

Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados

M.J. Presentación-Herrero^a, R. García-Castellar^a, A. Miranda-Casas^b,
R. Siegenthaler-Hierro^a, P. Jara-Jiménez^a

FAMILIAL IMPACT OF CHILDREN WITH THE COMBINED SUBTYPE OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: THE EFFECTS OF ASSOCIATED BEHAVIOURAL DISORDERS

Summary. Aims. To determine the impact that children with ADHD-C (attention deficit hyperactivity disorder, combined subtype) have on their family by analysing their parents' perceptions, and to examine whether the presence of associated behavioural disorders affect that impact. Subjects and methods. Participants in the study included one group made up of the parents of 27 children with ADHD-C and another group consisting of the parents of 27 children without ADHD. The parents in the ADHD-C group were divided into two subgroups according to whether or not their children had an oppositional defiant disorder and/or a co-morbid conduct disorder (10 and 17 families, respectively). Results and conclusions. The results of the analyses performed showed significant differences between the perceptions of the parents of the control children and those of the parents of children with ADHD-C in the following categories: feelings and attitudes, social life, matrimonial relationship, day-to-day relationships with peers and siblings, stress and difficulty in living with their child. Comparisons between the two subgroups of children with ADHD-C did not reveal any significant differences in any of the categories that were analysed, and showed ADHD-C to be the fundamental factor underlying the problems in the family context. Some items, however, suggested that the problem is more serious in the subtype with associated behavioural disorders. [REV NEUROL 2006; 42: 137-43]

Key words. Attention deficit hyperactivity disorder, combined subtype. Behavioural disorders. Familial impact. Familial relationships. Familial stress. Oppositional defiant disorder.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno crónico del desarrollo que afecta aproximadamente a un 3-5% de los niños en edad escolar [1]. Aunque por el momento se desconocen sus causas, los estudios de genética realizados han proporcionado información sobre el importante papel que desempeñan los genes en el origen del trastorno [2,3]. Sin embargo, las influencias biológicas sobre las conductas hiperactivas hay que interpretarlas y valorarlas desde un enfoque interactivo, psicosocial y contextual, en el que las características del niño y del ambiente actúan como un tándem.

Numerosas investigaciones señalan que el contexto familiar tiene un papel fundamental en el curso del TDAH. La disfunción familiar puede constituir un factor de riesgo que interactúa con la predisposición del niño, y exacerbar la presentación de los síntomas y su continuidad [4]. En este marco, los factores familiares no se consideran como la causa original del TDAH, pero sí se cree que mantienen e incluso amplifican la sintomatología

de éste en el curso del desarrollo. Los estilos disciplinaarios altamente directivos y hostiles —o excesivamente permisivos—, las psicopatologías de los padres y el abuso de drogas, por ejemplo, no facilitan la interiorización de las reglas sociales y se han asociado con una competencia autorregulatoria deficiente en los niños con TDAH [5].

En esta línea, Keown et al [6] han tratado de analizar las variables predictoras de los problemas conductuales de los niños hiperactivos, a partir del análisis de las relaciones de los padres con sus hijos hiperactivos en edades tempranas en comparación con las relaciones padres-niños sin TDAH. Los resultados obtenidos indican que los padres de los niños hiperactivos utilizan prácticas disciplinaarias laxas, tienen menos comunicación con sus hijos y, además, hay una menor sincronía en las interacciones madre-hijo. Estos hallazgos sugieren que la forma en que interactúan los padres con sus hijos hiperactivos en edades preescolares es precursora del desarrollo de dificultades de comportamiento experimentado por los niños hiperactivos en edades posteriores.

Según estos y otros trabajos similares, el efecto de los padres sobre el desarrollo y la evolución del TDAH parece claro. Un tema menos estudiado es el impacto que produce en los padres el hecho de tener un hijo con este trastorno. Un interesante trabajo realizado por Donenberg y Baker [7] analizó el sistema familiar de los niños con TDAH, y destacó el estrés y la elevada conflictividad de las interacciones padres-hijos. En concreto, estos investigadores realizaron un estudio de comparación de tres grupos (niños con TDAH o conducta agresiva, niños autistas y niños normales); concluyeron que los padres de los niños hiperactivos percibían que la conducta de sus hijos había producido sentimientos más negativos sobre su paternidad, un impacto negativo en su vida social y un mayor estrés que los padres de

Aceptado tras revisión externa: 19.10.05.

^a Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodología. Universitat Jaume I. Castellón. ^b Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Valencia. Valencia, España.

Correspondencia: Dra. M.ª Jesús Presentación Herrero. Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodología. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universitat Jaume I. Campus del Riu Sec. E-12071 Castellón. Fax: +34 964 729 262. E-mail: presenta@psi.uji.es

Trabajo realizado en el marco del proyecto de investigación P1-1A2001-15, 'Intervención psicopedagógica multicontextualizada en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado de la provincia de Castellón', financiado por la Fundació Caixa Castelló-Bancaixa y la Universitat Jaume I de Castellón.

© 2006, REVISTA DE NEUROLOGÍA

niños sin TDAH. Pero, además, en comparación con las familias de niños autistas, se encontró que los niños con TDAH generaban niveles similares de impacto familiar y estrés. Pese a la importancia indudable de estos resultados, el trabajo deja algunas cuestiones abiertas. No queda claro en este estudio, por ejemplo, cuántos niños había con TDAH solamente, cuántos con TDAH más agresividad y cuántos presentaban únicamente agresividad, y –lo que es más importante– no se profundizó en el estudio sobre la influencia diferencial del TDAH y de la agresividad en los resultados.

Roselló et al [8], en un trabajo reciente realizado en nuestro país con 36 familias, han analizado el impacto que producen en el ambiente familiar los niños con TDAH. Los resultados muestran claramente que tener un hijo con este trastorno genera –incluso en los padres más competentes– sentimientos de ineficacia personal, estrés, frustración, enojo y rechazo, que afectan negativamente a la interacción que mantienen con sus hijos. Estos autores también han analizado cómo afecta el comportamiento de los niños con TDAH a la convivencia con sus hermanos. El análisis de los datos indica que el 44% de los padres considera que su hijo con TDAH dificulta e incomoda más a sus hermanos a la hora de participar en actividades. Estos hallazgos están en la línea de los obtenidos por estudios que han evaluado cómo perciben los mismos hermanos la convivencia con el hermano hiperactivo. En concreto, el estudio realizado por Kendall [9] con 11 familias de niños hiperactivos destaca que los hermanos manifiestan sentirse influidos por la conducta de su hermano hiperactivo de tres formas: como víctimas, porque se ven obligados por sus padres a ejercer de ‘cuidadores’ o ‘guardianes’ de su hermano, y por los sentimientos de tristeza e indefensión que experimentan.

Como indican las fuentes bibliográficas especializadas, el TDAH es un trastorno que raramente se presenta de forma aislada, por lo que hay que considerar hasta qué punto los conflictos podrían obedecer a los problemas asociados al trastorno [10]. Así, por ejemplo, los estudios de Anastopoulos et al [11], además de encontrar niveles elevados de estrés en los padres de los niños hiperactivos, hallaron que estos niveles aumentaban hasta un 43% cuando presentaban también conductas agresivas y oposicionistas-desafiantes. Recientemente, Johnston et al [12] han evaluado la interacción madre-hijo en 136 familias de niños con TDAH de 7 a 10 años en cuatro situaciones de laboratorio. Los investigadores encontraron un factor de ‘sensibilidad’ de la madre hacia el hijo que incluía conductas de aceptación, afecto, sensibilidad y control apropiado. Curiosamente, este factor mostró una correlación negativa con los problemas de conducta (PC) de los niños, pero no con la gravedad de los síntomas de TDAH, lo cual indicaría que las dificultades de los padres con sus hijos podrían estar más ligadas a los PC que a la sintomatología propia del TDAH y que los niveles de estrés se incrementan, no sólo por la gravedad de la sintomatología del TDAH, sino especialmente por la posible comorbilidad que puede acompañar a éste.

Los escasos trabajos que han analizado el funcionamiento familiar según los distintos subtipos del TDAH indican que las familias de los niños del subtipo combinado (TDAH-C) parecen tener más problemas de relación con sus hijos que las familias de niños con TDAH del subtipo inatento (TDAH-I) y del subtipo hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI) [13]. En concreto, un estudio realizado por Lewis [14] encontró que las familias de los hijos con TDAH-I presentaban un mejor funcionamiento general que las familias de los hijos TDAH-C o que el grupo comór-

bido TDAH más problemas de agresividad. Por consiguiente, parece que la combinación de los síntomas de inatención y de hiperactividad-impulsividad está más firmemente vinculada al funcionamiento familiar negativo que los síntomas de inatención en solitario.

En síntesis, los estudios revisados sugieren que las conductas de los niños con TDAH aumentan los niveles de estrés familiar debido a los retos para la educación que plantea el comportamiento típico de los niños hiperactivos (por ejemplo, temperamento difícil, escasa adaptación a situaciones nuevas, irritabilidad, actividad excesiva, etc.). También parecen apuntar que este incremento del estrés se asocia frecuentemente con respuestas negativas de los padres –incluidos estilos de crianza desadaptativos–, que pueden empeorar la conducta del niño, incrementar los problemas psicológicos en los padres e incluso perjudicar las relaciones matrimoniales y familiares. Sin embargo, la mayoría de estos trabajos se han centrado en analizar de forma descriptiva y operativa las repercusiones en el seno familiar del TDAH sin diferenciar subtipos, sin tener en cuenta los posibles trastornos asociados, sin incluir grupos de control y, generalmente, mediante muestras de remisión clínica, es decir, han ceñido su análisis a los niños que podrían presentar una mayor problemática.

OBJETIVOS

Aunque es mucho lo que sabemos sobre el TDAH, quedan todavía aspectos centrales no analizados relativos a la problemática de este colectivo. Es necesario profundizar en algunas cuestiones sobre las familias de estos niños que no han quedado resueltas como, por ejemplo, el grado de dificultad que experimentan en distintas áreas del contexto familiar así como los sentimientos y actitudes de los padres. Además, es necesario tener esta información en relación con los distintos subgrupos de TDAH. El subtipo, pero también la edad, la procedencia de la muestra o los trastornos comórbidos son variables que pueden aportar información diferencial sobre las interacciones familiares de gran importancia para el diagnóstico y la intervención [15,16]. En esta línea, el trabajo se plantea dos objetivos:

- Conocer el impacto familiar que supone tener un niño con TDAH-C a partir del análisis de las percepciones de sus padres. En concreto, las repercusiones del hijo en cuanto a sentimientos y actitudes de los padres, vida social, economía familiar, relaciones matrimoniales, relaciones entre hermanos, así como cuestiones generales que tienen que ver con el grado de dificultad de vivir con su hijo y la influencia que éste ejerce sobre la familia.
- Analizar si la presencia de PC asociados al TDAH-C modula los resultados de estas mismas variables de impacto familiar. Dentro de este segundo objetivo, y con carácter más específico y descriptivo, trataremos de evaluar también aspectos incluidos en las categorías que configuran el cuestionario de impacto familiar para analizar las posibles diferencias entre las percepciones de los padres de niños con TDAH-C y PC asociados, los padres de niños con TDAH-C sin PC y los padres del grupo de control sin TDAH.

SUJETOS Y MÉTODOS

Para la realización de la presente investigación se necesitaba la participación de dos grupos de familias, uno formado por padres de niños con un diagnóstico positivo de TDAH del subtipo combinado (TDAH-C) y otro por

Tabla I. Características de las muestras, niños y padres, de los grupos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad, subtipo combinado (TDAH-C).

	TDAH-C (n = 27)		Control (n = 27)	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas
Sexo	85,18%	14,82%	85,18%	14,82%
	Media (DT)		Media (DT)	
Edad de los niños	8,26 (1,1)		8,28 (1,1)	
CI de los niños	102,40 (7,06)		101,85 (10,28)	
Edad de los padres	44,74 (3,24)		43,19 (2,53)	
Edad de las madres	42,48 (3,3)		40,37 (2,08)	
N.º de hijos	2,37 (0,69)		2,41 (0,75)	

CI: coeficiente intelectual; DT: desviación típica.

familias con niños sin TDAH (control). Las familias del grupo TDAH-C a su vez se dividieron en dos subgrupos en función de la existencia o no de un trastorno negativista-desafiante y/o un trastorno disocial comórbidos.

Crterios de seleccin

Los criterios que se adoptaron para determinar la presencia de TDAH-C en los niños fueron:

- Puntuación total de 15 puntos o más en los cuestionarios para padres y profesores adaptados del DSM-IV [17], tanto en el apartado de inatención-desorganización como en el de hiperactividad-impulsividad.
- Duración de las manifestaciones superior a un año.
- Aparición del trastorno antes de los 7 años.
- Puntuación de cociente intelectual (CI) equivalente igual o superior a 80.
- Ausencia de psicosis o daño neurológico, déficit sensorial o motor.

Para la distribución de las dos submuestras de familias con niños TDAH-C, con y sin PC, se tuvieron en cuenta los criterios diagnósticos de trastorno negativista-desafiante y trastorno disocial del DSM-IV [17], a través del inventario de síntomas para niños y adolescentes Stony Brook [18].

Además, para la participación de las familias de niños con TDAH-C, la investigación exigía como requisito imprescindible el hecho de que ningún niño estuviera recibiendo en el momento de la selección tratamiento farmacológico ni psicopedagógico y que estuvieran cursando educación primaria.

Procedimiento de seleccin

El proceso de evaluación se llevó a cabo en el Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodología de la Universitat Jaume I de Castellón. En todos los casos –remitidos por los servicios psicopedagógicos escolares– como primer contacto las autoras llevaron a cabo entrevistas individualizadas con los padres, a los que se les solicitaba la cumplimentación del cuestionario para padres adaptado del DSM-IV [17], y en las que comprobó que reunían el resto de criterios necesarios para la participación en la investigación. Asimismo, se les entregaba el cuestionario para profesores igualmente adaptado del DSM-IV [17]. Los niños participaron en una única sesión de evaluación en un marco físico libre de distracciones donde se les aplicó las dos subpruebas de la escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada [20].

El total de familias con hijos con sospecha de TDAH-C remitidas por los equipos psicopedagógicos escolares de la provincia de Castellón fue de 119. De éstos, solamente 92 sujetos aportaron la información completa, esto es, los cuestionarios para padres y profesores adaptados del DSM-IV [17] debidamente cumplimentados. De estos 92 niños, 33 cumplían los criterios para el diagnóstico de TDAH-C, 20 cumplían los criterios de TDAH-I, 12 cumplían los criterios de TDAH-HI y 27 no cumplían el criterio de concordancia entre padres y profesores en relación con los síntomas principales del trastorno. Por último, de los 33 niños que cumplían los criterios para el diagnóstico de TDAH-C solamente 27 cumplían, además, los requisitos estable-

cidos en la investigación (CI equivalente igual o superior a 80, estar cursando educación primaria y no estar en tratamiento).

Una vez confirmado el diagnóstico de TDAH-C, se realizaba una segunda entrevista con los padres en la que se cumplimentaba el inventario de síntomas para niños y adolescentes Stony Brook [18] y el cuestionario de impacto familiar de Donenberg y Baker [7].

El grupo control (sin TDAH ni PC) –formado igualmente por 27 niños– se seleccionó aleatoriamente de las clases a las que asistían los niños del grupo con TDAH-C. Toda la información, tanto del grupo experimental como del grupo control, se recogió con el previo consentimiento informado de los padres y profesores para que se incluyera al menor en el estudio.

Descripcin de la muestra

El grupo experimental estaba formado por las familias de 27 niños con TDAH-C. En los niños de este grupo se encontró, como era previsible, un predominio de varones sobre mujeres. El número de niños fue de 23, lo que equivale a un 85,18% de la muestra total, mientras que el número total de niñas fue de cuatro, que se corresponde con un porcentaje del 14,82%. En cuanto a la distribución de la muestra en función de la variable edad ($X = 8,26$; $DT = 1,1$) destaca la mayor frecuencia de niños de 7 y 8 años con el 63% del total de la muestra; el 37% eran niños con edades de 9 a 10 años.

De estos niños con TDAH-C, 15 presentaban uno o más trastornos mentales asociados, lo cual constituye el 55,6% de la muestra [19]. Esta variable se tuvo en cuenta a la hora de establecer los grupos con y sin PC asociados. Destaca la comorbilidad del TDAH-C con el trastorno negativista-desafiante, que se produce en un 37% de los casos. Un solo caso cumplía los criterios de trastorno disocial junto con los de negativismo-desafiante, por lo que el subgrupo de TDAH-C con PC asociados estaba compuesto por 10 niños –el 37% de la muestra– y el subgrupo TDAH-C sin PC por 17 niños (63%).

El grupo de control –formado igualmente por 27 niños– estaba equiparado en sexo, edad y CI con el grupo experimental. La tabla I recoge estos datos junto con algunos aspectos característicos de los padres que participaron en el estudio, como la edad y el número de hijos.

Instrumentos de evaluacin

Para la selección de las muestras, tanto los padres del grupo de niños con TDAH-C como los padres de niños controles rellenaron el cuestionario de hiperactividad para padres adaptado del DSM-IV [17]. Los profesores de ambos grupos cumplimentaron también un instrumento paralelo, el cuestionario de hiperactividad para profesores adaptado del DSM-IV [17]. Ambos cuestionarios están compuestos por 18 ítems que recogen los criterios que establece el DSM-IV [17] para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Los ítems son afirmaciones relativas a conductas observables que manifiestan déficit de atención (9 ítems) e hiperactividad-impulsividad (9 ítems). Se cumplimentan según cuatro alternativas de respuesta (nunca, a veces, bastantes veces, siempre) valoradas de 0 a 3 puntos.

Los padres cumplimentaron igualmente el cuestionario de impacto familiar de Donenberg y Baker [7]. Este instrumento trata de evaluar la repercusión que los niños ejercen sobre diferentes áreas del funcionamiento familiar. Consta de 50 ítems en total, de los cuales 48 tienen cuatro alternativas de respuesta (casi nunca, algunas veces, muchas veces y casi siempre) y los dos últimos tienen siete alternativas de respuesta (desde mucho más fácil hasta mucho más difícil). Los 48 primeros están divididos en cinco categorías: la primera se compone de 15 ítems referidos a los sentimientos y actitudes de los padres hacia su hijo; la segunda se compone de 10 ítems relativos al impacto del hijo sobre la vida social de la familia; la tercera se compone de siete ítems referidos a las repercusiones del niño en el ámbito económico; la cuarta se compone de siete ítems que analizan el impacto del hijo sobre la relación de pareja; y la quinta categoría se compone de nueve ítems relacionados con el impacto del niño sobre los iguales. Los dos últimos ítems hacen referencia a cuestiones generales relacionadas con el grado de dificultad de vivir con el hijo y la influencia que ejerce éste sobre la familia.

Solamente en el caso del grupo experimental y con el objetivo de diferenciar las dos submuestras –con y sin PC– los padres cumplimentaron a su vez el inventario de síntomas para niños y adolescentes Stony Brook [18]. Este inventario está dirigido a realizar una evaluación inicial de síntomas conductuales, afectivos y cognitivos de psicopatologías de la infancia y la adolescencia. Los ítems están basados en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) [17] y permiten obtener información de los padres relativa a posibles psicopatologías de sus hijos. Recoge los si-

guientes trastornos: negativismo-desafiante, disocial, síndrome de Tourette, ansiedad generalizada, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, estrés postraumático, depresión mayor, distimia, ansiedad por separación, enuresis y encopresis.

Para descartar un posible retraso mental, se aplicaron dos subpruebas de la escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada [20], vocabulario y cubos. Mediante estas subpruebas se obtuvo un CI equivalente [21].

Análisis estadísticos

En relación con nuestro primer objetivo, antes de la realización de los análisis estadísticos se comprobó si los datos cumplían el criterio de normalidad estadística mediante la aplicación de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov a las puntuaciones obtenidas en los distintos factores de impacto familiar analizados [7]. Los resultados indicaron que no se cumplía el criterio de normalidad en ninguna de las categorías analizadas, por lo que se utilizó para comparar las diferencias entre grupos una prueba no paramétrica indicada en estos casos, la prueba *U* de Mann-Whitney. Se definió como significativo el valor de *p* bilateral inferior a 0,05.

De acuerdo con nuestro segundo objetivo se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis (K-W) para contrastar los resultados en estas mismas categorías de los tres grupos comparados: TDAH-C con PC asociados, TDAH-C sin PC y control sin TDAH.

Para la segunda parte del segundo objetivo –de comparación entre los dos subgrupos de TDAH-C y el grupo de control en relación con los distintos ítems que componen las diferentes categorías del cuestionario de impacto familiar [7]– se realizaron pruebas de χ^2 .

RESULTADOS

Los resultados de los análisis de comparación de las distintas categorías que componen el cuestionario de impacto familiar [7] se presentan en la tabla II.

En general, los análisis realizados ponen de manifiesto un impacto negativo en el grupo experimental con diferencias significativas con respecto al grupo control en casi todas las categorías evaluadas. Más concretamente, aparecen diferencias significativas entre las percepciones de los padres de niños controles y las de los padres de niños con TDAH-C en las categorías de impacto en sentimientos y actitudes ($U = 19,5$; $p = 0$), impacto en la vida social ($U = 142$; $p = 0$), impacto en la relación matrimonial ($U = 213,5$; $p = 0,007$) e impacto en la convivencia entre iguales y hermanos ($U = 62,5$; $p = 0$). Únicamente no aparecen diferencias significativas en la categoría de economía familiar ($U = 295,5$; $p = 1,45$). También aparecen diferencias significativas en relación con las dos cuestiones generales analizadas: la dificultad de vivir con el hijo ($U = 94,5$; $p = 0$) y la influencia negativa que ejerce éste sobre la familia ($U = 243$; $p = 0,001$).

En cuanto a la comparación de las percepciones sobre el impacto familiar que supone tener un hijo con TDAH-C –con y sin PC asociados– y sin TDAH-C, los resultados muestran un impacto negativo en ambos grupos con TDAH-C en todos los aspectos revisados. Los análisis estadísticos realizados muestran diferencias significativas entre ambos subgrupos de TDAH-C y el grupo de control en todas las categorías analizadas excepto en el impacto económico (Tabla III).

Los análisis muestran que, concretamente, aparecen diferencias significativas en las comparaciones entre el grupo TDAH-C sin PC asociados y el grupo de control en sentimientos y actitudes (K-W = 18,49; $p = 0$), vida social (K-W = 16,90; $p = 0$), relaciones matrimoniales (K-W = 4,21; $p = 0,04$), relaciones con pares y hermanos (K-W = 19,9; $p = 0$), dificultad de vivir con el hijo (K-W = 22,76; $p = 0$) e influencia negativa sobre la familia (K-W = 6,83; $p = 0,009$). Al comparar el grupo TDAH-C con PC asociados y el grupo de control aparecen igualmente diferencias significativas en las categorías de sentimientos y actitudes (K-W = 18,97; $p = 0$), vida social (K-W = 19,51; $p = 0$), relaciones matrimoniales (K-W = 6; $p = 0,014$), relaciones con pares y hermanos (K-W = 14,88; $p = 0$), dificultad de vivir con el hijo (K-W = 31,24; $p = 0$) e influencia negativa sobre la familia (K-W = 15,19; $p = 0$). Las comparaciones entre ambos subgrupos de niños con TDAH-C no arrojan diferencias significativas en ninguna de las categorías analizadas. No obstante, los valores apuntan una mayor gravedad en el subtipo con trastornos de conducta asociados, especialmente en vida social y relaciones matrimoniales.

En relación con la segunda parte del objetivo, el análisis detallado de los ítems muestra cómo se mantienen las diferencias arriba apuntadas en todos los casos excepto en los ítems relativos a los aspectos económicos en los

Tabla II. Comparación entre las percepciones de los padres del grupo con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, subtipo combinado (TDAH-C) y del grupo control sin TDAH en las categorías del cuestionario de impacto familiar de Donenberg y Baker [7].

	TDAH-C (n = 27)	Control (n = 27)	TDAH-C / Control
	Mediana/IQR	Mediana/IQR	U/sig. (bil.)
Sentimientos y actitudes	8/5	1/2	19,5 ^b
Vida social	1/4	0/0	142,0 ^b
Economía	0/1	0/0	295,5
Relación matrimonial	2/2	1/2	213,5 ^a
Relación entre hermanos	4/3	1/2	62,5 ^b
Dificultad de vivir con él	1/1	0/0	94,5 ^b
Influencia sobre la familia	0/1	0/0	243,0 ^a

^a $p < 0,01$; ^b $p < 0,001$. IQR: rango intercuartílico.

que no aparecen diferencias significativas. No obstante, algunos ítems ofrecen resultados diferenciales para ambos subgrupos de TDAH-C (Tabla IV). Así, aparecen diferencias en tres ítems de la categoría de impacto en sentimientos y actitudes. En concreto, en el ítem 3, ‘mi hijo me produce más sentimientos de frustración y de ira’, aparecen diferencias significativas entre el subgrupo TDAH-C con PC y el grupo de control ($\chi^2 = 8,81$; $p = 0,003$) y no en la comparación TDAH-C sin PC y control. Lo mismo ocurre en el ítem 5, ‘cuando estoy con mi hijo me siento menos efectivo y competente como padre’ ($\chi^2 = 5,71$; $p = 0,017$). En el ítem 10, ‘mi hijo me hace tener más energías’, aparecen únicamente diferencias significativas entre el grupo TDAH-C sin PC y el grupo control ($\chi^2 = 7,94$; $p = 0,005$). Muy cerca de la significación estadística ($\chi^2 = 3,59$; $p = 0,058$) se encuentran los resultados de la comparación entre ambos subgrupos con TDAH-C en el ítem 9 –‘siento que estoy solo cuando intento controlar el comportamiento de mi hijo’– con una mayor puntuación en ese ítem de los padres de niños con TDAH-C con PC.

En la categoría de impacto social tres ítems marcan diferencias en los resultados de ambos subgrupos. En los tres casos se obtienen diferencias significativas sólo en la comparación entre el grupo TDAH-C con PC asociados y el grupo de control. Esto ocurre en el ítem 17 –‘mi familia evita más las salidas sociales (restaurantes, acontecimientos públicos) a causa de su conducta’ ($\chi^2 = 15,61$; $p = 0$)–, en el ítem 18 –‘es más difícil encontrar una persona que cuide de él’ ($\chi^2 = 8,81$; $p = 0,003$)– y en el ítem 19 –‘mi familia visita a familiares y amigos menos de lo que me gustaría debido al comportamiento de mi hijo’ ($\chi^2 = 5,71$; $p = 0,017$)–. Es más, el ítem 17 es el único de toda la prueba que diferencia de forma significativa entre ambos subgrupos de niños con TDAH-C ($\chi^2 = 4,79$; $p = 0,029$).

El impacto sobre las relaciones matrimoniales también muestran resultados diferentes en las comparaciones de ambos subtipos TDAH-C con el grupo control. En concreto, en el ítem 35 –‘este niño produce más enfrentamientos entre mi esposo/a y yo’– las diferencias significativas aparecen en la comparación entre los grupos TDAH-C sin PC y control ($\chi^2 = 5,85$; $p = 0,016$), mientras que en los ítems 36 –‘criar a este niño nos ha acercado más a mi esposo/a y a mí’ ($\chi^2 = 4$; $p = 0,046$)–, 38 –‘mi esposo/a está menos de acuerdo con el modo en que manejo el comportamiento de mi hijo’ ($\chi^2 = 5,7$; $p = 0,017$)– y 39 –‘criar a este hijo nos ha separado’ ($\chi^2 = 8,81$; $p = 0,003$)– las diferencias significativas se producen en la comparación TDAH-C con PC y control.

El ítem 47 –‘mi hijo usa los juguetes de sus hermanos sin pedir permiso’– muestra diferencias significativas sólo en la comparación TDAH-C sin PC y control ($\chi^2 = 6,96$; $p = 0,008$). En todos los demás casos, siguiendo la tónica general del cuestionario, las diferencias significativas se obtienen en las comparaciones de ambos tipos de TDAH-C con el grupo de control y no en las comparaciones entre los subgrupos hiperactivos.

Tabla III. Comparación entre las manifestaciones de los padres del grupo con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, subtipo combinado (TDAH-C) sin problemas de conducta (PC), del grupo con TDAH-C y PC y del grupo control sin TDAH en las categorías que componen el cuestionario de impacto familiar de Donenberg y Baker [7].

	TDAH-C sin PC	TDAH-C con PC	Control	TDAH-C sin PC/control	TDAH-C con PC/control	TDAH-C con/sin PC
	Mediana/IQR	Mediana/IQR	Mediana/IQR	K-W/sig. (bil.)	K-W/sig. (bil.)	K-W/sig. (bil.)
Sentimientos y actitudes	8/5,5	8,5/5,25	1/2	18,489 ^c	18,972 ^c	0,186
Vida social	1/2	3/5,25	0/0	16,897 ^c	19,51 ^c	2,105
Economía	0/1	0/1,25	0/0	2,797	0,29	0,504
Relación matrimonial	1/2	2/3,5	0/0	4,207 ^a	6,002 ^a	0,674
Relación entre hermanos	4/3	4/3	1/2	19,904 ^c	14,885 ^c	0,019
Dificultad de vivir con él	1/1	1/0	0/0	22,765 ^c	31,243 ^c	2,02
Influencia sobre la familia	0/0,5	0,5/1	0/0	6,829 ^b	15,188 ^c	1,912

^a $p < 0,05$; ^b $p < 0,01$; ^c $p < 0,001$. IQR: rango intercuartílico.

Tabla IV. Comparación entre las manifestaciones de los padres del grupo con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, subtipo combinado (TDAH-C) sin problemas de conducta (PC), del grupo con TDAH-C y PC y del grupo control sin TDAH en los ítems del cuestionario de impacto familiar de Donenberg y Baker [7].

	TDAH-C sin PC	TDAH-C con PC	Control	TDAH-C sin PC/control	TDAH-C con PC/control	TDAH-C sin PC/con PC
Ítems	Mediana/IQR	Mediana/IQR	Mediana/IQR	χ^2 /sig. (bil.)	χ^2 /sig. (bil.)	χ^2 /sig. (bil.)
3	0/0	0/1	0/0	3,328	8,815 ^b	1,388
5	0/0	0/0,25	0/0	1,625	5,709 ^a	1,271
10	1/1	0/1	0/0	7,941 ^b	1,169	1,556
17	0/0	0,5/1	0/0	3,328	15,609 ^c	4,793 ^a
18	0/0	0/1	0/0	1,625	8,815 ^b	2,902
19	0/0	0/0,25	0/0	1,625	5,709 ^a	1,271
35	0/1	0/0,25	0/0	5,854 ^a	2,601	0,29
36	1/1	1/1	0/1	2,763	3,997 ^a	0,337
38	0/0,5	0/1	0/0	2,302	5,705 ^a	0,819
39	0/0	0/1	0/0	1,825	8,815 ^b	2,902
47	1/1	1/1	0/0,5	6,959 ^b	3,011	0,208

^a $p < 0,05$; ^b $p < 0,01$; ^c $p < 0,001$. IQR: rango intercuartílico.

DISCUSIÓN

El primer objetivo del trabajo ha sido profundizar en el impacto que un niño con TDAH-C provoca en el seno de la familia y compararlo con el producido por un niño sin este trastorno. Los resultados obtenidos recogen diferencias significativas que muestran un profundo deterioro del grupo con TDAH-C en todas las áreas analizadas (sentimientos y actitudes de los padres, vida social de la familia, relación de pareja, relaciones con los iguales y hermanos) con la única excepción del aspecto económico. La gravedad de las manifestaciones es importante hasta el punto de que los padres de los niños con TDAH-C confiesan que es más difícil vivir con él y que su presencia influye negativamente en la familia. Parece claro que, como afirman Johnston et al [22], las demandas y la naturaleza intrusiva de los niños con

TDAH provocan reacciones negativas de los otros miembros de la familia y exacerba las influencias disruptivas sobre la relación familiar y sobre el funcionamiento psicológico de los padres.

En efecto, nuestros resultados muestran que los padres de niños con TDAH-C perciben que este hijo afecta considerablemente a sus sentimientos y actitudes, de manera que les produce estrés y les hace sentir menos competentes como padres. Nuestros hallazgos coinciden con otras investigaciones que han comparado las familias de niños con TDAH con familias de niños normales en muestras clínicas y comunitarias en edades preescolares y en educación primaria, y han encontrado igualmente que existe más estrés y conflicto en los ambientes familiares de niños con TDAH [23], mayor percepción de incompetencia como padres [24] y menos confianza en su autoridad

paterna [25]. Es más, el análisis pormenorizado de los ítems muestra claramente que el aspecto central de estas relaciones padres-hijo deterioradas es el control de la conducta del hijo. Estos resultados son coincidentes con los de Breen et al [10], Anastopoulos et al [11] y Johnson et al [12].

También las relaciones sociales de la familia están fuertemente afectadas cuando un niño con TDAH-C forma parte de la ella. Se sale menos y, sobre todo, se evita llevar amigos a casa o salir con ese hijo. Pero, además, las relaciones entre los miembros de la familia con el niño con TDAH-C e incluso entre los demás componentes de la familia están alteradas. Las relaciones entre los hermanos se muestran especialmente afectadas y, aunque en menor medida, es importante destacar cómo tener un hijo con TDAH-C parece afectar negativamente a las relaciones matrimoniales, ya que provoca conflictos y distanciamiento entre la pareja. En este sentido, nuestros datos coinciden con los aportados por Barkley et al [26] y Roselló et al [8]. Al igual que estos trabajos los porcentajes de divorcios y separaciones encontrados en las familias de niños con TDAH-C no son especialmente elevados y los problemas maritales se reflejan más en una convivencia difícil que afecta a toda la familia.

En relación con el segundo objetivo del trabajo, que planteaba un análisis diferencial del impacto de los PC asociados al TDAH-C sobre la familia, los resultados obtenidos respaldan parcialmente trabajos anteriores. Pese a las investigaciones que apuntan a los PC de los hijos como los principales desencadenantes del deterioro familiar [10-12], nuestros análisis muestran el TDAH-C como el factor básico de los problemas en dicho contexto tanto si se presenta asociado o no con PC. Ahora bien, pese a que no aparecen diferencias significativas entre los dos grupos de TDAH-C en las distintas categorías examinadas globalmente, los análisis estadísticos realizados sobre los ítems que componen el cuestionario de impacto familiar [7] sí muestran diferencias significativas entre ambos subtipos y el grupo de control que marcan distintos perfiles de impacto familiar con una mayor gravedad del subtipo TDAH-C con PC en las categorías de sentimientos y actitudes, relaciones matrimoniales y especialmente en vida social.

Por último, es importante apuntar que algunas de las características de la muestra utilizada pueden modular los resultados obtenidos y explicar la disparidad con otros estudios. Un primer aspecto que se ha de tener en cuenta es la procedencia de la muestra de niños con TDAH-C. En nuestro caso tiene un origen comunitario, no clínico; o, lo que es lo mismo, son niños que han sido localizados a requerimiento del equipo investigador por los servicios psicopedagógicos escolares a través de sus profesores. Son niños que no estaban en tratamiento y cuyos padres no han sentido la necesidad o no han sabido buscar ayuda especializada médica o psicológica, niños que tampoco han sido detectados por los distintos profesionales con los que se han relacionado a lo largo de su vida. Este hecho podría explicar cómo, aun siendo abultados los resultados, no lo son tanto como los obtenidos por estudios similares con muestras clínicas, como el realizado por Roselló et al [8]. En ese caso, se utilizó el mismo instrumento de evaluación del impacto familiar, pero –a diferencia de nuestro trabajo– los estudiantes que participaron en el estudio habían sido remitidos desde los psicólogos o pediatras al Servicio de Neuropediatría del Hospital La Fe de Valencia. El trabajo de Roselló et al [8] denota una mayor gravedad de las manifestaciones del síndrome TDAH (sin diferenciar subtipos) sobre la familia en todos los aspectos, inclui-

do el económico, que resulta también claramente significativo en esta muestra.

En este sentido, nuestros datos son complementarios a los proporcionados por trabajos con muestras clínicas al incorporar un resultado de gran trascendencia, a saber, que el impacto familiar del TDAH-C es importante incluso en los niños que no están siendo diagnosticados ni tratados en estos momentos. Aporta con ello una visión más comprensiva y probablemente más ajustada a la realidad en el sentido de que destaca que dentro del campo del TDAH en general, y del TDAH-C en particular, existe todo un continuo de casos con diferente gravedad y diversidad de manifestaciones. Ahora bien, incluso en aquellos sujetos que los profesionales no estamos detectando, el impacto familiar parece ser desadaptativo. Es grave, a nuestro juicio, que siga habiendo tantos niños en nuestro país que no están recibiendo la atención que precisan para que su adaptación al contexto familiar y a los otros ámbitos en los que se desenvuelven sea adecuada. Estas disfunciones que se presentan en el contexto familiar, puestas de manifiesto en este estudio, y que presumiblemente se dan de igual modo en el colegio y en las asociaciones o grupos con los que el niño se relaciona, necesitan una respuesta rápida por parte de los diferentes servicios que están encargados de atenderlos. Los padres de estos niños deben saber cuál es la mejor manera de interactuar con ellos y cómo reducir las fricciones dentro del seno familiar creando un ambiente adaptado a sus necesidades.

Una segunda razón que puede explicar la mayor gravedad, del TDAH-C en general y del TDAH-C con PC asociados en particular, encontrada en estudios similares es la edad de los niños que han participado en ellos. Por ejemplo, el grupo analizado por Roselló et al [8] tiene un rango que abarca de 6 a 14 años, en nuestro caso los niños son más pequeños. Es posible que en niños pequeños el TDAH-C sea más problemático que los trastornos de conducta y que éstos vayan manifestándose en mayor medida en niños de edades superiores. En este sentido es importante recordar también que, como cabría esperar, muchos de los niños de nuestro estudio tienen un diagnóstico comórbido de trastorno negativista-desafiante y que únicamente uno de estos niños cumple los criterios de trastorno disocial. El trastorno negativista-desafiante es mucho más leve en sus manifestaciones y con frecuencia se asocia a un trastorno disocial posterior, por lo que es probable que los resultados hubieran sido diferentes si la muestra hubiera estado compuesta por niños más mayores. Un seguimiento longitudinal podría aclarar este punto.

Por lo mismo, nuestros datos apoyarían que la investigación e intervención en este campo debe acometerse lo antes posible. A pesar de que se reconoce la aparición muy temprana de los problemas de estos niños, lo cierto es que la mayoría de los estudios revisados han analizado el funcionamiento de las familias en las que hay niños con TDAH de educación primaria. Un grupo de edad en el que los patrones negativos en las interacciones entre padres e hijos ya están establecidos. Además, no hay que olvidar que los niños de educación infantil son particularmente vulnerables a las actitudes educativas negativas de sus padres [27] y que la instrucción en técnicas de modificación de conducta de los padres son más eficaces cuando el niño es más pequeño [28,29]. Desde una perspectiva del desarrollo y de la intervención temprana, los años de educación infantil son un período óptimo para valorar las relaciones familiares y la conducta hiperactiva del niño con el fin de mejorarlas.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV. 6 ed. Washington DC: APA; 2002.
- Faraone SV, Biederman J, Weiffenbach B, Keith T, Chu MP, Weaver A, et al. Dopamine D-sub-4 gene 7-repeat allele and attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 768-70.
- Kuntsi J, Stevenson J. Hyperactivity in children: a focus on genetic research and psychological theories. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2000; 3: 1-23.
- Miranda A, García R, Presentación MJ. Factores moduladores de la eficacia de una intervención psicosocial en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol* 2002; 34 (Supl 1): S91-7.
- Olson SL, Bates JE, Bayles K. Early antecedents of childhood impulsivity: the role of parent-child interaction, cognitive competence, and temperament. *J Abnorm Child Psychol* 1990; 18: 317-34.
- Keown LJ, Woodward LJ. Early parent-child relations and family functioning of preschool boy with pervasive hyperactivity. *J Abnorm Child Psychol* 2002; 30: 541-53.
- Donenberg G, Baker BL. The impact of young children with externalizing behaviors on their families. *J Abnorm Child Psicol* 1993; 21: 179-98.
- Roselló B, García R, Tárrega J, Mulas F. El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol* 2003; 36: 79-84.
- Kendall J. Sibling accounts of ADHD. *Fam Process* 1999; 38: 117-36.
- Breen MJ, Barkley RA. Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity. *J Pediatr Psychol* 1988; 13: 265-80.
- Anastopoulos AD, Guevremont DC, Shelton TL, DuPaul GJ. Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol* 1992; 20: 503-20.
- Johnston C, Murray C, Hinshaw S, Pelham W, Hoza B. Responsiveness in interactions of mothers and sons with ADHD: relations to maternal and child characteristics. *J Abnorm Child Psychol* 2002; 30: 77-88.
- Paternite CE, Loney J, Roberts MA. A preliminary validation of subtypes of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder. *J Atten Disord* 1996; 1: 70-86.
- Lewis K. Family functioning as perceived by parents of boys with attention deficit disorder. *Issues Ment Health Nurs* 1992; 13: 369-86.
- Miranda A, Presentación MJ. Efficacy of cognitive-behavioral therapy in the treatment of children with ADHD, with and without aggressiveness. *Psychol Sch* 2000; 37: 169-82.
- Miranda A, Presentación MJ, Soriano M. Effectiveness of a school-based multicomponent program for the treatment of children with ADHD. *J Learn Disabil* 2002; 35: 546-62.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV. 5 ed. Washington DC: APA; 1994.
- Gadow KD, Sprafkin J. Child symptoms inventories. The revised CSI parent teacher checklist. Stony Brook. New York: Chekmate Plus; 1995.
- Presentación MJ, Siegenthaler R. Problemática asociada al TDAH subtipo combinado en una muestra escolar. *Infancia y Aprendizaje* 2005; 28: 261-75.
- Weschler D. Escala de inteligencia para niños revisada. Madrid: TEA; 1993.
- Sattler JM. Assessment of children intelligence and special abilities. 2 ed. Boston: Allyn & Bacon; 1982.
- Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2001; 4: 183-207.
- Biederman J, Faraone SV, Mick E, Williamson S, Wilens T, Spencer TJ, et al. Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 966-75.
- Shelton TL, Barkley RA, Crosswait C, Moorehouse M, Fletcher K, Barrett S, et al. Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with aggressive and hyperactive impulsive inattentive behavior. *J Abnorm Child Psychol* 1998; 26: 475-94.
- Hinshaw SP, Zupan BA, Simmel C, Nigg JT, Melnick S. Peer status in boys with and without attention deficit hyperactivity disorder: predictions from overt and covert antisocial behavior, social isolation, and authoritative parenting beliefs. *Child Dev* 1997; 68: 880-96.
- Barkley RA, Fischer M, Edelbrock C, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria. III. Mother child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 1991; 32: 233-55.
- Campbell SB, Pierce EW, Moore G, Marakovitz S, Newby K. Boys' externalizing problems at elementary school age: pathways from early behavior problems, maternal control, and family stress. *Development and Psychopathology* 1996; 8: 701-19.
- Sonuga-Barke EJ, Daley D, Thompson M, Laver-Bradbury C, Weeks A. Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, control trial with a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 35: 949-60.
- Webster-Stratton C. Early intervention for families of preschool children with conduct problems. In Guralnick MJ, ed. The effectiveness of early intervention. Baltimore, MD: Brookes; 1997. p. 429-53.

IMPACTO FAMILIAR DE LOS NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD SUBTIPO COMBINADO: EFECTO DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA ASOCIADOS

Resumen. Objetivos. Conocer el impacto familiar que supone un niño con TDAH-C (trastorno por déficit de atención con hiperactividad, subtipo combinado), a partir del análisis de las percepciones de sus padres, y comprobar si los problemas de conducta asociados modulan dicho impacto. Sujetos y métodos. Participaron en el estudio un grupo formado por los padres de 27 niños con TDAH-C y otro por los padres de 27 niños sin TDAH. Los padres del grupo de TDAH-C se dividieron en dos subgrupos según la existencia o no de un trastorno negativista-desafiante y/o un trastorno disocial comórbidos (10 y 17 familias, respectivamente). Resultados y conclusiones. Los análisis realizados evidencian diferencias significativas entre las percepciones de los padres de niños controles y las de los padres de niños con TDAH-C en las categorías de sentimientos y actitudes, vida social, relación matrimonial, convivencia entre iguales y hermanos, estrés y dificultad de vivir con su hijo. Las comparaciones entre ambos subgrupos de niños con TDAH-C no arrojan diferencias significativas en ninguna de las categorías, y muestran el TDAH-C como el factor básico de los problemas en el contexto familiar. No obstante, algunos ítems apuntan una mayor gravedad en el subtipo con trastornos de conducta asociados. [REV NEUROL 2006; 42: 137-43]

Palabras clave. Estrés familiar. Impacto familiar. Problemas de conducta. Relaciones familiares. Trastorno negativista/desafiante. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, subtipo combinado.

IMPACTO FAMILIAR DAS CRIANÇAS COM PERTURBAÇÕES POR DÉFICE DE ATENÇÃO COM HIPERACTIVIDADE SUBTIPO COMBINADO: EFEITO DOS PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO ASSOCIADOS

Resumo. Objetivos. Conhecer o impacto familiar que pressupõe ter uma criança com PDAH-C (perturbação por défice de atenção com hiperactividade, subtipo combinado), a partir da análise das percepções dos seus pais, e comprovar se os problemas de comportamento associados modulam o dito impacto. Sujeitos e métodos. Participaram no estudo um grupo formado pelos pais de 27 crianças com PDAH-C e outro pelos de 27 crianças sem PDAH. Os pais do grupo de PDAH-C foram divididos em dois subgrupos em função da existência ou não de uma perturbação negativista-desafiante e/ou uma perturbação dissocial comórbida (10 e 17 famílias, respectivamente). Resultados e conclusões. As análises põem em evidência diferenças significativas entre as percepções dos pais das crianças controle e as dos pais de crianças com PDAH-C nas categorias de sentimentos e atitudes, vida social, relação matrimonial, convivência entre iguais e irmãos, stress e dificuldade em viver com o seu filho. As comparações entre ambos os subgrupos de crianças com PDAH-C não apresentam diferenças significativas, e mostram a PDAH-C como o factor básico dos problemas no contexto familiar. Não obstante, alguns itens apontam uma maior gravidade no subtipo com perturbações de comportamento associadas. [REV NEUROL 2006; 42: 137-43]

Palavras chave. Impacto familiar. Perturbação negativista/desafiante. Perturbação por défice de atenção com hiperactividade, subtipo combinado. Problemas de comportamento. Relações familiares. Stress familiar.