

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TESIS DE GRADO

**"Patología Familiar del Paciente Psiquiátrico
del Hospital Nacional Psiquiátrico
Santa Rosita."**

PRESENTADA POR LOS BACHILLERES EN CIENCIAS Y LETRAS

Marco Tulio Medina Hernández
Gustavo Adolfo Zepeda Maradiaga
Ricardo Antonio Redondo Licona

PREVIA OPCIÓN AL TÍTULO DE:

TEGUCIGALPA, D. C.

HONDURAS, C. A.

- 1 9 8 5 -

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
HONDURAS FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

TESIS DE GRADO

**"Patología Familiar del Paciente
Psiquiátrico
del Hospital Nacional Psiquiátrico
Santa Rosita."**

PRESENTADA POR LOS BACHILLERES EN CIENCIAS Y LETRAS

**Marco Tulio Medina Hernández
Gustavo Adolfo Zepeda Maradiaga
Ricardo Antonio Redondo Licona**

PREVIA OPCIÓN AL TÍTULO DE:

**Doctores en Medicina
y Cirugía**

TEGUCIGALPA, D. C.

HONDURAS, C. A.

- 1 9 8 5 -

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS

TESIS DE GRADO

"PATOLOGÍA FAMILIAR DEL PACIENTE
PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL NACIONAL
PSIQUIÁTRICO SANTA ROSITA"

PRESENTADA POR LOS BACHILLERES EN CIENCIAS Y LETRAS

MARCO TULIO MEDINA HERNÁNDEZ
GUSTAVO ADOLFO ZEPEDA MARADIAGA
RICARDO ANTONIO REDONDO LICONA.

PREVIA OPCIÓN AL TÍTULO DE:
DOCTORES EN MEDICINA Y CIRUGÍA.

TEGUCIGALPA, D.C.

1985

HONDURAS, C.A.

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
HONDURAS

RECTOR: Abogado José Oswaldo Ramos Soto
SECRETARIO: Licenciado Osear Alvarenga

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

JUNTA DIRECTIVA

DECANO: Doctor Raúl Felipe Cálix
VICE-DECANO: Doctor Victor Manuel. Ramos
SECRETARIA: Licenciada Eva Luz de Alvarado
PRO-SECRETARIO: Licenciado Ramón Arturo Donaire U.
VOCAL I: Doctor Carlos Ramón García V.
VOCAL II: Doctora Xenia J. Pineda
VOCAL: Br. Isnaya Nuila
VOCAL: Br. Gustavo Moneada
VOCAL: Br. Walter Galindo
VOCAL: Br. Marvin Calderón
VOCAL: Br. José Octavio Izaguirre
VOCAL: Br. Eddy Juárez
VOCAL: Br. Celina Lino
VOCAL: Br. Hugo Alonso

TRIBUNAL EXAMINADOR

DR. HECTOR MURCIA (COORDINADOR)

DR. AMERICO REYES

DR. LEONEL ZAVALA

SUSTENTANTES

BR. MARCO TULIO MEDINA HERNÁNDEZ

BR. GUSTAVO ADOLFO ZEPEDA MARADIAGA

BR. RICARDO ANTONIO REDONDO LICONA

A S E S O R

DR. OCTAVIO SÁNCHEZ

SUSTENTANTE

BR. MARCO TULIO MEDINA HERNÁNDEZ

PADRINOS

ABOGADO: JOSÉ OSWALDO RAMOS SOTO MSC. ÓSCAR F. MUNGUIA

DEDICATORIA

A mí querida madre Dra. Amparo Hernández Rodríguez, quien me enseñó con su ejemplo: que con una lucha férrea se alcanzan las metas, a ella va dedicada con todo amor esta tesis.

A mis hermanos, padre, tíos, primos y demás entrañables seres queridos.

SUSTENTANTE

BR. GUSTAVO ADOLFO ZEPEDA MARADIAGA

PADRINOS

**LIC. GUSTAVO A, ZEPEDA V SR. DANIEL
BOLET SIERRA**

DEDICATORIA

Al Señor Jesucristo, quien me ha hecho entender de Su Amor, dándole dirección, sentido y propósito a mi vida. A El dedico mi vida y la obra de mis días, por amor a su Nombre.

A G R A D E C I M I E N T O S

A mis padres: Lic. Gustavo A. Zepeda V. y Rubenia A. Maradiaga, por el amor y los principios que me han dado. Por el apoyo constante en mi vida y mis estudios, y por la comprensión y paciéntela de saber esperar el agradecimiento de su hijo que los ama tanto.

A mis hermanas: Suyapa Carolina, Carmen del Rosario e Ivonne -Lissette, por su amor y confianza, y por todos los momentos que hemos pasado juntos, sabiendo ser para mí, motivo de apoyo para seguir hacia adelante. Las amo mucho.

A mis amigos: Gladys, Glenda, Cordelia, Marlene, Irma, Hugo, -Carlos, Sergio y tantos mas que son las personas mas especiales en mi vida, después de mi familia. Los quiero y espero demostrárselos cada día de mi vida.

A mis familiares: por el gran cariño que me tienen y del cual son correspondidos.

A los pacientes: quienes son los que realmente me han dado las enseñanzas que utilizare para el bien de mi prójimo.

A mis compañeros: Por todo lo que de ellos aprendí, y por todo lo que me ayudaron a completar mi carrera.

A mis maestros: Por guiar los pasos necesarios en mi formación.

A mis compañeros de tesis: Ricardo y Marco Tulio, sinceras gracias y mi sincera amistad.

A nuestro Asesor de Tesis: Por su paciencia e interés por orientarnos de la mejor forma posible.

SUSTENTANTE

BR, RICARDO ANTONIO REDONDO LICONA

PADRINOS

LIC. ÓSCAR MUNGUÍA

LIC. LILLIAM PERRERA AMAYA

AGRADECIMIENTO

A todas las personas que directa o indirectamente contribuyeron a la realización de éste anhelo.

DEDICATORIA

A Dios por haberme guiado hasta obtener la culminación de mi carrera.

A todos los pacientes psiquiátricos del mundo.

A todos mis seres queridos.

INDICE

	PAG.
I. - INTRODUCCIÓN	1
II. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
III OBJETIVOS	4
IV HIPÓTESIS	5
V VARIABLES E INDICADORES	7
VI MATERIAL Y MÉTODO	13
VII MARCO TEÓRICO	20
a) Sistema Social	20
b) Sistema Familiar	20
VIII RESULTADOS	78
a) Cuadros	79
b) Gráficas	
IX DESCRIPCIÓN DE CUADROS	127
X DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	144
XI CONCLUSIONES	151
XII PERFIL FAMILIAR PSICOSOCIAL DE AMBOS GRUPOS	154
XIII RECOMENDACIONES	155
XIV RESUMEN	157
XV BIBLIOGRAFÍA	159
XVI ANEXOS	166

I N T R O D U C C I Ó N

El presente trabajo surge de nuestra experiencia dentro del Hospital Nacional Psiquiátrico "Santa Rosita", una entidad estatal dependiente del Ministerio de Salud Pública, en el cual se tratan a personas con desórdenes psiquiátricos, que van desde el alcoholismo hasta la psicosis; y es bajo una percepción apriorística y no documentada que nace la idea de que existe un problema mas allá del individuo, en un sistema mas complejo y del cual es resultado: su familia.

Por consiguiente, es necesario investigar éste sistema mas complejo, para dar luces en la génesis y el mantenimiento de la enfermedad psiquiátrica, que en algún momento, un individuo presente.

Un estudio familiar puede ser abordado desde varios puntos de vista psiquiátricos. Este estudio se realiza a la luz de nuevas concepciones, en donde el paciente es estudiado, no como alguien a quien hay que tratar aisladamente, sino como parte -de un sistema (familiar), en el cual se desarrolla.

La corriente estructuralista, con su teoría general de los sistemas permite éste tipo de abordaje, en el cual un sistema superior supedita a otro subsistema de nivel inferior.

La intención de ésta investigación, está acorde con lo contemplado en nuestra Carta Magna, la que en su Artículo 145 referente a la salud expresa: "Es deber de todos, participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad". (11)

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En Psiquiatría se han hecho consideraciones sobre lo funcional y lo orgánico como causa de los problemas psiquiátricos.

Si tomamos en cuenta por separado el aspecto funcional; hemos de considerar que el hombre está influido por el medio ambiente, en el cual está la familia. Por lo tanto, si esta es anormal podría estar causando alteraciones psíquicas en uno o varios de sus miembros y especialmente en aquellos cuyos mecanismos de defensa son débiles.

A nosotros no obstante, nos interesa más que contempla al producto de una posible influencia familiar, estudiar a esa familia de donde procede el individuo alterado psicopatológicamente, conocer cuales son los aspectos anormales que esta tiene y que podría ser la génesis de estas alteraciones.

El paciente psiquiátrico podría ser el reflejo de todo un sistema familiar con problemas: ¿Estaría entonces la familia influyendo en el origen o el mantenimiento de una patología psiquiátrica en uno o más de sus miembros?

La familia como un sistema al cual pertenece el individuo afectado podría estar en crisis estructural y/o dinámica; tener dificultades en las relaciones entre sus miembros, en la forma de abordar y resolver sus problemas y en un sistema de autoridad débil, mal repartida o inexistente.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar diferencias existentes en las posibles psicopatologías familiares entre el grupo estudio y el grupo control.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- 1.- Identificar la estructura familiar más común entre los grupos investigados.
- 2.- Identificar la dinámica familiar más frecuente entre los grupos investigados.
- 3.- Establecer las patologías psiquiátricas familiares más frecuentes entre los grupos investigados y determinar patología psiquiátrica entre otros miembros familiares.
- 4.- Determinar si la familia contribuye a la aparición y/o mantenimiento de la patología psiquiátrica del paciente del Hospital Nacional Psiquiátrico "Santa Rosita".
- 5.- Definir el perfil familiar psicosocial en ambos grupos.
- 6.- Identificar las zonas geográficas donde la psicopatología familiar es más frecuente.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

Ho: La familia que posee un miembro ingresado en el Hospital -Nacional Psiquiátrico "Santa Rosita" posee mayor prevalencia de psicopatología familiar que la familia Control.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA

H1 = El tipo de estructura familiar más frecuente es el de tipo extendido, en ambos grupos familiares (Casos y Controles).

H2 = El subsistema parental en ambos grupos familiares (Casos y Controles) está desintegrado.

H3 = En la familia con un miembro en el Hospital Nacional Psiquiátrico "Santa Rosita" la autoridad familiar recae en una sola persona.

H4 = Las familias en ambos grupos (casos y controles) tienden a ser sobre involucrados con respecto a sus miembros.

H5 = Las familias con un miembro ingresado en el Hospital Nacional Psiquiátrico "Santa Rosita" contribuyen a la aparición o al mantenimiento de la patología psiquiátrica de este miembro.

H6 = Las familias de ambos grupos (casos y controles) provienen de la zona central y occidental de Honduras.

H7 = Existen mas miembros con probables alteraciones psiquiátricas, aparte del paciente, en la familia caso con respecto a la familia Control.

VARIABLES

INDICADORES

1) La Familia

2.1 Tenencia de la vivienda.

2) Status socioeconómico familiar.

2.2 Tipo de construcción de la vivienda.

2.3 Servicios básicos

2.4 Ingreso per cápita (en Lps.)

2.5 Número de dependientes económicos.

2.6 Tamaño de la familia.

3) Estructura familiar.

3.1 Estructura del subsistema parental.

3.2 Estructura del subsistema conyugal

3.3 Estructura del subsistema fraterno

3.4 Patología Psiquiátrica individual.

3.5 Adopción

3.6 Familia nuclear y extendida

3.7 Disrupción conyugal y divorcio

4) Dinámica Familiar,

- 4.4. Límites del subsistema conyugal.
- 4.5. Comunicación familiar
- 4.6. Liderazgo familiar
- 4.7. Rechazo familiar

5) Localización o ubicación de la familia

6) Tipo de familia del paciente.

- 6.1. De origen.
- 6.2. De procreación

DEFINICIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

1) **Familia**: Grupo de personas unidas por lazos de consanguinidad, afinidad y convivencia común, estructurados en subgrupos o subsistemas interrelacionados entre sí, esto es el subsistema parental, conyugal y fraterno; solo incluiremos el primer grado de consanguinidad y afinidad.

Sistema: Conjunto de unidades que se relacionan entre sí.

Subsistema: Se refiere a las estructuras que componen un sistema.

2) **Status Socioeconómico Familiar**: Se refiere a las condiciones de vida de la familia, determinado por:

- 2.1 Pertenencia de la vivienda
- 2.2 Tipo de construcción de la vivienda (de sus paredes)
- 2.3 Servicios básicos (agua, luz, servicio de excretas)
- 2.4 Ingreso per cápita anual (Lps.)
- 2.5 Número de dependientes económicos: Se refiere a el (los) miembro (s) de la familia que no trabaja (n) y que es - (son) sostenido (s) por otro (s) miembros (s) de la familia.
- 2.6 Tamaño de la familia: se refiere al número de miembros que compone el núcleo familiar.

3) Estructura familiar

Se refiere a los diferentes subsistemas que conforman la -familia, entre estos están los siguientes:

- 3.1 Subsistema parental: Se refiere al formado por el padre y la madre o equivalentes.
- 3.2 Subsistema conyugal: Se refiere por la pareja (marido y mujer)
- 3.3 Subsistema fraterno: Se refiere al formado por los hermanos.
- 3.4 Patología Psiquiátrica Individual: Se refiere a la enfermedad de la psique en cualquier miembro de la familia, excepto al paciente, y que haya requerido atención médica especializada. En su defecto será cualquier alteración de la conducta que produzca problemas en la familia o en la sociedad.

- 3.5 Adopción: Se refiere a la situación en la cual una familia agrega al subsistema fraterno un miembro que no es procreado por el subsistema parental de esa familia.
- 3.6 Familia Nuclear o Extendida: En la primera (nuclear) - se refiere a la familia cuyas relaciones se limitan al primer grado de consanguinidad y afinidad, manteniendo pocas o nulas relaciones con otros familiares; la -familia extendida será aquella que mantiene íntimas relaciones emocionales y/o económicas con otros familiares, sobre el primer grado de consanguinidad y afinidad.
- 3.7 Disrupción Conyugal y Divorcio. La primera se refiere a la separación física y emocional del subsistema conyugal, ya sea en forma temporal o permanente, en el pasado o en la actualidad. El divorcio se refiere a la separación legal del subsistema conyugal (en forma permanente).

4) Dinámica Familiar:

Se refiere al proceso o intercambio de energía que ocurre -entre los diferentes subsistemas o miembros familiares. 4,1 Límites del Sistema Familiar: Se refiere a las relaciones que mantienen la familia en su todo; estas relaciones pueden catalogarse como normales, sobre involucradas o indiferentes. Serán sobre involucradas cuando

interfieran en las decisiones emocionales, económicas, etc. de sus miembros, coartando de esa forma, la individualidad de cada miembro.

Será indiferente cuando no se cumplen a cabalidad las -funciones básicas (alimentación, afecto, culturalización, et...) y cuyas relaciones son de poca intensidad no importando las decisiones que cada miembro tome.

Será Normal cuando el vínculo entre los subsistemas o -miembros no sea restrictivo y permita el desarrollo adecuado de aquellos.

- 4.2 Límites del Subsistema Parental: Se refiere a las relaciones que mantienen los padres de la familia y estas - relaciones pueden ser normales, sobre involucradas o indiferentes.
- 4.3 Límites del Subsistema Fraternal: Se refiere a las relaciones que mantienen los hermanos de la familia y que pueden ser normales, sobre involucradas o indiferentes.
- 4.4 Límites del Subsistema Conyugal: Se refiere a las relaciones que mantienen los cónyuges y que pueden ser normales, sobre involucradas o indiferentes.

4.5 Comunicación Familiar: Se refiere al intercambio de mensajes o señales entre los diferentes subsistemas familiares y entre los miembros.

4.6 Liderazgo Familiar: Se refiere a la función de guiar y tomar decisiones importantes dentro de la familia y que recae en uno o mas miembros.

4.7 Recha familiar: Se refiere a la no aceptación de uno (s) de los miembros por parte de la familia.

5) Localización o Ubicación de la Familia:

Se refiere al lugar de residencia de las familias, en el territorio hondureño, dividido en regiones:

- a) Región Central: Departamentos de Francisco Morazán, Comayagua, La Paz, y Yoro.
- b) Región Norte: Cortés, Atlántida, Colón e Islas de la Bahía.
- c) Región Oriental: Olancho, El Paraíso y Gracias a Dios.
- d) Región Occidental: Santa Bárbara, Copan, Ocotepeque, Lempira e Intibucá.
- e) Región Sur: Choluteca y Valle.

6) Tipo de Familia del Paciente:

6.1 Familia de Origen: (Pre-emancipación): Se refiere a la familia donde el paciente pertenece al subsistema fraterno.

MATERIAL Y METODOS

MÉTODO

Se llevó a cabo una investigación de campo, de corte transversal, retrospectivo de casos y controles.

El Universo de la investigación lo constituyeron las familias de los pacientes ingresados en el Hospital Nacional Psiquiátrico "Santa Rosita". Se escogió el grupo control en una relación 1:1 con respecto al grupo estudio. Esta relación se fundamenta en el hecho de que ambos grupos debían ser similares en cuanto a procedencia y condiciones socioeconómicas. El Grupo Estudio (caso) se definió como aquellas familias que tienen un miembro ingresado en el Hospital Nacional Psiquiátrico "Santa Rosita" sin importar su diagnóstico psiquiátrico, edad, sexo o procedencia.

El Grupo Control, se definió como aquellas familias escogidas del mismo lugar de procedencia, de la familia Estudio y que no poseían un miembro ingresado en el Hospital Nacional Psiquiátrico "Santa Rosita" u otro hospital psiquiátrico.

MUESTREO

Se realizó un muestreo aleatorio simple de las familias que representaron los casos de estudio, así: El Universo total de familias de pacientes ingresados fue de 250, en base a un corte transversal de los pacientes ingresados hasta el 30 de Junio de 1985; de éstos pacientes se investigó las direcciones de sus

6.2 Familia de Procreación (Post-emancipación): Se refiere a la familia donde el paciente pertenece al subsistema parental o conyugal.

respectivas familias, encontrando que habían muchas familias -cuyas direcciones fueron incompletas o no consignadas en el expediente o que al momento de su localización no pudieron ser encontradas. Del universo total se obtuvieron 91 familias localizables, de las cuales se sacaron al azar, en forma aleatoria simple, 50 familias Estudio (caso) que representan el 54.94% de las 91 familias localizables. Después se escogieron al azar 50 familias Control en el mismo lugar y en el mismo momento en que se hacía la encuesta en las familias Estudio (caso). Tanto los resultados como las conclusiones serán aplicables solo al Universo de ésta investigación.

APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

Al momento de localizar a la familia Caso ó la familia Control, se procedió a explicar el objetivo de la investigación se solicitó la presencia del mayor número posible de miembros familiares y las respuestas fueron consignadas previo consenso familiar.

INSTRUMENTOS DE TRABAJO

Como instrumento de trabajo se utilizó una encuesta que comprendía de 47 preguntas, homogenizadas previamente con una prueba -piloto, (ver anexo).

Incluía 3 aspectos, sobre:.

- a) Aspectos Socioeconómicos
- b) Estructura Familiar
- c) Dinámica Familiar

PLAN DE ANÁLISIS

Los resultados fueron codificados y analizados estadísticamente. Se realizaron 2 tipos de análisis:

- a) Estadística Descriptiva: mediante análisis porcentual
- b) Estadística Analítica: mediante Chi cuadrado confrontativo de los grupos familiares.

M A T E R I A L

MATERIAL

11 MATERIAL BIBLIOGRAFICO

Fuentes de Primera Mano: Utilizamos textos básicos de Psiquiatría, Historia, Sociología, Filosofía, Expedientes de los pacientes del Hospital Nacional Psiquiátrico "Santa -Rosita".

Fuentes de Segunda Mano: Datos del Departamento de Estadísticas y de Trabajo Social del Hospital Nacional Psiquiátrico "Santa Rosita".

Fuentes de Tercera Mano: Revistas e Investigaciones recientes sobre Patología Familiar,

12 MATERIAL HUMANO

Tres investigadores (optando al título de Médicos y Cirugía nos), un Asesor de Tesis (Psiquiátrica, Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras). Personal colaborador (Psiquiátricas, Filósofos, Trabajadores Sociales, Matemáticos, etc...)

13 RECURSOS ECONÓMICOS

Transporte: Contamos con tres vehículos automotores propios.

Hospedaje y Alimentación , L. 1,100.00

Papel, Cinta de máquina de escribir, Cárdex,
borradores, fotocopias, lápices 150.00

= 18 =

Mecanógrafa L, 150.00

1.4 POBLACIÓN EN ESTUDIO

Se tomaron familias de pacientes ingresados en el Hospital Nacional Psiquiátrico "Santa Rosita". Dichos pacientes están ingresados en éste centro en forma temporal y/o permanente, con diagnósticos comprendidos entre los siguientes:

- 1) Psicosis Orgánicas (290-294)
- 2) Psicosis Funcionales (295-298)
- 3) Retraso Mental (317-319)
- 4) Síndrome de Dependencia Alcohólica (303)
- 5) Epilepsia (345)

La población promedio de pacientes oscila alrededor de 250.

MARCO TEORICO

I. - SISTEMA SOCIAL

1. - Sinopsis Histórica de la Sociedad Universal y Latinoamericana, 2. - Sinopsis Histórica de Honduras
- 2.- Aspectos Actuales de Honduras 3.- Hospital Nacional Psiquiátrico "Santa Rosita".

II. - SISTEMA FAMILIAR

- 1.- Acepciones del Término y Concepto de ésta.
- 2.- Evolución Histórica de la Familia.
- 3.- La Familia en Latinoamérica y Honduras
- 4.- Evolución del Abordaje Psiquiátrico individual al Familiar.
- 5.- La teoría General de los Sistemas
- 6 - La Familia desde el punto de vista de la Teoría General de los Sistemas.
7. - Estructura y Dinámica Familiar
- 8.- Patología Familiar
 - a) Patología de la Estructura Familiar
 - b) Patología de la Dinámica Familiar

SISTEMA SOCIAL

1. - SINOPSIS HISTÓRICA DE LA SOCIEDAD UNIVERSAL Y LATINOAMÉRICA

Para conocer la sociedad los investigadores se han remontado a sus orígenes, introduciendo un orden preciso en la prehistoria de la humanidad y estableciendo una clasificación respetada aún en nuestros días. Esta clasificación -registra tres épocas principales: El Salvajismo, la Barbarie y la Civilización, subdivididas a su vez en tres estadios: inferior, medio y superior.

En el Salvajismo, estadio inferior, es donde tiene su infancia el género humano, y es donde inicia su evolución -social, superándose desde un nivel nómada hasta emerger la sedentarización, estableciéndose al inicio en pequeños grupos en los cuales desarrolla sus conocimientos y experiencias, marcando el paso a la Barbarie. (15)

Nos interesa señalar que es en el estadio medio del Salvajismo en nuestras tierras, cuando los conquistadores encuentran a los indios de los pueblos de Nuevo México, Centroamérica, Perú, etc. Como señala Medardo Mejía, a éste estadio corresponde el gran período de América, el -cual se desarrolló por etapas: primero se instalan geográficamente, entran al proceso de sedentarización, luego alcanzan la cima, para después venir al final, la declinación. (34)

Estas tierras "descubiertas" por los españoles, ya eran habitadas en la época precolombina, por lo que algunos -antropólogos denominan "descendientes mongólicos". Aducen que el Estrecho de Behring, en la Era Glaciar, permitió el paso de animales y descendientes asiáticos, hacia nuestras tierras.

Esto podría explicar el hallazgo de huesos grandes pertenecientes a especies que más bien se desarrollan en otras latitudes geográficas, especialmente en Asia. Asimismo el gran parecido físico de nuestros indígenas con. Los habitantes de aquella región que presumiblemente un día se -separó geográficamente de ésta.

Fue así que se formaron los distintos grupos étnicos, de los cuales, los más reconocidos, asentados en lo que hoy es Latinoamérica fueron: los Aztecas en México, los Mayas en una parte de México y América Central, los Chibchas en Colombia y los Incas en Perú. Esta cultura precolombina alcanzó en éstos cuatro (4) grupos, su nivel más ~~alto~~.

En 1492 Cristóbal Colón descubre nuestras tierras para los Europeos, iniciándose el proceso de la conquista, tarea realizada básicamente por españoles, portugueses, ingleses y franceses.

Son precisamente los dos primeros los que se mezclan con los indígenas dando origen al "mestizo".

Es importante recalcar alguna idiosincracia de aquellos colonizadores: el objetivo de ellos no era el de asentarse en un nuevo territorio, sino obtener de éste, productos que contribuyeran a enriquecer la metrópoli.

De lo anterior se desprende que quienes venían con ese propósito eran aventureros ó prisioneros, y que por lo tanto no se movilizaban con sus familias, ó no las tenían, creando entonces uniones libres, esporádicas e inestables con las aborígenes, sin asumir ninguna responsabilidad con ellas ni con el producto de esas uniones.

Posteriormente, muchas familias españolas se establecieron en América, los que poco a poco se van mezclando con los nativos aunque también hay que reconocer que aún hoy existen grupos étnicos que no han aceptado mezclarse, haciéndolo únicamente entre ellos: Xicaques, Payas, etc.

Pero en general, como se trataba de obtener la mayor ventaja y el más grande usufructo de éstas tierras, es que -el aborígen es esclavizado para utilizarlo como fuerza de trabajo, y con éste mismo fin, es que traen además, esclavos de la raza negra provenientes del África. Esta misma esclavitud inhumana es la que lleva a iniciarse el proce

so independentista, en el que juegan un papel importante algunos criollos (hijos de españoles, nacidos en América) . (15, 23, 34)

2.- **SINOPSIS HISTÓRICA DE HONDURAS**

Honduras fue descubierta por Cristóbal Colón en su IV y último viaje, el 14 de julio de 1502, y el 17 de agosto del mismo año se tomó posesión del territorio en nombre de los Reyes de España.

Sobre sus habitantes se dice que antes de la llegada de los españoles "estaba poblada por muchas tribus indígenas: Chortís, Cares y Potones, Chorotegas, Chontales, Xi caques, lílbas, Albatuinas y Agaltecas". (5)

Los indígenas se dedicaban principalmente a la agricultura y la caza en forma colectiva, y su forma de organización social era de naturaleza igualitaria, por lo que no conocían la Propiedad Privada, al parecer si tenían una forma primaria de esclavitud. Fueron los españoles quienes introdujeron el sentido de propiedad privada e implantaron el régimen de esclavitud para los naturales, para lograr sus objetivos, pero como ya dijimos antes, condicionó posteriormente la lucha por la independencia, que en Honduras y Centro América, culminó tres siglos después, el 15 de septiembre de 1821, iniciándose entonces el pro-

ceso que lleva a conformación de Honduras como República. (5, 34).

ASPECTOS ACTUALES DE HONDURAS

Honduras es un país subdesarrollado con una economía de -subsistencia, con pocas industrias, una agricultura no bien desarrollada, hay un encarecimiento progresivo de la vida, el índice de desocupación aumenta, etc... no parecen haber indicios de desarrollo en el campo productivo. El endeudamiento interno y externo aumenta en tal grado -que hay una amenaza de devaluación monetaria. La población estimada en 1984 era de 4.300.000 habitantes, la cual es eminentemente agrícola, se calcula que un 60% se dedican a ésta actividad; otras actividades son la caza, pesca, explotación de minas, silvicultura, construcción, industrias manufactureras, agua. Políticamente está dividida en dieciocho Departamentos, y su Capital es Tegucigalpa, siendo asiento del Gobierno del país, el cual está constituido por los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial.

Su población es muy joven en su mayoría; para 1980 se calculó que la población entre 0 y 15 años alcanzaba la cifra de 1.765.177 habitantes, es decir que la población económicamente dependiente es alta.

Las condiciones de salud son malas, existiendo una alta morbimortalidad infantil por enfermedades infectocontagiosas, bajas esperanzas de vida al nacer, bajo promedio de vida, alta fecundidad, (42)

En general las condiciones en el país son difíciles, por los diferentes problemas socioeconómicos que lo aquejan. [26, 38, 42)

3.- **HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO "SANTA ROSITA"**

El hospital Nacional Psiquiátrico "Santa Rosita" fue fundado como entidad hospitalaria el 15 de Marzo de 1976 dependiente de la Región Metropolitana de Salud y de la División de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Honduras. Este Centro hospitalario está ubicado en el Valle de Támara, Francisco Morazán a 4 5 kilómetros al norte de la ciudad capital. El inmueble en el cual funciona fue en un tiempo pretérito ocupado por el antiguo Instituto Nacional del Tórax. El contingente humano fue extraído del personal existente en el viejo Hospital Psiquiátrico que funcionaba en el Hospital "San Felipe". El limitado espacio físico y el gran número de pacientes psiquiátricos reclusos presentó la necesidad de contar con un centro nacional psiquiátrico que pudiera atender pacientes con dolencias mentales -

crónicas, constituyendo a la vez un centro de remisión nacional en función de apoyo al Hospital Psiquiátrico de Agudos "Mario Mendoza" el cual nace como una Unidad -de Agudos con el objetivo inicial de atender la Consulta Externa Psiquiátrica y la hospitalización de casos de -emergencia, por espacio de veinte días, después de los -cuales se trasladan al Hospital "Santa Rosita".

Pero las condiciones de Salud Mental en Honduras hacen que el Hospital Nacional Psiquiátrico "Santa Rosita" crezca y en 1982 se funda la Unidad de Alcoholismo y entre 1984-1985 la Unidad Infanto Juvenil.

Es así como éste centro consta de trescientas camas con -un porcentaje de uso de más del 80% en 1984. Su distribución es la siguiente: a) SALA DE CUIDADOS INTERMEDIOS DE VARONES. Consta de 35 camas. Atiende pacientes con trastornos sicóticos agudos predominantes remitidos por el -"Hospital Mario Mendoza" y otras instituciones hospitalarias. Su estadía intrahospitalaria es breve.

b) SALA DE CUIDADOS INTERMEDIOS DE MUJERES: Consta de treinta y cinco camas. Sus funciones son idénticas a la - anterior.

c) SALA DE CRÓNICOS (VARONES): Consta de noventa camas. Se atienden pacientes con psicosis crónicas, epilepsia, retraso mental. Su estadía intrahospitalaria es permanente.

D) SALA DE CRÓNICOS (MUJERES): Consta de ochenta y cinco camas, Función igual que la anterior,

E) UNIDAD DE ALCOHOLISMO: Consta de cincuenta y siete camas. Se atienden pacientes con Síndrome de Dependencia

Alcohólica y con psicosis secundarias al alcoholismo. Su estadía intrahospitalaria es temporal.

Este centro trata de encontrar la rehabilitación del paciente, necesaria para que se pueda reintegrar a la sociedad como elemento útil, pero hay ocasiones en que por problemas socioeconómicos, rechazo familiar, familias muy numerosas y de bajos ingresos, desconocimiento total de su procedencia, etc., algunos pacientes quedan prácticamente asilados indefinidamente, por ello existen nexos con entidades humanitarias, ejemplo: Ciudad Blanca. También por la índole de sus padecimientos, los pacientes pueden continuar su atención en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico y del Hospital de Agudos "Mario Mendoza".

SISTEMA FAMILIAR

LA FAMILIA

ACEPCIONES DEL TÉRMINO Y CONCEPTOS DE ESTA

La palabra familia en su origen, quizás no tenga relación con la concepción ideal o sentimental que podamos darle -ahora, es decir, que no está aplicada a la pareja ni a sus hijos, sino más bien a los esclavos.

La palabra familia "según algunos autores deriva del latín "famulia", por derivación de "famulus" esclavo doméstico; y según otros, del sánscrito "vama" que equivale a un complejo de habitación, residencia y vestido, algo así como hogar y casa.

Cuando Engels se refiere a familia, dice que "es el con- junto de los esclavos pertenecientes a un mismo hombre". Y señala luego que "en tiempos de Gayo, la familia", "id est patrimonium" es decir, se transmitía aún por testamento.

Esta expresión la inventaron los romanos para designar un nuevo organismo social, cuyo jefe tenía bajo su poder a -la mujer, a los hijos y a cierto número de esclavos, con la patria potestad romana y el derecho de vida y muerte -sobre todos ellos. (15). Dice Marx, que la familia moderna tiene el carácter intrínseco del germen de la esclavitud y la servidumbre, encerrando los antagonismos que más tarde se desarrollan en la sociedad y en su Estado.

Hay otras conceptualizaciones de la familia que obedecen a la óptica con que se trata de ver y en base a los intereses que demandan circunstancialmente una interpretación. Desde el concepto clásico que propone la Real Academia hasta lo que a cada corriente psiquiátrica le ha dado en proponer, encontramos conceptos teológicos, sociológicos, filosóficos, etc.

F.J. Mediguchea ha recogido varios conceptos: "Grupo amalgamado por una relación sexual lo suficientemente precisa y duradera como para promover la procreación y crianza de los hijos"; "Comunidad de sangre cuya finalidad es la cría y educación de los hijos"; "Comunidad de sangre cuya finalidad es la cría y educación de los hijos y que satisface otras necesidades". Sin embargo la familia en sí puede considerarse desde diversos puntos de vista: la familia como comunidad de vida, la familia como unidad económica, la familia como comunidad educativa, la familia como célula de la sociedad, la familia como institución de derecho natural. (35)

Definir un concepto de familia no es fácil, más aún si se trata de observarla desde un punto de vista psiquiátrico. Nuestra investigación trata de estudiar la familia desde el punto de vista estructuralista: el de la Teoría General de los Sistemas.

Habiendo hecho la aclaración anterior, podemos proponer que el término "familia" se refiere a ese grupo social que se constituye en forma natural, cuyos miembros están unidos por lazos de consanguinidad y afinidad y en donde se determinan las características de sus miembros con las que responderán a los estímulos, tanto internos como externos, en base a la organización y estructura que dicho grupo tenga.

Y aún más. Creemos oportuno recalcar una subdivisión en dos tipos: a) Familia Extendida: La que incluye a los parientes de más allá del primer grado de consanguinidad y/o afinidad, y b) Familia Nuclear: Que para fines prácticos de éste estudio será lo que entenderemos en adelante por "familia", esto es, ese grupo social natural, de personas unidas, por lazos de consanguinidad y afinidad, los cuales están constituidos en subsistemas interrelacionados, esto es, el subsistema parental y el subsistema fraterno, y en su dinámica donde se forma la personalidad y características tanto del grupo como de cada uno de sus miembros. La interrelación de éstos subsistemas será la información que fluye entre ellos, a saber: de tipo cultural, sexual, económico, etc., (3,15, 20, 35, 36).

2. - EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA FAMILIA

Al respecto existen varias teorías entre las que vale la pena mencionar:

- a) Teoría Monogámica: La apoyan varios autores, establece que la forma monogámica de la familia existe desde siempre. Se basa en los relatos bíblicos y de civilizaciones antiguas como los egipcios y sumerios. Se apoyan además aduciendo que actualmente hay pueblos primitivos (pigmeos, australianos, bosquimanos), que presentan éste tipo de familia.
- b) Teoría del "Derecho Maternal": De Bachofen (1861) que fue el primero en hablar del parentesco jurídico de la vía materna, por lo que plantea una evolución histórica de la familia pasando desde el amor libre y matriarcado hasta el patriarcado.
- c) Teoría del Parentesco Clasificador: Por Lewis Morgan (1877) de tendencia evolucionista; planteó su teoría - en éste orden:

- Promiscuidad
- Familia Consanguínea
- Matriarcado por grupos
- Matriarcado
- Patriarcado Poligámico
- Familia Monogámica

Es interesante la asociación de éstos cambios en la familia con los cambios en la sociedad, A propósito es oportuno citar un pensamiento de Minuchin: "La familia sufre cambios al mismo tiempo que la sociedad, por lo tanto todo estudio de la familia debe incluir su complementariedad con la sociedad". (36)

En base a las teorías de Morgan, Engels (1884) aplica su teoría del Materialismo Dialéctico a ambas instituciones; él planteó la evolución de la familia así:

- *) Promiscuidad: Primera etapa en donde la actividad sexual sucede sin compromisos.
- *) Familia Consanguínea: Primera forma de organización familiar. Todo sucedería entre parientes; luego los grupos conyugales se dividen en generaciones (abuelos, -padres e hijos), todos eran maridos y mujeres de todos, excepto entre ascendientes y descendientes.
- *) Familia Punalúa: La familia se organiza más; se excluye a los padres, hermanos e hijos del comercio sexual recíproco. Aquí los matrimonios son en grupo y se definen -los grados de parentesco.
- *) Familia Sindiásmica: Surge con las sedentarización; se forman parejas conyugales por un tiempo más o menos largo. El vínculo entre la pareja es fácil de romper -por cualquiera de los dos, quedándose la madre con los hijos.

- *) Matriarcado: Por ser la maternidad un hecho tangible y fácil de probar, la mujer se hizo depositaria de la autoridad doméstica, y además, la propiedad de la tierra se transmitía vía materna. Es así como la madre alcanzó un lugar preponderante en la sociedad.

- *) Familia Patriarcal: Al aumentar sus actividades y producciones el hombre desarrolla lo que es la propiedad privada, lo que lo hizo desear tener más, pero también, tener a quién heredarle el fruto de su trabajo. Para esto necesitaba la certeza de su paternidad por lo que formó un tipo de familia intermedia entre la sindiásmica y la monogámica. El tipo patriarcal queda más marcado en la familia romana, sometiendo a la mujer y reduciéndola a una propiedad e instrumento de reproducción, implantando a la vez la filiación masculina y el derecho hereditario paterno.

- *) Familia Monogámica: Se funda para procrear hijos en -donde la paternidad del padre sea indiscutible, con un vínculo conyugal más sólido. Este es el tipo de familia que persiste en la actualidad; sin embargo debemos agregar que en la práctica, el término "monogamia" sólo se aplica con rigor a la mujer, siendo más flexible para el hombre.

En resumen, y para correlacionar con la evolución de la sociedad:, al Salvajismo corresponde el matrimonio por grupos, a la Barbarie el sindiásmico y a la Civilización la monogamia, (15, 35, 36).

3.- **LA FAMILIA EN LATINOAMÉRICA Y HONDURAS**

En general, en América Latina predomina el Parentesco Bilineal, ó sea, que igual importancia tiene la línea materna como la paterna. El sistema conyugal predominante, en lo que conocemos como familia occidental, es el tipo monogámico.

Como ya mencionamos, éste tipo de familia deriva de lo que era la familia romana antigua y la familia del régimen antiguo, que se caracteriza por:

- a) Un sistema especial de tenencia de la tierra, que dependía del Jefe Familiar, y que ha ido cambiando así:
 - Propiedad indivisa: Con un solo dueño, el jefe de la familia.
 - Propiedad colectiva: Los hermanos eran dueños de todo, administrados por el mayor ó más capaz.
 - Propiedad privada: Cada quien era dueño de los suyos,
- b) Autoridad ilimitada del jefe familiar.
- c) Un grupo familiar grande (familia extendida y sobre involucrada) que aún persiste en la cultura latinoamericana.

Por el vínculo entre familia y sociedad podemos decir que las condiciones socioeconómicas de América Latina influyen en la familia, así como la familia influye en la sociedad.

En la sociedad latinoamericana existen condiciones estructurales que pueden repercutir en los aspectos familiares. Como la CEPAL dice, "debe tenerse presente que una familia es un eslabón de una cadena: cada uno de los miembros de la pareja que se une, proviene de dos uniones conyugales; sus hijos a la vez seguirán ésta cadena... éste encadenamiento es necesario, y las condiciones en que cada uno se constituye, se desarrolla y se disuelve son expresión de las condiciones estructurales básicas de la sociedad". (8)

En Honduras como en casi todos los países de Latinoamérica, la familia y sus características, han sido poco estudiadas, pero a continuación señalaremos algunas de esas -

- a) Como consecuencia de la alta fecundidad, la población infantil es alta, o sea, que las familias en Honduras tienden a ser numerosas, sobretodo en las clases sociales bajas.

- b) Esto mismo condiciona una población económicamente - dependiente alta, por lo que en muchos casos, los padres se ven obligados a enviar a trabajar a sus hijos aún niños, siendo entonces subempleados e imposibilitados de asistir a centros educacionales por carecer de tiempo y recursos; de ahí el alto grado de analfabetismo y ausentismo escolar.
- c) Usualmente, los matrimonios con una unión de tipo con sensual (de hecho) son más comunes que los matrimonios legales (de derecho).
- d) En Honduras, el matrimonio ocurre a temprana edad, sobretodo en el área rural, con un promedio de edad, del primer matrimonio, de 19 años para las mujeres y de 23 años para los varones.
- e) Más del 20% de las mujeres están separadas, dando una imagen del índice de disrupción conyugal en el país.

En base a esto podemos decir entonces, que en Honduras el subsistema parental es joven, su vínculo matrimonial no es legalizado y hay una tendencia alta de disrupción conyugal. (6, 7, 8, 42).

EVOLUCIÓN DEL ABORDAJE PSIQUIÁTRICO INDIVIDUAL AL FAMILIAR

Con Sigmund Freud se inicia una época importante del desarrollo de la Psiquiatría como ciencia, pero el abordaje de ésta se centró en el individuo, cuyos problemas se encontraban en el aparato psíquico, aislándolo de su ambiente, limitándolo al binomio psiquiatra-paciente, donde una persona podía revivir experiencias familiares a través del fenómeno de transferencia.

Esta tendencia psiquiátrica individualista ha persistido manifestada en las corrientes Psicoanalíticas, Conductistas, etc. Fue hasta hace unos 25 años después de Freud que se empieza a tomar en cuenta lo relativo a la familia en el proceso inconsciente (como una reinterpretación del Complejo de Edipo y Electra). Para 1930 no obstante, ya se habían iniciado investigaciones en el ámbito sociocultural de la familia de pacientes -esquizofrénicos; pero fue hasta 1940 que se inician estudios -clínicos sistemáticos e investigaciones de la familia como grupo.

Surge pues, el abordaje de que la génesis de la patología psiquiátrica reside bajo un punto interpersonal, transaccional y contemporáneo a la familia. Es ésta entidad el caldo de formación de la patología, donde en ocasiones la patología de uno -de sus miembros es la manifestación de la patología familiar.

Es así pues, que la familia no es solo la clave de la sociedad, sino la llave para comprender la psicopatología; por eso el estudio de la familia anormal obliga la consideración y estudio de la familia normal; basados en esto, varios autores han hecho estudios importantes: Lidzz (1949) descubrió la frecuencia de -familias anormales en esquizofrénicos; Ackerman (1958) encontró que las familias de niños con disturbios necesitan estudio y -tratamiento en grupo. Es pues, bajo ésta nueva tendencia psiquiátrica que se vé al individuo bajo el prisma de la familia. (29).

TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS

La teoría general de los sistemas establece que el universo está compuesto por una jerarquía de sistemas concretos, que son materia y energía, y están organizados en subsistemas ó componentes, interrelacionados en un tiempo y espacio comunes y continuos.

Esto nos da la armazón conceptual para poder integrar lo biológico y social con las ciencias físicas, lo que nos será útil en psiquiatría, pues provee una nueva resolución al dilema mente-materia, una nueva integración del abordaje biológico y social a la naturaleza humana, y un nuevo abordaje a la psicopatología, diagnóstico y tratamiento.

Pero antes que nada, es conveniente definir algunos conceptos básicos, para comprender (aunque sea someramente) ésta importante teoría que nos ayudará al desarrollo de nuestro trabajo;

SISTEMA:

Es un conjunto de unidades relacionadas entre sí; el estado de cada unidad está determinado por el estado de otras. Así también podemos decir que los sistemas complejos están formados por sistemas más sencillos; por ejemplo: la familia es un sistema constituido por sus miembros.

SUBSISTEMA O COMPONENTE:

Son los miembros o partes de un sistema, las estructuras que -lo componen. Están definidos por la función que realicen, o sea, que la totalidad de todas las partes de un sistema, que realicen un proceso particular, será un subsistema por ejemplo los padres serán un subsistema del sistema familiar.

SUPRASISTEMA:

El suprasistema de cualquier sistema, es el siguiente sistema más alto, del cual es un componente o subsistema; por ejemplo: la sociedad es el suprasistema de la familia.

NIVEL:

El universo contiene una jerarquía de sistemas, unos más avanzados, o niveles mayores hechos de niveles menores; por ejemplo: Los átomos son compuestos de partículas.

TIPO:

Si un número de sistemas vivientes individuales tiene similares características, se clasifican juntos como un tipo; los -tipos son abstracciones hechas por un observador.

MATERIA-ENBRGIA, INFORMACIÓN Y SIGNIFICADO:

Estos tres términos son básicos en ésta teoría; los dos primeros se usan como en las ciencias físicas, el término "información" se usa como aparece en la teoría de la comunicación, refiriéndose a la cantidad de complejidad, el patrón u organización de una señal o mensaje. La medida estadística de la información puede servir para medir la complejidad de un sistema. Información no equivale al significado, aunque son conceptos muy relacionados; el significado de la transmisión de una información es el cambio que le brinda al receptor, ya sea abiertamente o en sus procesos internos.

SISTEMAS ABIERTOS Y CERRADOS:

Tanto los sistemas vivientes como los no vivientes son más o menos sistemas abiertos; ellos intercambian ciertos modos de recibir y sacar materia-energía e información a través de sus fronteras. Los sistemas cerrados son impermeables en sus fronteras. Los sistemas vivientes son mucho más abiertos que los -no vivientes, siendo capaces de mantenerse estables y reponer-so tomando en su entrada (inputs) de materia-energía, mayor complejidad u organización o menor entropía que en sus salidas (outputs).

IDENTIDADES A TRAVÉS DEL NIVEL

Es importante la uniformidad que se puede generalizar a través de todos los niveles de los sistemas vivos; por ejemplo: todos están compuestos de materia orgánica, todos están equipados para vivir en un mundo de agua y oxígeno, todos contienen aminoácidos organizados en proteínas, etc. Tal vez lo más importante deriva del análisis del desarrollo evolutivo de los sistemas vivos; aún cuando aumenten los tipos complejos, seguido de niveles mayores de más complejidad, ciertas necesidades básicas no cambian; así vemos que un proceso vital como lo es sobrevivir al ambiente, lo desempeñan (con diferente complejidad) los unicelulares y los multicelulares.

DIFERENCIACIÓN (Shred-out)

- Es un proceso de una progresiva división de labores, o la especialización de la función de cada subsistema desde el menor al más avanzado nivel de un sistema vivo.

EMERGENTES:

Los sistemas más complejos en los niveles superiores tienen características que no pueden ser descritas en términos usados para los subsistemas y componentes de su nivel inferior, sin olvidar aspectos importantes de esos sistemas. Ciertas características son emergentes; por ejemplo: la vida misma emerge del nivel celular, del nivel organismo emergió la capacidad de usar un lenguaje simbólico y así sucesivamente.

ESTRUCTURA Y PROCESO

Todo sistema viviente, al igual que cada uno de sus subsistemas, tiene dos aspectos: Estructura y Proceso (dinámica). "Estructura" se usa en las ciencias biológicas, en relación -al orden o arreglo de los subsistemas y componentes de un sistema, en un espacio tridimensional en un momento dado. Este -es su significado en la teoría general de los sistemas. En las ciencias sociales su significado es más confuso; recordemos que la estructura, aún en sistemas relativamente estables como lo es un organismo, rápidamente puede cambiar. "Proceso" en la teoría general de los sistemas, se refiere a la dinámica ó intercambio de energía que ocurre en una determinada estructura, ya sea configurada como sistema ó subsistema. En la familia se refiere a las relaciones entre los miembros, las pautas conductuales, etc... lo que determina ese intercambio de energía.

DISPERSIÓN:

Los procesos de un subsistema no están limitados a un solo componente, sino que dispersos en un número de componentes; por -ejemplo: A nivel del organismo, un órgano que es un subsistema de un animal complejo, puede incluir muchos componentes separa dos en espacio y a la inversa, una estructura simple como el -páncreas, puede tener componentes que sean parte de un proceso de un subsistema. Los procesos pueden ser dispersos a otros

sistemas, de niveles iguales, superiores o inferiores,

Todos los sistemas vivos (que incluyen a la familia) tratan de mantener el equilibrio; recordemos que los sistemas vivos son abiertos, por lo tanto con un continuo flujo de salida y entrada, de materia-energía e información; muchos de su equilibrio está en medio de cambios dinámicos. Esta homeostasis mantiene un orden balanceado entre los subsistemas. Los sistemas también mantienen un estado estable con sus ambientes y suprasistemas, lo que previene variaciones en el ambiente que puedan destruir los sistemas.

Como ya habíamos dicho, esta teoría general de los sistemas es aplicable a muchas ciencias, pero es en el campo psiquiátrico donde nos interesa, y trataremos de exponerlo brevemente, para mostrar su importancia y utilidad.

LA TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS EN PSIQUIATRÍA

Es una teoría que incluye los abordajes biológicos y sociales en el estudio de un sistema vivo, ya sea como hombre, como familia o como sociedad, por lo que concierne al concepto básico de la psiquiatría.

Una ventaja de esta teoría es que el abordaje interdisciplinario a un problema, es inherente a ella, y que deriva del énfasis que da al flujo de materia-energía e información y la insistencia en la interrelación de los procesos de los subsis

temas en todo el sistema viviente,

El abordaje en psiquiatría con la teoría general de los sistemas requiere que el sistema de referencia el paciente o el grupo sea visto en el contexto del sistema de sus niveles superiores (incluida la dualidad paciente-terapeuta) del cual es un componente, y del ambiente que lo rodea. (29)

Vemos así, que la Teoría General de los Sistemas apoya el hecho de que es necesario ver más allá del paciente, como tratamos de mostrar en nuestro trabajo.

LA FAMILIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS

La Teoría General de los Sistemas descrita por Ludwig Von Bertalanffy tiene en la psiquiatría un campo de acción atinente con sus conceptos. Permite una concepción holística, integral, en la que no se ve al individuo aislado sino envuelto en sistemas más complejos que lo determinan y en los que él también determina, y dentro de esos sistemas más complejos la familia es central en el desarrollo humano psicológico, cognitivo y emocional. La triple contribución de la familia, tal como lo detalla Stephen Fleck, al desarrollo humano y su existencia, ya sea hacia la normalidad o la Patología es: 1) Proveer una herencia biológica;

- 2) Proveer condiciones de entrenamiento emocional y cognitivo;
- 3) inculcar habilidades y valores socioculturales. (19)

El examen y evaluación de la familia es usualmente enfocado desde el punto de vista antes señalado, de que es un sistema. Fleck recomienda que el análisis de familia debe hacerse en -cinco áreas:

- a) **Liderazgo ;**
- b) **Limites o fronteras;**
- c) **Afectividad;**
- d) **Comunicación ;**
- e) **Tareas y metas del sistema**

CINCO ÁREAS DE ANÁLISIS FAMILIAR

<u>Liderazgo</u>	<u>Límites</u>	<u>Afectividad</u>
Personalidades Parentales	Límites del Ego en el desarrollo del niño.	Intimidad Interparental.
Coalición Marital	Generación de límites, das familiares,	Equivalencia de tria-
Complementariedad del rol parental.	Permeabilidad familiar a la comunidad.	Tolerancia de los sentimientos.
Uso del poder (Disciplina).	Unidad emocional.	

Comunicación

Responsabilidad.
Consistencia verbal no verbal.
Expresividad.
Claridad en forma y la sintaxis.
Pensamiento abstracto y metafórico.

Tareas y Metas

Alimentación y destete.
Separación del dominio y triángulos familiares.
Control de la conducta y guía conductal.
Manejo de las relaciones con grupos externos.
Unidad en la desocupación, Crisis de imitación.
Emancipación.
Ajustes familiares post-nucleares.

(Los cuatro primeros: Func. presente de la familia. La 5a: Estadios en el ciclo de la vida familiar.)

Minuchin señala que el hombre sobrevive en grupos, esto es inherente a la condición humana. De ahí que la familia, que es una -forma de agruparse, tiene que adaptarse para sobrevivir a un su prasisistema: la sociedad.

Efectivamente la familia siempre ha sufrido de cambios paralelos a los cambios de la sociedad. Se ha hecho cargo y ha abandonado las funciones de proteger y socializar a sus miembros como respuesta a las necesidades de la cultura.

En este sentido las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos. Uno es interno '• la protección psicosocial de sus miembros; el otro es externo: la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura.

En todas las culturas, la familia imprime a sus miembros un sentimiento de identidad independiente, pero aunque la familia es la matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros también debe acomodarse a la sociedad, es decir culturizar. (37). Désele el punto de vista interno, la familia presenta un ciclo -vital que puede enumerarse en las siguientes etapas, que determinarán las funciones de la familia:

a) Etapa Marital o Matrimonial:

En esta etapa y mediante la unión de dos personas de sexo opuesto, para su mutua satisfacción se dan las metas y planes familiares, la decisión y preparación para la paternidad, el cuidado prenatal y la preparación para el parto.

b) Etapa de la Lactancia o Alimentación:

Es la etapa de la protección inicial en la simbiosis madre-recién nacido, que implica además el cuidado del Recién Nacido, su estimulación sicomotriz, el destete.

c) La Etapa del Desarrollo Sicomotor:

Ayudar al niño al dominio de su cuerpo, caminar, control de esfínteres, verbalización, etc.

d) La Etapa de las Relaciones de Consolidación:.

Se da entre los padres y el niño. Se inicia el establecimiento de límites claros y un subsistema parental claro; la -facilitación de las relaciones con otras personas y la preparación para la escuela,

e) Unidad Familiar:

En esta etapa se inicia el trabajo, los juegos, las celebraciones y las relaciones con otros miembros familiares, iniciándose relaciones más complejas en la escuela (para los niños).

f) Adolescencia:

Se inicia la independencia de los padres y se delimitan las fronteras entre lo que es familia y lo que es la comunidad.

g) Etapa de Emancipación:

Hay emancipación de los hijos, tanto en lo económico como en lo efectivo (usualmente matrimonio).

h) La adultez avanzada:

En esta etapa los padres se convierten en abuelos.

i) Envejecimiento.

Todas estas etapas que señala Fleck se presentan en las familias y representan crisis que determinan formas de adaptación

familiar. Haciendo un análisis más profundo de la familia diremos que este es un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación.

En segundo lugar tal como lo detallamos antes, presenta un desarrollo desplazándose a través"de un cierto número de etapas que exigen una reestructuración. En tercer lugar la familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada -miembro. (19, 30, 37)

ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR

En la familia, tanto la estructura como su dinámica están íntimamente relacionadas, pues son algo simultáneo y continuo, como veremos a continuación.

La estructura familiar, Minuchin la describe como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia, la cual es un sistema que opera a través de pautas transaccionales... las cuales regulan la conducta de los miembros de la familia". (37), esto es, que cada miembro toma pautas de cómo debe relacionarse, cuándo y con quién, lo que determinará la dinámica familiar. De la misma manera, éste modo conductual dentro de la familia, permite determinar quién es el que manda en la familia, cómo han de actuar los padres ante los hijos y viceversa, en fin, la forma en cómo se complementarán para constituirse como conjunto.

Este conjunto ó sistema familiar se perpetua por medio de las readaptaciones que debe ser capaz de hacer, cuando las circunstancias cambian, y a la vez por medio de pautas conductuales -más o menos estables para que la estructura familiar se mantenga y consolide. Esta adaptabilidad de la familia ante la crisis que demanda la vida, estará determinada por la adaptabilidad de sus miembros.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, que pueden determinarse por la edad, sexo, función que realicen, interés.

Esta organización en subsistemas permite a su vez, que cada individuo reciba entrenamiento que fortalezca su "yo", y a la vez, le permite aprender a interrelacionarse, adoptando pautas conductuales adecuadas o no, de tal forma que un hijo debe obedecer a su madre, y al hacerlo define quién es ella en relación con él, y él en relación con ella. Por otro lado, el hijo mayor puede tener un rol parecido al de los padres, cuando éstos faltan.

No obstante, cada subsistema en la familia debe dejar bien claros esos límites, en base a las funciones que le competen; así los padres deben de orientar a sus hijos, alimentarlos y apoyarlos, por lo tanto el liderazgo familiar recae necesariamente en ellos.

Al dejar claros esos límites, permite que cada individuo se desarrolle en forma organizada dentro de su subsistema, y así el funcionamiento familiar es adecuado.

De allí que, si éstos límites son difusos, los miembros tienden a sobre involucrarse en funciones que no les competen; si -por el contrario, éstos límites son muy rígidos, los miembros estarán desligados unos de otros, con un sentido desproporcio-

nado de independencia, Estos tipos de familia los llamaremos Familia Sobre involucrada e Indiferente, respectivamente; entre ambas, y con sus límites claros están la familia normal.

Pero no necesariamente toda la familia puede tener tal ó cual delimitación; puede suceder en uno de los subsistemas, por ejemplo: que ambos padres estén sobre involucrados entre sí, pero no en relación a sus hijos.

En base a éstos límites podemos definir tres subsistemas básicos en una familia, dependiendo de su rol o funciones:

1. - Subsistema Conyugal.
- 2.- Subsistema Parental,
3. - Subsistema Fraternal

1. - El Subsistema Conyugal:

Es el primero que se forma, y tal como lo describe Fleck y Minuchin, cuando una pareja se forma es necesario su -complementariedad y acomodación mediante pautas transaccionales que ellos ya traen de sus familias de origen, y de aquellas que ellos mismos formarán al interrelacionarse.

Este subsistema conyugal habrá de adaptarse a las etapas que sufrirá, habrá de mantener su unidad puesto que al final del ciclo de la vida familiar, éste subsistema será el único que quedará. De allí que es necesario la inter-

dependencia entre los cónyuges, y la delimitación de su privacidad, es decir, su propia autonomía,

2. - El Subsistema Parental:

Se forma cuando nace el primer hijo, se iniciarán por tanto, nuevas funciones dentro de las etapas que vayan apareciendo, de allí que durante la lactancia la madre -habrá de darle a su hijo además de su leche, su cariño y protección; posteriormente durante el destete, reafirmará su carácter al enfrentarse al niño a su primera adaptación. Pero a medida que el niño crece empujará también a los padres a adaptarse con él, puesto que éstos habrán de aprender a enseñar, ya que nadie nace siendo un padre ideal y sapiente. De allí que cuando el niño empieza a relacionarse con otras personas, los padres habrán de darle las pautas de relación, adecuadas éstas últimas con las normas sociales y culturales. Es acá donde surge el principio de autoridad y liderazgo, puesto que aún cuando los padres sean comprensivos tendrán que restringir en algún momento dado a sus hijos. El subsistema parental se adapta con el advenimiento de un nuevo hijo, y su interrelación con cada-uno de los hijos es triangular, es decir, de ambos padres con cada uno de los hijos.

3. - El Subsistema Fraternal:

Está determinado por un cierto grado de igualdad entre -todos los hijos, pues todos son hermanos. No obstante, la edad, el sexo y su orden (del primogénito al benjamín) es lo que determinará diferencias en cuanto a su desarrollo personal y su orientación posterior.

Estos subsistemas que forman parte de la estructura familiar, al mismo tiempo se dinamizan al interrelacionarse.

Es así como la familia se ve sometida a la presión interna de la evolución de cada miembro y subsistema, y al mismo tiempo, la presión que ejerce en el exterior la sociedad. Esta dinamización de esas presiones, determinan que los problemas que a diario se ve sometida una familia, generen en ésta, conductas adaptivas; de tal forma, cuando un miembro sufre un contacto estresante con fuerzas extrafamiliares, como ocurre cuando un padre viene abrumado por el trabajo a su casa, trata en primer lugar de adaptarse mediante la ayuda de su cónyuge (dentro del subsistema conyugal), si no logra su objetivo involucra -a todos los subsistemas mediante actitudes verbalizadas o no por ejemplo: los hijos tratan de comprenderlo más, etc.

También la familia en su totalidad puede verse estresada y acá toda la familia habrá de adaptarse, un ejemplo de ello es cuando el ingreso económico familiar se ve fuertemente reducido, la familia tendrá que disminuir sus gastos.

La familia se debe adaptar en los momentos transicionales de cada uno de sus miembros, por ejemplo:, cuando el niño se convierte en adolescente, cuando se casa, todo ello determina reorganización de la familia.

Por último, la familia, manteniendo siempre su homeostásis interna, se debe adaptar frente al stress referente a problemas de idiosincracia, como sucede cuando un individuo se enferma seriamente, su rol debe ocuparlo otro miembro, y cuando aquel regresa, debe de reorganizarse nuevamente. O sea, que -la familia tiende a mantener su homeostásis interna.

Para finalizar, diremos que la familia siempre tiende al desarrollo de sus miembros, y de una u otra forma cumple sus funciones. (19, 30, 37) .

PATOLOGÍA FAMILIAR

Durante muchos años en el abordaje psiquiátrico se llegó a concebir al individuo como el asiento de las patologías. (36) Pero ésta concepción ha variado á partir de la segunda década del Siglo XX, Munichin señala que "la vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo in fluye sobre su contexto y es influido por éste por secuencias -repetidas de interacción". (37)

Se reafirma pues, el importante papel de la familia con la in -fluencia que tiene en la conducta y la salud de sus miembros. (46) Bajo éste contexto cuando se habla de la patología psiquiátrica de un individuo, solo se toca una parte, habrá pues (desde una concepción más amplia) que hablar de Patología Familiar. La familia como ya hemos señalado, tiene una estructura donde -se asienta, y múltiples interrelaciones (dinámica) determinadas por pautas conductuales, límites, roles afectivos, comunicación tareas. De allí pues que para fines de estudio dividiremos la Patología Familiar en dos grandes grupos:

- Patología de la Estructura Familiar
- Patología de la Dinámica Familiar

PATOLOGÍA DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

Describiremos primero, la patología en los miembros de la familia:

La Madre

Recordando lo significativo que es el papel que tiene la madre en los primeros años, en cuanto a las primeras relaciones de -individuo, su seguridad y su desarrollo afectivo, mencionaremos los tipos de madres patógenas al desarrollo de la personalidad de sus hijos:

a) Inmaduras

Le que las hace incapaces de la entrega, sacrificio y abnegación propias de la maternidad.

b) Ignorantes

No saben como educar a sus hijos, ni resolver los problemas que conlleva la maternidad.

c) Inarmónicas

Son inestables y desequilibradas, perjudicando afectivamente al niño.

d) Sobreprotectoras

Se vé en las madres de los pacientes alcohólicos frecuente -mente. (17,40)

Son madres con exigencias tiránicas que perjudican la emancipación del hijo.

e) Abusiva

Son madres con exigencias tiranicas que perjudican la emancipación del hijo.

f) Escrupulosas

Es perfeccionista, de efecto rígido, pero que no sabe tratar a sus hijos debido a sus dudas.

f) Madres que con su propia virilidad desvirilizan al hijo.

g) Con enfermedades mentales

Son muchos los estudios que demuestran la repercusión perjudicial que tiene sobre el psiquismo de sus hijos. León Cytrin en un estudio (1984) encontró la tendencia a los disturbios afectivos en hijos de padres con enfermedades afectivas (12); otros autores han encontrado lo mismo, P.e : Bears lee (1983) habla del gran riesgo que tienen los hijos de padres maníacos depresivos a presentar trastornos conductuales (4) Davenport encontró (1984) que las madres con disturbios afectivos eran menos atentas o sobreprotectoras, desorganizadas, tensas o inefectivas con respecto a .sus hijos (13) lo que afecta el desarrollo adecuado en ellos. Gaensbauer (1984) señala que en hijos con padre maníaco depresivo, tienen disturbios generales en cuanto a su capacidad de adapta bilidad emocional, y que su severidad aumenta con la edad. (22); Carolyn Zahn-Waxler et al hizo un estudio (1984) en niños con un padre con enfermedad maníaco depresivo para mostrar el modo en que los afectará en sus relaciones sociales, encontrando que a éstos niños les era difícil manifestar con fianza, eran hostiles y mostraban patrones mal adaptivos de

agresión. Sus problemas emocionales y sociales fueron similares a los de su padre enfermo. (47); Paul Soloff et al (1983) en un estudio a pacientes "borderline"¹ encontraron una gran variedad de desórdenes psiquiátricos en sus familias de origen. (41); Feldman-et al (1984) menciona que hay patrones interaccionales en familias de niños "borderline", donde uno de los padres tiene un severo desorden de la personalidad mientras el otro padre falla en protegerlo de los efectos psicopatológicos (16); Paul Hobb habla (1982) de la gran incidencia de desórdenes psiquiátricos encontrada en padres de niños con problemas (25), Walker and Shaye (1982) en un estudio a esquizofrénicos encontraron una historia familiar de psicopatología, sobre todo en los padres (45). Ha sido tanta la importancia a éste aspecto que recientemente (1984) la American Journal of Psychiatry le dedicó un editorial. (14)

El Padre

No es sino recientemente que se está revalorizando el papel del padre y su influencia en el desarrollo psicológico de su hijo, los tipos de padre patógeno será:

a) Pasivo-Femenino

Con poca autoridad, ya sea por no poder mandar, o por mucha autoridad de la madre; es el tipo de padre común en los alcohólicos. (40)

b) **Escrupulosos**

Tal como se describió a la madre de éste tipo, pero en ésta ocasión, más importante por lo dañino de la imagen de un padre inseguro.

c) **Cruel**

Equivale a la madre abusiva, pero llega a ser más intenso.

d) **Sobreprotector**

el Inmaduro

f) **Con enfermedad mental**

Se aplica lo dicho para la madre

g) **Alcohólico**

Se ha visto que en gran proporción producirá hijos alcohólicos. (21,40)

Los Hijos

No suelen ser generadores de Patología Familiar, pero sí en cuanto a estructura; si pueden ser partícipes como veremos al describir la Patología en la Dinámica, pero mencionaremos:

a) **Desordenes Psiquiátricos Orgánicos, como Retraso Mental y -otras deficiencias de origen hereditario o metabólico que provocan ciertas actitudes en sus padres y hermanos.**

b) **Desordenes Conductuales: Es difícil analizarlos aisladamente sin tomar en cuenta su interrelación con los padres y**

otros. Mencionaremos nada más: dependencia, hostilidad, introversión, libertinaje, etc.

Veremos ahora algunas alteraciones estructurales, los subsistemas

SUBSISTEMA PARENTAL

1. - Ausencia de uno de los padres:

1.1 De la Madre

Si su ausencia se debe a la muerte, la familia buscará el equilibrio por medio de una sustitua, la cual puede ser:

a) La hija Mayor

Desarrollará nuevas situaciones, para ella, por un lado tendrá el respeto y la obediencia de sus hermanas que dejarán de relacionarse con ella como hermanas para hacerlo de forma madre-hijo. Por otro lado, con el padre su situación será doble: la esposa que se encargue de los problemas de la casa, pero afectivamente aún será la hija.

Esto puede durar hasta la emancipación de los hijos, pero puede crear una simbiosis hija-padre que perjudicará a la hija mientras el padre viva.

La Madrastra

Generalmente provoca conflictos al principio, sobre todo si los hijos están ya grandes.

- c) La situación que será la más patógena para los niños, será cuando no hay una sustitución y los niños crecen sin la imagen materna. (35)
- d) La madre puede faltar también, aunque parcialmente, cuando trabaja, debido a necesidades económicas. Puede influir en los hijos dependiendo del tiempo - que trabaja, su nivel cultural, su participación en el hogar fuera del horario laboral, etc. (24) Otra causa de ausencia materna, aunque menos frecuente, es el abandono de hogar (lo cual es muy negativo para los hijos pequeños).

1.2 Del Padre

Produce más problemas económicos que psicológicos. Su ausencia es más grave si es por muerte o abandono y sobre todo a los 6-7 años, o en la pubertad cuando los hijos necesitan la figura paterna que les dé seguridad, guía y autoridad, además de la identificación sexual. (24,28) La figura del sustituto (padraastro) suele ser mejor aceptada.

1.3 Madre Soltera

(Nacimiento ilegítimo): para el hijo natural o ilegíti-

mo puede tener consecuencias, lo mismo que para su madre soltera. Ella tendrá que enfrentar una serie de conflictos desde el principio de su embarazo, como ser el rechazo y desprecio familiar, sentimientos de culpa, soledad, frustración, problemas económicos, que puedan colindar con la desesperación, dependiendo de si recibe apoyo, comprensión y ayuda. Para el hijo lo más importante será la carencia de un padre la mayoría de veces, aunque no será rara la figura del padre adoptivo.

2. - Ausencia de los dos Padres

La orfandad trae como consecuencias psicosociales la asociabilidad, delincuencia, e t c . pero es en el aspecto psicológico que nos interesa señalar que puede producir retraso en el desarrollo de la personalidad, mala identificación, disturbios afectivos de conducta, de relación, sicopatías, hostilidad, etc. (35,43)

SUBSISTEMA CONYUGAL

Divorcio

Ya es muy discutido desde muchos puntos de vista; podemos decir que las opiniones de si es negativo o no, se reparten casi a partes iguales; pero la verdad es que quienes nunca ganan son -los hijos, pues aunque les favorezca el clima de calma que pue-

de traer, si el divorcio se produjo por conflictos difíciles entre sus padres pronto empezarán a extrañar al padre que falta. Por otro lado, es común que los padres por separado, inculquen sentimientos ambivalentes hacia "el otro" para que se pongan de su parte, unos abiertamente y otros con posturas mártires, que dejan entender que el otro tiene la culpa.

SUBSISTEMA HIJOS

Adopción

Algunos autores han definido ya un "Síndrome de adopción" caracterizado por una neurosis, síntomas psicossomáticos, disturbios de integración con trastornos de conducta, reacciones de agresividad, aislamiento y huida. Esto puede deberse a las siguientes razones:

- 1] Que los padres adoptivos pueden exigir más de lo que el niño pueda satisfacer.
- 2) Un problema de identidad del niño, en relación con, si ha sabido integrarse o no con su nueva familia; muchas veces no logra identificar como padres a quienes lo adoptan, esto dependiendo de la edad y condiciones de la adopción.
- 3) Actitudes de la nueva familia, incluidos tíos, abuelos, etc. hacia el hijo adoptado en relación con los hijos "verdaderos", incluye acá, las actitudes con los hijos "verdaderos" (si los hay).

Algo importante es la edad en que el adoptado se da cuenta de su condición.

Con respecto a la familia, sus motivaciones pueden repercutir

Así:

- a) Familia responsable, que llena de afecto, cuidado y atención al niño s en éste caso el niño no tendrá problemas, si acaso hiperprotección.
- b) Familia que se aprovecha del niño, casi siempre niña, para tenerla como criada gratuita provocarán reacciones antisociales y trastornos de conducta que harán que el niño crezca con el deseo de "devolver los golpes" recibidos.

Algunos hijos adoptados (sobretudo los que pasan por varias familias) viven temerosos de perder su hogar, son inseguros, ávidos de afectividad pero, paradójicamente, incapaz de darla por su frialdad afectiva (35)

PATOLOGÍA DE LA DINÁMICA FAMILIAR

En muchos casos los diferentes subsistemas y miembros que integran una familia por sí mismos no son patológicos, es decir que extraídos de ese ambiente familiar funcionarán adecuadamente, -pero al interrelacionarse van formando pautas conductuales o transicionales inadecuadas, los límites entre los diferentes subsistemas, se pierden o se vuelve rígidos; las conductas

adaptativas familiares también son inadecuados, merced a la rigidez de la familia. (35)

Todo ello genera lo que daremos en llamar Patología de la Dinámica Familiar; hay que recalcar no obstante que el denominativo de patológico, tendrá un gran trasfondo sociocultural, puesto que conductas que son aceptadas en toda una cultura en un -mismo momento histórico, no lo son en otra.

Señalamos que al inicio de nuestro abordaje sobre la familia, tratamos de dejar plasmado el concepto de normalidad familiar (en cuanto a estructura y dinámica).

Partiendo de esta salvedad, es necesario recalcar que cuando una familia es patológica, sus miembros como subsistemas independientes tratan de alcanzar una homeostasis, pero en ocasiones no llegan a lograrlo y todo el sistema familiar se quiebra por el lado más débil, lo que resulta en última instancia en algún miembro patológico.

Este miembro patológico puede llegar a ser una especie de "chivo expiatorio" que dentro de nuestra terminología daremos en -llamar "paciente identificado" (36) donde todo el stress de la inadaptación familiar recae.

De allí que cuando nos encontramos con un miembro patológico, habrá que analizarlo a la luz de su desenvolvimiento familiar,

no obstante no quiere decir ello que todo miembro con patología psiquiátrica ha sido generado por alteraciones de las relaciones familiares, pero habrá que recordar que el "individuo influye sobre su contexto y es influenciado por este por secuencias repetidas de interacción" tal como Minuchin lo aclara. (36)

De allí que incluso cuando en una familia existe algún elemento patológico la atmósfera emocional que la familia imprima -en el ambiente de éste, influirá en el curso de una enfermedad psiquiátrica, tal como lo demostró Vaughn et al en 1984 (44). Todo esto nos permitirá abordar ya sea la familia como un sistema en su totalidad o dentro de los subsistemas de que está constituido.

FAMILIA INDIFERENTE Y SOBREENVOLUCRADA

Los límites dentro de todos los sistemas son definidos por pautas conductuales o transaccionales.

Estos límites definen el rol de cada uno de sus miembros y de los miembros y de los subsistemas, tal como lo dejamos señalado en páginas anteriores y a lo que volveremos a referirnos en -vista de que el tema que nos ocupa lo demanda.

Cuando los límites son difusos, la familia tiende a aglutinarse de forma tal que hiporeacciona frente a los problemas que alguno de sus miembros afronte.

No obstante eso dependerá, tal como lo expresamos, del contexto sociocultural donde se desarrolle la familia, para el caso en Honduras y América Latina en general las pautas generales -de culturización obligan a un patrón de familia extendida y ya bajo esta estructura que ha sido transmitida a través de esa -cultura, los miembros de cada familia tienden a sobre involucrarse, un ejemplo son las famosas vendettas que por problemas casi pueriles se suscitan en nuestro país.

No queremos implicar con ello que todas las familias tomen tal actitud, pero los efectos culturales tendrán mucho que ver. Por otro lado cuando los límites familiares son rígidos, la familia no reacciona cuando tiene que reaccionar; cada miembro y subsistema familiar vive inmerso en su "rol", como es el caso de un padre al que ve con indiferencia que su hijo sea droga -dicto y racionaliza su conducta diciendo que "es asunto de él".

Todo ello convierte a cada uno de los miembros familiares es muy independientes y autónomos, pero cuyos nexos afectivos y -de comunicación son tan laxos que perjudican el desarrollo integral de sus miembros, como podríamos ver cuando un hijo no acude a su padre por problemas escolares, pues él se considera autosuficiente y por otro lado el padre no le dará la atención requerida, (37)

Sin embargo, no necesariamente toda la familia es sobre involucrada o indiferente. Puede ser que los límites entre los dis -

tintos miembros sean difusos o rígidos en algún subsistema, pero ser normal frente a otro.

Estos límites, no obstante pueden variar y generar "alianzas" como cuando una madre se sobre involucra más con sus hijos, por que el padre la trata con desconsideración, aunque éste último con respeto a sus hijos sea educado.

ANOMALÍAS EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL

Pueden existir problemas de relación entre los dos cónyuges y que trataremos de mencionar en base a la clasificación de Mendiguchea.

- 1) Parejas en que el lazo afectivo ha desaparecido, para tratarse en agresividad mutua, teniendo los hijos que tomar un bando.
- 2) Parejas Indiferentes (subsistema conyugal indiferente)
- 3) Parejas Sobre involucradas (subsistema conyugal sobreinvolucrado).
- 4) Parejas Inmaduras: Carecen de la madurez suficiente para aceptar el rol que les corresponde.
- 5) Parejas cuyos roles usuales están cambiados:
 - a) Tipo Madre-hijo: En el que el marido se baja al subsistema fraterno y se comporta como hijo.
 - b) Tipo Hija-padre: En el que la esposa se baja al subsistema fraterno y se comporta como hija.

6) Cuando uno de la pareja tiene un trastorno psiquiátrico, su relación marital puede ser conflictiva, como lo señalan Hoover y Fitzgerald, (2 7)

ANOMALÍAS DEL SUBSISTEMA PARENTAL

Se refiere básicamente a las anomalías que surgen en la relación padre-hijo.

Podemos dividir las de la siguiente forma:

a) Subsistema parental sobre involucrado (hiperproteccionista)

Algunos estudios como el de Carol Anderson et al en 1984, muestran su papel en la recaída de pacientes esquizofrénicos. [1]

b) Subsistema parental indiferente

c) Rechazo parental

d) Alteración en el liderazgo parental:

- Igualdad o Igualitario
- Hijo con rol parental
- Autoritario

Con respecto a estos describiremos los dos últimos (c,d).

Rechazo Parental

La no aceptación del hijo puede originarse por múltiples causas. En ocasiones los motivos son conscientes, en otros muchos

Inconscientes, reprimidos por el super yo parental.

Al respecto de esto último puede aparecer una sobreprotección compensadora descrita por muchos psicólogos que no es más que

un tipo de rechazo encubierto.

Alteración en el Liderazgo parental Igualdad

En este caso el liderazgo parental se trastoca en el de compañerismo, pensando que este tipo de actitud (según los padres) es de corte democrático, pero esta alteración en el liderazgo parental implica un abandono en el rol que le corresponde y significa que el hijo no podrá contar con un guía y su proceso de identificación se verá alterado.

Democracia familiar no implica que no debe haber un líder, al contrario es necesario que lo haya; pero más con un cariz orientador, respetando la integridad síquica de los hijos, quienes tienen que acatar todo lo que el padre ordene aún en contra de sí mismos.

Hijo con Rol parental

El de que un hijo tome este rol (de líder) dentro de una familia no implica patología, si es que faltan uno o los dos padres, temporal o permanentemente, perfectamente puede tomar este rol, pero cuando aún estando los padres, éstos por incapacidad, inmadurez, etc., dejan que sea un hijo el que tome este -rol, en ese caso sí se convierte en patología.

Sobre las anomalías en el subsistema paterno se han hecho muchos estudios, uno de ellos realizado por Walker et al en 1984 señala que uno de los aspectos más afectados en las relaciones

padres hijos, es la falta de comunicación entre ambos subsiste_mas. (46)

Anomalías en el Subsistema Fraternal

Alteraciones en este subsistema, pueden subdividirse de la siguiente forma:

- a) Subsistema fraternal sobre involucrado
- b) Subsistema fraternal indiferente

Se ha descrito el hecho de que una familia muy numerosa o muy pequeña está más proclive a Patología, pero esto no es cierto. Lo de patológico o no dependerá de su funcionalidad.

Una forma particular de alteración en la dinámica a nivel del subsistema parental y que por su alta frecuencia merece una descripción aparte, es la de agresión parental al niño.

Según Mendiguchea puede dividirse en:

- a) Síndrome del Niño Maltrato e Infanticidio
- b) El Incesto

a) El Síndrome del Niño Maltratado y El Infanticidio

Puede implicar un grado superlativo de rechazo parental, en otras ocasiones implica una forma desmedida de autoridad parental, como también la provocación de daño físico al niño.

h) El Incesto

Implica una alteración en el rol sexual de los padres y que puede deberse a patología como miembro y patología en cuanto a la relación parental.

Por último mencionaremos un trastorno a nivel comunicativo conocido como el "doble vínculo", que en los últimos años muchos autores, entre ellos Gregory Bateson, han hipotizado como generador de síntomas esquizofrénicos.

Según estos autores, los ingredientes necesarios que constituyen el doble vínculo son:

- 1) Dos o más personas envueltas en una relación familiar, una de las cuales es afectada y se convierte en la "víctima".
Se enuncia que quien inflinge el daño a la salud no necesariamente es la madre, puede ser la madre en combinación con el padre y/o hermanos.
- 2) Experiencia repetida: Para que se genere una "víctima" se requiere que ésta relación patológica sea repetitiva y constante, y que se convierta en una forma habitual de comunicación.

* Batensón, Gregory "Doble Vínculo y Esquizofrenia". Ediciones Carlos Lohlé, Buenos Aires, Argentina Página 20. 1972

- 3) Un mandato primario negativo: Ocurre cuando en una relación entre dos o más personas, al realizar una orden ésta en primera instancia se enuncia negativamente asociado con un castigo.

El castigo puede implicar: retiro del cariño, odio, cólera etc. pe: "no hagas eso o te castigaré" ó "si no haces eso, te castigaré",

- 4) Un mandato secundario que está en conflicto con el primero en un nivel más abstrato, y que, al igual que el primero es ta reforzado por castigos o señales que enuncian un peligro para la supervivencia; pe: "no consideres esto como un castigo".
- 5) Un mandato negativo terciario que prohíbe a la víctima escapar del campo.
- 6) Cuando éste tipo de comunicación ha sido aprehendido por la víctima, cualquier patrón de doble vínculo desencadena pánico o cólera, llevándolo a una pérdida del contacto con la realidad (pe: alucinaciones auditivas).

RESULTADOS

A) CUADROS

B) GRÁFICOS

C U A D R O 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS CON PATOLOGÍA FAMILIAR
PSIQUIÁTRICA Y DE SUS CONTROLES. HOSPITAL "SANTA ROSITA",
HONDURAS.

19 8 5

PATOLOGÍA FAMILIAR	FAMILI A	ESTUDIO	FAMILIA CONTROL		TOTAL
	f.o.	%	f.o.	%	f.o.
Si	49	98	40	80	89
No	1	2	10	20	11
T O T A L	50	100	50	100	100

$x^2: 8.37589$

gl: 1 probabilidad: 0.0042

$p < 0.05$

(corrección de Yates)

C U A D R O 2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN ESTRUCTURA FAMILIAR PATOLÓGICA Y DE SUS CONTROLES. HOSPITAL "SANTA ROSITA", HONDURAS

19 8 5

ESTRUCTURA FAMILIAR PATOLÓGICA					
ESTRUCTURA PATOLOGÍA	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL
	f.o.	%	f.o.	%	f.o.
Si	48	96	34	68	82
No	2	4	16	32	18
TOTAL	50	100	50	100	100

$X^2 : 13.3469$

gl: 1 prob: 0.005

(con corrección de Yates)

C U A D R O 5

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS DE PATOLOGÍA EN LA
DINÁMICA

FAMILIAR Y DE SUS CONTROLES, HOSPITAL "SANTA ROSITA",
HONDURAS

1985

PATOLOGÍA DE LA DINÁMICA FAMILIAR					
PATOLOGÍA EN DINÁMICA FAMILIAR	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL
	f.o.	%	f.o.	%	f.o.
Si	44	88	29	58	73
No	6	12	21	42	27
TOTAL	50	100	50	100	100

X² : 11.4663 gl: 1

prob: 0.0011

"con corrección de Yates"

C U A D R O 4

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE GÁSOI SEGÚN NIVEL DE GRAVEDAD DE -PATOLOGÍA FAMILIAR PSIQUIÁTRICA Y DE SUS CONTROLES. HOSPITAL -

"SANTA ROSITAV HONDURAS. 1985

GRAVEDAD DE LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA		FAMILIAR			
GRADO DE GRAVEDAD	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL f.o.
	f.o.	%	f.o.	%	
L E V E (1-2 aspectos)	11	22.44	17	42.5	28
MODERADA (3-4 aspectos)	18	36.74	16	40	34
SEVERA (5 ó más asp.)	20	40.82	7	17.5	27
TOTAL	49	100	40	100	89

$X^2 - 6.82227$

gl. = 2

prob - 0.0323

NOTA: De la suma total de 89 se han excluido 11 casos, que no presentaron indicadores de patología psiquiátrica familiar.

C U A D R O 5

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN TIPO DE FAMILIA (NUCLEAR O EXTENDIDA) Y DE SUS CONTROLES, HOSPITAL "SANTA ROSITA", HONDURAS, 1985

FAMILIA NUCLEAR O EXTENDIDA					
TIPO DE FAMILIA	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL
	f. obs.	%	f. obs.	%	f. obs.
	a. Nuclear	17	34	15	30
b. Extendida	33	66	35	70	68
TOTAL	50	100	50	100	100

$\chi^2: 2.297$

gl: 1 prob. 0.6374

("corrección de Yates)

C U A D R O 6

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN ESTRUCTURA DEL SUBSISTEMA PARENTAL Y DE SUS CONTROLES. HOSPITAL "SANTA ROSITA". HONDURAS

1 9 8 5

ESTRUCTURA DEL SUBSISTEMA PARENTAL					
ESTRUCTURA PARENTAL	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL
	f.obs.	%	f.obs.	%	f.obs.
a) Ambos padres	27	54	33	64	60
b) Solo La madre	17	34	16	32	33
c) Solo el Padre	2	4	0	0	2
d) Uno de los dos otro cónvuge	3	6	1	2	4
e) Ninguno de los Padres	1	2	0	0	1
TOTAL	50	100	50	100	100

χ^2 ; 4.6303

gl:4

prob : 0.3276

C U A D R O 7

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN EL LIDERAZGO FAMILIAR Y DE SUS CONTROLES.HOSPITAL "SANTA ROSITA", HONDURAS, 1985

LIDERAZGO FAMILIAR					
L Í D E R	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL
	f.o.	%	f.o.	%	f.o.
a. Padre	14	28	17	34	31
b. Madre	18	36	17	34	35
c. Ambos	12	24	14	28	26
d. Un hijo	6 0	12	2 0	4 0	8 0
e. Ninguno	0	0 0	0	0	0
f. Otro					
TOTAL	50	100	50	100	100

C U A D R O 8

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN LOS LÍMITES DE LA FAMILIA EN SU DINAMICA, Y DE SUS CONTROLES. HOSPITAL "SANTA ROSITA"

1985

LIMITES DE LA FAMILIA EN SU DINÁMICA					
LIMITES DE LA FAMILIA	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL
	f.o.	%	f.o.	%	f.o.
a. Sobreinvolucrado	35	6	0	00	35
b. Indiferente	42	10	0	100	92
c. Normal		84	50		
TOTAL	50	100	50	100	100

$\chi^2: 8.695$

gl:2 prob: 0.0131

C U A D R O 9

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN LOS LÍMITES DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN SU DINÁMICA^ DE SUS CONTROLES. HOSPITAL "SANTA ROSITA". HONDURAS, 1985.

LÍMITES DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN SU DINÁMICA					
DINÁMICA CONYUGAL	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL
	f.o.	%	f.o.	%	f.o.
a. Lazo afectivo débil	5	10	7	14	12
b. Indiferente	0	0	8	10	10
c. Sobreinvolucrados	4	8	17	4	2
d. Inmaduros	28	56	11	16	12
e. Normal	8	16		34	45
f. Otro				22	19
TOTAL	50	100	50	100	100

X²: 6.82924

gl:2

prob: 0.2336

C U A D R O 10

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN LOS LÍMITES DEL SUBSISTEMA PARENTAL EN SU DINÁMICA Y DE SUS CONTROLES. HOSPITAL SANTA ROSITA", HONDURAS, 1985.

LÍMITES DEL SUBSISTEMA PARENTAL EN SU DINÁMICA					
DINÁMICA PARENTAL	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL
	f.o.	%	f.o.	%	f.o.
a. Sobre involucrado	11	22	40	80	15
b. Indiferente	37	4	46	92	2
c. Normal		74			83
TOTAL	50	100	50	100	100

X²: 6.24257

gl: 2

prob: 0.0431

CUAPRO 11

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN LOS LIMITES DEL SUBSISTEMA FRATERO EN SU DINÁMICA Y DE SUS CONTROLES, HOSPITAL "SANTA ROSITA". HONDURAS. 198 5

LIMITES DEL SUBSISTEMA FRATERO EN SU DINÁMICA					
DINÁMICA FRATERNAL	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL
	f.ob s.	%	f.ob s.	%	f.ob s.
a. Sobre involucrada	14	28	3	6	17
b. Indiferente	1	2	0	0	1
c. Normal	35	70	47	94	82
TOTAL	50	100	50	100	100

$X^2:9.87375$

gl: 2

prob: 0.0076

C U A D R O 12

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS DE PROBABLE ENFERMEDAD
PSIQUIATRICA EN UN MIEMBRO (EXCEPTO EL PACIENTE), Y DE
SUS CONTROLES,
HOSPITAL "SANTA ROSITA" HONDURAS. 19 8 5

PROBABLE ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA EN UN MIEMBRO					
PROBABLE ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA EN	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA COOTROL		TOTAL
FAMILIA	f.o.	%	f.o.	o.	f.o.
a. Si	22	44	10	20 76	32
b. No	24	48	38	4	62
c. Dudoso	4	8	2		6
TOTAL	50	100	50	100	100

χ^2 : 8.32796

gl: 2

prob: 0.0156

C U A D R O 13

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROBABLE MIEMBRO CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA (EXCEPTO EL PACIENTE), Y DE SUS CONTROLES. HOSPITAL SANTA ROSITA, HONDURAS. 1985.

MIEMBRO IDENTIFICADO	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL
	f.o.	%	f.o.	%	f.o.
a. Padre	27	6.89	0	0	2
b. Madre	12	24.13	3	21.42	10
c. Hijo	8	41.37	8	57.14	20
d. Otro		27.5 8	3	21.42	11
TOTAL	29	100	14	100	43

$X^2 = 1.6397$ gl: 3 prob: 0.6550

NOTA: Solo 43 familias identificaron un probable miembro con patología psiquiátrica (excepto el paciente).

C U A D R O 14

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS DE PROBABLE ALCOHOLISMO EN UN MIEMBRO FAMILIAR (EXCEPTO EL PACIENTE) Y DE SUS CONTROLES. HOSPITAL "SANTA ROSITA". HONDURAS. 1985

EXISTENCIA PROBABLE ALCOHOLISMO EN MIEMBRO FAMILIAR					
ALCOHOLISMO	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL
	f.o.	%	f.o.	a o	f.o.
a. Si	38	76	23	46	61
b. No	12	24	24	48	36
c. Dudoso	0	0	3	6	3
TOTAL	50 —	100	50	100	100

χ^2 : 10.6885

gl=2

prob: 0.0053

C U A D R O 15

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS DE IDENTIFICACIÓN DE PROBABLE MIEMBRO ALCOHÓLICO (EXCEPTO EL PACIENTE), Y DE SUS CONTROLES. HOSPITAL "SANTA ROSITA". HONDURAS 1985

IDENTIFICACIÓN DE PROBABLE MIEMBRO ALCOHÓLICO					
MIEMBRO IDENTIFICADO	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL
	f.o.	%	f.o.	%	f.o.
a. El padre	18	45.0	101	35.7	28
b. La madre	0	37.5	116	3.6	1
c. Unhijo	157	7.5		39.3	26
d. Otro				21.4	13
TOTAL	40	100	28	100	100

$\chi^2: 1.92$

gl: 3 prop: 0.59

C U A D R O 16

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGUN LA REGIÓN DEL PAÍS
DONDE HABITA, Y DE SUS CONTROLES. HOSPITAL "SANTA ROSITA".
HONDURAS.
1985

REGIÓN DONDE HABITAN	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL	
	f.o.	%	f.o.	%	f.o.	%
a. Región Central	39	78	39	78	78	78
b. Región Sur	2	4	2	4	4	4
c. Región Oriente	4	8	4	8	8	8
d. Región Norte	4	8	4	8	8	8
e. Región Occidente	1	2	1	2	2	2
TOTAL	50	100	50	100	100	100

$$X^2 = 211.6$$

$$g .l. = 4$$

$$p - 0.0000$$

C U A D R O 17

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN PERTENENCIA DE LA RESIDENCIA FAMILIAR, Y DE SUS CONTROLES, HOSPITAL "SANTA ROSITA", HONDURAS.

1985

R E S I D E N C I A F A M I L I A R					
RESIDENCIA	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL
	f. o	%	f. o	%	f. o b
a. Propia	39	78	33	66	72
b. Alquilada	9	18	14	28	23
c. Otro		4		6	5
Total	50	100	50	100	100

$X^2:1.786$

gl: 2

prob. 0.5877

C U A D R O 18

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN EL TIPO DE CONSTRUCCIÓN (PAREDES) DE LA RESIDENCIA FAMILIAR, Y DE SUS CONTROLES. HOSPITAL " SANTA ROSITA", HONDURAS.

19 8 5

TIPO DE CONSTRUCCIÓN DE RESIDENCIA FAMILIAR					
TIPO DE CONSTRUCCIÓN (PAREDES)	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA	CONTROL	TOTAL
	f. o	%	f. o	%	f. o
a. Cemento	34	68	35	70	69
b. Madera	9	18	12	24	21
c. Bahareque	5	10	2	4	7
d. Otro	2	4	1	2	3
Total	50	100	50	100	100

X²: 2.0621

gl: 3

prob: 0.5634

C U A D R O 19

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN EL INGRESO PERCAPITA (LPS) FAMILIAR ANUAL, Y DE SUS CONTROLES. HOSPITAL "SANTA ROSITA", HONDURAS.

1985

INGRESOS PERCAPITA FAMILIAR (ANUAL)					
INGRESOS (LPS.) PERCAPITA FAMILIAR ANUAL.	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL
	f. 0	%	f. 0	%	f. 0
a) 0 - 100	27	4	26	4	4
b) 101 - 300	12	14	14	122	13
c) 301 - 900	17	24	13	826	26
d) 901 - 2000	12	34	15	30	30
e) 2001 - o más		24			27
Total	50	100	50	100	100

r = 1 - 0 9 7 4 4

gi:4 prob. 0.8941

C U A D R O 2 0

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN NUMERO DE
DEPENDIENTES ECONÓMICOS DENTRO DE LA FAMILIA, Y DE SUS
CONTROLES. HOSPITAL "SANTA ROSITA" HONDURAS,

1 9 8 5

MIEMBROS DEPENDIEN	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL	
	f.o	%	f.o	%	f.o	%
0-3	30	60	26	52	56	56
	14	28	22	44	36	36
4 – 6	6	12	12	4	8	8
7 ó más						
Total	50	100	50	100	100	100

C U A D R O 21

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS Y DE SUS CONTROLES, SEGÚN TAMAÑO FAMILIAR POR NÚMERO DE MIEMBROS. HOSPITAL "SANTA ROSITA". HONDURA

1985

TAMAÑO DE LA FAMILIA					
NUMERO DE MIEMBROS	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL
	f .0	%	f .0	%	f .o
a) 0 - 3	4	8	4	8	8
b) 4 - 6	26	52	28	56	54
c) 7 ó más	20	40	18	36	38
Total	50	100	50	100	100

X²: 0.179337

g:l: 2

prob. 0.9138

= 100 =

C U A D R O 22

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN EL ESTADO CIVIL DEL SUBSISTEMA CONYUGAL, Y DE SUS CONTROLES. HOSPITAL "SANTA ROSITA". HONDURAS.

1985

ESTADO CIVIL DEL SUBSISTEMA CONYUGAL					
ESTADO CIVIL	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL
	f. obs	%	f. obs	%	f. obs
a. Casado	2419	48	27	54	5139
b. Union Libre	7	38	203	40	10
c. Soltero		14		&	
Total	50	100	50	100	100 -----

χ^2 : 1.80211

gl: 2

prob. 0.59

C U A D R O 23

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS CON SEPARACIÓN O DIVORCIO CONYUGAL Y DE SUSCONTROLES. HOSPITAL "SANTA ROSITA". HONDURAS.

SEPARACIÓN O DIVORCIO CONYUGAL					
SEPARACIÓN O DIVORCIO.	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL
	f. o	%	f. o	%	f. o
a. Si	15	30	13	26	28
b. No	35	70	37	74	72
Total	50	100	50	100	100

$X^2 : 0.248016$

gl : 1

prob. 0.6247

C U A D R O 24
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS CON CONFLICTOS CONYUGALES
CONTINUOS, Y DE SOS CONTROLES. HOSPITAL "SANTA ROSITA "

HONDURAS

19 8 5

CONFLICTOS CONYUGALES CONTINUOS					
RESPUESTAS	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL
	f. o	%	f. o	%	f. o
a. Si	18	36	15	30	33
b. No	32	64	35	70	67
Total	50	100	50	100	100

$X^2: 0.4522$

gl: 1

prob. 0.5057
 "con corrección de Yates"

C U A D R O 25

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN CAUSA DE UN MIEMBRO EN EL SUBSISTEMA PARENTAL, Y DE SUS CONTROLES. HOSPITAL "SANTA ROSITA". HONDURAS.

19 8 5

CAUSA	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL
	f . o	%	f . o	%	f . o
a) Muerte de un padre	10	47.7	4	23.6	14
b) Divorcio	1	4.7	3	17.6	4
c) Abandono Conyugal	6	28.6	7	41.2	13
d) Madre Soltera	3	14.3	3	17.6	6
e) Otro	1	4.7	0	0	1
Total	21	100	17	100	38

f.o: frecuencia observada

?: porcentaje

X^2 : 4.27466

g.L. = 4

probabilidad = 013710

$p < 0.05$

C U A D R O 26

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS Y DE SUS CONTROLES SEGÚN LA FORMA DE SUSTITUCIÓN DEL PADRE **FALTAFO EN EL SUBSISTEMA PARENTAL. HOSPITAL " SANTA ROSITA" HOTORAS ^**

1985

FORMA DE	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL
	f. o	%	f. o	%	f. o
a) hizo la veces de padre y madre	15	78.9	12	63	27
b) Se volvió a casar	2	10.5	2	10.5	4
c) El hijo (a) mayor hizo las veces de padre.	2	10.5	5	26	1 1
Total	19	100	19	100	38

f. o . frecuencia observada

%; porcentaje

$X^2 = 0.688853$

$g.l. = 2$

probabilidad = 0.7140

$p < 0.05$

C U A D R O 27

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL PE CASOS CON EL PÁCTEME COMO HIJO
ADOPTADO. HOSPITAL "SANTA ROSITA", HONDURAS.

19 8 5

PACIENTE COMO HIJO ADOPTADO	PACIENTE PSIQUIÁTRICO	
	f. o	%
Si	6	10
No	45	90
Total	50	100

f . o = frecuencia observada

% = porcentaje

X^2 : 32.02

g.1=1

probabilidad = 0.0000

C U A D R O 28

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS CON HIJOS ADOPTADOS, Y DE SUS CONTROLES.
HOSPITAL "SANTA ROSITA". HONDURAS.

19 8 5

HIJOS ADOPTADOS	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL
	f. o	%	f. o	%	f. o
Si	10	20	7 43	14	17
No	40	80		86	83
Total	50	100	50	100	100

f. o . = frecuencia observada

$X^2 = 44$

gl. : 1

% . porcentaje

probabilidad : 5%

= 107 =

C U A D R O 29

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS CON EL PACIENTE COMO HIJO
DESEADO. HOSPITAL "SANTA ROSITA", HONDURAS.

1985

PACIENTE COMO HIJO	FAMILIA	ESTUDIO
	f. o.	%
a) Si	43	86
h) No	7	14
TOTAL	50	100

X^2 : 25.94

gl: 1

prob: 0.0000

C U A D R O 30

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS Y DE SUS CONTROLES SEGÚN LA
CCMUNICACION FAMILIAR ANTE MOTIVOS DE CONFLICTO. HOSPITAL "SANTA
ROSITA", HONDURAS.

1985

COMUNICACIÓN FAMILIAR ANTE MOTIVOS DE CONFLICTO					
A QUIEN SE DIRIGE PRIMERO	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL
	f. obs	%	f. obs	%	f.obs
a. Padre	5	10	14	28 58	19
b. Madre	30	60	29	0	59
c. Hermano d.	1	2	0	6	1
A todos	8	16	3	2 0	11
e. A ninguno	6	12	1		7
f. A otro	0	0	3		3
Total	50	100	50	100	100

$X^2:14.1243$

gl: 5

prob. 0.0153

C U A D R O 31

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS Y DE SUS CONTROLES SEGÚN LA COMUNICACIÓN FAMILIAR ANTE MOTIVOS DE ALEGRÍA. HOSPITAL "SANTA ROSITA", HONDURAS.

19 8 5

COMUNICACIÓN FAMILIAR ANTE MOTIVOS DE ALEGRÍA					
A QUIEN SE DIRIGE PRIMERO	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL
	f. obs.	%	f. obs	%	f.obs
a. padre	5	10	13	26	18
b. madre	29	58	25	50	54
c. hermano	1	2	0	0	1
d. a todos	13	26	10	20	23
e. a ninguno	2	4	0	0	2
f. a otro	0	0	2	4	2
Total	50	100	50	100	100

$X^2 : 9 - 2$

gl. : 5

prob. 0.099

CUADRO 32

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS Y DE SUS CONTROLES SEGÚN
LA RESPUESTA FAMILIAR COMO MANEJAR UN PACIENTE
PSIQUIATRICO. HOSPITAL "SANTA ROSITA ", HONDURAS.**

1985

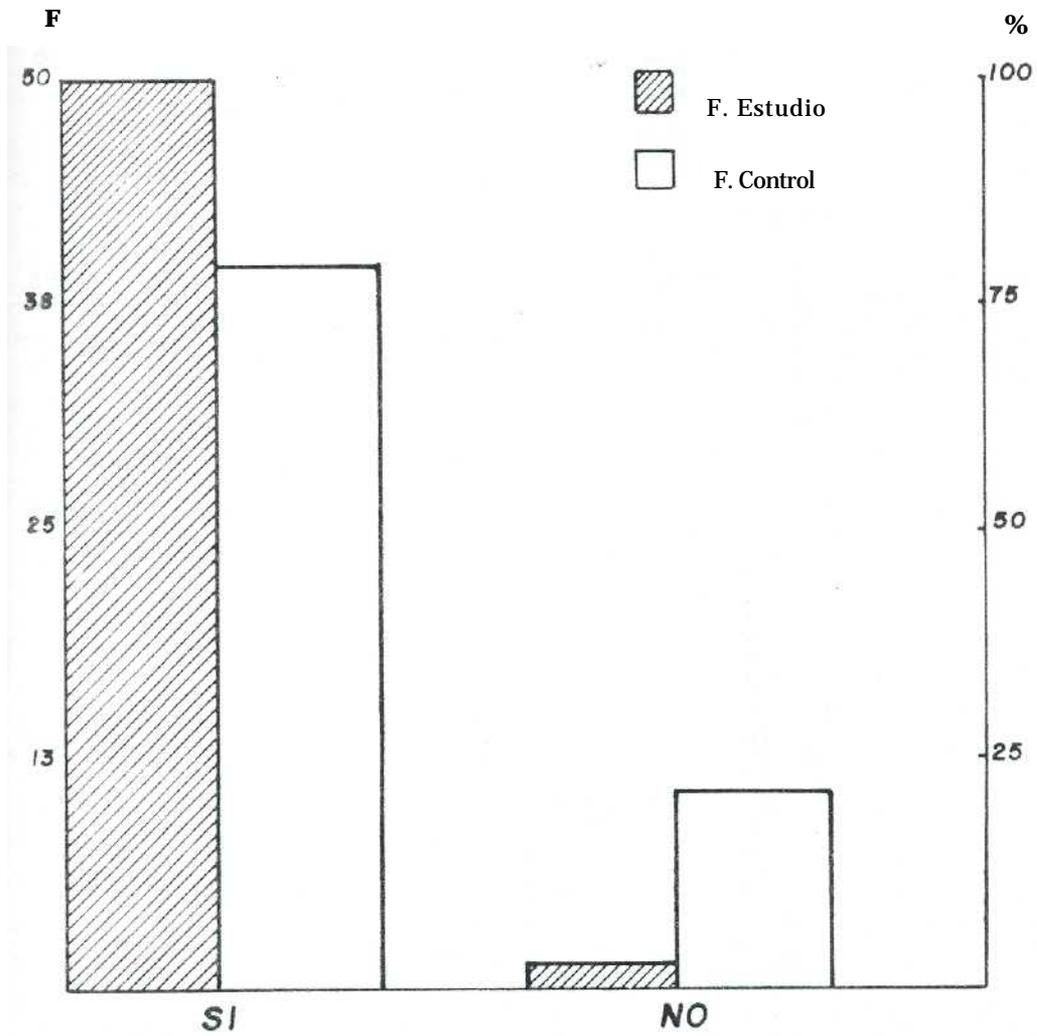
RESPUESTAS DE LAS FAMILIAS RESPECTO A COMO MANEJAR UN PACIENTE PSIQUIÁTRICO					
RESPUESTAS	FAMILIA ESTUDIO		FAMILIA CONTROL		TOTAL
	f.o.	%	f.0	%	f.0
a. En un Hospital siempre.	17	34	6	12	23
b. En un Hospital mientras se cura	31	62	41	82	72
c. Encerrado en un cuarto de la ca-sa	2	4	3	6	5
Total.	50	100	50	100	100

$X^2 : 6.84$

gl: 2

Prob: 0.03

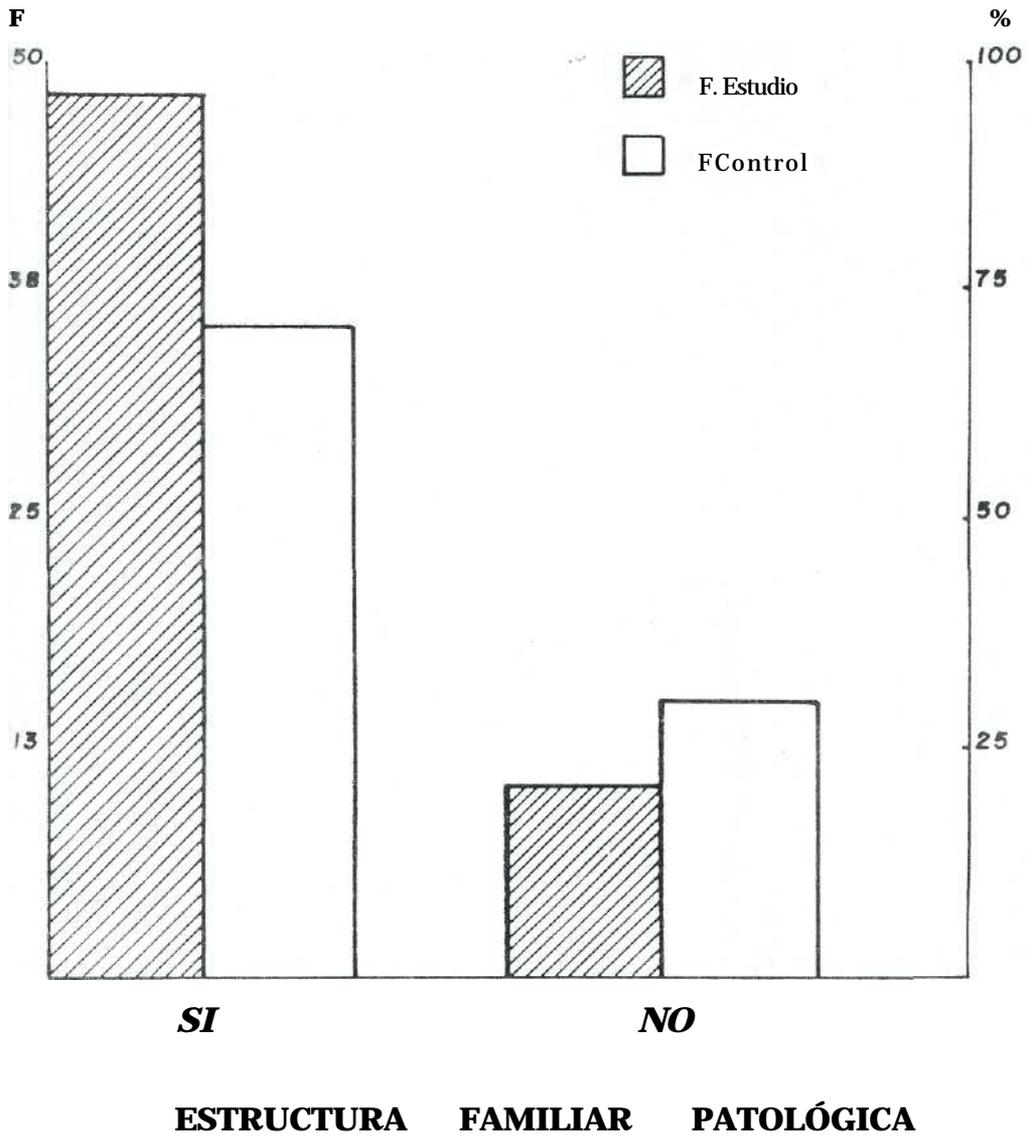
Distribución Porcentual de Casos con Patología Familiar Psiquiátrica, y de sus Controles. Hospital "Santa Rosita" Honduras, 1985.



PATOLOGÍA FAMILIAR

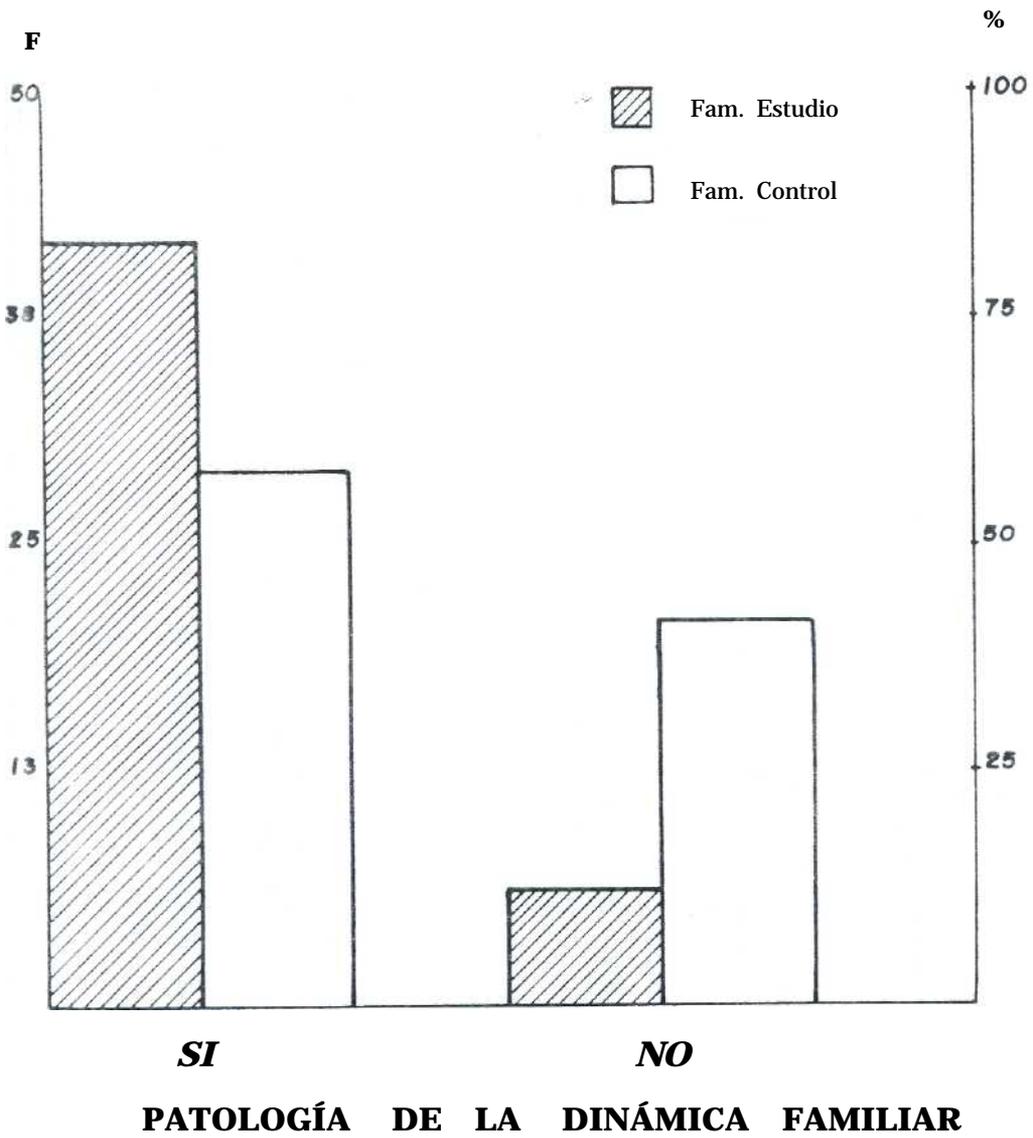
GRAFICA 1

Distribución Porcentual de Casos según Estructura Familiar Patológica, y de sus Controles. Hospital "Santa Rosa". Honduras, 1985•



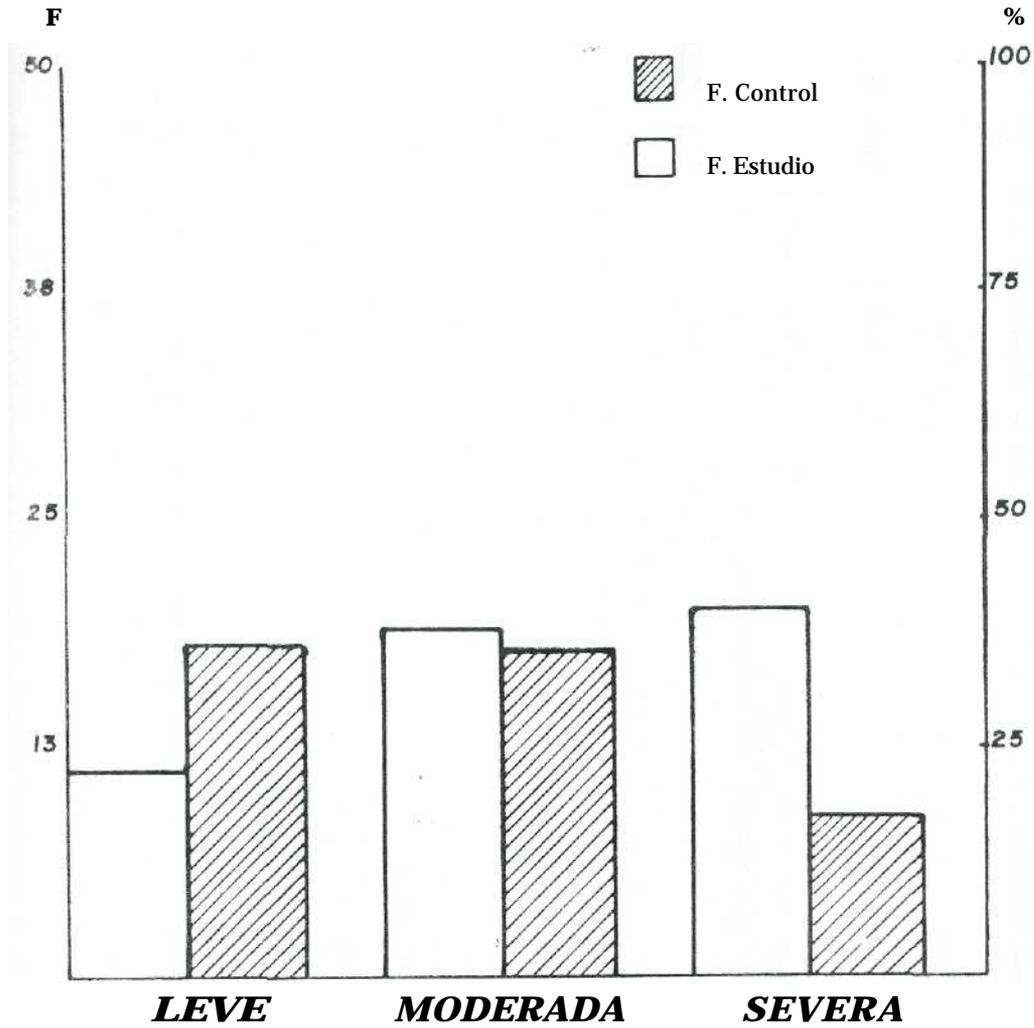
GRAFICA 2

Distribución Porcentual de Casos de Patología en la Dinámica Familiar, y de sus Controles. Hospital "Santa Rosita".Honduras, 1985



GRAFICA 3

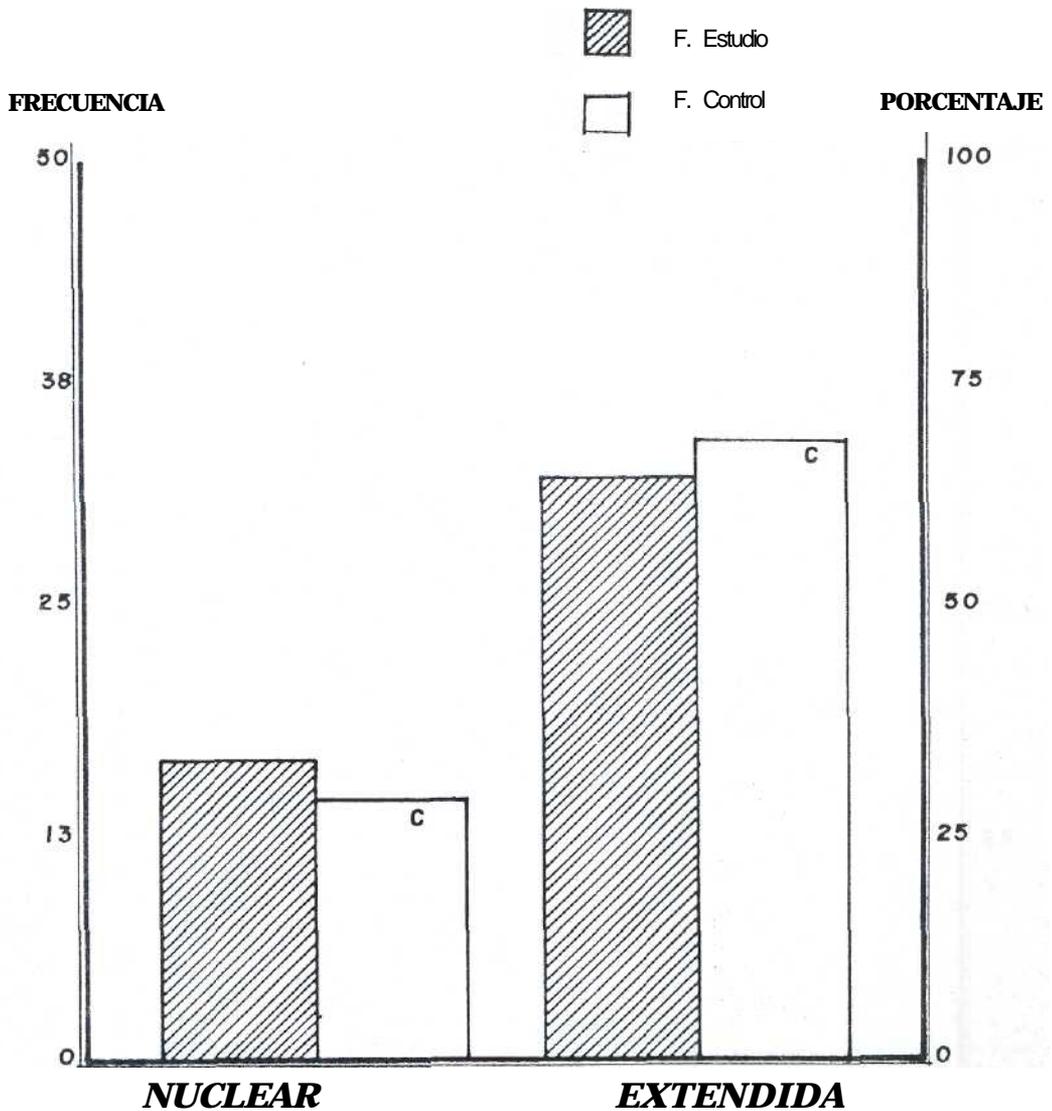
Distribución Porcentual de Casos según Nivel de Gravedad de Patología Familiar Psiquiátrica, y de sus Controles. Hospital "Santa Rosita". Honduras, 1985.



GRAVEDAD DE LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICO

GRAFICA 4

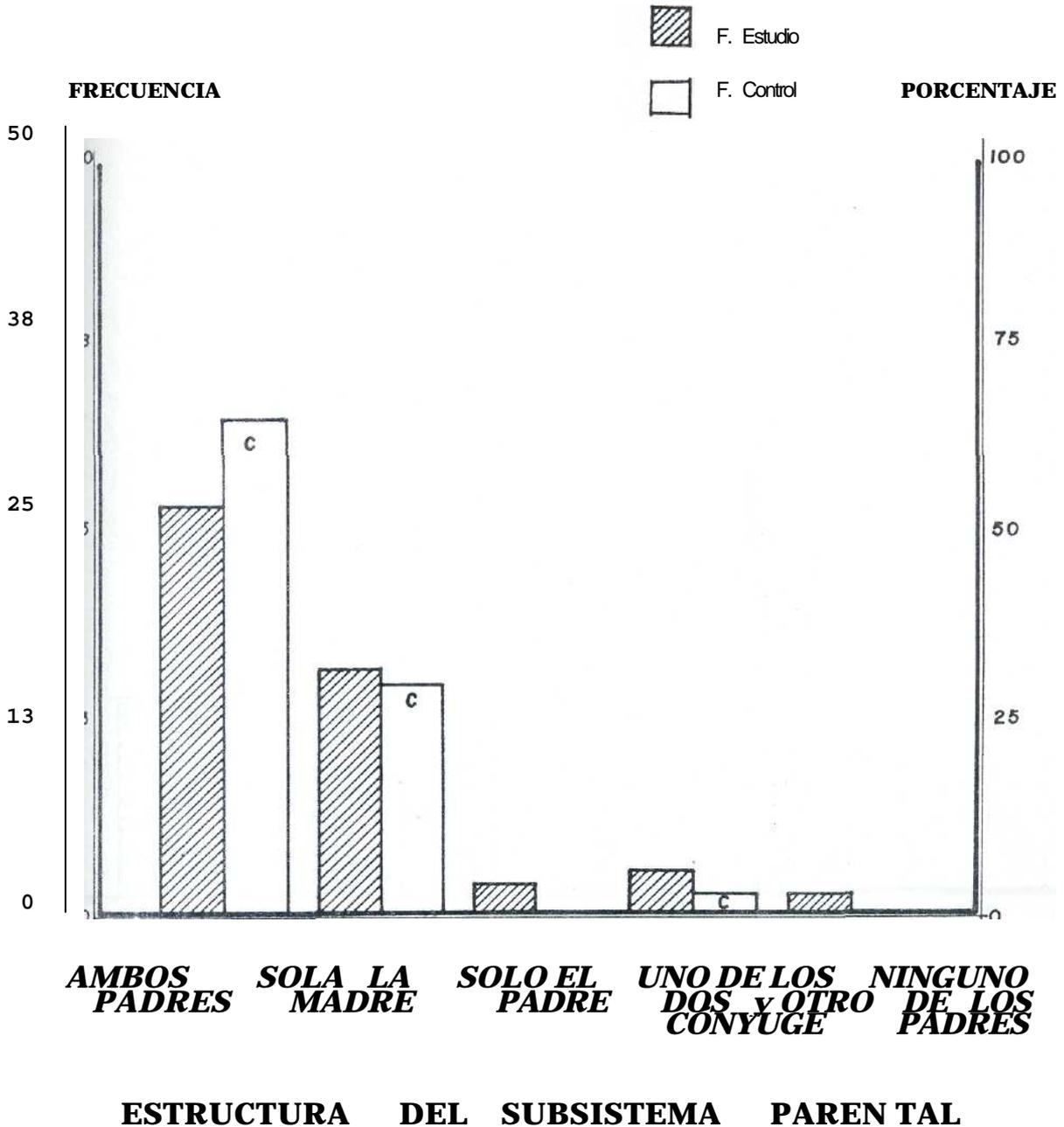
Distribución Porcentual de Casos según tipo de Familia (Nuclear ó Extendida), y de sus Controles. Hospital "Santa Rosita".Honduras, 1985.



FAMILIAR NUCLEAR O EXTENDIDA

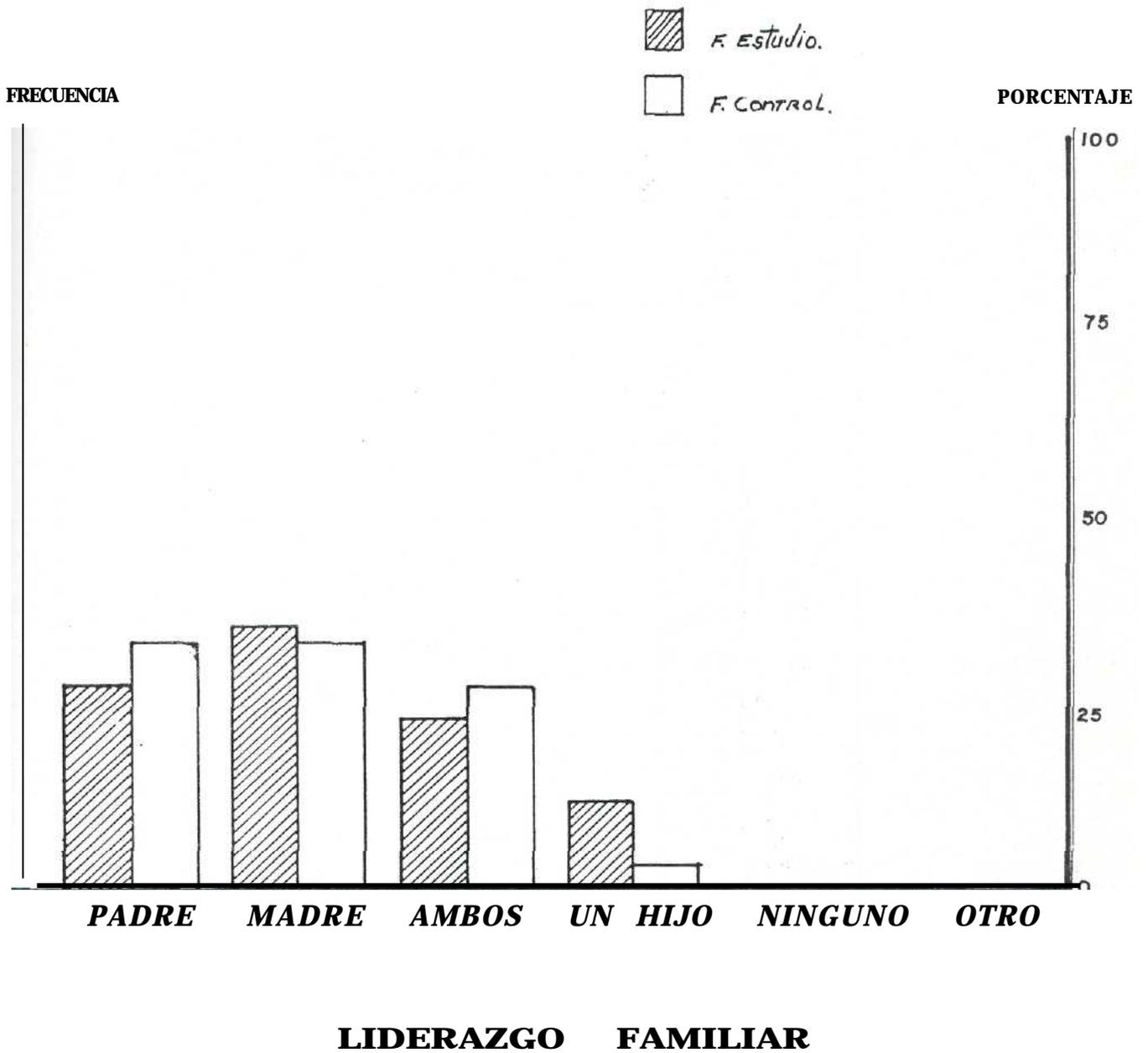
GRAFICA 5

Distribución Porcentual de Casos según Estructura del Subsistema Parental, y de sus Controles. Hospital "Santa Rosita". Honduras, 1965.



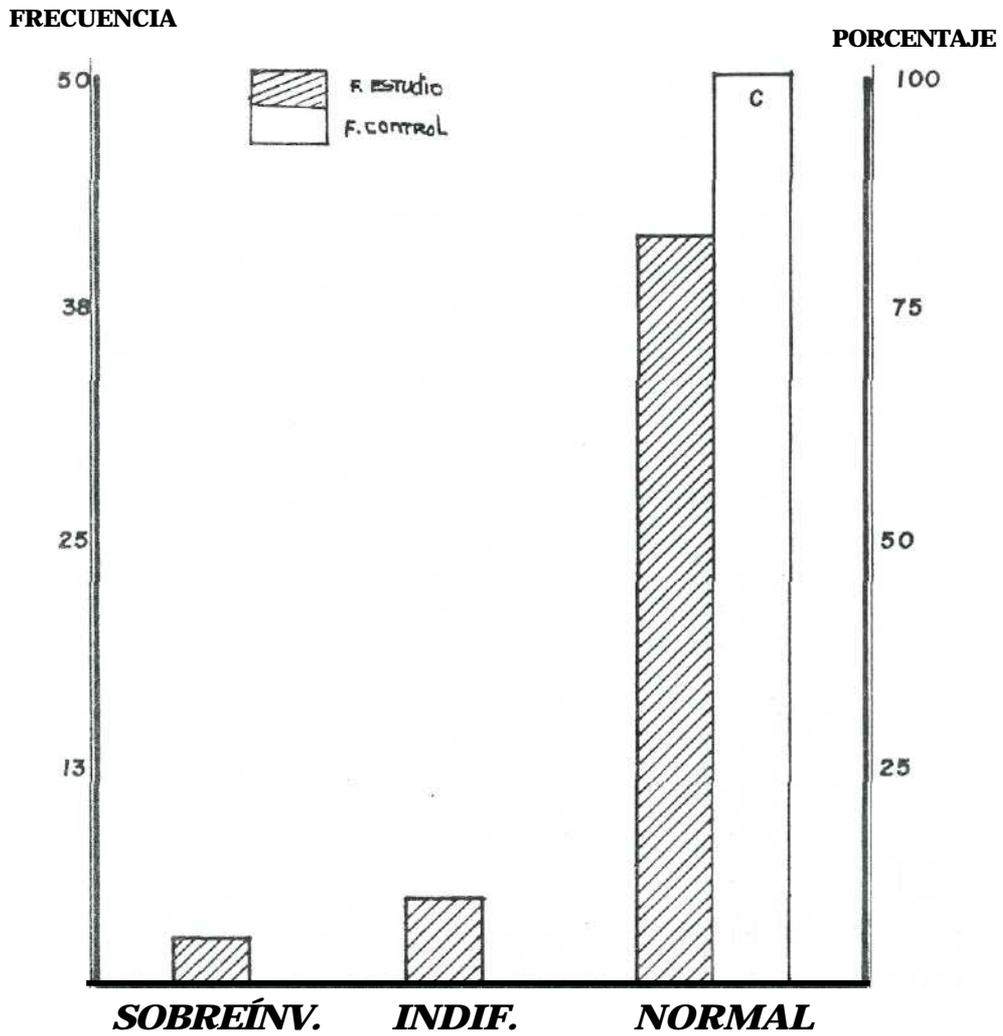
GRAFICA 6

Distribución Porcentual de Casos según el Liderazgo Familiar, y de sus Controles.
Hospital "Santa Rosita", Honduras, 1985.



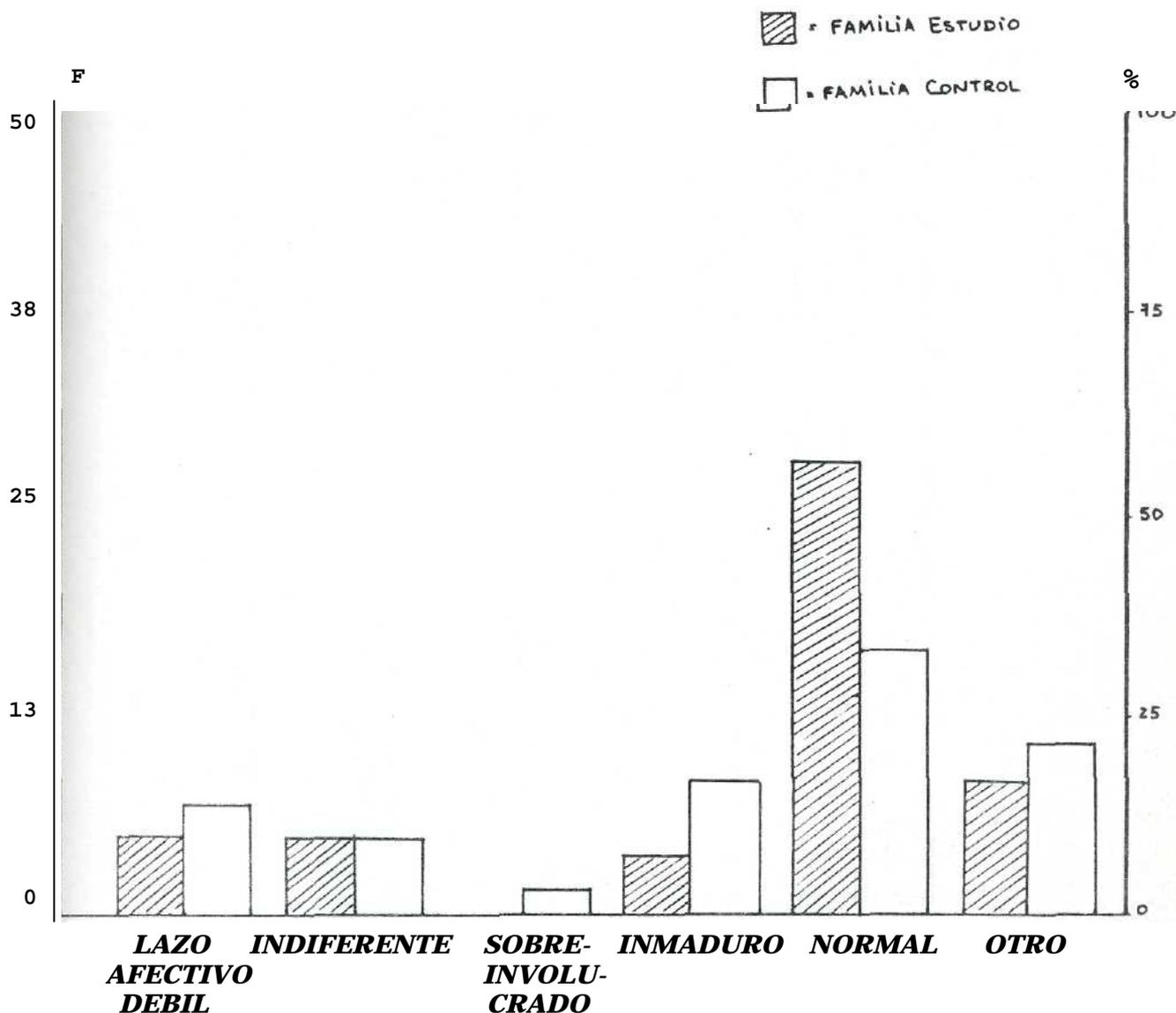
GRAFICA 7

Distribución Porcentual de Casos según los Límites de la Familia en su Dinámica, y de sus Controles. Hospital "Santa Rosita". Honduras, 1985.



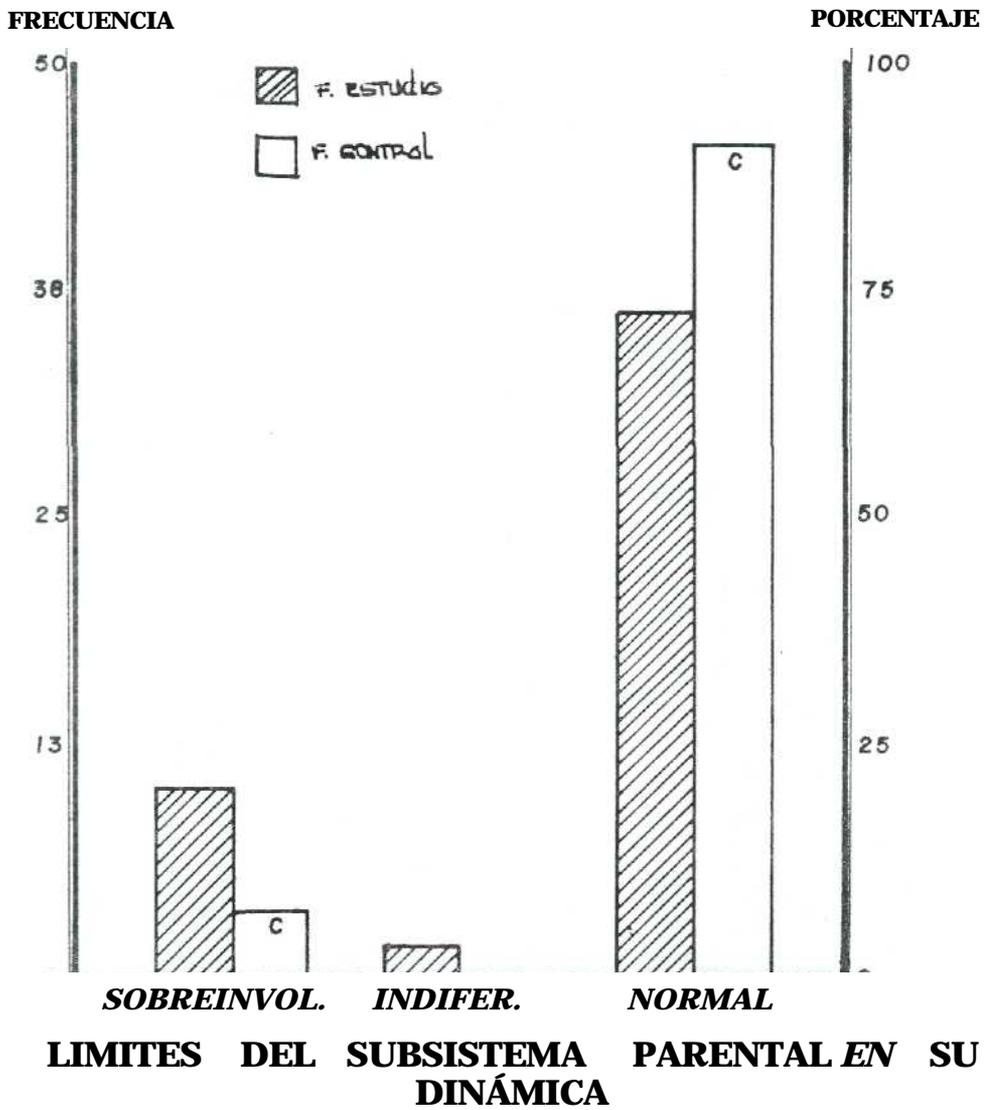
LIMITES DE LA FAMILIA EN SU DINÁMICA

Distribución Porcentual de Casos según los Límites del Subsistema Conyugal en su Dinámica, y de sus Controles, Hospital "Santa Rosita". Honduras, 1985 .



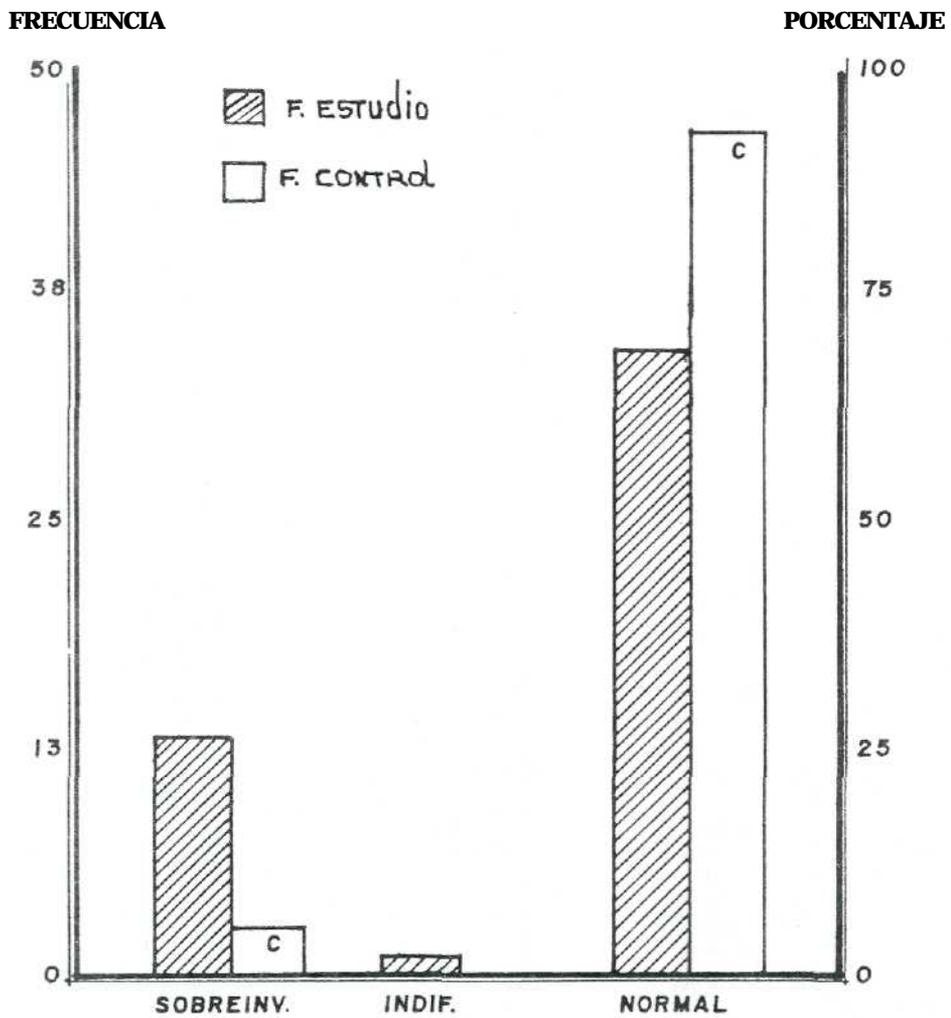
LÍMITES DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN SU DÍNAMAICA.

Distribución Porcentual de Casos según los Límites del Subsistema Parental en su Dinámica, y de sus Controles .Hospital "Santa Rosita".Honduras, 1985.



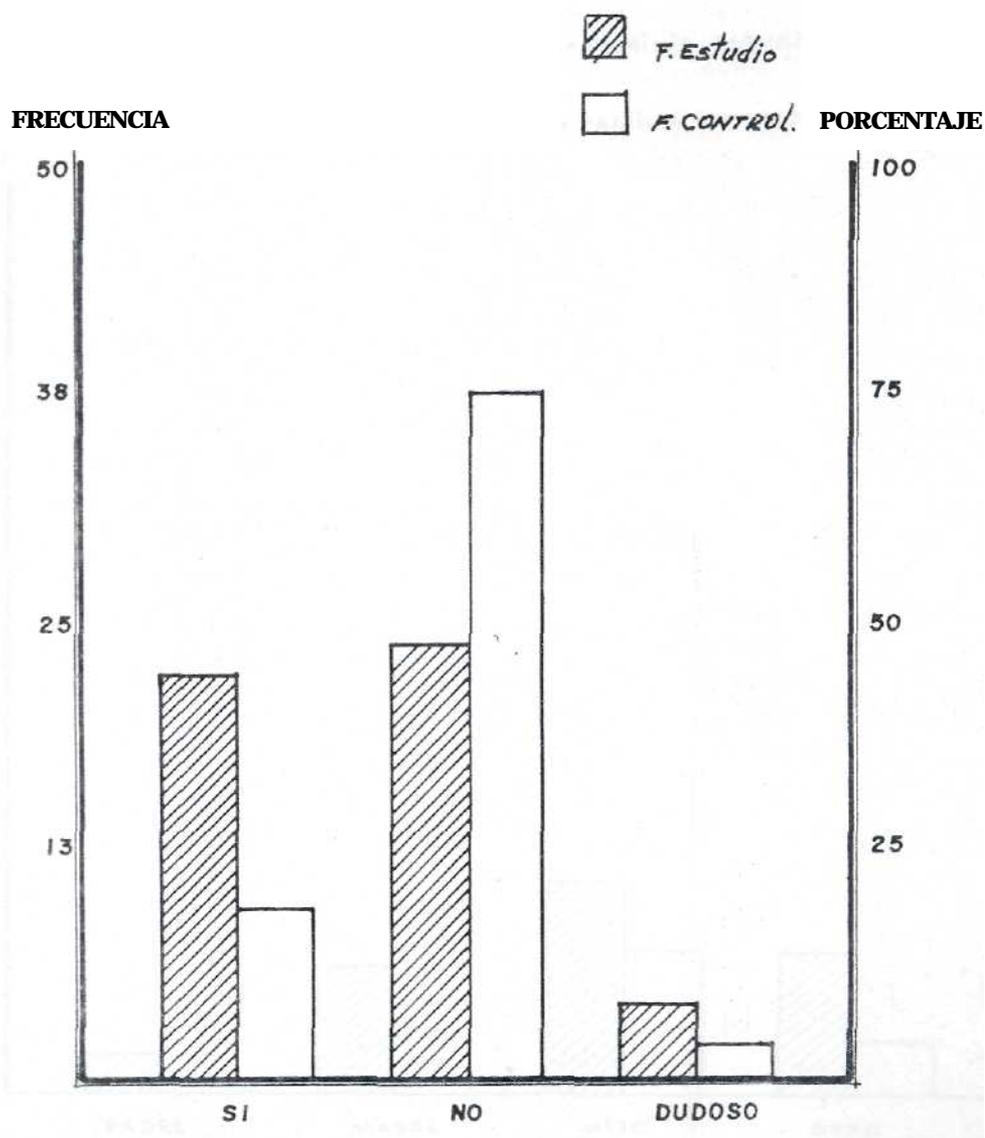
GRAFICA 10

Distribución Porcentual de Casos según los Límites del Subsistema Fraternal en su Dinámica, y de sus Controles .Hospital "Santa Rosita".Honduras,1965.



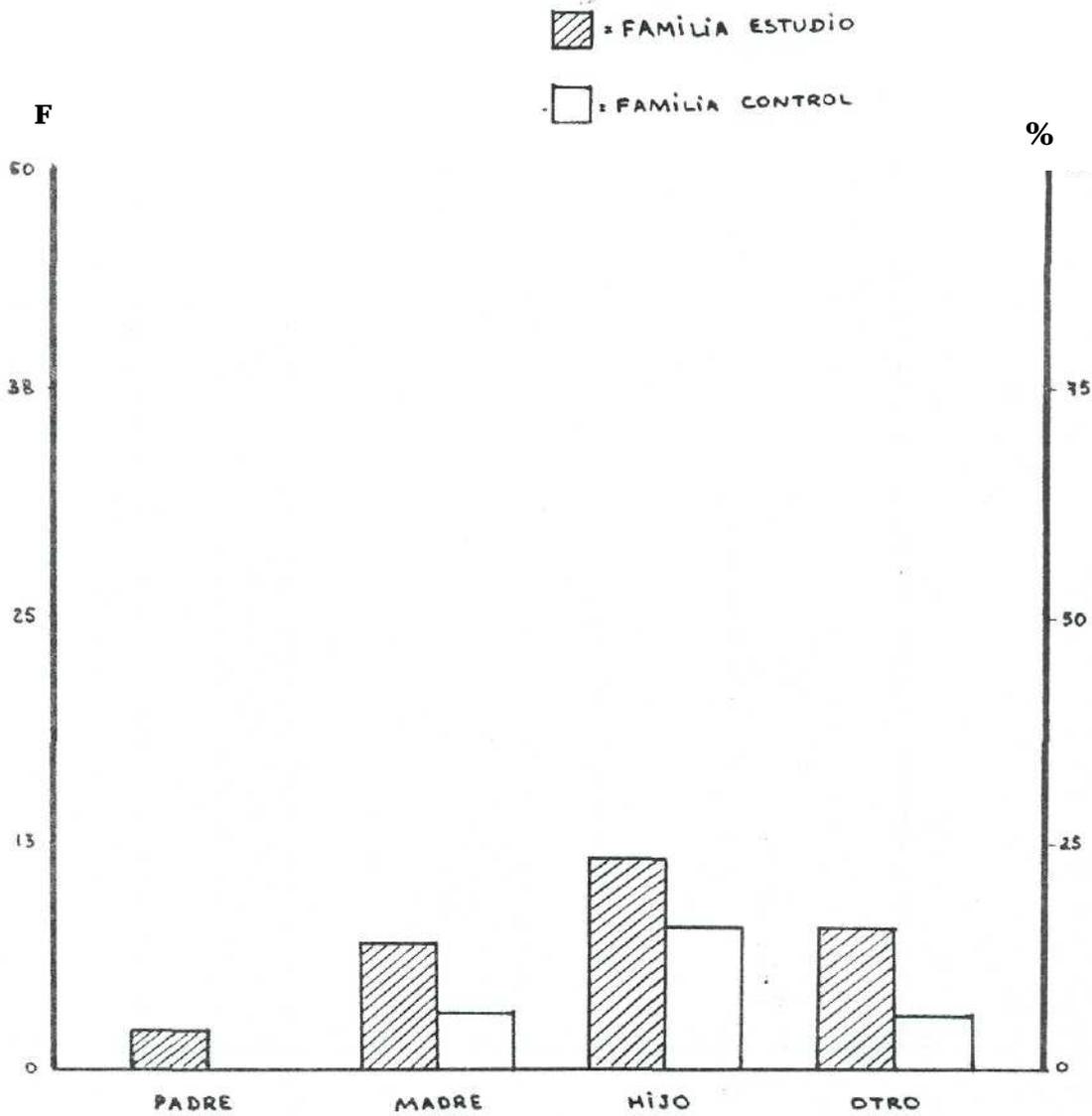
LIMITES DEL SUBSISTEMA FRATERO EN SU DINÁMICA

Distribución Porcentual de Casos de Probable Enfermedad Psiquiátrica en un miembro familiar (excepto el paciente), y de sus Controles.
Hospital "Santa Rosita".Honduras, 1985.



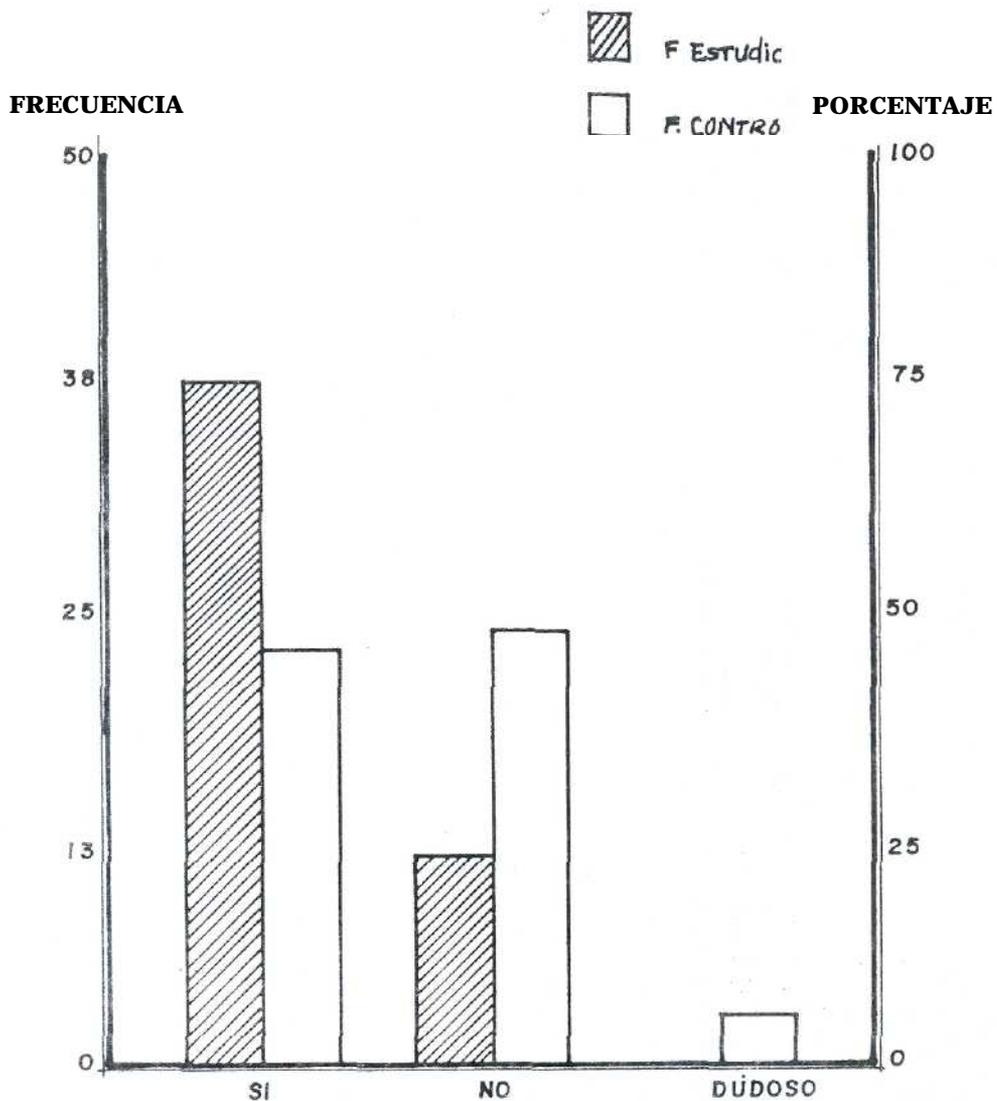
**PROBABLE EXISTENCIA DE ENFERMEDAD
PSIQUIÁTRICA EN OTRO MIEMBRO FAMILIAR**

Distribución Porcentual de Casos de Identificación del Probable Miembro con Patología Psiquiátrica (excepto el paciente), y de sus Controles. Hospital "Santa Rosita". Honduras, 1985.



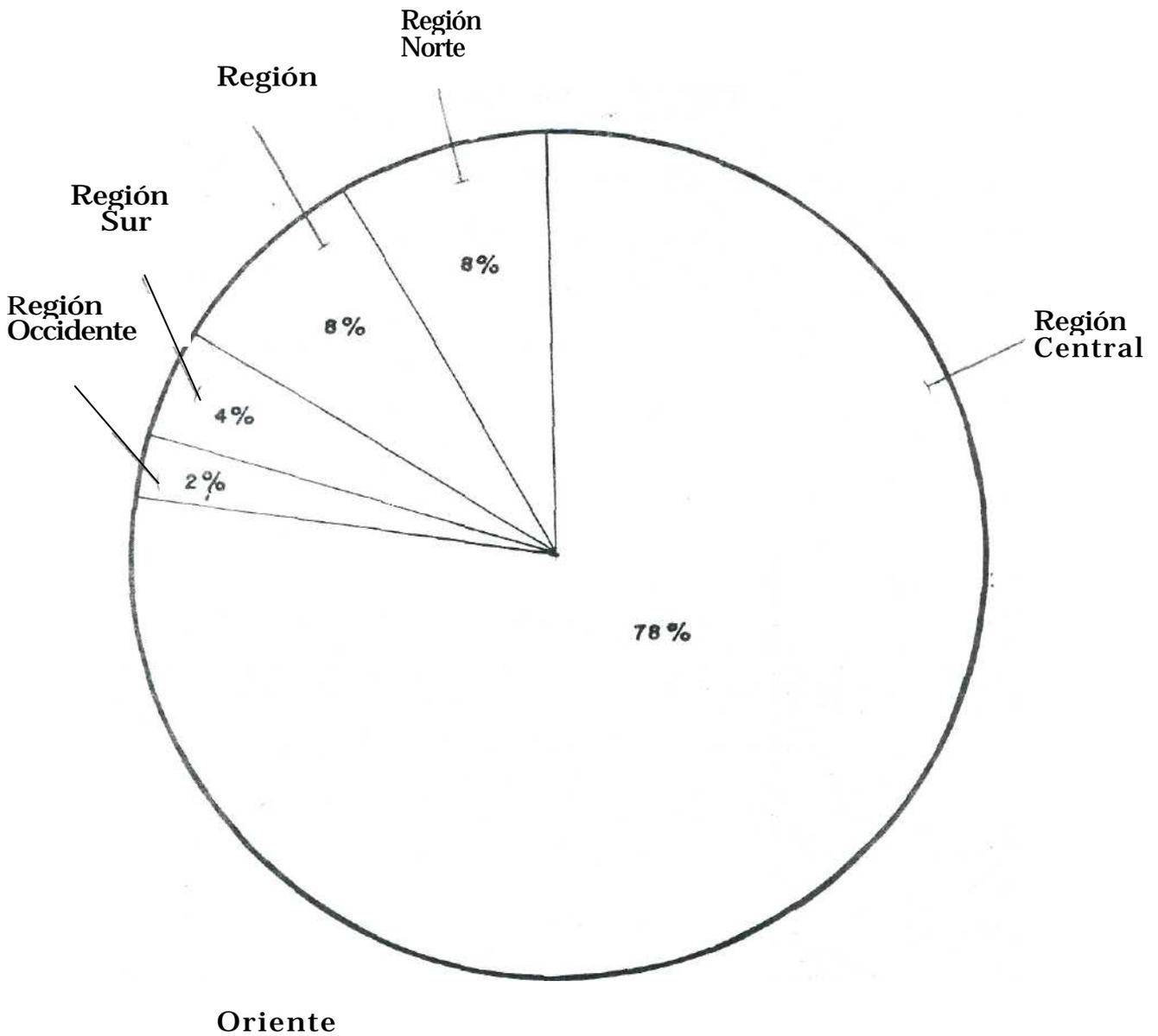
**IDENTIFICACION DE PROBABLE MIEMBRO CON
PATOLOGÍA PSIQUIATRICA APARTE DE EL PACIENTE**

Distribución Porcentual de Casos de Probable Alcoholismo en un Miembro Familiar (excepto el paciente), y de sus Controles. Hospital "Santa Rosita". Honduras, 1985.



EXISTENCIA PROBABLE ALCOHOLISMO EN MIEMBRO FAMILIAR

Distribución Porcentual de Casos según la Región del País donde habitan, y de sus Controles. Hospital "Santa Rosita". Honduras, 1985.



PROCEDENCIA	FAMILIAR
REG. CENTRAL	78%
REG. ORIENTAL	8%
REG. NORTE	8%
REG. SUR	4%
REG. OCCIDENTAL	2%

GRÁFICA 16

DESCRIPCIÓN DE CUADROS

CUADRO #1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS CON PATOLOGÍA FAMILIAR PSIQUIÁTRICA Y DE SUS CONTROLES

Este cuadro muestra en forma general, la presencia de patología familiar psiquiátrica. Se observa que hubo más familias patológicas en el grupo Estudio (98%) que en el grupo Control (80%), y hubo más familias no patológicas en el grupo Control (20%) que en el grupo Estudio (2%). Estas diferencias fueron estadísticamente significativa., (P. < 0.05).

CUADRO #2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN ESTRUCTURA FAMILIAR PATOLÓGICA, Y DE SUS CONTROLES

Este cuadro muestra la presencia de patología familiar estructural y se observa que el 96% de las familias Estudio presentaron una estructura patológica, mientras que en las familias Control solo el 68% de casos evidenció una estructura patológica; la diferencia entre ambos grupos es estadísticamente significativa (P < 0.05) .

CUADRO # 3

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS DE PATOLOGÍA EN LA
DINÁMICA FAMILIAR, Y DE SUS CONTROLES**

Este cuadro muestra la presencia de patología en la dinámica familiar. Se observa que en el 88% de las familias Estudio hubo patología en su dinámica, mientras en las familias Control fueron un 73%, y hubo un 121 de familias Estudio sin patología en su dinámica, en tanto que en las familias Control fueron 27% de los casos. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas. ($P < 0.05$).

CUADRO # 4

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN NIVEL DE
GRAVEDAD DE PATOLOGÍA FAMILIAR PSIQUIÁTRICA, Y DE SUS
CONTROLES.**

Se observa que la mayoría de las familias Estudio (40.82%) presentaron una gravedad severa, mientras que la mayoría de las familias Control presentaron una gravedad de tipo moderada (40%). Por otro lado el 22.44% de las familias Estudio fueron de leve gravedad no así en las familias Control que fueron de leve gravedad en el 42.5%. Es necesario aclarar que 11 casos se excluyeron de éste cuadro por no presentar indicadores de patología psiquiátrica familiar, por lo tanto, sin nivel de gravedad.

CUADRO #5

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DB CASOS SEGÚN TIPO DB FAMILIA
(NUCLEAR O EXTENDIDA), Y DE SUS CONTROLES.**

Se observa que un 34% de las familias Estudio y un 30% de las familias Control fueron de tipo nuclear, mientras que un 66% de las familias Estudio y un 70% de las familias Control fueron de tipo extendido. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

CUADRO # 6

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN ESTRUCTURA DEL
SUBSISTEMA PARENTAL, Y DB SUS CONTROLES**

En éste cuadro se observa que un 54% de las familias Estudio y un 64% de las familias Control están estructuradas por ambos padres; por otro lado, en las familias Estudio un 34% y en las familias Control un 32% están estructuradas solo por la madre. En el resto de las familias Estudio un 4% estaban estructuradas solo por el padre, y 2% por ninguno de los dos, mientras en la familia Control un 2% estaban estructuradas solo por el padre, y 0% por ninguno de los dos. Las diferencias entre ambas familias no son estadísticamente significativas. ($p < 0.05$).

CUADRO # 7

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN EL LIDERAZGO FAMILIAR
Y DE SUS CONTROLES**

Este cuadro describe quien es el líder dentro de la familia. La diferencia estadística encontrada no es significativa. En el 36% de las familias Estudio el liderazgo lo ejerce la madre y en el 28% de los casos, el padre.

CUADRO # 8

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN LOS LÍMITES DE
LA FAMILIA EN SU DINÁMICA, Y DE SUS CONTROLES**

Este cuadro se refiere al tipo de dinámica de la familia con respecto a sus límites; se observa que las familias Control - mostraron una dinámica normal en sus límites, mientras en las familias Estudio el 16% de los casos tuvieron una dinámica distinta. Encontramos diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 - 8.695, p 0.05$).

CUADRO # 9

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGUN LOS LIMITES DEL
SUBSIS CONYUGAL EN SU DINÁMICA, Y DE SUS CONTROLES**

Este cuadro se refiere a la cualidad dinámica de los límites del subsistema conyugal.

Se observa que en la familia Estudio el 56% de los casos fueron normales, el 10% con un lazo afectivo débil e indiferente, respectivamente, mientras que en la familia Control, el 34% de los casos fueron normales, el 16% inmaduros, el 14% con un lazo afectivo débil y el 10% indiferente.

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambas familias ($P < 0.05$).

CUADRO # 10

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN LOS LÍMITES DEL
SUBSISTEMA PARENTAL EN SU DINÁMICA, Y DE SUS CONTROLES**

Este cuadro trata sobre los límites dinámicos entre los padres de la familia; se observa que en las familias Control el 92% de los casos son normales, mientras en las familias Estudio, solo el 74%.

El tipo de padres normales predominó en ambos grupos, Las diferencias entre ambas familias son estadísticamente significativas. ($p < 0.05$).

CUADRO #11

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN LOS LÍMITES DEL SUBSISTEMA FRATERO EN SU DINÁMICA, Y DE SUS CONTROLES

Este cuadro representa el tipo de dinámica y sus límites, en la relación entre hermanos de ambos grupos. Se observa que mientras en las familias Estudio el 70% de los hermanos tienen relaciones normales, en las familias Control éste tipo de relación fraterna representa el 94%, por otro lado, en el 28% de los casos en la familia Estudio fueron sobreinvolucrados, en cambio en la familia Control solo el 6% fueron sobreinvolucrados.

Estas diferencias entre ambos grupos familiares fueron estadísticamente significativas. ($P < 0.05$).

CUADRO #12

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS DE PROBABLE ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA EN UN MIEMBRO FAMILIAR (EXCEPTO EL PACIENTE), Y DE SUS CONTROLES

Este cuadro cuantifica el criterio familiar acerca de la existencia de probable patología psiquiátrica en un miembro del grupo, excepto el paciente.

Se observa que el 44% de las familias Estudio y el 20% de las familias Control aceptó la presencia de probable psicopatología en un miembro del grupo, se observó además que esta diferencia fue estadísticamente significativa. ($p < 0.05$).

CUADRO #13

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROBABLE MIEMBRO CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA (EXCEPTO EL PACIENTE) Y DE SUS CONTROLES

Este cuadro muestra la existencia en la familia de algún miembro, excepto el paciente, identificado con probable patología psiquiátrica. Se encontró que en la familia Estudio un 58% identificó otro miembro con probable patología psiquiátrica y el 42% lo negó. En el 41.4% se señaló a un hijo, en el 27.6% a otro pariente, a la madre en el 24.4% y al padre en el 6.9%.

En la familia Control, el 28% identificó un miembro con probable patología psiquiátrica y el 72% lo negó. En el 54.14% se -identificó un hijo, la madre u otro pariente en el 21.43% respectivamente. Es notorio que el padre en las familias Control -no fue señalado con probable patología psiquiátrica.

Las diferencias entre ambos grupos no fueron estadísticamente significativas, ($p < 0.05$).

CUADRO # 14

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS DE PROBABLE ALCOHOLISMO EN UN MIEMBRO FAMILIAR (EXCEPTO EL PACIENTE) Y DE SUS CONTROLES.

Este cuadro muestra el criterio familiar acerca de la existencia de problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohó-

licas de un miembro del grupo, excepto el paciente, Se observa que el 76% de las familias Estudio y el 46% de las familias Control aceptaron la existencia de miembros con problemas relacionados con el consumo etílico.

La diferencia entre ambos grupos, es estadísticamente significativa, ($p < 0.05$).

CUADRO # 15

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS DE IDENTIFICACIÓN DE PROBABLE MIEMBRO ALCOHÓLICO (EXCEPTO EL PACIENTE), Y DE SUS CONTROLES

Este cuadro muestra la existencia en la familia de algún miembro, excepto el paciente, identificado con problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas.

En la familia Estudio el 45% señaló al padre, y en la familia Control el 35.7%, un hijo fue identificado en el 37.5% de los casos en la familia Estudio y el 39.3% de los casos en la familia Control.

En el 80% de las familias Estudio y 56% de las familias Control se encontró miembros con indicadores de alcoholismo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos familiares, ($p < 0.05$)

CUADRO # 16

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN LA REGIÓN DEL PAÍS DONDE
HABITAN, Y DE SUS CONTROLES**

Este cuadro demuestra, por regiones la ubicación de las familias encuestadas. La mayoría de las familias (78%) están distribuidas en la región Central, el 8% provienen de las regiones Oriental y Norte respectivamente, el 4% de la región Sur y un 2% de la región Occidental, entre ambas familias. ($P < 0.05$).

CUADRO #17

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN PERTENENCIA DE LA
RESIDENCIA FAMILIAR, Y DE SUS CONTROLES**

Es importante señalar la evidencia de que el 66% de las familias Control y el 78% de las familias Estudio son propietarias de su casa de habitación, lo que implica un nivel socioeconómico mejor al de la media poblacional.

Entre ambos grupos familiares no hay diferencias estadísticamente significativas. ($p < 0.05$).

CUADRO #18

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN EL TIPO DE CONSTRUCCIÓN (PAREDES) DE LA RESIDENCIA FAMILIAR, Y DE SUS CONTROLES.

Se observa que más del 68% tienen la casa construida de cemento, posiblemente en relación a su status económico. En conclusión; el tipo de construcción más frecuente (mayor al 68%) es de cemento, para ambas familias, lo que avala el hecho de que los grupos familiares tienen un nivel socioeconómico mejor que el de la media poblacional.

Las diferencias entre ambos grupos familiares no son estadísticamente significativas. ($P < 0.05$).

CUADRO #19

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN EL INGRESO PERCAPITA (LPS) FAMILIAR ANUAL, Y DE SUS CONTROLES.

Los ingresos per cápita son similares para ambos grupos familiares observándose que más del 50% de las familias tenían ingresos per cápita mayores de Lps. 901.00 al año, sobretodo en las familias Control, lo que implica un ingreso per cápita mayor al ingreso de la generalidad en Honduras, o sea, mayor a L.600.00 (Datos de] Centro de Desarrollo Social). No se encontró diferencia estadística significativa ($P < 0.05$) entre ambas familias.

CUADRO # 20

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS DEL NUMERO DE DEFENDIENTES ECONÓMICOS DENTRO DB LA FAMILIA, Y DE SUS CONTROLES.

Este cuadro nos muestra que en ambos grupos el mayor porcentaje de dependientes (más del 52%) estuvo en el rango de 0-3 dependientes por miembros familiar económicamente activo, o sea, una relación de hasta 3:1, lo cual está de acuerdo con otros estudios a nivel nacional sobre este aspecto.

CUADRO # 21

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS Y DI SUS CONTROLES SEGÚN TAMAÑO FAMILIAR POR NUMERO DE MIEMBROS

En este cuadro se observa que más del 52% de las familias (Estudio y Control) están constituidas por 4-6 miembros, lo cual coincide con otros estudios previos realizados en Honduras. Entre ambos grupos familiares no hay diferencias estadísticamente significativas. ($P < 0.05$).

CUADRO # 22

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN EL ESTADO CIVIL DEL SUB-SISTEMA CONYUGAL, Y DE SUS CONTROLES

Se observa que en ambos grupos familiares más del 48% de los cónyuges están casados, además en un 38% de las familias Estudio, los cónyuges viven en unión libre, mientras en las familias Control, el 40% están en unión libre.

No hay diferencias estadísticamente significativas ($P < 0.05$) entre ambos grupos familiares.

CUADRO # 25

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS CON SEPARACIÓN O DIVORCIO CONYUGAL Y DE SUS CONTROLES.

En ambos grupos la mayoría negó la existencia de divorcio o separación conyugal y menos del 30% de los casos admitió esta situación. Esto es, la mayoría de las familias de este estudio estaban bien estructuradas conyugalmente.

Entre ambas familias no hubo diferencias estadísticamente significativas. ($P < 0.05$).

CUADRO # 24

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DB CASOS CON CONFLICTOS
CONYUGALES CONTINUOS Y DE CONTROLES.**

Se observa que más del 64% predominó el hecho de que no aceptaron experimentar conflictos conyugales continuos. No hubo diferencias estadísticamente significativas ($P < 0.05$) entre ambos grupos familiares.

CUADRO # 25

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN CAUSA DE UN
MIEMBRO EN EL SUBSISTEMA PARENTAL, Y DE SUS CONTROLES**

Este cuadro describe las posibles causas de que el subsistema parental solo esté conformado por uno de los dos padres.

En la familia Estudio existe mayor frecuencia de muerte de uno de los padres. (47.7%), mientras en la familia Control solo representó el 23.6% de los casos.

En la familia Control fue más frecuente el abandono conyugal (41.2%) mientras que en la familia Estudio solo representó el 28 % de los casos.

No hubo diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.05$) entre ambos grupos.

CUADRO # 26

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN LA FORMA DE
SUSTITUCIÓN DEL PADRE FALTANTE EN EL SUBSISTEMA "PARENTAL, Y DE
SUS CONTROLES.**

En ambos grupos familiares el padre presente asumió doble rol, siendo mayor el porcentaje observado en el grupo estudio. (78.9%) mientras que en la familia Control fue de 63%. No hay diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.05$) entre ambos grupos familiares.

CUADRO # 27

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS CON EL PACIENTE COMO HIJO
ADOPTADO**

En el 90 % de las familias Estudio, el paciente psiquiátrico no era hijo adoptado. Esto implica que no hay relación entre el status de hijo adoptado y paciente psiquiátrico. Es significativamente estadísticamente la diferencia ($P < 0.05$).

CUADRO # 28

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DB CASOS CON HIJOS ADOPTADOS, Y DE SUS

CONTROLES.

Se observa que en la familia Estudio en un 20% de los casos, -tenían hijos adoptados, mientras que en la familia Control representaron el 14%.

No se encontró diferencia significativa estadísticamente ($P < 0.05$). Entre ambos grupos familiares.

CUADRO # 29

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS CON EL PACIENTE COMO HIJO DESEADO

Se observa que en las familias Estudio, un 86% aseguraron que sus hijos (paciente psiquiátrico) fueron deseados, y un 14% se atrevió a decir que fue un hijo no deseado, evidenciando un rechazo familiar hacia el paciente psiquiátrico.

Es significativa estadísticamente la diferencia ($P < 0.05$).

CUADRO # 30

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS SEGÚN LA COMUNICACIÓN FAMILIAR ANTE MOTIVOS DE CONFLICTO, Y DE SUS CONTROLES.

Este cuadro muestra la frecuencia con que se recurre a algún miembro de la familia por conflictos personales. Observándose

que la figura familiar prioritaria ante la comunicación de un motivo de conflicto en ambos grupos familiares, es la madre, en mas del 58% de los casos. La segunda prioridad en la comunicación de conflictos es la figura del padre, con mayor frecuencia en el grupo Control. (28%).

CUADRO # 31

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS Y DE SUS CONTROLES SEGÚN LA COMUNICACIÓN FAMILIAR ANTE MOTIVOS DE ALEGRÍA.

Este cuadro muestra la frecuencia con que se recurre a algún miembro de la familia ante motivos de alegría. Observándose de nuevo que la figura prioritaria familiar en la comunicación de motivos de alegría, en ambos grupos, es la figura materna, (más del 50% de los casos) Ocupa el segundo lugar en este aspecto la figura paterna, con mayor frecuencia en el grupo Control. (26%).

CUADRO # 32
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS Y DE SUS CONTROLES SEGÚN
LA RESPUESTA FAMILIAR RESPECTO A COMO MANEJAR UN PACIENTE
PSIQUIATRICO.

Este cuadro describe el criterio de las familias acerca del manejo de un miembro con patología psiquiátrica. Se observa que en el Grupo Control el 82% considera conveniente una hospitalización temporal compensadora y el 62% de las familias Estudios comparten este criterio. Esta diferencia entre ambos grupos implica que las familias Estudio contestan en forma menos adecuada lo cual supone rechazo familiar. Las diferencias estadísticas fueron significativas ($X = 6.84$, $P < 0.05$) entre ambas familias.

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Los estudios de la misma índole son escasos y los que existen analizan aspectos diferentes a los contemplados aquí.

No obstante, la discusión y análisis puede sustentarse en base a las teorías y observaciones que han realizado algunos autores como Gregory Bateson (48), F. Mendiguchea (35), Stephen Fleck (19) y Minuchin (36), en el extranjero y en datos proporcionados por el Centro de Desarrollo Social (42). entre otros.

Los datos encontrados en el grupo Caso sustentan el hecho de que en una familia donde existe un miembro con psicopatología, ésta tiende a ser anormal, lo que implica que el paciente no es más que el punto por donde se quiebra la familia a causa de la tensión prolongada, es decir el miembro enfermo no es más que el llamado "paciente identificado" por Minuchin ó "paciente diana" por Mendiguchea. (35, 36)

De los datos encontrados, el grupo Estudio presentó en un 98% algún aspecto psicopatológico familiar en relación al grupo Control que fue del 80% siendo esta diferencia significativa ($x^2 = 8.37589$ $p < 0.05$).

La estructura y la dinámica de la familia Caso o Estudio, fue sustancialmente más patológica que el grupo Control; con respecto a ello, una estructura familiar anormal, tal como la generada por un divorcio, abandono conyugal, miembros familiares con psicopatología etc., provoca con mayor frecuencia daño a la salud mental de los miembros como señalan varios autores .

(35, 36), para el caso el grupo Estudio, fue en un 96% estructuralmente patológico, en cambio esto se observó en un -68% en el grupo Control, siendo significativa la diferencia. ($\chi^2 = 13.3469$, $P < 0.05$).

Se determinó que en el grupo Estudio hubo mayor prevalencia de un miembro con probable psicopatología, ya fuese alcohólica o de otra índole, con respecto al grupo Control, lo cual está de acuerdo con lo señalado anteriormente, implicando el hecho que la estructura familiar tiende a ser más anormal, en el grupo Estudio que en el grupo Control,

La dinámica familiar en el grupo Estudio o Caso, fue anormal en un 88% mientras que en el Control fue de 58%, siendo significativa la diferencia ($\chi^2 = 11.4663$, $P < 0.05$).

Este aspecto ha sido analizado por muchos autores (48,35,36), quienes señalan que las alteraciones con las relaciones ó procesos de intercambio familiar, son las que mayor contribución a la psicopatología individual tienen, un ejemplo de ello es señalado por G. Bateson, en su teoría del "doble vínculo", donde sostiene que una relación anormal comunicacional entre los subsistemas familiares, desemboca a la postre en la esquizofrenia de uno de sus miembros.

El nivel de gravedad en el grupo Estudio, fue más severo que el Control, siendo el primero de 40.8% y el segundo de 17.5%.

Algunos autores como Hidalgo Bogantes (7) señalan el hecho que en la cultura latinoamericana el tipo de familia predominante es el de tipo extendido, es decir aquella cuyos vínculos afectivos y de relación se extienden más allá del primer grado de consanguinidad, afinidad, ésta observación está acorde con lo encontrado en nuestra investigación fondeen ambos grupos, el 66% del grupo Estudio y el 70% del Control, fueron de tipo extendido. Este hecho además del aspecto cultural se debe al grado de complejidad de la vida cotidiana que paulatinamente genera, los avances de la civilización, pues al incrementar ésta complejidad, la familia tiende a ser mas nuclear que extendida, ello puede observarse en las familias del área urbana con respecta a las del área rural.

Al analizar la estructura del subsistema formado por los padres podemos observar que en ambos grupos este está formado en su -mayoría por ambos padres, siendo un 54% en el grupo Estudio y de un 64% en el Control; estos datos se contraponen a la casi generalizada observación en Honduras, de que el subsistema parental está constituido predominantemente por la madre, en vista de la irresponsabilidad paterna. Consideramos que éste hecho debe ser investigado mas ampliamente para determinar la validez de uno u otro hecho.

El liderazgo familiar en el presente estudio muestra una tendencia hacia ambos padres; no hubo predominancia por ninguno de los dos. Estos datos fueron similares tanto en el grupo Estudio

como en el grupo Control, lo cual se contrapone a la presunción de que nuestras familias muestren una tendencia material como se vé en otros estudios (42) .

En cuanto a los límites de la familia, fueron en general mas -sobreinvolucrados o indiferentes en el grupo Estudio que en el Control, siendo de 16% en el primero y de 0% en el segundo. Dicha deferencia fue significativa ($x = 8.695$ $p < 0.05$), lo cual vuelve a avalar lo expresado inicialmente, en el sentido de que una familia con un miembro psicopatológico es mas anormal que una familia Control; éste hecho está a favor de lo afirmado por algunos como Minuchin (36), Bateson (48) y otros.

Esta tendencia a ser anormal en los límites del grupo Estudio -fue manifiesto en los subsistemas parental, conyugal y fraterno, lo cual no ocurrió en el grupo Control.

La región del país donde residen las familias en forma predominante es la región central, en un 78%, lo cual está en relación con el hecho de que a mayor cercanía del centro hospitalario, mayor facilidad de acceso.

El status socioeconómico de ambos grupos familiares fue similar en cuanto a la tenencia de la vivienda, el 72% era propio y el tipo de construcción era en su mayoría a base de cemento en un 69%.

El ingreso per cápita anual estuvo comprendido entre Lps.301 -Lps, 2000, es interesante comparándolo con el dato de que Honduras es la penúltima nación mas pobre de Latinoamérica con un ingreso per cápita de US\$ 338. (42).

En cuanto al número de dependientes económicos, ésta relación fue de aproximadamente 3:1 y el tamaño promedio familiar fue de 4 a 6 miembros en ambos grupos, lo cual es similar a las -estadísticas del Banco Central de Honduras y el Centro de Desarrollo Social (26, 42),

El Estado Civil del subsistema conyugal fue en su mayoría casado, en ambos grupos (Estudio y Control) con un 51%, lo cual está en contra de lo señalado por el Centro de Desarrollo Social que reporta que el estado civil predominante es unión libre. (42)

En ambos grupos el divorcio ó separación conyugal fue baja (28%) en otros estudios como el del Centro de Desarrollo Social (cuya fuente es la Dirección General de Estadísticas y Censos de Honduras) fue de 21% para el área urbana y 12% en el área rural.

En general, en ambos grupos hubo escasos conflictos conyugales (en ambos menos del 30%) Sobre este aspecto no hay datos de investigaciones anteriores con los que se pueda establecer comparaciones.

Cuando el subsistema formado por los padres, solo estaba constituido por uno de ellos, los datos fueron similares para ambos

grupos, siendo los factores predominantes: muerte de un padre y abandono conyugal. Tampoco encontramos datos estadísticos anteriores sobre este aspecto.

La forma de adaptación ante la falta de uno de los padres, fue la de que uno solo hacia el rol de ambos. Esto fue similar en ambos grupos, siendo esta forma de conducta del 63%. No se registran datos de otros estudios donde se haya investigado esto.

En general, el paciente psiquiátrico no fue hijo adoptado (únicamente el 10%) por lo que, lo manifestado por Mendiguchea y otros en relación con el hecho de que un miembro adoptado tiende a presentar mayor psicopatología, no se comprueba en nuestra investigación. ($\chi^2 - 32.02$ $P < 0.05$).

El porcentaje de hijos adoptados en ambos grupos fue similar -(no excedió al 20%). No hay estadísticas previas sobre esto.

El rechazo al paciente psiquiátrico fue analizado mediante dos preguntas. La primera consistía en preguntar si éste había sido un hijo deseado o no, siendo la respuesta afirmativa en un 86%, aunque este dato pudo haberse enmascarado (falso positivo) puesto que la madre al momento de contestar estaba rodeada por el resto de la familia. La segunda pregunta versaba respecto al manejo del paciente psiquiátrico, cuyas respuestas en el grupo estudio fueron catalogadas como inadecuadas en un 38% a diferencia del grupo control que fue de un 18%, siendo significativa

($\chi^2 = 6.84$ $p < 0.05$), Esto avala el hecho de que el mantenimiento de la patología psiquiátrica del paciente está relacionada con el rechazo a éste, tal como lo manifiestan Batenson y Minuchin, puesto que el rechazo tiende a precipitar la recaída del paciente, (48) (36).

La comunicación familiar ante motivos de alegría o de conflicto fueron similares en ambos grupos y esta comunicación se dirigió predominantemente a la madre, lo que implica según algunos autores una dependencia materna, (35)

Podemos concluir, en forma general, que como hemos visto desde el punto de vista de la Teoría General de los Sistemas, la familia del paciente psiquiátrico es más psicopatológica que la familia Control, la cual ha venido a repercutir en la enfermedad del paciente.

Y a la vez podemos afirmar que esta teoría (la teoría General de los Sistemas) no solo es aplicable sino que muy útil al estudio de la familia.

C O N C L U S I O N E S

- 1.- La familia con un paciente psiquiátrico ingresado en el Hospital Nacional Psiquiátrico "Santa Rosita" es más patológica que la familia Control,
- 2.- La familia Estudio presenta más patología psiquiátrica a nivel dinámico y estructural que la familia Control.
- 3.- Ambos grupos familiares presentaron psicopatología familiar tanto en su estructura como en su dinámica.
- 4.- Tanto en la familia Estudio como en la familia Control prevalece más el tipo de familia extendida.
- 5.- El subsistema parental en ambas familias (Estudio y Control) usualmente está estructurado con ambos padres.
- 6.- En las familias desestructuradas (tanto Estudio como Control) el subsistema parental está compuesto en la mayoría de casos, solo por la madre.
- 7.- El liderazgo familiar en ambos grupos (Estudio y Control) generalmente recae en ambos padres, sobretodo en la familia Control; en la familia Estudio hay más liderazgo en la madre en relación al padre u otro miembro de la familia.

- 8.- Ambos grupos familiares (Estudio y Control) presentan por lo menos un aspecto con psicopatología en su dinámica, no obstante tienden a ser normales en los límites de los sub sistemas.
- 9.- En la familia Estudio, el subsistema fraterno y parental fueron más sobreinvolucrados e indiferentes que en la familia Control.
- 10.- Debido a que la familia Estudio es más psicopatológico tanto en su dinámica como en su estructura y por el hecho de que en la familia Estudio hay más miembros con probable patología psiquiátrica, podemos decir que la familia Estudio contribuye al apareamiento y/o mantenimiento de patología psiquiátrica en el paciente de referencia.
- 11.- Ambos grupos familiares presentaron un miembro con probable alcoholismo, aunque esto fue más frecuente en la familia Estudio. Asimismo, la familia Estudio presentó mayor incidencia de la presencia de otro miembro identificado con probable psicopatología de lo que concluimos que en la familia Estudio hay más miembros con probable psicopatología que en la familia Control.
- 12.- Ambos grupos familiares provenían en su mayoría de la región Central de Honduras.

- 13.- Ambos grupos familiares correspondieron a familias de bajos recursos económicos y tamaño familiar promedio.
- 14.- La relación de dependientes con miembros de la familia que trabajan fue de hasta 3:1 en su mayoría.
- 15.- La comunicación en caso de conflicto o alegría fue más acentuada hacia la figura de la madre en ambos grupos.
- 16.- El paciente psiquiátrico en la mayoría de los casos no fue un hijo adoptado.
- 17.- Se puede establecer parcialmente el rechazo hacia el paciente psiquiátrico, sobretodo en la familia Estudio.
- 18.- Las causas más frecuentes a ambos grupos familiares de la presencia de un solo padre en el subsistema parental, fueron la muerte del otro padre y el abandono conyugal.

PERFIL FAMILIAR PSICOSOCIAL DE AMBOS GRUPOS .

- a) Son de tipo extendida
- b) Estructuradas con ambos padres
- c) El liderazgo es compartido por ambos padres
- d) Son normales en los límites de su dinámica
- e) Ingresos mayores de Lps. 901.00
- f) Predomina el estado civil de casados
- g) No hay conflictos conyugales continuos
- h) Casi no hay hijos adoptados
- i) Tienen casa propia, construida de cemento
- j) Cuando falta un padre, el otro asume ambos roles
- k) Causas de un solo padre: muerte del otro y abandono conyugal.
- l) Hijos deseados siempre

RECOMENDACIONES

- 1.- Establecer programas institucionales de atención a las familias de los pacientes psiquiátricos ingresados en el Hospital Nacional Psiquiátrico "Santa Rosita".
- 2.- Promover investigaciones nacionales sobre el perfil estructural y dinámico de la familia hondureña.
- 3.- Establecer políticas nacionales de Educación Familiar y atención.
- 4.- Desarrollar prioritariamente la salud mental en el Plan Nacional de Salud.
- 5.- Hacer saber a través de los medios de comunicación, la realidad nacional psiquiátrica a fin de concientizar previamente a quienes estarán involucrados en todo lo concerniente a salud mental.
- 6.- Organizar un Plan de Acción conjunta de Educación Familiar con el Ministerio de Educación, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, medios de comunicación, etc., para analizar, elaborar y ejecutar el mismo.

7.- Incorporar al curriculum de la Carrera de Medicina la temática de la familia.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo presentar las diferencias entre las posibles psicopatologías familiares de un grupo familiar que posee un miembro ingresado en el Hospital Nacional Psiquiátrico "Santa Rosita", Honduras, y de un grupo familiar que no tiene dicho miembro.

Esta investigación psiquiátrica se orientó en base a la Teoría General de los Sistemas de la corriente Estructuralista; se escogieron en forma Aleatoria Simple 50 familias Caso y 50 familias Control, realizándose una encuesta psiquiátrica de -respuestas cerradas. Dicha encuesta fue pasada en el lugar de residencia de los grupos familiares, por tres investigadores Médicos Infiere, con un año de experiencia en el área psiquiátrica; las respuestas de los grupos fueron consignadas previo consenso familiar.

Entre los resultados obtenidos se logró determinar que las familias Caso presentaron en forma significativa más psicopatología que las familias Control (Chi cuadrado: 8.375, $p < 0.05$), no obstante ambos grupos familiares tomados aisladamente presentaron psicopatología en forma significativa. El grupo familiar Caso presentó en forma significativa mas psicopatología a nivel estructural y dinámico que el grupo Control, aunque anali

zados aisladamente ambos grupos presentaron psicopatología en forma significativa ($p < 0.05$). La psicopatología del grupo familiar Caso fue mas severa que la del grupo Control ($p < 0.05$).

En síntesis, un grupo familiar que posee un miembro internado en la institución psiquiátrica antes señalada presenta más psicopatología a nivel familiar que el grupo Control, lo que implica génesis y/o mantenimiento de la psicopatología de los miembros ingresados en la institución.

B I B L I O G R A F Í A

1. - Anderson, C. et al. "Expressed Emotion and Social Networks of Parents of Schizophrenic Patients". Brit. J. Psychiatry vol. 114, pag. 247-255. 1984.
- 2.- Anderson, Michael, Sociología de la Familia. Editorial Fondo de Cultura Económica, México; cap. 7 pag, 95-113, -1980.
- 3.- Bagú, Sergio et, al. Familia y Sociedad. Cuestionario para una Familia en crisis, por el Centro de Estudios Cristianos. Editorial Tierra Nueva, Buenos Aire, Argentina, primera edición, cap. 2,7 pag, 29-39, 119-166. 1975.
4. - Beardslee, W. et al. "Children of Parents with Major Affective Disorder: a review". Am. J. Psychiatry vol. 140 pag. 825-832, July 1983.
- 5.- Becerra, Longino. Síntesis de la Historia de Honduras. Editorial Ramón Amaya Amador, cuarta edición. Tegucigalpa, Honduras. pag. 1-25, 1979.
- 6.- Bogantes, Hidalgo. "Familia y Estructura Social en Latinoamérica" Revista de la Universidad de Costa Rica #30, pag. 87-92. 1971.

- 7.- Bogantes, Hidalgo, "La problemática Social de la Familia en los países subdesarrollados", Revista de la Universidad de Costa Rica, #34, pag, 133-137, 1972.
- 8.- Borsotti, Carlos, "Notas sobre la familia como unidad socioeconómica". Cuadernos de la CEPAL. cap. 1 pag. 5; 1978.
9. - Brady-Brodie. Controversy in Psichiatry. Edit. Saunder Company, 1 edition. Philadelphia, London, pag. 738, 1978.
10. - Caceres, Ana y José. "Influencia de la familia en el desarrollo del ser humano". Revista Extramuros de la Universidad de Puerto Rico, Recinto Río Piedras. Editorial Libros de México, México, segunda época, #3 pag. 33-43, junio 1968.
- 11.- Constitución de la República de Honduras vigente; Artículo 14S referente a la Salud,
12. - Cytrin, León, et al. "A Development View of Affective Disturbances in the Children of Affectively ill Parents". Am. J. Psychiatry. vol. 141:219-222, feb. 1984.
13. - Davenport, Y. et al. "Early Child-rearing Practices in Families with a Manic-Depressive Parents". Am. J. Psychiatry vol. 141 pag. 230-253; feb. 1984

14. - Editorial "On the Study of Children of Parents with Affective Disorders", by Am, J, Psychiatry 141:241-242, feb. 1984.
15. - Engels, Federico, El Origen de la Familia, la Propiedad Privada y el Estado. Ediciones de Cultura Popular. 223 pags. Traducido del alemán, de la revista "Die Neue Zeit, Bd. 2 #44 1895-1896.
16. - Feldman, R. et. al. "Families of Borderline Patients: like minded parents, borderline parents, and Parental Protection". Am. J. Psychiatry 141:1392 - 1396, 1984.
17. - Fernández, Francisco. "Aspectos Psicosociales del Alcoholismo". XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Edit. Gráficas Ruimor; Granada, España. pag. 370-378, 1978.
- 18.- Fiallos, Carmen, Conozca Honduras. Publicación de la Secretaría de Cultura y Turismo de Honduras, Imprenta Cultura cap. I, II y III. octubre 1984.
19. - Fleck, Stephen. "A Holistic Approach to Family Typology and the Axes of DSM-III". Arch. Gen. Psychiatry 40:901-906, aug. 1983.

20. - Fonseca, Gautama, Curso de Derecho de Familia, tomo I, Imprenta López cap, 1 pag. 1-14; 1968,
21. - Francés, R.et. al, "Outcome study of Familial and Nonfamilial Alcoholism" A.M. J, Psychiatry 141:1469-1471. nov. 1984,
22. - Gaensbauer, T. et al. "Social and Affective Development in Infants with a Manic-Depressive Parent". Am. J. Psychiatry 141:223-229, feb, 1984.
23. - Galvao, Ruy. Negros Caribes de Honduras. Editorial Guaymuras, Honduras, primera edición; cap, I pag. 21, 1981.
24. - Grinder, Robert. Adolescencia. Editorial Limusa, México; primera reimpresión; cap. 7 pag. 349-479, 1978,
25. - Hobbs, Paul "The Relative Timing of Psychiatric Disorder in Parents and Children". Brit. J. Psychiatry. 140:37-43, 1982.
26. - "Honduras en Cifras" 1981-1983. Folleto del Banco Central de Honduras. Departamento de Estudios Económicos, Tegucigalpa, Honduras. 1983.

27. - Hoover, C, et, al. "Marital Conflict of Manic-Depressive **Patients**".
Aren, Gen. Psychiatry 38*65-67, jan. 1981,
- 28, - Kaltreider, N. et, al. "Relationship Testing After the Loss of a Parent",
Am, J. .Psychiatry 141:243-246, feb. 1984.
29. - Kaplan, H_a et. al, Comprehensive Textbook of Psychiatry/ Til. Volume 1,
third edition. Williams-Wilkins Company, Baltimore, U.S.A. cap. 1.2
pag, 98-114, 1980.
30. - Idem. cap. 5.3 pag. 513-530. 1980
31. - Kolb, Lawrence, Psiquiatría Clínica Moderna, La Prensa Me dica
Mexicana, S.A. sexta edición. Cap. 7 pag. 193-199; -cap. 30 pag.
904-905. 1983.
32. - Lavault, Juan,^{lt} Como influye la familia en el desarrollo de la Personalidad?".
Revista Ceiba de la Universidad de Puerto Rico. Editorial Española,
Barcelona, España; año 1 # 2 cap. 7 pag. 39-43, enero-junio, 1973.
33. - Lepp, Ignace. La Nueva Moral, Ediciones Carlos Lohle,
Buenos Aires, Argentina, única edición, cap. 19 pag.167-174 1964.

34. - Mejía, Medardo, Historia de Honduras, Vol, II. 'Descubrimien-to. La Mundialización de Honduras. Editorial Andrade, Honduras, cap, VIII, XI, 1970.
35. - Mendiguchea, F. Psiquiatría Infante-Juvenil. Ediciones del Castillo, Madrid, España, cap. 20 pag, 690-721. 1980
36. - Minuchin, S. Fotocopias de su libro sobre "Terapia Familiar". Editorial Española, cap. 1 y 2, pag. 19-88. 1975
37. - Minuchin, S. idem. cap. 3 pag. 78-107, 1975
38. - Navarro, Miguel, Nuestro País. Publicaciones Navarro, Tegucigalpa, Honduras, pag, 6, 1975.
39. - Percival, Symond, et al. Las Relaciones Familiares (fotocopias) cap, I pag, 28
40. - Quiñónez, Graciela. "La familia del Alcohólico". III Congreso Iberoamericano sobre Alcoholismo", Cuenca, Ecuador. Junio, 1984.
41. - Soloff, p. et. al. "Psychiatric Disorders in the Families of Borderline Patients". Arch. Gen. Psychiatry 40=37-44, Jan. 1983

42. - Suazo, Margarita y Aplicano, Rodolfo, Población y Desarrollo Socioeconómico en Honduras, por el Centro de Desarrollo Social, Honduras, enero 1984.
43. - Tennant, C. et al. "Parental Loss in Childhood". Arch. Gen. Psychiatry 31:309-314, march 1981.
44. - Vaught, C. et al. "Family Factors in Schizophrenic Relapse", Arch. Gen. Psychiatry 41:1169-1177, 1984.
45. - Walker and Shaye. "Familial Schizophrenic", Arch, Gen. Psychiatry. 39-1153-1156, oct, 1982
46. - Walker, L. et al. "Assessing Family Relationship, A. Multi-Method, Multi-Situational Approach". Brit. S. Psychiatry vol. 144:387-394, 1984.
47. - Zahn-Waxler, C. et al. "Problem Behaviors and Peer Interactions of Young Children with a Manic-Depressive Parent", Am. J. Psychiatry 141:236-240, feb, 1984.
48. - Bateson, Gregory. "Doble vínculo y Esquizofrenia. "Ediciones Carlos Lohlé, Buenos Aires, Argentina, pag. 20. 1972

ANEXO

INSTRUMENTO DE TRABAJO

(ENCUESTA)

.- Nombre del paciente (Solo para Grupo Estudio):

.- Número de Expediente:

.- Familia: Estudio _____ Control _____

ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS.

1) Sobre la residencia: a) Propia

b) Alquila

c) Otro

2) Sobre la Construcción: a) Cemento

b) Madera.

c) Bahareque

d) Otro

3) Sobre Servicios Básicos: si no

Agua _____ _____

Luz _____ _____

D. Excretas__ _____

4) Sobre los ingresos (Lps) per cápita:

a) < 100 d) 901-2000

b) 101-300 e) 2000 o mas

c) 301-900

51 Número de Dependientes Económicos:.

- 6] Tamaño de la Familia:
- a) Pequeña (< 3)
 - b) Mediana (4-6)
 - c) Grande (> 7)

- 7] Informante:
- a) Padre (s)
 - b) Hijo (s)
 - c) Otro

- 8) La familia (del pete) es:
- a) de origen (pre-emancipada)
 - b) de procreación (post-emancipación)
 - c) Otro

SOBRE ESTRUCTURA FAMILIAR.

(Subsistema Parental) = ¿Quiénes son las personas que han criado

la fam? El subsistema Parental está formado así:

- a) Ambos padres
- b) Solo la madre
- c) Solo el padre
- d) Uno de los dos y otro cónyuge. Cual? _____
- e) Ninguno de los padres. Quién? _____

10) Si solo está formado por uno de los padres: ¿Por qué solo uno los está criando?

- a) Muerte del otro.
- b) Divorcio
- c) Abandono Conyugal
- d) Madre Soltera
- e) Otro.
- f) Ninguno de los anteriores.

11) Sobre si hubo o no sustituto del padre ausente

"Cuando en su familia faltó uno de los papas, cómo se organizaron?
qué hicieron?"

- a) Para criarlos su papá (o su mamá) hizo las veces de -
padre y madre.
- b) Su papá (o su mamá) se volvió a casar.
- c) La hija (o) mayor hizo las veces del padre ausente
- d) Ninguna de las anteriores

12) La madre faltó porque tuvo que ir a trabajar.

- a) Si _____ b) No _____

13) Sobre si existe Patología Individual en la familia (aparte del paciente) "¿Hay algún enfermo mental en la casa o uno que haya tenido que ser atendido de los nervios)?"

- a) Si _____ b) No _____ c) Dudoso

14) Quién?

- a) El Padre d) Otro
- b) La Madre e) Ninguno
- c) Un hijo

15) En la casa (familia) hay alguno que "agarre pata" cuando toma bebidas alcohólicas?

- a) Si ___ b) No _____ c) Dudoso

16) ¿Quién?

- a) El padre
- b) La Madre
- c) Un hijo (s)
- d) Otro
- e) Ninguno

II. - SUBSISTEMA CONYUGAL

17) Sobre el tipo de unión con el que están formados:

"Los padres de ésta casa están:"

- a) Casados
- b) Unión libre
- c) Otro (especifique)

18) Sobre el Divorcio o Disrupción Conyugal.

"Se divorciaron o se separaron los padres (de ésta familia)

- a) Si
- b) No

1.9.) ¿Por qué?

- a) Constantes Problemas entre ellos
- b) Por abandono
- c) Otro (especifique) _____
- d) Ninguno de los anteriores

20) Subsistema Fraterno.

El subsistema fraterno está formado así: ¿Cuántos hermanos se están criando juntos?

- a) Ninguno
- b) Todos
- c) Algunos (especifique)

21) ¿Cómo están constituidos *los* hijos de ésta casa?

- a) Ningún hijo
- b) Hijo único
- c) Un varón y los demás mujeres
- d) Una mujer y los demás varones
- e) Otro (especifique)

22) Sobre adopción:

"¿Es el paciente adoptado?"

- a) Si
- b) No

23) Tiene hijos adoptivos?

- a) Si Cuántos? _____
- b) No.

24) Si es "Si" ¿Tiene algún problema como el siguiente?

- a) Nervioso e) Ninguno de los anteriores
- b) "Loco"
- c) Alcohólico
- d) Otro (especifique)

2 5) Sobre si la Familia es Nuclear o Extendida:

"Aparte del padre, la madre y los hijos, ¿viven otros familiares en la casa?"

- a) Si _____ b) No _____

26) Se visitan y se tratan con frecuencia con otros familiares?

- a) Si _____ b) No _____

27) Cuando algún familiar tiene un problema ¿Uds. lo ayudan o viceversa?

- a) Si _____ b) No _____

28) Si contesta 2 o 3 con un "No" será Nuclear; si contesta

2 ó 3 con un "Si" será extendida. En base a las respuestas es

- a) Nuclear
b) Extendida

SOBRE DINÁMICA FAMILIAR

29) Sobre si la Familia es Sobreinvolucrada, Indiferente o Normal. "Si en su familia una hija saliera embarazada ¿cómo actuarían?

- a) La echarían de la casa, pues su situación constituye deshonra.
b) Les daría igual» pues eso le ocurre a muchas.
c) Tratarían de ayudarla con apoyo moral.

30) Cuando uno de los hijos es ofendido levemente por una persona extraña ¿cómo actuarían?

- a) Tratarían de demostrarle al agresor que quien se mete con uno se mete con todos.

- B) No nos importaría pues cada quien debe resolver sus problemas,
c) Aconsejarían al hijo (a) para que no le importancia al -hecho pues es una ofensa leve.

- 31) Si uno de los miembros de la familia piensa en casarse (hijos) ¿Qué pensarían u opinarían?
- a) Que es necesario que toda la familia participe de la decisión pues es algo importante.
 - b) Que a nadie debe importarle pues el que se casa, es al - único al que le interesa "es cosa suya"
 - c) Se respeta su decisión, no se le restringe pero se aconseja para una buena decisión.

Si contesta 2 ó 3 con "a" será involucrada (sobre); 2 ó 3 con "b" será indiferente; 2 ó 3 con "c" normal.

- 32) Entonces, ésta familia es:
- a) Sobreinvolucrada
 - b) Indiferente
 - c) Normal

- 33) Sobre si el Subsistema Parental es: S, I ó N. :
- Cuando la (s) hija (s) tiene (n) novio, sus papas, actúan así:
- a) No les gusta que lo lleven a la casa... pues la familia debe respetarse,
 - b) No les importa, pues cada quien es libre de elegir.

c) Tratan de conocer al pretendiente, pero no se meten en los sentimientos de los hijos, si no es con consejos.

a = S. b = I c = N.

34) Entonces el subsistema parental es:

a) Sobreinvolucrado

b) Indiferente

e) Normal

35) Sobre si el Subsistema Fraternal es: S. I. o N.

Cuando dos de sus hermanos se pelean entre sí, éstos actúan de la siguiente forma:

a) Por lo general no se hablan por mucho tiempo.

b) Les da igual, no les importa si el otro se enojó.

c) Se calman en poco tiempo, tratan de ver qué paso y de averiguar en donde reside el problema.

36) a = S. b = I. c = N.

37) Sobre las Relaciones en el Subsistema Conyugal:

"¿Han existido o existen problemas entre los padres, los cuales continúan aún después de mucho tiempo?"

a) Si _____ b) No _____

38) Cómo se llevan los padres de ésta casa?

a) Ya no se quieren mucho y viven peleando (lazo afectivo débil).

- b) No les importa lo que le pasa al uno y al otro, (indiferente)
- c) Son demasiado metidos en los problemas y la vida del otro (sobre involucrado)
- d) Cuando tienen problemas entre sí, mejor tratan de no hablar de estos, (inmaduros)
- e) Cuando tienen problemas se preguntan: ¿Dónde está lo malo? y hablan de cómo puede mejorar o no reincidir (ni)
- f) Ninguna de las anteriores.

39) Sobre Comunicación en la Familia

Si uno de los miembros tiene un conflicto o por el contrario, un motivo de alegría, se lo comunica a:

	<u>Conflicto</u>	<u>Alegría</u>
a) Su Padre	_____	_____
b) Su Madre	_____	_____
c) Un (os) hno. (s)	_____	_____
d) A todos	_____	_____
e) A ninguno	_____	_____
f) A otro	_____	_____

40) Sobre el Liderazgo en la Familia (quien lo ejerce)

"Quien es el que manda en la casa?"

- a) El Padre.
- b) La Madre
- c) Ambos
- d) Un hijo
- e) Ninguno
- f) Otro

- c) **Región Oriental**
- d) **Región Norte**
- e) **Región Occidental**