

Diagnóstico erróneo y diagnósticos dobles de niños y adultos superdotados

Introducción

Webb, J.T., Amend, E.R., Webb, N.E., Goerss, J., Beljan, P. y Olenchak, F.R. (2005), *Misdiagnosis and dual diagnoses of gifted children and adults* (pp.xxiii-xxxv). Scottsdale, Arizona (EEUU): Great Potential Press. Traducción de Cristina García y Zahara García, cristina@copc.cat

Creemos que hay un problema muy importante y que además está muy extendido, que es el hecho de asignar un diagnóstico a comportamientos que son normales para las personas superdotadas o con talento. Según nuestra experiencia, estos comportamientos se clasifican como trastornos mentales con bastante frecuencia. Estos diagnósticos erróneos derivan, principalmente, del desconocimiento generalizado que hay entre los profesionales de la salud mental sobre las características y necesidades sociales y emocionales de los niños y adultos superdotados. Además, la falta de precisión dentro del campo de la psicología y de la psiquiatría agrava el problema.

Los diagnósticos mentales suelen fundamentarse, desafortunadamente, en la presencia o no de determinadas conductas, sin tener apenas en cuenta su origen, ni si pueden ser consideradas normales dadas la historia y las circunstancias de la persona. Para decidir si estos comportamientos son o no síntomas que justifiquen la presencia de un trastorno, se debe valorar también el grado de perjuicio que causan. Aunque este grado de perjuicio es el resultado de una desconexión entre el comportamiento de la persona y las demandas de su entorno, pocas veces se considera que pueda ser el entorno lo inapropiado. Recordemos que los comportamientos que encajan en un entorno pueden ser inadecuados en otro y al revés. Además, existe la creencia generalizada de que todos debemos funcionar más o menos igual en iguales circunstancias. Muchas personas de nuestra vida cotidiana muestran conductas que podemos calificar de inusuales, excéntricas, pero no perjudiciales, que podrían ser síntomas de una variedad de trastornos, lo que no significa que deban derivar en un diagnóstico clínico. A veces, los síntomas que sirven como criterios diagnósticos son conductas normales pero llevadas al extremo. Por ejemplo, el fijarse en los detalles es algo adaptativo la mayoría de las veces, según el grado. Si se lleva al extremo, este comportamiento se denomina obsesivo-compulsivo. Siguiendo con este ejemplo, la mayoría de los médicos se fijan en los detalles hasta un límite que podría calificarse de obsesivo, lo cual, sin embargo, les permite completar una formación difícil sin que ello les suponga un esfuerzo desmesurado.

Los autores de este libro, todos profesionales competentes y con mucha experiencia en psicología, psiquiatría y pediatría, coincidimos en que durante los últimos diez años nos han sido remitidos muchos pacientes con diagnósticos de TDAH, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de Asperger, trastorno negativista desafiante o trastorno bipolar. Después del examen, descubrimos que muchos de esos pacientes habían sido gravemente mal diagnosticados y que, en realidad, eran individuos superdotados a los que las personas de su alrededor no comprendían lo suficiente o cuyos comportamientos, inherentes a la superdotación, no eran aceptados.

Nuestra experiencia nos ha llevado a la conclusión de que estos errores diagnósticos han sido cometidos por profesionales que, por lo demás, tenían buenas

intenciones y una formación correcta. Aún así, estamos convencidos de que los diagnósticos erróneos de niños y adultos superdotados no son sólo algo real, sino además algo que está muy extendido.

¿Cómo es posible? ¿Cómo puede ocurrir esto? ¿No aprenden los médicos, los psicólogos, las enfermeras, y otros profesionales de la salud, las características conductuales, emocionales e intelectuales de las personas superdotadas? La respuesta es que no. De hecho, estos profesionales reciben una enseñanza mínima, si es que la reciben, sobre las características y la diversidad de los niños y los adultos superdotados, y todavía menos sobre sus características y necesidades sociales, emocionales y conductuales. La falta de información es la única gran razón de los frecuentes errores diagnósticos y la consiguiente razón para este libro.

Soy la madre de un niño de tres años y tres meses. Creo que es superdotado, pero el pediatra y el psicólogo no han sido muy útiles a este respecto. No sé si otros niños superdotados son como mi hijo o no, así que espero que puedan darme alguna información. Como es mi primer hijo, tampoco puedo comparar.

Cuando era un bebé, estaba extremadamente alerta, pero tuvo un retraso en el habla; no habló hasta los dos años. Debido a la posibilidad de autismo, el pediatra lo hizo evaluar por un psicólogo antes de los tres años, y obtuvo más de 130 en la escala de Stanford-Binet, mostrando una gran capacidad en el área visuoespacial.

Ahora, seis meses después, es bastante normal en cuanto al habla, y empezó a leer casi a la vez que empezó a hablar. Lee desde que tiene dos años y medio (averiguando las palabras fonéticamente, y utilizando una fantástica memoria visual). También escribe palabras desde hace tiempo, y puede deletrear palabras largas de memoria si se le pide. Además, tiene algún conocimiento de matemáticas básicas, como el reconocimiento de números.

No es hiperactivo, pero está constantemente en movimiento desde que se levanta por la mañana hasta que se va a la cama por la noche. Quiere cosas nuevas y divertidas para hacer todo el tiempo. Para su tercer cumpleaños le regalaron un puzzle de los Estados Unidos y se aprendió los cincuenta estados después de estudiarlos una sola vez. A las 6 de la mañana siguiente, cuando yo apenas tenía los ojos abiertos, ya me estaba pidiendo que le preguntara sobre los estados.

Se enamoró de la película Sonrisas y Lágrimas y la vio cada día durante tres semanas. Memorizó todas las canciones y las cantaba con una perfecta entonación, con dramatismo y estilo, e incluso me hizo salir con el coche a buscar a la protagonista, María. Esta "búsqueda de María" me asustó un poco. ¿Será esquizofrénico? ¿Podría ser hiperactivo? ¿Son obsesiones?

Ahora, después de tres semanas, su pasión por Sonrisas y Lágrimas ha desaparecido. Hace esto con muchas de las cosas que le interesan: se vuelca en ellas intensamente por un tiempo y entonces cambia a otra cosa; ahora está con los planetas.

Recuerda muy bien las formas. Un día, después de un par de bocados levantó su sándwich y dijo "¡Mira, Idaho!" Y realmente parecía Idaho. Después dio algunos bocados más y dijo "¡Ohio!" y sí, parecía Ohio. Unos días después levantó su sándwich con forma de Nevada, y tenía realmente la forma de Nevada. Otro día, no dejaba de decir "ocho, ocho", señalando la estantería. Señalaba nuestros altavoces, en los que se podía apreciar una forma que se parecía al número 8.

Creo que mi gran tarea será introducirlo en el mundo social. A mi hijo no le gusta jugar solo. En el parvulario le está yendo muy bien (los niños allí tienen hasta cinco años, y eso es bueno porque a él le gustan los niños mayores, sin ninguna duda), pero cuando estoy yo tiene muy poca capacidad de frustración. Si quiere hacer

algo y ve que sus manos “no le dejan”, llora, y alguna vez ha cogido una rabieta cuando se le ha negado algo. Sin embargo, cada vez es más razonable y en el parvulario no llora ni coge rabieta.

Sólo quiero que sea un niño amable, feliz, y no un perfeccionista. A medida que el mundo social se haga más complejo (cuando juegue con niños que le ganen, o que no quieran hacer las cosas como él diga) quiero que disponga de recursos para poder hacerle frente. Afortunadamente, tiene una gran personalidad y es muy divertido.

Alguien próximo a mí me dijo “Bueno, cuando los niños pequeños son listos, al llegar al primer curso los demás los alcanzan”. ¿Es realmente cierto eso cuando un niño empieza a leer con tres años?

Algunas personas se reirían si supieran lo que pienso pero... mi hijo es excepcional, ¿no? No digo estas cosas a la mayoría de mi familia ni de mis amigos íntimos. He descubierto que: (a) la gente no te cree, (b) creen que estás fanfarroneando (en mi caso, estuve hablando sobre él porque quería saber si era normal) y (c) piensan que te pasas el día taladrando a tu hijo con información. ¡Como si fuera posible enseñar a leer a un niño pequeño! A lo mejor lo es, pero no hay forma de enseñar a un niño a amar aquello que hace, a buscarlo, a devorarlo como mi hijo hace con muchas cosas. En realidad, no tengo porqué dar explicaciones; a la larga, mi hijo se mostrará como es.

¿Podéis darme información de otros niños como mi hijo?

Uno de los autores (JTW) describe la formación universitaria que recibió sobre niños y adultos superdotados (estos contenidos son los típicos para psicólogos y otros profesionales de la salud incluso hoy en día).

El programa de formación de cuatro años al que asistí tenía acreditación de la American Psychological Association para preparar psicólogos clínicos. En esos cuatro años recibí una sola clase de poco menos de una hora sobre niños superdotados y talentosos, y ninguna sobre adultos superdotados. La mayor parte de la clase se centró en el estudio hecho por Lewis Terman y sus colaboradores sobre más de 1000 niños superdotados, que empezó en la década de 1920 y todavía continúa, y la lección enfatizaba las implicaciones metodológicas de la investigación longitudinal.

Entonces, durante los últimos cinco minutos el profesor dijo: “Oh, a propósito, tengo que decir algo sobre los propios niños. Terman encontró que los niños intelectualmente superdotados, como grupo, conseguían grandes logros académicos, y estaban socialmente mejor adaptados, tenían mejor salud, y eran emocionalmente más estables. Por tanto, no debéis preocuparos por ellos en vuestra práctica clínica”. Después el profesor añadió: “Ah, y de paso, si estáis pasando a un niño de estos un test como la escala Wechsler o similar, podéis dejar de hacerlo al llegar al CI de 130 porque las puntuaciones por encima de este nivel no tienen importancia”. A continuación, el profesor pasó a hablar de otras categorías de niños excepcionales sobre los que él pensaba que debíamos estar más interesados.

En términos generales, lo que explicó el profesor fue lo que encontraron Terman y sus colegas (Cox, 1926; Terman, 1925; Terman, Burks y Jensen, 1935; Terman y Oden, 1947, 1959). Sin embargo, de lo que no habló el profesor fue de los hallazgos posteriores (p.e., Coleman, 1980) que mostraban que aproximadamente el

20% de los sujetos de la investigación de Terman tenían problemas emocionales y de bajo rendimiento, y lo que tampoco mencionó fue que hubo algunas deficiencias graves en el estudio que influyeron en los resultados.

Terman trabajó, involuntariamente, con un sesgo selectivo consistente en seleccionar niños con pocas posibilidades de que su comportamiento se saliera de la norma. Los niños de su estudio se eligieron por: (a) ser los menores de la clase, (b) obtener buenos resultados en un test grupal, (c) ser nominados por su profesor y, después de esto, (d) obtener altos resultados en un test individual de inteligencia (el Stanford-Binet). Resumiendo, eran niños cuyas necesidades intelectuales estaban identificadas y, generalmente, bien atendidas por el entorno educativo, y además eran niños aceptados, que no se sentían aislados. Por lo tanto, los niños superdotados que tenían mayor probabilidad de cumplir los criterios de Terman y formar parte de la investigación eran aquellos que tenían un funcionamiento intelectual, académico, social y emocional correctos, no niños con problemas de rendimiento o que tuvieran problemas sociales o emocionales.

Además, Terman y sus colaboradores se comunicaban con las familias cada año, incluso puede que dos o tres veces, en persona o por teléfono, para ayudarles a planificar la educación de sus hijos, orientarles en temas familiares, de relación con los compañeros, etc. Este cuidado atento mejoró sin duda el funcionamiento de estos niños, tanto el académico como el social y el emocional. Si todos los niños superdotados tuvieran acceso a estos servicios, probablemente tendrían menos problemas y dificultades, se les comprendería más y estarían mejor atendidos, y la necesidad que hay de este libro disminuiría notablemente.

Cuando Terman empezó su estudio, la creencia dominante era que los niños intelectualmente precoces corrían más riesgo de trastornos sociales y mentales, una idea que Terman se propuso desafiar. Algunas personas resumían esta idea con la frase "lo que pronto madura, pronto se pudre". Es decir, si un niño tenía un desarrollo precoz, entonces pagaría un alto precio social y emocional más adelante, tal vez con resultado de fracaso. Terman y sus colegas estaban contentos de que sus resultados refutaran esta creencia. Desafortunadamente, parece que la investigación de Terman puede haber influido en las creencias populares demasiado lejos en el sentido opuesto.

La mayoría de los psicólogos clínicos, psiquiatras, pediatras, o cualquier otro profesional de la salud, no recibe información sobre las características y necesidades especiales de los niños y los adultos superdotados durante su formación. Ocasionalmente, se escribe algún artículo sobre este tema para esta clase de audiencia, como *Niños superdotados y con talento: Cuestiones para pediatras (Gifted and Talented Children: Issues for Pediatricians*, Robinson y Olszewski-Kubilius, 1996) pero, en general, no hay mucha formación continua en este campo. La mayoría de profesionales parecen atenerse a los mitos de que los niños superdotados pueden arreglárselas bien por su cuenta, con poca o ninguna ayuda, y que la alta capacidad o creatividad intelectuales no tienen implicaciones ni para el diagnóstico ni para el tratamiento.

¿Qué significa el término "superdotado"?

Aunque hay una falta general de interés entre los profesionales de la salud por los individuos superdotados, se ha escrito mucho sobre el tema desde el campo de la educación. Si bien se reconoce que estas personas tienen un desarrollo claramente avanzado, gran parte de los escritos se centran en la definición y la identificación de los sujetos superdotados, un tema que ha sido, y sigue siendo, controvertido. Como pasa con la mayoría de los rasgos humanos, la superdotación es una constelación

compleja de comportamientos que pueden expresarse de muchas formas y hay honestas diferencias de opinión respecto a qué comportamientos y en qué medida deben darse para considerar a una persona superdotada.

Discutir sobre las definiciones de superdotación no es la finalidad de este libro, aunque en el próximo capítulo se describen las características comunes de los niños y adultos superdotados. En su lugar, recomendamos al lector dirigirse a otros libros de consulta que puede encontrar en la sección de referencias al final de este libro. Por ahora, nos limitaremos a decir que los niños y los adultos superdotados son, desde la perspectiva del desarrollo, más avanzados, y que la National Association for Gifted Children (Asociación Nacional de Niños Superdotados) y la legislación de la mayoría de los estados de Estados Unidos definen a los niños superdotados como aquellos que están por encima del 3 al 5% de la población en una o más de las siguientes áreas: Capacidad intelectual general, aptitud académica específica, pensamiento creativo, artes plásticas o representativas y capacidad de liderazgo.

Las personas superdotadas son, claramente, un grupo minoritario, y se suele considerar que se encuentran más o menos en la misma proporción, dentro de la población general, que las personas con retraso mental. De la misma manera, está ampliamente aceptado que la categoría de superdotado abarca una amplia extensión de capacidades, que alcanza hasta el denominado rango de genio.

¿Tienen las personas superdotadas más riesgo de tener problemas?

Otra psicóloga, la Dra. Leta Stetter Hollingworth, que fue contemporánea de Terman, había propuesto con anterioridad, en las décadas de 1920 y 1930, la idea de que los niños superdotados eran propensos a tener problemas (Klein, 2002). Hollingworth dijo que había un rango óptimo de inteligencia (en términos de CI, entre 120 y 145), un rango, dijo, en el que ese riesgo era pequeño, bajo circunstancias normales. Aún se aventuró más diciendo que la mayoría de líderes de nuestra sociedad procedían de ese rango. En su revolucionario libro *Children above 180 IQ* (Hollingworth, 1942) sus estudios revelaron cómo las personas por encima de ese rango corrían un riesgo significativo de sentimientos de alienación, idea que sigue recibiendo apoyo hoy en día (p.e. Brody y Benbow, 1986; Shaywitz et al., 2001). Lamentablemente, Hollingworth murió antes de que sus ideas recibieran la atención debida, y su trabajo fue prácticamente olvidado (Klein, 2002).

En 1972, el informe Marland del Departamento de Educación de los Estados Unidos señaló que “los niños superdotados y con talento tienen, efectivamente, sus necesidades desatendidas y pueden sufrir daño psicológico y un deterioro permanente de sus capacidades funcionales...”. Sin embargo, el mito de que los niños superdotados tienen pocas necesidades especiales (o ninguna) está tan fuertemente arraigado en nuestra sociedad que las advertencias de este informe al Congreso no fueron tenidas en cuenta.

Actualmente, existen dos escuelas de pensamiento respecto a si los niños superdotados tienen especial riesgo de sufrir dificultades sociales o emocionales. Un grupo de autores ve a los niños superdotados y con talento como niños propensos a tener problemas y necesitados de intervenciones especiales que les ayuden a evitar o superar sus dificultades específicas (p.e., Altman, 1983; Delisle, 1986; Hayes y Sloat, 1989; Kaiser y Berndt, 1985; Kaplan, 1983; Silverman, 1991; Webb, Meckstroth y Tolan, 1982). El otro grupo de autores (p.e., Colangelo y Brower, 1987; Scholwinski y Reynolds, 1985) ve a estos niños, en general, con capacidad para que les vaya bastante bien por su cuenta, y los casos en los que puedan ser necesarias

intervenciones especiales se consideran una minoría (Dirkes, 1983; Janos y Robinson, 1985; Shore, Cornell, Robinson y Ward, 1991). De hecho, una publicación reciente de la National Association for Gifted Children (2002) concluye que, como grupo, los niños superdotados no tienen ni más ni menos probabilidad que otros niños de sufrir dificultades sociales o emocionales. Sin embargo, los autores del libro de la NAGC señalan que hay algunos factores de riesgo, como el perfeccionismo o la asincronía en el desarrollo, y recalcan la necesidad de más investigación. En el caso de los adultos superdotados la investigación es aún más escasa, y lo que se conoce hasta ahora proviene principalmente de la observación clínica.

Estas dos perspectivas divergentes no son tan contradictorias como puede en principio parecer. Por un lado, aquellos autores que concluyen que los niños superdotados pueden apañarse bien solos, han hecho sus estudios con alumnos que participan en programas especiales para superdotados. Estos niños, debido a la propia naturaleza del proceso de selección de estos programas, funcionan generalmente bien en el colegio, lo cual suele implicar que no están experimentando problemas sociales o emocionales graves. Los procesos de selección tienden a limitar la representatividad de la muestra, excluyendo generalmente a los niños superdotados que, por problemas sociales o emocionales, tienen un bajo rendimiento escolar (Webb, 1993; Whitmore, 1980). Por el contrario, aquellos autores que, de forma consecuente, observan una mayor frecuencia de problemas sociales y emocionales entre los niños superdotados se basan en datos recogidos en el ámbito clínico y en el estudio de casos individuales, en los que han sido los propios clientes los que han buscado ayuda clínica debido a sus problemas (Silverman, 1991; Webb et al., 1982). La auto-selección en este tipo de estudios puede producir una sobre-estimación de la incidencia de las dificultades sociales y emocionales.

Es posible que las dos posturas sean en parte válidas. Los niños que funcionan suficientemente bien en el entorno escolar, en el que pueden ser identificados como superdotados, tienen más posibilidades de recibir una educación específica que, si es apropiada, satisfará sus necesidades especiales. Además, si son capaces de funcionar bien en el entorno escolar, lo más probable es que también sean capaces de funcionar bien en otros aspectos de la vida y, por lo tanto, no serán propensos a desarrollar problemas sociales y emocionales importantes, sobre todo si los programas escolares cubren de forma proactiva sus necesidades académicas y emocionales.

Por otra parte, los niños que tienen un alto potencial pero que no han llegado a ser identificados como superdotados por las escuelas, a menudo no están en los programas educativos especiales por las dificultades sociales y emocionales que han podido desarrollar durante los primeros años de la educación formal, cuando se hacen pocos intentos para identificarlos y proporcionarles ayuda (Ballering y Koch, 1984; Webb, 1993). Al llegar al tercer curso, muchos muestran bajo rendimiento y, precisamente por eso, no son candidatos probables para ser incluidos en los programas para superdotados. Algunos de ellos, aunque hayan sido detectados y estén facultados para recibir una educación especial, son excluidos por sus problemas sociales, emocionales o de comportamiento, a pesar de que las leyes y regulaciones son contrarias a esta situación. Por ejemplo, alumnos que han sido "etiquetados" (diagnosticados) de TOC (trastorno obsesivo-compulsivo) o de TND (trastorno negativista desafiante), seguramente no recibirán servicios educativos especiales para fomentar su alto potencial intelectual o creativo. De esta forma, tenemos que algunas veces los problemas de estos alumnos impiden su identificación como superdotados y otras veces, aunque pueden ser identificados, sus problemas de comportamiento les impiden participar en los programas especiales y recibir las oportunas adaptaciones educativas.

Brian era un alumno de segundo curso cuyos problemas de comportamiento hicieron que fuera derivado a un centro de salud mental de su comunidad. Los responsables del colegio creían que Brian debía de tener TDAH y que seguramente necesitaba medicación. La evaluación del centro de salud concluyó que, aunque Brian tenía algunos síntomas a menudo asociados a TDAH, también mostraba un asombroso patrón de superdotación, con una capacidad intelectual y académica igual o superior al percentil 99 de su grupo de edad.

Estos resultados fueron presentados en el colegio, junto con una firme recomendación por parte del psicólogo clínico de que la escuela proporcionara a Brian una educación especial dirigida a su superdotación. La recomendación decía que estas adaptaciones académicas deberían de satisfacer mejor sus necesidades y probablemente disminuirían sus problemas de comportamiento, sobre todo si a la vez se tomaban pequeñas medidas de modificación de conducta.

Incluso con los datos proporcionados por el psicólogo, la escuela se negó a colocar a Brian en un programa para superdotados y se empeñaron en que, en vez de eso, se le debía incluir en la clase para niños con problemas emocionales y de comportamiento. No es sorprendente que esta medida no fuera efectiva y que el comportamiento de Brian no mejorara. Sus padres tuvieron que cambiar a Brian a un colegio privado, a pesar del tremendo esfuerzo económico que les suponía.

Hay muy pocos estudios empíricos sobre niños que son superdotados pero que no han sido identificados como tales por sus escuelas, sobre todo porque es difícil hacer encajar a este colectivo en los diseños experimentales comúnmente aceptados. Además, hay investigadores que consideran que un niño es superdotado sólo cuando muestra logros evidentes, aunque, paradójicamente, hay investigaciones que indican que el grado en el que las necesidades educativas de un niño superdotado son cubiertas influye notablemente en su ajuste social y emocional (National Association for Gifted Children, 2002; Neihart, 1999). Es probable que los niños no identificados y/o no atendidos de forma adecuada tengan más problemas en el colegio y, posiblemente, en su vida.

Cuando no hay estudios científicos, los profesionales dependen de su experiencia y de su capacidad de observación en la práctica clínica. En realidad, la mayoría de las investigaciones se desarrollan a partir de lo que inicialmente eran observaciones clínicas. Como se ha señalado, nuestra experiencia es que hay ciertos niños superdotados que tienen realmente mayor riesgo de sufrir ciertos trastornos. De hecho, algunos aspectos de la superdotación pueden comprender puntos clave para el diagnóstico de algunos trastornos, como el trastorno de Asperger o la depresión existencial. Aún así, bajo nuestro criterio, todavía se diagnostica erróneamente en muchos casos, y todavía queda por ver cuántos comportamientos problemáticos podrían prevenirse o mejorarse si de aceptara a estos niños, se comprendieran sus conductas, y se proporcionara un ambiente educativo apropiado a todos los niños superdotados.

A lo largo de este libro damos ejemplos de niños superdotados, la mayoría de los cuales, después de que sus necesidades emocionales y educativas hayan sido tratadas, se desenvuelven muy bien en la vida. También presentamos ejemplos contrarios, de niños a los que se les diagnosticó y trató erróneamente, y cuyos resultados en la vida están siendo menos exitosos.

¿Por qué se diagnostica tanto a los niños superdotados?

Hay dos razones principales. En primer lugar, la falta de conocimiento entre los profesionales da como resultado que las características comunes de la superdotación sean confundidas con uno o más trastornos. Los asesores escolares, profesores y otros profesionales, como psiquiatras, psicólogos y pediatras, reciben muy poca formación que les permita distinguir entre conductas derivadas de la superdotación y conductas derivadas de trastornos diagnosticables (Hartnett, Nelson y Rinn, 2004; Silverman, 1998).

Los campos de la educación y la psicología, así como otras áreas de salud, han descuidado ampliamente el área de los niños y adultos superdotados y con talento (aquellos que superan sustancialmente la media en inteligencia o creatividad) mientras que los niños y adultos con retraso han sido durante mucho tiempo sujetos de estudio e investigación. En la formación y la práctica clínicas se ha puesto mucho más énfasis en los individuos cuya capacidad está dos o más desviaciones estándar por debajo de la media, que en personas cuyas habilidades están dos o más desviaciones estándar por encima de la media. Desde la psicología, el interés y los esfuerzos de investigación centrados en los niños y adultos superdotados han sido pequeños y puntuales (Hayden, 1985; Horowitz y O'Brien, 1985) y la publicación de la National Association for Gifted Children (2002) menciona la necesidad de más investigación en muchas áreas.

En segundo lugar, si bien hay trastornos que son más probables entre ciertos grupos de superdotados, como la depresión existencial o la anorexia nerviosa, y su diagnóstico es, por tanto, apropiado (Neihart, 1999; Piirto, 2004; Webb, 1999, 2001) nos preguntamos cuántos de estos trastornos son producto de la interacción entre el temperamento de la persona y su entorno. En nuestra opinión, los problemas inducidos por el contexto o el ambiente no deberían considerarse simplemente como "patología de origen desconocido", y habría que ser más conscientes de que cambiando el entorno se pueden tratar de forma efectiva muchos problemas y afecciones. Creemos que los profesionales de la salud podrían proporcionar tratamientos más adecuados si procuraran comprender el funcionamiento mental de la persona en el contexto de esa persona, ya sea el hogar, la escuela o el trabajo.

En este punto, debemos destacar una cuestión distinta que puede también influir en la precisión de algunos diagnósticos, y es que hay varias características de los niños superdotados que pueden llevar a los profesionales de la salud y de la educación a pasar por alto un trastorno subyacente. Es decir, estas características pueden, realmente, confundir la situación, haciendo que el diagnóstico y la intervención acertados parezcan poco probables. Por ejemplo, la alta capacidad puede disimular un problema de aprendizaje durante años, porque el niño puede absorber las materias que le dan en el colegio con sólo escuchar o mirar, y combinar esa capacidad con un poco de astuta adivinación. Muchos padres explican cómo sus hijos han empleado su habilidad verbal para persuadirlos, a ellos o al terapeuta, de que no había ningún problema, o de que el problema eran los propios padres. Los niños superdotados no suelen ser buenos describiendo sus propias deficiencias, y también pueden minimizar o dar un giro positivo a sus preocupaciones, evitando que el terapeuta pueda averiguar los problemas reales.

Por último, algunos niños superdotados tienen una historia de múltiples diagnósticos, a veces incluso contradictorios, que sugieren que el problema es bastante grave o que ese niño no encaja de forma precisa en ninguna categoría diagnóstica. Si los diagnósticos se basan sólo en las conductas superdotadas comunes, el niño puede acumular una larga lista de trastornos, en la que cada uno de ellos capta algunos aspectos del comportamiento del niño pero no lo describe

completamente. Por ejemplo, nosotros hemos visto niños a los que se les había dado los diagnósticos simultáneos de trastorno negativista desafiante, trastorno obsesivo-compulsivo, TDAH, trastorno bipolar y trastorno de Asperger. Diagnósticos múltiples como estos sólo sirven para enturbiar la situación, estigmatizar y reforzar la sospecha del propio niño de que “hay algo en mí que va mal”. Debido a que los niños superdotados ya son excepcionales por naturaleza, y porque a menudo muestran ciertos comportamientos característicos de forma exagerada (de los que hablaremos luego) tienen más riesgo de caer en estos diagnósticos múltiples y a menudo se cree que tienen, erróneamente, dificultades más graves de las que hay en realidad.

El papel de los profesionales de la salud

Los padres de los niños superdotados más pequeños suelen acudir a los pediatras y otros profesionales de la salud cuando están preocupados por problemas de comportamiento en casa o en la escuela. Las conductas de los superdotados, como una lectura precoz u otro estadio de desarrollo avanzado, suelen ser evidentes mucho antes de que el niño empiece el colegio. Los profesionales sanitarios pueden ayudar proporcionando una detección temprana, identificación y orientación para estos niños y sus familias. Pueden ayudar en decisiones educativas, problemas de aprendizaje o comportamiento y ofrecer patrones de crianza pero, mucho más importante, pueden guiar a las familias para que sean más comprensivas y ofrezcan más soporte a sus hijos, lo que puede evitar o suavizar problemas que los niños superdotados podrían, de otra forma, experimentar más tarde, incluso de adultos (Hayden, 1985; Robinson y Olszewski-Kubilius, 1996; Whitmore, 1980).

En el caso de niños preescolares superdotados, en particular si el niño no ha sido identificado, las dificultades suelen ser de ámbito familiar, relativas a problemas de sueño, cuestiones de disciplina, problemas con hermanos y otros niños, impaciencia o intolerancia consigo mismo y con los demás, una fuerte voluntad, comportamientos aparentemente hiperactivos y cuestiones sobre el comienzo de la escolarización. Para los niños en edad escolar, los problemas de comportamiento observados más habitualmente son: bajo rendimiento, terquedad, reacciones desproporcionadas, dificultades en las relaciones entre iguales, intensa rivalidad entre hermanos, baja autoestima, perfeccionismo y depresión (Webb et al., 1982).

Desafortunadamente, las facultades de medicina y residencias pediátricas abordan únicamente los aspectos neurológicos, y a veces psiquiátricos, del retraso mental; los problemas que experimentan los niños superdotados no son parte del currículum. Algunos profesionales ni siquiera conocen las características comunes de los niños superdotados, o que, por ejemplo, el desarrollo de los niños superdotados en edad preescolar es, de media, un 30% más avanzado que el de la norma, con variaciones individuales (Brink, 1982). Los programas universitarios de psicología tienen la misma deficiencia y, con pocas excepciones, los programas de formación del profesorado omiten también esta importante información.

Esperamos que este libro proporcione a los profesionales y padres una guía de la que acabe resultando una mayor frecuencia de diagnósticos y tratamientos correctos, y que a la vez ayude a los profesionales a ofrecer una orientación adecuada que pueda prevenir el malestar y el sufrimiento innecesario que a veces hemos visto. También esperamos que este libro estimule la investigación en este importante campo que son los diagnósticos erróneos y los diagnósticos dobles de los niños y adultos superdotados, creativos y con talento.

Referencias

- Altman, R. (1983). Social-emotional development of gifted children and adolescents: A research model. *Roeper Review*, 6, 65-68.
- Ballering, L.D. y Koch, A. (1984). Family relations when a child is gifted. *Gifted Child Quarterly*, 28, 140-143.
- Brink, R.E. (1982). The gifted preschool child. *Pediatric Nursing*, 9, 299-302.
- Brody, L.E. y Benbow, C.P. (1986). Social and emotional adjustment of adolescents extremely talented in verbal or mathematical reasoning. *Journal of Youth and Adolescence*, 15, 1-18.
- Colangelo, N. y Brower, P. (1987). Labeling gifted youngsters: Long-term impact on families. *Gifted Child Quarterly*, 31, 75-78.
- Coleman, D. (1980). 1528 Little geniuses and how they grew. *Psychology Today*, 13(9), 28-43.
- Cox, C.M. (1926). *Genetic studies of genius: The early mental traits of three hundred geniuses* (Vol.II). Stanford, California, EEUU: Stanford University Press.
- Delisle, J.R. (1986). Death with honors: Suicide among gifted adolescents. *Journal of Counseling and Development*, 64, 558-560.
- Dirkes, M.A. (1983). Anxiety in the gifted: Pluses and minuses. *Roeper Review*, 6, 68-70.
- Hartnett, D.N., Nelson J.M. y Rinn, A.N. (2004). Gifted or ADD/ADHD? The possibilities of misdiagnosis. *Roeper Review*, 26(2), 73-76.
- Hayden, T. (1985). *Reaching out to the gifted child: Roles for the health care professions*. New York: American Association for Gifted Children.
- Hayes, M.L. y Sloat, R.S. (1989). Gifted students at risk for suicide. *Roeper Review*, 12(2), 1-2-17.
- Hollingworth, L.S. (1942). *Children above 180 IQ*. Yonkers, Nueva York, EEUU: World Book Company.
- Horowitz, F.D. y O'Brien, M. (1985). *The gifted and talented: Developmental perspectives*. Washington, DC, EEUU: American Psychological Association.
- Janos, P.M. y Robinson, N.M. (1985). Psychosocial development in intellectually gifted children. En F.D. Horowitz y M. O'Brien (Eds.), *The gifted and talented: Developmental perspectives*. Washington, DC, EEUU: American Psychological Association.
- Kaiser, C.F. y Berndt, D.J. (1985). Predictors of loneliness in the gifted adolescent, *Gifted Child Quarterly*, 29(2), 74-77.
- Kaplan, L. (1983). Mistakes gifted young people too often make. *Roeper Review*, 6, 73-77.
- Klein, A. (2002). *A forgotten voice: A biography of Leta Stetter Hollingworth*. Scottsdale, Arizona, EEUU: Great Potential Press.
- Marland, S. (1972). *Education of the gifted and talented*. U.S. Commission on Education, 92 Congreso, 2ª Sesión. Washington, DC, EEUU: USCPO.

- National Association for Gifted Children. (2002). En M. Neihart, S.M. Reis, N.M. Robinson y S.M. Moon (Eds.), *The social and emocional development of gifted children: What do we know?* Waco, Texas, EEUU: Prufrock Press.
- Neihart, M. (1999). The impact of giftedness on psychological well-being: What does the empirical literature say? *Roeper Review*, 22(1), 10-17.
- Piirto, J. (2004). *Understanding creativity*. Scottsdale, Arizona, EEUU: Great Potential Press.
- Gifted and Talented Children: Issues for Pediatricians*, Robinson y Olszewski-Kubilius, 1996
Robinson, N.M. y Olszewski-Kubilius, P.A. (1996). Gifted and Talented Children: Issues for pediatricians. *Pediatrics in Review*, 17(12), 427-434.
- Scholwinski, E. y Reynolds, C. (1985). Dimensions of anxiety among high IQ students. *Gifted Child Quarterly*, 29(3), 125-130.
- Shaywitz, S.E., Holahan, J.M., Freudenheim, D.A., Fletcher, J.M., Makuch, R.W. y Shaywitz, B.A. (2001). Heterogeneity within the gifted: Higher IQ boys exhibit behaviors resembling boys with learning disabilities. *Gifted Child Quarterly*, 45(1), 16-23.
- Shore, B.M., Cornell, D.G., Robinson, A. y Ward, V.S. (1991). *Recommended practices in gifted education*. Nueva York, EEUU: Teachers College Press.
- Silverman, L.K. (1991). Family counseling. En N. Colangelo y G. Davis (Eds.), *Handbook of gifted education* (pp.307-320). Boston, EEUU: Allyn & Bacon.
- Silverman, L.K. (1998). Through the lens of giftedness. *Roeper Review*, 20, 204-210.
- Terman, L.M. (1925). *Genetic studies of genius: The mental and physical traits of a thousand gifted children* (Vol.I). Stanford, California, EEUU: Stanford University Press.
- Terman, L.M., Burks, B.S. y Jensen, D.W. (1935). *Genetic studies of genius: The promise of youth: Follow-up studies of a thousand gifted children* (Vol. III). Stanford, California, EEUU: Stanford University Press.
- Terman, L.M. y Oden, M.H. (1947). *Genetic studies of genius: The gifted child grows up* (Vol. IV). Stanford, California, EEUU: Stanford University Press.
- Terman, L.M. y Oden, M.H. (1959). *Genetic studies of genius: The gifted group at mid-life* (Vol. V). Stanford, California, EEUU: Stanford University Press.
- Webb, J.T., Meckstroth, E.A. y Tolan, S.S. (1982). *Guiding the gifted child: A practical sources for parents and teachers*. Scottsdale, Arizona, EEUU: Great Potential Press.
- Webb, J.T. (1993). Nurturing social-emotional development of gifted children. En K.A. Heller, F.J. Monks y A.H. Passow (Eds.), *International handbook for research on giftedness and talent* (pp.525-538). Oxford, Gran Bretaña: Pergamon Press.
- Webb, J.T. (1999, Enero). Existencial depression in gifted individuals. *Our gifted children*, 7-9.
- Webb, J.T. (2001, Primavera). Mis-diagnosis and dual diagnosis of gifted children: Gifted and LD, ADD/ADHD, OCD, Oppositional Defiant Disorder. *Gifted Education Press Quarterly*, 15(2), 9-13.
- Whitmore, J.R. (1980). *Giftedness, conflict and underachievement*. Boston, EEUU: Allyn & Bacon.