

# LOS ALUMNOS SUPERDOTADOS CON TRASTORNOS ASOCIADOS

Yolanda Benito  
Dra. en Psicología por la Universidad de Nijmegen  
Directora del Centro “Huerta del Rey”  
Valladolid, España  
Presidenta de la Federación Iberoamericana para la educación  
de alumnos superdotados y con talento

**El término de “superdotado con handicaps” se refiere a niños que tienen características de superdotación y algún tipo de discapacidad (Clark, 1992). Son considerados discapacitados aquellos alumnos que presentan una o más de las siguientes condiciones: trastornos de aprendizaje, déficit auditivo, déficit visual, trastorno neurológico, trastornos emocionales y trastornos motóricos (Whitmore y otros, 1985; Yewchuk, 1985). Alguno de los obstáculos para identificar a los niños superdotados discapacitados incluyen: el estereotipo sobre superdotado, retraso en el desarrollo, información incompleta sobre el niño, falta de desafío y carencia de pruebas o escalas apropiadas de clasificación. El problema fundamental a la hora de identificar alumnos superdotados y a talentos entre los estudiantes discapacitados es que los profesores de educación especial trabajan más sobre sus desventajas que sobre sus habilidades (Feldhusen y Jarwan, 1993).**

Dentro de este grupo, los superdotados físicamente disminuidos, son los que con mayor frecuencia han sido considerados cuando se hace referencia a la superdotación oculta. Es realmente difícil que, desde el contexto escolar ordinario o desde la Educación Especial, donde se encuentran situados la mayoría de estos alumnos, sea reconocida fácilmente su capacidad superior.

Dado que existe un mayor grado de desconocimiento de niños superdotados con trastornos asociados ligados a una discapacidad psicológica, realizamos una exposición más exhaustiva en este artículo. Profundizamos en la Psicología del niño y en el análisis de los siguientes aspectos:

- *¿Puede un niño con trastornos de aprendizaje ser intelectualmente superdotado?*
- *¿Es normal que los niños superdotados sean hiperactivos?*

Si bien es habitual encontrar diversa literatura relativa a la educación o definición de los alumnos superdotados, la información sobre superdotados con trastornos asociados es mucho más escasa. Conocer las características de estos estudiantes es actualmente más crítico que antes, porque este conocimiento permitirá a los profesionales dirigirse rápidamente al contexto que da significado al problema del alumno. Esta información es más importante ahora, ya que los profesionales cuentan con las disposiciones educativas para poder ayudar a estos alumnos.

\* **NOTA:** Tema adaptado del capítulo “Niños superdotados con trastornos asociados” del libro Benito, Y. (1999): **¿Existen los superdotados?** Barcelona, Praxis, Monografías Escuela Española (2001, 2ª edición actualizada y ampliada, Bilbao).

## **A) Características para la identificación de niños con sobredotación intelectual y discapacidad física o sensorial**

La siguiente lista intenta ayudar a los padres y profesores a reconocer superdotación intelectual en presencia de una discapacidad visual, motora o auditiva:

### Estudiantes superdotados con problemas de visión:

- Ritmo rápido de aprendizaje
- Memoria superior
- Habilidades superiores de comunicación verbal y vocabulario
- Habilidades superiores en la resolución de problemas
- Producción creativa o pensamiento que podría avanzar más lentamente que niños videntes en algunas áreas académicas
- Facilidad para aprender Braille
- Gran persistencia
- Motivación por aprender
- A veces niveles de desarrollo cognitivos más bajos que niños videntes
- Excelente capacidad para la concentración (Whitmore y Maker, 1985).

### Estudiantes superdotados con dificultad física:

- Desarrollo de habilidades compensatorias
- Creatividad en encontrar maneras alternativas de comunicarse y finalizar tareas
- Impresionante bagaje de conocimientos
- Habilidades académicas avanzadas
- Memoria superior
- Habilidades excepcionales en la resolución de problemas
- Rápida aprehensión de ideas
- Capacidad de lucha por alcanzar las metas
- Mayor madurez que niños de su misma edad
- Buen sentido del humor
- Persistencia, paciencia
- Motivación de logro
- Curiosidad, insight
- Autocrítica y perfeccionismo
- Desarrollo cognitivo que podría no basarse en experiencias directas
- Posible dificultad con las abstracciones
- Posible logro limitado debido al ritmo de trabajo (Cline y Schwartz, 1999; Whitmore y Maker, 1985; Willard-Holt, 1994 y 1999).

### Estudiantes superdotados con problemas de audición:

- Desarrollo de habilidades de habla y lectura sin instrucción previa
- Temprana capacidad para la lectura
- Excelente memoria
- Habilidad para funcionar en el emplace escolar habitual
- Rápida aprehensión de ideas
- Alta capacidad de razonamiento
- Actuación superior en la escuela

- Amplio rango de intereses
- Modos no tradicionales de conseguir la información
- Uso de habilidades de resolución de problemas en situación de cada día
- Retraso en la obtención de conceptos
- Automotivante
- Buen sentido del humor
- Disfrutan manipulando el ambiente
- Intuición
- Ingeniosos en la resolución de problemas
- Habilidades de lenguaje simbólico -diferente al sistema de símbolos- (Cline y Schwartz, 1999; Whitmore y Maker, 1985 y Willard-Holt, 1999).

En mi experiencia, tan sólo he tenido la posibilidad de conocer a un alumno superdotado sordo, cuando trabajé como psicóloga del Colegio de Sordos de Valladolid. Adrián era un niño muy estimado por sus profesoras y compañeros. A diferencia de éstos, se relacionaba también con niños oyentes. Además, cuando terminó la etapa escolar fue capaz de integrarse y seguir estudios en un Centro de Formación Profesional sin ningún tipo de apoyo para sordos. Asistió al Centro “Huerta del Rey” durante un tiempo, gustándole fundamentalmente jugar al ajedrez.

En Estados Unidos se prestan servicios especialmente adaptados a los superdotados disminuidos mediante programas conocidos con el título de RAPHYHT (Retrieval and Acceleration of Promising Young Handicapped and Talented) recientemente desarrollados bajo la égida del departamento de educación de los disminuidos (Coriat, 1990).

## **B) Características de los niños superdotados con trastornos psicológicos: trastornos de aprendizaje, y trastornos de déficit de atención con hiperactividad: estudio de casos.**

Los alumnos superdotados al igual que los demás niños pueden sufrir distintos trastornos que les impida un adecuado rendimiento académico y un desarrollo social y emocional ajustado. El desequilibrio interno y social del niño superdotado puede ser fuente de problemas, lo que no quiere decir que deba considerarse en sí como anormal. Sin embargo, sí puede suscitar la aparición de conductas más patológicas: los niños superdotados parecen estar sobrerrepresentados en la población de niños con problemas (Pratt, 1979). Los síntomas más frecuentemente encontrados son la inestabilidad y el paradójico fracaso escolar (Ajuriaguerra y Marcelli, 1987).

Los superdotados con condiciones discapacitantes forman un grupo principal de jóvenes infraatendidos e infraestimulados (Cline y Schwartz, 1999). El foco de las adaptaciones para sus discapacidades puede excluir el reconocimiento y desarrollo de sus capacidades cognitivas. No es raro, pues, encontrar una discrepancia significativa entre la media del potencial académico de estos estudiantes y su actuación real en el aula (Whitmore y Maker, 1985). De cara a que estos niños alcancen su potencial, es necesario que sus fuerzas intelectuales sean reconocidas y educadas, al mismo tiempo que sus discapacidades adaptadas apropiadamente (Willard-Holt, 1999).

Esta recopilación de casos ha surgido fruto de la formación, investigación y experiencia. Pienso que la lectura de informes de casos reales puede ser un método efectivo y ameno para adquirir conocimientos sobre los diferentes tipos de alumnos superdotados con trastornos asociados. En este artículo se ha puesto especial interés en que las descripciones de los casos incluyan toda la información disponible que pueda resultar necesaria para efectuar el diagnóstico. El procedimiento para llevar a cabo el diagnóstico fue en un primer momento la realización de una entrevista con los padres y el hijo, posterior evaluación del niño en varias sesiones y cumplimentación de cuestionarios por parte de los padres y tutor del niño. Para ver las técnicas empleadas remitimos al libro de "Inteligencia y algunos factores de personalidad en niños superdotados" (Benito, 1997). En los casos tan sólo se expondrán los resultados considerados más oportunos para ilustrar los mismos. Se ha disfrazado, lógicamente, la identidad de los niños alterando el nombre. Cada caso va seguido de una discusión sobre nuestro diagnóstico diferencial elaborado según los criterios de la cuarta edición del "Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)". Estas discusiones se centran en el diagnóstico diferencial y no en las implicaciones terapéuticas del mismo que serán abordadas en otra publicación.

A pesar del aumento de fiabilidad que representa la utilización de criterios diagnósticos, sigue siendo inevitable algún grado de ambigüedad. Confío en que el lector considerará seriamente las formulaciones, pero no las tomará como infalibles.

### **1) *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)***

En la actualidad, uno de los diagnósticos diferenciales más frecuente es el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y otra conducta de mucha energía. Este tema es mucho más marcado en los niños superdotados, ya que su conducta muy intensa, con gran curiosidad, a menudo exacerbada por la falta de motivación en clase, puede simular un TDAH y ser sumamente exasperante para los maestros y para los propios padres. Por otra parte, un TDAH verdadero no es incompatible con elevada capacidad (Robinson y Olszewski-Kubilius, 1997).

En el TDAH se dan dos conjuntos de síntomas: falta de autocontrol de la atención y una combinación de comportamientos hiperactivos e impulsivos... Es muy posible que se acabe descubriendo que la raíz estriba en el deterioro de la inhibición conductual y del autocontrol... Los niños con TDAH no pueden controlar las respuestas a su entorno. Esta falta de control les hace ser hiperactivos, dispersos e impulsivos (Barkley, 1998).

Al igual que suele ocurrir con los niños superdotados, los niños con TDAH muestran desde los primeros días de nacimiento un desarrollo precoz a nivel motórico, levantando la cabeza o reptando en la cuna. El enorme interés por temas concretos y las dificultades de seguimiento de las clases, unido al déficit a la hora de saber relacionarse con sus iguales, son con frecuencia comunes a los niños con sobredotación intelectual y a los niños con TDAH, siendo causa de confusión entre los padres y educadores.

La siguiente lista refleja las similitudes entre la superdotación y el TDAH.

Características de superdotados que se aburren:

- Pobre atención
- Poca tolerancia para la persistencia en las tareas que consideran irrelevantes
- Empiezan muchos proyectos, pero terminan muy pocos
- El desarrollo del juicio se retrasa por detrás del crecimiento intelectual
- Pueden dirigir conflictos de poder con las autoridades
- Alto nivel de actividad, pueden necesitar menos horas de sueño
- Dificultades en restringir su deseo de hablar, pueden interrumpir a los demás
- Cuestionan normas, costumbres y tradiciones
- Olvidan las tareas y pierden los trabajos, son desorganizados
- Pueden aparentar ser descuidados
- Alto sentido de crítica

No muestran problemas de comportamiento en todas las situaciones (Cline y Schwartz, 1999; Webb y Latimer, 1993; y Willard-Holt, 1999).

La clave para distinguir entre los dos grupos es la perseverancia de los comportamientos “externos”. Si la actuación es específica a ciertas situaciones, el comportamiento del niño es más probable que sea debido a su superdotación; mientras, que si el comportamiento es consistente a todas las situaciones, el comportamiento del niño es más probable ser debido a TDHA. También es posible que un niño presente ambas condiciones (Willard-Holt, 1999).

Por otro lado el diagnóstico de TDAH también se ve afectado por la superdotación. Silverman (1998) apreció que algunos profesionales asumen erróneamente que el niño que demuestra atención sostenida, como suele ser el caso de los niños superdotados cuando realizan una actividad que les interesa mucho, no pueden tener TDAH. La condición de una atención fija, puede también describirse como “hiperfoco”, el cual los sujetos con TDAH frecuentemente experimentan (Hallowell y Ratey, 1994; Kaufmann, Kalbfleisch y Castellanos, 2000).

Las actividades que son continuamente reforzadas y las automáticas, tales como juegos de video u ordenador o la lectura por placer, no diferencian a los niños con TDAH, por cuanto realizan tareas sin esfuerzo (Borcherding y otros, 1988; Douglas y Parry, 1994; Wigal y otros, 1998). Por la naturaleza de la superdotación, el rango de tareas que son percibidas como “sin esfuerzo” es más amplio para los niños superdotados. Sin embargo, el TDAH no se caracteriza por una incapacidad para mantener la atención, sino más por la incapacidad de regular apropiadamente la aplicación de la atención en las tareas que no son intrínsecamente reforzantes y/o requieren esfuerzo.

Cuando se realiza la evaluación e identificación y el niño en cuestión es superdotado, es necesario incluir en el proceso de evaluación un especialista en superdotación, de forma que el comportamiento del niño pueda ser comparado con niños de similares características (Silverman, 1998).

El aceptar que un niño puede ser a la vez superdotado y tener TDAH, y el explorar como estas condiciones interactúan en cada individuo, será la manera más productiva de enfocar su enseñanza adecuadamente.

Pero ahora vamos a hablar del caso, en el que los padres pueden observar la hiperactividad del niño como consecuencia de su elevada capacidad, siendo dos problemas distintos; para ello vamos a referirnos a un niño que fue diagnosticado de superdotados (sobredotación intelectual) con trastorno de déficit de atención con hiperactividad según el DSM-IV (Pichot, 1995).

La superdotación intelectual no tiene por qué ir unida, puesto que no se da en todos los niños ni con la misma intensidad, a la labilidad emocional, ni a dificultades para establecer amistad, ni a incapacidad para realizar tareas monótonas.

Los niños con sobredotación intelectual no tienen por qué presentar conductas desadaptativas a nivel familiar. Generalmente saben comportarse con normalidad en los diferentes ambientes sociales, no necesitan continuamente estar hablando o moviéndose, muestran tolerancia a la frustración generalmente acorde con la edad, suelen ser perfeccionistas en las tareas que les interesa, son capaces de planificar tareas a realizar a largo plazo, no son propensos a accidentes pues suelen ser conscientes de los peligros y prudentes, saben escuchar, aunque a veces no presten atención y no necesariamente necesitan estar de una forma continuada hablando.

**Miguel, es un niño de 7 años y dos meses que acude en Diciembre de 1996. Los padres de Miguel consultan sobre su hijo por presentar desadaptación en el ámbito escolar y por un informe previo que apunta a niveles altamente superiores intelectualmente.**

**Desarrollo y primeros aprendizajes.** Embarazo con amenaza de aborto desde el quinto mes de gestación, lo que obligó a la madre a permanecer en reposo hasta el parto. La madre fue tratada con Prepar. Parto normal. Lactancia natural durante cinco meses. Curiosamente a los pocos días del nacimiento, de 18:30 a 19:15 se mostraba muy inquieto y desazonado.

En cuanto a enfermedades y trastornos hay que reseñar divertículos desde el nacimiento y varicela. Desarrollo motor normal. Desarrollo del lenguaje precoz: al año hablaba claro y hacía frases, con 2 años mantenía una conversación. Control de esfínteres diurno normal. Enuresis nocturna primaria hasta la actualidad. Miguel antes de los 2 años conocía los colores, al año y medio empezó a reconocer letras, antes de los 2 años y medio contaba hasta 10 y sabía el abecedario. El vocabulario ha sido adelantado. Empezó a leer a los 2 años y a los 3 leía un libro con facilidad.

**Historia familiar.** Los padres describen a su hijo como un niño con brillante imaginación, poco tolerante a las frustraciones, sensible, afectuoso y maduro. La conducta familiar es descrita como desadaptativa, se muestra muy inquieto, desordenado, vago y está como distraído. Presenta dificultades para comer, tiene pesadillas y muchos miedos incluso de día y dolores de vientre por la noche. La madre estaba muy angustiada porque consideraba poco normales las conductas de su hijo y, por otra parte, no le veía feliz ni en

lo referente a la enseñanza del Colegio ni a la relación con los otros niños que con frecuencia le pegaban o se reían de él. La madre ha observado que Miguel es capaz de realizar sumas o problemas complejos, en cambio tiene mayor dificultad en realizar tareas sencillas.

La familia está compuesta por los padres y Miguel, siendo éste por lo tanto hijo único del matrimonio. Los padres manifiestan estar, por lo general, de acuerdo sobre la manera de educar a su hijo. Los estudios alcanzados por los padres son medios y los recursos suficientes.

**Historia escolar.** Fue a la guardería a los 3 años y no se adaptó; estuvo mes y medio y durante ese tiempo no dormía y lloraba constantemente. Fue al Colegio en 2º de Infantil y se adaptó sin dificultad. Cuando entró sabía leer perfectamente, escribir con mayúsculas y tenía la noción de suma y resta. Durante ese curso el niño no aprendió nada y se fue desmotivando: “no le dejaban hacer ninguna otra actividad, el niño se aburría en clase y en los siguientes cursos la situación fue agravándose, parecía que iba retrocediendo, en el Colegio no terminaba las fichas y escribía mal”.

Este año, dadas las dificultades comentadas con anterioridad, los padres le cambiaron de Colegio y parece que va algo más contento. Según su profesora actual a Miguel le gusta hacer las actividades bien y es muy perfeccionista, si no sabe hacer una cosa bien no la hace y se pone nervioso. Su profesora dice que es un niño muy protegido, muy precavido y que no se arriesga, se despista con facilidad y crea un mundo aparte. Normalmente es muy lento en la realización de las tareas, le gusten o no. Le cuesta mucho terminar sus trabajos y se distrae. Con frecuencia quiere contar cosas, más que preguntar, cuenta todo, no saca ideas principales. Tiene dificultades en motricidad fina y gruesa. Desde que empezó la guardería el niño tiene muchos miedos y pesadillas. Cuando sale del Colegio, en casa se muestra agresivo y excitado. Por lo general, en relación al Colegio manifiesta desgana y miedo. Está en el curso que le corresponde y asiste con normalidad.

**Socialización.** Miguel es un niño que se relaciona con todo tipo de niños, mayores o pequeños, pero no con los de su clase, con éstos tiene dificultades, “en clase le pegan y no es capaz de defenderse”. En sus relaciones con los demás, suele tener dificultades, es vergonzoso y se muestra en grupo como uno más y otras veces como arrinconado. Según su profesora se relaciona poco con los niños, es muy sociable pero sólo con las personas mayores. En el Colegio si le pegan no es capaz de defenderse.

**Conductas durante la exploración.** Miguel se adapta a la situación de evaluación. Colabora en todo lo que se le pide. Es sociable, educado, muy afectuoso, inquieto y muy comunicativo. Tiene una gran riqueza de vocabulario. Muestra interés por todo. Evidencia creatividad y demuestra un gran afán por proponer alternativas a todas las actividades que se le presenta. Le cuesta mantener la atención sobre la tarea a realizar viendo en ella continuas posibilidades de modificar la misma. Es necesario continuamente centrarle la atención en la tarea. No le gusta confundirse y siente temor ante la posibilidad de hacer una tarea de forma incorrecta. Ante las tareas difíciles es poco perseverante.

Los repertorios básicos de conducta para el aprendizaje escolar están desarrollados. Emplea el contacto ocular, cumple órdenes y permanece un tiempo prolongado con el adulto. La capacidad de atención y concentración depende en cierta medida de la tarea a realizar. No es capaz de llevar a cabo de forma independiente ninguna tarea. Necesita, como se ha dicho anteriormente, la supervisión constante del adulto.

**Resumen de la integración de resultados.** La capacidad de atención y concentración sostenida es normal-baja correspondiendo a una edad equivalente de 6 años y diez meses (Subtest de Retención de Dígitos, PT= 10). La rapidez asociativa es baja, correspondiendo a una edad equivalente de 6 años y dos meses (Claves, PT= 8). Esta prueba está muy relacionada con el rendimiento escolar pues nos habla de la rapidez para escribir. La diferencia entre Claves y las demás pruebas del WISC-R son estadísticamente significativas a nivel de confianza del 5% puesto que, por lo menos, hay menos de 5 unidades de puntuación típica en comparación con Información, Comprensión, Aritmética, Semejanzas, Vocabulario o Cubos, lo cual puede indicar problemas motores y escaso control del lápiz. No se han considerado problemas perceptivos pues en las pruebas relacionadas con esta área se observó buena capacidad en el niño.

En las distintas pruebas psicométricas de inteligencia, alcanzó los siguientes resultados: Stanford, CI= 140; WISC-R, CI= 140; MSCA, C.G.I.= 132. La Edad Mental en el Stanford es de 10 años y cuatro meses. La capacidad de razonamiento abstracto es muy alta, Miguel puede aprender de forma rápida y manejar dicha información de forma correcta (Raven Color, CENTIL 95 baremo correspondiente a alumnos de 10 años y medio). En Inteligencia Práctica alcanza un CIP de 127. En comprensión y fluidez verbal su edad aproximada es de 10 años y seis meses.

Basándonos en el conjunto de la valoración Miguel **es diagnosticado como un niño de inteligencia superior, superdotado (sobredotación intelectual)** con excepcional capacidad para el aprendizaje, buena memoria visual y alta capacidad para las matemáticas, observándose en la resolución de los problemas matemáticos emergencia de la capacidad metacognitiva, esta no suele aparecer de forma masiva hasta la edad de la adolescencia y mejora de la capacidad del pensamiento. Miguel, igualmente destaca en las tareas que implican orientación y estructuración espacial.

**A nuestro juicio diagnóstico, considerando el DSM-IV-TR, padece además un Trastorno por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador tipo combinado.** Miguel no presta atención suficiente. Los síntomas empeoran en situaciones que exigen atención, esfuerzo sostenido mental o que carecen de atractivo, por ejemplo, escuchar al maestro en clase o hacer los deberes. Los signos de trastornos pueden ser mínimos o nulos cuando se halla bajo un control muy estricto, en una situación nueva, dedicado a actividades interesantes, en una situación relacional uno a uno, por ejemplo, durante la evaluación o mientras experimenta gratificaciones frecuentes por el comportamiento adecuado. Los síntomas tienden a producirse con más frecuencia en situaciones de grupo. Las características asociadas son baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, testarudez, labilidad emocional, rechazo de compañeros y baja autoestima.



Miguel comete errores por descuido en las tareas escolares. A menudo parece tener la mente en otro lugar, no sigue instrucciones ni órdenes, y no llega a completar las tareas escolares e interrumpe frecuentemente las tareas que está realizando. En las situaciones sociales expresa cambios en la conversación o no escucha a los demás, se muestra inquieto, habla excesivamente e interrumpe continuamente a otros.

Los padres sufren por parte del profesorado continuas quejas sobre el niño, que no saben como resolver y se sienten culpables e incomprensidos. La primera maestra de Miguel comentaba a los padres que era un niño sobreprotegido y dependiente, y que esta era la causa de su conducta. Por otro lado, los padres no saben cómo afrontar el problema de su hijo pues son conscientes de que dada la impulsividad y falta de atención del niño a veces no es consciente del peligro, por ejemplo, cuando le llevaban a natación tenía que pasar alguno de ellos a vestirlo pues era incapaz, o desatarle los cordones de los zapatos que éste había atado de forma incorrecta para evitar que rodara por la escalera. Posteriormente Miguel fue visto por la Unidad de Salud Mental donde se le realizó un EEG con el siguiente resultado: "Déficit de maduración bioeléctrica cerebral sobre región posterior del hemisferio izquierdo".

Los niños hiperactivos suelen ser juzgados con mucha frecuencia tanto por los padres como por los profesores, como vagos e irresponsables, pues les extraña que ciertas tareas las realicen bien y rápidamente y otras no, o que una tarea un día la realice y al siguiente no. Pero este comportamiento no es aleatorio, depende de que la tarea sea novedosa, del interés del niño por la misma y que no requieran un esfuerzo sostenido. En el caso de los niños con sobredotación intelectual, el ambiente académicamente poco estimulante acentúa el problema de desadaptación del niño. Con frecuencia estos niños son maltratados por el agotamiento y frustración que provocan en los adultos.

Desafortunadamente, muchas personas creen que nuestra autodisciplina, nuestro autocontrol y nuestra voluntad están bajo nuestro mando. Por consiguiente, a los niños sin autocontrol se les ve como si no quisieran controlarse (son malas semillas), o como si no hubieran aprendido a controlarse (sus padres les ven como indisciplinados). Francamente esta visión está caduca. La ciencia nos está demostrando que hay factores neurológicos (del cerebro) que contribuyen al autocontrol y a nuestra voluntad, junto con el aprendizaje y la educación. Y cuando estos sistemas cerebrales funcionan de forma inadecuada o se dañan, los niveles normales de autocontrol y de fuerza de voluntad son imposibles. Estudiar el TDAH es tener una visión de la voluntad en sí misma y de cómo se convierte en un agente tan poderoso para controlarnos a nosotros mismos. Utilizar el autocontrol para dirigir la conducta hacia el futuro es algo específicamente humano. Creo que los que tienen un TDAH sufren un deterioro en el desarrollo de esa facultad. Como resultado de esto, *tener un TDAH es tener una voluntad dudosa o debilitada (Barkley, 1999).*

*Personalmente considero al igual que Barkley que la hiperactividad es la incapacidad de ejercer voluntariamente un acto, es el ambiente el que controla al niño, el comportamiento es regido por la situación externa. En los superdotados la hiperactividad es más mental que física.*

Un programa óptimo para los alumnos superdotados con TDAH deberá proveer “complejidad” y “cambios” para enriquecer la superdotación del estudiante y “apoyo” y “estructuración” para contener el TDAH.

Incluso en el mejor ambiente educativo, con adecuados profesores, la mayoría de los estudiantes que tienen un TDAH, incluso los superdotados, necesitan ayuda adicional. La medicación continúa siendo el modelo de tratamiento más investigado y comúnmente recomendado para el TDAH en los Estados Unidos. Los fármacos tienen efectos beneficiosos que son observados a corto plazo del 70 al 80% de los niños con TDAH (Spencer y otros, 1996), con una respuesta ligeramente menor en niños con TDAH tipo predominante de falta de atención. Los beneficios de estos fármacos incluyen una reducción de los síntomas de falta de atención, impulsividad e hiperactividad, así como una mejora del funcionamiento motor, social y emocional.

Aunque los estimulantes producen de leves a moderados efectos secundarios, tales como la supresión del apetito, dolores de cabeza, irritabilidad y problemas de sueño, estos normalmente desaparecen al cambiar la dosis o el fármaco (Miller y Castellanos, 1998).

Los efectos a largo plazo de los estimulantes parecen ser benignos, aunque un estudio longitudinal señaló la posibilidad de que usar medicación estimulante en la infancia podía ir asociada a un mayor riesgo posterior de fumar y abusar de los estimulantes (Lambert y Hartsough, 1998), otras investigaciones encontraron que los fármacos estimulantes disminuyen el riesgo posterior del abuso de sustancias (Biederman y otros, 1999; Paternite y otros, 1999).

Ya que los fármacos estimulantes no “curan” el TDAH y no están absolutamente libres de riesgo, su uso debería estar reservado sólo para aquellos sujetos cuyo deterioro es significativo y para aquellos a quienes los programas comportamentales y psicosociales, y las adaptaciones académicas, no les han reportado los beneficios adecuados (Overmeyer y Taylor, 1999). Basado en la más extensa oferta en la modalidad de tratamiento del TDAH, Taylor argumentó que incluso en culturas de “baja-medicación”, como ocurre en la mayoría de los países europeos, a los niños con respuestas no óptimas a acercamientos comportamentales, también, deberían ofrecérseles la solución farmacológica (Taylor, 1999).

La probabilidad de desarrollo de este desorden en los niños triplican de lejos las de las niñas, por la razón presumible de que los varones presentan una mayor propensión genética a los trastornos del sistema nervioso (...). Las pautas del comportamiento típicas del TDAH empiezan a manifestarse entre los 3 y los 5 años (...). Los afectados por este desorden son muchísimos. Abundan los trabajos que cifran su incidencia entre el 2 y el 9% (Barkley, 1998).

Según el DSM-IV-TR, la prevalencia del trastorno se sitúa en el 3% y el 5% en los niños de edad escolar, con proporciones de varones y mujeres que oscilan entre 4:1 y 9:1, en función de si la población es general o clínica. En los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad pueden presentarse una elevada prevalencia de trastornos de estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de aprendizaje y trastornos de comunicación.

Las Características de estudiantes con TDAH son las siguientes:

- Difícilmente mantienen la atención
- Persistencia disminuida en las tareas no teniendo consecuencias inmediatas
- Con frecuencia pasan de una tarea incompleta a otra nueva
- Impulsividad, pobre demora de gratificaciones
- Dificultad en regular o inhibir el comportamiento en situaciones sociales
- Más activos, necesitan menos descanso que otros niños
- Con frecuencia hablan excesivamente
- Con frecuencia interrumpen a otros
- Dificultad en adherirse a las normas
- Con frecuencia pierden cosas necesarias para sus tareas o deberes escolares
- Podrían aparentar no estar atentos a los detalles
- Alto sentido de la crítica
- Los problemas de comportamiento aparecen en todas las situaciones, pero en algunas son más severos
- Variabilidad en su actuación en las tareas y en el tiempo empleado para completarlas (Barkley, 1990; Cline y Schwartz, 1999; Webb y Latimer, 1993).

Sobre las posibles causas del trastorno, aunque, tal y como dice Barkley (1998) se ignoran, la mayoría de los investigadores creen hoy que nos hallamos ante un trastorno poligénico, vale decir, donde participa más de un gen.

En las investigaciones realizadas por Helene Gjone y Jon M. Sundet de la Universidad de Oslo en colaboración con Jim Stevenson de la Universidad de Southampton hallaron que el TDAH presentaba una heredabilidad del 80%, ello significaba que hasta el 80% de las diferencias en atención, hiperactividad e impulsividad entre los sujetos con TDHA y los que no lo padecía denunciaban una raíz genética.

Entre los factores no genéticos vinculados al TDHA se ha venido citando el nacimiento prematuro, el consumo materno de alcohol y tabaco, la exposición de altos niveles de plomo en la temprana infancia y las lesiones cerebrales, especialmente las que atentan contra el córtex prefrontal. Ahora bien todos estos factores aunque se den juntos, sólo pueden explicar de un 20 a un 30% de los casos con TDHA, y de las chicas un porcentaje aún menor. Contrariamente a la creencia popular, ni factores dietéticos, tales como la cantidad de azúcar que consume el niño, ni un entorno familiar de pobreza se ha demostrado que contribuyan al TDHA.

## **2) Trastornos del Aprendizaje**

Según Robinson y Olszewski-Kubilius (1997), por las mismas razones que otros niños, los superdotados también pueden tener irregularidades para adquirir habilidades académicas: carga genética, prematuridad o brechas en la instrucción. Con frecuencia no se les detecta ya que los niños emplean estrategias compensatorias en el nivel del grado, pero muy por debajo del nivel posible, con la consiguiente pérdida de confianza y entusiasmo por la escuela. Algunos niños superdotados leen bien pero tienen problemas para reconocer lo leído, otros tienen dificultades para las operaciones matemáticas pero se manejan bien con los temas de historia y viceversa, el deletreo puede ser desordenado o pueden escribir bastante mal y de mala gana. Cualquiera que sea el problema, se debe intentar una solución y proveer los medios para lograrla, por ejemplo, el empleo de calculadora, grabadoras o computadoras. Estos niños frecuentemente se desaniman mucho por su falta de éxito en las tareas académicas y se desconectan irreparablemente.

La mayoría de los estudiantes aparentan ser inteligentes pero tienen importantes dificultades con las tareas académicas. Su trabajo puede ser inconsistente, y haber gran variabilidad en la actuación en diferentes áreas tales como lectura y aritmética (Yewchuk y Lupart, 1993).

Por ejemplo, los niños malos lectores con CI alto no son diferentes de los malos lectores con CI bajo. Un nivel cognitivo incluso elevado no es suficiente para compensar el déficit (Siegel y otros, 1997).

La principal definición característica de las dificultades de aprendizaje en el aula es la discrepancia entre las medidas de aptitud y logro. Ya que algunos niños con excepcional talento pueden desarrollar estrategias compensatorias, sus dificultades pueden ser apreciadas sólo si son muy severas... Los estudios de niños superdotados con dificultades de aprendizaje, generalmente, han confirmado los comentarios informales de profesores y padres acerca de la discrepancia entre el alto potencial en razonamiento abstracto, la resolución de problemas, el insight y comprensión, y la baja actuación en áreas académicas tales como la lectura (Yewchuk y Lupart, 1993).

Según el DSM-IV-TR, el apartado de trastornos del aprendizaje incluye trastornos en la lectura, trastornos del cálculo, trastornos de la expresión escrita y trastornos de aprendizaje no especificado.

**Rodrigo acudió a consulta a la edad de 9 años y diez meses cuando finalizó 4º de Primaria, en Junio de 1996, por presentar baja motivación escolar, conductas inadaptadas y elevado nivel intelectual, habiendo sido diagnosticado ya anteriormente como alumno con sobredotación intelectual.**

**Desarrollo y primeros aprendizajes.** Embarazo y parto normal. La puntuación en el Test de Apgar fue de 9 al primer minuto y 10 a los cinco minutos. Desarrollo social, motor y del lenguaje, normales. Desarrollo esfinteriano tardío, enuresis nocturna secundaria desde los 3 años hasta los 8.

Aprendió a leer a los 5 años y desde entonces ha mostrado un interés mínimo por la lectura y baja velocidad lectora. Ha manifestado atención precoz por el tiempo, comenzando a contarle en horas a los 5 años. Durante el desarrollo no se han observado dislalias evolutivas y sí ambidextrismo.

**Historia familiar.** La conducta del niño durante estos últimos años ha ido cambiando y actualmente es descrita por los padres como desadaptativa: es desobediente, vago, desordenado, miedoso, contestón, discute continuamente, pega a otros y coge rabietas injustificadamente. La familia está compuesta por los padres, Rodrigo y su hermana pequeña, Elisa, de 5 años con la cual se lleva bien la mayoría de las veces pero de la que en ocasiones siente celos. Los padres manifiestan estar frecuentemente en desacuerdo sobre la manera de educar a sus hijos. Los estudios alcanzados por los padres son universitarios por parte del padre y elementales por parte de la madre. El padre trabaja como agente comercial y la madre es ama de casa. Los recursos son suficientes para cubrir las necesidades básicas de la familia.

**Historia Escolar.** No fue a la guardería. Comenzó la etapa escolar a los 4 años. Fue muy contento el primer día pero a los diez días ya no quería ir, “era hacer el tonto, saltar como un canguro”.

En 1º y 2º de Preescolar realizaba los trabajos aunque se mostraba vago, pero ha ido cada vez a peor. El Curso pasado estuvo él sólo en una mesa todo el año. La profesora de 2º de Primaria decía que ‘necesita una profesora para él sólo’. Había observado en los trabajos que juntaba palabras al escribir y omitía letras, generalmente vocales, tenía una letra desigual y una escritura deficiente, le costaba entender lo que preguntaban en los ejercicios, fallaba en la lectura comprensiva, se distraía con facilidad y era lento trabajando. Con frecuencia se levantaba a sacar punta al lápiz, se fijaba en lo que hacía algún compañero y lo copiaba. La profesora dudaba de las capacidades del niño. La psicóloga escolar había observado que Rodrigo tenía una visión disminuida de sí mismo, buscaba el soporte emocional de la tutora a la que consideraba como su mejor amiga dentro del aula, intentaba ganársela con dibujos, copiando las tareas de los demás, a los que veía adaptados..., trataba de lograr el éxito por estos medios, pero la tutora no le aceptaba sus regalos, que veía como chantaje y le reprendía por copiar y no esforzarse, creando en el niño fracaso y desorientación.

Normalmente, el primer trimestre va bien, pero luego se aburre y va de mal en peor. A lo largo de 2º de Primaria le sacaron a clases de apoyo 4 ó 5 días. Durante estos dos últimos cursos, 3º y 4º de Primaria, si bien el niño los ha superado, no ha recibido ninguna clase de apoyo ni se ha llevado a cabo ningún tipo de adaptación. La psicóloga escolar ha insistido sobre la necesidad de que Rodrigo tuviera una Educación Especial. El niño opina que ir al Colegio es ir a perder el tiempo. Con relación al Colegio manifiesta desgana, agresividad y crítica. Está en el curso que le corresponde, asiste con normalidad y siempre tiene una disculpa para sus fracasos.

**Socialización.** Rodrigo es muy sociable, pero tiene dificultades al relacionarse con niños de su edad. Dice que sus mejores amigos son el Sr. cura y otros profesores de 30 ó 35 años. Le gusta pasar parte del tiempo solo o con niños mayores que él. En sus relaciones con los demás, por lo general, se gana fácilmente nuevos amigos y se muestra en grupo como uno más y otras veces como líder, cuando está jugando siempre intenta mandar a los amigos: “tráeme..., haz esto o lo otro..., etc.”

**Conductas durante la exploración.** Rodrigo se adapta a la situación de evaluación. Muestra poca motivación y poca tolerancia a la frustración en las tareas relacionadas con los aprendizajes instrumentales (lecto-escritura). Su nivel de vocabulario es alto. El grado de atención y concentración es bueno. Durante la valoración se observó que Rodrigo tenía diferentes tics en los ojos. Normalmente es reflexivo y perseverante. Cuando comete errores siempre tiene una excusa, por ejemplo, en las pruebas instrumentales que fueron las que menos le motivaron, comentaba ante sus errores: “no me he fijado, pero si me fijo lo hago bien”.

**Resumen de la integración de resultados.** Inteligencia superior (WISC-R, CI= 136; Stanford, CI= 132; Raven General Centil 90 en el baremo de niños de 11 años). La Edad Mental en el Stanford es de 13 años y diez meses. En inteligencia práctica obtiene un CIP.= 146, lo que nos indica unas aptitudes extraordinarias.

En todas las pruebas del WISC-R menos en una, Claves, obtiene puntuaciones superiores a lo esperado para su edad cronológica. Rinde por debajo de sus posibilidades en tareas que requieren rapidez asociativa (Claves, PT= 10, edad equivalente a 9 años y diez meses), que es una prueba en conexión directa con la capacidad para leer y escribir, puesto que es el reconocimiento y utilización de símbolos gráficos. Existen diferencias significativas de rendimiento entre las pruebas verbales y las manipulativas o de ejecución (CIV.= 145, CIM.= 118). Rodrigo es un niño con elevada capacidad intelectual, pero con torpeza motriz, mala lateralización y desorientación espacio-temporal, lo que explica que sus puntuaciones más bajas estuvieran en la ordenación de historias y rompecabezas. El alto nivel de inteligencia general compensa en cierta medida su déficit perceptual.

La memoria visual y habilidades visoconstructivas son muy elevadas, correspondiendo a una edad equivalente de 12 años (TRVB, PDA= 5, PDE= 8), según el número de respuestas correctas obtenidas y según la valoración de los errores.

La aptitud visomotora es muy baja, lo que confirma la insuficiente madurez visomotora y la dificultad de percepción espaciales, así como la imposibilidad de reproducción gráfica de algunos modelos. Rodrigo comete rotación en la figura A y en la figura 3 (número de errores esperados= 1.6, obtenidos= 4, correspondiendo a una edad aproximada de 8 años).

En comprensión verbal alcanza una edad aproximada de 11 años (Peabody, intervalo confidencial de edades equivalentes de 10 años y once meses a 12 años y dos meses).

En las pruebas psicopedagógicas de aprendizajes instrumentales obtuvo las siguientes puntuaciones en el baremo de 5º de Primaria (Puntuaciones de 1 a 10):

- Rapidez lectora, PT= 2'5,
- Comprensión lectora, PT= 2'5,
- Ortografía natural, PT= 4'5,
- Ortografía arbitraria, PT= 2,
- Rapidez de Cálculo, multiplicaciones, PT= 6, y
- Rapidez de Cálculo, divisiones, PT= 1'5.

Mientras que en el baremo de 4º de Primaria alcanzaba las siguientes puntuaciones:

- Comprensión lectora, PT= 5'5,
- Rapidez lectora, PT= 4,
- Ortografía natural, PT= 3'5, y
- Ortografía arbitraria, PT= 3.

Del análisis cualitativo **del nivel de lectura**, hay que destacar que Rodrigo tiene una lectura con falta de ritmo, lentitud y respiración asincrónica, cometiendo omisiones de sílabas, lo que hace por una parte, no encontrar gusto a la lectura, y por otra le dificulta los aprendizajes escolares de las diferentes áreas. Esto se debe a que todo el esfuerzo de Rodrigo se centra en descifrar las palabras y tiene dificultad en extraer el significado de las mismas. La lectura silenciosa aunque es lenta es comprensiva.

**En escritura** se aprecian errores gramaticales, la caligrafía es poco elaborada y se observan letras poco diferenciadas. Comete errores básicos importantes, confunde sonidos, omite fonemas, etc., incluso palabras escritas en la hoja correctamente, las copia mal, por ejemplo, por 'ayer' escribió 'aller' al copiarla. Como se puede observar, los aprendizajes instrumentales están poco desarrollados, lo que le dificulta el éxito escolar.

En lo referente a las **Aptitudes Escolares**, teniendo en cuenta que estas son el resultado de la inteligencia, lo aprendido a nivel del medio, así como de la personalidad e intereses, Rodrigo ha obtenido los siguientes resultados en el Test de Aptitudes Escolares, TEA- 1:

	<b>CI 9 años</b>	<b>/</b>	<b>Centil, 4º de Primaria</b>
- Factor Verbal	142		97
- Factor de Razonamiento	117		80
- Factor de Cálculo	109		60
- Total General de Aptitudes	125		92

	<b>CI 10 años</b>	<b>/</b>	<b>Centil, 5º de Primaria</b>
- Factor Verbal	129		95
- Factor de Razonamiento	114		65
- Factor de Cálculo	106		45
- Total General de Aptitudes	119		80

De lo cual se desprende que Rodrigo tiene unas aptitudes escolares normales-altas que le posibilitan el éxito en el curso escolar siguiente aunque están por debajo de sus posibilidades.

Basándonos en el conjunto de la valoración, **Rodrigo es diagnosticado como un niño de inteligencia superior, superdotado (sobredotación intelectual)**, con alta capacidad de aprendizaje. Es de destacar la **excepcional inteligencia práctica, el elevado razonamiento abstracto y buena capacidad creativa.**

**A nuestro juicio diagnóstico, y según el DSM-IV, Rodrigo padece además Trastornos del Aprendizaje: trastornos de la lectura y de la expresión escrita.** El rendimiento en lectura y escritura considerando la precisión, comprensión y habilidad para escribir, se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado en función de la edad cronológica, del cociente intelectual y de la escolaridad. El trastorno tanto de lectura como de la expresión escrita interfiere significativamente en el rendimiento académico.

**A nivel de personalidad** se observa inseguridad e inestabilidad emocional, e introversión, así como inadaptación personal, social y aversión al aprendizaje. Rodrigo tiene sentimientos de inferioridad debido a su bajo rendimiento. Vive una sensación de fracaso por concienciar el desajuste entre sus posibilidades intelectuales y aspiraciones y sus resultados escolares. Esto le lleva a mostrarse inhibido en su conducta, como compensación, reacciona con obstinación y negativismo, produciéndole esta inestabilidad angustia que se traduce en tics y falta de atención. Actualmente el desajuste con la realidad inicial ha pasado a ser un autodesajuste por lo que no está satisfecho consigo mismo, tiene sentimientos de inadecuación y tiende a infravalorarse.

Las dificultades que encuentra en sí mismo para adaptarse a la vida se centran principalmente en su autoconcepto negativo. Tiene poca capacidad de trabajo y esfuerzo que junto a los desajustes escolares y sociales contribuyen a la baja motivación. Al valorarse por debajo de sus posibilidades, sus expectativas de éxito son escasas y consecuentemente no se esfuerza por alcanzar los objetivos, sobre todo los que ve como impuestos y sin ninguna implicación en ellos.

El problema es fundamentalmente pedagógico, siendo su inadaptación personal y social más bien consecuencia de las dificultades escolares; por consiguiente, en el caso de Rodrigo lo esencial es el tratamiento pedagógico ya que la experiencia ha demostrado que conforme va integrándose al ritmo que le permiten sus elevadas capacidades y ve compensados sus esfuerzos con un rendimiento más acorde con sus capacidades, también su personalidad es mucho más equilibrada.

Según el DSM-IV-TR, los trastornos pueden asociarse a desmoralización, baja autoestima y déficit en habilidades sociales. La tasa de abandonos escolares de niños o adolescentes con trastornos de aprendizaje se sitúa en alrededor del 40%, aproximadamente 1,5 veces el promedio.

En los superdotados intelectuales, al igual que ocurre con otros alumnos, es más frecuente observar el trastorno en niños que en niñas. En el caso de alumnos con sobredotación intelectual es mucho más difícil llegar al diagnóstico puesto que, dada su mayor capacidad, normalmente las puntuaciones en referencia a la media no son excesivamente bajas. En la mayoría de las ocasiones, como pudimos observar en el WISC-R en algunos de los sub-tests o en las aptitudes escolares. Si a esto se añade su elevada



capacidad intelectual, no es de extrañar que con frecuencia sean diagnosticados como superdotados intelectualmente, pero no como alumnos con trastornos de aprendizaje, provocando una intervención educativa a veces totalmente desajustada, lo cual hace empeorar el problema del niño puesto que plantean exigencias escolares no acordes con sus posibilidades reales.

Según Linda S. Siegel y otros (1997) los niños disléxicos presentan pues, el mismo déficit fonológico modular cualquiera que sea la competencia cognitiva general de sus procesos centrales: los más inteligentes de entre ellos no tendrían, en lo que respecta al déficit modular ninguna ventaja.

Sin embargo, si se tiene en cuenta la *experiencia del niño*, se debe plantear la cuestión de las relaciones que se establecen entre procesos modulares y procesos centrales, entre mecanismos elementales y metacognición. Stanovich ha propuesto la noción de “estrategia compensatoria” para dar cuenta de lo que permite a los niños paliar, especialmente por medio del proceso diferenciar, los déficit primarios ante los que se encuentran.

En el diagnóstico de alumnos con sobredotación intelectual se ha observado también la existencia de los dos matices distintos apuntados por Marshall y Newcombe en 1973 (Hinton, Plaut y Shallice, 1993), según estos autores, se pueden distinguir dos grupos:

- a) Dislexia superficial que reside en la ruta fonológica, basada en la correspondencia normal entre letras y sonidos, y
- b) Dislexia profunda que proviene de la ruta semántica, es decir, la que deriva de los significados directamente de la forma visual de las palabras.

El caso anteriormente expuesto aunque se ha diagnosticado de trastorno en lectura y escritura, pensamos pertenece fundamentalmente al primer grupo. Existen diferencias en la valoración de los niños según pertenezcan a uno u otro grupo que puede resultar interesante considerar de cara a la intervención:

Los niños del ‘grupo a’ suelen obtener menor puntuación en el WISC-R en comparación con el Stanford-Binet, mientras que en el ‘grupo b’ es al contrario, obtienen menor puntuación en el Stanford-Binet que en el WISC-R.

En el WISC-R, en el ‘grupo b’ es menor la puntuación obtenida en la parte verbal que en la manipulativa, por ejemplo, **el caso de Alberto, que comentaremos a continuación**, un niño que cursaba 6º de Primaria con talento para las Matemáticas y la Música, siendo sus puntuaciones de CIV.= 123 y CIM.= 142; en el ‘grupo a’ es mayor el nivel de CIV. que el CIM. como podemos observar en el caso de Rodrigo: CIV. 145 y CIM. 118.

Con relación a la distribución en el WISC-R de las puntuaciones más bajas y más altas también se observan diferencias; en el caso de Alberto, las más bajas fueron en Semejanzas, Comprensión, Claves e Historietas, y las más altas fueron Figuras Incompletas, Cubos y Rompecabezas; en cambio en Rodrigo, las más bajas fueron en Historietas, Rompecabezas y Claves, y las más altas en Semejanzas, Vocabulario y Comprensión.

La interpretación de las puntuaciones del WISC-R por profesionales

cualificados puede ser útil en la identificación de niños superdotados con dificultades de aprendizaje. Es importante considerar lo siguiente:

- la observación de dispersión en las puntuaciones de los subtests,
- la observación de discrepancia de puntuaciones entre la parte verbal y manipulativa, y
- la valoración cualitativa de la calidad de las respuestas.

En las escalas Verbales, de Ejecución y Puntuaciones Totales, diferencias de 7, 9, 10 puntos, respectivamente, entre las puntuaciones más altas y las más bajas son indicativas de una dispersión inusual. Diferencias entre cociente verbal y manipulativo, en cualquier dirección, de al menos 15 puntos puede ser indicativo de dificultades de aprendizaje (Yewchuk y Lupart, 1993).

Por otro lado, en las pruebas de Aptitudes Escolares en el caso de Alberto y a diferencia de las de Rodrigo, los resultados están acordes con la elevada capacidad.

Ahora bien, se observa al igual que en el otro grupo, serias dificultades en los aprendizajes instrumentales, por ejemplo en el caso de Alberto, los resultados en las pruebas de aprendizajes instrumentales en 5º de Primaria, fueron realmente muy bajos (puntuaciones de 1 a 10):

- Rapidez lectora 3,
- Comprensión lectora 7,
- Ortografía natural 5, y
- Ortografía arbitraria 3.

Es importante no olvidar que los resultados se refieren al nivel de 5º de Primaria y Alberto en ese momento estaba cursando 6º de Primaria.

Durante el desarrollo de Alberto se observaron dislalias y ambidextrismo. Según su tutor de 5º y 6º de Primaria destacaba por su inteligencia y por su vaguería “es una lástima pero de no cambiar estas actitudes pasivas peligrará su paso a niveles superiores..., ...manifiesta una gran apatía y desgana frente a las actividades propuestas, no hace los deberes, no trae los trabajos, olvida los libros y cuadernos..., ...aunque soy conocedor de la afición exagerada que tiene por la lectura y el número tan alto de libros que lee, la lectura en voz alta y en público no es muy fluida”. En sus notas escolares consta que *necesita mejorar en Conocimiento del Medio, Ortografía y Escritura*.

Alberto, en contraste con Rodrigo, es un niño con poca capacidad expresiva, habla poco y en cambio le gusta leer mucho; a Rodrigo le ocurre justamente lo contrario, es un niño con muy buena fluidez verbal, pero muestra escaso interés por la lectura.

Ahora es el momento de realizar un importante comentario sobre la disortografía, la cual para muchos autores (Fernández Baroja y otros, 1984) es una consecuencia de la dislexia; de hecho, muchos sujetos que han padecido dislexia y que han conseguido recuperarse hasta leer de modo comprensivo, siguen, no obstante, teniendo un número elevado de faltas de ortografía. Resulta muy frustrante en los alumnos con esta dificultad que sus profesores reiteradamente les bajen las puntuaciones de los exámenes por poner faltas, o les comenten que deben de leer más o hacer más y más cuadernos de caligrafía o estudiar todas las reglas ortográficas. Estos niños, dada la dificultad en la distinción y la memorización de las letras o grupos de

letras, si prestan atención al escribir a la ortografía y caligrafía, no pueden al mismo tiempo, como ocurre en los niños sin este problema, prestar atención al desarrollo y elaboración del escrito. Necesitan en muchas ocasiones releer el escrito para observar las enormes faltas ortográficas que, obviamente y dada la insistencia de padres y profesores, las tienen por lo general perfectamente aprendidas. Esto es interpretado por los padres y los profesores como falta de atención “es que no te fijas”. En el caso de los alumnos con sobredotación existe una desincronía enorme entre sus capacidades y sus logros académicos; gracias a éstas, son capaces de ir superando los cursos, pero la desmotivación, el escaso interés, el bajo autoconcepto y la falta de aceptación de sus capacidades son evidentemente un problema en el plano escolar y social pero sobre todo personal.

Recuerdo el caso de una mujer, a quien en los primeros años de su vida sus padres consideraron como una niña muy inteligente por su precocidad, pero cuando fue al colegio parece que las cosas cambiaron, dada la dificultad que tenía para aprender a leer y escribir correctamente. Repitió 2º de EGB y al igual que el resto de los alumnos con este tipo de dificultad, tuvo durante EGB malas notas; siempre le quedaban asignaturas para Septiembre y en sus libros de notas, la consigna de hacer dictados y leer más durante el verano, estuvo presente todos los años. A esta niña, a partir de los 11/12 años le gustó mucho la lectura, leía un libro de Erid Blyton en un fin de semana. Siempre tuvo la sensación de que sus profesoras la consideraban poco inteligente. A esto se unió que en los tests de grupo que le hicieron en el Colegio obtuvo muy malos resultados, lo cual hizo que aconsejaran a los padres que la sacaran del Colegio y estudiara Formación Profesional. Claro es, realizó FP y al mismo tiempo se puso a trabajar, pero como la gustaba estudiar, hizo el Bachiller y COU en horario nocturno. Según fueron avanzando los cursos las calificaciones fueron más altas.

Curiosamente los problemas con las faltas nunca dejaron de existir y aunque la joven se esforzaba en no cometerlas y cuando hacía un examen intentaba buscar palabras sinónimas que conociera, reiteradamente seguían apareciendo faltas, por lo que seguían bajándola las notas de los exámenes. El profesor de Lengua de COU comentó que le aprobaba la asignatura, pero dudaba mucho que lograra superar el examen de entrada a la Universidad por las faltas de ortografía. Lo primero que hizo cuando llegó a la Universidad fue preguntar a una profesora si podría realizar la carrera, y esta respondió que sí, ¿por qué no? Ella contestó que en el Instituto dijeron que no valía para estudiar. Actualmente es una mujer licenciada, que también acabó Formación Profesional y sigue cometiendo faltas de ortografía, no pronuncia con claridad y su lectura en voz alta no es fluida.

Hoy en día se queja muchas veces a los profesores de que a su hijo le penalicen, al igual que hicieron con ella, por las faltas de ortografía en los exámenes y en los trabajos escolares, bajándole las notas, diciéndole que lea más o que haga más caligrafía. Curiosamente parece que la comprensión de algunos profesionales sobre esta dificultad no ha cambiado y utilizan los mismos métodos de intervención de tiempo atrás. No es de extrañar, conociendo lo doloroso que resulta para una madre ver a su hijo ‘machacado’ por estos problemas en la lectura y escritura, que la madre de Edison decidiera sacar a su hijo del Colegio, después de escucharla decir a la profesora del niño que era deficiente y fuera educado por ella en casa.

Como en los casos anteriores es importante que los padres y los profesores tomen conciencia del problema, tanto pedagógico como psicológico, del niño para que lo enfoquen debidamente, aceptándolo de forma positiva y tratando de ayudarlo a superarlo.

Es importante identificarlos, y pronto, porque si no la mayoría de ellos tendrá respuestas emocionales negativas. Estas respuestas podrían tomar forma de depresión, una baja autoestima, agresividad o comportamientos disruptivos en clase (Jones, 1986). Las estrategias compensatorias se hacen menos efectivas mientras los niños van creciendo, de forma que la actuación 'media' es más difícil de conseguir.

Susan Baum (1988), una experta en niños superdotados con dificultades de aprendizaje ofrece las siguientes cuatro recomendaciones:

- la atención debería centrarse más en la superdotación del niño que en su dificultad,
- los niños superdotados con dificultades de aprendizaje deberían tener un ambiente de apoyo que valore y aprecie sus capacidades,
- deberían enseñarles estrategias que compensen las dificultades, y
- los educadores deberían ayudar a sus estudiantes a que sean conscientes de sus capacidades y dificultades y afrontarlas (Ellston, 1993).

Aunque predisposiciones genéticas, lesiones perinatales y distintas enfermedades neurológicas y médicas pueden estar asociadas al desarrollo de trastornos del aprendizaje, su presencia no predice invariablemente un posible trastorno de aprendizaje, existiendo muchas personas con trastornos de aprendizaje que no tienen historia semejante alguna.

Las últimas líneas de investigación sobre genética y cognición ha propiciado que se delimite la localización de un gen (o genes) implicado en la discapacidad para la lectura, el gen (o genes) no se ha podido caracterizar todavía (Plomin y DeFries, 1998).

Los trastornos de aprendizaje pueden persistir a lo largo de la vida adulta. Tal y como indica el DSM-IV-TR, las estimaciones de este tipo de trastornos se sitúan entre el 2 y el 10% dependiendo de la naturaleza de la evaluación y de las definiciones aplicadas (Pichot, 1995).

## **CONCLUSIÓN**

En este artículo hemos intentado ampliar y profundizar en las características de los alumnos con necesidades educativas especiales por sobredotación intelectual. La mayoría de los niños diagnosticados como superdotados que hemos evaluado, son niños sin trastornos asociados. Los trastornos asociados que con mayor frecuencia hemos observado han sido: "Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador, TDAH", "Trastornos del Aprendizaje" y "Trastornos de ansiedad por separación".

Si bien siempre es aconsejable que otro Especialista realice el Diagnóstico del niño, en todos los casos de niños con trastornos asociados se subraya la importancia de la validez convergente en el Juicio Clínico.

En todos estos casos, la disincronía entre la edad cronológica y la edad mental, así como la vivencia de las experiencias escolares como frustrantes, en lo referente a los niveles de aprendizaje y a su entorno social, hacía que los síntomas de los trastornos alcanzaran mayor virulencia. De hecho, en alguno de los casos expuestos con anterioridad, cuando el comportamiento y actitud de los padres hacia el niño cambió, juntamente con una adecuada intervención educativa por parte del Colegio, los niños mejoraron de forma significativa, en corto período de tiempo.

El motivo principal de este capítulo, deriva de un antiguo precepto de la Medicina: “No preguntemos qué enfermedad tiene el paciente, sino quién es el paciente que tiene la enfermedad” (Millon y Davis, 1998). Me parece un tanto artificial tratar el problema del alumno con sobredotación intelectual en sí cuando, como hemos podido observar, estos alumnos son muy heterogéneos, pero creo que es necesario, tanto para los profesionales de la enseñanza como para los padres, comprender que la educación sólo es posible si partimos del conocimiento del niño, cada alumno debe ser atendido de forma individual. Resulta difícil dar reglas generales de orientación para estos niños, pues bajo el término de superdotado hay personalidades, capacidades y ambientes socioculturales muy diferentes.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- Ajuriaguerra, J. y Marcelli, D. (1987): **Manual de Psicopatología del niño**. Masson, Barcelona.
- Alonso, J.A. (1990): Bajo rendimiento escolar y/o fracaso escolar en superdotados. En Benito, Y.: **Problemática del niño superdotado**. Amarú Ediciones, Salamanca.
- Alonso, J.A. (1995): **Adaptación escolar y social del superdotado de 6 a 16 años**. Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca.
- Alonso, J.A. y Benito, Y. (1996): **Superdotados: adaptación escolar y social en Secundaria**. Narcea, Madrid.
- Bailly, D. (1997): **Angustia de separación**. Masson, Barcelona.
- Barkley, R.A. (1990): **Attention Déficit Hyperactiity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment**. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1998): El desorden de hiperactividad y déficit de atención. En Investigación y Ciencia, Noviembre.
- Barkley, R.A. (1999): **Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales**. Paidós, Barcelona.
- Beltrán, J. y Pérez, L. (1993): Identificación. En Pérez, L.: **10 palabras clave en superdotados**. Verbo Divino, Estella.
- Benito, Y. (1992): **Desarrollo y Educación de los niños superdotados**. Amarú Ediciones, Salamanca.
- Benito, Y. (1993): Características más comunes a los niños superdotados. Necesidades educativas especiales. **Comunicaciones I Congreso Internacional de Psicología y Educación. Intervención Psicoeducativa**. Editorial Complutense, Madrid - 1991.
- Benito, Y. (1994): **Intervención e investigación psicoeducativas en alumnos superdotados**. Amarú Ediciones, Salamanca.

- Benito, Y. (1996): **Capacidad Metacognitiva y Estrategias Cognitivas de resolución de problemas matemáticos y de transformación y de inducción de estructuras en superdotados**. Ideación, revista en español sobre superdotación (7), Centro "Huerta del Rey".
- Benito, Y. (1997): **Inteligencia y algunos factores de personalidad**. Amarú Ediciones, Salamanca.
- Benito, Y. (1997): Trastornos emocionales y problemática de adaptación en alumnos superdotados. En Martín, C.: **Superdotados: problemática e intervención**. Universidad de Valladolid.
- Benito, Y. y Alonso, J.A. (2004): Sobredotación Intelectual, Definición e Identificación. Y Superdotados, Talentos, Creativos y Desarrollo Emocional. En Trilogía. UTPL, Loja (Ecuador).
- Biederman, J. et al. (1999): Pharmacotherapy of attention deficit & hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics*, 104.
- Binet, A. y Simon, T. (1916): **The Development of Intelligence in Children**, (1905), Williams and Wilkins, Baltimore.
- Borcherding, B. y otros (1988): Automatic and effortful processing in attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16.
- Buss, A.R. y Poley, W. (1986): **Diferencias Individuales. Rasgos y Factores**. El Manual Moderno, México.
- Campione, J.C., Brown, A.L. y Ferrara, R.A. (1982): Mental retardation and intelligence. En Sternberg, R.J. (Ed.): **Handbook of human intelligence**. Cambridge University Press, Cambridge.
- Cline, S. y Schwartz, D. (1999): **Diverse Populations of Gifted Children**. NJ: Merrill.
- Colom, B.R. (1995): **Tests, inteligencia y personalidad**. Pirámide, Madrid.
- Coriat, A.R. (1990): **Los niños superdotados**. Herder, Barcelona.
- Douglas, V.I. y Parry, P.A. (1994): Effects of reward and non-reward on frustration and attention in attention deficit disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22.
- Ellston. T. (1993): Resource Group for Gifted and Learning Disabled Articles. *Gifted Child Today*, V.16, 1.
- Feldhusen, J.F. y Jarwan, F.A. (1993): Gifted and talented youth for educational programs. En Heller, K.A., Mönks, F.J. y Passow, A.H.: **International Handbook of research and development of giftedness and talent**. Pergamon Press, Oxford.
- Fernández Baroja, F.; Llopis, A.M<sup>a</sup>. y Pablo de Riesgo, C. (1984): **La Dislexia: Origen, Diagnóstico y Recuperación**. Cepe, Madrid.
- Hallowell, E.M. y Ratey, J.J. (1994): **Driven to distraction**. New York: Pantheon Books.
- Hinton, G.E; Plaut, D.C. y Shallice, T. (1993): Simulación de lesiones cerebrales. En *Investigación y Ciencia*. Diciembre.
- Kaufmann, F.A.; Kalbfleisch, M.L. y Castellanos, F.X. (2000): Understanding and helping the gifted child with attention deficit disorders. Storrs, CT: The National Research Center on the Gifted and Talented.
- Kulisevsky, J. y Grau-Vaciana, J.M.: Diferentes presentaciones clínicas

- de los trastornos del movimiento. [www.scn.es/cursos/tmovimiento/capitulo\_II.htm].
- Lambert, N.M. y Hartsough, C.S. (1998): Prospective study of tobacco smoking and substance dependencies among samples of ADHD and non-ADHD participants. *Journal of Learning Disabilities*, 31.
- Miller, K.J. y Castellanos, F.X. (1998): Management of attention-deficit/hyperactivity disorders. *Pediatrics in Review*, 19.
- Millon, T. y Davis, R.D. (1998): **Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV**. Masson, Barcelona.
- Overmeyer, S. y Taylor, E. (1999): Annotation: principles of treatment for hyperkinetic disorder: practice approaches for the UK. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40.
- Paternite, C.E. y otros (1999): Childhood inattention-overactivity, agresión, and stimulant medication history as predictors of young adult outcomes. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 9.
- Pichot, P. (1995): **DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**. Masson, Barcelona.
- Plomin, R. y DeFries, J.C. (1998): Genética y cognición. En *Investigación y Ciencia*, Julio.
- Polaino-Lorente, A. (1986): **Psicología Patológica**. UNED, Madrid.
- Robinson, N. y Olszewski-Kubilius, P. (1997): Niños superdotados y talentosos: temas para pediatras. En *Pediatrics in Review*, 18.
- Siegel, L.S. y otros (1997): Trastornos específicos de aprendizaje de la lectura. Dislexias. En Narbona, J. y Chevrie-Muller, C.: **El lenguaje del niño**. Masson, Barcelona.
- Silverman, L.K. (1998): Through the lens of giftedness. *Roeper Review*, 20.
- Silverman, L.K. y Kearney, K. (1989): Parents of the extraordinarily gifted. En **Advanced development**, 1.
- Taylor, E. (1999): Development of clinical services for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56.
- Webb, J.T. y Latimer, D. (1993): ADHD and Children Who Are Gifted. *ERIC Digest #522*.
- Whitmore, J.R. y Maker, C.J. (1985): *Intellectual Giftedness in Disabled Persons*. Rockville, MD: Aspen.
- Wigal, T. y otros, (1998): Reliability and validity of the SKAMP rating scale in a laboratory school setting. *Psychopharmacology Bulletin*, 34.
- Willard-Holt, C. (1999): Doble excepcionalidades. [www.eric.org].
- Yewchuk, C. (1995): Eminence and Emocional Stability: Historical and Contemporary Views. En *Gifted and Talented International*. Vol. 10, Number 2, Fall.
- Yewchuk, C. y Lupart, J.L. (1993): Gifted Handicaped: A Desultory Duality. En Heller, K.A.; Mönks, F.J. y Passow, A.H.: **International Handbook of research and development of giftedness and talent**. Pergamon Press, Oxford.