



Magrit. Hombre con bombín

<http://www.dailytrend.mx/disenio/rene-magritte-obras-famosas#pageview-1>

Capacidad intelectual en niños, niñas y adolescentes diagnosticados con TDAH

Anyerson Stiths Gómez Tabares
Claudia Tatiana Hidalgo Pescador
Lorena Grajales Montoya

Resumen

Objetivo: describir las capacidades cognitivas en términos del coeficiente intelectual en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH. **Metodología:** Es una investigación de tipo cuantitativo, diseño no experimental de tipo transversal. Alcance descriptivo. La muestra fue de tipo no probabilístico, compuesta por 27 niños y adolescentes diagnosticados con TDAH con edades entre los 7 a 13 años, pertenecientes a tres colegios de Manizales: Nuevo Gimnasio, Liceo Infantil niños 2000 y la Institución Educativa Andrés Bello. **Instrumentos:** se aplicó la escala estandarizada abreviada de Conners para padres y docentes como criterio de corroboración e inclusión de la muestra. Se aplicó el Test Breve de Inteligencia de Kaufman (K-BIT). **Resultados:** en relación con el CI general de la población evaluada, el 66.6% se encuentra por encima de la media, lo cual indica una capacidad cognitiva alta, mientras que el 33.7% está por debajo de la media. Los niños con TDAH no necesariamente presentan una baja capacidad intelectual.

Palabras claves: TDAH, inteligencia, capacidad, niño, adolescente.

Abstract

Objective:: the main purpose of this article is to describe the styles of learning and the cognitive capacities of kids and adolescents diagnosticated with ADHD in terms of their IQ. **methodology:** this is a quantitative type investigation, of non experimental design of transversal type. **Descriptive range.** The case os study was a non probabilistic type, composed by 27 children and adolescents diagnosticated with ADHD between the ages of 7 and 13 years old, and that belong to three schools of Manizales: Nuevo Gimnasio, Liceo infantil niños 2000 and Institución educativa Andres Bello. **Instruments:** The Conners scale was used as a main crytery of colaboration and the case of study's inclusion, the Kuafman brief intelligence test. **Results:** In relation to the general IQ of the evaluated population, 66.6% is at the top of the promedium, is above the average, which indicates a high cognitive capacity, while 33.7% is below the average. Children with ADHD do not necessarily have low intellectual capacity.

Keywords: ADHD, intelligence, ability, child, teenager

Para citar este artículo

Gómez, A., Hidalgo, C.T., Grajales, L. (2019). Capacidad intelectual en niños, niñas y adolescentes diagnosticados con TDAH. *Tempus Psicológico*, 2(1), 65-88.

doi: 10.30554/tempuspsi.2.1.2582.2019

Recibido: 26.04.2018 – Aceptado: 06.06.2018

Artículo de investigación

ISSN - 2619-6336



Capacidad intelectual en niños, niñas y adolescentes diagnosticados con TDAH

Intellectual capacity in children and adolescents diagnosticated with ADHD

Anyerson Stiths Gómez Tabares¹
Claudia Tatiana Hidalgo Pescador²
Lorena Grajales Montoya³

¹ Psicólogo. Magíster en Educación. Docente de la Universidad Católica Luis Amigó.  0000-0001-7389-3178. Correo: anyerspn.gomezta@amigo.edu.co

² Psicóloga. Docente de la Universidad Católica Luis Amigó.  0000-0003-4037-0893. Correo: tatianahidalgop19@gmail.com.

³ Psicóloga. Docente de la Universidad Católica Luis Amigó.  000-0002-1220-8904. Correo: lorenagrajalesmontoya@gmail.com.

Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es considerado un síndrome neurocomportamental de alta prevalencia en la niñez y, en algunos casos, puede persistir a lo largo de la vida (Cornejo, Sánchez, Gómez y Horacio, 2010; Cardo y Servera, 2008; Rivas-Juesasa, De Dios, Benac-Prefacic y Colomer-Revuelta, 2017). En la actualidad, se considera un trastorno del desarrollo neurológico dada la evidencia morfológica, funcional y neuroquímica de su etiología. Aunque los datos varían entre los países, se estima que su frecuencia llega al 17% en niños y niñas en etapa escolar, siendo más frecuente en niños que en adolescentes. Por tal motivo, es uno de los trastornos de mayor frecuencia en esta etapa de desarrollo (Pineda, Lopera, Henao, Palacio y Castellanos, 2001; Rosselli, Ardila, Pineda & Lopera, 1997; Zambrano-Sánchez, Martínez-Cortéz, del Río-Carlos, Dehesa, Vázquez, y Alfaro, 2015; Pineda et al, 1999; Zuliani, Uribe, Cardona y Cornejo, 2008). De acuerdo con Montoya, Varela y Dussán (2011), entre los trastornos neuro comportamentales más estudiados en Colombia se encuentra el TDAH, justamente por el alto número de casos de niños y niñas que se reportan y son motivo de consulta en servicios de salud mental. Como lo indica Cardo y Servera (2008), el TDAH “se ha concebido como la patología neurocomportamental infanto-juvenil más frecuente” (p. 365).

De acuerdo con el DSM V (2014), el TDAH se “caracteriza por presentar un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo” (p. 61). Las manifestaciones sintomáticas deben aparecer antes de los doce años y, por lo general, causan un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o familiar (Fernández y Calleja, 2004; Pineda et al, 2001). Uno de los criterios más importantes es que las manifestaciones sintomáticas en la niñez deben presentarse en, al menos, dos o más escenarios de socialización (escolar, familiar, otros). Algunos autores (Barkley, 2006; Orjales, 2000; Pineda et al, 2001; Fernández y Calleja, 2004), han considerado que los síntomas deben aparecer antes de los 7 años, criterio que se apoyó en la versión del DSM IV-TR (2002). Sin embargo, el DSM V (2014) indicó que “[...] lo difícil de especificar una edad de inicio más temprana – antes de

los 12 años-, por las dificultades para establecer retrospectivamente y con precisión el inicio durante la infancia” (p.61).

En la literatura científica se han establecido tres subtipos del TDAH. En el primero predomina la hiperactividad y la impulsividad, y es más frecuente en niños entre 3 y 5 años de edad (Zuluaga y Vasco, 2009; Montiel- Nava, Peña y Montiel-Barbero, 2003). En el segundo predominan desórdenes atencionales, y es más frecuente en niños y adolescentes entre 9 y 13 años. El último subtipo es combinado o global, con predominio de manifestaciones de desatención y de hiperactividad-impulsividad (Montiel- Nava et al, 2003; DSM V, 2014).

La inatención, frecuentemente, se puede manifestar en comportamientos asociados a la falta de persistencia y desviación en la realización de tareas, problemas para mantener y focalizar la atención en actividades concretas, además de dificultades en habilidades de organización y planeación (Brown, 2000; Vélez- Álvarez y Vidarte- Claros, 2012; Zuluaga y Vasco, 2009). La conducta hiperactiva, según el DSM V (2014), “se refiere a una actividad motora excesiva (como un niño que corretea) cuando no es apropiado, o a jugueteos, golpes o locuacidad excesivos” (p. 65). La impulsividad hace referencia a comportamientos de impaciencia, baja capacidad para aplazar la gratificación, se pueden presentar problemas de auto control y comportamientos desafiantes ante las normas, generalmente muestran un déficit en el control de impulsos (Vélez- Álvarez et al, 2012; DSM V, 2014; Eysenck, Easting & Pearson, 1984).

Varios autores (Artigas-Pallarés, 2003; Guerrero, 2016; Barkley, 2006; Zuluaga y Vasco, 2009; Miranda-Casas, Fernández, Robledo y García, 2010; Montoya, Varela, Dussán, 2012) han planteado que los niños con TDAH presentan deterioro clínicamente significativo en algunas esferas del proceso escolar, tales como bajo rendimiento académico, problemas en el aprendizaje y adaptación, rechazo social, además de considerarse un factor de comorbilidad para el desarrollo de trastornos de conducta y problemas externalizantes como la agresividad y el consumo de sustancias psicoactivas. En este sentido, se pueden observar las dificultades que presentan estos niños en sus procesos de aprendizaje en contextos académicos, y en ocasiones son fuente de señalamientos por compañeros y profesores, lo cual puede ser un factor relacionado con alteraciones adaptativas, cognitivas, emocionales y sociales.

En relación con el funcionamiento cognitivo y neuropsicológico, algunos estudios (López-Flores, y Zambrano-Sánchez, 2012; Doyle, 2006; Rosselli y Ardila, 2000; Montoya et al, 2011; Romero, Maestú, González, Romo y Andrade, 2006) han identificado que funciones como la atención general (sostenida, selectiva, y dividida) y la memoria de trabajo, específicamente las habilidades de recobro de la información se ven afectadas en niños con TDAH. De igual manera, las funciones ejecutivas, particularmente procesos como la planificación, organización, control inhibitorio y atención sostenida presentan un déficit considerable en comparación con niños escolares sin este diagnóstico. De acuerdo con el estudio de Zambrano-Sánchez et al (2015), los niños con TDAH presentaron diferencias significativas en comparación con el grupo control en tareas de organización, razonamiento no verbal, planeación, atención, memoria de trabajo y demás áreas del funcionamiento ejecutivo.

A pesar de la observación empírica suministrada por varios estudios (Montoya et al, 2011; Montoya et al, 2012; Rivas-Juesasa et al, 2017, Zuliani et al, 2008; Romero et al, 2006) en torno a las características neuropsicológicas de los niños con TDAH, es posible señalar una disfunción ejecutiva y algunas alteraciones en procesos de memoria de trabajo, procesamiento de la información viso espacial, pobre control inhibitorio, fluidez verbal y semántica, alteraciones en memoria sostenida, entre otros procesos. La capacidad cognitiva en términos de coeficiente intelectual general no se ve afectada (Galindo, De la Peña, De la Rosa, Robles, Salvador, Cortés, 2001), incluso puede estar por encima de la media. De acuerdo con el estudio realizado por Montoya et al, (2011), en la ciudad de Manizales no se encontraron diferencias entre el CI de los niños con TDAH y el grupo control (niños sin TDAH), lo cual indica que el CI no es una característica del TDAH, este hallazgo es coherente con otros estudios que indican justamente que los niños con este diagnóstico presenten un CI normal o incluso superior.

Otros estudios han identificado altas capacidades intelectuales en niños con TDAH (Pardo de Santayana, 2002, 2004; Foley-Nicpon, Rickels, Assouline, Richards, 2012; Benito, 2006; Luque-Parra, Luque-Rojas, y Hernández, 2017), lo cual es una particularidad compleja para la valoración, el diagnóstico y el manejo educativo. De acuerdo con Luque-Parra et al (2017), los niños con altas capacidades asociadas al TDAH no están exentos de presentar dificultades escolares y de comportamiento, bajo rendimiento

y problemas que pueden considerarse típicos del espectro del TDAH y, por tal motivo, la dificultad que implica para reconocer las altas capacidades intelectuales sobre el funcionamiento deficitario. A esta particularidad en la que se combinan las altas capacidades intelectuales con algún déficit, sea de aprendizaje, comportamiento emocional, o más específicamente el TDAH se le denomina doble excepcionalidad (Benito y Guerra, 2012; Benito, 2006; Benito, Alonso, Guerra & Moro, 2007), la cual se considera un área de estudio importante y que aporta elementos esenciales para la intervención psicológica y educativa.

Las altas capacidades cognitivas en términos de un CI superior en niños con diagnóstico de TDAH no es algo inusual. De acuerdo con Benito (1999), Benito et al (2007) un CI bajo no es una característica del TDAH, lo cual lleva a pensar que no hay una relación directa entre el origen de este trastorno y el de las Altas Capacidades Intelectuales. De acuerdo con el Ministerio de Educación Nacional (2006), las personas con capacidades o talentos excepcionales no necesariamente son académicamente sobresalientes, de modo que se considera que la capacidad o talento excepcional puede presentarse en una o varias esferas y procesos del desarrollo, o en uno o varios dominios del saber.

TDAH y alta capacidad intelectual. Una doble excepcionalidad

Varios autores (Castelló & Batlle, 1998; Prieto, Sánchez y Garrido, 2008; Fernández, Garrote y Iglesias, 2015; Luque-Parra et al, 2017; Benito, 1999; Benito et al, 2007) han señalado que las altas capacidades se refieren a la existencia de un desarrollo cognitivo superior en una o varias áreas de desempeño que, según Luque, Hernández y Luque-Rojas (2016), se caracteriza por el desarrollo de potencialidades, estrategias y habilidades cognitivas superiores al de los demás estudiantes.

Las altas capacidades se caracterizan por un nivel de inteligencia superior a la media, por lo general superior a un CI de 120 (Goicoechea- Gómez, 2014). De acuerdo con el Ministerio de Educación Nacional (2006), las altas capacidades son comprendidas como las de los sujetos que presentan una desviación significativa de la media en su coeficiente intelectual, ya sea por el límite superior como el inferior, con diferencias lo suficientemente grandes de modo que las personas deben contar con un apoyo especializado para el adecuado desarrollo de sus habilidades y capacidades.

Es importante mencionar que la capacidad intelectual no solo está limitada al CI de una persona, puesto que algunas teorías han demostrado que la inteligencia no es estática y no depende de un único factor general. Cada persona tiene un ritmo de desarrollo intelectual diferente, según la etapa del desarrollo en la que se encuentre, motivo por el cual no es sencillo diagnosticar con certeza altas capacidades antes de los 6 a 7 años, pues en estas edades se experimentan muchos cambios físicos y psíquicos (Raquel Sáenz, 2016; Luque-Parra et al, 2017). De otro lado, De Zubiría (2002) utiliza el concepto de excepcionalidad para referirse a las altas capacidades, que “[...] implican la concepción de sujetos que presentan simultáneamente y en un grado alto, inteligencia, intereses cognitivos, creatividad y autonomía” (p. 102).

Para Vásquez, Yáñez y Fernández (2015), el estudio de la relación entre altas capacidades intelectuales y el TDAH es aún reducido, lo cual puede ser un área valiosa de estudio en el campo de la psicología educativa y la neuropsicología. La existencia de un coeficiente intelectual superior ($CI > 120$) y un trastorno del desarrollo neurocomportamental, en este caso, el TDAH es lo que se ha denominado, como ya se indicó, una doble excepcionalidad (Arizaga, Consejeros-Solar, Rodríguez, y Solis, 2016; Fernández et al, 2015; Vásquez et al, 2015; Pardo de Santayana, 2002).

Benito et al (2007) y Benito, Moro, Alonso y Guerra (2014), expresan que los estudiantes pueden tener trastornos asociados. Por ejemplo, un niño con déficit cognitivo puede tener un TDAH como trastorno asociado, también, un niño con altas capacidades intelectuales puede tener un TDAH como trastorno asociado. Solo una pequeña porción de niños con superdotación intelectual o déficit intelectual tienen trastornos asociados. Para Pardo de Santayana (2004):

En la denominación de alumnos doblemente excepcionales podemos incluir a aquella población que presenta una combinación de dos fenómenos que se caracterizan por ser considerados contrapuestos a la hora de ofertar una respuesta educativa a los mismos (p. 37) [...]. Estos alumnos son difícilmente apreciables en el aula, lo que puede llevar a una inadecuada adaptación o incluso a la inexistencia de respuesta debido a un posible enmascaramiento ambas excepcionales (p. 40).

En vista de que gran parte de los estudios en TDAH se han enfocado en la identificación de los procesos neuropsicológicos alterados en lo que

respecta el funcionamiento ejecutivo, y que la investigación en torno a la relación entre altas capacidades y el TDAH aún no parece ofrecer un soporte empírico consistente, nace la intención de explorar las capacidades cognitivas en términos del coeficiente intelectual (CI) en niños, niñas y adolescentes, diagnóstico de TDAH en la ciudad de Manizales. Es de mencionar que el estudio de la doble excepcionalidad se considera un campo investigativo con muchas aristas por explorar y que podría aportar de manera importante en el diseño de programas de intervención psicoeducativa y neuropsicológica a esta población.

El objetivo general de este estudio es describir las capacidades cognitivas en términos del coeficiente intelectual (CI) en niños, niñas y adolescentes entre 7 y 13 años con diagnóstico de TDAH, pertenecientes a tres colegios de Manizales: Nuevo Gimnasio (privado), Liceo Infantil niños 2000 (privado) y la Institución Educativa Andrés Bello (público). La finalidad de este estudio es comprobar o rechazar la hipótesis de encontrar en la población estudiada características que indiquen una doble excepcionalidad en el sentido de un CI superior a 120.

Metodología

Tipo y diseño

Es una investigación cuantitativa, con diseño No experimental de tipo transversal. De acuerdo con Hernández Sampieri, Collado y Baptista (2014), las investigaciones cuantitativas de diseño no experimental se caracterizan por no realizar manipulación intencional y deliberada de las variables, su objetivo es estudiar un fenómeno en su contexto natural para realizar análisis posteriores. Es trasversal porque se realizan mediciones en un único momento.

El alcance de este estudio es descriptivo porque se pretende identificar y describir las capacidades intelectuales en términos de CI en la población objeto. Según Hernández Sampieri et al, (2014), los estudios descriptivos “únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren” (p. 92).

Muestra

La muestra de esta investigación estuvo conformada por 27 estudiantes diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), en edades entre 7 y 13 años, de tres colegios de Manizales: Colegio Nuevo Gimnasio (privado), Liceo Infantil Niños 2000 (privado) y la Institución Educativa Andrés Bello (público).

Se establecieron tres criterios de selección de la muestra. En primer momento, se utilizó la caracterización de población estudiantil con TDAH de la secretaria de educación de Manizales (SIMAT). Se identificó un total de 35 niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH. En segundo lugar, se hizo contacto con las instituciones educativas y las familias para identificar el criterio diagnóstico con base en la revisión de historias educativas, previa socialización de la investigación y consentimiento informado de la institución y los padres de familia. Finalmente, se aplicó la escala abreviada de Conners para padres y docentes con el fin de corroborar el criterio de inclusión del TDAH combinado o global. En este proceso, 27 niños, niñas y adolescentes cumplieron el siguiente criterio de inclusión.

Criterio de inclusión: Los niños, niñas y adolescentes a los que se les aplicó la escala estandarizada de Conners para padres y maestros debían cumplir con el criterio de TDAH, además de reunir seis o más síntomas de inatención, hiperactividad-impulsividad de acuerdo con los criterios del DSM IV (2002).

Instrumentos

Escala estandarizada abreviada de Conners para padres y maestros: Esta escala tipo screening evalúa las principales manifestaciones sintomáticas asociadas al TDAH, basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV (2002). Se utilizó la versión con normas para población colombiana y que además indica las particulares culturales de la población. La consistencia interna en los estudios de validación en Colombia oscila entre 0,71 a 0,92 mediante análisis de fiabilidad con alfa de cronbach (Puentes, Jiménez, Pineda, Pimienta, Acosta, Cervantes, Núñez, y Sánchez, 2014). De igual manera, esta escala ha sido utilizada en estudios en Antioquia y Caldas (Montoya et al, 2011; Puentes et al, 2014; Crespo, Manghi, García, y Cáceres, 2007; Vaque-

rizo, 2008). La escala Conners, como ya se indicó, se aplicó para corroborar el criterio de inclusión de la muestra para esta investigación.

Test Breve de Inteligencia de Kaufman, 2ª edición- K-BIT (Kaufman y Kaufman, 2000). Es una prueba de inteligencia de aplicación individual para población entre los 4 y 90 años de edad. Mide la inteligencia general en términos de CI compuesto mediante dos subpruebas: Vocabulario, mide la habilidad verbal que requiere respuestas orales, en vocabulario hay dos partes, (parte A) Expresivo: requiere nombrar objetos representados gráficamente. (Parte B) Definiciones: exige una respuesta que se ajuste a dos pistas y Matrices: este mide la habilidad de razonamiento no verbal y flexibilidad en la aplicación de estrategias para la solución de problemas (Kaufman & Kaufman, 2000). Ambas subpruebas están basadas en la teoría de la inteligencia cristalizada y fluida (Merino y Allen, 2003). El manual del K-BIT indica un índice de fiabilidad general entre 0.76 a 0.94. La subprueba de vocabulario presenta una fiabilidad entre 0.74 a 0.93 y Matrices entre 0.82 y 0.96. El K-BIT presenta altos índices de validez de constructo con el WISC-R y el WAIS-R. El manual reporta diferentes estudios de validez en población angloparlante y en la adaptación hispana. En el estudio de Canivez, Neitzel, & Martin (2005) se presenta una revisión detallada de investigaciones en las que se hace uso del K-BIT en diferentes grupos poblacionales y muestra que es un instrumento confiable.

Consideraciones éticas

En consideración con la Ley 1090 (2006) y la Resolución 8430 (1993), esta investigación obedece a los principios éticos de respeto, intimidad y dignidad, y se asegura la confidencialidad y el anonimato de los participantes, tal como se establece en el artículo 26 y 50 de la Resolución citada. Se contó con el aval de las instituciones educativas, el consentimiento informado de los padres y el asentimiento de los participantes, de igual manera se devolvieron los resultados obtenidos a los participantes.

Análisis estadístico de la información

La información fue procesada en dos fases. La primera consistió en depurar y filtrar la información a través de una matriz de Excel. Luego se transportaron los datos al paquete estadístico SPSS versión 20, con el fin

de establecer los valores descriptivos de tendencia central (M =media), de dispersión (DE = desviación estándar) y valores mínimos y máximos. La estadística inferencial fue calculada a partir de las pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney para dos muestras independientes, debido a que el supuesto estadístico de normalidad no fue aprobado según la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk ($n = 27$, $p < 0.05$).

Resultados

Criterios de inclusión de la muestra respecto al TDAH

Los resultados de la aplicación de la escala Conners para padres y maestros permitieron corroborar el criterio de inclusión respecto a las manifestaciones sintomáticas de TDAH combinado, de tal manera que la población estudiada cumpliera los criterios propuestos para este estudio. Una puntuación en niños >16 cumple criterio de inclusión y una puntuación en niñas >12 cumple el criterio de inclusión. De este proceso se seleccionaron 27 niños, niñas y adolescentes de 35 reportados en el SIMAT. En la tabla 1, se muestra que las puntuaciones de padres, fueron más altas que las puntuaciones de maestros ($M = 18.21$).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos para el criterio de inclusión de TDAH.
Escala Conners para padres y Maestros

Variables	DE	Media	Mínimo	Máximo
Criterios de inclusión para TDAH				
<i>Conners Padres</i>				
Niñas	4.04	15.67	11	18
Niños	4.66	16.96	8	23
<i>Conners Maestros</i>				
Niñas	5.50	7.67	2	13
Niños	6.57	18.21	5	30

Capacidad cognitiva en términos del coeficiente intelectual

Los puntajes promedio generales de las características específicas de cada una de las sub pruebas de vocabulario, matrices y CI compuesto, son descritos en la tabla 2. Los resultados indican que las medias generales más sobresalientes correspondieron a la inteligencia de matrices ($M = 108$), lo cual indica que los niños, las niñas y los adolescentes estudiados presentan mayores habilidades no verbales, solo se identificaron dos niños que puntuaron mayor o igual a 130 en la sub prueba de matrices y un solo niño reporto un valor de 134 en vocabulario; consecutivamente el CI compuesto ($M = 104$), obtuvo valor superior a la media de la puntuación típica, aunque no fue una diferencia sustancial. Por otra parte, el menor desempeño se observó en la sub prueba de vocabulario ($M = 103.9$), la cual evalúa habilidades verbales relacionadas con el desarrollo del lenguaje, la comprensión de conceptos verbales, la información básica y el conocimiento de palabras.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las variables de inteligencia general

Variables	DE	Media	Mínimo	Máximo
Inteligencia breve K-BIT				
Vocabulario	17.36	103.9	61	134
Matrices	19.11	108	40	134
CI Compuesto	16.85	104	62	128
Puntuación típica	10	100	40	160

De otro lado, dado que la investigación se realizó en instituciones públicas y privadas, se establecieron diferencias en función de la condición de la institución educativa en términos de lo público y lo privado, sin que esto suponga un criterio de formulación o comprobación de hipótesis en este estudio en relación con el tipo de institución. Simplemente se realizó para una mayor comprensión del fenómeno.

Condición de la institución educativa, TDAH e inteligencia general

Los resultados de la variable TDAH global evaluada por padres y maestros en relación con la condición de la institución educativa se describen en la tabla 3. Únicamente se establecen diferencias estadísticamente significativas en la variable de TDAH para los maestros ($U = 46$, $p = .049$),

identificándose un mayor promedio en la institución privada en función de los maestros ($M = 18.9$, $DE = .7.6$). Aunque en los padres se obtuvo un mayor promedio en TDAH no se establecieron diferencias en función del carácter público o privado de la institución.

Tabla 3. Diferencias de los puntajes para TDAH según la condición de la institución

Variables	Institución	Media	DE	U	P
TDAH global padres	Público	17.1	5.0	79.0	.762
	Privado	16.7	4.4		
TDAH global maestros	Público	13.8	5.2	46.0	.049*
	Privado	18.9	7.6		

En general, la media para TDAH reportado por los padres fue mayor en la institución de carácter pública, lo cual quiere decir que estos padres puntuaron con mayor frecuencia síntomas de inatención, hiperactividad- impulsividad en función del TDAH, mientras que los maestros del sector privado reportaron un mayor número de síntomas de TDAH en relación al público.

Por otro lado, la variable de inteligencia general en términos de CI compuesto (tabla 4), presentó una media ($M=107,4$) superior en la población perteneciente a la institución privada. En la sub prueba vocabulario, también se presentó una media ($M= 108,1$) superior en las instituciones privadas. Sin embargo, no hay diferencias significativas entre público y lo privado en la sub prueba de matrices. Por último, los puntajes promedios fueron superiores en las instituciones privadas en las sub pruebas de vocabulario ($M = 108.1$), matrices ($M = 108.6$) y en el CI compuesto ($M = 107.4$).

Tabla 4. Diferencias de los puntajes de inteligencia general y TDAH global según la condición de la institución

Variables	Institución	Media	DE	U	P
Vocabulario	Público	96.8	21.3	60.5	.218
	Privado	108.1	13.6		
Matrices	Público	107.1	17.3	78.5	.744
	Privado	108.6	20.6		
CI Compuesto	Público	99.9	19.9	65.0	.315
	Privado	107.4	14.7		

Discusión y conclusiones

De acuerdo con el análisis de resultados, el 66.6% de la población estudiada se encuentra por encima de la media del CI compuesto, lo cual indica una capacidad cognitiva alta. Sin embargo, no es suficiente para pensar en características de superdotación o altas capacidades en los niños, niñas y adolescentes estudiados. Por otro lado, el hecho de que la población con TDAH no presentara un CI compuesto por debajo de la media, parece indicar que la capacidad cognitiva no se ve afectada directamente por el diagnóstico de TDAH. Este hallazgo es coherente con otros estudios (Nigg, 2001; Benito, 1999; Benito et al, 2007; Rodríguez et al, 2009; Montoya et al, 2011; Galindo et al, 2001) que señalan que la inteligencia o la capacidad cognitiva es independiente del TDAH, de tal manera que los niños con este diagnóstico no necesariamente presenta una baja capacidad cognitiva. Este hallazgo es coherente con la consistencia alcanzada en la evidencia empírica en el sentido de señalar que los niños con TDAH no necesariamente presentan una baja capacidad intelectual a pesar de presentar dificultades en el aprendizaje o alteraciones en el funcionamiento ejecutivo.

De acuerdo con Rodríguez et al (2009), uno de los estudios más amplios y con mayor rigurosidad en la selección de la muestra de niños con TDAH, lo realizó el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH). Se aplicó la escala completa (FSIQ) derivada de la escala Wechsler de inteligencia (WISC-III) a 580 niños con diagnóstico de TDAH, arrojando una media del CI de 98,45, lo cual muestra, al igual que los hallazgos del presente estudio, la independencia del CI respecto del diagnóstico de TDAH. En este sentido, varios autores (Wechsler, 1991; Reader, Harris, Schuerholz, y Denckla, 1994; Hastings, Beck, Daley, y Hill, 2005; Rodríguez et al, 2009) corroboran que el diagnóstico del TDAH es independiente del coeficiente intelectual global, y tampoco existen diferencias significativas con respecto a población sin diagnóstico de TDAH. Estos resultados indican, según Rodríguez et al (2009), “[...] que los problemas de estos niños no residen en su capacidad sino en disponibilidad ante la tarea” (p. 28).

De otro lado, en las sub pruebas aplicadas (matrices y vocabulario) se observa que los participantes en este estudio presentaron un puntaje alto en matrices ($M=108$), lo que indica buenas habilidades no verbales relacionadas con la capacidad para resolver problemas, comprender relaciones

entre figuras y razonar mediante analogías. Este hallazgo difiere del estudio de Bará, Vicuña, Pineda y Henao (2003) realizado en Cali, puesto que en la evaluación de tareas no verbales en población con TDAH presentaron puntuaciones por debajo de la media, lo cual puede estar relacionado con el subtipo del TDAH; los pacientes con predominancia en inatención tienden a presentar puntuaciones más bajas en comparación con el subtipo mixto o combinado (Bará et al, 2003; Zuliani et al, 2008), sin embargo, dadas las limitaciones de este estudio no es posible establecer una confirmación de esta posible explicación.

En la sub prueba de vocabulario se obtuvo el puntaje más bajo con una media de 103,9, lo cual indica dificultades en tareas verbales. De acuerdo con el estudio de Vásquez et al (2015), los resultados en la tarea de vocabulario y cubos en niños con TDAH tuvieron una peor ejecución en esta sub prueba de la escala Wechsler, pero no presentaron dificultades cuando los estímulos fueron visuales o en forma de figuras. En este sentido, cuando las pruebas utilizadas presentan material verbal, sí se encuentran diferencias significativas entre niños con TDAH y niños control (Vásquez et al, 2015; Fernández et al, 2015; Zuluaga y Vasco, 2009; Antshel, 2008; Orjales, 2000). De acuerdo con Barkley (1997, 2006), Álvarez y Conde- Guzón, 2009; Martín, Hernández, Alonso, Izquierdo, Gonzalez- Pérez y Bravo (2010), una de las razones por la cual se presentan bajos resultados en las sub pruebas verbales tiene que ver con las dificultades en las funciones ejecutivas, especialmente en la memoria verbal de trabajo en niños diagnosticados con TDAH, lo cual afecta procesos relacionados con la inteligencia verbal y la formación de conceptos verbales. Según Bará et al, (2003), las dificultades cognitivas presentadas en la población con este diagnóstico están relacionadas con un déficit en la memoria verbal del trabajo y con la inteligencia verbal.

Estos resultados son interesantes porque, en términos generales, no parece darse una alteración en términos de coeficiente intelectual global en la población con TDAH que indique algún déficit cognitivo o intelectual y, en relación con los estudios citados, no parece haber diferencias en términos de CI en población con y sin diagnóstico de TDAH. Sin embargo, respecto a las sub pruebas específicas de matrices y vocabulario, los hallazgos encontrados en este estudio y la observación empírica acumulada en la literatura científica, indica que las habilidades verbales se ven afectadas en los niños, las niñas y los adolescentes con este diagnóstico.

Otros resultados obtenidos por esta investigación se refieren a que, en las instituciones privadas, se obtuvieron puntuaciones más altas en el Conners para maestros lo mismo que en matrices y vocabulario, lo cual difiere de los hallazgos de Cornejo et al (2005) y Pineda et al (1999), que indican que la prevalencia del TDAH fue mayor en colegios públicos. Sin embargo, estos hallazgos son relativos a los criterios de selección de las instituciones educativas en cada investigación y no es posible establecer tendencias o indicadores en función de las diferencias entre colegios públicos y privados.

Lo interesante es que los niños, las niñas y los adolescentes de instituciones privadas presentaran mejores resultados en matrices, vocabulario y CI compuesto, pero los maestros reportaron un mayor número de síntomas de TDAH. Este punto lleva a pensar en aspectos relacionados con las prácticas pedagógicas de los maestros en función de las necesidades educativas particulares de la población. Aunque no hay elementos de base ni observaciones empíricas suficientes en este estudio para afirmar que las prácticas educativas y los estilos de los docentes incidan en el reporte de sintomatología de TDAH, sí es importante considerarse como una hipótesis para posteriores estudios, especialmente porque la evidencia empírica aportada por áreas como la neuropsicología, la psicología del desarrollo y la educación, han indicado de manera reiterada la necesidad de establecer criterios y prácticas educativas diferenciales para esta población que favorezca justamente el proceso de aprendizaje.

A pesar de que la hipótesis no se cumplió en el sentido de identificar altas capacidades intelectuales en términos de CI superior, conviene considerar nuevos horizontes investigativos sobre el TDAH encaminados a potenciar y no solo a identificar los factores sintomáticos y concomitantes al déficit en términos neuropsicológicos y comportamentales. En este sentido, el interés por la doble excepcionalidad como campo de investigación puede contribuir a comprender el trastorno y a incidir en el desarrollo de habilidades de estos niños en las dimensiones psicológica, social y académica, y a contribuir en los procesos de estimulación neuropsicológica y psicoeducativa del potencial humano.

En el campo pedagógico y escolar, cada institución educativa debe reconocer la necesidad de encaminar la labor pedagógica hacia el desarrollo del potencial de sus estudiantes, lo cual exige tener en cuenta las particularidades neuropsicológicas y de comportamiento de los niños y adoles-

centes con este diagnóstico. Desde esta perspectiva, es preciso resaltar la idea de que el aprendizaje es diverso, complejo y multidimensional (Hedrich-Martínez y Camargo-Urbe, 2015) y debe sobrepasar las explicaciones simples y unicasales y suscitar procesos de transformación integral en esta población, en la que la labor pedagógica se articula con la psicológica.

Limitaciones de este estudio

Este trabajo presenta varias limitaciones, una de ellas es que es un estudio transversal y no longitudinal. Para próximos estudios, se recomienda corroborar los hallazgos mediante estudios de seguimiento. La muestra utilizada en este estudio fue pequeña, por tal motivo, se recomienda adelantar estudios con muestras representativas y grupos de comparación y ampliar las variables y los instrumentos de medición para identificar los factores asociados a la doble excepcionalidad diferentes al coeficiente intelectual.

Referencias

- Álvarez, Teresa y Conde, Pablo (2009). Formación de Subtipos de Niños con Problemas Escolares de Aprendizaje a Partir de la Evaluación Neuropsicológica, Capacidades Cognitivas y Comportamiento. *Clínica y Salud*, 20(1), 19-41.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)*. Madrid: Medical Panamericana.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV- TR)*. Bogotá: Masson.
- Antshel, K. M. (2008). Attention-deficit hyperactivity disorder in the context of a high intellectual quotient/giftedness. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14(4), 293-299.
- Arizaga, M. P; Consejeros-Solar, M. L; Rodríguez, K. S; y Solis, S. A. (2016). Doble excepcionalidad: análisis exploratorio de experiencias y autoimagen en estudiantes chilenos. *Revista de Psicología (PUCP)*, 34(1), 5-37. <https://dx.doi.org/10.18800/psico.201601.001>
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de neurología*; 3(1): S68-S78.
- Asociación de psiquiatría americana APA. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

- Asociación de psiquiatría americana APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Panamericana
- Bará, S., Vicuña, P., Pineda, D & Henao, G. (2003). Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad de Cali, Colombia. *Revista de Neurología*, 37(7) 608-615.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Benito, Y., Moro, J; Alonso, J. A; y Guerra, S. (2014). *Test Científico de Screening para alumnos superdotados*. Valladolid: CEADS.
- Benito, Y. (2006). *Superdotados de doble excepcionalidad: superdotados con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. VI congreso de superdotación, talento y creatividad. Buenos Aires.
- Benito, Y. y Guerra, S. (2012). Diagnosis of attention Deficit Hiperactivity Disorder (ADHD) in Gifted Children. Empirical study about using Brickenkamp's D2 Test and Conners' Continuous Performance Test II (CPTII V.5) on diagnosis. *Revista Científica: EFPA*.
- Benito, Y; Alonso, J.A; Guerra, S. & Moro, J. (2007). Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in gifted children. Empirical study of the use of Brickenkamp's d2 Test and of Conners' Continuous Performance Test II (CPTII V.5) in the diagnosis. *Ideacción* 26.
- Benito, Y. (1999). *¿Existen los superdotados?* Barcelona: Práxis.
- Brown, M. B. (2000). Diagnóstico y tratamiento de niños, niñas y adolescentes con déficit de atención/ hiperactividad. *Diario de Orientación y Desarrollo*, 78(2), 195-203.
- Canivez, G.L; Neitzel, R. & Martin, B.E. (2005). Construct validity of Kaufman Brief Intel - ligence Test, Eschler Intelligence Scale for Children - Third Edition, and Adjustment Scales for Children and Adolescents. *Journal of Psychoeducational Assessment*, (23), 15-34. <http://dx.doi.org/10.1177/073428290502300102>
- Cornejo, W; Sánchez, Y; Gómez, M; y Horacio, O. (2010). Desempeño diagnóstico del cuestionario lista de síntomas del DSM-IV para el tamizaje del trastorno de hiperactividad con déficit de atención (TDAH) en niños y adolescentes escolares. *Acta Neurológica Colombiana*, 26, 133-141.

- Cornejo, J. W; Osío, O; Sánchez, Y; Carrizosa, J; Sánchez, G; Grisales, H; Castillo-Parra, H; y Holguín, J. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Revista de neurología*; 40(12): 716-722.
- Cardo, E; y Servera, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de Neurología*, 46(6), 365-372.
- Castelló, A y Batlle, C. (1998). Aspectos teóricos e instrumentales en la identificación del alumno superdotado y talentoso. Propuesta de un protocolo. *FAISCA*, (6), 26-66.
- Crespo, N; Manghi, D; García, G., y Cáceres, P. (2007). Déficit de atención y comprensión de los significados no literales: interpretación de actos de habla indirecto y de frases hechas. *Revista Neurológica*, 44(2), 75-80.
- Eysenck, S.B; Easting, G & Pearson, P.R. (1984). Age norms for impulsiveness, venturesomeness and empathy in children. *Pers indiv Differ*, (5), 315-21
- Goicoechea- Gómez, M. (2014). *Diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños con superdotación intelectual (tesis doctoral)*. Burgos: Universidad de Burgos.
- De Zubiría, J. (2002). *Teorías contemporáneas sobre inteligencia y excepcionalidad*. Bogotá: Magisterio.
- Doyle A. (2006). Executive function in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal Clinical Psychiatri*, (67), 21-26.
- Fernández, A., Garrote, D., y Iglesias, M. (2015). *Doble excepcionalidad: TDAH y altas capacidades. ¿Diagnóstico erróneo?* Conference:, Madrid: I International Congress of Clinical and Health Psychology with Children and Adolescents.
- Fernández, A., y Calleja, B. (2004). *Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH). Abordaje multidisciplinar*. Madrid: Asociación de padres de niños con síndrome de hiperactividad y déficit de atención.
- Foley-Nicpon, M; Rickels, H; Assouline, S. G. & Richards, A. (2012). Self - Esteem and Self - Concept Examination Among Gifted Students With ADHD. *Journal for the Education of the Gifted*, 35(3), 220-240.
- Galindo, G; De la Peña, F; De la Rosa, N; Robles, E; Salvador, J; y Cortés, J. (2001). Análisis neuropsicológico de las características cognoscitivas de un grupo de adolescentes con trastorno por déficit de atención. *Salud Mental*; 24(4), 50-57.

- Guerrero, R. (2016). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Entre la patología y la normalidad*. (L. Cúpula, Ed.) Barcelona: Planeta.
- Hastings, R.P; Beck, A; Daley, D., & Hill, C. (2005). Symptoms of ADHD and their correlates in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, (26), 456-468.
- Hederich-Martínez, C., y Camargo-Uribe, Á. (2015). Estilística educativa—un campo de investigación en educación y pedagogía. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 11(2).
- Hernández Sampieri, R; Collado, C.F y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGRAW-HILL
- Kaufman, A. S., & Kaufman, N. L. (2000). *Test Breve de Inteligencia de Kaufman*. Madrid: TEA Ediciones.
- Ley 1090 (2006). *Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*. Bogotá: Congreso de Colombia, Diario Oficial No. 46.383.
- López-Flores, H, y Zambrano-Sánchez, E. (2012). Comparación de funciones ejecutivas en muestra de niños con y sin TDAH de la Ciudad de México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2012; 15(2), 663-68.
- Luque-Parra, D. J; Luque-Rojas, M. J; y Hernández, R. (2017). Altas capacidades intelectuales y trastorno de déficit de atención con hiperactividad: a propósito de un caso. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso Perspectiva Educacional. *Formación de Profesores*, 56(1), 164-182.
- Luque, D. J; Hernández, R., y Luque, M. J. (2016). Aspectos psicoeducativos en la evaluación del alumnado con altas capacidades intelectuales: análisis de un caso. *Revista Summa Psicológica*.
- Martín, R., Hernández, S; Alonso, M; Izquierdo, M; González- Pérez, P., y Bravo, J. (2010). Procesos Psicológicos complejos en niños con trastorno por déficit de atención hiperactividad: una perspectiva neuropsicológica. *Revista de psiquiatría infanto juvenil*, 48-57.
- Merino, C y Allen, R. (2013). Confiabilidad intercalificadores y validez de constructo del test gestáltico de Bender (segunda versión). *Interdisciplinaria*, 30(2), 253-264. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18029870005>
- MEN (2006). *Orientaciones para la atención Educativa a estudiantes con Capacidades o Talentos Excepcionales*. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional.

- Miranda-Casas, A; Fernández, M; Robledo, P; y García, R (2010). Comprensión de textos de estudiantes con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿qué papel desempeñan las funciones ejecutivas? *Revista Neurología*, (50), 135-142.
- Montiel-Nava, C; Peña, J. A; y Montiel-Barbero, I. (2003). Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en una muestra de niños marabinos. *Revista de Neurología*, 37(9), 8-15.
- Montoya, D, M; Varela, V; Dussán, C. (2011). Caracterización neuropsicológica de una muestra de niños y niñas con TDAH de Manizales. *Biosalud*, 10(1), 30-51.
- Montoya, D, M; Varela, V; y Dussán, C. (2012). Correlación entre las habilidades académicas de lectura y escritura y el desempeño neuropsicológico en una muestra de niños y niñas con TDAH de la ciudad de Manizales. *Psicología desde el Caribe*, 29(2), 305-329.
- Nigg, J. T. (2001). Is ADHD a disinhibitory disorder? *Psychological Bulletin*, (127), 571-598.
- Orjales, I. (2000). *Déficit de Atención con Hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE.
- Pardo de Santayana, R. (2002). Superdotación intelectual y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). FAISCA. *Revista de Altas Capacidades*, 9, 126- 135.
- Pardo de Santayana, R. (2004). Alumnos Doblemente Excepcionales: Superdotación Intelectual y Dificultades de Aprendizaje. *Faísca*, No 11, 37-4.
- Pineda, D. A; Lopera, F; Henao, G. C; Palacio, J. D., y Castellanos, F. X. (2001). Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Revista de Neurología*, 32(3), 217-222.
- Pineda, D; Ardila, A; Rosselli, M; Arias, B.E; Henao, G.C; Gómez L.F, et al. (1999) Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in 4 to 17 years old children in the general population. *J Abnorm Child Psychol*, (27), 455-62.
- Pineda, D; Kamphaus, R; Mora, O; Puerta, I; Palacio, L; Jiménez-Ramírez, I., ... Lopera, F. (1999). Uso de una escala multidimensional para padres de niños de 6 a 11 años en el diagnóstico de deficiencia atencional con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 28(10) 952-959.

- Prieto, M. D; Sánchez, C y Garrido, C. (2008). Características del alumnado con altas capacidades intelectuales. En *Atención a la diversidad. Materiales para la formación del profesorado*. Murcia: Servicio de Atención a la Diversidad, pp. 1–22.
- Puentes, P; Jiménez, G; Pineda, W; Pimienta, D; acosta, J; Cervantes, M; Núñez, M; y Sánchez, M. (2014). Déficit en Habilidades Sociales en Niños con Trastorno por Déficit de AtenciónHiperactividad, Evaluados con la Escala basc. *Revista colombiana de psicología*, 23(1), 95-106. doi: 10.15446/rcp.v23n1.34332
- Sáñez, Raquel (2016). *¿Qué tienen de especial los niños con altas capacidades?* Tomado de: <http://www.hola.com/ninos/2016032984701/educacion-ninos-altas-capacidades/>
- Reader, M.J., Harris, E.L, Schuerholz, L.J, y Denckla, M.B. (1994). Attention déficit hyperactivity disorder and executive dysfunction. *Developmental Neuropsychology*, (10), 493–512.
- Resolución 8430 (1996). *Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Bogotá: Ministro de Salud, Diario oficial N° 42247
- Rivas-Juesasa, C; de Dios, J; Benac-Prefacic, M y Colomer-Revuelta, J. (2017). Análisis de los factores ligados al diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia. *Neurología*, 2017, 32(7), 431-439. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2016.01.006>
- Rodríguez, C; Álvarez-García, D; González-Castro,P; González-Pienda, J. A; Núñez Pérez, J.C; Gutiérrez, A.B., y Álvarez, L. (2009). El cociente intelectual y el género como factores mediadores en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y las dificultades de aprendizaje. *Aula Abierta*, 37(1), pp. 19-30 ICE.
- Rosselli, M; Ardila, A., Pineda, D. y Lopera, F. (1997). *Neuropsicología Infantil. Avances en investigación, teoría y práctica*. Medellín: Prensa Creativa.
- Rosselli, M, y Ardila, A. (2000). Neuropsicología del déficit atencional con hiperactividad (DAH). *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, (2), 38-43.
- Romero, A; Maestú, F; González, J; Romo, C; y Andrade, J. (2006). Disfunción Ejecutiva en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia. *Revista de Neurología*, 42(5), 265-271.

- Vásquez, A. F; Yáñez, D. G., & Fernández, M. I. (2015). *Doble excepcionalidad: TDAH y altas capacidades. ¿Diagnóstico erróneo?* Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/284414022_Doble_excepcionalidad_TDAH_y_Altas_Capacidades_Diagnostico_erroneo_Dual_exceptionality_ADHD_and_Giftedness_Misdiagnosis
- Vaquerizo, J. (2008). Evaluación clínica del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad, modelo de entrevista y controversia. *Revista de Neurología*, 46(1), 37-41.
- Vélez- Álvarez, C; y Vidarte- Claros, J. A. (2012). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia. *Revista de salud pública*, 14(2).
- Wechsler, D. (1991). *Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children*. New York: Psychological Corp.
- Zambrano-Sánchez, E; Martínez-Cortéz, J; del Río-Carlos, Y; Dehesa, M; Vázquez, F; y Alfaro, A. (2015). Funciones ejecutivas en niños con TDAH de acuerdo con subtipo clínico y grupo control. *Investigación en discapacidad*, 4(1), 3-8.
- Zuluaga, J. B y Vasco, C. E. (2009). Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de la hiperactividad en niños y niñas con diagnóstico de trastorno deficitario de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 481-496.
- Zuliani, L; Uribe, M; Cardona, J; y Cornejo, J. (2008). Características clínicas, neuropsicológicas y sociodemográficas de niños varones con déficit de atención/hiperactividad de tipo inatento en Medellín, Antioquia, Colombia 2004-2005. *Iatreia*, 21(4):375-384.