

# Coeficiente intelectual normal bajo... ¿normal?

**Juana Yolanda Atuesta Fajardo<sup>1</sup>**  
**Rafael Antonio Vásquez Rojas<sup>2</sup>**

## Resumen

*Introducción:* Se habla de coeficiente intelectual normal bajo (CINB) o coeficiente intelectual limítrofe (CIL) cuando se obtiene un puntaje entre 71 y 84 en el Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised (WISC-R). Hasta hace poco fue considerado una condición benigna; sin embargo, cada vez toma más fuerza su implicación en el desarrollo de psicopatología. *Objetivos:* Determinar la situación actual de pacientes con CINB del Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital La Misericordia vistos entre los años 2000 y 2005. *Método:* Estudio descriptivo. Contacto telefónico con pacientes con CINB diagnosticados entre 2000 y 2005. *Resultados:* Sólo se obtuvo información del 14,28% de la muestra inicial. De los 23 pacientes que fueron localizados, 5 abandonaron el colegio sin terminar bachillerato, 2 vivían fuera del país, 2 mujeres tuvieron intento de suicidio, 3 estaban bajo custodia del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), 12 estudiaban en el colegio con persistencia de bajo rendimiento académico y 1 (de 14 años) estaba embarazada. Sólo 1 terminó bachillerato y adelanta una carrera técnica. *Conclusión:* El CINB, 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, factores sociales.

**Title: Low normal IQ... Normal?**

## Abstract

*Introduction:* With a score between 71 and 84 on the Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised (WISC-R) one speaks of a low normal IQ (LNIQ) or borderline IQ. Until recently this was considered as a mild condition. However, its possible association in the development of psychopathology is gaining increasing force. *Objective:* To determine the current state of patients with low LNIQ at the Children and Adolescent Psychiatry Service at La Misericordia Hospital, seen between 2000 and 2005. *Method:* A descriptive study. Phone interview with LNIQ patients, diagnosed between 2000 and 2005, were performed. *Results:* Information was only obtained from 14.28% of the original sample. Of the 23 localized patients, 5 had dropped out from school, two lived abroad; two women had attempted suicide, 3 patients were in ICBF

<sup>1</sup> Médica psiquiatra de la Universidad del Rosario. Psiquiatra de niños y adolescentes de la Universidad El Bosque. Docente de Psiquiatría de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-Hospital de San José. Bogotá, Colombia.

<sup>2</sup> Médico psiquiatra de niños y adolescentes. Profesor titular de la Universidad Nacional de Colombia. Profesor titular de la Especialización en Psiquiatría Infantil, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.

custody, 12 were at school with persistent poor academic performance and a 14-year old girl was pregnant. Only 1 finished high school and is currently studying a technical career. *Conclusion:* Low normal IQ, together with unfavorable socioeconomic factors, may increase the individual's vulnerability to any psychopathology and affect his/her quality of life.

**Key words:** Psychopathology, intelligence, social factors.

*Una muy general capacidad mental que, entre otras cosas, implica la habilidad de razonar, planear, resolver problemas, pensar de manera abstracta, comprender ideas complejas, aprender rápidamente y aprender de la experiencia. No es un mero aprendizaje de los libros, ni una habilidad estrictamente académica, ni un talento para superar pruebas. Más bien, el concepto se refiere a la capacidad de comprender nuestro entorno*

Definición de "inteligencia"  
del *Mainstream Science on  
Intelligence*, 1994

## Introducción

El coeficiente intelectual normal bajo (CINB) o coeficiente intelectual limítrofe, se define como el puntaje entre 71 y 84 obtenido en la prueba WISC-R (Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised) (1); algunas escuelas europeas lo clasifican dentro del espectro de trastornos del aprendizaje (*learning disabilities*), en el apartado de retardo mental (2), lo que genera controversia entre los

especialistas de tendencia más optimista, quienes consideran al CINB como una condición benigna y, por ende, sin impacto clínico. Lo cierto es que su impacto es directo en la vida diaria del paciente y como un factor de vulnerabilidad (3).

El término "normal" impresiona como ausencia de enfermedad y, por tanto, sin necesidad de tratamiento, por lo que el CINB no estaba incluido en los sistemas de clasificación de enfermedades más populares; sólo en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición revisada (DSM-IV-TR), se menciona al CINB en el apartado *Otras condiciones que pueden ser foco de atención médica* (4).

En gran parte de la literatura médica se describe el CINB como un hallazgo incidental, adjunto a otra patología psiquiátrica, centro de la atención y tratamiento; sin embargo, se han encontrado alteraciones emocionales y conductuales que repercuten de manera negativa en el funcionamiento global del individuo con CINB, y que no pueden explicarse exclusivamente por su comorbilidad psiquiátrica y pueden corresponder a componentes reactivos a su deficiencia cognitiva mínima (5, 6).

Cada vez hay más evidencia empírica —no toda documentada— de que los niños y adolescentes con CINB tienen dificultades que no se limitan al campo cognoscitivo; al

contrario, la alteración se extiende a otras áreas de su funcionamiento familiar, escolar y social, con repercusiones emocionales que generan, potencian y enmascaran comorbilidades y, evidentemente, empeoran el pronóstico a corto, mediano y largo plazo (5), por lo que es necesario describir esta condición (CINB) para estructurar estrategias de tratamiento, y, por supuesto, para ampliar el reconocimiento de su importancia clínica, por tanto tiempo ignorada.

En otros estudios se mostró cómo empeoran las alteraciones psiquiátricas cuando el CINB es comórbido; igualmente, es un factor que obliga a tomar medidas rápidas y certeras, pues ensombrece el pronóstico de estas. Como parece ser una situación estable, se convierte en el trascurso del ciclo vital en una desventaja, por lo cual es importante saber cómo es el proceso. La pregunta que se trata de resolver en el presente artículo es: *¿cómo es la situación de estos pacientes a largo plazo?*

Para responderla se describe la situación clínica y social actual de 161 pacientes con CINB, evaluados entre 2000 y 2005 en el Hospital Pediátrico Universitario de la Misericordia por el servicio de psiquiatría infantil de la Universidad Nacional de Colombia.

### **Pacientes y métodos**

Una vez se hizo la revisión de la base de datos de la Consulta Externa del

Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Pediátrico Universitario de La Misericordia (HOMI) y la revisión de historias clínicas, en busca de pacientes con CINB durante el periodo comprendido entre enero de 2000 a diciembre de 2005, se encontraron 161 casos, con todos los cuales se estableció contacto telefónicamente a finales de 2007, para averiguar por su estado actual e intentar una nueva entrevista personal.

### **Resultados**

De los 161 pacientes se logró obtener información reciente de 23 (el 14,28%) de ellos, 13 fueron varones y diez fueron mujeres, con un rango de edad actual entre 9 a 21 años; a ninguno fue posible entrevistarlos personalmente, bien sea porque la información fue suministrada por un familiar o conocido, sin lograr comunicación directa con los padres o el paciente, o porque, simplemente, manifestaron su negativa a ser entrevistados. Es importante aclarar que dentro de los datos tomados de la historia clínica estaba el nombre de los padres o acudientes del paciente, como estrategia para facilitar la búsqueda de información en el momento del contacto telefónico.

En el documento de registro quedó especificado el motivo por el cual no fue posible la ubicación del paciente, y en la mayoría de las veces quien atendía la llamada respondía que no vivían en ese lugar; en otros

casos los teléfonos estaban fuera de servicio, eran números irreales o nunca contestaron después de varios intentos.

De los 23 pacientes que fueron localizados, cinco abandonaron el colegio sin terminar bachillerato: uno estaba en el Ejército como soldado regular; otro trabajaba en vigilancia; una era empleada doméstica; otra era un ama de casa que tiene un hijo de una relación previa, y vive con su segunda pareja; otra paciente de afuera de Bogotá, con antecedente de abuso de sustancias, se volvió indigente y desapareció del hogar.

Al llamar a dos de los pacientes los familiares informaron que vivían con sus familias nucleares fuera del país, sin brindar mayor información de su situación actual; dos mujeres incurrieron en intento de suicidio; una de ellas estaba institucionalizada por ceguera congénita, y fue entregada al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), sin que se disponga de más información; la otra paciente requirió hospitalización en unidad de salud mental por trastorno depresivo, y estaba en controles por psicología en otra institución y cursando bachillerato.

Tres pacientes que al momento de la valoración inicial se encontraban con madre sustituta fueron devueltos al ICBF, y su estado actual se desconoce; 12 sujetos más estudiaban en el colegio, con persistencia de bajo rendimiento académico, y

entre ellos había una adolescente de 14 años que cursaba octavo grado y estaba embarazada. Sólo uno de los sujetos terminó el bachillerato y adelantaba una carrera técnica.

Todos los individuos que estaban estudiando se encontraban en aulas de educación regular distrital y suspendieron sus controles por psiquiatría; otro aspecto relevante de los 12 pacientes que se encontraban escolarizados es que su edad era mucho mayor a la esperada para el nivel de escolaridad, lo cual puede hacerlos blanco de burlas y desaprobación por parte de sus compañeros, así como de sentimientos de autorreproche, que pueden desencadenar o empeorar cuadros emocionales preexistentes de tipo depresivo o ansioso.

Aquellos pacientes que se encontraban laborando tenían ocupaciones de bajo prestigio sociocultural (empleada doméstica, vigilante) o no remunerados (ama de casa), y entre los diagnósticos de la valoración inicial estaba la depresión en dos de ellos, y ansiedad en uno más. Así mismo, las dos pacientes que cometieron intento de suicidio tenían depresión como diagnóstico en la valoración inicial.

En cuanto a la diferenciación por grupos etarios, los pacientes mayores de 12 años no tuvieron diferencias significativas al ser comparados con los pacientes de 12 o más años

respecto a las patologías psiquiátricas más frecuentes, excepto por el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, diagnóstico que sólo estuvo presente en el grupo de menores de 12 años.

La Tabla 1 muestra las diferencias por patologías más frecuentes de acuerdo con la edad y el sexo.

En general, los pacientes con mayor número de comorbilidades (tres o más patologías) tendían a estar más complicados en la actualidad, y la paciente indigente y desaparecida para el momento de la valoración actual fue la que tenía el grado más bajo de escolaridad para la edad.

En todos los casos la persona que atendió la llamada manifestó agotamiento y desconcierto por la situación escolar y personal del paciente; sin embargo, aunque se ofreció nueva valoración por psiquiatría para tratamiento, ninguno aceptó, y se objetaron diferentes excusas como justificativos de su decisión: desinterés por parte del paciente en recibir cualquier tipo de ayuda, falta de tiempo o de afiliación al sistema de salud, y escepticismo ante la posibilidad de

cambio del comportamiento del paciente, entre las más comunes.

La Tabla 2 resume los aspectos más relevantes de estos 23 sujetos a través del tiempo.

### Discusión

El HOMI es un hospital pediátrico de tercer nivel de complejidad, centro de referencia en el país de sectores sociales pertenecientes al régimen de salud contributivo o subsidiado; principalmente, de estrato socioeconómico bajo (estratos 1, 2 y 3), de acuerdo con la distribución del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), que para el año 2005 representaba, aproximadamente, el 82,2% de la población en Bogotá (7), por lo cual una parte importante de esta población se mantiene en cambio permanente de domicilio como expresión de inestabilidad económica, o en otros casos brindan información falsa arguyendo diferentes razones, por lo que el 85,7% de la muestra inicial se perdió en el seguimiento.

Respecto a la situación actual de los sujetos, sólo se tuvo certeza de

Tabla 1. Comparación por grupos etarios, patologías más frecuentes y sexo

Patologías	Diagnóstico edad ≥ 12 años		Edad menor a 12 años	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
<b>Depresión</b>	2	2	3	0
<b>Ansiedad</b>	1	2	3	3
<b>Déficit de atención</b>	0	0	1	7

Tabla 2. Características iniciales y actuales de pacientes con CINB

Edad inicial	Edad actual	Sexo	Estrato	Comorbilidad inicial	Escolaridad actual	Estado actual
14 años	21 años	Fem.	3	Depresión doble	Octavo grado	Empleada doméstica
11 años	18 años	Fem.	1	Farmacodendencia+distimia+disfunción familiar+maltrato infantil	Segundo de primaria	Indigente; desaparecida
14 años	21 años	Fem.	2	Depresión+intento de suicidio+ceguera congénita+institucionalizada	Desconocida	Bajo protección del ICBF, tras nuevo intento suicida
7 años	13 años	Masc.	2	Trastorno por déficit de atención+trastorno del lenguaje expresivo	Repite sexto grado	Bajo rendimiento escolar
13 años	19 años	Masc.	3	Depresión+trastorno de identidad sexual+hipoacusia neurosensorial derecha	Noveno grado	Vigilante
13 años	18 años	Fem.	2	Fobia social	Quinto de primaria	Vive en Ubaté, con segundo marido y un hijo; es ama de casa
12 años	16 años	Fem.	3	Ansiedad+trastorno mixto del aprendizaje	Repite octavo grado	Bajo rendimiento académico; múltiples quejas somáticas
15 años	19 años	Masc.	3	Depresión+ trastorno oposicional desafiante	Desconocida	Vive fuera del país
10 años	14 años	Masc.	3	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad+ trastorno mixto del aprendizaje	Repite séptimo grado	Bajo rendimiento escolar
12 años	16 años	Masc.	3	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Cursa octavo grado	Bajo rendimiento escolar
15 años	18 años	Masc.	4	Ansiedad+trastorno de coordinación motriz	Desconocida	Vive fuera del país
12 años	15 años	Fem.	3	Depresión	Cursa octavo grado	Intento de suicidio, hace un año

Edad inicial	Edad actual	Sexo	Estrato	Comorbilidad inicial	Escolaridad actual	Estado actual
10 años	13 años	Fem.	3	Ansiedad+maltrato infantil+desnutrición crónica	Desconocida	Bajo protección del ICBF
9 años	12 años	Fem.	3	Trastorno oposicional desafiante+maltrato infantil+desnutrición crónica	Desconocida	Bajo protección del ICBF
11 años	14 años	Fem.	3	Depresión+ansiedad+maltrato infantil+desnutrición crónica	Desconocida	Bajo protección del ICBF
11 años	13 años	Masc.	2	Trastorno obsesivo compulsivo+fobia social+síndrome de Silver	Cursa séptimo grado	Bajo rendimiento escolar
7 años	9 años	Masc.	3	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Cursa tercer grado	Bajo rendimiento escolar
10 años	12 años	Masc.	2	Ansiedad+epilepsia	Repite sexto grado	Bajo rendimiento escolar
12 años	14 años	Fem.	2	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Cursa octavo grado	Embarazada
16 años	19 años	Masc.	1	Ansiedad+fobia social+enuresis	Décimo grado	Está en el Ejército
8 años	10 años	Masc.	3	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad+trastorno oposicional desafiante	Cursa cuarto grado	Bajo rendimiento escolar
11 años	14 años	Masc.	2	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad+trastorno oposicional desafiante+ansiedad+trastorno del lenguaje expresivo	Cursa séptimo grado	Consume sustancias psicoactivas
11 años	18 años	Masc.	2	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Bachiller	Oficios varios; estudia para técnico en sistemas

la suerte de 16 de los 23 individuos, de quienes se logró obtener información reciente, pues cuatro de ellos estaban bajo protección del ICBF, dos refirieron encontrarse fuera del país y una estaba desaparecida; la situación real actual de esos siete sujetos se desconoce.

Un estudio de seguimiento por 32 años, llevado a cabo en Nueva Zelanda, determinó que las condiciones socioeconómicas, sumadas a otros factores como CI subnormal, se asociaban a mayor riesgo de abuso de sustancias psicoactivas y enfermedades físicas en la adultez (8).

El Estudio Longitudinal de Wisconsin (un estudio longitudinal prospectivo que mantuvo el seguimiento de la muestra desde los 18 hasta los 53 años) comparó a 201 sujetos con CI bajo con pares de CI normal, y determinó que los individuos con CI bajo alcanzaban menor escolaridad, tenían ocupaciones menos prestigiosas, se sentían con mayor frecuencia enfermos y reportaban menor bienestar psicológico; sin embargo, en la muestra se incluyó a sujetos con CINB y con retardo mental leve (9), pero es interesante ver que los hallazgos de dicho estudio coinciden con los resultados de nuestra investigación.

Un estudio danés concluyó que el CINB estaba asociado a mayor riesgo de esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y trastornos adaptativos, y al abuso de sustancias y alcohol;

sin embargo, la muestra sólo incluyó a varones, por ser candidatos a prestar servicio militar (10). Estos hallazgos se corroboran en otro estudio, realizado por el mismo grupo de investigación (11). En nuestra muestra de 23 pacientes, sólo se pudo establecer que dos presentaban consumo de múltiples sustancias psicoactivas, con patrón de dependencia y abuso (hombre y mujer, respectivamente).

Horwood *et al.* encontraron que CINB y condiciones socioeconómicas desfavorables se asociaban más frecuentemente a la presentación de síntomas psicóticos subclínicos en pacientes de 12 años de edad (12); así mismo, Bosma y cols. encontraron que CINB se asociaba al antecedente de condiciones socioeconómicas desfavorables en la infancia y actuaba como perpetuador de aquellas en la vida adulta, con repercusiones negativas sobre el funcionamiento global del individuo y su calidad de vida (13). En la muestra de estudio no hubo patología psicótica.

Hart y cols. encontraron que CI bajo en la infancia estaba relacionado con un mayor riesgo de morbimortalidad en la vida adulta, lo cual empeoraba en condiciones socioeconómicas desfavorables (14).

Koenen y cols. concluyeron que CI bajo en la infancia es un antecedente de varios trastornos psiquiátricos comunes del adulto (esquizofrenia, depresión y ansiedad), así como un

predictor de persistencia sintomática y comorbilidad (15).

Respecto a la ideación suicida, Gunnell *et al.* encontraron que CI bajo se asociaba a mayor riesgo de suicidio, por la persistencia de la ideación suicida y por la más alta probabilidad de llevar a cabo el acto suicida (16). El estudio de Andersson y cols., sobre CI bajo y suicidio, encontró que el riesgo de suicidio con CI bajo era mayor en hombres que en mujeres, excepto en aquellos casos que tenían psicosis, en los cuales el CI bajo parecía tener un factor protector (17). En este estudio los dos pacientes que intentaron cometer suicidio fueron mujeres.

Un estudio llevado a cabo en Brasil concluye que es la sumatoria de condiciones adversas en la infancia, incluido el CI bajo, lo que favorece la aparición de enfermedad mental desde temprana edad (18).

En Colombia, Puerta y cols. encontraron que la mayoría de adolescentes infractores en Medellín tenía CINB y retardo mental (19), y un estudio del Hospital Universitario del Valle encontró que la mayoría de adolescentes que ingresaron por intento suicida eran mujeres con CI bajo (20); y nosotros mismos, en calidad de investigadores, encontramos como resultados en la primera parte de este estudio que el CINB actúa como factor de vulnerabilidad para enfermedad mental en general (3).

En la literatura nacional revisada no se encontraron estudios de seguimiento a poblaciones con CI bajo.

### **Conclusiones**

Tal como se sospechó, el CINB es un factor que aumenta la vulnerabilidad del individuo a cualquier trastorno psiquiátrico; muchos de los pacientes que se encontraron en el presente, evidentemente, tienen problemas más serios, con una interferencia más amplia que cuando se atendieron en el hospital hace un tiempo, lo cual quiere decir que si bien 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 desfavorables que son directamente proporcionales a su psicopatología.

Si se tiene en cuenta que un porcentaje importante de la población infantil y adolescente en Bogotá presenta condiciones socioeconómicas desfavorables que se perpetúan y empeoran al ser concomitantes con CI bajo, es necesario brindar los escenarios de atención adecuada, que garanticen el desarrollo integral de estos sujetos, de acuerdo con sus capacidades.

Infortunadamente, la muestra no es representativa de la población de niños y adolescentes de Bogotá, así que no pueden extrapolarse estos

resultados a la población capitalina general, por lo que se hace necesario comenzar a tener bases de datos en los servicios de atención por psiquiatría infantil, que permitan el seguimiento de los pacientes, para continuar con estudios de este tipo en el futuro.

En condiciones ideales —preferiblemente no utópicas—, el sistema de salud debe brindar asistencia no sólo al individuo con limitaciones cognitivas mínimas, sino a su sistema familiar, con el fin de que se faciliten la comprensión y la asimilación del diagnóstico, así como la necesidad de tratamiento de las patologías concomitantes, que permitan ofrecer a nuestros niños y adolescentes una visión diferente de la de “no futuro”, o, por lo menos, diferente de la de uno no prometedor.

Esperamos que los resultados de este estudio sean una señal de alerta que permita ver las repercusiones en los planos individual, familiar y social de una entidad subestimada, pero frecuente (y, para desgracia de nuestros niños y adolescentes, más común de lo que se cree), y la cual debe empezar a identificarse e intervenir desde diferentes frentes de acción: El Coeficiente Intelectual Normal Bajo, que está bien lejos de ser “normal”.

### Limitaciones

Se perdió el 85,7% de la muestra, debido a diferentes factores, por lo

que la muestra no es representativa de la población infantil y juvenil de Bogotá.

### Referencias

1. Artigas-Pallarés J. Perfiles cognitivos de la inteligencia límite. *Fronteras del retraso mental. Rev Neurol.* 2003;36(Suppl 1):S161-S167.
2. Halstead S. Risk assessment and management in psychiatric practice: Inferring predictors of risk. A view from learning disability. *Int Rev Psychiatry.* 1997;9(2-3):217-24(8).
3. Atuesta J, Vásquez R, Urrego Z. Aspectos psicopatológicos del coeficiente intelectual límite: Un estudio en el Hospital de la Misericordia 2000-2005. *Rev Colomb Psiquiat.* 2008;37(2):182-94.
4. Artigas-Pallarés J, Rigau-Ratera E, García-Nonell C. Relación entre capacidad de inteligencia límite y trastornos del neurodesarrollo. *Rev Neurol.* 2007;44(12):739-44.
5. Martínez R, Semrud-Clikeman M. Emocional adjustment and school functioning of young adolescents with multiple versus single learning disabilities. *J Learning Disabilities.* 2004;37(5):411-20.
6. Maag J, Reid R. Depression among students with learning disabilities: Assessing the risk. *Journal of Learning Disabilities.* 2006;39(1):3-10.
7. DANE. Mapa e información de estratos en Bogotá [Internet]. Bogotá: DANE; [Acceso 6 de abril de 2007]. 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).
8. Melchior M, Moffitt T, Milne B, Poulton R, Caspi A. Why do children from socioeconomically disadvantaged families suffer from poor health when they reach adulthood? A life-course study. *Am J Epidemiol.* 2007;166(8):966-74.
9. Mailick M, Floyd F, Greenberg J, Lounds J, Lindstrom M, Hong J. Life course impacts of mild intellectual deficits. *American Journal on mental retardation.* 2005;110(6):451-68.

10. Likke E, Jelling H, Henrik H, Machover J, Mednick S. IQ and mental disorder in young men. *Br J Psychiatry*. 2005;187:407-15.
11. Batty D, Mortensen E, Osler M. Childhood IQ in relation to later psychiatric disorder: Evidence from a Danish birth cohort study. *B J Psychiatry*. 2005;187:180-1.
12. Horwood J, Salvi G, Thomas K, Duffy L, Gunnell D, Hollis C, et al. IQ and non-clinical psychotic symptoms in 12-year-olds: results from the ALSPAC birth cohort. *B J Psychiatry*. 2008;193(3):185-91.
13. Bosma H, Van Boxtel M, Kempen G, Van Eijk J, Jolles J. To what extent does IQ "explain" socio-economic variations in function? *BMC Public Health*. 2007;7:179-89.
14. Hart C, Taylor M, Smith G, Whalley L, Starr J, Hole D, et al. Childhood IQ, social class, deprivation and their relationships with mortality and morbidity risk in later life: Prospective observational study linking the Scottish mental survey 1932 and the midspan studies. *Psychosom Med*. 2003;65(5):877-83.
15. Koenen K, Moffitt T, Roberts A, Martin L, Kubzansky L, Harrington H, et al. Childhood IQ and adult mental disorders: A test of the cognitive reserve hypothesis. *Am J Psychiatry*. 2009;166(1):50-7.
16. Gunnell D, Harbord R, Singleton N, Jenkins R, Lewis G. Is low IQ associated with an increased risk of developing suicidal thoughts? A cohort study based on an 18-month follow-up of the national psychiatric morbidity survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44(1):34-8.
17. Andersson L, Allebeck P, Gustafsson J, Gunnell D. Association of IQ scores and school achievement with suicide in a 40-year follow-up of Swedish cohort. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;118(2):99-105.
18. Goodman A, Fleitlich-Bilyk B, Patel V, Goodman R. Child, family, school and community risk factors for poor mental health in Brazilian schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(4):448-56.
19. Puerta I, Martínez J, Pineda D. Prevalencia del retraso mental en adolescentes con trastorno disocial de la conducta. *Rev Neurol*. 2002;35(11):1014-8.
20. Campo G, Roa J, Pérez A, Salazar O, Piragauta C, López L, et al. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el hospital universitario del Valle, Cali. *Colomb Med*. 2003;34(1):9-16.

*Conflictos de interés: los autores manifestamos que no tenemos ningún conflicto de interés en este artículo.*

*Recibido para evaluación: 18 de abril del 2009  
Aceptado para publicación: 10 de julio del 2009*

Correspondencia  
*Juana Yolanda Atuesta Fajardo  
Fundación Universitaria de Ciencias  
de la Salud-Hospital de San José  
Carrera 19 No. 8A-32  
Bogotá, Colombia  
juanis765@yahoo.com*