

Indicadores Emocionales y Madurativos en niños con Trastorno por déficit de atención/hiperactividad*

Emotional and Mature Indicators in Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder

Indicadores emocionais e maduros em crianças com transtorno de déficit de atenção / hiperatividade

Erika Alexandra Marín Zapata**
Vilma Varela Cifuentes ***

Universidad de Manizales

Resumen

La investigación siguió un diseño descriptivo-comparativo de corte transversal se realizó con

una muestra de 34 niños diagnosticados con TDAH de 7 a 10 años, comparado con un grupo control, con el fin de identificar similitudes y diferencias entre indicadores Koppitz (1984) e indicadores madurativos, evidenciados en una de las pruebas de ejecución gráfica de la Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI), encontrándose diferencias significativas entre el Coeficiente intelectual estimado (C.I) a favor del grupo control e indicadores emocionales como apocamiento, ira e inseguridad en el grupo de casos.

Palabras Clave: Indicadores emocionales, indicadores madurativos, TDAH, figura humana, ejecución gráfica.

Fecha de recepción del artículo: 15 de junio de 2017
Fecha de aceptación del artículo: 5 de Septiembre de 2017
DOI: <http://dx.doi.org/10.22335/rict.v9i2.435>

*El artículo presenta los resultados parciales de una investigación del Macroproyecto de investigación Caracterización Neuropsicopedagógica de niños y niñas con TDAH que asisten a programas de atención de la ciudad de Manizales, adscrito al Grupo de Investigación en Desarrollo Infantil del programa de Psicología – Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, según convenio de cooperación interinstitucional con el grupo de investigación en Neuroaprendizaje adscrito a la Universidad Autónoma de Manizales, desde el proyecto Caracterización de los potenciales relacionados a eventos cognitivos en la diferenciación de los subtipos clínicos del trastorno por déficit de atención y del contrato de prestación de servicios con el grupo de investigación Control y procesamiento de señales digitales de la Universidad Nacional –Sede Manizales- a partir del proyecto apoyado por Colciencias sobre Identificación automática del trastorno por déficit de atención/hiperactividad sobre registros de potenciales evocados cognitivos.

** Estudiante de Décimo semestre psicología Universidad de Manizales. Asistente de la línea de investigación en desarrollo infantil. Email eralmaza@hotmail.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-5791-1356>

*** Fonoaudióloga. Especialista en Neuropsicopedagogía. Mgra. en Neuropsicología. Docente Universidad de Manizales. E-mail: vivarela@umanizales.edu.co Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-9616-0372>

Abstract

The following article presents the partial results of a research project attached to project Neuropsychopedagogical Characterization of Children with ADHD Attending Care Programs in the City of Manizales. The study was conducted with a sample of 68 children diagnosed with ADHD between 7 and 10 years of age and was compared with a control group. In order to identify similarities and differences between emotional variables evidenced in the graphics performance Koppitz's test (1984) maturational indicators evidenced in one of the graphics performance tests Child Neuropsychological Assessment (CNA). Was used a descriptive-comparative design of cross section, found significant differences between estimated IQ on behalf the control group and emotional indicators as timidity, anger and insecurity in the case group.

Keywords: Emotional variables, ADHD, human figure, maturational variables, graphic performance.

Resumo

O artigo a seguir apresenta os resultados parciais de um projeto de pesquisa anexado ao projeto de Caracterização Neuropsicopedagógica de Crianças com Programas de Atendimento ao TDAH na Cidade de Manizales. O estudo foi realizado com uma amostra de 68 crianças diagnosticadas com TDAH entre 7 e 10 anos de idade e foi comparada com um grupo controle. A fim de identificar semelhanças e diferenças entre as variáveis emocionais evidenciadas no teste gráfico de desempenho de Koppitz (1984), os indicadores maturacionais evidenciados em um dos testes de desempenho gráficos Avaliação Neuropsicológica Infantil (CNA). Utilizou-se um desenho descritivo-comparativo de seção transversal, encontrou diferenças significativas entre QI estimado em nome do grupo controle e indicadores emocionais como timidez, raiva e insegurança no grupo de casos.

Palavras-chave: Variáveis emocionais, ADHD, figura humana, variáveis maturacionais, desempenho gráfico

Introducción

El desarrollo infantil es un constructo amplio y complejo, de acuerdo con las orientaciones teóricas que pretenden explicarlo. Aspectos tales como maduración, aprendizaje e inteligencia, resultan polémicos a la hora de establecer los elementos que los definen.

En la evaluación de dichos aspectos existen diferentes aproximaciones. En la valoración de los referentes madurativos, uno de los recursos más empleados consiste en el análisis de las capacidades gráficas, medidas a través de la realización de dibujos, ya sea por copia (test de Bender, figura compleja, entre otros) o a solicitud. Tal es el caso de una de las tareas más frecuentemente utilizadas en medición psicológica, como es el dibujo de la figura humana (DFH). En este sentido los dos usos más frecuentes del DFH han sido como instrumento de búsqueda de indicadores emocionales y como indicador del nivel madurativo (Rivera y Solís, 1994). Como técnica, al DFH se le ha conocido tradicionalmente como un método general de evaluación del desarrollo, como un indicador de la percepción que tiene el niño de sí mismo, de lo que le rodea y como una medida complementaria de inteligencia, daño cerebral y emocionalidad, entre otros.

El presente trabajo se inscribe en la línea del Desarrollo Infantil, en donde los intereses investigativos alrededor de este constructo se delimitan por medio de diferentes dimensiones, entre ellas la dimensión afectiva y la dimensión cognitiva. La primera comprende las emociones y el estado de ánimo y la segunda, habilidades cognitivas, capacidad intelectual y nivel madurativo, entre otros. Es preciso advertir por tanto, que desde el planteamiento conceptual y teórico, la pretensión investigativa, hará referencia a los anteriores términos categorizados como variables o indicadores madurativos que pueden ser asociadas con

variables o indicadores emocionales, utilizados como complemento para establecer una perspectiva de análisis integral, a partir del

análisis del DFH, el cual se ha utilizado como un instrumento multipropósito.

Uno de los grupos clínicos más estudiados y controvertidos en el campo del desarrollo infantil, corresponde a los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, específicamente en el tema de las características cognitivas y emocionales que los distinguen. Los estudios sobre el TDAH desde inicios del siglo XX hasta la fecha, han atravesado posturas teóricas desde lo puramente biológico hasta lo funcional y ambiental; sin embargo, no fue hasta comienzos de la década de los setenta gracias a Douglas (1972), que el TDAH fue considerado desde entonces, como una patología psiquiátrica, descrita en el DSM IV por la American Psychiatric Association (APA, 2002) y en el CIE 10, por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Dicho trastorno ha sido encontrado en una población infantil heterogénea que ofrece variación y disparidad (Mas, 2009) abarcando contextos familiares, edades y clases socioeconómicas muy diferentes, cuyos síntomas se encuentran relacionados con la inatención, impulsividad e hiperactividad. Debido a esto, las divergencias encontradas en diferentes estudios han llevado a crear corrientes teóricas y ontológicas de las cuales se desprenden hipótesis como que el TDAH se debe a una falencia en la disciplina y es el resultado de una nueva dinámica cultural (Prout, 1997); otras de corte neurobiológico afirman que la genética molecular del trastorno es causada por el gen DRD4 cuya estructura polimórfica, indica un factor de riesgo de 13% a 90% en la aparición del TDAH (Kollins, 2009), mientras otros autores como (Taylor & Timimi, 2004) aseguran que "La hiperactividad no es una construcción social, ni una enfermedad genética" (...) "La tarea del profesional es entender cómo las influencias genéticas y sociales interactúan, no de simplificar en una polémica" (p.9)

A nivel mundial el TDAH es probablemente el trastorno más investigado en las últimas décadas, suponiendo la primera causa de consulta en los servicios de salud mental pediátricos (Acosta,

2000) y considerado una enfermedad de salud pública (Barragán, 2007).

Según la OMS la prevalencia mundial del TDAH es de 5% del total de la población aproximadamente; sin embargo, según Cardó (2010) entre el 2% y el 15% lo es, por lo que, existen discusiones sobre la homogeneidad de dicho trastorno en los resultados de las investigaciones para tener un referente concreto. En el caso de Colombia, se estima una prevalencia para todas las formas posibles de TDAH del 16,0% de las cuales el 7,4% accede a un diagnóstico confirmativo y de estos solo el 6,6% recibe tratamiento (Bará, Vicuña, Pineda & Henao, 2003) indicando que no hay un seguimiento adecuado para los casos encontrados.

Es por lo anterior que surge el propósito de continuar investigando el comportamiento de este fenómeno en la actualidad en la ciudad de Manizales, ya que contando en Colombia con estas cifras alarmantes de prevalencia e incidencia, se da la necesidad de conocer qué condiciones asociadas a este trastorno existen en los niños de la ciudad en lo que se refiere a un perfil intelectual junto con características emocionales, que puedan servir para guiar futuras investigaciones.

En este orden de ideas, en el presente estudio, se tomarán en cuenta los abordajes metodológicos de investigaciones realizadas recientemente en países de habla hispana. Dichas investigaciones utilizaron y analizaron DFH realizados por niños, como herramienta que permite establecer indicadores emocionales y madurativos en poblaciones clínicas, comparadas con grupos control, ya que consideran que la ejecución gráfica implica una cantidad de procesos cognitivos, funcionales y emocionales que dan cuenta del mundo interior del niño. De esta manera, se pretende determinar en esta investigación la presencia de indicadores emocionales y madurativos, encontrados en el DFH realizado por niños con TDAH y un grupo control y al cual se le aplicaron criterios de interpretación de Koppitz (1984). En tal sentido los objetivos se encaminaron a comparar la

ejecución entre ambos grupos, así como a establecer la relación existente entre la capacidad intelectual y la presencia de indicadores emocionales.

Conceptualización

Machover, Goodenough y Koppitz (1984,1951, 1984) ampliaron el uso de los DFH añadiendo a la estimación de la madurez mental, la interpretación proyectiva de los dibujos de los niños. El Test del Dibujo de la Figura Humana de Koppitz, examina dibujos de niños de 5 hasta 12 años por medio de dos escalas: la primera, evalúa el conflicto emocional a través de 30 ítems emocionales agrupados en siete categorías: Impulsividad, Inseguridad/Sentimientos de inadecuación, Ansiedad, Apocamiento/Timidez, Ira/Agresividad, Robo, Mal Desempeño Escolar y la segunda, corresponde a una escala para evaluar la maduración mental, de igual forma a través de 30 ítems evolutivos relacionados con la edad y la maduración (Honores y Merino 2011).

En el caso del análisis madurativo del DFH, los usos a partir de Koppitz (1984) proponen una interpretación cuantitativa que refleja el nivel mental funcional. Esto se logra convirtiendo el puntaje obtenido en una escala de 0 a 8 (según el número de ítems que va de 0 a 30); es decir, la interpretación de la puntuación obtenida en los ítems evolutivos considerados por Koppitz (1984), permite establecer categorías amplias de nivel de capacidad mental en los siguientes rangos: < 60 mentalmente retardado (o serios problemas emocionales), límite-borderline (60-80), normal-bajo (70-90), normal-bajo a normal (80-110), normal a normal-alto (85-120), normal a superior (90-130), normal-alto a superior (> 110) correlacionados, según Koppitz (1984), con las pruebas WISC entre un 0,60 y 0,80 (según subtest), siendo útiles a la hora de discriminar a niños con posibles deficiencias. Lo anterior, se sustenta en correlaciones significativas entre la inteligencia verbal y no verbal y categorías como auto-concepto, indicadores emocionales e indicadores madurativos de 0,38, 0,52 y 0,31 respectivamente (Garaigordobil y Amigo, 2010).

En cuanto al DFH como indicador del nivel madurativo, las escalas de desarrollo proponen que en la evolución del grafismo, el niño atraviesa según Lowenfeld (2008) seis etapas: a) el garabato, entre los 2 y 4 años; b) el estadio pre-esquemático, entre los 4 y 6 años; c) el periodo esquemático, entre los 6 y 9 años; d) el realismo gráfico, entre los 9 y 12 años, e) el pseudonaturalismo, entre los 12 y 13 años; y, por último f) la crisis de la adolescencia entre los 13 y 16 años. Estas etapas se pueden comparar con las etapas propuestas por Piaget (1989) para el desarrollo cognitivo: I etapa pre operacional entre 2 y 4 años y II entre 4 y 7 años; etapa de las operaciones concretas entre 7 y 11 años y etapa de las operaciones formales, a partir de los 11 años.

Así mismo, Luquet (2001) por ejemplo, asigna a estos estadios los siguientes nombres comprendidos en cuatro fases: a) realismo fortuito, presentado en los 3 y 4 años; b) realismo frustrado, entre los 4 y 6 años; c) realismo intelectual, entre los 6 y 10 años, y, por último d) realismo visual entre los 10 y 16 años

Cabe aclarar que se tomará el concepto de maduración según la definición de Gesell (1929) la cual está referida como la relación entre un fenómeno biológico que indica crecimiento y la estimulación ambiental que promueve al desarrollo. Ya que la maduración depende de dos fuentes complementarias, el aspecto cognitivo evidenciado en el DFH correspondería explícitamente a cómo se asume el ambiente en el mundo interno del niño, junto con procesos biológicos que den cuenta del nivel en el que este se encuentra en términos de madurez.

Kellog (1970) citada por Papalia et al. (2003) precisa que "los dibujos de los niños en edades tempranas son similares en diferentes culturas, por lo cual las etapas en los dibujos iniciales, reflejan la madurez del cerebro, los músculos y el desarrollo psicomotor" (p.301). Por ello, el valor de analizar dibujos infantiles a temprana edad, es que su autenticidad es indiscutible, puesto que aún los engramas sociales, gustos e ideologías, no logran penetrar la pureza de la expresión que

se manifiesta en la ejecución de un dibujo de la propia figura.

Teniendo en cuenta los aportes teóricos existentes y citados, la etapa que más expresión gráfica manifestaría en el desarrollo infantil se encontraría justo después de que el niño apropie los conceptos geométricos básicos junto con la destreza motora y la fluidez expresiva que produce el agrado por una técnica como el DFH, que además promueve la comunicación interpersonal y el abordaje crítico del ambiente que lo rodea. En esta etapa nombrada periodo esquemático, realismo intelectual o estadio de las operaciones concretas que abarca entre 6 y 9 años aproximadamente, se tienen dominadas las leyes de la progresión del dibujo: cefalocaudal y proximodistal, las cuales expresan el orden evolutivo de las funciones motoras en el cuerpo, tales como que la coordinación de la cabeza se da primero que la de los brazos y estos primero que los dedos (Illingworth, Nelson, Vaughan & McKay, 1983)

De los 7 a 12 años de edad pueden desempeñarse tareas lógicas que impliquen la conservación, la reversibilidad y los ordenamientos, lo que va a ayudar a que las nociones temporales se adquieran completamente (Maganto & Cruz, 2004). Además dos funciones que son primordiales en el desarrollo gráfico, motor y del lenguaje, se empiezan a separar y obedecen a los dos procesos que conforman neurológicamente la maduración: plasticidad y especialización. Dichas funciones son el dibujo y la escritura; la primera va encaminada a pertenecer a un acto directo de comunicación aunque el niño no sepa que lo haga, mientras que la segunda, en plena adquisición, dará cuenta de procesos más lógicos asociados netamente a la comunicación.

El dibujo en esta etapa (7-10 años) logrará además una diferencia notoria entre los géneros masculino y femenino así como los conceptos de temporalidad y espacialidad que se ven implícitos en lo que rodea al cuerpo dibujado.

Teniendo en cuenta que la edad que el estudio comprende de 7 a 10 años corresponde al

estadio de las operaciones concretas según (Piaget, 1989) significando que el niño está en vía de comprender ciertos principios lógicos como la conservación de la cantidad, la reversibilidad y la identidad. Así mismo (Berk, 1999) considera que en esta etapa el dibujo consigue una expresión con un significado más profundo, ya que a su vez, el juego simbólico evoluciona y el dibujo admite una transición de lo imaginario a lo real, en donde la expresión gráfica abarca una historia y un respaldo emocional un poco más visible y claro; sin embargo, una vez que el niño haya apropiado estos conceptos posiblemente retornará al estilo de dibujo con palotes más adelante, gracias a los estereotipos culturales.

Igualmente, Koppitz (1984) explica que la ausencia o presencia de ciertos indicadores emocionales y madurativos son válidos hasta después de los 7 años.

De acuerdo con Barkley (1998), más del 44% de los niños con TDAH presentan, por lo menos, un trastorno psiquiátrico comórbido, siendo los más comunes el Trastorno de Conducta, Trastorno Oposicionista Desafiante, Trastorno de Ansiedad, Depresión y Trastornos del Aprendizaje que según Koppitz (1984) son considerados como indicadores emocionales que muy probablemente aparezcan explícitos en los dibujos. De igual manera Anastopoulos, Smith y Wein (1998) observaron que "los niños con TDAH suelen experimentar sentimientos de fracaso, incapacidad, baja autoestima, desmotivación por aprender, síntomas depresivos, ansiedad y un comportamiento oposicionista-desafiante" (p.381).

Sánchez et al. (2004) propone que los niños con TDAH tienen un coeficiente intelectual verbal, intelectual ejecutivo e intelectual general significativamente más bajo que los niños controles. Y según Di Leo (1978) y Goodenough, (1951) "un dibujo rico en detalles corresponde a niños con potencial intelectual más alto.

Las anteriores afirmaciones permiten proponer que la descripción y comparación del rendimiento en el DFH en niños con TDAH comparados con un grupo control pueda arrojar

datos de interés clínico para el análisis de los rasgos subyacentes de orden emocional y madurativo, ya que se espera que los niños con TDAH tengan un rendimiento menor en la prueba de DFH.

Antecedentes

Un estudio realizado en Argentina (Barros, 2002) con un diseño longitudinal de tipo cuasi experimental, se encargó de analizar las diferencias de ejecuciones gráficas en 86 varones entre 7 y 13 años de edad con problemas de conducta adscritos a un programa de adiestramiento en conductas sociales y un grupo control de 69 niños que no hizo parte del programa. El estudio consistió en evaluar los DFH antes y después del tratamiento con una diferencia de 6 meses, mediante un análisis estadístico de varianza, que no logró comprobar una relación en cuanto al tratamiento y los resultados del experimento, el cual pretendía encontrar una mejoría en la ejecución gráfica de los niños sometidos al programa de adiestramiento en conductas sociales.

Se encontró que los resultados de las pruebas, estuvieron a favor de los niños sin conductas problemas, con una calificación por encima del promedio para algunos de ellos, pero en general se notó una distribución heterogénea de puntajes, mientras que la mayoría de los niños con problemas se mantuvieron por debajo del límite inferior.

Algunos años después en España, Maganto y Garaigordobil (2009) llevaron a cabo una investigación para determinar aspectos madurativos y emocionales en una muestra de un grupo con problemas emocionales-conductuales comparada con un grupo control, basándose en el dibujo de dos figuras humanas, solicitándoles que uno de ellos correspondiera al mismo género del niño y el otro dibujo al género contrario; para ello se tomó una muestra de 1.122 niños con edades comprendidas entre 5 y 12 años (564 varones y 558 mujeres), a los cuales se les aplicó esta prueba, el test de matrices progresivas de Raven y una evaluación madurativa-mental.

Se concluyó que a mayor puntuación en el Test de Dos Figuras Humanas (T2F) mayor sería la correlación con el test de matrices progresivas de Raven que mide la capacidad intelectual y por lo tanto a su inversa, entre menor fuera la elaboración, menor sería el coeficiente intelectual.

Una investigación similar de tipo transversal, realizada en Ecuador (Kuri, 2010) utilizó una muestra de 60 niños de 6 a 11 años de edad que acudían a consulta externa de psiquiatría en el periodo de 2000-2007 con el objetivo de diferenciar las elaboraciones de los DFH en pacientes con patologías psiquiátricas: orgánicas y disfuncionales. Para ello, emplearon electroencefalogramas, valoración neurológica, y valoración psicológica, incluyendo la escala de Goodenough aplicada a 44 pacientes con patologías disfuncionales como ansiedad, depresión, TDAH y trastornos de aprendizaje, y a 16 pacientes con patologías orgánicas como enuresis y Tics.

Aunque los resultados no fueron concluyentes debido a la incapacidad de establecer una relación entre ítems del DFH, patologías de tipo orgánico o disfuncional y otras variables sociodemográficas, solo se encontraron algunas características específicas para trastornos de ansiedad y TDAH no especificadas en la investigación.

En Santiago de Chile, Opazo y Rivera (2010) realizaron un estudio para determinar las diferencias en indicadores emocionales, presentados en la elaboración de un dibujo de la figura humana en adolescentes agredidos y no agredidos sexualmente. Este estudio se realizó a partir de una muestra de 76 adolescentes, 38 abusados y 38 correspondientes al grupo control entre 12 y 16 años de edad a los cuales se les pidió que dibujaran a una persona. El análisis no paramétrico se realizó sin que el evaluador supiera a quien pertenecía el dibujo y luego de examinarlo bajo 130 indicadores emocionales pertenecientes a teorías de Machover(1949) Hammer (1980) y otros autores, se procedió a categorizar por género y situación de estudio, encontrando 9 indicadores gráficos que se

podrían discriminar en una evaluación preliminar para quienes presuntamente fueron agredidos de manera sexual; al indicar variables emocionales de agresividad e interferencias en los órganos genitales, se demostró que existen diferencias entre indicadores emocionales catalogables en diferentes poblaciones clínicas, una limitación de este estudio fue la cantidad de indicadores emocionales utilizados, pertenecientes a diferentes test proyectivos, los cuales difieren en ubicación del dibujo y validez del ítem según la edad.

Por su parte, la ventaja de aplicar DFH es la libertad que se le da al niño en relación al tiempo y a la persona que puede dibujar, y aunque exige esfuerzo cognitivo su elaboración, el niño dicta un complejo discurso de sí mismo por medio del dibujo (Ainsworth, 2011).

Se entenderá en el presente trabajo que la proyección es un mecanismo mediante el cual los atributos propios internos se exteriorizan irreguladamente hacia otro objeto o persona, en este caso el auto dibujo es una forma transparente de autoevaluarse voluntaria e involuntariamente y de expresar la esquematización del propio cuerpo junto con la envoltura emocional. El sentido de apropiación y los procesos que se dan a nivel biológico y cognitivo para que se haga posible la exposición de un gráfico que dé cuenta de la relación del sujeto consigo mismo y con el exterior, se entenderá como exteriorización auto esquemática y simbólica y el correlato psico-fisiológico que prueba la importancia del dibujo como medio expresivo que relata en qué momento evolutivo se encuentra el cerebro, como este se encuentra funcionando y que carga emocional generan o se reviven de los eventos biográficos presenciados por el sujeto, además del proceso de individuación y adquisición de referentes culturales (Sanabria, 2011).

Los indicadores emocionales según Koppitz (1984) que se van a asociar con los grupos de estudio corresponden a la siguiente categorización:

Impulsividad: Tendencia a actuar espontáneamente, casi sin premeditación o planeación; a mostrar baja tolerancia a la frustración, control interno débil, inconsistencia; a ser expansivo y a buscar gratificación inmediata

Inseguridad, Sentimientos de Inadecuación: Implica un auto concepto bajo, falta de seguridad en sí mismo, preocupación acerca de la adecuación mental, sentimientos de impotencia y una posición insegura. El niño se considera como un extraño, no lo suficientemente humano, o como una persona ridícula que tiene dificultades para establecer contacto con los demás.

Ansiedad: Tensión o inquietud de la mente con respecto al cuerpo (ansiedad corporal), a las acciones, al futuro; preocupación, inestabilidad, aflicción; estado prolongado de aprensión.

Apocamiento, Timidez: Conducta retraída, cautelosa y reservada; falta de seguridad en sí mismo; tendencias a avergonzarse, tendencia a atemorizarse fácilmente, a apartarse de las circunstancias difíciles o peligrosas

Ira, Agresividad: Disgusto, resentimiento, exasperación o indignación; actitud ofensiva en general; Sentimientos de venganza hacia quienes son percibidos como causantes de agravio; ataques verbales o físicos; furia resultante de la frustración.

Robo y mal desempeño escolar.

Metodología

Esta investigación es de tipo descriptiva-comparativa no experimental, de corte transversal. La base de datos del macroproyecto cuenta con una muestra intencional no-probabilística, la cual integra 300 niños y niñas diagnosticados con TDAH y sin presencia del mismo, en un rango de edad de 5 a 15 años, escolarizados y residentes en la ciudad de Manizales. El estudio comprende una serie de evaluaciones realizadas a un universo de 184 participantes de los cuales 121 son varones y 40 mujeres distribuidos en dos grupos: El primero,

compuesto por 77 niños diagnosticados con TDAH; 59 varones y 18 mujeres y el segundo, un grupo control de 84 niños donde participan 62 varones y 22 mujeres

De esta base de datos se extrajeron 68 dibujos de la figura humana, pertenecientes a 34 casos y 34 controles, bajo los siguientes criterios de inclusión: edad de 7 a 10 años, escolarizados y que no hubieran dibujado caricaturas o palotes; un C.I estimado \geq a 85, usando una forma breve del WISC III con las subpruebas de vocabulario y diseño con cubos y derivando el estimado de los cocientes de desviación de la escala total (Sattler, 1992), así como diagnóstico de TDAH según la entrevista psiquiátrica semiestructurada Mini International Neuropsychiatric Interview para Niños y Adolescentes (MINI Kid); y para los controles que estuviera reportada la ausencia del trastorno.

Generalmente se espera que el niño se dibuje a sí mismo (Koppitz 1984) aunque si dibuja a otra persona, la prueba no pierde validez y su significado desde la parte madurativa no tendría ningún cambio, por lo tanto en los criterios de inclusión, se aceptó cualquier identidad propia o ajena que el niño atribuyera a su dibujo.

El test de la figura humana de Koppitz al ser bifuncional, desde lo madurativo y lo proyectivo se puede interpretar como una prueba que retoma la estructura clínica del test de la figura humana de Machover y del test de Goodenough, el cual arroja resultados que indican el nivel de madurez mental del niño evaluado así como su estado emocional al momento de la prueba. su estudio normativo se realizó en 1965 a 1856 niños entre los 5 y 12 años de edad el cual permitió clasificar 4 categorías de ítems encontrados en los dibujos que se interpretaron, de la siguiente forma: ítems esperados (presentes en el 86-100% de los DFH), Ítems comunes. (51-85 %) ítems bastante comunes (16-50 %) y los ítems excepcionales (< 15 %) que se encuentran solo en protocolos de niños con madurez mental superior (Koppitz, 1984).

Koppitz (1984), analiza los DFH en función de dos tipos de signos objetivos. Un primer conjunto de

signos se considera que está primariamente relacionado con la edad y el nivel de maduración; a estos signos se les denomina Ítems Evolutivos. Un segundo conjunto de signos que está primariamente relacionado con las actitudes y preocupaciones del niño, corresponden a Indicadores Emocionales.

El percentil obtenido por cada participante, acorde con la derivación planteada en el manual de la ENI, se utilizó como indicador del nivel de maduración neuropsicológica; dichos percentiles se distribuyen en los siguientes rangos: Puntuaciones mayores a 75: Por arriba del promedio, Puntuaciones entre 26 y 75: Promedio, Puntuaciones entre 11 y 25: Promedio Bajo, Puntuaciones entre 3 y 10: Bajo y Puntuaciones < 2: Extremadamente Bajo.

El coeficiente intelectual derivado de las subpruebas del WISC III, comprendió los siguientes rangos: puntuaciones mayores a 130: muy superior, puntuaciones entre 120 y 129 superior, puntuaciones entre 110 y 119 media alta, puntuaciones entre 90 y 109 promedio y puntuaciones entre 80 y 89 promedio bajo.

De la base de datos del macroyecto se extrajo la muestra constituida por 68 dibujos de participantes y dividida equitativamente en 34 casos con TDAH y 34 controles. Previamente, a los participantes se les aplicaron subpruebas de la batería de Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI), entre ellas el DFH.

Para el procesamiento de la base de datos se utilizó el software IBM SPSS STATISTICS versión 21

Resultados

Se observan distribuciones porcentuales similares para los grupos de análisis en las variables de socio-demográficas (Tabla 1). En cuanto al sexo, la representación masculina corresponde a tres cuartas partes de los participantes; las edades de 7 y 8 años agrupan cerca del 70% de la muestra; y dos terceras partes de los participantes

pertenecen a un Estrato Socio Económico (ESE) medio.

Tabla 1.

Características socio-demográficas de los 68 participantes

		TDAH Casos (N=34)		Controles (N=34)	
		Frec.	%	Frec.	%
Sexo	Femenino	8	23.5	9	26.5
	Masculino	26	76.5	25	73.5
Edad	7	14	41.2	11	32.4
	8	11	32.4	13	38.2
	9	5	14.7	5	14.7
	10	4	11.8	5	14.7
ESE	Bajo	7	20.6	7	20.6
	Medio	21	61.8	20	60.3
	Alto	6	17.6	7	19.1

Nota: Frec= Frecuencia. N=número de casos. Fuente: Autores

Respecto al CI, al comparar los participantes diagnosticados con TDAH, el subtipo inatento obtuvo puntuaciones 1,19% superior al subtipo combinado. La Tabla 2 contiene las medidas de tendencia central y dispersión para el CI y los percentiles de la muestra, segmentados por subtipo de TDAH. Dentro de esta distribución los subtipos aparecen representados dentro del análisis bajo la categoría casos.

Tabla 2.

Medidas de tendencia central del CI y percentil del DFH por subtipo

Coeficiente Intelectual			Percentil DFH		
Inatento	Combinado	control	Inatento	Combinado	control

N	6	28	34	6	28	34
Media	102.5	101.3	116.5	50.0	52.3	59.5
Median	103	97	118	50	50	63
Moda	106	94	103	37	50	75
Desv..	4.0	13.8	12.8	11.6	22.2	20.3
Varianz	15.9	191.0	164.1	135.2	494.7	412.9

Fuente. Autores

Así mismo, al comparar las puntuaciones de los dos subtipos respecto al grupo control, se presentan diferencias de 12,01% y 13,05% inferiores, en los subtipos inatento y combinado respectivamente. Estas diferencias se examinaron mediante una prueba de comparación de medias, para lo cual se verificó previamente el supuesto de normalidad de la variable CI, mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, hallándose que sus valores no seguían dicha distribución ($p=0,002$). Por tanto, se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis, encontrando que existen diferencias estadísticamente significativas entre el subtipo inatento, el combinado y el grupo control ($p=0,000$). De acuerdo a esto, se realizó una comparación par a par de los grupos mediante la prueba U de Mann Whitney, determinando que los grupos en los que existen dichas diferencias estadísticamente significativas son entre el subtipo inatento y el grupo control ($p=0,012$) y entre el subtipo combinado y el grupo control ($p=0,000$).

Al examinar los percentiles por subtipos, se presenta una diferencia de 4,43% inferior del subtipo inatento respecto al subtipo combinado y al comparar los valores de estos respecto al grupo control, dichas diferencias son de 15,96% y 12,04% inferiores, en los subtipos inatento y combinado respectivamente. Dado que los datos no seguían una distribución normal ($p=0,003$), se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis, hallando que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los subtipos para esta variable.

Los resultados evidencian que en cuanto al valor del CI, los casos obtienen un coeficiente 12,87% inferior respecto a los controles. Así mismo, los percentiles siguen la misma tendencia del CI, en la que los casos obtuvieron resultados 12,75% inferiores en comparación con los controles. No obstante al evaluar las diferencias mencionadas mediante la prueba U de Mann Whitney para comparar medias, se encontró que sólo existen diferencias estadísticamente significativas para la variable CI ($p=0,000$), representada en un mayor valor para el grupo control.

Tabla 3.

Distribución porcentual del CI en rangos por grupos

Rango CI	Casos (N=34)		Controles (N=34)	
	Frec.	%	Frec.	%
Promedio bajo	5	14.7	0	0.0
Promedio	23	67.6	12	35.3
Promedio Alto	3	8.8	6	17.6
Superior	2	5.9	9	26.5
Muy superior	1	2.9	7	20.6

Fuente: Autores

Al examinar dicha distribución por tipo de participante, en el grupo de casos, dos terceras partes de los participantes tiene un CI promedio, mientras que en los controles al nivel promedio sólo pertenecen algo más de un tercio de los participantes. También es de destacar que en el grupo de controles no hay participantes que tengan un CI en el promedio bajo y cerca de la mitad de la muestra posee promedios superiores o muy superiores.

Al examinar la identidad del dibujo que realizó cada uno de los participantes se establecieron 4 categorías principales: así mismo, a un familiar, a

un amigo y a un desconocido. Del total de la muestra 44,1% realizaron un dibujo asociado a un familiar seguidos por un 26,5% que se dibujó a sí mismo y un 23,5% que realizó el dibujo de un desconocido.

Tabla 4.

Identidad atribuida al DFH por subtipo

	Inatento (N=6)		Combinado (N=28)		Control (N=34)	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Si mismo	1	16.7	8	23.5	9	32.1
Familiar	2	33.3	16	47.1	12	42.9
Amigo	1	16.7	1	2.9	2	7.1
Desconocido	2	33.3	9	26.5	5	17.9

Fuente. Autores

Los resultados muestran, que de acuerdo al subtipo, la identidad de mayor aparición en ambos grupos es la de un familiar, aunque en el subtipo inatento esta tiene igual proporción que la identidad de un desconocido, ambas con un tercio de la muestra; a su vez en el subtipo combinado, la identidad del familiar es seguida en proporción por un dibujo de sí mismo, agrupando ambas categorías tres cuartas partes de la muestra.

Se observa como el dibujo de sí mismo se encuentra vinculado con mayor fuerza a la edad de 7 años (Tabla 5), mientras que a los 8 y 10 años, corresponde a la imagen de un familiar. En la edad de 9 años tres quintas partes de la muestra asocian su dibujo a un desconocido. De acuerdo a lo anterior, se determinó una dependencia altamente significativa ($P<0,000$) y una fuerza de asociación moderada (coeficiente de contingencia=0,583) entre estas dos variables.

Tabla 5.

Identidad atribuida al DFH por edad

Identidad	7 años (N=25)		8 años (N=24)		9 años (N=10)		10 años (N=9)	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Si mismo	11	44.0	4	16.7	1	10.0	2	22.2
Familiar	10	40.0	13	54.2	3	30.0	4	44.4
Amigo	2	8.0	1	4.2	0	0.0	1	11.1
Desconocido	2	8.0	6	25.0	6	60.0	2	22.2

Fuente: Autor

Cabe resaltar que en general, los niños que se dibujaron a sí mismos, de acuerdo con los rangos de CI, el 61,1 % correspondió al nivel promedio, el 5,6% al promedio alto, el 27,8% al superior y el 5,6% al muy superior, indicando que ninguno de ellos se encuentra por debajo del promedio. Respecto a los indicadores emocionales encontrados, ninguno de ellos obtuvo representaciones superiores a una cuarta parte de la muestra. Entre ellos, los que se observaron con mayor frecuencia fueron el apocamiento con un 23,5%, la ira con un 17,6% y la impulsividad con un 14,7%. También es de resaltar que ninguno de los participantes manifestó el indicador de mal desempeño escolar.

Los resultados muestran que en el subtipo inatento la impulsividad y el apocamiento son los indicadores con mayor representación, abarcando cada uno un tercio de la muestra, mientras que en el subtipo combinado, el indicador con mayor presencia es el apocamiento, también con algo más de un tercio de la muestra. Así mismo se observa como los indicadores de inseguridad y ansiedad no tienen manifestación alguna dentro del subtipo combinado. Al examinar dependencia entre los indicadores y el subtipo, en ninguno de los casos existió algún tipo de asociación entre estas variables

Para el grupo de casos el apocamiento es el indicador emocional con una presencia superior a un tercio de la muestra, mientras que en el grupo de controles el indicador de mayor representación lo disputan, la impulsividad y la ira con algo más de una sexta parte de la muestra. La asociación entre variables, se determinó que el apocamiento es el único indicador que presenta dependencia con la variable estatus de participante ($p=0,022$), con un grado de asociación bajo (coeficiente de contingencia= $0,267$).

De otra parte, se examinó la cantidad total de indicadores emocionales identificados para cada participante, encontrando una media de 0,5 indicadores emocionales para los controles y 0,91 indicadores emocionales para los casos, presentándose hasta un máximo de tres indicadores en un mismo individuo en este último grupo. Lo anterior representa una diferencia de 82,35% más en el número de indicadores en los casos que en los controles, lo cual va en concordancia con la hipótesis de que los individuos con TDAH reflejarán con mayor intensidad factores emocionales en sus dibujos. Las diferencias anteriores se evaluaron mediante la prueba U de Mann Whitney, encontrando diferencias estadísticamente significativas ($p=0,013$) entre los grupos, ratificando el hallazgo descrito.

Al comparar los subtipos con TDAH, el subtipo combinado presenta una media de 0,9 indicadores emocionales y el subtipo inatento, de 0,8 indicadores emocionales, lo cual constituye una diferencia cercana al 10% entre el número total de indicadores por subtipo, siendo mayor la presencia de estos en el subtipo combinado.

Tabla 6.

Distribución porcentual de los indicadores emocionales por subtipo comparado a grupo control

Indicador emocional	Inatento (N=6)		Combinado (N=28)		Control (N=34)	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Impulsividad	2	33.3	6	17.6	2	7.1
Inseguridad	0	0.0	1	2.9	3	10.7
Ansiedad	0	0.0	0	0.0	3	10.7
Apocamiento	2	33.3	4	11.8	10	35.5
Ira	1	16.7	6	17.6	5	17.9
Robo	0	0.0	0	0.0	3	10.7

Fuente.

Tabla 7.

Distribución porcentual de los indicadores emocionales por CI en rango.

Indicador emocional	Promedio bajo (N=5)		Promedio (N=35)		Promedio Alto (N=9)		Superior (N=11)		Muy superior (N=8)	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Impulsividad	0	0.0	7	20.0	1	11.1	1	9.1	1	12.5
Inseguridad	2	40.0	2	5.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ansiedad	1	20.0	0	0.0	2	22.2	0	0.0	0	0.0
Apocamiento	1	20.0	13	37.1	0	0.0	1	9.1	1	12.5
Ira	0	0.0	4	11.4	4	44.4	2	18.2	2	25.0
Robo	2	40.0	1	2.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: Autores

Al examinar por cada uno de los niveles de CI, se observa que en ninguno de ellos hay presencia de indicadores emocionales que alcance la mitad de la muestra. En el caso del nivel promedio bajo, la

inseguridad y el robo son los indicadores de mayor representación; en el nivel promedio lo es el apocamiento; y en el nivel promedio alto, superior y muy superior lo es la ira. Al establecer

si existe asociación entre alguno de los indicadores y el nivel de CI, los indicadores inseguridad ($p=0,015$ – Coef. de contingencia= $0,391$), ansiedad ($p=0,016$ – Coef. de contingencia= $0,389$) y robo ($p=0,002$ – Coef. de contingencia= $0,442$), exhibieron dependencia con un grado de asociación moderado

Discusión

De acuerdo con los resultados, se pudo establecer una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$) del C.I, entre ambos grupos, a favor del grupo control, ya que en este se observó una tendencia a obtener C.I más altos, a pesar de que para toda la muestra, uno de los criterios de inclusión fue tener un CI estimado igual o mayor a 85. Lo anterior coincide con investigaciones realizadas en países hispanohablantes como la de Barros (2002) y Maganto (2009) donde se encontraron diferencias en la elaboración de DFH entre niños con conductas problemas incluyendo el TDAH y la relación proporcional entre el CI y la ejecución gráfica. En los resultados de la presente investigación se concluyó que sólo el subtipo combinado tenía participación en el rango de CI promedio bajo; sin embargo, otros estudios conocidos como el de Schuck y Crinella (2005) aseveran que suele ser habitual que el alumno con TDAH tenga una capacidad intelectual media o por encima de la media, encontrándose incluso, casos de sobredotación intelectual y altas capacidades; así mismo en un estudio del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), se informó que los resultados de la aplicación del WISC III a 579 niños con TDAH, arrojaron una media del CI que no difería a la del grupo control. Ambos resultados contradicen los hallazgos del presente estudio.

Según Flint (2001) la habilidad superior para el razonamiento abstracto, amplia variedad de intereses, fluidez verbal entendida como una mayor cantidad y calidad de vocabulario que su media de edad, curiosidad intelectual y fuerte creatividad son componentes que comparten los niños TDAH con los niños superdotados, por

tanto podría interpretarse que los resultados arrojados de un CI inferior para los niños con TDAH no sea más que una ratificación de un síntoma de inatención mas no de una condición intelectual; Sin embargo, cabe preguntarse sobre las estadísticas que anticipan los trastornos comórbidos en la adolescencia que generan impacto social, estimándose que entre el 50% y 60% de los niños con TDAH serán probablemente adultos que siguen teniendo problemas importantes en concentración, impulsividad e interacción social, lo que suele originarles problemas laborales, alteraciones en las relaciones interpersonales, poca autoestima, impulsividad, irritabilidad, ansiedad e inestabilidad emocional (Villalobos et al. 2004), por consiguiente, si se define la inteligencia como la capacidad de adaptación y de resolver conflictos, este panorama sustentaría los resultados encontrados.

En cuanto al nivel de madurez observado a través del DFH, se encontró que tanto el grupo de casos como el grupo control, obtuvo un desempeño promedio. Al respecto es preciso aclarar que de acuerdo con la clasificación percentilar de la ENI, en el rango promedio se ubicaron DFH que oscilaron entre 26 y 75, lo cual puede ser un rango muy amplio para igualar las características de los dibujos, si este se basa en el conteo del número de ítems (partes del cuerpo), sin considerar la calidad y precisión del trazo identificado. Lo anterior podría explicarse como una limitación de la forma de calificar el DFH, considerando como ítems madurativos sólo el número de partes del cuerpo. Este cuestionamiento surgió al observar DFH de niños con la misma edad que obtuvieron el mismo percentil, pero que cualitativamente tenían diferencias, siendo uno de ellos más enriquecidos y perfeccionados, mientras que otros no.

En este sentido, y de acuerdo con Koppitz (1984) el número de ítems correspondería a ítems de tipo evolutivo, relacionados con la edad y nivel de maduración. Sin embargo, fue evidente en este trabajo que el conteo de elementos no necesariamente correspondió al nivel madurativo, al hacer un análisis clínico-cualitativo detallado de los DFH.

De acuerdo a la identidad atribuida a los dibujos, se encontró que los niños que dibujaron a sus familiares lo hicieron de acuerdo al género. Los varones dibujaron al padre, hermano y tío y a su vez, las mujeres dibujaron a la madre, hermana, prima y abuela. En general los dibujos representaron al cuidador del mismo sexo, manifestando relaciones identitarias. De igual forma, a medida que la edad se incrementa, la figura elegida por el niño se aleja de la propia identidad y el círculo familiar, correspondiendo a patrones de socialización secundarios y a la fase de socialización operativa-concreta de 7 a 11 años según Piaget (1989).

Al examinar la relación existente entre los grupos y el CI mediante la prueba de Chi-cuadrado, se determinó que existe dependencia entre estas ($p=0,004$) con una fuerza de asociación moderada (coeficiente de contingencia=0,5), a favor del grupo control ya que en este se observó una tendencia a obtener C.I más altos. Lo anterior corrobora la hipótesis inicial en concordancia con Sánchez et al. (2004), Di Leo (1978) y Goodenough, (1951) cuando afirman que un dibujo rico en detalles es propio de niños con un alto potencial intelectual y que los niños con TDAH tienen un coeficiente intelectual más bajo. Lo anterior puede ser consistente con la cantidad de omisiones presentes en los dibujos de niños con TDAH de acuerdo con la interpretación de Koppitz (1984). De acuerdo con esta aproximación, las omisiones se incluyeron en las clasificaciones de indicadores emocionales correspondientes a apocamiento, agresividad e inseguridad y fueron exclusivamente observadas en el grupo de los casos.

Las omisiones correspondientes a nariz y boca indican respectivamente, escaso interés social y rechazo a comunicarse con los demás. De igual forma las omisiones de manos y brazos según Machover (1949) y Koppitz (1984) están asociadas a depresión y retracción de la gente, lo que podría relacionarse con dificultades en el funcionamiento social y hacer parte de las características descritas para el cumplimiento del criterio D en el diagnóstico del TDAH según el DSM IV.

Al examinar los indicadores emocionales de acuerdo al estatus del participante, para el grupo de casos, el apocamiento tiene una mayor presencia con un 35,8% de los casos, seguido por la ira con un 17,6% y la impulsividad con un 11,8%. El resto de indicadores para este grupo tienen una mínima participación (8,8%). A su vez, en el grupo control, la impulsividad y la ira tienen una participación mayoritaria de 17,5%, seguidos por el apocamiento con un 11,8% y la inseguridad con un 2,9%. El resto de indicadores no tienen ninguna presencia. Al examinar la asociación entre variables, se determinó que el apocamiento es el único indicador que presenta dependencia con la variable estatus del participante ($p=0,022$), lo que podría interpretarse como una señal de baja autoestima; esta condición posiblemente se desarrolla ante las críticas que usualmente reciben los niños con TDAH debido a su comportamiento y a su continua frustración debido a una pobre capacidad adaptativa. Es conocido que los niveles de motivación limitan las actividades a las cuales se va a dirigir la atención necesaria para realizarlas, siendo más competentes en actividades que directamente les atraigan y del mismo modo incapaces de ejecutar labores en las cuales no estén interesados; de allí la ventaja de analizar el componente emocional el cual es inherente al ser humano y más notorio en poblaciones clínicas, teniendo como precedente la comorbilidad usualmente informada con trastornos ansiedad, depresión y motivación.

El apocamiento, indicador de mayor frecuencia observado en esta investigación, se define según Koppitz (1984) como sinónimo de timidez, lo cual se hace extraño en una población como la estudiada, pues se asume que contrario a la timidez, los comportamientos del niño con TDAH muestran extroversión; no obstante, estos indicadores podrían interpretarse como falta de seguridad en sí mismo, y debido a que los indicadores reunidos en esta variable emocional corresponden a omisiones de partes del cuerpo que comunican como la boca y las manos, nuevamente se ve reflejada la inatención y el interés social precario.

Este indicador fue inesperado, en comparación con agresividad/ira, ansiedad, e impulsividad, los cuales estuvieron presentes en menor frecuencia, pues se esperaba encontrar que los dibujos estuvieran marcados con elementos como dientes, sombras, brazos largos e integración pobre; sin embargo, la diferenciación entre los subtipos combinado e inatento, sugirió que el primero presentaba mayor frecuencia para apocamiento e ira, mientras que en el inatento lo son el apocamiento y la impulsividad

Conclusiones

El DFH es una herramienta que permite tener una aproximación a la condición del niño, a pesar de que el sistema de calificación no logre dar cuenta de aspectos importantes que se reflejan de manera cualitativa y son atribuibles a indicadores emocionales aunque no siempre; es decir, algunas características del dibujo como la finura del trazo, precisión y proporción no son tenidas en cuenta al momento de sumar ítems para determinar el nivel madurativo y por esta razón aunque todos los dibujos fueron realizados por niños con C.I promedio y los percentiles de la ENI también clasificaron dichos dibujos en rango promedio, fue claro que los mismos pudieran tener un mayor potencial de interpretación desde una perspectiva clínica más cualitativa, limitación señalada anteriormente.

En cuanto a la interpretación del DFH de niños con TDAH se presentan indicadores emocionales como apocamiento/timidez, que pueden ser interpretados como inatención y escaso interés social tal como se planteó previamente. Al respecto se pudo observar que este indicador se compone por varios elementos: figura pequeña brazos cortos, brazos pegados al cuerpo, omisión de la nariz, omisión de la boca y omisión de los pies, elementos que se observaron con alta frecuencia, en ocasiones presentándose hasta 3 de estos en un mismo dibujo.

Es importante resaltar que la mirada de Koppitz (1984) hace énfasis en la presencia de indicadores clínicos que connotan aspectos negativos,

descritos en los indicadores emocionales, desde un enfoque patológico. Por lo tanto la interpretación de Koppitz (1984) solo podría aproximarse desde una perspectiva que incluya factores emocionales de importancia clínica. Sería deseable que la condición del TDAH sea comprendida desde la potencialidad.

En el presente estudio se observó una tendencia a encontrar más indicadores emocionales en el nivel promedio de C.I que en los niveles superiores, de lo cual se podría inferir que un mayor C.I pudiera estar relacionado con una mayor efectividad en el desempeño de habilidades sociales y emocionales.

A modo de reflexión quedaría preguntarse si el abordaje de la inteligencia esté necesitando nuevos paradigmas para responder fenómenos como los que emergen diariamente con esta nueva generación de sobre-estimados (Terrassier, 1990; Whitmore, 1980; Yewchuk, 1998), si se tiene en cuenta que la inteligencia definida por Mainstream Science on Intelligence (1997) se refiere a la capacidad de comprender el propio entorno. Se podría decir que de las maneras de comprenderlo, el TDAH ha escogido una muy particular que posiblemente se escape a la lógica formal y al sentido común.

Recomendaciones

Se recomienda continuar la investigación ampliando la muestra e igualando el número de participantes por subtipos, ya que el presente estudio solo contó con 6 participantes del subtipo inatento frente a 28 participantes del subtipo combinado, lo cual proporcionaría datos más amplios y confiables de las diferencias entre subtipos.

De igual forma, el análisis de los DFH podría hacerse de forma cualitativa, ya sea por medio de estudio de casos o comparaciones entre los dibujos por subgrupos añadiendo otras pruebas complementarias que comprendan otros indicadores emocionales

Referencias bibliográficas

- Acosta, M. (2000). Aspectos neurobiológicos del déficit de atención/hiperactividad. Estado actual del conocimiento. *Revista de neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*, 3-19.
- Ainsworth, S. e. (2011). Drawing to learn in science. *Science* vol 333 , 1096-1097.
- Anastopoulos, A., Smith, J. y Wein, E. (1998). Counseling and Training Parents. En R. Barkley, (Eds.), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 373-394). New York: The Guilford Press
- American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson (Edición original, 2000).
- Barkley, R. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press
- Bará, S., Vicuña, P., Pineda, D. & Henao, G. (2003). Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastorno. *Rev. Neurol* , 37 (7): 608-615
- Barragán et al (junio de 2007). 1 Congreso Latinoamericano de TDAH. Mexico.
- Barros et al (2002). Conductas problemas infantiles: Indicadores evolutivos y emocionales en el dibujo de la figura humana. *American journal of psychology* , 295.
- Berk (1999). *Desarrollo del niño y el adolescente*. Madrid: Prentice hall.
- Cardó et al (2010). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿un patrón evolutivo? *Rev. Neurol* , 50 (supl 3): S143-7.
- Di Leo, J. (1978). *Los dibujos de los niños como ayuda diagnóstica*. Buenos aires: paidós.
- Douglas, V. (1892). Stop, look and listen: The problem of sustained attention impulse control in hyperactive and normal children. *Canada Journal Behavior Science* 4 , 159-185.
- Flint, L. (2001). Challenges of Identifying and serving Gifted Children with ADHD. *En Teaching Exceptional Children* 33 (4), 62-69
- Garaigordobil y Amigo (2010). Inteligencia: Diferencias de género y relaciones con factores psicomotrices, conductuales y emocionales en niños de 5 años. *Revista interdisciplinaria* .
- Gesell, A. (1929). Maturation and infant behavior pattern. *psychological review* vol. 36 , 307-319.
- Goodenough, F. (1951). *Measurement of intelligence by drawings*. New York: Yonkers World Book.
- Hammer, E. (1980). *Test proyectivos gráficos*. Buenos aires: Paidós
- Illingworth, Nelson, W. Vaughan, V. McKay, J. (1993). *Nelson textbook of pediatrics*. Philadelphia: Saunders
- Kollins, S. (2009). Genética, neurobiología y neurofarmacología del trastorno por déficit de atención TDAH. *revista de toxicomanías*, n°55 , 19-27.
- Koppitz, E. (1984). *El Dibujo De La Figura Humana En Los Niños*. Buenos Aires: edit. Guadalupe.
- Koppitz, E. (2006). *El dibujo de la figura humana en los niños*. Buenos aires: guadalupe.
- Kuri, S. (2010). El test de la figura humana de Goodenough en el diagnóstico de patologías psiquiátricas infantiles. *Rev. Med. FCM-UCSG*.
- Lowenfeld, V. (2008). *Desarrollo de la capacidad intelectual y creativa*. ed. Síntesis.
- Luquet, G. (2001). *Children's drawing translated by Allan Costall*. London: Free association books.
- Machover K. (1949) *Human figure drawings of children*. *J Proj Tech*. 1953 Mar;17(1):85-91
- Maganto y Cruz (2004). *Desarrollo físico y psicomotor en la primera infancia :Aspectos evolutivos e intervencion psicopedagogica*. país vasco: biblioteca nueva.

Maganto y Garaigordobil (2009). El diagnóstico infantil desde la expresión gráfica: el Test de Dos Figuras Humanas (T2f). *clínica y salud* 237-248.

Mas- Pérez, C. (2009). El TDAH en la Práctica Clínica Psicológica. *Clínica y Salud*, 20, 249-259.

Merino y Honores (2007). Una evaluación normativa de los ítems evolutivos en el dibujo de la figura humana de Koppitz. *lima: Nuevos paradigmas*.

Papalia, D. (2003). *Psicología del desarrollo*. Bogotá, Colombia: Mc Graw Hill.

Piaget, J. (1989). *La psicología de la inteligencia*. Barcelona, España: ed. crítica.

Prout, A. et al (1997). *Onstructing and Reconstructing Childhood: Contemporary Issues in the Sociological Study of Childhood*. falmer press

Sanabria León, J. (2011). Dibujo infantil y comprensión escénica: Análisis crítico hermenéutico desde un enfoque psicoanalítico. *actualidades en psicología*, 25.

Solís y Rivera. (1994). Comparación de los indicadores del dibujo de la figura humana de niños azarosos (impulsivos) y cognitivos (reflexivos). *Rev. Cubana de Psicología*.

Sánchez, D., Pineda, D., Restrepo, M., Hynd, G. y Mejía, S. (2004) Análisis de las funciones cognitivas y del lenguaje en niños escolarizados con déficit de atención con y sin hiperactividad. *Duazary*, 61-65.

Sattler. (1992). *Evaluación infantil: Aplicación cognitiva*. Mexico: manual moderno.

Schuck, E.B y Crinella, F.M. (2005). Why children with ADHD Do Not Have Low IQs *Journal of Learning Disabilities*, 38(3), 262-280.

Taylor, E. y Timimi, S. (2004). ADHD is best understood as cultural construct. *The british Journal of psychiatry*, 8-9.

Terrassier, J. C. (1990). *La disincronía de los niños*. Benito: Problemática

del niño superdotado. *Salamanca: Amarú*, 69-74.

Whitmore, J. R. (1980). *Giftedness, conflict and underachievement*. Boston: Allyn & Bacon.

Yewchuk, C. (1998). Learning characteristics of gifted students: implication for instruction and guidance. En *AGATE: Journal of the Gifted and Talented Education Council of the Alberta Teachers Association*, 1 (12), 4-12.