

# Aspectos psicopatológicos del coeficiente intelectual limítrofe: un estudio en el Hospital de la Misericordia, 2000-2005

**Juana Yolanda Atuesta Fajardo<sup>1</sup>**  
**Rafael Antonio Vásquez Rojas<sup>2</sup>**  
**Zulma Consuelo Urrego Mendoza<sup>3</sup>**

## Resumen

*Introducción:* El bajo rendimiento académico es un motivo de consulta frecuente en psiquiatría infantil, con posibles causas como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), los trastornos emocionales de la infancia, los trastornos del aprendizaje, las deficiencias sensoriales y el déficit cognoscitivo. Sin embargo, existe una condición anómala que sin pertenecer a una clasificación nosológica específica, toma cada vez más importancia en la práctica clínica: el coeficiente intelectual limítrofe (CIL), definido por el puntaje entre 71 y 84. *Objetivos:* Describir las características sociodemográficas y las comorbilidades más frecuentes de pacientes con CIL en el servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital La Misericordia entre los años 2000 y 2005. *Materiales y métodos:* Estudio descriptivo. Revisión de base de datos e historias clínicas de pacientes con WISC R entre 71 y 84. *Resultados:* Se recolectaron datos de 161 pacientes: 68,94% (n=111) fueron varones; la edad promedio fue 11,5 años; el 92,53% pertenecía a estrato socioeconómico bajo y el motivo de consulta más frecuente fue bajo rendimiento académico en 40,37% (n=65); el antecedente personal más frecuente fue retardo psicomotor, en 20,49% (n=33); 19,87% (n=32) repetía año escolar. El TDAH fue la comorbilidad más frecuente, con 57,14% (n=92), seguido por depresión y/o ansiedad, con 22,98%(n=37). *Conclusión:* El CIL, sumado a condiciones socioeconómicas desfavorables, es un factor que puede aumentar la vulnerabilidad del individuo a cualquier psicopatología y afectar su calidad de vida.

**Palabras clave:** psicopatología, inteligencia, depresión, ansiedad.

**Title: Psychopathological Aspects of Borderline Intellectual Functioning: a study in Hospital de la Misericordia, 2000-2005**

---

- <sup>1</sup> Médica psiquiatra, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia. Docente de Psiquiatría, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-Hospital de San José, Bogotá, Colombia. Psiquiatría de niños y adolescentes, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.
- <sup>2</sup> Médico psiquiatra de niños y adolescentes. Profesor titular, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, y del Departamento de Psiquiatría y de la Especialización en Psiquiatría Infantil, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.
- <sup>3</sup> Médica psiquiatra, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. Especialista en Epidemiología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. MgSc en Psicología Clínica y de la Familia, Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia. Candidata al Doctorado en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.

## Abstract

**Introduction:** Poor academic functioning is a common chief complaint in Children and Adolescent Psychiatry services; its possible causes could be Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), emotional disorder in childhood, learning disorders, sensorial deficits and mental retardation. But there is an abnormal condition without a specific nosological classification: Borderline intellectual functioning (BIF), determined when IQ is between 71 and 84. **Objectives:** To describe the sociodemographic characteristics and comorbidities in patients with BIF evaluated by the Children and Adolescent Psychiatry service at La Misericordia Hospital from 2000 to 2005. **Methods:** This is a descriptive study. We reviewed the data base and medical histories of patients with WISC R between 71 and 84. **Results:** 161 patients were found. 68.94% (n=111) were men; the mean age was 11.5 years old. 92.53% were poor. The most common chief complaint was poor academic functioning 40.37% (n=65); a history of psychomotor delay 20.49% (n=33) and school failure 19.87% (n=32) was common. ADHD 57.14% (n=92) and depression and anxiety 22.98% (n=37) were the most common comorbidities. **Conclusion:** BIF with unfavorable socioeconomic conditions could increase the individual's vulnerability to psychopathology and compromise the quality of life.

**Key words:** psychopathology, intelligence, depression, anxiety.

## Introducción

*Lo que medimos con los tests de inteligencia no es lo que aparentemente pretende medir el test, la información del sujeto, su percepción especial o su capacidad de razonar. Lo que miden los tests de inteligencia –lo que esperamos y deseamos que midan– es algo mucho más importante: la capacidad del sujeto de comprender el mundo que le rodea y los recursos que posee para enfrentarse a sus exigencias y desafíos.*

David Wechsler

El bajo rendimiento académico es un motivo de consulta frecuente en el área de la psiquiatría infantil, con posibles causas que abarcan el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) —como la patología psiquiátrica más prevalente en niños escolares (1)—, los trastornos emocionales de la infancia, los trastornos del aprendizaje, las deficiencias sensoriales no diagnosticadas y el déficit cognoscitivo, entre los más comunes (2).

Sin embargo, existe una condición anómala que, sin pertenecer a una entidad nosológica específica, comienza a tener importancia en la práctica clínica: el *coeficiente intelectual limítrofe* (CIL), definido por la Calificación de Coeficiente Intelectual (CI) entre 71 y 84, según la *Escala de inteligencia de Wechsler para niños-revisada* (WISC-R, por su sigla en inglés) (3). En el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición revisada* (DSM-IV-TR) se ubica en el apartado “Otras condiciones que pueden ser foco de atención médica” (4). Entre tanto, para algunas escuelas europeas pertenece al espectro de los trastornos del aprendizaje (*learning disabilities*), en el apartado de retardo mental (5).

Los trastornos del aprendizaje se refieren a las deficiencias en niños o adolescentes para la adquisición de habilidades en lectura, escritura, lenguaje, escucha, razonamiento o matemáticas, en comparación con otros niños de la misma edad y capacidad intelectual

(6), lo cual conllevan dificultades en la adaptación a situaciones nuevas y cotidianas (7). En Estados Unidos, representan más del 50% de los cinco millones de estudiantes ubicados en colegios de educación especial (8,9) y han sido objeto de estudio durante los últimos 25 años, por su alta comorbilidad con trastornos depresivos (10).

La queja principal de los padres y el sistema escolar de un paciente con CIL es el pobre rendimiento escolar (11), que puede o no asociarse con problemas disciplinares y de convivencia con pares, con deficiencias en los procesos de lectoescritura y cálculo, baja autoestima, pobreza para establecer vínculos afectivos, quejas somáticas inespecíficas (12) e incluso intento de suicidio. Muchas veces estas quejas corresponden al síntoma más sobresaliente y sólo a través de la anamnesis se identifica, además del motivo de consulta inicial, el bajo rendimiento académico concomitante.

Si bien los síntomas descritos pueden corresponder a TDAH, trastornos de conducta, trastornos del aprendizaje mixtos o específicos, trastornos ansiosos o depresivos, entre otros, el diagnóstico de una de estas patologías no es excluyente de CIL, lo que es congruente con el hecho de que en psiquiatría infantil la comorbilidad es alta (13,14). Dicha comorbilidad puede corresponder a patologías independientes o secundarias al CIL, como es el caso de cuadros depresivos o ansiosos,

al igual que a otras patologías en ejes diferentes al I y II, directamente relacionadas con el CIL, y muchas veces se identifican como sus responsables.

Un estudio llevado a cabo durante once años en recién nacidos con muy bajo peso al nacer (<1.500 g), comparados con recién nacidos de peso normal, encontró que el antecedente de prematuridad y bajo peso al nacer determinaba múltiples complicaciones, entre ellas mayor porcentaje de trastornos del aprendizaje, incluido el CIL (15). Otros factores que influyen en el bajo peso al nacer y, por ende, en CIL son el tabaquismo activo o pasivo en la madre, las infecciones urinarias graves (como propiciadoras de parto pretérmino), la multiparidad (más de 6 hijos), la desnutrición materna, la ausencia de controles prenatales, etc. (16).

Así mismo, ser madre adolescente se ha asociado con bajo peso al nacer. Un estudio sobre embarazo en adolescentes encontró que su coeficiente intelectual era inferior al de pares no gestantes (17). El Estudio Nacional Longitudinal sobre Juventud, en Estados Unidos, concluyó que las adolescentes con CI subnormal tenían inicio más temprano de vida sexual activa y, por ende, más riesgo de embarazos tempranos (18).

Otras investigaciones han asociado la disminución del CI a exposición crónica con plomo, tanto en la madre gestante como en los niños. Hay reportes que la exposición a

dosis tóxicas de plomo durante la infancia producen una disminución de ocho puntos en el CI total (19). De igual forma, un estudio llevado a cabo en Lima informa la disminución en el CI se asocia con población infantil expuesta a agentes contaminantes del gas natural (20).

Varios estudios asocian también la presencia de CI subnormal al antecedente de desnutrición infantil, sobre todo durante los dos primeros años de vida. Esto va de la mano de condiciones socioeconómicas precarias, por lo que se busca frenar este flagelo con la fortificación de alimentos comunes (21) y la difusión de programas que favorezcan la lactancia materna y la detección temprana de factores desfavorecedores del adecuado desarrollo del niño (22).

En 2005, el 12,1% del total de menores de cinco años del país presentó desnutrición crónica o retardo en el crecimiento (23), hecho congruente con la situación de exclusión y pobreza en la cual se encuentra cerca del 60% de esta población. En otras palabras, seis de cada diez niños y niñas están privados de un entorno protector, situación que pone en riesgo el desarrollo individual, con mayor concentración en zonas rurales (24).

En 2005, alrededor del 2% de los niños y niñas menores de cinco años de edad presentaba algún tipo de discapacidad cognoscitiva, física, sensorial o emocional, por lo que la detección temprana, el acompañamiento y preparación de

la familia, así como la oferta adecuada de programas de rehabilitación, garantizan un mejor futuro para estos pequeños (25).

Cada vez hay más hallazgos empíricos (no todos documentados) respecto a que los niños con CIL tienen dificultades no sólo limitadas al campo cognoscitivo, sino que afectan otras áreas de su funcionamiento escolar y social, con repercusiones emocionales que generan, potencian y enmascaran comorbilidades que empeoran el pronóstico a corto, mediano y largo plazo (13).

En nuestra experiencia, los pacientes con CIL tienen padecimientos emocionales, siempre complicados, de evolución al deterioro, y que generan enorme malestar. Hoy, cuando en consulta se encuentra un paciente con CIL, se tiene la imagen de un pronóstico sombrío y un tratamiento largo y, sobre todo, laborioso. No hay una ruta para explicar al niño o niña y a su familia que el presente es difícil, pero que el futuro puede ser incierto y mórbido si no se toman algunas medidas. Esta hipótesis es la que se intenta resolver con este proyecto.

### **Pacientes y métodos**

Se revisó la base de datos de la Consulta Externa del Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Pediátrico Universitario La Misericordia (HOMI), durante el periodo de enero del 2000 a diciembre del 2005, en busca de pacientes con

diagnóstico de CIL, confirmado por prueba WISC-R. Se encontraron 161 niños en total. Posteriormente, se revisaron sus historias clínicas, para obtener la mayor cantidad de datos sociodemográficos y médicos. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del hospital.

En cuanto a la escala WISC-R, para cuantificación de inteligencia en niños, que ha tenido varias revisiones, numerosas investigaciones han demostrado su alta validez, confiabilidad y sensibilidad diagnóstica. La edad de aplicación está entre los 6 y los 16 años y consta de un área verbal y un área manipulativa, de tal manera que ofrece tres CI: un cociente intelectual verbal (CIV), un cociente intelectual manipulativo (CIM) y un cociente intelectual total (CIT), que resume la ejecución de una persona en 10 o 12 tareas (26).

### Resultados

Los 161 pacientes con CIL correspondieron al 2,18% del total

de consultas durante los seis años estudiados. En general, se observó un incremento en el número de casos por año, a través del tiempo (Tabla 1).

De los 161 pacientes, el 68,94% (n=111) eran varones. El promedio de edad en general fue de 11,5 años, con rango de edad entre 6 años y 17 años. En cuanto al estrato socioeconómico —nivel de clasificación de las viviendas de acuerdo con las características de su construcción, la disponibilidad de vías de comunicación, medios de transporte y servicios públicos, divididos en bajo-bajo (estrato 1), bajo (estrato 2), medio-bajo (estrato 3), medio (estrato 4), medioalto (estrato 5) y alto (estrato 6) (27)—, el 54,03% (n=87) pertenecía al estrato 3; el 32,29% (n=52), al estrato 2; el 6,21% (n=10), al estrato 1; el 4,34% (n=7), al estrato 4, y el 3,10% (n=5) no informó el estrato. Del total de pacientes, el 16,14% (n=26) provenía de fuera de Bogotá.

El motivo de consulta más frecuente fue *bajo rendimiento académico*, con el 40,37% (n=65); seguido por

Tabla 1. CIL durante 2000 y 2005 en el HOMI

Año	Total consultas	Total consultas con diagnóstico CIL	%
2000	1.027	23	2,23
2001	950	23	2,42
2002	1.151	20	1,73
2003	1.400	25	1,78
2004	1.452	34	2,34
2005	1.373	36	2,62
Total	7.353	161	2,18

*agresividad*, en el 15,52% (n=25); *inquiétude*, en el 9,31% (n=15); *problemas en la socialización e inatención*, con el 8,07% cada uno (n=13); *ansiedad, indisciplina e intento de suicidio*, con 1,86% (n=3), en cada uno, y *anorexia*, en el 1,24% (n=2). El motivo de *consulta anorexia e intento de suicidio* se presentó exclusivamente en mujeres.

Existieron otros motivos de consulta con porcentajes menores como *accidentes, rebeldía*, entre otros. Cabe anotar que lo común es que sean varios los motivos de consulta, pero se jerarquizan de acuerdo con la interferencia que generan en el funcionamiento del paciente, y para este estudio se tomó el de mayor interferencia. Esta última se define por el puntaje que el padre o acudiente le asigna a cada queja que lo lleva a consultar en un rango de 0 a 10, donde 10 es lo más grave.

La Tabla 2 resume los antecedentes más frecuentes encontrados en los 161 pacientes.

Al momento de la valoración inicial por parte del área de psiquiatría infantil, el 56,52% (n=91) de los pacientes cursaba algún grado de básica primaria y el 2,48% (n=4) estaba desescolarizado. Sólo una paciente estaba cursando el primer semestre de una carrera técnica. El resto de los pacientes estaba cursando algún grado de secundaria. De la población estudiante, tres pacientes estaban repitiendo más de una vez el mismo grado.

En cuanto a comorbilidad, el TDAH fue la patología de mayor frecuencia, con el 57,14% (n=92); seguido por trastorno depresivo o ansioso, con el 22,98% (n=37); trastorno del aprendizaje, con el 14,90% (n=24), y trastorno del lenguaje, con el 13,04% (n=21). El TDAH y

Tabla 2. Antecedentes

Categoría	Antecedente	Porcentaje
Perinatales	Cesárea	9,93% (n=16)
	Parto instrumentado	5,59% (n=9)
	Ictericia neonatal	5,59% (n=9)
	Sufrimiento fetal agudo	4,96% (n=8)
	Prematurez	3,81% (n=5)
Desarrollo psicomotor	Retardo psicomotor	20,49% (n=33)
	Retardo en la aparición del lenguaje	8,69% (n=14)
Patológicos	Rinitis alérgica	11,80% (n=19)
	Epilepsia	11,18% (n=18)
Traumáticos	Dermatitis atópica	1,86% (n=3)
	Trauma craneoencefálico	3,81% (n=5)
Académicos	Repitencia escolar	19,87% (n=32)
Otros	Adoptado	2,48% (n=4)
	Maltrato infantil	2,48% (n=4)

el trastorno oposicional desafiante (TOD) se presentaron en el 23,60% (n=38). Entre tanto, el 6,2% (n=10) de los pacientes tenía más de tres patologías comórbidas, independientes de la edad. Comorbilidades como abuso de sustancias, Gilles de la Tourette, trastorno de identidad sexual, entre otras, tuvieron porcentajes inferiores.

### Discusión

Los resultados de este estudio muestran que el diagnóstico de CIL en la consulta del área de Psiquiatría Infantil del HOMI se hizo más frecuente a través del tiempo. Esto no implica que haya aumentado su prevalencia en la población que asiste a valoración médica en este centro, sino que mejoró su reconocimiento como entidad nosológica.

El HOMI es un hospital pediátrico de tercer nivel de complejidad, centro de referencia en el país de los sectores sociales pertenecientes al régimen de salud contributivo y subsidiado, lo que da a la población que atiende características socioculturales particulares que, por sí mismas, pueden incidir en los resultados de las pruebas psicométricas (28).

En seis años de evaluación se logró recoger una muestra de 161 pacientes con un promedio de edad de 11,5 años, de los cuales más de las dos terceras partes eran hombres. El 92,53% de la muestra pertenecía al estrato socioeconómico bajo (estrato 1, 2 o 3), de acuerdo

con la distribución del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (29), que representaba aproximadamente el 82,2% de la población en Bogotá, en el 2005 (30).

Los motivos de consulta más frecuentes se relacionaron con situaciones problemáticas en el medio escolar como *bajo rendimiento académico, agresividad, problemas de socialización, inquietud e inatención*, lo cual resalta el papel de la escuela, al ser el primer escenario fuera del entorno familiar donde se ponen a prueba las competencias cognitivas y sociales básicas (31). Igualmente, se destaca que el maestro es un observador privilegiado de la salud mental, en cuanto a población infantil se refiere (2,8,9,11).

Otro motivo de consulta fue el intento de suicidio, que se presentó exclusivamente en el sexo femenino, lo cual es congruente con lo reportado en el estudio del Hospital Universitario del Valle, donde la mayoría de los pacientes adolescentes que ingresaron por intento de suicidio y tenían CI bajo eran mujeres (32).

Si bien se intentaron explorar antecedentes que, según la literatura médica, están correlacionados con la disminución del coeficiente intelectual, como la exposición a tóxicos (19) o las complicaciones médicas durante el embarazo (16), la edad materna al momento del parto (12,33), el bajo peso al nacer (15) y características del neurodesarrollo (35), no fue posible determinar estos antecedentes en todos los pacientes,

pues en muchos casos el informante los desconocía, los reportaba como “normales” o, peor aún, no eran interrogados por el evaluador.

Por todas estas inconsistencias en la información, a partir del 2004 al formato habitual de historia clínica por parte del área de Psiquiatría Infantil se le adicionó otro formulario, que explora con detalle aspectos relacionados con el embarazo, el parto y el desarrollo psicomotor. Así, muchos “normales” dejaron de serlo.

Muchas de estas dificultades en el desarrollo psicomotor están presentes desde temprana edad (15,34); pero sólo se evidencian cuando las exigencias del medio aumentan y los recursos del niño resultan insuficientes para responder a ellas. Esto explica por qué es en la edad escolar, y por solicitud del colegio, cuando más se consulta a psiquiatría infantil.

Un factor propio de la población de estudio que contribuye a que la detección de estas alteraciones cognitivas, conductuales y afectivas no se hagan tempranamente es la presencia de muchas de estas mismas patologías en los padres o cuidadores de los niños. Este factor dificulta la asimilación del diagnóstico y la toma de las medidas de tratamiento pertinentes, lo cual, sumado a condiciones socioeconómicas de pobreza, explica la alta deserción durante el seguimiento (35).

En cuanto a comorbilidad, el 100% de la población estudiada la tenía. Esto confirma que en psiquia-

tría infantil los diagnósticos puros son escasos (13,14). La comorbilidad más frecuente correspondió a TDAH, lo cual era esperable, al ser la patología psiquiátrica de mayor prevalencia en edad escolar —oscila entre el 8 y el 20% (1)—, y que según el último estudio de Salud mental en Colombia fue de 0,1% para hombres y mujeres de zona urbana, entre los 18 y los 65 años de edad (36). Un estudio realizado por los doctores Muñoz y Franco en Colsánitas, en 1998, encontró una prevalencia de 9,3% para TDAH en esa población específica (37).

La patología que más se presentó asociada a TDAH, independiente al CIL, fue el TOD. Esta constelación de síntomas cognitivos y conductuales explica que las complicaciones a mediano plazo sean mayores en estos pacientes, de acuerdo con estudios longitudinales (38). Sin duda, el CIL es una fuente permanente de dificultades que empeora las otras que padece el paciente. La asociación de TDAH, TOD y CIL pronostica más problemas para el paciente, pobre respuesta al tratamiento y, seguramente, mayores dificultades de adaptación en la vida adulta, según estudios internacionales (39-41).

Otras patologías comórbidas con alta frecuencia fueron los trastornos afectivos de tipo depresivo o ansioso; en muchos casos, con una gravedad importante. Por ello es mandatario su diagnóstico y tratamiento conjunto, pues de su abordaje integral dependerá el pronós-



tico a largo plazo, como lo reportan diferentes estudios (5,10,12). Otra entidad que también se asoció con el CIL en la muestra estudiada fue el trastorno del aprendizaje inespecífico, lo cual también se evidencia en otros estudios; pero en estos, a diferencia de la presente investigación, el resultado sobre 80 en WISC III fue tomado como normal (8,9).

En un estudio realizado por Pallarés-Artigas y cols., los niños con CIL tenían mayores dificultades emocionales, escolares y sociales, comparados con pares con CI normal. Es importante anotar que la evaluación de los aspectos psicológicos fue a través de la aplicación de escalas a los niños y los padres, sin existir valoración por psiquiatría infantil, pues el énfasis del estudio fueron los aspectos relacionados con neurodesarrollo (4,42).

Para estos pacientes, el fracaso continuo y persistente en el aula hace que se desinteresen por los contenidos académicos y se marginen de la escuela, incluso antes de que esta los excluya. Este factor se incorpora a la vida de los pacientes y produce alteraciones en su autoimagen, pues se consideran marginales para estudiar. Estamos frente al fracaso como un poderoso factor de facilitación de la psicopatología en niños y adolescentes.

### **Conclusiones**

El bajo rendimiento académico es un fenómeno multicausal y dinámico, que constituye un reto para

el psiquiatra que atiende a niños y adolescentes, pues constituye uno de los principales motivos de consulta en psiquiatría infantil. Aunque poco se conoce en literatura médica sobre las implicaciones psicopatológicas del CIL, es una entidad nosológica que debe tenerse en cuenta como una posibilidad diagnóstica dentro del enfoque del fracaso escolar.

Para que el CIL sea tenido en cuenta como una posibilidad diagnóstica, el psiquiatra de niños y adolescentes necesita reconocerlo como una entidad nosológica independiente, con la precaución de no sobrediagnosticar o patologizar a todo niño que presente un CI entre 71 y 84, pues este resultado debe ser evaluado dentro de un contexto, sin olvidar que las pruebas psicológicas, dentro de las que se encuentra el WISC, son herramientas que confirman o descartan un diagnóstico establecido por la clínica.

El CIL es una condición patológica que puede ubicarse en el eje II dentro de la clasificación nosológica multiaxial en psiquiatría, como un apartado de los trastornos del aprendizaje, de acuerdo con la clasificación de algunas escuelas europeas (5). Si se tiene en cuenta la alta comorbilidad en psiquiatría infantil, es necesaria una exploración detallada y el tratamiento de otras patologías de tipo conductual o emocional, como el TDAH, el TOD y los trastornos depresivos o ansiosos, para que se disminuya el riesgo de complicaciones a mediano y largo plazo.

Tal como se sospechó, el CIL es un factor que aumenta la vulnerabilidad del individuo a cualquier trastorno psiquiátrico; esto es, aun cuando la condición de presentar un CI inferior al normal es irreversible, si se hace un abordaje integral de cada caso, se pueden realizar modificaciones ambientales que potencien las fortalezas del sujeto y minimicen los factores desfavorecedores, que son directamente proporcionales a la aparición de psicopatología. El tratamiento del paciente con bajo rendimiento académico y CIL debe corresponder a un equipo multidisciplinario que permita la modificación del mayor número de factores individuales y sociales desfavorables concomitantes.

En la literatura científica revisada no se encontró un trabajo similar que permita separar los efectos directos del CIL sobre el comportamiento, de los efectos inducidos por un ambiente desfavorable, como la falta de oportunidades para los jóvenes, en especial para aquellos que pertenecen a sectores populares. Este último factor debe ser sometido a una descripción detallada que permita vislumbrar los desafíos que la cultura y, sobre todo, la economía imponen al trabajo terapéutico con jóvenes. Sin embargo, sí queda claro que la sumatoria de todos estos factores deteriora de manera exponencial la calidad de vida de estos jóvenes.

Este trabajo es el primero en investigar, desde otra perspectiva, una situación que hace parte del

día a día del ejercicio de la psiquiatría de niños y adolescentes: el bajo rendimiento académico. Esperamos sea el comienzo de una línea de investigación en psiquiatría infantil, que permita el mejoramiento de la calidad de vida de nuestros pacientes.

### **Limitaciones**

No fue posible evaluar todos los factores que la literatura científica relaciona con la disminución del CI, debido a que algunos de ellos no estaban consignados en la base de datos o en las historias clínicas, y otros ni siquiera fueron evaluados. El sesgo de memoria del informante y el sesgo de información por omisión o imprecisión de datos, son otras limitaciones que deben considerarse. En su mayoría, la población estudiada pertenecía a estratos socioeconómicos bajos, por lo que los datos obtenidos no son extrapolables a la población general de Bogotá.

### **Referencias**

1. Cornejo JW, Osío O, Sánchez Y, Carrizosa J, Sánchez G, Grisales H, et al. Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol*. 2005;40(12):716-22.
2. Anderson J, Kutash K, Duchnowski A. A comparison of the academic progress of students with EBD and students with LD. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 2001;9(2):106-15.
3. Artigas-Pallarés J. Perfiles cognitivos de la inteligencia límite. *Frnteras del retraso mental*. *Rev Neurol*. 2003;36 Suppl 1:S161-7.

4. Artigas-Pallarés J, Rigau-Ratera E, Garcia-Nonell C. Relación entre capacidad de inteligencia límite y trastornos del neurodesarrollo. *Rev Neurol*. 2007;44(12):739-44.
5. Halstead S. Risk assessment and management in psychiatric practice: inferring predictors of risk. A view from learning disability. *Int Rev Psychiatry*. 1997;9:217-24.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Text rev. DSM IV TR. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
7. Gjaerum B, Bjornerem H. Psychosocial impairment is significant in young referred children with and without psychiatric diagnoses and cognitive delays--applicability and reliability of diagnoses in face of co-morbidity. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003;12(5):239-48.
8. Watkins MW, Kush JC, Schaefer BA. Diagnostic utility of the learning disability index. *J Learn Disabil*. 2002;35(2):98-103, 136.
9. Kavale KA. Identifying specific learning disability: Is responsiveness to intervention the answer?. *J Learn Disabil*. 2005;38(6):553-62.
10. Maag JW, Reid R. Depression among students with learning disabilities: assessing the risk. *J Learn Disabil*. 2006;39(1):3-10.
11. Mastropieri MA, Scruggs TE. Feasibility and consequences of response to intervention: examination of the issues and scientific evidence as a model for the identification of individuals with learning disabilities. *J Learn Disabil*. 2005;38(6):525-31.
12. Cohn P. Why does my stomach hurt? How individuals with learning disabilities can use cognitive strategies to reduce anxiety and stress at the college level. *J Learn Disabil*. 1998;31(5):514-6.
13. Martínez RS, Semrud-Clikeman M. Emotional adjustment and school functioning of young adolescents with multiple versus single learning disabilities. *J Learn Disabil*. 2004;37(5):411-20.
14. Manassis K, Tannock R, Young A, Francis-John S. Cognition in anxious children with attention deficit hyperactivity disorder: a comparison with clinical and normal children. *Behav Brain Funct*. 2007;3:4.
15. Litt J, Taylor HG, Klein N, Hack M. Learning disabilities in children with very low birthweight: prevalence, neuropsychological correlates, and educational interventions. *J Learn Disabil*. 2005;38(2):130-41.
16. Gutiérrez N. Factores maternos asociados al bajo peso al nacer, en el hospital Dr. FernandoVélez Paiz del 1º de julio al 31 de diciembre de 2004. Managua: Hospital Dr Fernando Velez Paiz; 2005.
17. Valdivia M., Molina M. Factores psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile* 2003;12:85-109.
18. Shearer DL, Mulvihill BA, Klerman LV, Wallander JL, Hovinga ME, Redden DT. Association of early childbearing and low cognitive ability. *Perspect Sex Reprod Health*. 2002;34(5):236-43.
19. Rivas F, Vicuña N, Wong S. Exposición urbana no ocupacional al plomo y niveles sanguíneos en mujeres embarazadas y recién nacidos, Mérida, Venezuela. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2000;18(2):73-81
20. Silva H. Impactos en la salud ocasionados por la contaminación al ambiente de los líquidos del gas natural. Disponible en: [http://www.minem.gob.pe/archivos/dgaae/eventos/presentacion\\_ii/4.pdf](http://www.minem.gob.pe/archivos/dgaae/eventos/presentacion_ii/4.pdf). [Acceso 6 de abril de 2007].
21. Scrimshaw NS. La fortificación de alimentos: Una estrategia nutricional indispensable. *An Venez Nutr*. 2005;18(1).
22. UNICEF. *Primera infancia. Invertir en la primera infancia para romper el círculo de la pobreza*; 2006. Disponible en:

- [http://www.unicef.org/spanish/earlychildhood/index\\_investment.html](http://www.unicef.org/spanish/earlychildhood/index_investment.html) [Acceso 6 de abril de 2007].
23. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE); 2003. Estadísticas vitales. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/poblacion/ficha\\_vitales.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/poblacion/ficha_vitales.pdf) [Acceso 6 de abril de 2007].
  24. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE; 2003. Encuesta de Calidad de Vida. [Acceso 6 de abril de 2007]. Disponible en: [www.colombiastad.gov.co/index.php?option=com\\_content&task=view&id=74&Itemid=72](http://www.colombiastad.gov.co/index.php?option=com_content&task=view&id=74&Itemid=72)
  25. UNICEF. Colombia por la primera infancia. Política pública por los niños y niñas, desde la gestación hasta los 6 años. Bogotá; 2006. Disponible en: [http://www.oei.es/quipu/colombia/politica\\_primer\\_infancia.pdf](http://www.oei.es/quipu/colombia/politica_primer_infancia.pdf) [Acceso 6 de abril de 2007].
  26. Amador J, Fornis M, Kirchner T. La escala de inteligencia de Wechsler para niños Revisada (WISC-R). [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2003.
  27. Departamento Nacional de Planeación. Decreto 196 de 1989. Bogotá; 1989. Disponible en: [http://www.superservicios.gov.co/basedoc/docs/decretos/d0196\\_89.html](http://www.superservicios.gov.co/basedoc/docs/decretos/d0196_89.html) [Acceso 6 de abril de 2007].
  28. Naglieri J, De Lauder B, Goldstein S, Schwebech A. WISC III and CAS: Which correlates higher with achievement for a clinical sample? *School Psychology Quarterly* 2006;21(1):62-76.
  29. DANE. Mapa e información de estratos en Bogotá. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/index.php?searchword=estratos+en+Bogota&option=com\\_search&Itemid](http://www.dane.gov.co/index.php?searchword=estratos+en+Bogota&option=com_search&Itemid) [Acceso 6 de abril de 2007].
  30. Metrocuadrado.com. Mapa e información de estratos en Bogotá. Bogotá; 2007. Disponible en: [http://www.metrocuadrado.com/contenidom2/ciudyprec\\_m2/inforbog\\_m2/informacingeneralbogot/ARTICULO-WEB-PL\\_DET\\_NOT\\_RED1\\_M2-2026901.html](http://www.metrocuadrado.com/contenidom2/ciudyprec_m2/inforbog_m2/informacingeneralbogot/ARTICULO-WEB-PL_DET_NOT_RED1_M2-2026901.html). [Acceso 6 de abril de 2007].
  31. Sternberg RJ, Kaufman JC. Human abilities. *Annu Rev Psychol.* 1998;49:479-502.
  32. Campo G, Roa J, Pérez A, Salazar O, Piragauta C, López L, Ramirez C. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. *Colomb Med.* 2003;34:9-16
  33. Furtado EF, Laucht M, Schmidt MH. Gender-related pathways for behavior problems in the offspring of alcoholic fathers. *Braz J Med Biol Res.* 2006;39(5):659-69.
  34. Mandelbaum DE, Stevens M, Rosenberg E, Wiznitzer M, Steinschneider M, Filipek P, et al. Sensorimotor performance in school-age children with autism, developmental language disorder, or low IQ. *Dev Med Child Neurol.* 2006;48(1):33-9.
  35. Acero A, Vásquez R. Psiquiatría Infantil en el hospital pediátrico. *Rev Colomb Psiquiat.* 2007;36(3):460-70.
  36. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Estudio nacional de salud mental, Colombia, 2003. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2004.
  37. Muñoz TR, Franco ZA. Características epidemiológicas asociadas a psicopatología en niños y adolescentes. *Rev Colomb Psiquiatr.* 1998;27:7-18.
  38. Kadesjö C, Hägglöf B, Kadesjö B, Gillberg C. Attention-deficit-hyperactivity disorder with and without oppositional defiant disorder in 3 to 7 year old children. *Dev Med Child Neurol.* 2003;45(10):693-9.
  39. Hassiotis A, Strydom A, Hall I, Ali A, Lawrence-Smith G, Meltzer H, et al. Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. *J Intellect Disabil Res.* 2008;52(Pt 2):95-106.
  40. Hassiotis A, Ukoumunne O, Tyrer P, Piachaud J, Gilvarry C, Harvey K, et al. Prevalence and characteris-

- tics of patients with severe mental illness and borderline intellectual functioning. Report from the UK700 randomised controlled trial of case management. *Br J Psychiatry*. 1999;175:135-40.
41. Rimmerman A, Yurkevich O, Birger M, Azaiza F, Elyashar S. Quality of life of Israeli adults with borderline intelligence quotient and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Int J Rehabil Res*. 2007;30(1):55-60.
42. Artigas-Pallarés J, Rigau-Ratera E, García-Nonell C. Capacidad de inteligencia límite y disfunción ejecutiva. *Rev Neurol*. 2007;44 Suppl 2:S67-9.

*Recibido para evaluación:* 12 de mayo de 2008  
*Aceptado para publicación:* 16 de junio de 2008

Correspondencia  
Juana Yolanda Atuesta Fajardo  
Fundación Universitaria Ciencias de la Salud  
Carrera 19 N° 8A-32  
Bogotá, Colombia  
juanis765@yahoo.com