

Estructura y dinámica de familias con niños discapacitados asociada con violencia intrafamiliar y trastornos de conducta

SAÚL RENÁN LEÓN-HERNÁNDEZ* | FROYLÁN E. CALDERÓN CASTAÑEDA*
LUZ RAQUEL ALVARADO GARCÍA* | VIOLETA HINOJOSA** | ISABEL QUEZADA***

SE ANALIZÓ UNA COHORTE DE 200 FAMILIAS tratadas bajo consentimiento informado en el lapso 2002-2010 en el Servicios de Terapia Familiar del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) de la Secretaría de Salud (Ssa). En 17 familias (8.5%) se detectó violencia intrafamiliar grave: 5.5% en las familias de niños de 1-12 años y 3% en mayores de 12 años. Los niños discapacitados con trastornos de conducta, fundamentalmente del género masculino, tuvieron 6.8 veces más riesgo de haber estado expuestos a violencia intrafamiliar que aquellos sin trastornos de conducta. Por su estructura y dinámica, las familias con violencia intrafamiliar y trastornos de conducta de los niños se distinguieron por ejercer un control del comportamiento infantil de tipo caótico (a veces rígido a veces sin límites) y desempeñar roles mixtos compuestos por roles tradicionales (la madre cumple rol de cuidadora, el padre de proveedor) y roles idiosincráticos (el niño tiene asignado el rol de "enfermo" por su discapacidad y se relaciona simbióticamente con la madre).

Palabras clave: discapacidad infantil, trastornos de conducta, violencia intrafamiliar.

A COHORT OF 200 FAMILIES WAS ANALYZED, treated under informed consent in the term 2000-2010 in the family therapy services at the Health

* Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra", Secretaría de Salud.

** Paidopsiquiatra.

*** Psicóloga, terapeuta familiar.

Secretary's Rehabilitation National Institute. In 17 families (8.5%), serious domestic violence was detected: 5.5% in families with children from 1 to 12 years old and 3% in children older than 12 years. The disabled children with behavioral disorders, mainly male, had 6.8 times more risk to have been exposed to domestic violence than those with no behavioral disorders. By its structure and dynamics, the families with domestic violence and children behavioral disorders were distinguished by exerting a chaotic kind of control (sometimes rigid and other limitless) and by performing mixed roles composed by traditional roles (the mother carries on the caregiver role, the father the one of supplier) and the idiosyncratic roles (the child has assigned the "ill" role because of his disability and he relates symbiotically to the mother).

Key words: child disability, behavioral disorder, domestic violence.

Introducción

Los estudios sobre la relación familia-niño-violencia han transitado del estudio clínico del niño maltratado en la década de 1960 (Kempe, 1962), al análisis de los trastornos de conducta relacionados con los estilos de crianza parental autoritarios en las décadas de 1970-1980 (Raya, 2009), hasta la relación más directa entre violencia intrafamiliar y maltrato infantil (Flynn, 1987; Kashani, 1992; Wolfe, 1994; Dubowitz, 1995; Richman, 1995).

Desde la década de 1990 hasta hoy (Buades-Rotger, 2014), los estudios genéticos y epigenéticos han adquirido mayor relevancia en dicha relación que, según la hipótesis fuerte, es una relación bidireccional. Así, por ejemplo, en los miembros de las familias pueden existir previamente alteraciones genéticas interactuando con ambientes adversos (GxE o Gene X Environment) que conducen a la violencia intrafamiliar que a su vez altera el neurodesarrollo infantil produciéndoles, entre otros efectos, trastornos de conducta (De Bellis, 2014); pero según la teoría de la violencia inducida, es posible que alternaciones genéticas del niño en interacción con ambientes adversos desemboquen en trastornos de conducta que impacten negativamente las relaciones familiares hasta llegar a la violencia intrafamiliar (Montalvo-Ortiz, 2016).

De cualquier modo, la observación empírica regular tiende a mostrar una fuerte asociación entre violencia intrafamiliar y trastornos de conducta infantil; sin embargo, y a pesar de que en 2005 la Unicef alertó que la violencia sobre el niño discapacitado podría ser dos veces mayor (en situaciones especiales hasta 10 veces) que sobre los niños no discapacitados, los estudios dirigidos exclusivamente a dilucidar la relación entre violencia intrafamiliar y trastornos de conducta en niños discapacitados han sido menos frecuentes de lo deseado. Los expertos convocados por la Unicef señalaron incluso que “actualmente, sólo hay un puñado de estudios con datos utilizables sobre la violencia contra el niño discapacitado”. Vale subrayar que la observación anterior es vigente, a lo que debemos agregar que uno de los motivos puede ser que la violencia intrafamiliar, tanto más sobre niños discapacitados, implica problemas legales que no en todas las instituciones pueden ser abordados adecuadamente por el personal de salud.

En el Servicio de Terapia Familiar del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) el estudio de las familias se realiza siguiendo el *Manual de la guía clínica de orientación y psicoterapia familiar* basado fundamentalmente en el modelo McMaster diseñado por Epstein *et al.* (1983). Estas familias tienen en común la presencia de un miembro con discapacidad por el cual acuden a consulta al INR. Basándonos en los antecedentes reportados a nivel mundial *en población no discapacitada*, nuestra hipótesis de trabajo no sólo previó encontrar una estrecha relación entre violencia intrafamiliar y trastornos de conducta de niños discapacitados sino que esta relación debía darse en el contexto de un patrón estructural y funcional característico de estas familias que además, probablemente, tendrían una tasa de violencia más alta que las familias sin niños discapacitados reportadas en la literatura internacional.

Desarrollo

Se efectuó minería de datos de la base de 200 familias estudiadas y tratadas en el lapso 2002-2010 por el equipo de médicos, psiquiatras y psicólogos del Servicio de Terapia Familiar del INR. Las variables sobre la

estructura y la dinámica familiar se basan en los criterios diagnósticos de la mencionada Guía de McMaster. De la base de datos se identificaron las familias que acudieron al Servicio de Terapia Familiar por violencia intrafamiliar, misma que se confirmó por entrevista profunda, entendiéndose por violencia intrafamiliar aquellos actos u omisiones que atentan contra la integridad física, psicológica o sexual y moral de cualquiera de los integrantes de una familia y debe ser: 1) recurrente y constante, 2) intencional, 3) un acto de poder o sometimiento, 4) tendencia a que cada vez sea mayor la gravedad de la lesión. Los trastornos de conducta se diagnosticaron de acuerdo con los criterios internacionales del manual DSM-4 y DSM-5 (APA, 2013).

De la base se analizaron 39 variables (21 sociodemográficas, 2 médicas relacionadas con los 10 principales diagnósticos del tipo de discapacidad y el motivo de envío a terapia familiar, 12 sobre dinámica y estructura familiar) y 4 de seguimiento de la eficacia psicoterapéutica. Los datos se analizaron por etapas: la primera con toda la muestra $n = 200$ a partir de análisis bivariado y enseguida con regresión logística binaria para predecir violencia intrafamiliar; en la segunda etapa se analizó por separado el grupo infantil de 1-12 años ($n = 110$) con el mismo tipo de análisis estadístico aplicado a la muestra general. Las variables con $p < 0.15$ del análisis bivariado se introdujeron al modelo de regresión con el método de Wald hacia atrás, aquellas con $p < 0.05$ se consideraron predictores. El análisis se realizó con SPSS 17.0 con licencia de uso para el Instituto Nacional de Rehabilitación.

Resultados

Muestra global ($n = 200$ familias de 200 pacientes respectivos)

Del total de pacientes 55.5% eran del género masculino y 44.5% femenino, con una edad promedio de 22.5 ± 22.6 años (rango 1-89). Un poco más de la mitad (55%) eran pacientes del grupo infantil (1-12 años). La edad promedio de los padres era de 44 ± 12.3 y la de las madres de 35.5 ± 13.3 años. Los principales problemas por los que acudieron a psicoterapia familiar fueron: problemas en el manejo de límites 38.5%, disfunción familiar 18%, problemas en el manejo de los afectos y las emociones 16.5%, trastornos de ansiedad 6%, violencia intrafamiliar 5% y por otros motivos

15.5%. El 83.3% de las familias refirieron tener problemas económicos asociados a problemas emocionales y de la comunicación.

La tasa de violencia intrafamiliar varió de acuerdo con el tipo de informante, obsérvese (Cuadro 1) que las tasas más altas (tasa global así como la específica referida a las familias del grupo infantil) correspondieron a la información de los terapeutas familiares, las más bajas a los médicos tratantes de la discapacidad y en medio la reportada por las familias cuyo informante en 77.1% de los casos fue la madre. En cualquier caso la constante fue que las tasas de violencia intrafamiliar fueron más elevadas en las familias del grupo de 1-12 años que en aquellas de pacientes mayores de 12 años.

Cuadro 1. Tasa de violencia intrafamiliar en familias con pacientes discapacitados de acuerdo con el grupo de edad del paciente y el tipo de informante (n = 200)

Informante	Grupos de edad		
	Global	1-12 años (%)	>12 años (%)
Familia	8.5%	10.0	7.0
Terapeuta familiar	9.0%	11.9	6.1
Médico tratante	5.0%	7.3	2.3
Tasa media	7.5%	9.7	5.2

En 42% de las familias la escolaridad del padre era de secundaria o menos, una cuarta parte con preparatoria y 16% con licenciatura; 48% de las madres tenían secundaria o menos, una cuarta parte preparatoria y 15% licenciatura; 32% de los padres se dedicaban a algún oficio y 33% eran empleados, 50% de las madres sólo se dedicaban al hogar y 17% empleadas.

Por el ciclo vital, cerca de la mitad de las familias (48.5%) se componía de hijos pequeños y adolescentes, 43% eran familias nucleares, en 53.3% la forma de solucionar los problemas familiares era instrumental disfuncional ligada a afectiva disfuncional, en 58.5% la comunicación era enmascarada indirecta, en 51.5% los roles familiares eran tradicionales en

33% idiosincráticos y en 15.5% mixtos, la expresión de afectos se realizaba con malestar en 76% de las familias y el principal tipo de involucramiento afectivo era el simbiótico en 30.5%.

Trastornos de la comunicación (20.1%), trastornos del sistema músculo esquelético (14.6%), encefalopatías (9%), trastornos de conducta (8.5%), traumatismos (8%), síndromes neurológicos (7.5%), enfermedad vascular cerebral (6%), trastornos del aprendizaje (4.5%), retraso mental (4.5%), trastornos dismorfogenéticos (4.5%) y otros (12.6%) fueron los principales diagnósticos médicos de discapacidad.

De 17 casos totales con trastornos de conducta pura o acompañada de otra causa de discapacidad, 8 (47.0%) correspondieron a trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Dos de los 8 casos de TDAH padecían trastorno del lenguaje y sólo uno de los 8 cursaba sin hiperactividad; de los 9 casos restantes 44.4% combinaban trastornos del lenguaje y ansiedad y en el resto las discapacidades de base eran: un caso de acortamiento de extremidad superior derecha y asma, un caso disfunción familiar, otro caso retraso psicomotor con atrofia cortical y subcortical, uno más con secuelas de traumatismo craneoencefálico y el último padecía síndrome del manguito rotador más depresión.

Comparación de grupos de edad:

1-12 años vs > 12 años de edad

Las familias de los niños de 1-12 años diferían en múltiples variables que se exponen en el Cuadro 2 a manera de referencia. Obsérvese que los trastornos de conducta se detectaron en 13.6% de los niños de 1-12 años y sólo 2.3% en los mayores de 12 años.

Cuadro 2. Comparación de grupos (1-12 años frente a mayores de 12 años) de familias de pacientes con algún tipo de discapacidad tratados en terapia familiar

Variables	Grupos de edad		p	
	1-12 años (n = 110)	>12 años (n = 90)		
Género masculino	74 (67.3%)	37 (41.6%)	0.0001	
<i>Rol familiar</i>				
Tradicional	60 (54.5%)	42 (47.2%)	0.018	
Idiosincrático	28 (25.5%)	38 (42.7%)		
Mixto	22 (20.0%)	9 (10.1%)		
<i>Control del comportamiento</i>				
Caótico	51 (46.4%)	27 (30.3%)	0.02	
<i>Diagnóstico médico</i>				
Trastornos de comunicación	36 (32.7%)	4 (4.5%)	0.0001	
Trastornos del sistema músculo esquelético	7 (6.4%)	22 (25.0%)		
Encefalopatías	12 (10.9%)	5 (5.7%)		
Trastornos de conducta	15 (13.6%)	2 (2.3%)		
Traumatismos	4 (3.6%)	12 (13.6%)		
Síndromes neurológicos	6 (5.5%)	9 (10.2%)		
Enfermedad vascular cerebral (EVC)	0	12 (13.6%)		
Trastornos del aprendizaje	8 (7.3%)	1 (1.1%)		
Retraso mental	5 (4.5%)	4 (4.5%)		
Trastornos dismorfogenéticos	7 (6.4%)	2 (2.3%)		
Otros	10 (9.15)	15 (17.0%)		
<i>Motivo de consulta a terapia familiar</i>				
Problema en manejo de límites	49 (44.5%)	27 (30.7%)		0.018
Disfunción familiar	16 (14.5%)	20 (22.7%)		
Problemas expresión de afectos-emociones	11 (10.0%)	22 (25.0%)		
Trastornos de ansiedad	7 (6.4%)	5 (5.7%)		
Violencia intrafamiliar	8 (7.3%)	2 (2.3%)		
Otros	19 (17.3%)	12 (13.6%)		

Análisis de los factores asociados con violencia intrafamiliar de familias con pacientes discapacitados tratados en terapia familiar (n = 200)

Nótese que siete variables tuvieron una $p < 0.15$ en el análisis bivariado. Claramente los trastornos de conducta y los roles familiares mixtos tuvieron la asociación más intensa, en cambio el ciclo vital con hijos pequeños así como la edad promedio representaron las asociaciones más débiles.

Cuadro 3. Factores asociados a violencia intrafamiliar de familias con pacientes discapacitados (n = 200)

Violencia Intrafamiliar					
Factores	SÍ (n = 17)	NO (n = 183)	OR	IC 95%	p
Paciente masculino	14 (82.4%)	97 (53.0%)	4.1	1.1-14.8	0.02
Edad paciente	16.0 +/- 16.5	23.1 +/- 23.0	1.01	0.98-1.04	0.11
Roles familiares mixtos	8 (47.1%)	23 (12.6%)	6.1	2.1-17.6	0.001
TC* de pacientes	6 (35.3%)	11 (6.0%)	8.5	2.6-27.3	0.001
Control caótico comporta	11 (65.7%)	67 (36.6%)	3.1	1.1-8.9	0.02
Ciclo vital hijos pequeños	8 (47.1%)	52 (28.7%)	2.2	0.8-6.0	0.10
Altas expectativas a la TF	13 (76.5%)	90 (49.2%)	3.3	1.0-10.6	0.03

*Trastornos de conducta. Criterios internacionales DSM-4.

La regresión logística únicamente seleccionó como predictores significativos los roles familiares mixtos, los trastornos de conducta del paciente y, en el *borderline*, el control caótico del comportamiento (Cuadro 4).

Cuadro 4. Predictores globales de violencia intrafamiliar en familias de pacientes discapacitados (n = 200)

Factores	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)	IC 95% para EXP(B)	
Roles familiares mixtos	1.639	.572	8.204	.004	5.149	1.678	15.805
Trastorno de conducta	1.775	.638	7.744	.005	5.902	1.690	20.605
Control caótico	1.038	.570	3.317	.069	2.825	.924	8.635
Constante	-5.242	1.657	10.00	.002	.005		

Los trastornos de conducta por su parte tenían 6.8 (IC95% 1.5-30.8, $p = 0.004$) veces más probabilidad se presentarse en pacientes menores de 12 años y por lo mismo 6.6 (IC95% 2.2-19.8, $p = 0.0001$) en familias cuyo ciclo vital era con hijos pequeños.

Análisis de los factores asociados con violencia intrafamiliar de familias con pacientes discapacitados de 1-12 años tratados en terapia familiar (n = 110)

Al segregar al grupo de familias de pacientes de 1-12 años, véase (Cuadro 5) que en el análisis bivariado la violencia intrafamiliar estuvo asociada con el género masculino del paciente discapacitado, a los trastornos de conducta de éste, a los roles familiares mixtos y al control del comportamiento de tipo caótico, así como a las altas expectativas de la familia respecto a la eficacia de la psicoterapia. Cabe destacar que los niños con trastornos de conducta tenían 7.7 +/- 2.2 años y aquellos sin trastornos de conducta 7 +/- 2.5 ($p = 0.38$) y que las edad medias tanto de los padres como de las madres no diferían significativamente en relación a violencia intrafamiliar.

Cuadro 5. Factores asociados con violencia intrafamiliar de familias con pacientes discapacitados de 1-12 años tratados en terapia familiar (n = 110)

Factores	Violencia Intrafamiliar		OR (IC95%)	p
	SÍ (n = 11)	NO (n = 99)		
Género masculino	10 (90.9%)	64 (64.6%)	5.4 (0.6-44.5)	0.052
Edad del niño	7.0 +/- 2.2	7.1 +/- 2.5	-	0.60
Edad del padre	48.8 +/- 13.8	43.9 +/- 12.2	-	0.83
Edad de la madre	37.9 +/- 14.2	35.2 +/- 13.3	-	0.53
Roles familiares mixtos	6 (54.5%)	16 (16.2%)	6.2 (1.6-22.8)	0.008
Ciclo vital niños pequeños	8 (72.7%)	47 (47.5%)	2.9 (0.7-11.7)	0.101
Trastornos de conducta	5 (45.5%)	10 (10.1%)	7.4 (1.9-28.7)	0.007
Control caótico	9 (81.8%)	42 (42.4%)	6.1 (1.2-29.7)	0.013
Expectativas familiares altas a la TF	10 (90.9%)	51 (51.5%)	9.4 (1.1-76.3)	0.011

Similar a lo observado en la muestra global, la regresión logística seleccionó como predictores significativos a roles familiares mixtos, trastornos de conducta de los pacientes de 1-12 años pero, al contrario de la muestra global, en la compuesta sólo de los 110 niños, el control caótico del comportamiento se incluyó como significativo (Cuadro 6).

Cuadro 6. Predictores específicos (para la muestra de niños de 1-12 años) de violencia intrafamiliar en familias de pacientes discapacitados (n = 110)

Factores	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)	IC 95% para EXP(B)	
Roles familiares mixtos	1.667	.728	5.241	.022	5.297	1.271	22.077
Trastorno de conducta	1.869	.765	5.967	.015	6.481	1.447	29.029
Control caótico	1.702	.865	3.865	.049	5.482	1.005	29.900
Constante	-6.150	2.175	7.996	.005	.002		

Cerramos subrayando que en general, basándose en los criterios de la guía de McMaster, 61% de las familias con niños discapacitados de 1-12 años mostraron mejoría clínica. Un dato específico muy importante: 90% de las familias con violencia intrafamiliar pero que presentaban altas expectativas de los resultados esperados de la terapia mostraron mejoría clínica contra sólo 58% que manifestaban bajas expectativas ($p = 0.02$); en contraste, de las familias sin violencia que manifestaron altas expectativas ante la psicoterapia la tasa de mejoría clínica fue de 64% contra 57% de las que tenían expectativas bajas ($p = 0.26$).

Análisis

Paralelo al exceso de planteamientos teóricos sobre la relación entre violencia intrafamiliar y discapacidad, hay por el contrario una escasez internacional y nacional de datos específicos con evidencia empírica sobre esta relación. Dado que el INR es un instituto de la Ssa, la gran mayoría de los casos que se atienden pertenecen a familias de nivel socioeconómico medio bajo y es posible, por ello, que la muestra estudiada no sea representativa de lo que sucede a escala nacional. No obstante, el hecho de que

83% de las familias hayan mencionado que tenían problemas económicos sumados a problemas emocionales y comunicativos dentro del hogar, nos indica que se trata de núcleos familiares altamente vulnerables para las que atender un niño con discapacidad incrementa el estrés familiar y en consecuencia hay mayor probabilidad de violencia.

Es legítimo inferir que la violencia intrafamiliar es una forma de violencia sobre los infantes pues está contemplado internacionalmente que su sola existencia en el seno de la familia agrede también al niño (Unicef, 2005); de modo que si consideramos 5.5% de violencia intrafamiliar como tasa respectiva de maltrato en el grupo de 1-12 años de edad, ésta cae en el rango esperado de 5-10% en población infantil no discapacitada, ello de acuerdo con lo reportado por Tremblay (2008) en Canadá, o en el de 3.4-9.2% de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas de Estados Unidos (Tsavoussis, 2014).

Por otra parte, la tasa global de 8.5% de trastornos de conducta en mayor proporción del tipo de trastornos del comportamiento perturbador negativista desafiante, fundamentalmente ligada a TDAH en el 40-60% de los casos (Deault, 2010), cae en el intervalo reportado internacionalmente de 2-16% de la población general; pero la tasa de 13.6% de trastornos de conducta en el grupo de 1-12 años con discapacidad está muy por encima del límite superior del intervalo de 3-4% reportado a nivel mundial para este grupo de edad sin discapacidad (Jordi, 2105). Raya (2009) en España, aplicando el *test* Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC) a una muestra de 338 niños y adolescentes de 3-14 años, detectaron una prevalencia del 3% de trastornos de conducta compatibles por la forma de clasificarlos en el INR en niños discapacitados de acuerdo con el manual DSM-4 (actualmente se aplica el DSM-5 de reciente revisión internacional); de manera que 13.6% de trastornos de conducta en niños discapacitados de 1-12 años en el INR es cuatro veces mayor que la detectada por Raya en niños y adolescentes no discapacitados en España con la obvia reserva de que esta última fue en población escolar y la nuestra en una muestra hospitalaria.

Si se desagrega por género, la tasa de trastornos de conducta del género masculino supera significativamente a la del femenino lo que también concuerda con los reportes internacionales (Guan, 2010) aunque, para mayor precisión, en nuestro estudio 100% de los casos con trastornos de conducta fueron del género masculino tanto en la muestra de $n = 200$

como en la muestra de $n = 110$ correspondiente a las familias de niños de 1-12 años. Aquí cabe plantear como hipótesis la probable influencia de factores genéticos ya que los reportes internacionales indican que hasta esta edad la influencia genética sobre los problemas de conducta es estable y con mayor efecto en el género masculino (Van Beijsterveldt, 2003; Vermeiren, 2003; Rebollo-Mesa, 2010).

El presente estudio nos permite confirmar que, en efecto, por un lado violencia intrafamiliar y trastornos de conducta infantil son eventos fuertemente asociados y, por otro, que dicha asociación se observa fundamentalmente en familias con niños del género masculino; sólo que lo estamos corroborando específicamente en familias con niños discapacitados cuya tasa de trastornos de conducta podría ser casi cuatro veces mayor respecto a niños no discapacitados.

Se subraya que las asociaciones fueron significativas ya sea que la violencia haya sido referida por la familia o ya por el equipo de psicoterapia del Servicio de Terapia Familiar. Sin embargo, recuérdese (Cuadro 1) que la tasa de violencia referida por el médico tratante de la discapacidad fue más baja que la referida tanto por la familia como por Terapia Familiar. Es importante destacar que de 10 familias consideradas por los médicos tratantes de la discapacidad como familias con problemas de violencia, sólo dos de éstas habían sido expresadas como tales por las propias familias.

Por otra parte, de 12 familias que tanto ellas mismas como los psicoterapeutas catalogaron afectadas por violencia, en 7 los médicos tratantes las enviaron a Terapia Familiar no por violencia intrafamiliar sino por problemas en el manejo de los límites sobre los infantes y las otras 5 como disfunción familiar. En consecuencia, la sensibilidad diagnóstica de violencia intrafamiliar de los médicos tratantes de la discapacidad fue de 11.7% (2/17) no obstante que su especificidad fue de 95.6% (175/183), el problema no son tanto los falsos positivos (4.3%) con un valor pronóstico positivo de 20%, sino los falsos negativos que ascienden a 88.2% (15/17), es decir que 88.2% de los casos reales de violencia intrafamiliar no son identificados por los médicos tratantes de la discapacidad (de ortopedia, de comunicación humana o de rehabilitación).

Ahora bien, la intensidad de la asociación entre violencia intrafamiliar y trastornos de conducta es tan fuerte que se puede detectar tanto a nivel general como específico, ello al menos en familias con pacientes discapa-

citados; pero la mayor fracción de la varianza general se debe al peso de esta relación exclusivamente en la población infantil discapacitada.

Los resultados obtenidos apoyan la hipótesis de que la asociación mencionada sucede en un ambiente familiar cuyo patrón estructural y funcional es característico. En efecto, se trata de familias con problemas emocionales y de comunicación pero fundamentalmente económicos con roles familiares mixtos en un ciclo vital con hijos pequeños sobre todo del género masculino que presentan trastornos de conducta afrontados por la familia con formas de control caótico del comportamiento y que, al llegar al Servicio de Terapia Familiar del INR, manifiestan altas expectativas ante la psicoterapia brindada.

Por roles familiares mixtos entendemos aquellas dinámicas familiares en las que se combinan roles tradicionales (la madre realiza las actividades domésticas, cuida a los hijos, los alimenta, mientras el padre es el proveedor) con idiosincráticos (cada miembro tiene un papel asignado por sus características en este caso, por ejemplo, al niño discapacitado se le asigna el rol de enfermo). Por control caótico del comportamiento entendemos la inconsistencia de las reglas para mantener la disciplina del niño ya que en ocasiones es rígido y otras veces es laxo, lo cual agrava los problemas en el manejo de los límites produciendo confusión en el infante. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Raya en población escolar no discapacitada en el sentido de que encontraron una intensa correlación entre el *test* BASC de evaluación de la conducta y el Cuestionario de Crianza Parental (PCRI) que mide aspectos similares a la Guía de McMaster aplicada en el INR sobre estructura y dinámica familiar. El PCRI mide 7 dimensiones: apoyo, satisfacción con la crianza, compromiso parental, comunicación, disciplina, autonomía y distribución de roles familiares; no obstante, a diferencia de Raya que detectó los trastornos de conducta con un *test* aplicado en trabajo de campo (el referido BASC), nuestro estudio tiene la ventaja de que los trastornos de conducta se detectan en un contexto hospitalario con una amplia batería de prueba y son corroborados por el servicio de Terapia Familiar de acuerdo con los criterios del DSM-4.

En el Cuadro 7 se construyen cuatro familias Tipo con los diagnósticos específicos de discapacidad destacando los casos de TDAH para cada casilla de violencia intrafamiliar (VI) con trastornos de conducta (TC) y además se desglosan los roles familiares y las formas de control de las conductas en cada casilla. La Familia Tipo A de alto riesgo asocia TC positiva

con VI positiva, 60% de los casos de TC coexisten con TDAH y 40% a otras discapacidades; la edad promedio de los niños es de 7.4 años, todos del género masculino; 40% de las familias juegan roles mixtos y en todos los casos el control de las conductas es de tipo caótico. Las familias Tipo B serían el equivalente de falsos positivos desde la teoría de la violencia inducida pues, aunque todos los niños padecen TC, las familias sin embargo no despliegan VI no obstante que 60% de los niños padecen TDAH pero, en contraparte, sólo 30% desempeñan roles mixtos y sólo 40% aplican un control de la conducta de tipo caótico. Las familias Tipo C equivaldrían a los falsos negativos ya que tienen hijos sin TC y sin TDAH pero desarrollan VI probablemente porque hasta 66.7% desempeñan roles mixtos y en la misma proporción control caótico de la conducta. Las familias Tipo D serían de bajo riesgo al estar sin niños con TC (4.4% con TDAH y 60.7% del género masculino) y sin VI, adviértase claramente que sólo 14.6% desempeñan roles mixtos y 42.7% control de la conducta de tipo caótico.

Empero, faltaría dilucidar la influencia GxE (*gene X environment* o genes por ambiente) en estas familias tipos. De acuerdo con la teoría del estrés familiar inducido por la discapacidad, en los casos de niños discapacitados la tensión familiar puede empezar mucho antes de que el niño sea diagnosticado, especialmente en países en los que el diagnóstico tiende a ser tardío (Unicef, 2005). En España, por ejemplo, más del 55% de familias con niños discapacitados opinaron que no recibieron una explicación clara y suficiente por el personal de salud y que tardíamente les comunicaron el diagnóstico de discapacidad. La primera reacción (en 67.4% de las familias) fue de dolor ante la primera noticia, pero hasta 16.6% sintieron la noticia como una amenaza a su proyecto de vida familiar. En tales casos las reacciones adversas pueden ser la de rechazar al niño, abandonarlo o confinarlo a una institución para su cuidado (Ponte. 2012). Según la tipología familiar que hemos construido (Cuadro 7), concordamos con la Unicef (2005):

Es cierto que, por otra parte, no todos los hogares con niños con discapacidad son violentos e incluso dentro de las mismas comunidades en algunas familias existen mecanismos de supervivencia que previenen la violencia; sin embargo, en otros hogares con condiciones idénticas los niños con discapacidades son objeto de violencia. Respecto a este punto se necesita mucha más investigación para permitirnos comprender adecuadamente los factores que inhiben o fomentan la violencia hacia estos niños.

Cuadro 7. Tipología familiar propuesta basada en los resultados empíricos del estudio (n = 110)

<p>Familia tipo A. Alto riesgo: TC infantil, ambiente adverso con VI</p> <p>3 TDAH (60.0%) 1 Acortamiento de extremidad superior derecha/asma 1 Secuelas de TCE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad del niño 7.4 +/- 2.9 • Masculinos 100% • Edad del padre 45.0 +/- 18.0 • Edad de la madre 34.2 +/- 17.2 • Roles familiares mixtos (40%) • Control caótico de conductas (100%) 	<p>Familia tipo B. Falso positivo: TC infantil, ambiente favorable sin VI</p> <p>6 TDAH (60.0%) 1 Retraso psicomotor (atrofia cortical/subcortical) 1 Secuelas de TCE 1 Síndrome de manguito rotador/depresión 1 Trastorno de ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad del niño 7.9 +/- 1.9 • Masculinos 100% • Edad del padre 40.1 +/- 11.3 • Edad de la madre 33.9 +/- 18.4 • Roles familiares mixtos (30%) • Control caótico de conductas (40%)
<p>Familia tipo C. Falso negativo: niño sin TC, ambiente adverso con VI</p> <p>0 TDAH (0.0%) 1 Neurofibromatosis 1 Retraso mental/epilepsia 1 Síndrome de Down 1 Síndrome del niño maltratado 1 Depresión/bajo rendimiento escolar 1 Trastorno del lenguaje y epilepsia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad 6.6 +/- 1.7 • Masculinos 83.3% • Edad del padre 44.3 +/- 11.1 • Edad de la madre 41 +/- 11.8 • Roles familiares mixtos (66.7%) • Control caótico de conductas (66.7%) 	<p>Familia tipo D. Bajo riesgo: niño sin TC, ambiente familiar favorable sin VI</p> <p>4 TDAH: 1 con epilepsia y otro con trastornos del aprendizaje y de ansiedad (4.4%) 85 Otras discapacidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad 7.0 +/- 2.6 • Masculinos 60.7% • Edad del padre 44.4 +/- 12.2 • Edad de la madre 35.3 +/- 12.5 • Roles familiares mixtos (14.6%) • Control caótico de conductas (42.7%)

Respecto a nuestra investigación, sin conocer probables componentes genéticos o epigenéticos por metilaciones aberrantes del DNA asociados a la agresión y a la violencia, por ejemplo, alteraciones de los genes reguladores de la monoaminoxidasa A o MAOA, o el gen de la 5-HTTLPR acarreador de la serotonina entre otros (Montalvo-Ortiz, 2016), pero sin descartarlos, nuestros hallazgos muestran que en efecto en términos re-

lativos sólo una fracción de las familias con niños discapacitados sufren VI aunque la mayor parte de éstas corresponden a familias con niños que sufren TC. No obstante, aunque en las familias con VI 45.5% de los niños cuya edad promedio era de 7.7 años sufrían TC, en las familias sin VI hasta 10.1% de niños cuyo promedio de edad era de 7 años también sufrían TC. ¿Por qué este 10.1% de niños con TC no sufren VI siendo padres y madres de similar edad a la de los niños de familias con VI?

Nuestra hipótesis es que en las familias con VI ya existían las condiciones germinales para que ésta se desarrollase, primero sobre un terreno familiar minado por los problemas económicos y la discapacidad de uno de los miembros. Además del patrón desfavorable que hemos descrito de estructura y dinámica (sin descartar problemas genéticos o epigenéticos de los propios padres o de los niños) pero el nacimiento del niño discapacitado y con TC constituiría el pivote que la dispararía, también es probable que los niños de estas familias pertenezcan a la cohorte con agresividad estable crónica con probable alteración de los genes reguladores (ya de la MAOA o del 5-HTTLPR o bien con alteraciones epigenéticas puntuales) cuya agresividad se agravaría al verse envuelto en un ambiente adverso y en ese sentido sufrirían una forma de maltrato infantil. El punto es importante por sus implicaciones terapéuticas pues como refiere Collins (2010) se ha observado que en los niños con alta expresión de actividad de la MAOA responden poco a los tratamientos cognitivo conductuales requiriéndose apoyo con tratamientos farmacológicos; al contrario, los de baja expresión responden adecuadamente a este tipo de tratamiento y no requieren de fármacos.

Por otro lado, en las familias sin VI criando niños con TC las condiciones previas serían de familias con su propio patrón de estructura y dinámica característico (favorable de no violencia) que les permitiría lidiar de mejor manera la discapacidad del niño sin que descartemos la hipótesis de que estos niños (siendo de similar edad) pertenezcan a la cohorte de agresividad media propiciada, más que por alteraciones genéticas, por un retraso en la madurez del neurodesarrollo para coordinar el eje hipofisis-hipotálamo-sistema límbico-corticoadrenal con la corteza prefrontal, condición necesaria, como señalan Tremblay (2008) y otros autores (Márquez, 2013), para que los estilos de crianza adecuados tengan un efecto favorable sobre el control de la conducta infantil temprana y evitar

su violencia en la adolescencia y en la adultez ya que podría revertirse sobre los hijos de la siguiente generación (Leve, 2015).

El aporte que hacemos al respecto se sintetiza en el Cuadro 7 con la tipología familiar propuesta. No sabemos empero, cuál es la temporalidad de los eventos ya que cuando llegan a Terapia Familiar los elementos con que tipificamos a las familias ya están fijados, es decir, llegan porque tiene un niño discapacitado (con o sin trastornos de conducta) o porque sufren VI. No encontramos patrones de escolaridad y ocupación de los padres asociados con la violencia o con los trastornos de conducta de los niños; sin embargo, un patrón constante, puesto que abarca 83% del total de estas familias, es que manifestaban sufrir problemas económicos. Citemos aquí que en Ohio, Estados Unidos, la ola de violencia intrafamiliar en el periodo 2006-2011 condujo a las autoridades a poner en marcha programas de intervención a gran escala con cambios legales para endurecer las penas a los agresores articulado con un programa educativo contra la violencia intrafamiliar pero, sobre todo, con un programa de empleo dirigido principalmente a las mujeres; como efecto, a corto plazo las tasas de violencia intrafamiliar disminuyeron drásticamente pero en 2010 se observó un alza inesperada (Tsavoussis, 2014). Al respecto baste citar que en 2006 la tasa de desempleo era de 6.8% la cual ascendió a 11.4% en 2009, justo el año anterior en que la tasa de violencia intrafamiliar ascendió de nuevo (Ohio Commission on Minority Health. Dayton council on health equity. Report to the community, 2011:5). ¿Quién no recuerda la crisis de los fraudes inmobiliarios de 2008 en Estados Unidos?

Conclusiones

En primer lugar es evidente que, en general, las familias con niños discapacitados viven con un estrés crónico agravado por problemas económicos, emocionales y de la comunicación; es decir que en general sus condiciones de vida son adversas. En segundo lugar concluyamos que las tasas, tanto de VI como de TC, parecen ser más altas en las familias con al menos un miembro infantil discapacitado, ello respecto a las de las familias sin discapacitados reportadas en la literatura internacional. En tercer lugar, así como en la población general se ha observado una intensa relación entre VI y TC de los hijos, esta relación es aún más fuerte y constante en las

familias con niños discapacitados. En cuarto lugar nuestro estudio ofrece elementos suficientes para confirmar que la VI está significativamente asociada a patrones de estructura y dinámica familiar característicos que favorecen el desarrollo de TC o que los exacerban cuando ya están presentes. Estos patrones de las familias de niños discapacitados con VI parecen ser muy similares en cuanto a las dimensiones que abarcan, tanto en la estructura como en la dinámica familiar, de las familias violentas con niños no discapacitados que manifiestan TC; sin embargo, también se observaron patrones familiares que los protegen de la violencia aun en presencia de discapacidad y TC. Aspectos estos últimos que se deben tomar en cuenta en la psicoterapia familiar y en los programas de salud pública de amplia cobertura. Finalmente, son necesarios estudios longitudinales de cohortes incipientes que incluyan además el análisis de potenciales factores genéticos y epigenéticos para estudiar las posibles interacciones GxE y sus implicaciones en los programas de intervención a todos los niveles: individual, familiar y social.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*. Arlington: APA.
- Baudes-Rotger, M. y Gallardo-Pujol D. (2014). "The roles of the monoamine oxidase A gene in moderating the response to adversity and associated antisocial behavior: a review", *Psychology Research and Behavior Management*, núm. 7, pp. 185-200.
- Byrd, A.L. y Manuck S.B. (2014). "MAOA, childhood maltreatment and antisocial behavior: meta-analysis of a gene-environment interaction", *Biological Psychiatry*, núm. 75, doi:10.1016/j.biopsych.2013.05.004.
- Collins, F. (2010). "Has the revolution arrived?", *Nature*, núm. 464, pp. 674-675.
- De Bellis, M.D. y Zisk A. (2014). "The biological effects of childhood trauma", *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, núm. 23, pp. 185-222.
- Deault, L.C. (2010). "A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)", *Child Psychiatry and Human Development*, núm. 41, pp. 168-192.

- Dubowitz, H. y King H. (1995). "Family violence. A child-centered, family-focused approach". *Pediatric Clinics of North America*, núm. 42, pp. 153-163.
- Epstein, N., Baldwin, L. y Bishop, D. (1983). "The McMaster Model of Family Functioning: a view of the normal family", en F. Walsh (ed.), *Normal family processes*. Nueva York: Guilford Press, pp. 115-142.
- Flynn, C. (1987). "Relationship violence: a model for family professionals", *Family Relations*, núm. 36, pp. 295-299.
- Guan, B.Q., X.R. Luo, Y.L. Deng, Z. Wei, H.S. Ye, X.H. Yuan *et al.* (2010). "Prevalence of psychiatric disorders in primary and middle school students in Human Province". *Zhongguo dang dai er ke za zhi = Revista china de pediatría contemporánea*, núm. 12, pp. 123-127.
- Jordi Sasot-Llevadot, Rosa M. Ibáñez-Bordas, Antonio Soto-López *et al.* (2015). "Consenso del GEITDAH sobre los trastornos de conducta en niños y adolescentes", *Revista de Neurología*, núm. 61(4), pp. 167-182.
- Kashani, J., A. Daniel, Dandoy A, W. Holcomb (1992). "Family violence: impact on children", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry's*, núm. 31, pp. 181-189.
- Kempe, C.H., Silverman F.N., Steel B.F. *et al.* (1962). "The battered-child syndrome", *Journal of the American Medical Association*, núm. 181, pp. 17-24.
- Leve, Leslie D., Khurana A., Reich E.M. (2015). "Intergenerational transmission of maltreatment: a multilevel examination", *Development and Psychopathology*, núm. 27, pp. 1429-1442.
- Márquez, C., Poirier G.L., Cordero M.I., Larsen M.H., Groner A., Marquis J., Magistretti P.J., Trono D. y Sandi C. (2013). "Peripuberty stress leads to abnormal aggression, altered amygdala and orbitofrontal reactivity and increased prefrontal MAOA gene expression". *Translational Psychiatry*, núm. 3, e216; doi:10.1038/tp.2012.144.
- Montalvo-Ortiz, J., Gelemter J., Hudziak J., Kaufman J. (2016). "RDoC and translational perspectives on the genetics of trauma-related psychiatric disorders". *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, núm. 171, pp. 81-91.
- Ponte, J., Perpiñán S., Mayo M.E., Millá M.G., Pegenaute F., Poch-Olivé M.L. (2012). "Estudio sobre los procedimientos profesionales, las vivencias y las necesidades de los padres cuando se les informa que su hijo tiene una discapacidad o un trastorno del desarrollo. La primera noticia", *Revista de Neurología*, núm. 54 (Supl. 1): S3-S9
- Raya, A.F., Pino M.J. y Herruzo J. (2009). "La agresividad en la infancia: el estilo de crianza parental como factor relacionado", *European Journal of Education and Psychology*, núm. 2, pp. 211-222.

- Rebollo-Mesa, I, Polderman T, Moya-Albiol L. (2010). "Genética de la violencia humana", *Revista de Neurología*, núm. 50, pp. 533-540.
- Richman, J, Chapman M., Bowen G. (1995). "Recognizing the impact of marital discord and parental depression on children. A family centered approach", *Pediatric Clinics of North America*, núm. 42, pp. 167-180.
- Summary Report (2005). Violence against Disabled Children. UN Secretary Generals Report on Violence against Children. Thematic Group on Violence against Disabled Children Findings and Recommendations. Convened by Unicef at the United Nations, Nueva York, 28 de julio, p. 29.
- Tremblay, R.E., Gervais J., Petitcher A. (2008). "Early childhood learning prevents youth violence", Montreal, Quebec. Centre of Excellence for Early Childhood Development, pp. 1-32.
- Tsavoussis, A., Stawicki S.P.A., Stoicea N., Thomas J. y Papadimos T.J. (2014). "Child-witnessed domestic violence and its adverse effects on brain development: a call for societal self-examination and awareness", *Frontiers in Public Health*, núm. 2, pp. 1-5.
- Van Beijsterveldt, C.E., Bartels M., Hudziak J.J., Boomsma D.I. (2003). "Causes of stability of aggression from early childhood to adolescence: a longitudinal genetic analysis in Dutch twins", *Behavior Genetics*, núm. 33, pp. 591-605.
- Vermeiren, R. (2003). "Psychopathology and delinquency in adolescents: a descriptive and developmental perspective", *Clinical Psychology Review*, núm. 23, pp. 277-318.
- Wolfe, D., Korsch B. (1994). "Witnessing domestic violence during childhood and adolescence: implication for pediatric practice", *Pediatrics*, núm. 94, pp. 594-599.