestran que la familia no está siendo correctamente acompañada, por ende, no puede acompañar a sus familiares de manera correcta, lo que puede llegar a retrasar el proceso de recuperación del familiar. Por otro lado, de manera relacionada según la teoría general de los sistemas al haber un integrante que no se encuentre o se sienta en óptimas

condiciones va a afectar al resto del núcleo familiar, pues la familia es un sistema que convive en conjunto y se relaciona entre sí.

Frente a la estructura sociodemográfica se puede concluir que todas las familias entrevistadas viven en entornos y condiciones sociales diferentes, sin embargo, 4 de las 6 personas viven en estrato 1 y 2 y las 2 personas restantes viven en estrato 3 y 5. Según la encuesta Nacional de Salud Mental (2015), pag 234, algunos de los factores asociados a los trastornos mentales en adultos es la pobreza y el bajo nivel educativo y aunque no es la única condición para tener esquizofrenia. Adicionalmente observaron 3 condiciones en común en todos los casos:

1. Estado civil: Actualmente ninguna de las 6 personas entrevistadas cuenta con una pareja sentimental. Aunque dos de ellos en algún momento conformaron un hogar con hijos, actualmente se encuentran separados y las 4 personas restantes se encuentran solteros y no mencionaron ningún tipo de relación amorosa.
2. Ninguna de las 6 personas tiene personas a cargo, aun cuando 2 de ellos tienen hijos, actualmente no son las personas responsables del sustento, pues no tienen ingresos fijos para sustentar a sus familiares.
3. Ninguna de las 6 personas se encontró con una vida laboral activa, pues 5 de ellos no cuentan con un trabajo y la persona restante que trabaja en el negocio familiar no se siente con las condiciones necesarias para ir a su lugar de trabajo.

En todos los casos se evidenció que la familia no sabe cómo reaccionar ante las diferentes situaciones que enfrenta su familiar.

4.2 Objetivo 2

Comprender las estrategias de acompañamiento familiar en el proceso de incorporación a los espacios laborales y de ocio de 6 personas con esquizofrenia atendidas en la IPS

En el actual objetivo específico se quiere identificar las estrategias de acompañamiento familiar en el proceso de incorporación a los espacios laborales y de ocio, para ello este segundo capítulo se divide en dos categorías, la primera se enfoca en el acceso de personas con esquizofrenia a la vida laboral esto permitirá ver la relevancia del trabajo en salud mental y la segunda es el acceso de personas con esquizofrenia a espacios de ocio y la manera de relacionarse con su entorno, esto facilitará la realización del análisis de resultados.

4.2.1 Categoría 1. Acceso de personas con esquizofrenia a la vida laboral

El trabajo brinda los medios para que cada persona logre la independencia económica, adquirir una identidad y fortalecer lazos y relaciones con diferentes personas en su entorno, según esta investigación las personas se sienten con la capacidad de tener un trabajo, estudiar o mantener la relación con sus familiares, el entrevistado Jesús Miguel Girón Rengifo afirma que, “En este momento no estoy en condiciones de trabajar por mi estado de salud tengo mucha depresión” (Matriz de Organización de la Información, Entrevista Jesús Miguel Girón Rengifo, 2020).

Cuando cada una de estas personas expresa que no se sienten en la capacidad de mantener un trabajo esto relacionado con el estigma que hay detrás de las enfermedades de salud mental en este caso la esquizofrenia ya que al darse cuenta del diagnóstico la primera opción es no contratar, el entrevistado Juan Esteban Cifuentes Yela afirma que, “Antes me pasaba, Salí de la

cárcel y yo no decía mi diagnóstico, pero se dieron cuenta y decían que estaba loco”. (Matriz de Organización de la Información, Entrevista Juan Esteban Cifuentes Yela, 2020).

Por ello es importante que se promueva tanto la interacción y trabajo para que cada una de estas personas pueda integrarse en la vida cotidiana, pero para ello se debe modificar la estructura de las empresas y no solo de estas sino de las familias para impulsar la inclusión teniendo la visión de que estas personas pueden ejercer los roles de la vida cotidiana interactuando en los diferentes contextos, por lo general en la entrevista los familiares todos consideran que ellos no están en condiciones para laborar, aquí la entrevistada Maria Clemencia Hurtado Cardona afirma qué, “no tiene la capacidad de trabajar, si cambiara de pronto sí pero ahora no porque sale y vuelve a coger la calle” (Matriz de Organización de la Información, entrevista familiar Maria Clemencia Hurtado Cardona, 2020).

Las anteriores entrevistas dan cuenta de la situación laboral actual de las personas entrevistadas, su percepción y la de su red de apoyo, se retoman algunos fragmentos de las entrevistas realizadas en donde se puede identificar en sus propias palabras si es importante la vida laboral para cada algunos de los familiares de las seis personas con esquizofrenia de la IPS Oportunidad de Vida, “si considero importante, pero en este momento no creo que este en condición”, “Si claro, como haría uno sin trabajo, que puede hacer uno sin trabajo no puede cumplir con nada sino todo tiene que dárselo” (Matriz de Organización de la Información, entrevista Familiar Jesús Antonio Girón Vera & Maria Clemencia Hurtado Cardona, 2020). Antes de describir la información recolectada, es importante resaltar que “La relevancia del trabajo como elemento estructurador de la vida para personas en condición de discapacidad. En la medida que colabora con su proceso de integración al sistema social, le permite contar con cierto grado de autonomía, recibir y administrar dinero, desarrollar habilidades prácticas y de integración con otras personas (Arostegui & Martínez, 2000)”. Lo que hace que, para una persona

en condición de discapacidad, en este caso psicosocial, sea muy importante y aporte de manera positiva para su recuperación e integración social, sin embargo en los 6 casos entrevistados encontramos que solo 1 persona cuenta con empleo, sin embargo en el momento no se encontraba trabajando pues no se sentía con las capacidades para ejecutar sus funciones laborales;

Adicionalmente de los 6 casos, 3 manifestaron no sentirse capaz de tener y mantener un empleo, 1 manifestó que podría tener uno que no requiera de mucha concentración, y 2 manifestaron tener todas las condiciones para tener un empleo porque no se consideran enfermos. Sin embargo, de estas dos personas 1 siempre ha tenido trabajos informales y el otro manifestó que no ha conseguido empleo desde que salió de prestar servicio debido a su diagnóstico. Respecto a la familia, se encontró que 2 de ellos consideran que su familiar tiene las capacidades suficientes para tener un trabajo, además consideran la posibilidad como una terapia ocupacional y los 4 restantes consideran que su familiar no está en condiciones de trabajar, por motivos como “la falta de voluntad, el medicamento, falta de disposición, falta de cambio” Se puede decir entonces, que, aunque el trabajo es un factor de integración social, las personas con esquizofrenia tienen menos posibilidades de tener uno, ya sea por falta de oportunidades debido a la estigmatización “Una persona con discapacidad psiquiátrica es más susceptible de ser estigmatizada, culpada y condicionada en una situación de empleo que cualquier otra persona discapacitada. Por lo tanto, en comparación con los discapacitados físicos o con trastornos del desarrollo, los problemas para integrarse en el trabajo se pueden entender como un fallo de la persona con minusvalía de causa psiquiátrica” (Anthony y Blanch, 1987), o falta de deseo, como síntoma del diagnóstico, “Un estudio sobre valoración y reducción de la discapacidad psiquiátrica de la OMS (el WHO Collaborative Study on the Assessment and Reduction of Psychiatric Disability, 1988) encontró que el funcionamiento laboral era el aspecto más alterado en los pacientes esquizofrénicos, además del autocuidado y el funcionamiento familiar”.

Frente a las estrategias de acompañamiento familiar para la incorporación laboral de las personas entrevistadas se puede decir que en 4 de los casos la familia no está influyendo, pues no consideran a su familiar capaz de mantener un trabajo, 1 considera que si tiene las condiciones para laboral, pero que obtener el empleo depende solo de él y considera que su función es ayudarlo e impulsarlo a que mantenga el trabajo, la entrevistada Maria Fernanda Cifuentes Yela afirma qué, “Digamos que realmente solo dependería de él sólo le podría dar el impulso, pero sostener el empleo solo depende de él, por su desempeño y comportamiento” (Matriz de Organización de la información, entrevista familiar Maria Fernanda Cifuentes Yela, 2020) y en el caso restante se evidencia que su familiar se interesa por ayudarlo a conseguir un empleo por medio de sus conocidos, además lo motiva verbalmente.

4.2.2 Categoría 2: Acceso de personas con esquizofrenia a espacios de ocio

El ocio es importante para la salud mental, está ligado a la recreación y causa un impacto positivo en la salud ya que evita que las personas tengan niveles altos de estrés, podemos expresar nuestra creatividad e imaginación y estas permiten el fortalecimiento de las relaciones con las demás personas teniendo en cuenta que al incluir estos espacios reducen el aburrimiento y el aislamiento de las personas ofreciendo salidas a los niveles altos de estrés y la cotidianidad.

Los espacios de ocio se han utilizado para brindarle a las personas que padecen de enfermedades mentales una forma de enfrentarlas potencializando sus capacidades físicas, mentales y sociales, todo con el fin de mantener la independencia y la calidad de vida.

Entre los hallazgos se encuentra cuál es el conocimiento que tienen las personas entrevistadas acerca del ocio y la manera como cada uno está participando en los espacios de ocio

y se está relacionado con otros. Inicialmente se evidencia que en general las personas entrevistadas no tenían claro el concepto de ocio como por ejemplo una de las respuestas fue “Cosas para entretenerse”. por ende, lograban identificar si estaban participando o no en estos espacios, aún después de explicar el término algunos no logran entenderlo con claridad. El concepto que se manejó fue basado en Russell, “Según el instituto de ocio de la universidad de Deusto Bilbao, ocio es también la antítesis de la actividad obligatoria, y se puede definir como tiempo libre durante el que elegimos, de forma discrecional, respecto a la ocupación de este tiempo, también es entendido como una actividad libremente elegida. “La esencia de lo que constituye el ocio es lo que la persona siente respecto a la actividad y no la actividad misma” (Russell, 1996)

Esta es la información que se encontró en los 3 casos tomados para realizar este análisis:

Erika Henao Valencia: Manifiesta que no participa con mucha frecuencia en espacios de ocio, se relaciona con su familia y es amable con las demás personas, su familiar coincide con lo anterior y manifiesta que su hermana la invita a su casa para que se distraiga y ese es su espacio recreacional.

Kevin Alzate Cardozo: Considera que participa en espacios de ocio y se relaciona con otras personas, sin embargo, su madre considera todo lo contrario. Manifiesta generar espacios para que él participe, pero él se niega.

Manuel Francisco Cuellar Soto: Manifiesta que no participa mucho de espacios de ocio, pero sí se relaciona bien con otras personas, su familiar coincide con lo anterior y manifiesta que, genera espacios para que participen y él los acepta.

En general se observan dificultades para participar en espacios de ocio, espacios que están estrechamente relacionados con la relación que se tenga con personas diferentes a su familia.

Cohen y Anthony (1984) afirman que más de dos tercios de las personas con trastorno mental no participan en actividades recreativas.

En un estudio con 77 adultos con esquizofrenia en la comunidad, (Champney y Dzurec, 1992) encontraron que el 92% no tenía ningún tipo de ocupación y el 33% afirma que se pasaba la mayoría del tiempo sentado sin hacer nada. El instituto de ocio de la universidad de Deusto Bilbao, afirma que cuando las personas se encuentran en hospitalización practican actividades de ocio estimuladas por los profesionales psicosociales, sin embargo, al retornar a casa estas actividades en la mayoría de los casos son abandonadas, por lo que el acceso a los espacios de ocio es nulo y es ahí donde nuevamente entra en juego el papel de la familia.

Conclusión

Según el análisis de resultados sobre las dos categorías se puede concluir que tanto el acceso a la vida laboral como el acceso a espacios de ocio para cada una de las personas que fueron entrevistadas refleja la gran necesidad de que estos espacios sean incluidos en su diario vivir, si bien muchos de ellos no se sienten en la capacidad de tener un trabajo por diferentes aspectos que trae consigo la enfermedad algunos manifiestan que no son recibidos en ningún lugar cuando se enteran de las condiciones que implica emplear a una de estas personas cuando podría ser una opción ofrecerles o ubicarlos en un puesto donde pueda desarrollar alguna actividad que tanto contribuya a la empresa, como potencialice las capacidades de esta persona y lo haga sentirse productivo y que tanto ellos como sus familias no sean vistos como una carga. Por otra parte encontramos que con los espacios de ocio solo algunos de los entrevistados se sienten en la capacidad participar en estos ya que prefieren tomar distancia no solo con su familia sino con todas las personas, no disfrutan de estos espacios y por el contrario se sienten incómodos, teniendo en cuenta esto también sus familias, muchas de estas no crean dichos

espacios por temor a incomodarlos o simplemente saber que no es de su gusto, se puede decir que hace falta incluir estos espacios en la vida de cada una de estas personas ya que puede ser benéfico para ellos y los ayude a integrarse y a salir un poco del contexto en el que viven a diario. La familia muchas veces no encuentra la manera de que su familiar sea participe de los espacios que ellos proponen para tener una mayor interacción, si bien crear estrategias de acompañamiento cuando se tiene un familiar con esquizofrenia es complejo como lo exponen algunas de los familiares ya que no saben si esta bien lo que hacen y si esa persona se va a sentir a gusto o no y que cosas pueden ofrecerle hacer y que encuentren a esta persona dispuesto a hacerlo, es por ello que es importante recalcar que se debe seguir fortaleciendo la labor de la familia y del entorno que rodea a esta persona frente a los espacios de ocio pensando en que actividades serian optimas para que además de participar les ayude a cada una de estas personas a mejorar su calidad de vida y que se encuentre en los espacio de ocio una estrategia para mitigar un poco la enfermedad.

4.3 Objetivo 3

Conocer la participación de la familia en el desarrollo de habilidades sociales (comunicativas) para la incorporación social de 6 personas con esquizofrenia atendidas en la IPS oportunidad de vida.

En el actual objetivo específico se busca conocer la participación de la familiar en el desarrollo de habilidades sociales, específicamente el área de la comunicación para la incorporación social, para ello se realizaron una serie de entrevistas a los familiares de la cual se hará uso para el desarrollo del mismo.

De la familia se espera una participación activa, en la que se busque interactuar con el familiar, que se puedan reconocer factores de comunicación verbales y no verbales, gestos, silencios y actitudes que sirvan como información pertinente para un mejor proceso de incorporación social y también se espera que la familia transmita de manera asertiva.

“La interacción comienza y termina en la sociedad” George Herbert Mead. Se entiende por comunicación por la forma en la que la persona habla y contesta, en donde comunica para los demás y también para él mismo, la comunicación simbólica como lectura y capacidad de comprender a los demás, capacidad de saber y comprender gestos de las personas con las que se interactúa,” comunicación en el sentido de símbolos significantes, comunicación que está dirigida a no sólo a los otros, sino también el individuo mismo”(Mead, 1973) .

Es así, que se va construyendo una interacción social saludable sabiendo cómo las personas actuarán si ponemos en interacción algún objetivo, es por eso que la comunicación es una habilidad social, porque en ella están comprometidos mensajes, no sólo del habla, del pensamiento, también de los gestos.

Para hacer un análisis desde la terapia familiar sistémica y en consecuente poder entender y comprender la comunicación más allá de lo verbal, no verbal y los contextos se debe tener en cuenta los 5 axiomas de la comunicación:

- 1) Es imposible no comunicar, esto se entiende así ya que aun cuando las personas están en un completo silencio, pueden seguir transmitiendo un mensaje haciendo énfasis en una comunicación no verbal, los gestos y el contexto hablan por la persona, para poder comprender el mensaje, se debe estar dentro del sistema de la persona, para poder entender y comprender con mayor facilidad su comportamiento.
- 2) Los niveles de contenido y las relaciones de comunicación, dependiendo de quién emita y quién reciba el mensaje, el mensaje podrá tener diferentes significados.
- 3) La puntuación de la secuencia de hechos, la comunicación siempre irá en 2 direcciones, quién trasmite y a quién se va a transmitir, afectando o influyendo en las 2 direcciones.
- 4) Comunicación digital y analógica, observación de los gestos, escuchar el tono, desde que posición se habla, encontrar una similitud entre lo expresado.
- 5) Interacción simétrica y complementaria, busca generar una relación equitativa que permita el habla de las 2 partes, puede haber una simetría entre el emisor y el receptor, mientras que la comunicación complementaria está sujeta a la autoridad y a la jerarquía donde los roles no son iguales, al ser la comunicación más desigual se genera que lo emitido por la parte superior sea más influyente que lo que la parte inferior llegue a emitir.

De acuerdo a los hallazgos se observa que 5 de las 6 personas entrevistadas están presentando una dificultad en la habilidad comunicativa, sin embargo, solo 1 de ellos reconoce tener dificultades y no estar en un proceso de mejorarla, la entrevistada Erika Henao Valencia afirma

qué, “Se me dificulta comunicarme”. (Matriz de organización de información, entrevista, Erika Henao Valencia, 2020) el resto manifiesta estar haciéndolo bien. Analizando la perspectiva familiar, cada familia indican distintos factores en el área de comunicación de cada familiar, pero todas las familias esperan más participación por parte de sus hijos, sólo 2 familias creen sentir que sí hay una comunicación asertiva entre ellos.

Todas las familias ceden espacio ya que manifiestan buscar “tranquilidad de sus hijos” evadiendo entrar en conflictos con ellos, normalizando que muchas veces no quieran hablar o relacionarse con ellos para pasar todo el día aislados, éste espacio en el que no se busca generar una comunicación verbal con la persona, va generando lo que podemos evidenciar en el axioma número 5, en el cual se habla de que la comunicación ya no está en simetría, porque en las familias, se han perdido la claridad de los roles y la jerarquía, cediendo más poder a las decisiones de los hijos, teniendo como pretexto no perturbar la “tranquilidad de ellos”. Así mismo, el no valorar la comunicación no verbal genera muchos vacíos e indagaciones por parte de los familiares, retomando el axioma número 4 y número 1, cuando nos comunicamos no sólo se habla, se expresa con el gesto y el mismo tono de las palabras, así mismo el silencio y la posición en la que se digan las palabras tienen códigos o significados que sirven para entender más el por qué está actuando así la persona, cuáles son sus emociones en el momento o sus mismas inconformidades.

Frente al caso restante tanto la persona como su familiar reconocen y manifiestan que se está desarrollando de manera correcta. Un aspecto que se evidencia en todos los casos es que la familia no sabe cómo responder cuando la persona no quiere comunicarse, y su respuesta es “dejarlos tranquilos” además se evidencia que los familiares presentan frustración al ver el encierro del individuo y no obtener respuestas positivas o inmediatas frente a sus esfuerzos para

conocer el estado emocional de su familiar. Se Evidencia que la manera que la familia aporta para mejorar la comunicación es generando espacios de conversación sin embargo en la mayoría de los casos se ven rechazados por su familiar.

Se logra evidenciar una dificultad de comunicación intrafamiliar donde es más constante el no desear hablar o comunicarse, es entonces qué, se debe tener en cuenta que el silencio o el buscar su propio espacio puede entenderse como una herramienta de comunicación y qué busca expresar la persona con eso. Por medio del silencio la persona expresa emociones, muchas veces inconformidades, o en otros casos no tiene interés por lo que el emisor está comunicándole, siendo éste un punto en general de los 6 casos, teniendo mayor profundidad en unos, en los que no se comunica verbalmente mucho.

Para realizar este análisis se retoma el axioma número 1, basándonos no solamente en las expresiones verbales, yendo completamente a lo contrario, todo lo que pueda expresarnos corporalmente e indagar si lo hablado y lo expresado así, conectan y tienen similitud ya que puede intentar transmitir un mensaje que no es real.

Conclusión

Se puede concluir que, las estrategias de comunicación que usan las familias son generar espacios de conversación, indagando directamente en la persona sobre sus sentimientos y emociones, intentando encontrar espacios donde puedan hablar o que su familiar se exprese, pero al ver la dificultad que genera entrar en este tipo de espacios y que el familiar entre en confianza para comunicarse deciden dejar de lado acompañamientos de éste tipo, encuentros de los cuales se pierde la comunicación, sumado a un desconocimiento por parte de las familias sobre cómo se deben manejar lo que está expresando constantemente el familiar, el silencio como factor principal y qué significado le está dando la familiar, también se puede evidenciar en casi todas las

familias un problema de claridad de roles familiares y jerarquía, haciendo una referencia a el mal uso de la comunicación asertiva, afectando esto negativamente no sólo la comunicación sino, la convivencia dentro del hogar, así mismo se evidenció la pérdida de interés por expresar los sentimientos y las emociones, evitando comunicación intrafamiliar.

4.4 A manera de conclusiones

A partir de toda la información recolectada y todas las herramientas elaboradas para lograr caracterizar la incidencia que tiene la familia en el proceso de incorporación social de las 6 personas con esquizofrenia entrevistadas de la IPS Oportunidad de Vida, se concluye que la red de apoyo familiar está brindando un acompañamiento para el proceso de recuperación o estabilidad de la salud mental de su familiar, pues acompañan a su familiar a sus citas de control, están pendientes de que se tomen los medicamentos recetados por el psiquiatra, los motivan para que realicen los talleres enviados por la IPS como terapias de rehabilitación. Y esto por supuesto hace parte del proceso de incorporación social de las personas con esquizofrenia, sin embargo, solo es una pequeña parte, siendo esto lo que les han enseñado en la IPS.

El modelo de intervención social en el cual está basado esta investigación, reconoce que las causas de una enfermedad mental están más enfocadas en el estigma social y busca que las personas puedan tener una vida independiente. El modelo social también refiere que la familia como entorno inmediato puede construir o entorpecer el proceso de incorporación social de su familiar, dependiendo de la manera que la familia reconozca dicha condición.

En las entrevistas realizadas se evidenció que la familia no sabe de qué manera incidir en el proceso de incorporación social de su familiar porque no han recibido un acompañamiento y una correcta educación en la IPS Oportunidad de vida, en uno de los casos el familiar manifestó

que no sabía que su familiar tenía esquizofrenia, aun cuando ella es quien la acompaña a las citas de control “.

La manera como la familia está incidiendo en el proceso de incorporación social es: acompañándolos a sus citas de control, estar pendiente de su tratamiento farmacológico, invitando a salir, intentando establecer conversaciones sobre su estado de ánimo. Sin embargo, cuando la persona no quiere aceptar o participar de estos espacios “le dejan tranquilo” porque no saben de qué manera más pueden influir.

Capítulo V

5. Recomendaciones

5.1 Recomendación No. 1

El acompañamiento de la familia a personas con esquizofrenia es vital, pues es el primer vínculo con el que una persona cuenta y en algunas ocasiones es el único. sin embargo, el familiar puede entorpecer o construir de manera positiva en el proceso de recuperación de estas personas, Es por eso que se recomienda que la familia pueda buscar educación sobre las acciones que puede realizar para el beneficio de su familiar, aunque son las entidades de salud tratantes quienes deberían educar a las redes de apoyo para que brinden un acompañamiento efectivo.

5.2 Recomendación No. 2

De acuerdo con las entrevistas realizadas y la interacción que se tuvo con cada uno de los familiares de las 6 personas con esquizofrenia de la IPS Oportunidad de Vida, se requiere que por parte de la institución se implementen estrategias que permitan que estas familias participen activamente en el proceso de cada persona, que se les socialice sobre la enfermedad, y el cómo se puede tratar desde casa, se les brinde acompañamiento psicosocial ya que en la mayoría de estos casos el familiar manifiesta no saber cómo manejar a la persona cuando presenta momentos de crisis o cómo intervenir en muchas situaciones que se presentan con estas personas en su cotidianidad, es importante el trabajo conjunto de la persona con esquizofrenia y su familiar si se dan las orientaciones necesarias el proceso de cada uno cambiaría de manera positiva.

5.3 Recomendación No. 3

Las siguientes recomendaciones son para los trabajadores sociales, que estarán en el área de salud mental basado en lo que se evidenció y se recolectó en la investigación previa.

- Se invita a los trabajadores sociales a realizar visitas domiciliarias para conocer mejor el ambiente familiar y el lugar donde vive, en pro de un mejor acompañamiento reconociendo a su vez posibles riesgos dentro del hogar.
- Hacer de la familia un rol más activo en el proceso, invitándole a ellas una mayor participación activa en el proceso en pro del familiar para influenciarle positivamente.
- Entender y comprender que la salud mental debe ser un trabajo en conjunto e interdisciplinario, esto para entender qué, es importante que los profesionales manejen un conocimiento similar en cuanto al significado de diferentes enfermedades mentales, para poder informar y orientar mejor a los familiares.
- Mejorar el acompañamiento individual en los controles o citas.
- Crear espacios dentro de los establecimientos de salud donde se pueda citar a las familias para hacer confrontaciones en pro de una mejor comunicación y apertura a un mejor acompañamiento por parte de los mismos.

Referencias

Anthony, W.A y Blanch, A. (1987). Supported employment for persons who are psychiatrically disabled: An historical and conceptual perspective. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(2), 5.21.

Andolfi, M. (1993). *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional*, Barcelona, Paidós.

Ávila D, Morales Z. (2018) Calidad de vida del cuidador de un paciente diagnosticado con esquizofrenia. Estudio de caso.

Barbeito, T. S. (2016) Salud mental y apoyo familiar: exploración de la percepción de personas usuarias de un centro de rehabilitación psicosocial. Universidad de la Coruña, Facultad de Salud. España.

Borba, Leticia de Oliveira., et al (2011). The family and the mental disturbance carrier: dynamics and their family relationship. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 442-449. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200020>.

Caneo Cristian, (2012). , Identidad ocupacional en personas con esquizofrenia, en esta investigación se aborda la relación entre ocupación e identidad en personas con esquizofrenia.

Carvajal, J, Colorado, M, Mosquera, L. (2020). Transformación en la dinámica familiar de una familiar a partir del diagnóstico psiquiátrico de alguno de sus miembros.

Cea, J. Castillo, T. (2016). Materiales para una historia de la antipsiquiatría: balance y perspectivas. Chile.

Consejo Nacional de España. (2015). ¿Los síntomas negativos de la esquizofrenia cambian con el paso del tiempo? España.

Corera, C. De la exclusión a la incorporación: Trabajo por itinerarios personalizados y acompañados. Jornadas de difusión. Avilés, 2004

Delgado. G (2017). Retos en el cuidado de un paciente con esquizofrenia, experiencias de las familias.

De la Cuesta C, López MV, Arredondo P. (2018) Atención Primaria Recuperar y conservar al familiar: estrategias de los familiares cuidadores para hacer frente a las crisis de salud mental. Atención Primaria.

Documento presentado en la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Mayores, CEPAL, Santiago de Chile, del 9 al 12 de diciembre.

Encuesta Nacional de Salud Mental en Colombia. (2015), Pág. 280 y 234

Espinal, I., Gimeno, A., & González, F. (2000). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. Santo Domingo: Universidad Autónoma de Santo Domingo UASD y Centro Cultural Poveda.

Fajardo Maldonado, A. M. (2016). Modelo Bio-psicosocial, cultural y espiritual: aplicación en un programa de Enfermería. *Revista Colombiana De Enfermería*, 1, 41-49.

Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica*. Francia.

Gallach, E. (2000). Albanta y Agora. Dos programas de rehabilitación y reinserción socio laboral de personas con enfermedad mental crónica (s.f). Obtenido de Universidad Nacional abierta a distancia. Recuperado de http://datateca.unad.edu.co/contenidos/401519/Material_Didactico_para_Descargar/Material_en_Exe-learning_del_modulo/leccin_8_modelo_mdico_psiqutrico.html

Gestión integrada para la salud mental. (2015) Observatorio Nacional de Salud Mental, ONMS, Bogotá, Colombia.

Gómez, C. (2000). Papel del trabajador social en el campo de la salud mental. (2017). Datos de Cali y el Valle del Cauca. Recuperado de http://www.cali.gov.co/gobierno/publicaciones/227/datos_de_cali_y_el_valle_del Cauca/

Guzmán, J. M. (2002). *Redes de apoyo social a personas mayores: Marco conceptual*.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2000). Clasificación de tipo de discapacidad – histórica. México

Intervención del/la trabajador/a social en las unidades de apoyo de salud mental.

Recuperado de:

http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Intervencion_del_TSS_unidades_de_salud_mental.pdf

Marcelo Arnold, Ph. D. Francisco Osorio, M. A. (1998) Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de los sistemas. Departamento de Antropología. Universidad de Chile.

Minuchin, S. (1986). Familias y terapia familiar, Barcelona, Gedisa.

Musitu, G. Buelga, S y Lila, M. S. (1994). Teoría de los sistemas. Psicología de la Familia, Valencia, Albatros.

Ortiz Granja, Dorys. (2008) La terapia familia sistémica. (pp. 43-51)

Ochoa de Alda, I. (1995). Enfoques en terapia familiar sistémica, Herder, Barcelona.

Preister, S. (1981). La teoría de sistema como marco de referencia para el estudio de la familia.

Rodrigo, M. J. y Palacios, J. (1998). Conceptos y dimensiones en el análisis evolutivo-educativo de la familia.

Rodríguez, Jorge, Robert Kohn, y Sergio Aguilar. «Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe.» *Publicación Científica y Técnica*, no 632 (2009): 343. [1]
[SEP]

Ruíz, F (1 de octubre de 2013) En Colombia la prevalencia de la esquizofrenia representa el 1% de la población. Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/esquizofrenia-representa-el-1-poblacion.aspx>.

Ruiz, Virginia. (2015). La relación entre la percepción de las personas con enfermedad mental grave y prolongada, sus familiares y los profesionales de trabajo social.

Santos, J, Guerrero, Y, Rosario, F. (2020). Efectos psicológicos y emocionales en familias con un integrante esquizofrénico.

Viretto, María F. (2014). Esquizofrenia: Análisis de las modalidades factibles de recuperación e inclusión social de las personas que presentan esta patología

Zaraza-Morales DR, Hernández-Holguín DM. (2017). Encerrado a oscuras: significado de vivir con esquizofrenia para diagnosticados y sus cuidadores, Medellín, Colombia.

Zurro, M. (1999). Influencias socioculturales en los cuidados de la salud. Enfoque familiar en atención primaria.

ANEXOS

Anexo A. Carta de autorización IPS Oportunidad de Vida



Santiago de Cali, Junio 01 2020

Señores
Universidad Santiago de Cali
Programa de Trabajo Social

Asunto: Autorización Elaboración Trabajo de Grado

Por medio de la presente y en representación de la IPS OPORTUNIDAD DE VIDA, certifica que se autoriza a los siguientes estudiantes:

Karina Aranda Herrera CC 1144104080
Daniela Córdoba Vásquez CC 1107513630
Daniel Eduardo Londoño Maya CC 1144206583

Del programa Trabajo social a recolectar información con la población con diagnóstico de Esquizofrenia Indiferenciada, como parte de la elaboración de su proyecto de grado

Firmado en Cali el 01 día del Mes de Juno del año 2020

Luis Carlos Pantoja Mallama
Profesional Especializado
IPS OPORTUNIDAD DE VIDA
3126581833

Activar \
Ir a Config

Anexo B. Declaración de Ética



UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
 FACULTAD DE COMUNICACIÓN Y PUBLICIDAD
 CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS CISOH
 COMITÉ DE ETICA
 Anexo 1
 Formato:
 Declaración Ética.

DECLARACIÓN ÉTICA DEL INVESTIGADOR

Nosotros, los abajo firmantes, declaramos solemnemente respetar las normas del reglamento de ética de la Universidad Santiago de Cali, cumpliendo a cabalidad sus principios y orientaciones.

Declaramos que para el desarrollo de esta investigación se han considerado los siguientes riesgos y se desarrolla un comportamiento ético ante ellos:

Peligro físico o psicológico.
 Daño a la integridad individual o colectiva.
 Confidencialidad de la información y buen manejo de bases de datos.
 Uso responsable y consentido de imágenes.
 Riesgos para la comunidad y el bienestar social.

Igualmente, afirmamos que la propuesta a desarrollar no es producto de plagio o copia, y por lo tanto es fruto del esfuerzo investigativo e intelectual de los autores.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL INVESTIGADOR	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FIRMA
Daniela Córdoba Vásquez	1107513630	Daniela Córdoba V.
Daniel Londoño Maya	1144206583	Daniel Londoño M.
Karina Aranda Herrera	1144104080	Karina Aranda Herrera.

Fecha: 08 de junio del 2020.



Calle 5a Carrera 62 Campus Pampalinda A.A. 4102 / Teléfono: PBX 5183000
 web: www.usc.edu.co / Nit. 890.303.797-1 / Santiago de Cali - Colombia



Anexo C. Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFLUENCIA DE LA RED DE APOYO FAMILIAR EN EL PROCESO DE INCORPORACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDAS EN LA IPS OPORTUNIDAD DE VIDA

Investigadores:

- Daniela Córdoba Vásquez
Universidad Santiago de Cali – Trabajo Social
3173218213
- Daniel Londoño Maña
Universidad Santiago de Cali – Trabajo Social
3122952966
- Karina Aranda Herrera
Universidad Santiago de Cali – Trabajo Social
3023110132

Introducción / Propósitos:

Por medio de esta investigación se espera caracterizar la manera en que la familia incide en el proceso de incorporación social de 8 personas con esquizofrenias que sean atendidas en la IPS oportunidad de vida, donde las características propuestas a evaluar son la estructura demográfica de cada familia, las estrategias de acompañamiento familiar en el proceso de incorporación a espacios laborales y de ocio, y la capacidad para desarrollar sus habilidades sociales (comunicativas) para la incorporación social.

Participación:

Para desarrollar esta investigación solicitaremos el apoyo de 8 personas diagnosticadas con esquizofrenia del grupo hospital día que estén dispuestas a participar en un espacio de máximo 40 minutos para realizarle una entrevista semiestructurada.

Procedimientos:

La entrevista semiestructurada cuenta con preguntas de sus experiencias vividas en el proceso de incorporación social y va dirigida para las 8 personas atendidas en la IPS Oportunidad de vida y uno o dos de sus familiares.

Riesgos y/o incomodidades:

Las preguntas incluidas en la entrevista semiestructurada puede generar incomodidad, vergüenza, vulnerabilidad debido a las diferentes situaciones que cada persona y su familia están enfrentando debido al diagnóstico recibido. Sin embargo el riesgo que tiene esta investigación es mínimo, porque la información que se va a obtener es por medio de una entrevista que requiere permiso y consentimiento por parte de la persona, la familia y la institución donde están siendo atendidas, en este caso la IPS Oportunidad de Vida.

Beneficios:

Esta investigación beneficiará a las personas con esquizofrenia y a sus familiares, pues se va a



dar a conocer la importancia que tiene la red de apoyo familiar en este proceso. También beneficia a la institución, pues la investigación les permitirá implementar medidas para fortalecer el apoyo familiar.

A partir de la información recolectada y analizada se va a diseñar una cartilla informativa para la IPS Oportunidad de vida, donde se evidencia la importancia que tiene la red de apoyo familiar para las personas con esquizofrenia.

Se podrán evidenciar fortalezas y debilidades de las relaciones familiares, lo que genera que se pueda trabajar en ello.

Confidencialidad:

Todos los datos personales serán protegidos al no ser expuestos en los resultados de la información, pues se reemplazarán los nombres de cada persona y sus familiares.

Participación voluntaria y derecho al retiro:

Las 8 personas serán escogidas mediante unos criterios de selección, donde el primero a tener en cuenta es que la persona y su familiar estén de acuerdo y quieran participar en la investigación. Pero además debe ser mayor de edad y pertenecer al grupo de hospital día. Una vez identificados los criterios se procederá a firmar el consentimiento y posteriormente a desarrollar la entrevista semiestructurada.

Sin embargo, una vez acepten estar en la investigación, pueden retirarse si así lo desea, es decir que no están obligados a permanecer en la investigación. Si es el caso, deberá informar a alguno de los investigadores para así finalizar con el proceso.

Problemas o preguntas:

La entrevista está dividida en tres partes, la primera consta de preguntas básicas de identificación de la persona, la segunda son preguntas de experiencias vividas dirigidas a la persona con esquizofrenia y la tercera va dirigida a algún familiar.

Como se mencionó anteriormente, la participación en esta investigación es de carácter voluntario. Si acepta pertenecer a la investigación diligenciar los siguientes datos:

Nombre del paciente: _____

Celular: _____

Correo electrónico: _____

Firma: _____

Nombre de familiar: _____

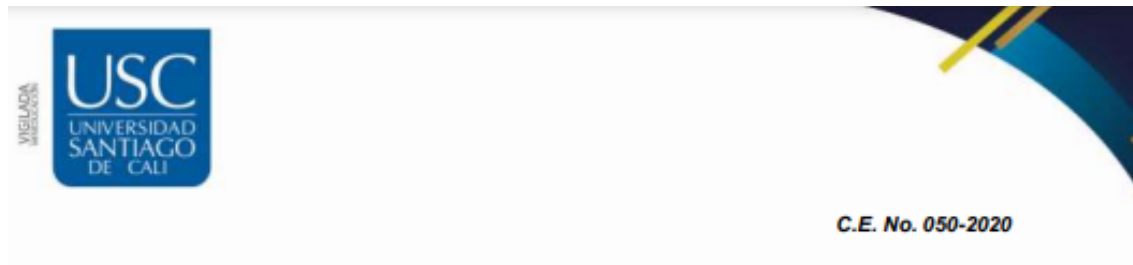
Parentesco: _____

Celular: _____

Correo electrónico: _____

Firma: _____

Anexo D. Aprobación comité de Ética



EL COMITÉ DE ÉTICA DE LA FACULTAD DE COMUNICACIÓN Y PUBLICIDAD DE LA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

INFORMA

Que el proyecto de investigación titulado: "influencia de la red de apoyo familiar en el proceso de incorporación social de las personas con esquizofrenia atendidas en la IPS oportunidad de vida.", cuyas investigadores principales son los estudiantes **DANIELA CÓRDOBA VÁSQUEZ**, identificado(a) con documento de identidad No. 1.107.513.630, **DANIEL LONDOÑO MAYA** identificado(a) con documento de identidad No. 1.144.206.583 y **KARINA ARANDA HERRERA** identificado(a) con documento de identidad No. 1.144.104.080 del programa de **TRABAJO SOCIAL**, fue evaluado y **APROBADO** por parte del Comité de Ética de la Facultad de Comunicación y Publicidad de la Universidad Santiago de Cali, en su sesión del 27 de Julio de 2020.

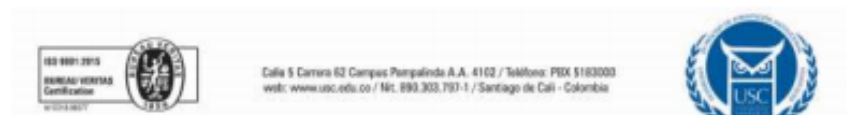
Los formatos aprobados anexos a la solicitud fueron los siguientes:

1. Carta de autorización de la IPS Oportunidad de vida para la ejecución de la investigación dentro de sus instalaciones.
2. Declaración de ética del investigador
3. Consentimiento informado.
4. Instrumentos.

Esta acta se firma por la coordinación Centro de Investigación en Ciencias Sociales, Humanidades y Artes -CISOH- el **13 de Agosto de 2020**.

DIANA PATRICIA QUINAYÁ

Coordinadora CISOH



Anexo E. Categorías de Análisis

Objetivo general: Caracterizar como incide la red de apoyo familiar en el proceso de incorporación social de las personas con esquizofrenia atendidas en la IPS Oportunidad de Vida.			
Objetivo: Describir la estructura sociodemográfica de la red de apoyo familiar de 8 personas atendidas en la IPS Oportunidad de Vida.			
Categorías de análisis.	Sub Categorías	Técnica	Fuente
Red de apoyo familiar: Primer grupo social de contacto, con historia y constante interacción donde se encuentra apoyo emocional, económico, estructural.	<ul style="list-style-type: none"> - Caracterización de la persona - Percepción de la persona con esquizofrenia, frente al apoyo recibido por su familia. - Percepción de la familia frente a la esquizofrenia. - Rol de la familia con una persona con esquizofrenia dentro de su composición 	Estudio de caso por medio de entrevista semiestructurada.	<ul style="list-style-type: none"> -Familia. - Personas con esquizofrenia.

Objetivo: Conocer las estrategias de acompañamiento familiar en el proceso de incorporación a los espacios laborales y de ocio de 8 personas con esquizofrenia atendidas en la IPS Oportunidad de Vida.			
Categorías de análisis.	Sub Categorías	Técnica	Fuente
<p>Espacios laborales: Acción y efecto de trabajar y/u ocupación retribuida. Teniendo en cuenta que el trabajo para una persona con esquizofrenia aporta elementos relevantes para el desarrollo de las personas promoviendo un sujeto sentido de bienestar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Oportunidades laborales para personas con esquizofrenia. - Condiciones laborales para personas con esquizofrenia. - Percepción del trabajo de personas con esquizofrenia. - Percepción del trabajo de la familia. 	<p>Estudio de caso por medio de entrevista semiestructuradas y cerradas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Personas con esquizofrenia. - Familia
<p>Espacios de ocio: Acceso que tienen las personas a espacios de recreación de manera voluntaria y fuera de las actividades obligatorias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción de la familia frente a los espacios de ocio - Percepción de la familia frente al comportamiento de la persona con relación a los espacios de ocio. - Relaciones interpersonales. - Percepción de espacios de ocio para las personas con esquizofrenia. - Interés por participar en dichos espacios. 	<p>Estudio de caso por medio de entrevista semiestructuradas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Familia -Personas con esquizofrenia

Objetivo: Conocer la participación de la familia en el desarrollo de habilidades sociales (comunicativas) para la incorporación social de 8 personas con esquizofrenia atendidas en la IPS Oportunidad de Vida.			
Categorías de análisis.	Sub Categorías	Técnica	Fuente
Comunicación: Todo proceso de interacción social por medio de símbolos y sistemas de mensajes. Incluye todo proceso en el cual la conducta de un ser humano actúa como estímulo de la conducta de otro ser humano. Puede ser verbal o no verbal.	-Capacidad de comunicarse -Facilidad para comunicarse -Percepción frente a la importancia de la comunicación	Estudio de caso por medio de entrevista semiestructuradas.	-Personas con esquizofrenia. -Familia

Anexo F. Entrevista trabajadora social Andrea García

“¿Desde trabajo social se maneja algún formato para tratar las personas con esquizofrenia dentro de la IPS?”

“No se tiene un formato como tal, tiene que buscarlo por su cuenta, y de tanto tener casos, se va dando cuenta cómo abordar cada caso, sus implicaciones familiares, la aceptación de tomar ese medicamento que muchas veces a los pacientes no les gusta y finalmente que las familias protegen mucho esos pacientes con ese tipo de diagnósticos”

“¿Cuál es la ruta de atención para las personas que se les diagnostica esquizofrenia dentro de la IPS?”

El psiquiatra le pone su diagnóstico, se pone en la historia clínica, ya que para abrir la historia se debe tener el diagnóstico por parte del psiquiatra inicialmente. Si es un diagnóstico nuevo, el psiquiatra le explica a la familia el manejo del medicamento, pero no se le explica las implicaciones sociales o familiares ni el manejo de la enfermedad, cómo se deben tomar el medicamento, seguido a eso lo remiten a psicología, haciendo la parte individual, y después es remite a trabajo social, para que trabaje la parte familiar, el reconocimiento de la enfermedad, tanto del paciente como de la familiar y para finalmente concientizar a la familia lo que viene de ahora en adelante.

Anexo G. Documentos institucionales IPS

	ENFOQUE PSICOPEDAGOGICO	ENFOQUE PSICOLOGICO
ETAPA ACOGIDA	Clasificar en etapa de acogida	Valoración inicial
	Acompañar al paciente en todas las actividades de la comunicación terapéutica	Indagar en aspectos biopsicosociales
	Conocer el diario vivir	Abordaje al daño fisiológico de las adicciones: crear conciencia y sensibilizar a los pacientes de los daños del consumo de sustancias psicoactivas
	Educar acerca de los procesos institucionales (derechos, normas cardinales, generales, anual de convivencia, filosofía)	Promover la realización de talleres y trabajos escritos (primer paso, autobiografía, etc.)
	Clasificar conceptos básicos a cerca de la enfermedad	Motivar a la participación activa del programa de rehabilitación
	Actividades lúdicas, deportivas y culturales para estimular su crecimiento personal	Capacitación en estilos de afrontamiento, centrados en la emoción y en la conducta.
	Generar espacios que permitan al paciente interactuar en un ambiente terapéutico.	Ventajas y desventajas
	Sensibilizar al paciente desde el acercamiento individual con la figura de autoridad	Orientación de estilos de vida saludables y espiritualidad
	Fomentar la buena presentación personal y hábitos de aseo	
	Generar espacios para encuentros y practicas espirituales	
Evaluación cuantitativa y cualitativa de cada paciente		
ETAPA PLAN DE TRATAMIENTO	Clasificar en etapa de plan de tratamiento	Promover la realización de talleres y trabajos escritos (plan de tratamiento, plan de cambio, DOFA, etc.)
	Clasificar conceptos básicos de la etapa de plan de plan de tratamiento	Autoestima y Auto concepto
	Terapia de grupo de acuerdo problemáticas identificadas	Concientización de generación de un proyecto de vida
	Generación de un plan de mejoramiento	Inteligencia emocional; concientizar a los pacientes con respecto a la responsabilidad y comunicación asertiva
	Resaltar ventajas de una conducta adecuada.	
	Desarrollar competencias con los pacientes de manera dirigida	
	Desarrollar habilidades para el sentido de pertenecía con enfoque humanístico	
	Propiciar espacios lúdicos pedagógicos que permitan integración.	

ETAPA PROYECTO DE VIDA	Clasificar a los pacientes en la etapa de proyecto de vida	Reforzamiento de su Visión positiva de la vida
	Clasificar conceptos básicos de la etapa de proyecto de vida	Elaboración de formato de proyecto de vida con objetivos a corto, mediano y largo plazo
	Capacitación del código de ética de los grupos altos con el fin de que mantengan conocimientos adquiridos, generando compromiso en su tratamiento	Factores de protección y de riesgo
	Estimular al paciente como persona proactiva ante la sociedad	Promover un proyecto de vida saludable
	Identificar reservas que conllevan a conductas inapropiadas.	Resolución de conflictos, brindar herramientas para resolver problemáticas
	Espacios terapéuticos , expresar sus emociones y llegar acuerdos de ejecución de su proyecto de vida.	
	Reconocimiento del desarrollo de buenas conductas en base a sus logros	
	Evaluación cuantitativa y cualitativa de cada paciente	
ETAPA LIDERAZGO / SERVICIO SOCIAL	Capacitación en perfil ocupacional.	Habilidades liderazgo y gerenciales
	Capacitación en elaboración de hoja de vida	Planes de vida
	Capacitación en perfil vocacional	Toma decisiones y resolución de conflictos
	Capacitación en grupos de apoyo estructurados	Habilidades sociales
	Manejo a nivel conductual y experimental sobre los factores de riesgo	Conductas de protección y prevención
	Motivar al paciente sobre los logros y beneficios de una vida positiva sobriedad y abstinencia	Apoyo en rehabilitación cognitiva
	Generar un desarrollo de sentido de introspección basadas en las crisis individuales	
	Evaluación cuantitativa y cualitativa de cada paciente	
	Intervención psicológica	monitoreo, evaluar
ETAPA DE SEGUIMIENTO		proceso con sus dificultades y metas
	Intervención psicopedagógica	Autocontrol Estimular
	Intervención terapia ocupacional	
	Intervención trabajo social	

Anexo H. Matriz de organización de la información, objetivo 1

Objetivo general: Caracterizar cómo incide la red de apoyo familiar en el proceso de incorporación social de las personas con esquizofrenia atendidas en la IPS Oportunidad de Vida.										
Nombre	Edad	Estado civil	Escolaridad	Lugar que ocupa en la familia	Número de personas que viven en el hogar	Número de personas a cargo	Situación laboral actual	Ingresos económicos personales	Vinculación al sistema de salud	Estrato socioeconómico
Erika Henao Valencia	36 años	Soltera	Primaria incompleta	Hija y madres.	7	0	Desempleada	0	Subsidio	1
Kevin Alzate Cardozo	26 años	Soltero	Bachillerato completo	Hijo	5	0	Empleado o negocio familiar	Más de un SMMLV	Contributivo	1
Jesús Miguel Girón Rengifo	41 años	Casado /Separado	Bachillerato completo	Hijo y padre	3	0	Desempleado	0	Contributivo	3
Manuel Francisco Cuellar Soto	38 años	Soltero	Profesional	Hijo	4	0	Desempleado	0	Contributivo	4
Luis Fernando Gonzale	42 años	Soltero	Primaria incompleta	Hijo y hermano	3	0	Desempleado	0	Subsidio	1

s										
Hurtado										
Juan Esteban Cifuentes Yela	33 años	Soltero	Bachillerato incompleto	Hijo, hermano	5	0	Desempleado	0	Subsidio	3

Percepción frente al apoyo recibido por su familia (Persona)	Percepción de la familia frente a la esquizofrenia (Familiar)	Rol de la familia (Familiar)
<p>Erika Henao Valencia</p> <p>¿Cuenta con el apoyo de su familia en el proceso de recuperación de su salud mental?</p> <p>“Si”</p> <p>¿Considera importante el apoyo o acompañamiento de su familia durante este proceso?</p> <p>“Si”</p> <p>¿Quién es la persona que más le ha acompañado todo el proceso?</p>	<p>Maria Consuelo Valencia Ledesma</p> <p>¿De qué manera recibieron el diagnóstico de esquizofrenia en su familiar?</p> <p>“No, a mí nunca me dijeron nada, nooooo, a mí nunca me han dicho de eso, hasta ahorita apenas me vengo a dar cuenta, hoy mismo, yo iba con ella donde el médico, a donde la doctora y nunca me habían dicho que ella sufre de eso”.</p> <p>¿Toda la composición familiar conoce el diagnóstico de su familiar?</p> <p>: “Yo creo que nadie, apenas me vengo a dar cuenta ahora que usted me dice, tal vez el esposo de ella yo creo... yo creo sí porque él</p>	<p>Maria Consuelo Valencia Ledesma</p> <p>¿Cuál considera usted que es el papel que cumple frente a su familiar con esquizofrenia?</p> <p>“No pues, ella, ella, no, aquí no... o sea, no... (pensando) que yo diga que la pongo a hacer oficio no, hay veces éste pues ella me ayuda, así a arreglar así pero yo así no me gusta ponerla así que está aquí y tiene que hacer oficio, no... ella si quiere ella hace, ella se baña y se va pa donde mí hija, la de allá la que vive, donde</p>

<p>“Mi mamá... También mi marido y las niñas”</p> <p>¿A quién busca primero cuando se siente mal o tiene algún problema?</p> <p>“No le cuento a nadie, me voy a donde mi hermana”.</p> <p>¿Asiste regularmente a las citas de control? ¿Quién lo acompaña?</p> <p>“Sí, yo sí, voy con mi mamá”.</p> <p>¿Con cuál familiar interactúa más?</p> <p>“Con mis niñas, ellas me llaman, hablo con ellas me río...”</p> <p>¿Con quién se le dificulta interactuar más?</p> <p>“Con nadie, con Kevin, mi primo sí se me dificulta”</p> <p>¿Todos los integrantes de su familia saben de su condición</p>	<p>también ha estado con ella, también la ha llevado, él sí sabe, él debe saber... sí, pero yo hasta ahorita, no”.</p> <p>¿Qué sabe usted de la esquizofrenia?</p> <p>“A mí papá le dijeron que él tenía, o seaa (piensa), él sufría de, de eso, porque yo lo llevaba era al psiquiátrico yo fui la que vi por él como uhh, hasta que él murió y a mí me tocaba con él para allá y para acá por Tequendama... entonces sí... a mí sí me dijeron el diagnóstico de él, que él tenía eso, pero, eso dicen que eso no es... digamos que él esté loco, no, sino que eso es una enfermedad que se le olvidan las cosas pero no es porque él está mal de la cabeza, eso me dijeron pues, yo no sé”.</p> <p>¿De qué manera cree que puede aportar para la recuperación de su familiar?</p> <p>“No, ella misma se toma la... cuando éste yo le hago acuerdo, cuando no, ella misma se la toma, había días que cuando estaba con el marido pues se le olvidaban hay veces o... la ponía a hacer oficio y se le olvidaba hay veces,</p>	<p>Kelly, ella se va pa allá está todo el día, viene por la tarde y yo le digo a ella que salga que no esté encerrada, que el encierro eso, también, eso, entonces sí...”</p> <p>¿Cree usted que las funciones de una familia que tiene un integrante con esquizofrenia son diferentes a las funciones de otras familias?</p> <p>Pues no porque, como yo le digo, yo ya tuve a mi papá y mi papá sufría también de eso, a mí me tocó vivirlo también con él todo, pero no, él no era también que, si no que él ...como le dijera yo... él era una persona pasiva no era, no... a veces se enojaba, pero uno trataba de... de cómo le dijera yo, de sobrellevarlo... pero me parece que no, no cambian, no son diferentes”.</p> <p>¿Cuáles son esas nuevas funciones?</p> <p>“No hay nuevas funciones”</p>
--	---	---

<p>de salud?</p> <p>“Todos saben”.</p> <p>¿De qué manera respondió la familia frente al diagnóstico?</p> <p>“Bien, lo reciben bien”.</p> <p>¿Cuál ha sido lo más difícil en cuento a su experiencia familiar con esquizofrenia?</p> <p>“Mis niñas, no estar con ellas”.</p> <p>¿En qué aspectos siente mayor apoyo de su familia?</p> <p>“(económicamente) mi esposo y mis niñas me traen mercado.</p> <p>¿En qué aspectos no siente apoyo de parte de su familia?</p> <p>“Con mi marido, el papá de las niñas pues él a veces no me entiende, él a veces me dice cosas</p>	<p>o hay veces que no se la tomaba y el marido venía a decirme que no, que no se la tomaba, que no sé qué y que vea... a cada rato venía acá a decirme... yo voy con ella, siempre es a mí la que me ha tocado a mí con ella llevarla... sí, porque al marido de ella tampoco le quedaba tiempo, él venía a buscarme a mí y me daba pal pasaje para que la lleve”.</p>	<p>¿de qué manera ha aportado al proceso de recuperación de su familiar?</p> <p>“Llevándola a todas las citas, no negándole que salga, recordándole los medicamentos”.</p> <p>¿Cuál es la persona que ha apoyado más el proceso?</p> <p>“Yo he estado más pendiente”.</p> <p>¿El va a acompañado a sus citas de control? ¿Quién lo acompaña?</p> <p>“Yo la acompaño a todas las citas”.</p> <p>¿Con qué persona de la familia se relaciona más su familiar?</p> <p>“Ella se relaciona bien con todos, pero de pronto con mi hija Kelly, la hermana mayor de ella, sí... ella se la va más con ella”.</p> <p>¿Con cuál familiar se le dificulta relacionarse más a su familiar?</p> <p>“No ella con nadie casi ha tenido problemas de pronto con el marido de ella... hay veces discutía o</p>
---	--	---

		<p>peleaba con el marido que antes la trataba mal, él sí la desestabilizaba”.</p> <p>¿Qué ha sido lo más difícil en cuanto a la experiencia familiar con esquizofrenia?</p> <p>“Yo digo que la convivencia con él, el esposo, él hizo más difícil la situación porque él les decía a las hijas que se enojaran con ella y hasta un día intentaron pegarle a ella”.</p>
<p>Kevin Alzate Cardozo</p> <p>¿Cuenta con el apoyo de su familia en el proceso de recuperación de su salud mental?</p> <p>“Sí, siempre he contado con ellos”.</p> <p>¿Considera importante el apoyo o acompañamiento de su familia durante este proceso?</p>	<p>Claudia Fernanda Cardozo Pinto</p> <p>¿De qué manera recibieron el diagnóstico de esquizofrenia en su familia?</p> <p>“fue muy duro, pero yo no acepto. Pero allá en la fundación la luz dice que todo el que consume queda con esquizofrenia, porque él tuvo una sobredosis y me lo levantó un taxi y cuando lo fuimos a visitar a la luz ya estaba mal con la biblia y la biblia que porque un moreno le hizo hacer un pacto. Después lo mandaron una droga que lo hacía andar así</p>	<p>Claudia Fernanda Cardozo Pinto</p> <p>¿Cuál considera usted que es el papel que cumple frente a su familia con esquizofrenia?</p> <p>“Pues como le decía yo lo invito y le digo que haga cosas, pero no...”</p> <p>¿Cree usted que las funciones de una familia que tiene un integrante con esquizofrenia son diferentes a las funciones de otras familias?</p>

<p>“Sí, el acompañamiento de ellos me lo ha hecho más comfortable”.</p> <p>¿Quién es la persona que más le ha acompañado todo el proceso?</p> <p>“Mi papá ha estado pendiente”.</p> <p>¿A quién busca primero cuando se siente mal o tiene algún problema?</p> <p>“De mi familia no tanto, he buscado siempre de Dios”.</p> <p>¿Asiste regularmente a las citas de control? ¿Quién lo acompaña?</p> <p>“La única cita que he tenido ha sido por llamada, fue hace unos días por el tema de la cuarentena”.</p>	<p>(Representación) pa allá y pa acá y lo hizo ponerse gordo y yo le quité la droga poco a poco porque hablé con un médico que me dijo que eso era muy malo y en tres años no le volvió a dar la crisis, tres años duró sin droga porque era como un robot, el medio dijo que él no iba a ser una persona normal y yo quedé traumada ¿no? Entonces yo le quité la droga y no volvió a recaer hasta ahora en la pandemia, es que ahí donde está no tiene amigos ni amigas, siempre que viajábamos nos tocaba obligarlo a ir”</p> <p>¿Toda la composición familiar conoce el diagnostico de su familiar?</p> <p>“Si, yo soy la única que no ha aceptado, yo digo que, si en tres años no le dio la crisis, porque el tío todos los años le da y habla de la guerrilla y de bombas. Sino que mi hijo ahora se metió a la Bethesda y se metió mucho con Dios y la biblia y ora todo el día y yo lo llevé a que le hicieran una liberación y el pastor le dijo que el que no comprende la biblia bien le puede patinar el coco de estar leyendo todos</p>	<p>“Ujum, porque hay que prestarle más atención”.</p> <p>¿Cuáles son esas nuevas funciones?</p> <p>“La atención”</p> <p>¿de qué manera ha aportado al proceso de recuperación de su familiar?</p> <p>“Sacándolo, invitándolo a cine, al lago calima, alquilar motos, llevar un amigo porque a cierta edad ya no les gusta andar con uno, pero de un momento a otro se encerró, nosotros hacemos paseo con las trabajadoras pero el no va, no va, déjenme atún pero no va, alquilamos fincas con la familia por más que le rueguen no va, cuando se acerca el cumpleaños dice que no le vayan a partir torta, el no quiere salir de ese encierro a mí me gustaría meterlo a un grupo de jóvenes que no saben que hacer con sus vida, yo conozco un lugar</p>
--	--	---

<p>¿Con cuál familiar interactúa más?</p>	<p>los días lo mismo y como que no tiene amigos no sale. La familia lo invita a salir los amigos y no le gusta nada.”.</p>	<p>por allá por el departamental pero él dijo que no, el inventa canciones de</p>
<p>“Con mi mamá”.</p>		<p>Dios pero el tiene que estudiar, el</p>
<p>¿Con quién se le dificulta interactuar más?</p>	<p>¿Qué sabe usted de la esquizofrenia?</p>	<p>toda la vida ha sido así, no le encuentra el sentido a la vida, solo</p>
<p>“No tengo problemas para hablar con ninguno, de pronto a veces discuto con Lina (hermana)”.</p>	<p>“Pues no sé, pues lo de mi cuñado, él se fue a pagar servicio militar y cuando se murió el papá por los días le dio eso”.</p>	<p>es Dios y Dios”.</p>
<p>¿Todos los integrantes de su familia saben de su condición de salud?</p>	<p>¿De qué manera cree que puede aportar para la recuperación de su familiar?</p>	<p>¿Cuál es la persona que ha apoyado más el proceso?</p>
<p>“Todos en mi casa saben”.</p>	<p>Pues yo le digo que me gustaría que no trabajara en el negocio sino que saliera a</p>	<p>“Yo”.</p>
<p>¿De qué manera respondió la familia frente al diagnóstico?</p>	<p>trabajar en una empresa, hiciera amigos amiga, yo le digo que vaya al gimnasio, él se aísla de</p>	<p>¿El va acompañado a sus citas de control? ¿Quién lo acompaña?</p>
<p>“Todos estuvieron muy calmados, ninguno alterado”.</p>	<p>la gente completamente, hay un amigo que lo convida al gimnasio y va unos días pero no</p>	<p>“si, conmigo o con el papá o a veces los dos”.</p>
<p>¿Cuál ha sido lo más difícil en cuento a su experiencia familiar con esquizofrenia?</p>	<p>vuelve, comienza las cosas y no las termina, el autoestima se le baja, hay días que no sale del cuarto y yo le digo que salga, pero con la droga ahora le baja el ánimo, el ha sido muy</p>	<p>¿Con qué persona de la familia se relaciona más su familiar?</p>
<p>“Ninguna, de pronto hace 3 años cuando consumía</p>	<p>aislado como el papá. Es que al prácticamente lo crío mi mamá y nosotros por estar</p>	<p>“No, es que él es muy callado, igualito al papá, es de las personas más cecas que hay él me da muchos regalos, pero eso no es todo en la vida y la familia dice que él es así,</p>
	<p>trabajando, consiguiendo lo que tenemos pues yo trabajaba de 8 a 10 de la noche, los</p>	<p>el también vivió una vida muy dura.”.</p>

<p>cocaína y marihuana, ahí sí peleaba con ellos”.</p> <p>¿En qué aspectos siente mayor apoyo de su familia?</p> <p>“Cuando tengo alguna recaída ellos siempre están ahí”.</p> <p>¿En qué aspectos no siente apoyo de parte de su familia?</p> <p>“Siempre en todos he sentido apoyo por ellos”.</p>	<p>domingos me ponía a lavar pero yo nunca lo llevé al parque ni nada, nunca compartí con él su niñez, le celebre sus cumpleaños hasta los 9 años invitaba niños y todo y los niños jugaban con el yo lo dejaba salir a jugar pero pues después de aisló, pero mi marido es así poco sociable, yo me siento y mi marido es como si no estuviera en cambio mi hija es muy amigable como yo, pero mi marido no. ”.</p>	<p>¿Con cuál familiar se le dificulta relacionarse más a su familiar?</p> <p>“No... no es que no... él se mantiene más arriba que abajo, cuando se encierra no hay quien lo baje”.</p> <p>¿Qué ha sido lo más difícil en cuanto a la experiencia familiar con esquizofrenia?</p> <p>“Aceptar eso, aceptar que él tiene esa enfermedad porque yo no la creo todavía, para mi es que él tiene más una obsesión por Dios, él se sabe toda la biblia”.</p>
<p>Jesús Miguel Girón Rengifo</p> <p>¿Cuenta con el apoyo de su familia en el proceso de recuperación de su salud mental?</p> <p>“Si de mis padres”</p>	<p>Jesús Antonio Girón Vera</p> <p>¿De qué manera recibieron el diagnóstico de esquizofrenia en su familiar?</p> <p>“Mucha preocupación.”</p> <p>¿Toda la composición familiar conoce el diagnóstico de su familiar?</p>	<p>Jesús Antonio Girón Vera</p> <p>¿Cuál considera usted que es el papel que cumple frente a su familiar con esquizofrenia?</p> <p>“El papel de ser padre y acompañar a mis hijos”</p>

<p>¿Considera importante el apoyo o acompañamiento de su familia durante este proceso?</p> <p>“Si”</p> <p>¿Quién es la persona que más le ha acompañado todo el proceso?</p> <p>“Mi papa me lleva a hacer las vueltas y mi mama en la casa está pendiente de mí en lo que me haga falta”</p> <p>¿A quién busca primero cuando se siente mal o tiene algún problema?</p> <p>“A mi mamá”</p> <p>¿Asiste regularmente a las citas de control? ¿Quién lo acompaña?</p> <p>“Si, mi papá”</p>	<p>“Si lo conocen”</p> <p>¿Qué sabe usted de la esquizofrenia?</p> <p>“Pierde la memoria, la voluntad, a veces agresivo, depresivo y bastante complicado”</p> <p>¿De qué manera cree que puede aportar para la recuperación de su familiar?</p> <p>“Mucho amor, mucha tranquilidad y comprensión y mucho afecto”</p>	<p>¿Cree usted que las funciones de una familia que tiene un integrante con esquizofrenia son diferentes a las funciones de otras familias?</p> <p>“Cada persona somos diferentes, yo creo que si”</p> <p>¿Cuáles son esas nuevas funciones?</p> <p>“Empezamos a entenderlo a él, ya que sabemos que no es culpable hay que dejarlo a la voluntad de el ya entendemos el comportamiento de el”</p> <p>¿de qué manera ha aportado al proceso de recuperación de su familiar?</p> <p>“Acompañamiento a las citas médicas, porque el medico lo está valorando y estando pendiente de él y de la situación de él”</p> <p>¿Cuál es la persona que ha apoyado más el proceso?</p> <p>“Yo puedo decir que mi esposa y</p>
---	--	--

<p>¿Con cuál familiar interactúa más?</p> <p>“Mi madre”</p> <p>¿Con quién se le dificulta interactuar más?</p> <p>“Con mi papa un poquito”</p> <p>¿Todos los integrantes de su familia saben de su condición de salud?</p> <p>“Si”</p> <p>¿De qué manera respondió la familia frente al diagnóstico?</p> <p>“Con mucha preocupación, no sabían que hacer”</p> <p>¿Cuál ha sido lo más difícil en cuento a su experiencia familiar con esquizofrenia?</p> <p>“Pues... lo más difícil han sido las depresiones que a veces tengo y cuando me fui de la casa causo la separación con mi esposa entonces mucha tristeza”</p>		<p>yo, y también los hermanos en especial mi hija menor”</p> <p>¿El va acompañado a sus citas de control? ¿Quién lo acompaña?</p> <p>“Por lo general yo lo acompaño”</p> <p>¿Con qué persona de la familia se relaciona más su familiar?</p> <p>“Se relaciona más con su mama”</p> <p>¿Con cuál familiar se le dificulta relacionarse más a su familiar?</p> <p>“Con ninguno”</p> <p>¿Qué ha sido lo más difícil en cuanto a la experiencia familiar con esquizofrenia?</p> <p>“Se le dificulta mucho porque es una persona que no tiene voluntad de nada ni de trabajar, ni de nada físicamente está bien pero no tiene voluntad de nada”</p>
--	--	--

<p>¿En qué aspectos siente mayor apoyo de su familia?</p> <p>“En todos, ellos están muy pendientes de mí, cuando estoy deprimido mi mamá o mis hijos vienen y me suben el ánimo”</p> <p>¿En qué aspectos no siente apoyo de parte de su familia?</p> <p>“En todo me apoyan siempre amorosamente me apoyan”</p>		
<p>Manuel Francisco Cuellar Soto</p> <p>¿Cuenta con el apoyo de su familia en el proceso de recuperación de su salud mental?</p> <p>“Sí.”</p> <p>¿Considera importante el apoyo o acompañamiento de</p>	<p>José Alberto Cuellar Botina</p> <p>¿De qué manera recibieron el diagnóstico de esquizofrenia en su familia?</p> <p>“Bueno a mí personalmente siempre tuve la intención y la idea de formar a mis hijos profesionalmente pero desafortunadamente cuando nos dimos cuenta pues de la situación eso fue que hace que en el dos mil ocho más o menos que se inició la situación de él, pues a mí casi me mata prácticamente de verdad,</p>	<p>José Alberto Cuellar Botina</p> <p>¿Cuál considera usted que es el papel que cumple frente a su familia con esquizofrenia?</p> <p>“En el acompañamiento de todo de su enfermedad y pensando en su futuro”</p> <p>¿Cree usted que las funciones de una familia que tiene un integrante</p>

<p>su familia durante este proceso?</p> <p>“Si.”</p> <p>¿Quién es la persona que más le ha acompañado todo el proceso?</p> <p>“Pues mi papá”</p> <p>¿A quién busca primero cuando se siente mal o tiene algún problema?</p> <p>“Yo soy muy introvertido casi no comento a nadie.”</p> <p>¿Asiste regularmente a las citas de control? ¿Quién lo acompaña?</p> <p>“Sí, me acompaña mi familia, los tres básicamente”</p> <p>¿Con cuál familiar interactúa más?</p> <p>“Con mi papá”</p>	<p>porque pues mi deseo como padre era verlos formados como profesionales y él iba muy bien en su proceso universitario alcanzo a estar en noveno semestre de ingeniería industrial y se le presento este episodio tan maluco que dio con el traste de todo lo que nosotros pensábamos y que el también estaba comprometido con terminar sus estudios y de ahí en adelante pues desafortunadamente por situaciones de la misma enfermedad y ya no pudo seguir entonces en algún momento que yo lo vi mucho mejor porque después de un tratamiento lo vi pues que estaba en mejores condiciones y yo le dije hijo si quieres matricula unas dos materias y comencemos a intentar a ver si sos capaz o que entonces él fue pero no desafortunadamente la situación en cuestión de su discapacidad por parte de concentración no le permitió pues estar, entonces nosotros siempre hablábamos con los médicos tratantes y nos decían que más adelante de pronto el volvía a retornar una vida más normal pero la situación</p>	<p>con esquizofrenia son diferentes a las funciones de otras familias?</p> <p>“Claro si porque ya veo esa situación que se ve siempre complicado uno quisiera que hubiera sido cualquier otra enfermedad que la hubiera podido superar y ya pero no es tan fácil salir y ya.”</p> <p>¿Cuáles son esas nuevas funciones?</p> <p>“Nos toca trabajar en función de que él pueda llevar una vida de la mejor manera y con el apoyo nuestro que también siempre hemos estado al tanto de eso pero pensamos también en el momento en que nosotros no estemos”</p> <p>¿de qué manera ha aportado al proceso de recuperación de su familiar?</p> <p>“Mostrándole afecto y respaldo en todo este proceso de su</p>
--	---	---

<p>¿Con quién se le dificulta interactuar más?</p> <p>“No pues nosotros somos como muy unidos entonces tengo buena relación.”</p> <p>¿Todos los integrantes de su familia saben de su condición de salud?</p> <p>“Si lo saben”</p> <p>¿De qué manera respondió la familia frente al diagnóstico?</p> <p>“Lo normal”</p> <p>¿Cuál ha sido lo más difícil en cuento a su experiencia familiar con esquizofrenia?</p> <p>“La recuperación cuando salí del hospital me tenían muy sedado, y algunas pastas me hacían efectos secundarios me hacían dar taquicardias”</p> <p>¿En qué aspectos siente mayor apoyo de su familia?</p>	<p>lastimosamente yo siempre mantengo con la idea y el deseo de que pudiera terminar su carrera pero pues ahora último se presentó un nuevo episodio bastante fuerte que se dio nuevamente el tener que llevarlo nuevamente al médico entonces estamos tratando de que entienda que el realmente tiene un problema y que ese problema debe asumirlo con responsabilidad, yo trato de hacerle esos comparativos de las personas que sufre de diabetes o hipertensión que deben soportar un medicamento todos los días para poder vivir, no es fácil la verdad hemos tratado con este episodio y trae recuerdos de situaciones pasadas y tratamos de centrarlo en la realidad es complicado porque él está seguro de eso.”</p> <p>¿Toda la composición familiar conoce el diagnóstico de su familiar?</p> <p>“Si la verdad que nosotros hemos tenido la oportunidad de compartir con todos y nosotros como familia hemos venido manejando de tal manera que somos conscientes y hemos estado atentos a cualquier situación que se le presente</p>	<p>enfermedad”</p> <p>¿Cuál es la persona que ha apoyado más el proceso?</p> <p>“Todos tres, por ejemplo, ahora último estábamos en función en mirar a ver como lo sacábamos adelante”</p> <p>¿El va acompañado a sus citas de control? ¿Quién lo acompaña?</p> <p>“Si normalmente va acompañado, yo”</p> <p>¿Con qué persona de la familia se relaciona más su familiar?</p> <p>“aquí la verdad con todos pero el al que más mantiene al tanto y pendiente de todo es conmigo”</p> <p>¿Con cuál familiar se le dificulta relacionarse más a su familiar?</p> <p>“Últimamente ha tenido comentarios hacia una tía pero creo que son pensamientos que se le vienen pero con ella es respetuoso”</p>
--	---	--

<p>“La recuperación cuando salí del hospital me tenían muy sedado, y algunas pastas me hacían efectos secundarios me hacían dar taquicardias”</p> <p>¿En qué aspectos no siente apoyo de parte de su familia?</p> <p>“En el deporte”</p>	<p>estar ahí”</p> <p>¿Qué sabe usted de la esquizofrenia?</p> <p>“Bueno yo de pronto he leído de lo que hace, él entro en esta situación de esta enfermedad entonces sé que es una enfermedad mental y que a veces presenta episodios y que ya los hemos vivido pues a través de la situación de Carlos Andrés siempre lo que lo baja de nota es que son situaciones que se presentan son irreversibles entonces yo digo que he escuchado que hay personas que pasan por esas situaciones y a través de terapias han podido llevar una vida muy normal entonces ojala él pueda superar todo esto y yo sé que para el poder llevar una vida normal y tranquila en la convivencia en la familia él debe concientizarse él es una persona que depende de unos medicamentos porque se descompensa”</p> <p>¿De qué manera cree que puede aportar para la recuperación de su familiar?</p> <p>“Bueno nosotros acá tratamos de darle lo</p>	<p>¿Qué ha sido lo más difícil en cuanto a la experiencia familiar con esquizofrenia?</p> <p>“los episodios como le comento, cuando a él le ha dado esas crisis y le llegan pensamientos de lo que le ha pasado o le han hecho entonces digo que se me enfermo mi muchacho, entonces por eso mi mujer ha tenido afectaciones debido al estrés y la tención por las crisis”</p>
--	--	--

	<p>necesario, es decir lo necesario es todos los gastos de la casa eso los asumo yo y mi otro hijo el también a trabajando con la música o sea que nosotros nos movemos más por ese sector”</p>	
<p>Luis Fernando Gonzales Hurtado</p> <p>¿Cuenta con el apoyo de su familia en el proceso de recuperación de su salud mental?</p> <p>“Sii la verdad, sí”.</p> <p>¿Considera importante el apoyo o acompañamiento de su familia durante este proceso?</p> <p>“Sí también, a uno le hace falta el apoyo de la familia para estar aquí... (Sede campestre)”.</p> <p>¿Quién es la persona que más le ha acompañado todo el</p>	<p>Maria Clemencia Hurtado Cardona</p> <p>¿De qué manera recibieron el diagnostico de esquizofrenia en su familiar?</p> <p>“hace muchos años, 15 años tenía fue muy duro para todos”</p> <p>¿Toda la composición familiar conoce el diagnostico de su familiar?</p> <p>“si todos lo conocen”</p> <p>¿Qué sabe usted de la esquizofrenia?</p> <p>“que es una enfermedad psiquiátrica”</p> <p>¿De qué manera cree que puede aportar para la recuperación de su familiar?</p> <p>“yo lo acompaño, lo visito estoy pendiente de èl siempre”</p>	<p>Maria Clemencia Hurtado Cardona</p> <p>¿Cuál considera usted que es el papel que cumple frente a su familiar con esquizofrenia?</p> <p>“yo soy la acudiente, mantengo al pendiente de el</p> <p>¿Cree usted que las funciones de una familia que tiene un integrante con esquizofrenia son diferentes a las funciones de otras familias?</p> <p>“si son diferentes más responsabilidades”</p> <p>¿Cuáles son esas nuevas funciones?</p> <p>“mucha atención a todo lo que hace”</p>

<p>proceso?</p> <p>“Mi mamá, mi mamá es la que más me ha apoyado”.</p> <p>¿A quién busca primero cuando se siente mal o tiene algún problema?</p> <p>“Yo busco es a mi mamá”.</p> <p>¿Asiste regularmente a las citas de control? ¿Quién lo acompaña?</p> <p>“Yo tenía citas en el puesto de salud, así de control en el puesto de salud de Siloé y me acompañaba mi mamá”</p> <p>¿Con cuál familiar interactúa más?</p> <p>“Con mis hermanos”</p> <p>¿Con quién se le dificulta interactuar más?</p> <p>“No tengo problemas para hablar con ninguno”</p>		<p>¿de qué manera ha aportado al proceso de recuperación de su familiar?</p> <p>“llevándolo a la ips ya está mucho mejor”</p> <p>¿Cuál es la persona que ha apoyado más el proceso?</p> <p>“mi hijo y yo”</p> <p>¿El va acompañado a sus citas de control? ¿Quién lo acompaña?</p> <p>“si mi mamá”</p> <p>¿Con qué persona de la familia se relaciona más su familiar?</p> <p>“con mi hijo y conmigo”</p> <p>¿Con cuál familiar se le dificulta relacionarse más a su familiar?</p> <p>“no se le dificulta con nadie”</p> <p>¿Qué ha sido lo más difícil en cuanto a la experiencia familiar con esquizofrenia?</p> <p>“cuando recién nos dimos cuenta del diagnóstico, y el consumo”</p>
---	--	---

¿Todos los integrantes de su familia saben de su condición de salud?

“Sí”.

¿De qué manera respondió la familia frente al diagnóstico?

“No, yo no tengo esquizofrenia, me da así la tembladera en la cabeza no más, eso es como una enfermedad, pero yo no sé”

¿En qué aspectos siente mayor apoyo de su familia?

“Ellos me apoyan mucho acá, desde que estoy acá en la fundación mi mamá viene cada 15 días a visitarme

¿En qué aspectos no siente apoyo de parte de su familia?

“Cuando estoy así en la calle pues casi no me apoyan, me han venido apoyando desde

que estoy acá en la fundación		
<p>Juan Esteban Cifuentes Yela</p> <p>¿Cuenta con el apoyo de su familia en el proceso de recuperación de su salud mental?</p> <p>“Si”.</p> <p>¿Considera importante el apoyo o acompañamiento de su familia durante este proceso?</p> <p>“Si, estoy solo, desviado, no encuentro el rumbo”.</p> <p>¿Quién es la persona que más le ha acompañado todo el proceso?</p> <p>“Mamá”.</p> <p>¿A quién busca primero cuando se siente mal o tiene</p>	<p>Maria Fernanda Cifuentes Yela</p> <p>¿De qué manera recibieron el diagnóstico de esquizofrenia en su familiar?</p> <p>“En la cárcel en el 2010, estaba muy metido en el consumo de sustancias psicoactivas, le quito la vida a un señor, estuvo en detención durante 5 años al segundo mes empezó a tener comportamientos de agresividad con los compañeros, lo trasladaron al anexo psiquiátrico y ahí lo empezaron a medicar no fue claro el tratamiento que recibía nunca supe cuál era el tratamiento que le daban allá”</p> <p>¿Toda la composición familiar conoce el diagnóstico de su familiar?</p> <p>“Si”</p> <p>¿Qué sabe usted de la esquizofrenia?</p> <p>Es un trastorno mental es tratable, mas no curable y hay diferentes tipos de esquizofrenia, a raíz del consumo de él lo diagnostican con trastorno esquizoafectivo</p>	<p>Maria Fernanda Cifuentes Yela</p> <p>¿Cuál considera usted que es el papel que cumple frente a su familiar con esquizofrenia?</p> <p>“Yo en este momento cumpla el rol de tutora yo soy la que en este momento está el y donde no porque el por sí solo no toma decisiones, el no piensa en un mañana, ni de que va a vivir ni nada no tiene un plan de vida”</p> <p>¿Cree usted que las funciones de una familia que tiene un integrante con esquizofrenia son diferentes a las funciones de otras familias?</p> <p>“En teoría yo diría que sí, porque no tendría que estar pendiente de todo lo de la persona, porque es independiente y es consciente de lo que debe hacer, pero en mi caso con</p>

<p>algún problema?</p> <p>“A Dios y mi mamá me enseñó a no comentar mis problemas yo siempre desde pequeño resuelvo mis problemas”.</p> <p>¿Asiste regularmente a las citas de control? ¿Quién lo acompaña?</p> <p>“No”</p> <p>¿Con cuál familiar interactúa más?</p> <p>“con mi hermana, aunque ella cree que yo soy bobo, y no me gustan lo que me da”</p> <p>¿Con quién se le dificulta interactuar más?</p> <p>“Ahora con mi mamá, porque no quiere que este acá”</p> <p>¿Todos los integrantes de su familia saben de su condición de salud?</p>	<p>¿De qué manera cree que puede aportar para la recuperación de su familiar?</p> <p>“Yo lo que hago es en que él pueda ser una persona independiente aun con la enfermedad yo le digo que él puede seguir su diario vivir, lo hago sentir útil, le digo que si él puede y quiere puede tener una vida normal y una vida mejor</p>	<p>él es muy cambiante a veces siente que todo el mundo le quiere hacer daño o lo envidia y es más propenso a meterse en problemas”</p> <p>¿Cuáles son esas nuevas funciones?</p> <p>“Estar pendiente en su tratamiento farmacológico, actividades diarias de autocuidado, sus controles médicos, si más allá de su sintomatología tienen algo más físico, económico”</p> <p>¿de qué manera ha aportado al proceso de recuperación de su familiar?</p> <p>“De todas las maneras hasta la iglesia lo he llevado para ayudarlo también espiritualmente ayudarlo”</p> <p>¿Cuál es la persona que ha apoyado más el proceso?</p> <p>“Yo, no conocemos a mí papa, y mi mamá nunca lo ha apoyado desde que lo diagnosticaron porque lo</p>
--	---	---

<p>“Si pero yo no estoy loco y la gente habla mucho, yo estoy cuerdo”</p> <p>¿De qué manera respondió la familia frente al diagnóstico?</p> <p>“Ellos lo ven mal a uno, mi cuñado ya no, pero mi hermana no entiende”</p> <p>¿Cuál ha sido lo más difícil en cuento a su experiencia familiar con esquizofrenia?</p> <p>“Cuando entre a la cárcel y me dijeron que lo tenía”</p> <p>¿En qué aspectos siente mayor apoyo de su familia?</p> <p>“Mi mamá pues siempre me ha apoyado, en lo económico”</p> <p>¿En qué aspectos no siente apoyo de parte de su familia?</p> <p>“Pues me da miedo mi</p>		<p>atribuye a lo religioso y a lo maligno”</p> <p>¿El va acompañado a sus citas de control? ¿Quién lo acompaña?</p> <p>“Casi siempre en las citas de control lo dejaban hospitalizado, yo siempre lo acompañaba”</p> <p>¿Con qué persona de la familia se relaciona más su familiar?</p> <p>“Conmigo y con mi esposo”</p> <p>¿Con cuál familiar se le dificulta relacionarse más a su familiar?</p> <p>“Con mi mamá, a pesar de que se quieren chocan mucho y pues ella no acepta nada de su diagnóstico, ni de su medicación”</p> <p>¿Qué ha sido lo más difícil en cuanto a la experiencia familiar con esquizofrenia?</p> <p>“Para mi hermano yo creo que después de haber sido un joven tan juicioso y trabajador, pasar de todo</p>
---	--	--

hermana		a nada, de no haber podido ser o no haber podido lograr y para mí lo mismo es bastante duro y difícil ver lo que él era antes y lo que se convirtió después con el consumo”
---------	--	---

Anexo I. Matriz de organización de la información - Objetivo 2, categoría 1

<p>OB2: Identificar las estrategias de acompañamiento familiar en el proceso de incorporación a los espacios laborales y de ocio de 6 personas con esquizofrenia atendidas en la IPS Oportunidad de Vida.</p>			
<p align="center">Categoría 1: Acceso de personas con esquizofrenia a la vida laboral.</p>			
<p>Oportunidades Laborales (Persona)</p>	<p>Condiciones Laborales (Persona)</p>	<p>Percepción del trabajo (Persona)</p>	<p>Percepción de la familia frente al trabajo (Familiar)</p>
<p>Erika Henao Valencia ¿Cuenta usted con un trabajo</p>	<p>Erika Henao Valencia ¿Ha tenido condiciones especiales</p>	<p>Erika Henao Valencia ¿Considera que tiene todas las capacidades necesarias para tener un trabajo?</p>	<p>Maria Consuelo Valencia Ledesma ¿Considera importante que su familiar tenga un trabajo?</p>

<p>actualmente?</p> <p>“No”.</p> <p>¿Contaba con un trabajo antes de su diagnóstico?</p> <p>“Antes sí... hacía aseo en casa de familias”.</p> <p>¿Considera usted que es más difícil encontrar un trabajo para una persona diagnosticada con esquizofrenia? ¿Por qué?</p> <p>“Uy sí, porqué... no sé yo no sé por qué”.</p>	<p>o diferentes en su trabajo?</p> <p>“No hay respuesta”</p> <p>¿Considera importante tener un trabajo en este momento de su vida?</p> <p>¿Se ha presentado a entrevistas laborales el último año? ¿Cuál ha sido la respuesta?</p>	<p>“Pues sí yo sí, hacer algo sí”.</p> <p>¿Desea usted tener/mantener un trabajo? ¿Por qué?</p> <p>“Sí, me gustaría”.</p> <p>¿Es importante para usted tener un trabajo en este momento?</p> <p>“No, no es importante porque me siento como no sé... como cansada, no sé si son las pastas que me dan que me ponen lenta y me da hambre, la espalda me duele muchísimo, no sé si serán las pastas”.</p>	<p>“Yo digo que sí, mejor, un trabajito en el que pueda ayudarse, porque ella es muy juiciosa, sabe de comer, cocina muy rica, sabe hacer oficio... eso le ayudaría porque puede despejar un poquito la mente mientras uno trabaja o se concentra en otra cosa”.</p> <p>¿De qué manera influye usted para que su familiar tenga o no tenga un trabajo o considera que eso solo depende de él/ella? ¿Por qué?</p> <p>“No, yo no le digo nada de eso porque como ella ha estado así enfermita, cómo le voy a decir yo</p>
--	---	---	--

			<p>que consiga trabajo o a decirle que vaya trabaje... sí, eso depende de si ella quiere”.</p> <p>¿Considera que su familiar está en la capacidad de laborar?</p> <p>¿Por qué?</p> <p>“Yo digo que sí, porque ella es muy capaz, sabe hacer muchas cosas.</p>
<p>Kevin Alzate Cardozo</p> <p>¿Cuenta usted con un trabajo actualmente?</p> <p>“Sí, yo tengo trabajo en este momento”.</p>	<p>Kevin Alzate Cardozo</p> <p>¿Ha tenido condiciones especiales o diferentes en su trabajo?</p> <p>“No, siempre he atendido la caja registradora, de pronto</p>	<p>Kevin Alzate Cardozo</p> <p>¿Considera que tiene todas las capacidades necesarias para tener un trabajo?</p> <p>“Sí, yo creo que tengo todas las capacidades,</p>	<p>Claudia Fernanda Cardozo Pinto</p> <p>¿Considera importante que su familiar tenga un trabajo?</p> <p>“Pues... así como está con esa droga no, pero si me gustaría para que</p>

<p>¿Contaba con un trabajo antes de su diagnóstico?</p> <p>“Sí, yo siempre he trabajado acá abajo (primer piso) en el negocio familiar”.</p> <p>¿Considera usted que es más difícil encontrar un trabajo para una persona diagnosticada con esquizofrenia? ¿Por qué?</p> <p>“No pues en mí caso nunca he tenido que buscar trabajo, siempre he trabajado aquí, así que, no”.</p>	<p>en éstos momentos me siento más cansado, como más pesado, por eso no he ido éstos días, debe ser por el medicamento”.</p> <p>¿Considera importante tener un trabajo en este momento de su vida?</p> <p>“Claro, porque el trabajo me ayuda para pensar en otras cosas, porque mantengo distraído”.</p> <p>¿Se ha presentado a entrevistas laborales el último año? ¿Cuál ha sido la respuesta?</p> <p>“No he tenido la necesidad de</p>	<p>puedo hacer cualquier cosa”.</p> <p>¿Desea usted tener/mantener un trabajo? ¿Por qué?</p> <p>“En estos momentos no tengo deseos de mantener el trabajo, porque no me siento muy activo, me da mucha pereza hacer las cosas y siempre tengo sueño, hasta el cuerpo lo siento demasiado pesado”.</p> <p>¿Es importante para usted tener un trabajo en este momento?</p> <p>“Pues de pronto por distraerme, pero mi familia tampoco me está presionando por trabajar,</p>	<p>haga amigos y salga para que no se encierre tanto.”.</p> <p>¿De qué manera influye usted para que su familiar tenga o no tenga un trabajo o considera que eso solo depende de él/ella?</p> <p>¿Por qué?</p> <p>“Yo no lo acoso porque yo tengo mis empleadas allá”.</p> <p>¿Considera que su familiar está en la capacidad de laborar?</p> <p>¿Por qué?</p> <p>“Pues sí, porque pues igual el allá ayuda en la caja a limpiar y arreglar y se distrae...”</p>
--	---	---	--

	presentarme, por ser parte del negocio familiar”.	ellos saben que estos días he sentido mucha pereza”.	
<p>Jesús Miguel Girón Rengifo</p> <p>¿Cuenta usted con un trabajo actualmente?</p> <p>“No”</p> <p>¿Contaba con un trabajo antes de su diagnóstico?</p> <p>“Si contaba con un trabajo”</p> <p>¿Considera usted que es más difícil encontrar un trabajo</p>	<p>Jesús Miguel Girón Rengifo</p> <p>¿Ha tenido condiciones especiales o diferentes en su trabajo?</p> <p>“No”</p> <p>¿Considera importante tener un trabajo en este momento de su vida?</p> <p>“En este momento no estoy en condiciones de trabajar por mi estado</p>	<p>Jesús Miguel Girón Rengifo</p> <p>¿Considera que tiene todas las capacidades necesarias para tener un trabajo?</p> <p>“No en este momento”</p> <p>¿Desea usted tener/mantener un trabajo? ¿Por qué?</p> <p>“Si desearía tener un trabajo, pero en este momento no me siento en la capacidad para hacerlo, me gusta</p>	<p>Jesús Antonio Girón Vera</p> <p>¿Considera importante que su familiar tenga un trabajo?</p> <p>“Si claro, como haría uno sin trabajo, que puede hacer uno sin trabajo no puede cumplir con nada sino todo tiene que dárselo”</p> <p>¿De qué manera influye usted para que su familiar tenga o no tenga un trabajo o</p>

<p>para una persona diagnosticada con esquizofrenia? ¿Por qué?</p> <p>“Si yo creo que si porque pues le afecta mentalmente a uno y una persona que está bien y uno con problemas es más fácil para la otra persona”</p>	<p>de salud tengo mucha depresión</p> <p>¿Se ha presentado a entrevistas laborales el último año? ¿Cuál ha sido la respuesta?</p> <p>“No me he presentado porque se me dificulta mucho socializar, se me olvidan muchas cosas estoy trabajando en eso, a veces me duele mucho las articulaciones por estar todo el tiempo acostado”</p>	<p>muchos las ventas pero no poder hacerlo me deprime y me entristece me siento menos pero con la ayuda de mi mama y mis hijos trato de estar bien”</p> <p>¿Es importante para usted tener un trabajo en este momento?</p> <p>“No en el momento no por mi condición y mis padres me están ayudando y lo harán hasta que pueda estar bien, si es necesario, pero por ahora no puedo y debo hacer alguna terapia para poder relacionarme con las demás personas”</p>	<p>considera que eso solo depende de él/ella?</p> <p>¿Por qué?</p> <p>“Si depende de él, aunque el así como esta no puede trabajar no tiene responsabilidad de nada es como un niño”</p> <p>¿Considera que su familiar está en la capacidad de laborar?</p> <p>¿Por qué?</p> <p>“No, porque no tiene voluntad para hacerlo”</p>
---	--	---	---

<p>Manuel Francisco Cuellar Soto</p> <p>¿Cuenta usted con un trabajo actualmente?</p> <p>“No, terminé en junio”</p> <p>¿Contaba con un trabajo antes de su diagnóstico?</p> <p>“Se terminó el contrato”</p> <p>¿Considera usted que es más difícil encontrar un trabajo para una persona diagnosticada con esquizofrenia? ¿Por</p>	<p>Manuel Francisco Cuellar Soto</p> <p>¿Ha tenido condiciones especiales o diferentes en su trabajo?</p> <p>“No”</p> <p>¿Considera importante tener un trabajo en este momento de su vida?</p> <p>“Si.”</p> <p>¿Se ha presentado a entrevistas laborales el último año? ¿Cuál ha sido la respuesta?</p> <p>“No.”</p>	<p>Manuel Francisco Cuellar Soto</p> <p>¿Considera que tiene todas las capacidades necesarias para tener un trabajo?</p> <p>“Pues si siempre y cuando no me toque concentrarme mucho porque cuando me concentro mucho se me acelera el corazón me da taquicardia”</p> <p>¿Desea usted tener/mantener un trabajo? ¿Por qué?</p> <p>Si más que todo en deporte</p>	<p>José Alberto Cuellar Botina</p> <p>¿Considera importante que su familiar tenga un trabajo?</p> <p>“Si yo lo considero bien como terapia ocupacional para que él se sienta que realmente tiene condiciones para hacerlo, que se sienta importante de servir o hacer algo</p> <p>¿De qué manera influye usted para que su familiar tenga o no tenga un trabajo o considera que eso solo depende de él/ella?</p>

<p>qué?</p> <p>“Es lo mismo porque uno a nadie le cuenta eso.”</p>		<p>¿Es importante para usted tener un trabajo en este momento?</p> <p>“Por todo porque uno cuando trabaja se desarrolla mejor, está más entretenido, por dinero, para ayudar en mi casa y comprar mis cosas personales.”</p>	<p>¿Por qué?</p> <p>“Yo he pensado muchas cosas como n montar una empresa en donde él pueda producir algo y trabajar a su ritmo o conseguiré un carro para que trabaje son muchas cosas que hemos pensado lo importante es que él se comprometa”</p> <p>¿Considera que su familiar está en la capacidad de laborar?</p> <p>¿Por qué?</p> <p>“Si, haber le cuento mi hijo a pesar de tener su dificultad de concentración pues es una persona que se le ve muy activa y pues lógicamente como</p>
---	--	---	---

			<p>cualquier persona en esa edad quisiera hacer algo entonces yo hago parte por acá como líder de mi sector, soy presidente de una junta acá en mi barrio donde vivo samanes de Guadalupe entonces yo por ahí tengo algunos contactos donde he pedido a través de secretaria de cultura, a él le gusta mucho lo del deporte entonces a él le ha gustado participar en estas actividades, el también hace parte de la música, porque también desde niño le gusto la música, yo soy músico y el otro hermano es músico tenemos una orquesta muy conocida</p>
--	--	--	--

			<p>aquí en Cali, entonces a través de este reconocimiento que tenemos en la música pues a veces me queda fácil de pronto solicitarle a los que están dirigiendo esos programas meterlo al allí el califica porque también se ha preparado ha hecho cursos y diplomados en bellas artes, estudio muy niño entro a ser parte en el grupo infantil de música en la universidad del valle, alcanzo a estudiar ocho semestres de ingeniería industrial pero lastimosamente esta enfermedad me le tronco todo, entonces él ha</p>
--	--	--	---

			<p>desarrollado algunos talleres y ha dado clase en deportes y en música, entonces yo hablaba con algunos amigos y un médico familiar de que tan importante era eso y me conto inclusive la persona que manejaba ese concepto de seguridad industrial o de hacerlos parte de que estado de inaptitud y forma de desarrollar un trabajo y a él lo calificaron hace muchos años como en el dos mil ocho creo o dos mil cuatro algo así en todo caso no tengo clara la fecha, pero entonces el si me decía que tenía un familiar que también</p>
--	--	--	---

			<p>tenía ese mismo problema y que el a través de la música había recuperado mucho su manera de vivir y que el inclusive estaba tocando por ahí con una agrupación, entonces yo partiendo de eso de esa experiencia del médico entonces también me puse en esa tarea, bueno que Carlos Andrés así se llama mi hijo pues también haga algo y que mejor que a través del deporte o la música entonces yo decía eso como algo que le va permitir hacerse sentir uno bien porque pues está desarrollando alguna actividad y fuera</p>
--	--	--	--

			<p>de eso que le puede generar un recurso, porque si le brindan el contrato pues él se va a sentir más útil digamos en esta sociedad, pero en Comfenalco ahoritica mismo que el estuvo el antes de diciembre estuvo trabajando de mensajero ya no encontró otra cosa que hacer y mando una hoja de vida por allá y lo contrataron de mensajero pero pues a través de la situación del problema pues lo despidieron por que el prácticamente dejo algunas cosas en la dirección que no era no sé qué pero</p>
--	--	--	--

			<p>inconvenientes que yo creo que eso tiene que ver con los problemas de la enfermedad, entonces lo despidieron y cuando yo volví a llevar los documentos de la discapacidad que nos dieron hace mucho tiempo, nos dijeron que no que a él no lo podían volver a permitir allí que porque tenían que hacerle otra valoración, se accidento de una manito y me toco llevarlo por cuenta de esa vaina que paga uno por lo de la moto para poder que lo atendieran, se me estaba complicando la situación porque imagínese eso</p>
--	--	--	---

			<p>salía por un poco de plata y uno realmente con esta situación que se está presentando pues menos plata disponible para casos de eso, entonces lo tuve que hacer afiliarse como independiente dentro de lo que maneja Comfenalco que es un six que tenemos derechos como trabajadores o pensionados de emcali entonces yo lo metí a él, la niña me dijo que si lo volvían a afiliarse que lo mejor era hacer trabajo independiente que no firmara contrato ya que si lo volvían a afiliarse le podrían poner</p>
--	--	--	--

			<p>inconvenientes, entonces mi esposa fue a preguntar y comento el caso y le dijeron que no que no tenía nada que ver ya que son trabajos temporales que los sacan cada tres meses, entonces nos sugieren que él requiere una calificación nueva para saber qué nivel de discapacidad presenta y ese no lo hace sino un psiquiatra también porque él debe medir la situación de discapacidad que tiene Andrés para poder estar uno tranquilo, y que al no lo desafilen y que cuando él tenga un trabajo que</p>
--	--	--	---

			<p>tranquilamente uno lleve los papeles y vuelvan y lo afilien, el manejo que nosotros hemos venido dándole desde que él se nos enfermó que eso fue terrible en un principio eso daba muy duro ya el terminando su carrera y todo eso, para mí eso fue traumático y todavía pienso que ojala Dios permita que algún día el pudiera terminar su carrera que sería un año y medio más de universidad y terminaría su ingeniería pero pues todo está dentro de lo posible que él se recuperara, por lo menos uno sabe que son enfermedades que son</p>
--	--	--	---

			complicadas de volver a reestablecer a una persona pero igual yo conozco inclusive en la empresa que yo trabaje habían varios casos y fueron personas que mantenían medicados y terminaron de pensionarse o jubilarse en Emcali, entonces yo digo no es raro ni es el primer caso que se pudiera dar por ejemplo”
<p>Luis Fernando Gonzales Hurtado</p> <p>¿Cuenta usted con un trabajo actualmente?</p> <p>“No, ahora no”.</p> <p>¿Contaba con un trabajo antes de su</p>	<p>Luis Fernando Gonzales Hurtado</p> <p>¿Considera importante tener un trabajo en este momento de su vida?</p> <p>“Tener su trabajo siempre es importante, porque se distrae uno la</p>	<p>Luis Fernando Gonzales Hurtado</p> <p>¿Considera que tiene todas las capacidades necesarias para tener un trabajo?</p> <p>“Síi, porque yo soy aliviado, yo no soy enfermo ni nada, yo soy</p>	<p>Maria Clemencia Hurtado Cardona</p> <p>¿Considera importante que su familiar tenga un trabajo?</p> <p>“si considero importante, pero en este momento no creo que este en condición”</p>

<p>diagnóstico?</p> <p>“Sí, yo antes trabajaba para mí, independiente, cargaba mercados en el Súper Inter de Siloé”.</p> <p>¿Considera usted que es más difícil encontrar un trabajo para una persona diagnosticada con esquizofrenia? ¿Por qué?</p> <p>“Pues sí pa uno es difícil, por lo menos yo ya hice los 3 meses acá pero mi mamá quiere que yo me quede los otros 3 meses, para hacer 6</p>	<p>mente y el tiempo pasa ligero y le llega su paguito para ayudar a la familia”.</p> <p>¿Se ha presentado a entrevistas laborales el ultimo año? ¿Cuál ha sido la respuesta?</p> <p>“Sí yo, yo he trabajado la construcción y así, pasaba la semana revolviendo mezcla y estaba ganando buena plata, pero ya mi familia me veía muy flaco porque estaba consumiendo mucho ese bazuco y esa marihuana”.</p>	<p>aliviado para cualquier trabajo, yo no soy invalido ni nada”.</p> <p>¿Desea usted tener/mantener un trabajo? ¿Por qué?</p> <p>“Sí, yo deseo tener un trabajo”.</p> <p>¿Es importante para usted tener un trabajo en este momento?</p> <p>“Sí, es importante”.</p>	<p>¿De qué manera influye usted para que su familiar tenga o no tenga un trabajo o considera que eso solo depende de él/ella?</p> <p>¿Por qué?</p> <p>“es difícil porque el no tiene disposición, para nada”</p> <p>¿Considera que su familiar está en la capacidad de laborar?</p> <p>¿Por qué?</p> <p>“no tiene la capacidad de trabajar, si cambiara de pronto si pero ahora no porque sale y vuelve a coger la calle”</p>
---	--	--	---

<p>meses porque eso es lo que quiere la familia, porque Siloé es muy caliente y es muy peligrosa en la noche, acá estoy más seguro”.</p>			
<p>Juan Esteban Cifuentes Yela</p> <p>¿Cuenta usted con un trabajo actualmente?</p> <p>“No”</p> <p>¿Contaba con un trabajo antes de su diagnóstico?</p> <p>“Si antes de la cárcel, pues estuve en el ejército”</p> <p>¿Considera usted que es más difícil</p>	<p>Juan Esteban Cifuentes Yela</p> <p>¿Ha tenido condiciones especiales o diferentes en su trabajo?</p> <p>“No me lo negaban”</p> <p>¿Considera importante tener un trabajo en este momento de su vida?</p> <p>“sí, me gustaría para entretenerme”</p>	<p>Juan Esteban Cifuentes Yela</p> <p>¿Considera que tiene todas las capacidades necesarias para tener un trabajo?</p> <p>“Si, eso es bueno me distrae”</p> <p>¿Desea usted tener/mantener un trabajo? ¿Por qué?</p> <p>“Si”</p>	<p>Maria Fernanda Cifuentes Yela</p> <p>¿Considera importante que su familiar tenga un trabajo?</p> <p>“Si la verdad si porque el tema de tenerlo ocupado no le da cabida a pensar otras cosas”</p> <p>¿De qué manera influye usted para que su familiar tenga o no tenga un trabajo o considera que eso solo depende de él/ella? ¿Por qué?</p>

<p>encontrar un trabajo para una persona diagnosticada con esquizofrenia? ¿Por qué?</p> <p>“Antes me pasaba, Salí de la cárcel y yo no decía mi diagnóstico, pero se dieron cuenta y decían que estaba loco”</p>	<p>¿Se ha presentado a entrevistas laborales el último año? ¿Cuál ha sido la respuesta?</p> <p>“Si me presente”</p>	<p>¿Es importante para usted tener un trabajo en este momento?</p> <p>“Si, por distraerme”</p>	<p>“Digamos que realmente solo dependería de el solo le podría dar el impulso, pero sostener el empleo solo depende de él, por su desempeño y comportamiento”</p> <p>¿Considera que su familiar está en la capacidad de laborar?</p> <p>¿Por qué?</p> <p>“Si”</p>
---	--	---	---

Anexo J. Matriz de organización de la información – Objetivo 2, Categoría 2

Categoría 2: Acceso de personas con esquizofrenia a espacios de ocio.				
Percepción de la familia frente al ocio (Familiar)	Percepción de la familia frente al comportamiento con relación a los espacios de ocio (Familiar)	Relaciones interpersonales (Persona)	Percepción de los espacios de ocio (Persona)	Interés por participar en espacios de ocio (Persona)
<p>Maria Consuelo Valencia Ledesma</p> <p>¿Qué es para usted los espacios de ocio? (Explicar que son los espacios de ocio)</p> <p>“Cosas para entretenerse”.</p>	<p>Maria Consuelo Valencia Ledesma</p> <p>¿De qué manera se relaciona su familiar con otras personas?</p> <p>“Bien, la quieren mucho los conocidos porque ella es muy formal”.</p>	<p>Erika Henao Valencia</p> <p>¿De qué manera se relaciona con otras personas?</p> <p>“Me relaciono con mi hermana”.</p> <p>¿Disfruta usted compartir con otras personas?</p> <p>“Charlar me gusta sí... escuchar</p>	<p>Erika Henao Valencia</p> <p>¿Qué es para usted espacios de ocio o recreacionales?</p> <p>(Explicar que son los espacios de ocio)</p> <p>“No sé...escuchar música, ver a mi hermana bailar, eso me hace reír”.</p>	<p>Erika Henao Valencia</p> <p>¿Participa usted de espacios recreacionales con otras personas?</p> <p>“Con mis hermanas”.</p> <p>¿Disfruta usted los espacios recreacionales?</p> <p>“Sí, a mí me gusta</p>

<p>¿Piensa que estos espacios son beneficiosos para la salud mental de su familiar o piensa que no aportan de ninguna manera? ¿Por qué?</p> <p>“Ay lo que yo le diga si no sé, a uno se le pasa el tiempo, pero no sé si es bueno o no, pero uno se distrae”.</p>	<p>¿Disfruta su familiar compartir con otras personas?</p> <p>“Sólo disfruta de compartir con la familia no con otras personas”.</p> <p>¿De qué manera influye usted para que su familiar participe de los espacios de ocio?</p> <p>“Ella es independiente, ve sus cosas y hace sus cosas, no la molesto”.</p> <p>¿Considera importante su</p>	<p>música con mi hermana”.</p> <p>¿A parte de su familia quien o quienes son las personas con las que más comparte?</p> <p>“No, solamente con mi hermana que yo la voy a visitar”.</p>	<p>¿Piensa que estos espacios son beneficiosos para su salud mental o piensa que no aportan de ninguna manera? ¿Por qué?</p> <p>“Pues no sé la verdad”.</p>	<p>hacer los talleres y verme con mi hermana”.</p> <p>¿Con que frecuencia participa de espacios recreacionales?</p> <p>“Esos talleres con buena frecuencia y me gusta ir dónde mi hermana por ahí 3 veces por semana, a mí me gusta salir”.</p> <p>¿Le interesa participar de espacios recreacionales?</p> <p>“Sí”.</p>
--	---	---	--	---

	<p>influencia para que su familiar participe de espacios de ocio o considera que eso solo depende de él?</p> <p>“Eso ya depende es de ella, si ella quiere participar”.</p> <p>¿Influye usted para que su familiar se relacione con otros?</p> <p>“No, yo a ella no le digo que se relacione con alguien más”.</p> <p>¿Influye usted para que su</p>			<p>¿cuáles espacios recreacionales disfruta? ¿Cuáles no?</p> <p>“No me gusta lavar la loza, me gusta salir con mi hermana, a acompañarla y a comer helado”.</p>
--	---	--	--	--

	<p>familiar participe en espacios recreacionales?</p> <p>“No, ella es independiente”.</p> <p>¿Planea usted espacios recreacionales para que su familiar pueda participar?</p> <p>“No”.</p>			
<p>Claudia Fernanda Cardozo Pinto</p> <p>¿Qué es para usted los espacios de ocio?</p>	<p>Claudia Fernanda Cardozo Pinto</p> <p>¿De qué manera se relaciona su familiar con otras personas?</p> <p>“A veces con las</p>	<p>Kevin Alzate Cardozo</p> <p>¿De qué manera se relaciona con otras personas?</p> <p>“Pues antes, cuando consumía</p>	<p>Kevin Alzate Cardozo</p> <p>¿Qué es para usted espacios de ocio o recreacionales?</p> <p>(Explicar que son</p>	<p>Kevin Alzate Cardozo</p> <p>¿Participa usted de espacios recreacionales con otras personas?</p> <p>“Con los</p>

<p>(Explicar que son los espacios de ocio)</p> <p>“Uhum (No)”.</p> <p>¿Piensa que estos espacios son beneficiosos para la salud mental de su familiar o piensa que no aportan de ninguna manera? ¿Por qué?,</p> <p>“Si claro y se relacione”.</p>	<p>vendedoras pero nada más.”.</p> <p>¿Disfruta su familiar compartir con otras personas?</p> <p>“No, no habla con nadie”.</p> <p>¿De qué manera influye usted para que su familiar participe de los espacios de ocio?</p> <p>“Pues yo le digo que hagamos cosas, pero no es muy aislado como el papá”.</p> <p>¿Considera importante su</p>	<p>drogas (cocaína y marihuana) tenía más amigos, era más sociable, pero ahora sólo me relaciono con mi familia y los trabajadores de aquí”.</p> <p>¿Disfruta usted compartir con otras personas?</p> <p>“Sí, a veces nos poníamos a charlar los trabajadores y yo cuando no teníamos clientes, hasta me invitaban a salir a comer y así”.</p>	<p>los espacios de ocio)</p> <p>“A mí me gusta sentarme a componer canciones porque me entretiene, hablar con Dios y cantar, a veces dibujo”.</p> <p>¿Piensa que estos espacios son beneficiosos para su salud mental o piensa que no aportan de ninguna manera? ¿Por qué?</p> <p>“Demasiado, me ayuda mucho hablar con Dios, cuando no me</p>	<p>trabajadores yo salía a comer y así, sino que a veces se ponían a tomar y eso no es bueno para mí, no me ayuda</p> <p>¿Disfruta usted los espacios recreacionales?</p> <p>“Sí, yo me amaño, a mis papás les gusta viajar y yo voy con ellos”.</p> <p>¿Con que frecuencia participa de espacios recreacionales?</p> <p>“El año pasado tuvimos con mis papás un viaje al</p>
---	--	---	--	---

	<p>influencia para que su familiar participe de espacios de ocio o considera que eso solo depende de él?</p> <p>“Por más que le digo el no sale del su encierro”.</p> <p>¿Influye usted para que su familiar se relacione con otros?</p> <p>“Yo le hablo pero no hace nada”.</p> <p>¿Influye usted para que su familiar participe en espacios</p>	<p>¿A parte de su familia quien o quienes son las personas con las que más comparte?</p> <p>“Aparte de ellos... con los trabajadores, los empleados, con ellos salía”.</p>	<p>siento bien, hablo con Dios o le escribo alabanzas y las canto”.</p>	<p>Amazonas y aparte de eso pues cuando salía con los trabajadores de aquí”.</p> <p>¿Le interesa participar de espacios recreacionales?</p> <p>“Sí, a mí me gusta salir”.</p> <p>¿cuáles espacios recreacionales disfruta? ¿Cuáles no?</p> <p>“Me gusta mucho salir con los trabajadores, pero que no disfrute de alguno... no</p>
--	--	---	---	--

	<p>recreacionales?</p> <p>“No va”.</p> <p>¿Planea usted espacios recreacionales para que su familiar pueda participar?.</p> <p>“Si, vemos películas y lo invito a la calle”.</p>			ninguno”.
<p>Jesús Antonio Girón Vera</p> <p>¿Qué es para usted los espacios de ocio? (Explicar que son los espacios</p>	<p>Jesús Antonio Girón Vera</p> <p>¿De qué manera se relaciona su familiar con otras personas?</p> <p>“Por teléfono, hablando muy poco</p>	<p>Jesús Miguel Girón Rengifo</p> <p>¿De qué manera se relaciona con otras personas?</p> <p>“No yo casi no hablo con nadie solo con la</p>	<p>Jesús Miguel Girón Rengifo</p> <p>¿Qué es para usted espacios de ocio o recreacionales? (Explicar que son los espacios de ocio)</p>	<p>Jesús Miguel Girón Rengifo</p> <p>¿Participa usted de espacios recreacionales con otras personas?</p> <p>“No, antes en hospital día participaba, pero</p>

<p>de ocio)</p> <p>“No hacer nada”</p> <p>¿Piensa que estos espacios son beneficiosos para la salud mental de su familiar o piensa que no aportan de ninguna manera? ¿Por qué?</p> <p>“Si son beneficiosos para el que mantiene acostado o encerrado sería muy beneficioso”</p>	<p>porque hay días que no habla y cuando esta depresivo no quiere nada es mejor dejarlo quieto no tratarlo porque se altera”</p> <p>¿Disfruta su familiar compartir con otras personas?</p> <p>¿De qué manera influye usted para que su familiar participe de los espacios de ocio?</p> <p>“A veces es difícil porque a veces no le gusta nada”</p>	<p>familia, mis tíos me llaman, pero se corta la conversación porque no sé qué más decirles”</p> <p>¿Disfruta usted compartir con otras personas?</p> <p>“No hace mucho que no lo hago entonces no, me dan ganas de retirarme y de estar aislado”</p> <p>¿A parte de su familia quien o quienes son las personas con las que más comparte?</p>	<p>“Cuando estoy con mis niños, o salir con ellos al parque aunque casi no me gusta en los momentos que lo he hecho me he sentido bien”</p> <p>¿Piensa que estos espacios son beneficiosos para su salud mental o piensa que no aportan de ninguna manera? ¿Por qué?</p> <p>“Si son beneficiosos porque me sirven para distraerme, pero también a veces me siento</p>	<p>hace 5 meses no lo hago”</p> <p>¿Disfruta usted los espacios recreacionales?</p> <p>“No casi no”</p> <p>¿Con que frecuencia participa de espacios recreacionales?</p> <p>“Cada 8 días cuando no había la pandemia en hospital día, pero en este momento no estoy participando no era de mi agrado pero de todas maneras lo hacía</p>
---	---	--	--	---

	<p>¿Considera importante su influencia para que su familiar participe de espacios de ocio o considera que eso solo depende de él?</p> <p>“Si depende de él porque uno le puede de hablar porque no lo hace y así lo obliguemos no lo hace y nos gustaría que participe, pero a veces es difícil”</p> <p>¿Influye usted para que su familiar se relacione con</p>	<p>“Con nadie más desde hace un año y medio solo con mi familia”</p>	<p>mal porque es contra eso que lucho la laguna que tengo en mi mente”</p>	<p>ahora casi no me gusta interactuar”</p> <p>¿Le interesa participar de espacios recreacionales?</p> <p>“En el momento no, más adelante de pronto en el momento estoy tratando de relacionarme más con mis niños y mi mama para ir relacionándome más con otros”</p> <p>¿cuáles espacios recreacionales disfruta? ¿Cuáles no?</p> <p>“Ninguno, a veces</p>
--	--	--	--	---

	<p>otros?</p> <p>“Si señora”</p> <p>¿Influye usted para que su familiar participe en espacios recreacionales?</p> <p>“Si señora”</p> <p>¿Planea usted espacios recreacionales para que su familiar pueda participar?</p> <p>“Si señora”</p>			<p>cuando estábamos allá en el hospital día en la actividades como las manualidades que me gustaban”</p>
<p>José Alberto Cuellar Botina</p>	<p>José Alberto Cuellar Botina</p>	<p>Manuel Francisco Cuellar Soto</p>	<p>Manuel Francisco Cuellar Soto</p>	<p>Manuel Francisco Cuellar Soto</p>

<p>¿Qué es para usted los espacios de ocio? (Explicar que son los espacios de ocio)</p> <p>“Pues los espacios de ocio yo creo que son los espacios que tienen que ver con entretenimiento y algunos pues los conjugan de pronto hasta con el licor o de pronto con juegos, es decir son como esos espacios de entretenerse uno</p>	<p>¿De qué manera se relaciona su familiar con otras personas?</p> <p>“Pues yo considero que muy bien porque él es una persona muy amable, muy cordial él es decir estando en una crisis tal vez trata mal alguna a persona pero inclusive cuando retoma su estado normal tiene la capacidad de ir y hablar con la persona y disculparse es decir hasta pide disculpas pues</p>	<p>¿De qué manera se relaciona con otras personas?</p> <p>“Bien pues porque soy un hombre muy educado para hablar y tengo muchos modales y mantengo buena relación con las personas que trabajo o estudio”</p> <p>¿Disfruta usted compartir con otras personas?</p> <p>“Si disfruto estar con otros”</p> <p>¿A parte de su familia quien o quienes son las</p>	<p>¿Qué es para usted espacios de ocio o recreacionales? (Explicar que son los espacios de ocio)</p> <p>“Espacios donde no se está trabajando o estudiando es tiempo libre”</p> <p>¿Piensa que estos espacios son beneficiosos para su salud mental o piensa que no aportan de ninguna manera? ¿Por qué?</p> <p>“Si son beneficiosos, porque son</p>	<p>¿Participa usted de espacios recreacionales con otras personas?</p> <p>“Si porque soy futbolista y cuando no estoy entrenando en alguna escuela estoy entrenando a los niños y estoy entrenando en gimnasio entonces si me gusta mucho el deporte, me gusta salir a comer con mis amigas que tengo o a pasear cuando estoy trabajando muy poco cuando no entonces más frecuente.”</p>
--	--	---	--	---

<p>y tener otra situación de vía porque a veces uno como es lógico pues desde que uno comienza a tener obligación se dedica es a su trabajo y a su obligación y pare de contar y de pronto descuida mucho esos espacios que el cual hacen parte de la vida cotidiana y del ser humano.”</p> <p>¿Piensa que estos espacios son beneficiosos</p>	<p>entonces uno dice el en medio de su problema pues también razona y se da cuenta de lo que hizo entonces uno dice tan raro y esa enfermedad lo que he leído esas son manifestaciones que creo que son dentro de lo normal de un paciente de estos.”</p> <p>¿Disfruta su familiar compartir con otras personas?</p> <p>“Si claro, eso es lo que yo he podido apreciar digamos</p>	<p>personas con las que más comparte?</p> <p>“Cuando estoy trabajando con la gente del trabajo o con la gente del estudio antes salía mucho a la calle, pero ahora casi no me gusta mantengo es en la casa si no es trabajando es en la casa, ya uno cambia son etapas que va dejando.”</p>	<p>momentos de reposos o de descanso”</p>	<p>¿Disfruta usted los espacios recreacionales?</p> <p>“Si los disfruto”</p> <p>¿Con que frecuencia participa de espacios recreacionales?</p> <p>“Cuando estoy trabajando muy poco y cuando no si lo hago con más frecuencia.”</p> <p>¿Le interesa participar de espacios recreacionales?</p> <p>“Si”</p>
---	---	--	---	--

<p>para la salud mental de su familia o piensa que no aportan de ninguna manera? ¿Por qué?</p> <p>“Si claro porque uno lo siente a él en otro ambiente cuando está desarrollando alguna labor de esas se siente importante porque además eso le está generando un recurso también para tener sus cosas, sus gastos</p>	<p>en lo que he estado al lado de él pues porque siempre he tratado de estar al lado de él y más cuando tenemos compromisos de trabajo,</p> <p>fundamental y mantengo muy pendiente cuando por ejemplo llevamos casi dos años y más ahora con la pandemia hemos tenido dificultad para contrataciones y todo esto se ha venido aplazando, el mantiene diciendo papá necesito trabajar el</p>			<p>¿cuáles espacios recreacionales disfruta? ¿Cuáles no?</p> <p>“Me gusta salir a comer con mis amigas o a pasear.”</p>
---	--	--	--	--

<p>porque también él no ha sido una persona que se enferma y no puede hacer nada no él es una persona que usted lo ve y aparentemente lo ve muy normal, la gente inclusive hay mucha gente que piensa que él no tiene una dificultad por ejemplo pero igual, nosotros que la hemos compartido su vida con él pues si sabemos de dos crisis que le han dado que nos</p>	<p>mantiene muy atento en ese sentido porque él quiere hacerse sentir que él puede hacer las cosas a pesar de sus limitaciones y me hablaba la doctora que es un buen síntoma ya que él no se ha aislado ni mantiene encerrado entonces eso es importante porque el todavía siente que está en capacidad de hacer cosas.”</p> <p>¿De qué manera influye usted para que su familiar</p>			
--	---	--	--	--

<p>ha tocado que llevarlo a la clínica para tratamiento y todo.”</p>	<p>participe de los espacios de ocio?”.</p> <p>“Yo lo invito, con el hermano a jugar futbol o hacer deporte, o jugamos parques cosas así que a él le gusta”</p> <p>¿Considera importante su influencia para que su familiar participe de espacios de ocio o considera que eso solo depende de él?</p> <p>“claro para nosotros es importante igual para el por eso tratamos siempre</p>			
--	--	--	--	--

	<p>de estar en comunicación”</p> <p>¿Influye usted para que su familiar se relacione con otros?</p> <p>“si claro, igual él nunca se ha aislado siempre ha sido amable con todos”</p> <p>¿Influye usted para que su familiar participe en espacios recreacionales?</p> <p>“si nosotros lo invitamos a las celebraciones de la familia y él va”</p>			
--	---	--	--	--

	<p>¿Planea usted espacios recreacionales para que su familiar pueda participar?</p> <p>“Si, más compartimos pues como le comento él se ha capacitado en deporte el inclusive hizo diplomados en la casa del deporte entonces siempre me invitaba a jugar futbol o a caminar le gusta mucho compartir y más en lo que él sabe hacer.”</p>			
--	---	--	--	--

<p>Maria Clemencia Hurtado Cardona</p> <p>¿Qué es para usted los espacios de ocio? (Explicar que son los espacios de ocio)</p> <p>“salir a un parque, o ir a pasear”</p> <p>¿Piensa que estos espacios son beneficiosos para la salud mental de su familiar o piensa que no</p>	<p>Maria Clemencia Hurtado Cardona</p> <p>¿De qué manera se relaciona su familiar con otras personas?</p> <p>“él le gusta mucho conversar”</p> <p>¿Disfruta su familiar compartir con otras personas?</p> <p>“si es muy amigüero”</p> <p>¿De qué manera influye usted para que su familiar participe de los espacios de ocio?”.</p>	<p>Luis Fernando Gonzales Hurtado</p> <p>¿De qué manera se relaciona con otras personas?</p> <p>“Ah bien, yo los saludo a las personas, yo les digo que cómo están, buenos días, buenas tardes, a veces charlo con ellos, cuando uno vive en su barrio es bueno llevarse bien con los vecinos porque uno vive con ellos”.</p>	<p>Luis Fernando Gonzales Hurtado</p> <p>¿Qué es para usted espacios de ocio o recreacionales? (Explicar que son los espacios de ocio)</p> <p>“Yo disfruto de charlar con mi hermano en la tienda, y nos sentamos a ver televisión y él me dice que no le gusta verme con ese vicio y mi otro hermano de la heladería también me lleva a comer</p>	<p>Luis Fernando Gonzales Hurtado</p> <p>¿Participa usted de espacios recreacionales con otras personas?</p> <p>“Mi hermano el de la heladería me dijo que bajara todos los días a ver jugar a los muchachos y en las noches ya me iba a dormir al de la tienda de mi otro hermano”.</p> <p>¿Disfruta usted los espacios recreacionales?</p> <p>“A mí me gusta verlos jugar mientras me como</p>
--	--	--	---	---

<p>aportan de ninguna manera? ¿Por qué?, “si yo creo que si lo distrae, el problema es que el no piensa en eso”</p>	<p>“si pues ir a un parque o conversar”</p> <p>¿Considera importante su influencia para que su familiar participe de espacios de ocio o considera que eso solo depende de él?</p> <p>“si nosotros lo hacemos”</p> <p>¿Influye usted para que su familiar se relacione con otros?</p> <p>“si claro”</p>	<p>¿Disfruta usted compartir con otras personas?</p> <p>“Sí, disfruto de compartir con otras personas, en el barrio donde yo vivía (Siloé) en la parte alta, en la nave donde mi hermano en la heladería a mí me gusta ir donde él”</p> <p>¿A parte de su familia quien o quienes son las personas con las que más comparte?</p> <p>“Aparte de mi hermano pues con mi hermana</p>	<p>allá”.</p> <p>¿Piensa que estos espacios son beneficiosos para su salud mental o piensa que no aportan de ninguna manera? ¿Por qué?</p> <p>“Yo veo a todos esos muchachos en la heladería jugando y me quedo viéndolos jugar a los muchachos y él también me dice que me quede en la heladería porque no quiere verme fumando vicio”.</p>	<p>un helado o hablo con mi hermano, porque allá puedo estar tranquilo y puedo comer “.</p> <p>¿Con que frecuencia participa de espacios recreacionales?</p> <p>“Ah, yo todos los días, porque yo vivía en la tienda de arriba y mi hermano el de la heladería me llamaba todos los días para verlos jugar y almorzar”.</p> <p>¿Le interesa participar de espacios</p>
--	--	---	---	--

	<p>¿Influye usted para que su familiar participe en espacios recreacionales?</p> <p>“si lo sacamos a pasear”</p> <p>¿Planea usted espacios recreacionales para que su familiar pueda participar?.</p> <p>“si a veces ahora no tanto pero de vez en cuando salimos”</p>	<p>porque ella tiene una tienda, venden de todo para la casa y para el colegio, y amigos así, del barrio que lo invitan a uno a jugar fútbol, a nadar a la piscina, amigos que han crecido con uno en el barrio”.</p>		<p>recreacionales?</p> <p>“También me gustaría jugar, pero a mí me gusta más es verlos”.</p> <p>¿cuáles espacios recreacionales disfruta? ¿Cuáles no?</p> <p>“A mí no me gusta estar en la calle pa arriba y pa abajo”.</p>
<p>Maria Fernanda Cifuentes Yela</p>	<p>Maria Fernanda Cifuentes Yela</p>	<p>Juan Esteban Cifuentes Yela</p>	<p>Juan Esteban Cifuentes Yela</p>	<p>Juan Esteban Cifuentes Yela</p>

<p>¿Qué es para usted los espacios de ocio? (Explicar que son los espacios de ocio)</p> <p>“Son espacios para hacer lo que más le gusta a uno”</p> <p>¿Piensa que estos espacios son beneficiosos para la salud mental de su familiar o piensa que no aportan de ninguna manera? ¿Por</p>	<p>¿De qué manera se relaciona su familiar con otras personas?</p> <p>“Cuando esta compensado yo diría que no tiene problemas para relacionarse con nadie pero cuando no todo se vuelve una pelea”</p> <p>¿Disfruta su familiar compartir con otras personas?</p> <p>“Si eso sí.”</p> <p>¿De qué manera influye usted para que su familiar participe de los espacios de ocio?</p>	<p>¿De qué manera se relaciona con otras personas?</p> <p>“Pues si me relaciono con mis compañeros”</p> <p>¿Disfruta usted compartir con otras personas?</p> <p>“Si afuera sí, pero aquí no a veces hay unos compañeros que hablan y todo, pero no me gusta”</p> <p>¿A parte de su familia quien o quienes son las personas con las que más</p>	<p>¿Qué es para usted espacios de ocio o recreacionales? (Explicar que son los espacios de ocio)</p> <p>“Ver los partidos del Cali”</p> <p>¿Piensa que estos espacios son beneficiosos para su salud mental o piensa que no aportan de ninguna manera? ¿Por qué?</p> <p>“Si porque yo no estoy loco, me gustaría borrar esa parte de mi vida”</p>	<p>¿Participa usted de espacios recreacionales con otras personas?</p> <p>“Si pero las personas que me gustan, yo soy de buen ambiente”</p> <p>¿Disfruta usted los espacios recreacionales?</p> <p>“Si, de muchos lugares”</p> <p>¿Con que frecuencia participa de espacios recreacionales?</p> <p>“hace rato que no”</p>
---	---	---	---	---

<p>qué?</p> <p>“Si claro lo ayudan a distraerse”</p>	<p>“Pues yo trataba de que saliéramos o invitarlo a hacer algo, pero el casi siempre se niega”</p> <p>¿Considera importante su influencia para que su familiar participe de espacios de ocio o considera que eso solo depende de él?</p> <p>“Eso si también depende de nosotros para que participe en esos espacios”</p> <p>¿Influye usted para que su</p>	<p>comparte?</p> <p>“Mis amigos”</p>	<p>¿Le interesa participar de espacios recreacionales?</p> <p>“si”</p> <p>¿cuáles espacios recreacionales disfruta? ¿Cuáles no?</p> <p>“Ir al estadio, y lo que no me gusta lavar ropa”</p>
---	--	---	---

	<p>familiar se relacione con otros?</p> <p>“Si claro”</p>			
	<p>¿Influye usted para que su familiar participe en espacios recreacionales?</p> <p>“Si”</p>			
	<p>¿Planea usted espacios recreacionales para que su familiar pueda participar?</p> <p>“Si, ahora ultimo casi no porque él no estaba adherente al tratamiento”</p>			

Anexo K. Matriz de organización de la información - Objetivo 3

<p>OB3: Conocer la participación de la familia en el desarrollo de habilidades sociales (comunicativas) para la incorporación social de 8 personas con esquizofrenia atendidas en la IPS Oportunidad de Vida.</p>				
<p>Caracterización de la comunicación (Persona)</p>	<p>Percepción de la comunicación (Persona)</p>	<p>Auto conocimiento de la comunicación (Persona)</p>	<p>Percepción de la familia frente a la comunicación (Familiar)</p>	<p>Rol de la familia (Familiar)</p>
<p>Erika Henao Valencia</p> <p>¿Tiene la capacidad de sonreír y reír? ¿Se le dificulta? “Sí y no se me dificulta”.</p> <p>¿Tiene la capacidad de saludar? ¿Se le</p>	<p>Erika Henao Valencia</p> <p>¿Es para usted importante estar en constante comunicación? “Sí, para mí es importante”.</p>	<p>Erika Henao Valencia</p> <p>¿A partir de las anteriores respuestas considera que la habilidad de comunicarse está fortalecida o debilitada en usted?</p>	<p>Maria Consuelo Valencia Ledesma</p> <p>¿Su familiar desarrolla las habilidades de comunicación? (sonreír, saludar, presentarse, favores, cortesía y amabilidad,</p>	<p>Maria Consuelo Valencia Ledesma</p> <p>¿De qué manera cree que puede aportar para el desarrollo de la comunicación de su familiar? “No sé cómo decirle porque cuando ella quiere</p>

<p>dificulta?</p> <p>“Sí y no se me dificulta”.</p> <p>¿Tiene la capacidad de presentarse?</p> <p>¿Se le dificulta?</p> <p>“Sí, se me dificulta”.</p> <p>¿Tiene la capacidad de hacer y pedir favores? ¿Se le dificulta?</p> <p>“Sí, de hacerlos y pedirlos, no se me dificulta”.</p> <p>¿Tiene la capacidad de ser cortés y</p>		<p>“Se me dificulta”.</p> <p>¿Considera que puede mejorar la comunicación i piensa que está desarrollándola bien?</p> <p>“Bien, así está bien como está”.</p>	<p>iniciar conversaciones, mantener conversaciones, terminar conversaciones, unirse a conversaciones, participar de conversaciones grupales)</p> <p>“Ella es muy callada, casi no conversa”.</p> <p>¿Cree que su familiar está desarrollando de manera completa la comunicación?</p> <p>“No”.</p>	<p>hablar o necesita algo me busca”.</p> <p>¿Genera espacios de conversación con su familiar?</p> <p>“Yo sí, yo la busco, pero ella no”.</p> <p>¿Indaga por conocer el estado de ánimo de su familiar?</p> <p>“Yo le pregunto si le duele algo o cómo se siente”.</p> <p>¿Genera espacios donde su familiar pueda comunicarse con otros?</p> <p>“Yo a veces me</p>
---	--	--	---	---

<p>amable? ¿Se le dificulta?</p> <p>Sí, no se me dificulta”.</p>				<p>pongo a preguntarle y a buscarla, pero ya ella se va enojando, se irrita”.</p>
<p>¿Tiene la capacidad de iniciar conversaciones?</p> <p>¿Se le dificulta?</p> <p>“Sí, no se me dificulta”.</p>				<p>¿Cuál es su respuesta cuando su familiar no quiere hablar sobre sus emociones?</p> <p>“Yo dejo que se le pase, no le hablo del tema”.</p>
<p>¿Tiene la capacidad de mantener conversaciones?</p> <p>¿Se le dificulta?</p> <p>“Sí, no se me dificulta”.</p>				<p>¿Cuál es su respuesta cuando su familiar no se quiere relacionar con otro?</p> <p>“Yo no le digo nada”.</p>
<p>¿Tiene la capacidad de</p>				

<p>terminar conversaciones?</p> <p>¿Se le dificulta?</p> <p>“Sí, no se me dificulta”.</p> <p>¿Tiene la capacidad de unirse a conversaciones?</p> <p>¿Se le dificulta?</p> <p>“Sí, a mí no me da pena, no se me dificulta”.</p> <p>¿Tiene la capacidad se hacer parte de conversaciones de grupo? ¿Se le dificulta?</p> <p>“Sí, me gustan,</p>				
--	--	--	--	--

no me da pena ni se me dificulta”.				
<p>Kevin Alzate Cardozo</p> <p>¿Tiene la capacidad de sonreír y reis? ¿Se le dificulta?</p> <p>“Sí, yo me río con ellos (los empleados) y con mi familia”.</p> <p>¿Tiene la capacidad de saludar? ¿Se le dificulta?</p> <p>“Sí, yo saludo a todos, no tengo problema”</p>	<p>Kevin Alzate Cardozo</p> <p>¿Es para usted importante estar en constante comunicación?</p> <p>“No, para mí no, si tengo algo que decir lo digo, pero no estoy hablando todo el tiempo”.</p>	<p>Kevin Alzate Cardozo</p> <p>¿A partir de las anteriores respuestas considera que la habilidad de comunicarse está fortalecida o debilitada en usted?</p> <p>“Yo pienso que, está más fortalecida que debilitada”.</p> <p>¿Considera que puede mejorar la comunicación i</p>	<p>Claudia Fernanda Cardozo Pinto</p> <p>¿Su familiar desarrolla las habilidades de comunicación? (sonreír, saludar, presentarse, favores, cortesía y amabilidad, iniciar conversaciones, mantener conversaciones, terminar conversaciones, unirse a conversaciones,</p>	<p>Claudia Fernanda Cardozo Pinto</p> <p>¿De qué manera cree que puede aportar para el desarrollo de la comunicación de su familiar?</p> <p>“Noo... y como si yo también mantengo sola y triste”</p> <p>¿Genera espacios de conversación con su familiar?</p> <p>“Mas que todo con los amigos porque acá en la casa muy</p>

<p>¿Tiene la capacidad de presentarse?</p> <p>¿Se le dificulta?</p> <p>“Sí, yo no tengo problemas con eso”.</p> <p>¿Tiene la capacidad de hacer y pedir favores? ¿Se le dificulta?</p> <p>“Yo casi no pido favores, pero sí tengo la capacidad y de hacerlos, también, no tengo problema”.</p>		<p>piensa que está desarrollándola bien?</p> <p>“Creo que puedo hablar más, eso me ayudaría a mejorar la comunicación, pero creo que estoy haciéndolo bien”.</p>	<p>participar de conversaciones grupales)</p> <p>“A el se le nota la mirada muy triste, si es muy saludable con todo el mundo. El no pide favores. Si es muy amable si usted le habla. Solo habla mucho si es de Dios, pero es muy cortante”.</p> <p>¿Cree que su familiar está desarrollando de manera completa la comunicación?</p>	<p>poco.”.</p> <p>¿Indaga por conocer el estado de ánimo de su familiar?</p> <p>“Yo le pregunto qué le pasa y él dice que nada que quiere estar con Dios”.</p> <p>¿Genera espacios donde su familiar pueda comunicarse con otros?</p> <p>“Sí”.</p> <p>¿Cuál es su respuesta cuando su familiar no quiere hablar sobre sus</p>
---	--	---	---	--

<p>¿Tiene la capacidad de ser cortés y amable? ¿Se le dificulta?</p> <p>“Sí, yo soy muy respetuoso, me comporto bien”.</p>			<p>“No”.</p>	<p>emociones?</p> <p>“ME quedo callada, yo solo le digo que el solo sale del encierro usted mismo le digo yo ¿no? A veces se me vienen las lágrimas y me quedo ahí orando”.</p>
<p>¿Tiene la capacidad de iniciar conversaciones? ¿Se le dificulta?</p> <p>“No tanto, yo soy más de que me hablen”.</p>				<p>¿Cuál es su respuesta cuando su familiar no se quiere relacionar con otro?</p> <p>“Le insisto pero el no se ayuda, no entiende”.</p>
<p>¿Tiene la capacidad de mantener conversaciones? ¿Se le dificulta?</p>				

<p>“Pues a veces, porque a veces me distraigo o pierdo el interés, entonces empiezo a hablar menos”.</p> <p>¿Tiene la capacidad de terminar conversaciones?</p> <p>¿Se le dificulta?</p> <p>“Sí, si tengo algo que hacer, le pido que me disculpe a la persona, no tengo problemas”.</p> <p>¿Tiene la capacidad de</p>				
---	--	--	--	--

<p>unirse a conversaciones?</p> <p>¿Se le dificulta?</p> <p>“Si ya hay un grupo de personas hablando, no tanto, me dá algo de pena, pero si me invitan a unirme, me uno sin problemas”.</p> <p>¿Tiene la capacidad se hacer parte de conversaciones de grupo? ¿Se le dificulta?</p> <p>“Sí”.</p>				
<p>Jesús Miguel Girón Rengifo</p>	<p>Jesús Miguel Girón Rengifo</p>	<p>Jesús Miguel Girón Rengifo</p>	<p>Jesús Antonio Girón Vera</p>	<p>Jesús Antonio Girón Vera</p>

<p>¿Tiene la capacidad de sonreír y reír? ¿Se le dificulta?</p> <p>“Reír, si, si veo algo chistoso o me cuentan algo si sonrió”</p>	<p>¿Es para usted importante estar en constante comunicación?</p> <p>“Yo mantengo solo a mi viene a conversarme mis padres y mis niños, para mi es importante la comunicación, pero se me dificulta”</p>	<p>¿A partir de las anteriores respuestas considera que la habilidad de comunicarse está fortalecida o debilitada en usted?</p> <p>“Debilitada”</p>	<p>¿Su familiar desarrolla las habilidades de comunicación? (sonreír, saludar, presentarse, favores, cortesía y amabilidad, iniciar conversaciones, mantener conversaciones, terminar conversaciones, unirse a conversaciones, participar de conversaciones grupales)</p> <p>“Por lo regular no, casi no muy poco es muy</p>	<p>¿De qué manera cree que puede aportar para el desarrollo de la comunicación de su familiar?</p> <p>“Yo no le encuentro, ya que viene el hermano a hablar a invitarlo a hacer algo y a él no casi no le gusta”</p>
<p>¿Tiene la capacidad de saludar? ¿Se le dificulta?</p> <p>“Saludar también lo hago”</p>		<p>¿Considera que puede mejorar la comunicación i piensa que está desarrollándola bien?</p> <p>“Yo pienso que si puedo”</p>		<p>¿Genera espacios de conversación con su familiar?</p> <p>“Si”</p>
<p>¿Tiene la capacidad de presentarse? ¿Se le dificulta?</p> <p>“También tengo la capacidad de</p>				<p>¿Indaga por conocer el estado de ánimo de su familiar?</p> <p>“Claro por una</p>

<p>presentarme”</p> <p>¿Tiene la capacidad de hacer y pedir favores? ¿Se le dificulta?</p> <p>“A veces se me dificulta un poco lo de hacer favores”</p> <p>¿Tiene la capacidad de ser cortés y amable? ¿Se le dificulta?</p> <p>“Sí”</p> <p>¿Tiene la capacidad de iniciar conversaciones?</p>			<p>callado el no trata permanece solo en su habitación”</p> <p>¿Cree que su familiar está desarrollando de manera completa la comunicación?</p> <p>“No.”</p>	<p>forma y otra pero no logramos en muchas ocasiones”</p> <p>¿Genera espacios donde su familiar pueda comunicarse con otros?</p> <p>“Si señora”</p> <p>¿Cuál es su respuesta cuando su familiar no quiere hablar sobre sus emociones?</p> <p>“A él no se le puede obligar a nada, porque no se le puede insistir o se pone furioso”</p>
---	--	--	---	---

<p>¿Se le dificulta?</p> <p>“Se me dificulta casi no me gusta hablar</p>				<p>¿Cuál es su respuesta cuando su familiar no se quiere relacionar con otro?</p>
<p>¿Tiene la capacidad de mantener conversaciones?</p>				<p>“Dejarlo quieto y tranquilo no obligarlo”</p>
<p>¿Se le dificulta?</p> <p>“En el momento no se me dificulta”</p>				
<p>¿Tiene la capacidad de terminar conversaciones?</p>				
<p>¿Se le dificulta?</p> <p>“También Se me dificulta un</p>				

<p>poco”</p> <p>¿Tiene la capacidad de unirse a conversaciones?</p> <p>¿Se le dificulta?</p> <p>“No me gusta”</p> <p>¿Tiene la capacidad de hacer parte de conversaciones de grupo? ¿Se le dificulta?</p> <p>“Se me dificulta”</p>				
<p>Manuel Francisco Cuellar Soto</p> <p>¿Tiene la capacidad de sonreír y reír?</p>	<p>Manuel Francisco Cuellar Soto</p> <p>¿Es para usted importante estar en constante</p>	<p>Manuel Francisco Cuellar Soto</p> <p>¿A partir de las anteriores respuestas</p>	<p>José Alberto Cuellar Botina</p> <p>¿Su familiar desarrolla las habilidades de comunicación?</p>	<p>José Alberto Cuellar Botina</p> <p>¿De qué manera cree que puede aportar para el desarrollo de la</p>

<p>¿Se le dificulta?</p> <p>“Si término medio si sonreír, no soy tan risueño.</p> <p>¿Tiene la capacidad de saludar? ¿Se le dificulta?</p> <p>“Si yo tengo muchos modales yo saludo bien a todas las personas, porque cuando niño viví en el campo y uno se acostumbra a saludar a todo el mundo hasta el que no conoce.”</p>	<p>comunicación?</p> <p>“Si, con alguien que tenga un proyecto a fin de trabajo o estudio de resto no utilizo ni redes sociales no me gusta no tengo una comunicación constante no hablo con nadie”</p>	<p>considera que la habilidad de comunicarse está fortalecida o debilitada en usted?</p> <p>“Está bien, porque se me facilita comunicarme, pero no expresar sentimientos ni emociones, ya que hay personas que no tienen tacto para tratar a otras uno se abre mucho y como que se vuelve vulnerable.”</p>	<p>(sonreír, saludar, presentarse, favores, cortesía y amabilidad, iniciar conversaciones, mantener conversaciones, terminar conversaciones, unirse a conversaciones, participar de conversaciones grupales)</p> <p>“No bien Carlos Andrés como le comento el muestra una formalidad con la gente es muy de vez en cuando</p>	<p>comunicación de su familiar?</p> <p>“Si de parte y parte tratamos de ir hablar con el viene al cuarto de nosotros y se acuesta a ver televisión hablamos y nosotros aprovechamos para aconsejarlo que no deje de estarse tomando sus medicamentos que se acuerde que eso es importante ahora ultimo va a ser dos meses que tuvo la crisis, entonces le decimos que no queremos que vaya a repetir esos</p>
---	--	---	--	--

<p>¿Tiene la capacidad de presentarse?</p> <p>¿Se le dificulta?</p> <p>“Soy un hombre muy introvertido muy callado entonces no hago eso con mucha frecuencia”</p> <p>¿Tiene la capacidad de hacer y pedir favores? ¿Se le dificulta?</p> <p>“Hacer favores si me gusta pero pedir favores casi no me gusta porque uno tiene</p>		<p>¿Considera que puede mejorar la comunicación i piensa que está desarrollándola bien?</p> <p>“Si pienso que estoy desarrollándola bien.”</p>	<p>manifiesta que por ejemplo con una hermana de mi esposa que a veces se le ha metido como la idea no que esta gente no le gusta pero en su mismo pensamiento, pero de resto cuando ella llega él es primero que sale a saludar y pide la bendición yo considero que en la comunicación está bien porque él es muy amable como le cuento y con todo el mundo es así.”</p>	<p>episodios porque no tiene un control adecuado bajo sus medicamentos que tiene que estárselos tomando, le hemos hecho caer en cuenta que depende de él su tranquilidad y su estado normal que así él puede trabajar puede estudiar es decir le damos ánimo para que pues él se comprometa con cumplir con su medicamento”</p> <p>¿Genera espacios de conversación con su familiar?</p> <p>“si siempre se</p>
--	--	---	--	---

<p>que acostumbrarse a hacer las cosas por uno mismo.”</p> <p>¿Tiene la capacidad de ser cortés y amable? ¿Se le dificulta?</p> <p>“Si”</p> <p>¿Tiene la capacidad de iniciar conversaciones? ¿Se le dificulta?</p> <p>“Si tengo la capacidad”</p> <p>¿Tiene la capacidad de mantener</p>			<p>¿Cree que su familiar está desarrollando de manera completa la comunicación?</p> <p>“Si creo que si porque igual nosotros no hemos dejado de quererlo, por ejemplo cuando nosotros vemos que por alguna condición él está un poquito aislado no del todo porque el siempre y nosotros buscamos la manera de que el</p>	<p>generan esos espacios”</p> <p>¿Indaga por conocer el estado de ánimo de su familiar?</p> <p>“Si claro nos toca”</p> <p>¿Genera espacios donde su familiar pueda comunicarse con otros?</p> <p>“si él es muy amable y nunca ha tenido problema en hablar con nadie”</p> <p>¿Cuál es su respuesta cuando su familiar no quiere hablar</p>
--	--	--	--	---

<p>conversaciones?</p> <p>¿Se le dificulta?</p> <p>“Si lo puedo hacer bien.”</p> <p>¿Tiene la capacidad de terminar conversaciones?</p> <p>¿Se le dificulta?</p> <p>“Si.”</p> <p>¿Tiene la capacidad de unirse a conversaciones?</p> <p>¿Se le dificulta?</p> <p>“Se me dificulta, si no estoy citado en la conversación se me dificulta”</p>			<p>mantenga</p> <p>compartiendo con nosotros, salimos a almorzar”</p>	<p>sobre sus emociones?</p> <p>“Es como normal pero él nunca ha presentado nada como querer atentar contra su vida, más bien ha pasado por situaciones como hablar que su profesora les pidió algo que uno sabe que son cosas que no tienen nada de cierto cuando pasa eso sabemos que necesita su control de los medicamentos”</p> <p>¿Cuál es su respuesta cuando su familiar no se</p>
---	--	--	---	---

<p>¿Tiene la capacidad se hacer parte de conversaciones de grupo? ¿Se le dificulta?</p> <p>“Se me dificulta”</p>				<p>quiere relacionar con otro?</p> <p>“Por ejemplo ahora días que le comento lo del vigilante, él se torna a veces celoso entonces no le gusta que hablemos con él y él lo expresa y la última vez le hizo reclamo por hablar con la mama entonces son ideas que se le meten a la cabeza no es agresivo de ir a chocar sino más de palabra, inmediatamente uno le dice que no se imagine cosas entonces el cae en</p>
--	--	--	--	--

				<p>cuenta pero le molesta darse cuenta que es por la enfermedad, entonces hay que estar pendiente con el medicamento o llevarlo a la clínica.”</p>
<p>Luis Fernando Gonzales Hurtado</p> <p>¿Tiene la capacidad de sonreír y reis? ¿Se le dificulta?</p> <p>“Sí me siento en la capacidad de sonreír”.</p>	<p>Luis Fernando Gonzales Hurtado</p> <p>¿Es para usted importante estar en constante comunicación?</p> <p>“Sí, es importante porque es bueno para charlar con los amigos, saber</p>	<p>Luis Fernando Gonzales Hurtado</p> <p>¿A partir de las anteriores respuestas considera que la habilidad de comunicarse está fortalecida o debilitada en usted?</p>	<p>Maria Clemencia Hurtado Cardona</p> <p>¿Su familiar desarrolla las habilidades de comunicación?</p> <p>(sonreír, saludar, presentarse, favores, cortesía y amabilidad,</p>	<p>Maria Clemencia Hurtado Cardona</p> <p>¿De qué manera cree que puede aportar para el desarrollo de la comunicación de su familiar?</p> <p>“dedicarle más tiempo”</p>

<p>¿Tiene la capacidad de saludar? ¿Se le dificulta?</p> <p>“De saludar también, yo soy muy saludable, desde que abro la puerta de la casa digo buenos días, buenas tardes”</p>	<p>cómo están y eso”.</p>	<p>“Sí, está fortalecido”.</p> <p>¿Considera que puede mejorar la comunicación i piensa que está desarrollándola bien?</p> <p>“Sí, yo puedo mejorar, entre más tiempo esté aquí mejor, para mejora”.</p>	<p>iniciar conversaciones, mantener conversaciones, terminar conversaciones, unirse a conversaciones, participar de conversaciones grupales)</p> <p>“si él lo hace no tiene problema, él tiene sus tiempos”</p> <p>¿Cree que su familiar está desarrollando de manera completa la comunicación?</p> <p>“sí pues él se</p>	<p>¿Genera espacios de conversación con su familiar?</p> <p>“si nosotros hablamos con él y tampoco tiene problemas de hablar con nadie”</p> <p>¿Indaga por conocer el estado de ánimo de su familiar?</p> <p>“claro cuando voy a verlo siempre lo hago”</p>
<p>¿Tiene la capacidad de presentarse? ¿Se le dificulta?</p> <p>“Ah sí, también, mucho gusto yo soy Jose Arlex, sin problemas”</p>				<p>¿Genera espacios donde su familiar pueda comunicarse con otros?</p>

<p>¿Tiene la capacidad de hacer y pedir favores? ¿Se le dificulta?</p> <p>“Pedir favores no me gusta y de hacerlos pues si puedo sí los hago”.</p> <p>¿Tiene la capacidad de ser cortés y amable? ¿Se le dificulta?</p> <p>“Sí, amable, sí, a mí por allá me querían mucho, a mi mamá le decían que para qué me iban a traer por acá”</p>			<p>relaciona con todo el mundo”</p>	<p>“claro eso lo hacemos”</p> <p>¿Cuál es su respuesta cuando su familiar no quiere hablar sobre sus emociones?</p> <p>“yo lo dejo tranquilo”</p> <p>¿Cuál es su respuesta cuando su familiar no se quiere relacionar con otro?</p> <p>“pues solo lo dejamos quieto”</p>
---	--	--	-------------------------------------	--

<p>¿Tiene la capacidad de iniciar conversaciones?</p> <p>¿Se le dificulta?</p> <p>“Sí, de iniciarla sí soy capaz”.</p> <p>¿Tiene la capacidad de mantener conversaciones?</p> <p>¿Se le dificulta?</p> <p>“También, sí, de mantenerla, también”.</p> <p>¿Tiene la capacidad de terminar conversaciones?</p> <p>¿Se le dificulta?</p>				
--	--	--	--	--

<p>“Sí, hasta luego y me voy, ya no voy a hablar más”.</p> <p>¿Tiene la capacidad de unirse a conversaciones?</p> <p>¿Se le dificulta?</p> <p>“También, sí...”.</p> <p>¿Tiene la capacidad se hacer parte de conversaciones de grupo? ¿Se le dificulta?</p> <p>“Sí, yo cuando vivía en Siloé me juntaba con las galladas, tenía amigos y</p>				
---	--	--	--	--

ya después me iba para la casa”.				
<p>Juan Esteban Cifuentes Yela</p> <p>¿Tiene la capacidad de sonreír y reír? ¿Se le dificulta? “Si ante la buena experiencia”</p> <p>¿Tiene la capacidad de saludar? ¿Se le dificulta? “Si claro”</p> <p>¿Tiene la capacidad de presentarse? ¿Se le dificulta? “Si, no se me dificulta”</p>	<p>Juan Esteban Cifuentes Yela</p> <p>¿Es para usted importante estar en constante comunicación? “Si bastante”</p>	<p>Juan Esteban Cifuentes Yela</p> <p>¿A partir de las anteriores respuestas considera que la habilidad de comunicarse está fortalecida o debilitada en usted? “es fuerte por eso quiero comunicarme por mi familia”</p> <p>¿Considera que puede mejorar la comunicación o piensa que está</p>	<p>Maria Fernanda Cifuentes Yela</p> <p>¿Su familiar desarrolla las habilidades de comunicación? (sonreír, saludar, presentarse, favores, cortesía y amabilidad, iniciar conversaciones, mantener conversaciones, terminar conversaciones, unirse a conversaciones, participar de conversaciones</p>	<p>Maria Fernanda Cifuentes Yela</p> <p>¿De qué manera cree que puede aportar para el desarrollo de la comunicación de su familiar? “Siendo insistente que trate de hablar con otras personas, hablándole de las otras personas para que sienta impulso y confianza”</p> <p>¿Genera espacios de conversación con su familiar? “Si yo siempre lo hago pero el a veces</p>

<p>¿Tiene la capacidad de hacer y pedir favores? ¿Se le dificulta?</p> <p>“Si claro hacer y pedir”</p>		<p>desarrollándola bien?</p> <p>“La estoy desarrollando bien”</p>	<p>grupales)</p> <p>“Si, el tema de las conversaciones las inicia las sostiene, pero no las concluye y pierde el hilo fácilmente”</p>	<p>corta las conversaciones”</p> <p>¿Indaga por conocer el estado de ánimo de su familiar?</p> <p>“Si trato de siempre estar pendiente de el”</p>
<p>¿Tiene la capacidad de ser cortés y amable? ¿Se le dificulta?</p> <p>“Si, con todo el mundo”</p>			<p>¿Cree que su familiar está desarrollando de manera completa la comunicación?</p> <p>“No creo que a veces le falta”</p>	<p>¿Genera espacios donde su familiar pueda comunicarse con otros?</p> <p>“Ahora ultimo muy poco, por lo que está en un hotel y el tema es bastante complicado”</p>
<p>¿Tiene la capacidad de iniciar conversaciones? ¿Se le dificulta?</p>				

<p>“si, si estoy capacitado”</p> <p>¿Tiene la capacidad de mantener conversaciones?</p> <p>¿Se le dificulta?</p> <p>“Si no se me dificulta”</p> <p>¿Tiene la capacidad de terminar conversaciones?</p> <p>¿Se le dificulta?</p> <p>“se me dificultad”</p> <p>¿Tiene la capacidad de unirse a conversaciones?</p>				<p>¿Cuál es su respuesta cuando su familiar no quiere hablar sobre sus emociones?</p> <p>“No pasa nada, trato de dejarlo tranquilo”</p> <p>¿Cuál es su respuesta cuando su familiar no se quiere relacionar con otro?</p> <p>“Yo realmente respeto, pero si tiene una conducta grosera yo le llamo la atención”</p>
---	--	--	--	---

<p>¿Se le dificulta?</p> <p>“si, si son buenas”</p> <p>¿Tiene la capacidad se hacer parte de conversaciones de grupo? ¿Se le dificulta?</p> <p>“si a veces “</p>				
--	--	--	--	--