

**LA PERCEPCIÓN DE LAS Y LOS PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE LOS  
MOTIVOS DE CONSULTA Y DIAGNÓSTICOS DE NIÑAS, NIÑOS Y  
ADOLESCENTES CON ALTA CAPACIDAD INTELECTUAL**

**HEALTH PROFESSIONALS' PERCEPTION OF THE REASONS FOR  
CONSULTATION AND DIAGNOSIS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH  
HIGH ABILITIES**

**Leire Aperribai\* y Vanessa Hernández-Gómez**

*Departamento de Psicología Clínica y de la Salud y Metodología de Investigación,*

*Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco UPV/EHU*

Tolosa Hiribidea, 70 – 20018 Donostia – San Sebastián (España)

\*Correspondencia: [leire.aperribai@ehu.eus](mailto:leire.aperribai@ehu.eus)

## La Percepción de las y los Profesionales Sanitarios sobre los Motivos de Consulta y Diagnósticos de Niñas, Niños y Adolescentes con Alta Capacidad Intelectual

### Resumen

La identificación o diagnóstico de las Altas Capacidades Intelectuales (ACI) en la población infanto-juvenil desde el enfoque clínico es escaso y contradictorio; lo mismo ocurre con la doble excepcionalidad. Sin embargo, es importante conocer cuál es la percepción al respecto de las y los profesionales de la salud, para favorecer la atención a esta población. Atendiendo a esta necesidad, en este estudio se pretende analizar la percepción que tienen las/los profesionales de la salud sobre los motivos por los que acuden las/los niños y adolescentes con ACI a las consultas y sobre los diagnósticos relacionados a las ACI, así como su percepción acerca de la doble excepcionalidad. Para ello se ha empleado un diseño de método mixto, por el cual se han analizado los datos cualitativos recogidos por medio de encuesta mediante el empleo del método Reinert. Los resultados obtenidos resaltan la falta de rendimiento escolar y los problemas de relación como motivos de consulta; también han resaltado la asociación de las ACI a distintos trastornos y problemas socio-afectivos; otro resultado importante es el desconocimiento expresado sobre el tema. Se concluye que las y los profesionales de la salud requieren de una mayor formación sobre las ACI.

**Palabras clave:** *Alta capacidad intelectual, diseño método mixto, doble excepcionalidad, motivo de consulta, profesional sanitario.*

### *Health Professionals' Perception of the Reasons for Consultation and Diagnosis of Children and Adolescents with High Abilities*

The identification or diagnosis of High Abilities (HA) in the child and adolescent population from the clinical approach is scarce and contradictory; the same happens with the double exceptionality. However, it is important to know what the perception of health professionals is in this regard, in order to attend this population. In response to this need, this study aims to analyze the perception that health professionals have about the reasons why children and adolescents with HA go to the consultations and about the diagnoses related to HA, as well as their perception about double exceptionality. For this, a mixed method design has been used, by which the qualitative data collected by means of a survey have been analyzed using the Reinert method. The results obtained highlight the underachievement and relationship problems as reasons for consultation; also, the association of HA to different disorders and socio-affective problems. Another important result is the lack of knowledge on the subject. Concluding, health professionals require more training on HA.

**Keywords:** *High abilities, mixed method design, double exceptionality, reason for consultation, health professional.*

Las personas con alta capacidad intelectual (ACI) tienen la singularidad de tener un desarrollo cognitivo distinto al resto de la población. Al poseer una potencialidad peculiar, podrán desarrollar uno o varios talentos que sobresalen en comparación a los demás. A partir del sustrato neurobiológico, en interacción con las variables psicosociales y de educación que inciden, se podrá desarrollar la potencialidad de la persona (Sastre-Riba, 2014).

Desde una perspectiva evolutiva del desarrollo del talento, las altas capacidades o los talentos se manifiestan como aptitudes de dominios específicos que si no se trabajan son susceptibles de perderse. Además, esa singularidad hace que estas personas tengan unas vivencias distintas a las demás personas, puesto que descubren, entienden e interpretan su entorno y el mundo en su peculiar manera (Pfeiffer, 2017). Otro aspecto que es clave es la posibilidad de desarrollar la creatividad, puesto que se trata de un aspecto básico para unas personas que tienen un potencial para desarrollar el pensamiento divergente (Betancourt, 2012). Si nos referimos a los intereses, las personas con altas capacidades realizan preguntas distintas y poseen unos intereses diferentes, más elaborados en ocasiones que el resto de la población desde las edades más tempranas (Aperribai y Garamendi, 2020). También suele coincidir con el desinterés que pueden desarrollar, junto con la desmotivación y los malos resultados académicos, el mal comportamiento y problemas de relación,

así como la necesidad de identificarlos a tiempo (Blaas, 2014; Kroesbergen et al., 2016). Al hablar de la capacidad cognitiva en las personas de alta capacidad aparecen reiteradamente dos rasgos subyacentes: la capacidad de entrelazar ideas, de generalizar, de pensamiento más elaborado que el resto del alumnado; y el pensamiento adulto, haciendo alusión a que tienen una forma de pensar muy racional que se asemeja a la de la persona adulta (Mönks, 2000). En referencia a la heterogeneidad y diversidad, las personas de alta capacidad poseen características que los distinguen a unos de otros y también en ocasiones se alude a perfiles distintos (Dai y Chen, 2013; Kroesbergen et al., 2016), tales como los talentos, la superdotación, el genio. Se habla también de las/los niños que muestran disincronías entre las capacidades cognitivas y las socioafectivas, aludiendo también a las distintas capacidades de relación que puedan tener (Baudson y Preckel, 2013, 2016; Tolan, 2018). En consecuencia, los/las niños/as con ACI se sienten diferentes y en ocasiones manifiestan su preocupación por no ser “normales” y su deseo de serlo (Aperribai y Garamendi, 2020). A veces eso les genera frustración y, en edades posteriores, conflictos de personalidad e identidad (Villatte et al., 2014). Unido a la sobreexcitabilidad que en ocasiones pueden manifestar, la regulación de las emociones y de las conductas pueden verse alteradas (Callealta, 2017).

Sin embargo, no solo se sienten diferentes estas personas, sino que la forma

en la que los demás los ven en ocasiones es errónea. La percepción que se tiene de las altas capacidades intelectuales (ACI) muchas veces no está ajustada a la realidad y se basa en mitos y estereotipos (Pérez et al., 2017). Son muchas las fuentes que mencionan los mitos y estereotipos que se crean en torno a estas personas, aspecto que no favorece el desarrollo de estas personas, sobre todo cuando provienen de las personas más cercanas, como puedan ser los progenitores o el profesorado, puesto que se ha corroborado que pueden dar lugar a actitudes de daño activo o negligencia (Pérez et al., 2020). Presumiblemente, parece que el ámbito empírico y clínico tampoco se libra de la ambigüedad. Así, algunos autores defienden que las personas con ACI tienen un mejor desempeño en la adaptación psicológica y carecen de deficiencias en habilidades sociales, mientras que otros manifiestan que tienen más probabilidades de sufrir problemas de regulación emocional debido a su talento y muestran déficits más o menos relevantes en las habilidades sociales (Ramiro et al., 2012). Algunos estudios apoyan la vulnerabilidad socioemocional de los niños/as con altas capacidades, de manera que asocian la alta capacidad con la ansiedad, el miedo o la vulnerabilidad general (Gere et al., 2009). Otros autores defienden que las y los niños y adolescentes con ACI tienen poco manejo de la inteligencia emocional, empatía y bienestar subjetivo, con una capacidad de autopercepción negativa, lo que deviene en una autoestima baja, y consecuentemente con una mayor probabilidad de que se vean

afectados por trastornos emocionales (Algaba-Mesa y Fernández-Marcos, 2021). En cambio, otros estudios como el de Ramiro et al. (2016) no han encontrado diferencias en cuanto al bienestar psicológico en personas con ACI en comparación con aquellas que no tienen ACI.

De esta forma, la poca información empírica existente acerca de sus características, y la extendida concepción de las ACI basada en mitos y estereotipos, junto con las diferencias en las concepciones existentes sobre la ACI, conllevan a dificultades en su diagnóstico o identificación. En ocasiones las características propias de las personas con ACI se califican, erróneamente, como desadaptativas, o incluso se defiende la existencia de personas con ACI que cumplen también con los criterios clínicos de determinados trastornos. Además, algunos autores apelan al camuflaje de la sintomatología propia del trastorno o discapacidad mediante las ACI, y viceversa (Doobay et al., 2014). De esta forma, por un lado, algunas características de las personas con ACI se asemejan a sintomatología propia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), pudiendo llegar a un diagnóstico erróneo o de doble excepcionalidad de ACI y TDAH (Bishop y Rinn, 2020). Por otro lado, varios autores expresan que a menudo es complejo diferenciar entre niños/as con ACI de aquellos con Trastorno del Espectro Autista (TEA) porque ambos grupos tienen excelentes capacidades de memoria, las habilidades académicas, los intereses

intensos, las sensibilidades sensoriales y el desarrollo asíncrono, dando lugar a los diagnósticos erróneos o a la ausencia del mismo (Doobay et al., 2014).

Asimismo, desde el ámbito de la clínica, también hay que tener en cuenta la comorbilidad o doble excepcionalidad en algunos casos, donde, además de recibir un diagnóstico de ACI, reciben otros paralelos (TDAH, TEA o dificultades de aprendizaje) que dificultan su identificación y su posterior tratamiento (Park et al., 2018).

En este estudio se pretende analizar la percepción que tienen las/los profesionales de la salud sobre las/los niñas y adolescentes con ACI. Concretamente, el primer objetivo es saber qué percepción tienen sobre los motivos de consulta por los que acuden a las y los profesionales de la salud. El segundo objetivo es analizar la percepción que tienen sobre los diagnósticos relacionados a las ACI, así como su percepción acerca de la doble excepcionalidad.

## MÉTODO

### Participantes

De una muestra inicial de 25 personas se eliminaron 2 por haber manifestado una falta de conocimiento sobre el tema. En el estudio participaron aquellas personas que accedieron a cumplimentar el cuestionario. Así, la muestra comprendió un total de 23 profesionales, entre quienes 20 eran mujeres (87%) y 3 hombres (13%), con un rango de edad entre los 31 hasta los 64 años ( $M = 47$ ;  $DT = 10,2$ ).

### Instrumento

Se diseñó y aplicó un cuestionario

online con preguntas abiertas y cerradas para profesionales de la salud con el fin de recoger datos cuantitativos y cualitativos (ver Anexo I).

### Procedimiento

Mediante la información recogida en internet se realizó un listado de profesionales, y se envió el cuestionario por email en distintos momentos entre abril de 2021 y diciembre de 2022. Participaron en el estudio aquellos que consintieron ofrecer los datos en las condiciones descritas en el documento de consentimiento informado.

A partir de los datos, se aplicó un diseño de método mixto, conocido como tercer paradigma (Denscombe, 2008; Johnson y Onwuegbuzie, 2004), caracterizado por la integración de metodología cuantitativa y cualitativa en la misma investigación, en el que se especificaba la secuencia y el peso de cada parte, y la relación entre ambas (Creswell y Plano-Clark, 2011). En este caso, se ha ofrecido el mismo peso a los datos cuantitativos y cualitativos, aplicando así un diseño de triangulación concurrente (Smith et al., 2016).

El estudio ha recibido el visto bueno del Comité de Ética de la UPV/EHU (M10\_2020\_323). Pertenece a un proyecto de investigación más amplio.

### Análisis de datos

El análisis de datos cuantitativos se llevó a cabo con el fin de estudiar los datos sociodemográficos y los datos correspondientes a las variables independientes. Se analizaron medias con sus correspondientes desviaciones típicas y porcentajes, mediante el programa IBM

SPSS v.25.

Para analizar el corpus de los datos cualitativos recogidos por medio de las preguntas abiertas, se empleó una metodología mixta que integra la metodología cuantitativa y cualitativa (Creswell y Plano-Clark, 2011). Para ello, se llevó a cabo un análisis factorial de correspondencias, donde se analizaron la matriz inicial con los efectivos para realizar transformaciones en porcentajes, y se estimaron los índices de distancia entre diferentes categorías o variables consideradas (matriz de distancias y dendrograma). Se empleó el método Reinert (Reinert, 1983, 1990), con el que se realizó un análisis de conglomerados o clúster a través de una clasificación jerárquica descendente, donde el punto de partida fue un solo grupo y se fueron formando subdivisiones, de manera que se formaron grupos de elementos homogéneos o conglomerados. Para ello, se utilizó el programa IRaMuTeQ 0.7 alpha 2 (Ratinaud, 2008-2020), que permite identificar las unidades léxicas con una mayor asociación a la clase o idea más expresada por las personas participantes, a través de las estimaciones de los valores de chi cuadrado. Debido a la transparencia y replicabilidad de los análisis estadísticos que el programa emplea y que tienen su base en las coocurrencias y las pautas de distribución utilizadas, el método permite evitar los obstáculos relacionados a la fiabilidad y validez de los resultados que se asocian a los análisis léxicos en la investigación cualitativa (Idoiaga et al., 2020).

## RESULTADOS

### Resultados cuantitativos

Los resultados muestran que, de un total de 23 profesionales, 7 eran del ámbito de la medicina (psiquiatría y pediatría), 14 de psicología, 1 de psicopedagogía y otra persona de otra categoría. Las personas que participaron tenían entre 1-40 años de experiencia ( $M = 18,6$ ;  $DT = 10,4$ ), y trabajaban en la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE) (87%), en la Comunidad Autónoma de Canarias (8,7%) y en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (4,3%). Además, 2 declararon tener un diagnóstico de ACI (8,7%) y 15 (65,2%) afirmaron conocer a una persona con ACI. El cuanto a la percepción que tienen del nivel de conocimiento sobre las ACI, 7 (30,4%) profesionales afirmaron poseer un alto nivel, 8 (34,8%) las y los profesionales consideraron calificaron como moderado su conocimiento, y otros 8 (34,8%) afirmaron tener un bajo nivel de conocimiento.

### Resultados cualitativos

*Pregunta 1: ¿Podría decirnos cuáles son los principales motivos de consulta de los niños y las niñas y de las chicas y los chicos adolescentes con altas capacidades intelectuales?*

De todas las unidades léxicas recogidas a partir de las respuestas dadas por las y los participantes a la pregunta expuesta, se eliminaron aquellas formas (palabras) cuyas frecuencias eran menores de tres, y se mantuvieron cuatro formas activas y una suplementaria. También se consideraron las formas en base a las variables sexo y profesión (ver Tabla 1 en Anexo II). Así mismo, se tuvieron en cuenta las formas en

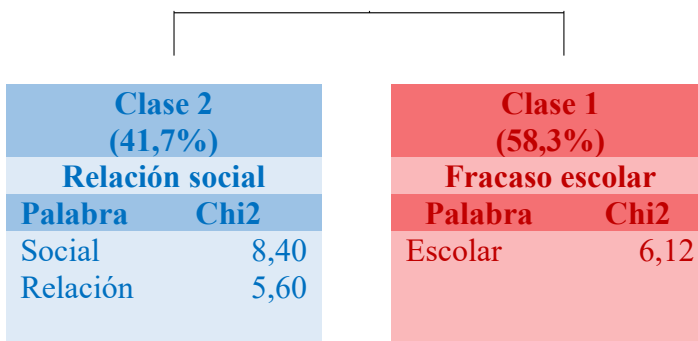
base a las variables tener un diagnóstico de ACI, tener alguna persona conocida con ACI, y el nivel de conocimiento que manifiesta tener sobre las ACI (ver Tabla 2 en Anexo II).

En el análisis factorial de correspondencias, se analizaron un total de

221 formas y el análisis jerárquico descendiente dividió el corpus en 2 clases y en 25 segmentos de texto (de los cuales 12, es decir, un 48,00% fueron clasificados). Los resultados del clúster jerárquico de asociación libre se muestran en el dendrograma de la Figura 1.

**Figura 1**

*Dendrograma de clúster jerárquico de asociación libre que muestra las palabras más significativas para su clase y sus correspondientes coeficientes de asociación  $\chi^2$ ,  $p < 0,05$ .*



La división del corpus dio lugar a dos clústeres: el primero, la Clase 1 (Fracaso escolar), que representa un 58,3% de las unidades textuales, se refiere al fracaso escolar como motivo de consulta, y se asocia a los y las profesionales que manifiestan pertenecer a la profesión de la medicina ( $\chi^2 = 6,12$ ;  $p = 0,01$ ). Se manifiesta a través de 2 citas que incluyen el fracaso escolar y 1 que expresa el mal rendimiento escolar.

El segundo clúster o Clase 2 (Relación social), que representa un 41,7% de las unidades textuales, se refiere a los problemas en las relaciones sociales como motivo de consulta, y se asocia a los y las profesionales que manifiestan pertenecer a la profesión de la psicología ( $\chi^2 = 6,12$ ;  $p$

$= 0,01$ ). Se manifiesta a través de 4 citas que incluyen conceptos con significados referentes a los problemas en las relaciones sociales.

*Pregunta 2: ¿Podría decirnos cuáles son los diagnósticos médicos (p.ej. somatizaciones o Tics) o psicológicos (p.ej. TDAH, TEA, ansiedad, depresión, conductas desadaptativas) más frecuentes de los niños y las niñas y de las chicas y los chicos adolescentes con altas capacidades intelectuales? ¿Qué información nos podría dar sobre la comorbilidad o la doble excepcionalidad en las niñas/niños y las chicas /chicos con alta capacidad intelectual?*

De todas las unidades léxicas recogidas a partir de las respuestas dadas



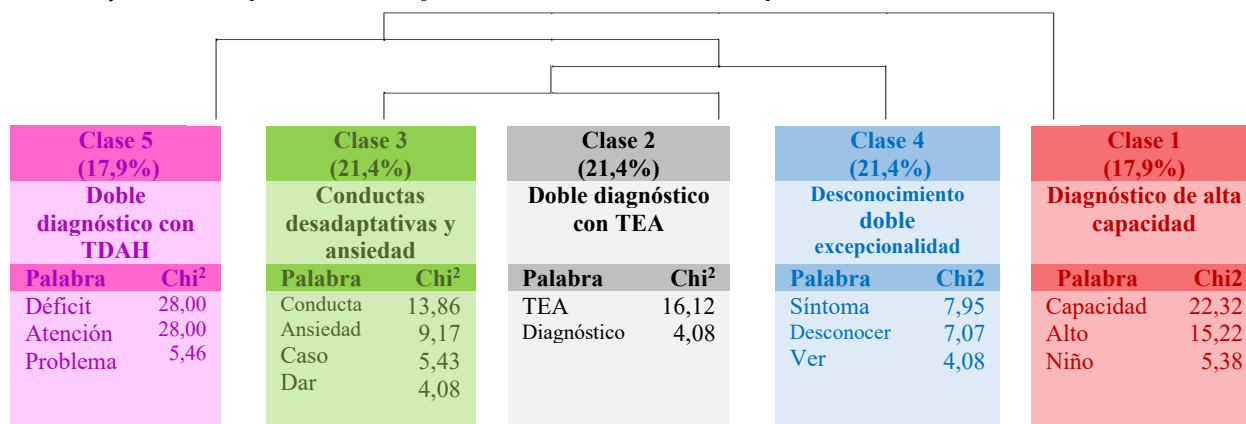
por las y los participantes a la pregunta expuesta, se eliminaron aquellas formas (palabras) cuyas frecuencias eran menores de tres, y se mantuvieron cuatro formas activas y una suplementaria. También se consideraron las formas en base a las variables sexo y profesión (ver Tabla 3 en Anexo II). Así mismo, se tuvieron en cuenta las formas con base a las variables tener un diagnóstico de ACI, tener alguna persona conocida con ACI, y el nivel de

conocimiento que manifiesta tener sobre las ACI (ver Tabla 4 en Anexo II).

En el análisis factorial de correspondencias, se analizaron un total de 372 formas y el análisis jerárquico descendiente dividió el corpus en 5 clases y en 35 segmentos de texto (de los cuales 28, es decir, un 80,00% fueron clasificados). Los resultados del clúster jerárquico de asociación libre se muestran en el dendrograma de la Figura 2.

**Figura 2**

*Dendrograma de clúster jerárquico de asociación libre que muestra las palabras más significativas para su clase y sus correspondientes coeficientes de asociación  $\chi^2$ ,  $p < 0,05$ .*



Una primera división del corpus dio lugar a dos clústeres: el primero comprende la Clase 1 (Diagnóstico de alta capacidad), y el segundo que se refiere a la doble excepcionalidad que se pueda mostrar o al desconocimiento de esta doble excepcionalidad, según la percepción de las y los profesionales. Así, este segundo clúster se divide entre la Clase 5 (Doble diagnóstico con TDAH) y otro clúster que recoge el desconocimiento, así como otros diagnósticos. Este último se divide, por

tanto, en la Clase 4 (Desconocimiento doble excepcionalidad), y otro clúster que recoge otras dos entidades nosológicas de diagnóstico: la Clase 2 (Doble diagnóstico con TEA) y la Clase 3 (Conductas desadaptativas y ansiedad).

Así, la Clase 1, denominada “Diagnóstico de alta capacidad” y que representa un 17,9% de las unidades textuales, se refiere al diagnóstico de las ACI, y de la posibilidad de la aparición de la doble excepción con diversos trastornos.



Se asocia a los y las profesionales con una edad de 61 y 50 años ( $\text{Chi}^2 = 9,91; p = 0,002$ ), con una experiencia de 25 años ( $\text{Chi}^2 = 9,91; p = 0,002$ ), y que es responsable de un centro de ACI años ( $\text{Chi}^2 = 9,91; p = 0,002$ ). Destaca la cita que recoge que “aproximadamente el 80% de la demanda solicita identificar alta capacidad” (mujer, 61 años, responsable de centro de ACI, 15 años de experiencia, nivel moderado de conocimiento percibido). También aquella que dice que “evidentemente una alta capacidad puede tener comorbilidad con un TDAH y con una dislexia” (mujer, 50 años, psicóloga, 25 años de experiencia, nivel elevado de conocimiento percibido).

Por otro lado, la Clase 2, denominada “Doble diagnóstico con TEA” y que representa un 21,4% de las unidades textuales, se refiere al doble diagnóstico de las ACI y el TEA, y se asocia a los y las profesionales con una edad de 33 años ( $\text{Chi}^2 = 7,9; p = 0,005$ ), con una experiencia de 6 años ( $\text{Chi}^2 = 7,9; p = 0,005$ ), y que manifiesta no conocer a ninguna persona con ACI ( $\text{Chi}^2 = 5,43; p = 0,02$ ). Destaca la cita de una de las participantes (mujer, 33 años, psicóloga, 6 años de experiencia, nivel moderado de conocimiento percibido) que manifiesta que “en mi caso, en cuanto a diagnósticos psicológicos, he encontrado bastantes casos de TEA”.

En cuanto a la Clase 3, se ha denominado “Conductas desadaptativas y ansiedad” y representa un 21,4% de las unidades textuales. Ésta se refiere a las conductas desadaptativas y a la ansiedad que muestran las y los niños con ACI, y no

se asocia a ninguna variable independiente en concreto. Sin embargo, se recogen 7 citas que incluyen las conductas desadaptativas, y 10 citas que se refieren a la ansiedad.

La Clase 4, denominada “Desconocimiento doble excepcionalidad” y que representa un 21,4% de las unidades textuales, se refiere a la falta de conocimiento que manifiestan tener las y los profesionales de la salud sobre la doble excepcionalidad, y se asocia a profesionales con una edad de 63 años ( $\text{Chi}^2 = 7,9; p = 0,005$ ) y 38 años ( $\text{Chi}^2 = 5,38; p = 0,02$ ), con una experiencia de 32 años ( $\text{Chi}^2 = 7,9; p = 0,005$ ), y profesional de la psicología ( $\text{Chi}^2 = 4,94; p = 0,03$ ). Entre las citas, resalta aquella que manifiesta la aparición de “síntomas depresivos”, entre otros, a la vez que manifiesta desconocer la doble excepcionalidad (mujer, 38 años, psicóloga, 15 años de experiencia, nivel bajo de conocimiento percibido). Pero cabe decir también que la palabra desconocer o aquellas con un significado similar se recogen en 7 citas para afirmar que se desconoce la forma en la que aparece la doble excepcionalidad en las niñas y niños con ACI.

Finalmente, la Clase 5, denominada “Doble diagnóstico con TDAH” y que representa un 17,9% de las unidades textuales, se refiere a la doble excepcionalidad de las ACI con el TDAH, y se asocia a profesionales con una experiencia de 22 años ( $\text{Chi}^2 = 9,91; p = 0,002$ ), profesional de medicina ( $\text{Chi}^2 = 7,89; p = 0,005$ ) y edad de 47 años ( $\text{Chi}^2 = 55,46; p = 0,02$ ). Destaca la cita de una de las participantes (mujer, 47 años, médica,

22 años de experiencia, nivel moderado de conocimiento percibido) que manifiesta que “no recuerdo la prevalencia exacta, pero un 3% de las personas con ACI puede tener TDAH”. Además, es relevante que 15 citas incluyen el diagnóstico de TDAH como concurrente con las ACI.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio se asocian a los objetivos planteados. De esta forma, las y los profesionales de la salud manifiestan que principalmente son dos los motivos por los que las y los niños y adolescentes con ACI acuden a consulta. En primer lugar, la falta de rendimiento o fracaso escolar es un factor que se estima surge de una falta de motivación y que genera malestar en la persona con ACI (Ramos et al., 2021), por lo que sería un motivo de consulta eminente, tal y como se ha recogido en este estudio. En segundo lugar, se perciben los problemas referentes a las relaciones sociales como motivo de consulta a profesionales de la salud, aun no estando claro si realmente las personas con ACI tienen una mayor predisposición a problemas sociales, en comparación con quienes no tienen esta condición (Fernández-Mora et al., 2022). Por tanto, no se podría fundamentar esta percepción referente a los motivos de consulta. Estos dos motivos explican aproximadamente la mitad del corpus de los datos recogidos, por lo que cabe decir que también se citan otros motivos de consulta que tienen relación con la doble excepcionalidad, es decir, con el diagnóstico de algún trastorno

(principalmente TEA y TDAH), pero también dificultades de aprendizaje, depresión y problemas emocionales. En todo caso, estos últimos motivos no tienen suficiente peso para llegar a generar otro clúster o conglomerado, por lo que quedan sin clasificar en los resultados. Es posible que esto se explique por la falta de consenso existente entre los autores, asignando algunos una mayor vulnerabilidad emocional a las personas con ACI, mientras otros la desmienten (Fernández-Mora et al., 2022). Por tanto, la percepción de las y los profesionales que han participado puede estar afectada por esa falta de consenso.

En cuanto al diagnóstico (identificación) de las ACI y su relación con otras entidades nosológicas, las y los profesionales de la salud perciben que pueden darse conjuntamente las ACI con problemas o trastornos de diversa índole. De esta forma, se citan los dobles diagnósticos de TEA y TDAH que, según Park et al. (2018) son comunes en personas con ACI, y su diagnóstico puede incluso dificultar la identificación de las ACI. También se citan las conductas desadaptativas y la ansiedad como problemas asociados al diagnóstico de las ACI. La percepción de que estas conductas junto con el diagnóstico de ansiedad concurren con las ACI coincide con Gere et al. (2009) que apoyan la idea de que cierta vulnerabilidad socioemocional de los niños/as con ACI puede dar lugar a riesgos psicopatológicos como la ansiedad. Sin embargo, como se mencionado previamente, la literatura es ambigua al respecto, y sería importante aclarar este

aspecto (Fernández-Mora et al., 2022).

Finalmente, los resultados dan a conocer el desconocimiento que las y los profesionales de la salud tienen sobre la doble excepcionalidad en las personas con ACI. Casi un tercio de las y los profesionales que han participado admiten desconocer esta condición. Este resultado coincide con los resultados sobre la percepción que tienen las y los profesionales sobre su conocimiento acerca de las ACI, puesto que solo un 30,4% admite tener un conocimiento elevado, mientras que el resto manifiesta tener un conocimiento moderado o bajo. Además, converge con el desconocimiento general que hay sobre las ACI en diversos ámbitos, y específicamente en las disciplinas sanitarias, tal y como se ha observado, por ejemplo, en la pediatría (Shah et al., 2013). Cabe preguntarse si este desconocimiento se manifiesta junto con una concepción errónea sobre las ACI (Pérez et al., 2017), o junto con los mitos y estereotipos que existen sobre esta condición (Pérez et al., 2020). Ello podría incurrir en diagnósticos erróneos tanto de las ACI, como de la doble excepcionalidad, que ya se han mencionado en estudios previos (Park et al., 2018).

## CONCLUSIONES

Este estudio lleva a la conclusión de que, exceptuando aquellos profesionales que están especializados en el conocimiento de las ACI, la mayoría muestran un conocimiento general, o incluso desconocimiento de éstas y de la doble excepcionalidad.

El conocimiento general podría

hacer referencia a saber las características más relevantes de esta población, así como a tener una noción de los trastornos que mayormente se han asociado a ella (p. ej., TDAH o TEA), a problemas de adaptación o a la ansiedad generada por problemas emocionales, familiares o escolares. Sin embargo, no se denota una mayor profundización para poder realizar una identificación adecuada (en términos de diagnóstico) y responder a las necesidades características de esta población (en términos de intervención para la prevención del bienestar y de la salud mental).

Los resultados que aquí se presentan deben tomarse con cautela debida a la muestra. Por un lado, se trata de una muestra reducida; por otro lado, es una muestra asimétrica en cuanto a género, profesión y años de experiencia. Por tanto, se propone la conveniencia de superar estas limitaciones con muestras más grandes y representativas en estudios futuros.

A pesar de las limitaciones muestrales, este estudio cualitativo arroja la necesidad de investigar con muestras más amplias y metodologías más diversas la formación y capacitación que tienen las y los profesionales de la salud para poder identificar de forma correcta las ACI, así como de diagnosticar la doble excepcionalidad cuando así lo requiera, lejos de prácticas de evaluación erróneas. El estudio de las competencias profesionales mencionadas posibilitaría el diseño de programas de formación adecuadas y específicas que supondrían un paso adelante en la intervención preventiva con estos niños y niñas y adolescentes. Por tanto,

favorecería la mejora de su salud  
psicológica y bienestar

## REFERENCIAS

- Algaba-Mesa, A., y Fernández-Marcos, T. (2021). Características socioemocionales en población infanto-juvenil con altas capacidades: una revisión sistemática. *Revista de Psicología y Educación*, 16(1), 60-74.
- Aperribai, L., y Garamendi, L. (2020). Percepción del profesorado de Educación Primaria sobre las características y la detección del alumnado con alta capacidad intelectual en la Comunidad Autónoma del País Vasco. *Revista de Educación*, 390, 103-127. <https://doi.org/10.4438/1988-592X-RE-2020-390-467>
- Baudson, T.G. y Preckel, F. (2013). Teacher's implicit personality theories about the gifted: An experimental approach. *School Psychology Quarterly*, 28(1), 37-46. <https://doi.org/10.1037/spq0000011>
- Baudson, T.G. y Preckel, F. (2016). Teacher's conceptions of gifted and average-ability students on achievement-relevant dimensions. *Gifted Child Quarterly*, 60(3), 212-225. <https://doi.org/10.1177/0016986216647115>
- Betancourt, J. (2012). Creatividad e inteligencia: interrogantes y respuestas. In M. D. Valadez, J. Betancourt, y M. A. Zavala (Eds.). *Alumnos superdotados y talentosos. Identificación, evaluación e intervención. Una perspectiva para docentes* (2ª ed.) (pp. 1-24). Manual Moderno.
- Bishop, J.C., y Rinn, A.N. (2020). The potential of misdiagnosis of high IQ youth by practicing mental health professionals: A mixed methods study. *High Ability Studies*, 31(2), 213-243. <https://doi.org/10.1080/13598139.2019.1661223>
- Blaas, S. (2014). The relationship between social-emotional difficulties and underachievement of gifted students. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 24(2), 243-255. <https://doi.org/10.1017/jgc.2014.1>
- Callealta, M.T. (2017). Influencia de las emociones en el aprendizaje. In M. Dorado (Coord.). *Altas capacidades intelectuales. Guía práctica de atención al alumnado* (pp. 155-172). Altaria.
- Creswell, J.W., y Plano-Clark, V.L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2ª ed.). Sage.
- Dai, D.Y. y Chen, F. (2013). Three paradigms of gifted education: In search of conceptual clarity in research and practice. *Gifted Child Quarterly*, 57(3), 151-168. <https://doi.org/10.1177/0016986213490020>
- Denscombe, M. (2008). Communities of Practice. *Journal of Mixed Methods Research*, 2(3), 270-283. <https://doi.org/10.1177/1558689808316807>
- Doobay, A.F., Foley-Nicpon, M., Ali, S.R., y Assouline, S.G. (2014). Cognitive, adaptive, and psychosocial differences between high ability youth with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(8), 2026-2040. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2082-1>
- Fernández-Mora, A., Hinojosa, J.A., y Duñabeitia, J.A. (2022). Emotional processing of gifted children: An unresolved matter. *Psicológica*, 43(2), e14778. <https://doi.org/10.20350/digitalCSIC/1>

- 4778
- Gere, D.R., Capps, S.C., Mitchell, D.W., y Grubbs, E. (2009). Sensory sensitivities of gifted children. *American Journal of Occupational Therapy*, 64, 288–295.
- Idoiaga, N., Berasategi, N., Eiguren, A., y Picaza, M. (2020). Exploring children's social and emotional representations of the Covid-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 11, 1952. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01952>
- Johnson, R.B., y Onwuegbuzie, A.J. (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, 33(7), 14–26. <https://doi.org/10.3102/0013189x033007014>
- Kroesbergen, E.H., van Hooijdonk, M., Van Viersen, S., Middel-Lalleman, M.M.N., y Reijnders, J.J.W. (2016). The psychological well-being of early identified gifted children. *Gifted Child Quarterly*, 60(1), 16-30. <https://doi.org/10.1177/0016986215609113>
- Mönks, F. (2000). Serving the needs of gifted individuals: the optimal match model. En: *Cedefop, Agora IX. Alternative education and training processes* (pp. 37-50). Panorama series, 66. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Park, S., Foley-Nicpon, M., Choate, A., y Bolenbaugh, M. (2018). “Nothing fits exactly”: Experiences of Asian American parents of twice-exceptional children. *Gifted Child Quarterly*, 62(3), 306-319. <https://doi.org/10.1177/0016986218758442>
- Pérez, J., Aperribai, L., Cortabarría, L., y Borges, A. (2020). Examining the most and least changeable elements of the social representation of giftedness. *Sustainability*, 12(13), 5361. <https://doi.org/10.3390/su12135361>
- Pérez, J., Borges, A., y Rodríguez, E. (2017). Conocimientos y mitos sobre altas capacidades. *Talincrea*, 6, 40-51.
- Pfeiffer, S.I. (2017). *Identificación y evaluación del alumnado con altas capacidades. Una guía práctica*. UNIR Editorial.
- Ramiro, P., Marchena, E., Aguilar, M., Navarro, J.I., Menacho, I., y González, M. (2012). Bienestar personal en sujetos con altas capacidades. Un estudio preliminar. *Faisca*, 17(19), 65-76.
- Ramiro, P., Navarro, J.I., Menacho, I., López M.M., y García, M.A. (2016). Bienestar psicológico en personas con alta capacidad intelectual. *European Journal of Education and Psychology*, 9, 72-78. <https://doi.org/10.1016/j.ejeps.2015.12.001>
- Ramos, A., Lavrijsen, J., Soenens, B., Vansteenkiste, M., Sypré, S., y Verschueren, K. (2021). Profiles of maladaptive school motivation among high-ability adolescents: A person-centered exploration of the motivational Pathways to Underachievement model. *Journal of Adolescence*, 88, 146-161. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2021.03.001>
- Ratinaud, P. (2008-2020). *IRaMuTeQ 0.7 alpha 2. Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*. Disponible en: <http://iramuteq.org/>
- Reinert, M. (1983). Une méthode de classification descendante hiérarchique: application à l'analyse lexicale par contexte. *Les cahiers de l'analyse des données*, 8, 187–198.

- Reinert, M. (1990). Alceste, Une méthode d'analyse des données textuelles. Application au texte "Aurélia" de Gérard de Nerval. *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 26, 25–54. <https://doi.org/10.1177/07591063900260010>
- Sastre-Riba, S. (2014). Intervención psicoeducativa en la alta capacidad: funcionamiento intelectual y enriquecimiento extracurricular. *Revista de Neurología*, 58(Supl 1), S89-S98.
- Shah, R.P., Kunnavakkam, R., y Msall, M.E. (2013). Pediatricians' Knowledge, Attitudes, and Practice Patterns Regarding Special Education and Individualized Education Programs. *Academic Pediatrics*, 13(5), 430–435. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2013.03.003>
- Smith, T.M., Cannata, M., y Haynes, K.T. (2016). Reconciling data from different sources: Practical realities of using mixed methods to identify effective high school practices. *Teachers College Record* 118, 1–34. Disponible en: <https://www.tcrecord.org/content.asp?contentid=20515>
- Tolan, S.S. (2018). The value and importance of mindfulness for the highly to profoundly gifted child. *Gifted Education International*, 34(2), 193–202. <https://doi.org/10.1177/0261429417716348>
- Villatte, A., Courtinat-Camps, A., y Léonardis, M. (2014). Typology of self-concept of adolescents in France: A comparison of gifted and nongifted French high school students. *Roeper Review*, 36(1), 30-42. <https://doi.org/10.1080/02783193.2013.856828>



**Anexo I**

Instrumento: Preguntas del Cuestionario (Abiertas y Cerradas)

**Información General**

Edad		Nacionalidad	
Sexo		Lugar de procedencia	

Nivel de estudios (indique con una X el nivel máximo de estudios que tiene ahora)									
Sin estudios		Primaria		Secundaria		Bachillerato/FP		Universitarios	

Lugar de trabajo (provincia)		Situación laboral	
Puesto de trabajo (entidad)		Años de experiencia	
Profesión		Especialidad	

¿Se le ha diagnosticado a usted la alta capacidad intelectual?

No	
Sí	
NS/NC	

¿Tiene algún familiar o conocido cercano diagnosticado con altas capacidades *intelectuales*?

No			
Sí		Indique quién	

¿Participa personalmente en algún programa de altas capacidades *intelectuales*?

No			
Sí		Indique cuál	

Conocimiento Sobre las ACI

¿Tiene algún conocimiento sobre las altas capacidades intelectuales?

Poco		Moderado		Mucho	
------	--	----------	--	-------	--

¿Participa o ha participado en algún programa de formación profesional sobre las altas capacidades intelectuales o la precocidad?

No			
Sí		Indique cuál	

Pregunta 1: ¿Podría decirnos cuáles son los principales motivos de consulta de los niños y las niñas y de las chicas y los chicos adolescentes con altas capacidades intelectuales?

Pregunta 2: ¿Podría decirnos cuáles son los diagnósticos médicos (p.ej. somatizaciones o Tics) o psicológicos (p.ej. TDAH, TEA, ansiedad, depresión, conductas desadaptativas) más frecuentes de los niños y las niñas precoces y de las chicas y los chicos adolescentes con altas capacidades intelectuales? ¿Qué información nos podría dar sobre la comorbilidad o la doble excepcionalidad en las niñas/niños, y las chicas /chicos con alta capacidad intelectual?

Anexo II

**Tabla 1**

*Tipos y frecuencias de las formas activas y suplementarias en base al sexo y a la profesión. Pregunta 1*

Formas		Sexo		Profesión				Total Frecuencia
Forma	Tipo	Hombre	Mujer	Medic.	Psico.	Psicopeda.	Otra	
alguno	adj	1	4	2	2	1	0	5
aprendizaje	nom	1	2	0	2	1	0	3
atención	nom	0	3	2	0	0	1	3
caso	nom	1	2	0	3	0	0	3
chico	nom	1	11	3	9	0	0	12
consulta	nom	0	4	2	0	1	1	4
depresión	nom	0	3	2	1	0	0	3
dificultad	nom	1	3	0	2	2	0	4
emocional	adj	2	3	0	4	1	0	5
escolar	adj	1	6	5	2	0	0	7
familia	nom	0	3	0	3	0	0	3
fracaso	nom	0	3	3	0	0	0	3
niño	nom	2	8	0	9	0	1	10
problema	nom	0	9	3	4	2	0	9
querer	ver	0	3	0	3	0	0	3
relación	nom	0	4	0	3	1	0	4
se	sw	0	5	2	3	0	0	5
social	adj	0	4	0	4	0	0	4
sospechar	ver	1	2	0	3	0	0	3
TEA	nom	1	2	2	1	0	0	3
trastorno	nom	0	3	2	0	1	0	3

**Tabla 2**

*Frecuencias de las formas activas y suplementarias en base a las variables diagnóstico de ACI, conocer a persona con ACI y nivel de conocimiento sobre las ACI manifestado. Pregunta 1*

Formas	Diagnóstico de ACI			Persona conocida con ACI		Nivel de conocimiento sobre las ACI			Total Frecuencia
	Forma	No	Sí	NS/NC	No	Sí	Poco	Moderado	
alguno	4	1	0	0	5	0	4	1	5
aprendizaje	1	1	1	2	1	1	0	2	3
atención	3	0	0	0	3	0	3	0	3
caso	2	0	1	1	2	0	2	1	3
chico	10	0	2	3	9	3	5	4	12
consulta	3	1	0	0	4	2	1	1	4
depresión	3	0	0	1	2	0	3	0	3
dificultad	1	2	1	1	3	0	0	4	4
emocional	1	2	2	1	4	1	2	2	5
escolar	5	1	1	2	5	2	4	1	7
familia	3	0	0	0	3	0	3	0	3
fracaso	3	0	0	0	3	1	2	0	3
niño	9	0	1	1	9	0	7	3	10
problema	7	2	0	5	4	3	4	2	9

querer	2	0	1	0	3	0	2	1	3
relación	3	1	0	1	3	0	1	3	4
se	5	0	0	2	3	3	1	1	5
social	4	0	0	1	3	1	0	3	4
sospechar	3	0	0	1	2	1	2	0	3
TEA	2	0	1	1	2	0	2	1	3
trastorno	2	1	0	0	3	0	2	1	3

**Tabla 3**

*Tipos y frecuencias de las formas activas y suplementarias en base al sexo y a la profesión. Pregunta 2*

Formas		Sexo		Profesión				Total Frecuencia
Forma	Tipo	Hombre	Mujer	Medic.	Psico.	Psicopeda.	Otra	
alguno	adj	0	4	2	2	0	0	4
alto	adj	2	6	0	6	0	2	8
ansiedad	nom	1	12	4	5	3	1	13
atención	nom	0	5	4	1	0	0	5
capacidad	nom	1	5	0	4	0	2	6
caso	nom	1	12	1	8	3	1	13
chico	nom	1	5	2	4	0	0	6
conducta	nom	1	6	3	3	1	0	7
dar	ver	0	3	0	2	1	0	3
déficit	nom	0	5	4	1	0	0	5
depresión	nom	1	8	4	4	1	0	9
desconocer	ver	0	7	3	4	0	0	7
diagnóstico	nom	1	4	0	4	1	0	5
dificultad	nom	0	3	0	0	2	1	3
doble	adj	1	2	0	2	1	0	3
dolor	nom	0	4	3	0	1	0	4
encontrar	ver	1	2	1	2	0	0	3
escolar	adj	0	3	3	0	0	0	3
forma	nom	1	3	0	4	0	0	4
más	adv	1	5	0	3	2	1	6
niño	nom	1	11	3	3	4	2	12
ocasión	nom	1	3	0	3	0	1	4
parecer	ver	0	3	0	2	0	1	3
problema	nom	0	6	3	1	1	1	6
se	sw	1	5	0	5	1	0	6
síntoma	nom	1	3	0	4	0	0	4
soler	ver	1	5	0	5	0	1	6
tanto	adj	0	3	0	0	1	2	3
TEA	nom	2	9	3	7	1	0	11
trastorno	nom	0	3	1	2	0	0	3
ver	ver	1	2	1	2	0	0	3

**Tabla 4**

*Frecuencias de las formas activas y suplementarias en base a las variables diagnóstico de ACI, conocer a persona con ACI y nivel de conocimiento sobre las ACI manifestado. Pregunta 2*

Formas	Diagnóstico de ACI			Persona conocida con ACI		Nivel de conocimiento sobre las ACI			Total Frecuencia
	<i>Forma</i>	<i>No</i>	<i>Sí</i>	<i>NS/NC</i>	<i>No</i>	<i>Sí</i>	<i>Poco</i>	<i>Moderado</i>	
alguno	4	0	0	2	2	2	2	0	4
alto	6	0	2	3	5	1	3	4	8
ansiedad	7	3	3	5	8	4	3	6	13
atención	5	0	0	1	4	1	3	1	5
capacidad	4	0	2	1	5	0	2	4	6
caso	8	3	2	3	10	2	6	5	13
chico	5	0	1	1	5	0	5	1	6
conducta	3	1	3	1	6	2	1	4	7
dar	1	1	1	0	3	0	0	3	3
déficit	5	0	0	1	4	1	3	1	5
depresión	7	1	1	3	6	2	4	3	9
desconocer	5	1	1	3	4	5	1	1	7
diagnóstico	4	1	0	0	5	0	4	1	5
dificultad	1	2	0	0	3	0	1	2	3
doble	2	1	0	1	2	0	1	2	3
dolor	3	1	0	2	2	2	1	1	4
encontrar	3	0	0	1	2	0	3	0	3
escolar	3	0	0	0	3	0	3	0	3
forma	4	0	0	0	4	0	1	3	4
más	3	2	1	0	6	0	2	4	6
niño	6	4	2	1	11	3	2	7	12
ocasión	3	0	1	1	3	0	1	3	4
parecer	3	0	0	0	3	0	1	2	3
problema	4	1	1	0	6	0	4	2	6
se	4	1	1	1	5	0	0	6	6
síntoma	4	0	0	1	3	1	2	1	4
soler	6	0	0	1	5	0	2	4	6
tanto	2	1	0	0	3	0	2	1	3
TEA	9	1	1	6	5	2	7	2	11
trastorno	1	0	2	0	3	0	1	2	3
ver	3	0	0	0	3	1	1	1	3