

Liliana Alvarán [1]  
Daniela Sánchez [1]  
Diego Alveiro Restrepo-Ochoa [1]

*Neuropsicología de la inteligencia límite.*

*Neuropsychological characterization of  
the borderline intellectual functioning.*

*Neuropsicologia da inteligência limite.*

[1] Facultad de Psicología. Universidad CES. Calle 10 A # 22 – 04, Medellín - Colombia.

Correspondencia: Daniela Sánchez Acosta. E-mail: dsancheza@ces.edu.co

## RESUMEN

La inteligencia límite no es un trastorno mental, es una forma de funcionamiento intelectual caracterizado por dificultades en el aprendizaje y en el procesamiento cognitivo, siendo una de las principales causas de bajo desempeño y fracaso escolar. Se hace necesario comprender el perfil neuropsicológico de estos niños, con el fin de plantear rutas de intervención orientadas a diseñar estrategias que favorezcan su desempeño escolar y su inclusión al entorno. Objetivo: Identificar las características neuropsicológicas en niños, niñas y adolescentes con capacidad intelectual límite en una muestra de pacientes en Sabaneta (Colombia). Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo, de fuentes secundarias, para una sola muestra de niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de capacidad intelectual límite que asistieron a evaluación

## ABSTRACT

The borderline intelligence is not a mental disorder, is a form of intellectual functioning characterized by difficulties in learning and cognitive processing, being one of the major causes of academic failure. According to this, overcomes a necessity of understanding the neuropsychological profile of these children, in order to create routes of intervention oriented to improve school performance and their environmental inclusion. Aim: To identify the neuropsychological features of children and adolescents with borderline intellectual functioning in Sabaneta (Colombia). Methodology: A descriptive study - retrospective secondary sources for a single sample of children and adolescents who met diagnosis criteria for a borderline intellectual functioning, who attended neuropsychological evaluation in a period of three years (n = 73). Results: A Gender distribution of 74% in males

## RESUMO

A inteligência limite não é um transtorno mental, é uma forma de funcionamento intelectual caracterizado por dificuldades na aprendizagem e no processamento cognitivo, sendo uma das principais causas de baixo desempenho e fracasso escolar. Faz-se necessário compreender o perfil neuropsicológico destas crianças, com o fim de promover rotas de intervenção orientadas a desenhar estratégias que favoreçam seu desempenho escolar e sua inclusão ao redor. Objetivo: Identificar as características neuropsicológicas em meninos, meninas e adolescentes com capacidade intelectual limite numa população de Sabaneta (Colombia). Metodologia: Estudo observacional - descritivo cross sectional para uma só amostra de meninos, meninas e adolescentes com diagnóstico de capacidade intelectual limite que assistiram a avaliação neuropsicológica durante um pe-

neuropsicológica durante un período de tiempo de 3 años (n= 73). Resultados: Se encontró una distribución por género del 74% en el sexo masculino y 26% en el sexo femenino. El 67,1% de los pacientes presentó comorbilidad, siendo el Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) el trastorno con mayor frecuencia (32.9%). Discusión: Los hallazgos obtenidos en esta investigación coinciden con lo encontrado en la literatura sobre el tema.

**Palabras clave:** Neuropsicología; Trastornos del Aprendizaje; Inteligencia; Procesos Cognitivos; Trastornos Mentales; Historias Clínicas.

and 26% in females. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) was the most frequent disorder (32.9%), and 67.1% of patients had comorbidity with it. Discussion: The obtained results coincide with those found in the literature on the subject.

**Keywords:** Neuropsychology; Learning Disabilities; Intelligence; Cognitive Processes; Mental Disorders; Medical Records.

ríodo de tempo de 3 anos (n= 73). Resultados: Encontrou-se uma distribuição por gênero de 74% no sexo masculino e 26% no sexo feminino. 67,1% dos pacientes apresentou comorbilidade, sendo o Déficit de Atenção co Hiperatividade (TDAH) o transtorno com maior frequência (32.9%). Discussão: Os achados obtidos nesta investigação coincidem com o encontrado na literatura sobre o tema.

**Palavras-chave:** Neuropsicologia; Transtornos de Aprendizagem; inteligência; processos cognitivos; transtornos mentais; Registros médicos.

**Agradecimientos:**

Agradecemos a la Dirección de Gestión de Conocimiento de la Universidad CES por la financiación para la realización de esta investigación. A los estudiantes de psicología de la Universidad CES: Elizabeth Ruiz Arboleda, Andrea Toro Uribe y Santiago Montana Luque; por su participación como auxiliares de investigación en el rastreo teórico y búsqueda de antecedentes investigativos.

La capacidad intelectual límite o inteligencia límite cuenta con criterios poco claros respecto a su definición; debido a que no se considera una entidad nosológica, sino una forma de funcionamiento intelectual con diversas causas y perfiles cognitivos (Frontera & Gómez, 2013), caracterizado por dificultades en el aprendizaje, fallas en el procesamiento cognitivo, bajo desempeño académico y fracaso escolar (Salvador-Carulla et al., 2013).

Si bien es difícil identificar una causa universal relacionada con la incidencia de la inteligencia límite; existen factores asociados como son las lesiones cerebrales peri, pre y posnatales, epilepsia, trastornos genéticos y aspectos socioculturales-familiares que inciden en la aparición y/o mantenimiento de esta problemática (Artigas-Pallarés, 2003; Bermúdez, 2010; Papalia & Olds, 1995; Papalia, Olds, Duskin Feldman, Olivares Bari, & Padilla Sierra, 2009). Ante ello, la capacidad intelectual límite se considera una condición asociada al neurodesarrollo, afectando la población infantil y desencadenando otras posibles alteraciones del desarrollo (Artigas-Pallarés, Rigau-Ratera, & García-Nonell, 2007). En efecto que en la mayoría de los casos se presenten comorbilidades con diferentes trastornos de la infancia y la adolescencia como es el trastorno del aprendizaje, trastornos del lenguaje y el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (Artigas-Pallarés, 2003).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la inteligencia límite según el Coeficiente Intelectual (CI), obtenido en la aplicación de una escala de inteligencia mediante un proceso de evaluación neuropsicológica, situado por debajo de la media o normalidad, es decir, un CI entre 70 y 85 (Frontera & Gómez, 2013); conviene, sin embargo, descartar un diagnóstico de discapacidad intelectual, en el cual existen alteraciones en las capacidades cognitivas sumado a bajas habilidades personales necesarias para resolver las demandas de su entorno (American Association on Mental

Retardation, 2004). Al respecto, la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) (Verdugo Alonso & American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2011), define a las personas con inteligencia límite como aquellas que técnicamente no presentan una discapacidad intelectual pero que obtienen bajas puntuaciones de CI aproximadamente entre 70 y 75; teniendo mucho en común con las personas con discapacidad intelectual leve.

Además, en la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (American Psychiatric Association, 2014), el funcionamiento intelectual límite se clasifica dentro del grupo de problemas relacionados con el acceso a la asistencia médica y otra asistencia sanitaria; enfatizando la necesidad de una evaluación cuidadosa que permita hacer distinción entre la capacidad intelectual límite y la discapacidad intelectual leve. Por otro lado, algunas asociaciones consideran que quienes presentan capacidad intelectual límite son “personas que, con un grado leve de discapacidad intelectual, pueden alcanzar una calidad de vida y un nivel de autonomía y autogobierno estándares, mediante apoyos puntuales y respecto a algunas esferas vitales” (Asociación Catalana de Integración y Desarrollo Humano [ACIDH], 2002).

Con respecto a la prevalencia de este diagnóstico en la población mundial, se estima que alrededor del 1-2% de sujetos en edades tempranas, puede presentar deficiencias cognitivas y un bajo rendimiento académico secundario (Rozo & Vásquez, 2008). En relación con lo anterior, un estudio realizado con 190 personas con inteligencia límite, encontró que cerca del 63% de los participantes no finalizaron sus estudios de secundaria; el 14,8% de personas menores de 16 años de edad presentaron deserción escolar y, en la mayoría de casos, se percibió insatisfacción en el ámbito escolar (Frontera & Gómez, 2013).

En España, existen al menos 60.000 personas diagnosticadas con inteligencia límite que presentan dificultades para realizar las actividades de la vida diaria (Huete, Pallero, & Petisco, 2014). En una revisión sistemática reciente, se reportaron 49 estudios relacionados con personas con capacidad intelectual límite, en los cuales prevalecían las dificultades neurocognitivas, sociales y los problemas en la salud mental; se informaron además dentro de los factores de riesgo asociados el bajo peso al nacer; y entre los factores protectores se encontró un mayor número de años de escolaridad, sin ser aspectos determinantes para el diagnóstico de la inteligencia límite (Peltopuro, Ahonen, Kaartinen, Seppälä, & Närhi, 2014).

En relación con algunas variables sociodemográficas como el estrato socioeconómico, un estudio realizado en Colombia encontró en 161 pacientes con capacidad intelectual límite, una frecuencia del 92,53% de personas que residían en estrato bajo (Atuesta, Vásquez, & Urrego, 2008). Por otra parte, una investigación realizada en Medellín con 423 niños y niñas en edad escolar, reportó que el 45,9% de la muestra cumplían con los criterios para el diagnóstico de inteligencia límite (Cadavid, Zapata, Aguirre, & Álvarez, 2011). Este mismo estudio encontró que el 16,1% obtuvo un CI ubicado en un rango inferior y el 29,8% en un rango normal-bajo, puntuaciones que fueron atribuidas a la inseguridad alimentaria en los hogares y las condiciones socioeconómicas.

Las personas con este tipo de inteligencia son consideradas distraídas e introvertidas; con fallas para relacionarse, comportarse y aprender (Artigas-Pallarés, 2003; Artigas-Pallares, Rigau-Ratera, & García-Nonell, 2007; Artigas-Pallarés et al., 2007; Atuesta & Vásquez, 2009; Atuesta et al., 2008; Cadavid et al., 2011; Peltopuro et al., 2014; Salvador-Carulla et al., 2013). A su vez, presentan problemáticas en el desempeño académico manifestadas en la deserción escolar, las alteraciones conductuales y en la adaptación social; siendo necesaria la implementación de estrategias educativas permanentes

y transitorias; además de la mejora en la calidad de vida de estas personas (Bermúdez, 2010).

Además, otras dificultades se encuentran relacionadas con las experiencias de fracaso que experimentan las personas con inteligencia límite, como son la poca tolerancia a la frustración, disminución de la autoestima, desencadenamiento de trastornos emocionales y conductuales, bajas habilidades sociales, entre otras (Asociación Catalana de Integración y Desarrollo Humano [ACIDH], 2002). Sumado a lo anterior, se encuentran los factores agravantes como las altas expectativas de rendimiento, la exigencia en las tareas y el sentimiento de culpa ante el fracaso (Frontera & Gómez, 2013). Es así como las dificultades sanitarias, educativas, sociales y laborales conllevan a la necesidad de requerir apoyos durante su vida; además del acceso médico, psicológico, educativo y social que permita mejorar su desempeño y calidad de vida (Frontera & Gómez, 2013).

A su vez, la neuropsicología desde una perspectiva del neurodesarrollo, orienta acciones que permiten la identificación de alteraciones tempranas en el desarrollo durante las etapas del aprendizaje; con el fin de ofrecer lineamientos para la evaluación neuropsicológica infantil y brindar recomendaciones para la intervención de los diferentes trastornos (Abad, Brusasca, & Labiano, 2008; Cuervo & Ávila, 2010). En la actualidad, la evaluación neuropsicológica ha trascendido de la identificación de pacientes con daño cerebral, a centrarse en la infancia y el establecimiento de perfiles neuropsicológicos (Manga & Ramos, 2001); que permitan el diseño y la implementación de intervenciones eficaces materializadas en un diagnóstico temprano, tratamiento precoz y manejo de los trastornos del desarrollo comórbidos, evitando así un mayor deterioro en los pacientes (Artigas-Pallarés et al., 2007).

En consecuencia de lo anterior, la importancia de promover iniciativas que apunten al desarrollo de estudios en esta temática, considerada un campo poco transitado dentro de la investigación, con el objetivo de identificar las características neuropsicológicas en niños, niñas

y adolescentes con capacidad intelectual limítrofe y su procesamiento cognitivo.

## Materiales y métodos

### Tipo de estudio

Estudio descriptivo y retrospectivo de fuentes secundarias.

### Muestra

Del total de historias clínicas de niños, niñas y adolescentes que asistieron a evaluación neuropsicológica en un centro de atención en psicología en Sabaneta (Colombia) durante un período de tiempo de tres años (n= 540), se seleccionaron aquellas historias que cumplían con los criterios para un diagnóstico de capacidad intelectual limítrofe, es decir, un CI Total entre 70 y 79 según la clasificación del Manual de aplicación y corrección de la Escala de Inteligencia de Wechsler para niños WISC – IV (Wechsler, 2005), conformando así una muestra final de 73 historias clínicas.

### Procedimiento

Los investigadores y auxiliares de investigación realizaron una revisión semanal de todas las historias clínicas de pacientes que asistieron a evaluación neuropsicológica en un centro de atención en psicología en Sabaneta (Colombia). Se contó con la debida autorización por parte de la gerencia y el archivo del centro; además del aval del Comité de Ética por parte de sus miembros donde avalaron la ejecución de la investigación cumpliendo con las consideraciones éticas pertinentes y clasificándose como un estudio de “riesgo mínimo”.

Las historias clínicas incluían el consentimiento informado, previamente diligenciado y firmado por todos los acudientes de los pacientes al momento de la evaluación neuropsicológica, con el propósito de autorizar

la utilización de la historia clínica con fines investigativos y académicos como el que se adelantó en el presente estudio. También contenían información sobre el motivo de consulta, remisión, un protocolo de evaluación y el informe neuropsicológico del cual se extrajo la información necesaria referente a datos demográficos, resultados de las pruebas neuropsicológicas aplicadas y diagnóstico.

Todas estas variables fueron ingresadas a una base de datos previamente construida para su posterior análisis.

### Análisis de datos

Los datos se registraron en una hoja de cálculo en el programa Excel ® y luego se exportaron al programa SPSS 21 para su proceso estadístico. Se analizaron las variables demográficas: edad, escolaridad, sexo, composición familiar y remisión. Dentro de las variables clínicas se incluyeron las características neuropsicológicas y la comorbilidad con otros trastornos mentales y del comportamiento de inicio en la infancia y adolescencia, según la clasificación del CIE 10.

En un primer momento se realizó un análisis estadístico univariado de las variables demográficas y clínicas. Posteriormente, se realizó un análisis bivariado para explorar la asociación entre la comorbilidad y el desempeño en la ejecución de las pruebas neuropsicológicas.

### Resultados

La muestra final estuvo constituida por 73 historias clínicas de pacientes entre los 6 y los 16 años de edad, con una distribución por sexo del 74% (n= 54) para el masculino y un 26% (n= 19) para el femenino. El promedio de edad fue de 9,75 años (DS= 2.44). El 47.9% de la muestra se encontraba entre los 8 y 9 años de edad. El 36,9% de los pacientes cursaban los grados segundo y tercero de básica primaria en el momento de la evaluación.

**Tabla 1.** Características demográficas de niños, niñas y adolescentes.

Variable	De 6 a 7 años		De 8 a 9 años		De 10 a 11 años		De 12 a 13 años		De 14 a 16 años	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Escolaridad</b>										
De 0 a 1°	5	41,7	7	58,3	0	0	0	0	0	0
De 2° a 3°	4	14,8	20	74,1	3	11,1	0	0	0	0
De 4° a 5°	0	0	8	42,1	7	36,8	4	21,1	0	0
De 6° a 7°	0	0	0	0	1	9,1	6	54,5	4	36,4
De 8° a 9°	0	0	0	0	0	0	1	25	3	75
<b>Sexo</b>										
Mujer	4	21,1	9	47,4	1	5,3	4	21,1	1	5,3
Hombre	5	9,3	26	48,1	10	18,5	7	13	6	11,1
<b>Composición familiar</b>										
Nuclear	5	12,8	22	56,4	5	12,8	4	10,3	3	7,7
Monoparental	2	28,6	3	42,9	1	14,3	1	14,3	0	0
Extensa	1	4,2	9	37,5	4	16,7	6	25	4	16,7
Hogar sustituto	1	33,3	1	33,3	1	33,3	0	0	0	0
<b>Remisión</b>										
Neurología	2	5,9	19	55,9	5	14,7	6	17,6	2	5,9
Neuropediatría	3	30	3	30	2	20	0	0	2	20
Colegio	0	0	3	30	1	10	4	40	2	20
Psiquiatría	2	50	1	25	0	0	0	0	1	25
Pediatría	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0
Motivación padres	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0
Médico general	0	0	2	66,7	1	33,3	0	0	0	0
Psicología	2	22	4	44,4	2	22,2	1	11,1	0	0
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>12,3</b>	<b>35</b>	<b>47,9</b>	<b>11</b>	<b>15,1</b>	<b>11</b>	<b>15,1</b>	<b>7</b>	<b>9,6</b>

El 53,42% de los niños, niñas y adolescentes convivían con su familia nuclear. El 46,57% de la muestra asistió a evaluación neuropsicológica remitida por neurología (Tabla 1).

El 67,1% de los pacientes con capacidad intelectual límite, presentaron comorbilidad con otros trastornos mentales y del comportamiento de inicio en la infancia y adolescencia. El trastorno que se presentó con mayor frecuencia fue el TDAH (Tabla 2).

**Tabla 2.** Frecuencias de los trastornos mentales en relación con la comorbilidad.

Comorbilidad	n	%
TDAH	38	52,1
Trastorno del Aprendizaje	4	5,5
TND	3	4,1
Asperger	1	1,4
Ansiedad	1	1,4
Trastorno del desarrollo	1	1,4
Trastorno del lenguaje	1	1,4
Sin comorbilidad	24	32,9

El promedio de la capacidad intelectual medida según el CI para los pacientes que no presentaban ningún tipo de comorbilidad fue de 74,29 (DS=2.91). Los pacientes con comorbilidad presentaron un promedio similar de 74,06 (DS=2.86). En relación con los resultados de las pruebas neuropsicológicas, los procesos cognitivos con mayor afectación fueron atención, lenguaje y funciones ejecutivas; sin presentarse diferencias entre los pacientes con y sin comorbilidad (Tabla 3).

### Discusión y conclusiones

La inteligencia límite se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino respecto al sexo femenino (Artigas-Pallares et al., 2007). Un estudio realizado en España encontró que de 17.357 personas con inteligencia límite, el 64% eran hombres (Huete et al., 2014). En otro estudio con 190 pacientes con este diagnóstico, se encontró una distribución por sexo del 56.31% para el sexo masculino (Frontera & Gómez, 2013). En una investigación llevada a cabo con 161 personas con inteligencia límite, el 68,94% fueron varones

(Atuesta et al., 2008). Estos datos son coherentes con lo encontrado en el presente estudio, en el que se reportó un predominio del sexo masculino del 74%.

Respecto a la etapa de escolarización, se afirma que es allí donde se observan las dificultades académicas y sociales de los niños y adolescentes con inteligencia límite (Huete et al., 2014). En el estudio actual, este diagnóstico se realizó con mayor frecuencia en niños con edades entre los 8 y 9 años, los cuales cursaban los grados segundo y tercero de educación básica primaria. En relación con lo encontrado, en un estudio realizado con 87 pacientes diagnosticados con inteligencia límite entre los 5 y 16 años de edad, obtuvo una media de edad de 9,6 años (Artigas-Pallarés et al., 2007). En comparación a lo anterior, otra investigación realizada en niños, niñas y adolescentes entre los 6 y 17 años de edad, reportó un promedio de edad de 11,5 años (Atuesta et al., 2008). Al respecto, otros autores afirman que la edad más frecuente para el diagnóstico de inteligencia límite es a los 16 años, como producto de un fracaso escolar y social (Frontera & Gómez, 2013).

En el presente estudio, el 67,1% de la muestra presentó comorbilidad con diferentes trastornos mentales y del comportamiento de inicio en la infancia y adolescencia; resultado que concuerda con otros estudios que refieren un 96,6% de pacientes con inteligencia límite y otro diagnóstico asociado (Artigas-Pallarés et al., 2007). El TDAH fue el trastorno de mayor frecuencia, con un porcentaje del 52,1%, seguido del trastorno del aprendizaje y el trastorno negativista desafiante. Datos que son coherentes con lo encontrado en otros estudios, donde el 24,8% de las personas diagnosticadas con inteligencia límite presentó comorbilidad asociada con otro trastorno, y un 6.3% comorbilidad con dos o más trastornos (Vicente et al., 2012). El TDAH ha sido reportado en la literatura como el trastorno de mayor comorbilidad (57,14%); seguido por el trastorno depresivo o ansioso (22,98%), el trastorno del aprendizaje (14,90%)



**Tabla 3.** Características neuropsicológicas en relación con la comorbilidad.

Pruebas y Subpruebas Neuropsicológicas	Sin comorbilidad		Con comorbilidad	
	Media	DS	Media	DS
<b>Inteligencia</b>				
Escala de inteligencia de Wechsler	74,29	2,97	74,06	2,86
<b>Atención</b>				
Ejecución continua auditiva	10,35	6,85	12,6	5,71
Ejecución continua visual	11,86	4,92	12,07	3,29
Control mental - Escala de Memoria de Wechsler	1,69	2,28	2,5	2,18
Fallas para mantener el principio - Wisconsin	1,08	1,38	2,63	6,24
<b>Memoria</b>				
Información - Escala de Memoria de Wechsler	2,5	1,39	3,43	1,51
Orientación - Escala de Memoria de Wechsler	3,17	1,68	3,35	1,57
Memoria lógica - Escala de Memoria de Wechsler	7,8	3,4	8,12	3,02
Memoria asociativa - Escala de Memoria de Wechsler	8,02	5,77	9,77	5,08
Volumen inicial - Curva de memoria viso-verbal	4,54	3,2	4,34	2,83
Volumen máximo - Curva de memoria viso-verbal	8,41	2,32	8,76	1,65
Evocación 3" - Curva de memoria viso-verbal	6,57	2,27	7,17	2,12
Evocación 20" - Curva de memoria viso-verbal	5,74	2,52	6,48	1,81
Volumen inicial - Curva de memoria visual	6,52	2,64	6,48	2,38
Volumen máximo - Curva de memoria visual	9,47	2,18	9,46	2,11
Evocación 3" - Curva de memoria visual	8,61	1,5	9,08	0,9
Evocación 20" - Curva de memoria visual	8,56	1,45	8,56	1,84
Puntaje evocación - Figura Compleja de Rey Osterrieth	8,97	6,5	11,05	6,95
Tiempo - Figura Compleja de Rey Osterrieth	131,8	116,8	117,4	73,37
<b>Lenguaje</b>				
Token Test	23,79	8,006	24,58	8,316
Test de Boston	35,76	6,996	38,3	9,709
FAS semántico	10,02	4,876	11,03	6,063
<b>Praxias</b>				
Puntaje copia - Figura Compleja de Rey Osterrieth	21	12,58	23,41	10,359
<b>Funciones ejecutivas</b>				
Categorías - Wisconsin	2,11	1,56	2,66	1,68
Porcentaje de perseveración - Wisconsin	22,88	16,13	19,82	16,94
Porcentaje de conceptualización - Wisconsin	31,49	17,03	38,25	16,76
FAS fonológico	13,93	16,39	12,27	13,33

y el trastorno del lenguaje (13,04%) (Artigas-Pallares et al., 2007).

En relación con el perfil neuropsicológico de estos pacientes, la literatura científica sobre el tema reporta que en el 55% de los casos no se observa un perfil homogéneo (Frontera & Gómez, 2013). Respecto a ello, el presente estudio encontró que las principales dificultades cognitivas se asociaron con fallas en los procesos atencionales; lingüísticos, específicamente en la expresión verbal y la comprensión de instrucciones; y en las funciones ejecutivas, principalmente en memoria de trabajo y rigidez cognitiva.

Los resultados reportados anteriormente son coherentes con lo encontrado en otros estudios que indican un 60% de casos con dificultades en los niveles del lenguaje (Frontera & Gómez, 2013), específicamente en la comunicación, la expresión verbal y la comprensión; además de presentarse fallas en diferentes dimensiones de las funciones ejecutivas como son memoria de trabajo, planificación, atención y rigidez cognitiva (Artigas-Pallares et al., 2007; Frontera & Gómez, 2013). En suma, algunos estudios ratifican la relación existente entre los procesos lingüísticos y las funciones ejecutivas como factores predictores de las habilidades académicas en los escolares (Ramírez, 2014; Arán-Filippetti & López, 2016); permitiendo explicar las dificultades escolares y/o fracaso escolar subyacente de los niños y adolescentes con un funcionamiento intelectual límite.

En el estudio actual, no se encontraron diferencias en los resultados de las pruebas neuropsicológicas de los pacientes con y sin comorbilidad; en contraste con los hallazgos encontrados en otros estudios, que sugieren que los pacientes que presentan comorbilidad con el TDAH presentan mayores dificultades disejecutivas (Artigas-Pallares et al., 2007). En relación con la capacidad intelectual, en el presente estudio se obtuvo un promedio de capacidad intelectual de 74; en concordancia con otras investigaciones que reportan un promedio similar de 76 (Artigas-Pallarés et al., 2007).


Si bien la presente investigación se basó en la revisión de historias clínicas de pacientes que fueron diagnosticados con capacidad intelectual límite según la clasificación del Manual de aplicación y corrección de la Escala de Inteligencia de Wechsler para niños WISC IV (Wechsler, 2005), con un CI ubicado entre 70-79, no fue considerada la valoración de las habilidades adaptativas del paciente, lo que podría implicar una limitación para este estudio y sus hallazgos. No obstante, en la literatura se encuentra escasa claridad en relación con los criterios diagnósticos requeridos para identificar los casos de niños y adolescentes con inteligencia límite, más allá de una puntuación de capacidad intelectual, debido en gran parte a la diversidad teórica en los grandes entes que rigen el ejercicio de la neuropsicología.

Ante ello, que el desconocimiento por parte de los profesionales de la salud y agentes educativos, sea un aspecto que dificulta la intervención y la aplicación de adecuaciones curriculares pertinentes (Verdugo Alonso & American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2011). Específicamente en el contexto colombiano, se cuentan con limitadas investigaciones que den cuenta de las características del perfil cognitivo de estos pacientes; generando desconocimiento de las implicaciones de este tipo de población por parte de agentes políticos, sanitarios, educativos y sociales, que permita tomar conciencia de las medidas necesarias para brindar soporte académico, realizar adecuaciones al currículo y facilitar la inclusión de los pacientes.

Con el panorama anterior y según los estudios de diversos autores en el tema (Artigas-Pallarés et al., 2007), se avizora una problemática de salud pública con respecto a la frecuencia de los niños y adolescentes con capacidad intelectual límite, su comorbilidad y las repercusiones a nivel familiar, social, emocional, escolar y laboral. Sumado a ello, las dificultades en su funcionamiento intelectual que repercute en los procesos de aprendizaje y las barreras para la detección precoz, los hace vulnerables a la exclusión de apoyos necesarios

para un manejo adecuado e integral (Delgado et al., 2006; Frontera & Gómez, 2013).

Los resultados obtenidos en este estudio y otras investigaciones realizadas por diversos autores (Peltopuro et al., 2014), invitan tanto a la realización de investigaciones longitudinales sobre la naturaleza de este tipo de funcionamiento cognitivo, así como la clarificación y estandarización de las evaluaciones realizadas por parte de los profesionales de la neuropsicología; basados no sólo en la identificación del funcionamiento cognitivo, sino en la valoración de las áreas de vida adaptativa, personal y el desenvolvimiento en las actividades de la vida diaria de los pacientes que son evaluados.

Se hace pertinente reconocer que “sólo a través de una mayor comprensión de las capacidades y limitaciones de cada persona con limitaciones intelectuales podemos llegar a un mejor juicio clínico e identificar los apoyos adecuados y así, mediante la provisión de apoyos individualizados, podemos conseguir una sociedad más justa” (Verdugo Alonso & American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2011); evidenciando la necesidad de implementar rutas de intervención orientadas a diseñar, aplicar y evaluar estrategias que favorezcan su proceso de aprendizaje y desempeño personal mediante la inclusión al entorno. 

Received: 26/02/2016

Accepted: 10/08/2016

## REFERENCIAS

- Abad, S., Brusasca, M., & Labiano, L. (2008). Neuropsicología infantil y educación especial. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 11(1), 199–216. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212412011>
- American Association on Mental Retardation. (2004). *Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Editorial.
- American Psychiatric Association (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 / Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5*. Arlington, VA.: Editorial Médica Panamericana S. A.
- Arán-Filippetti, V. & López, M. B. (2016). Predictores de la Comprensión Lectora en Niños y Adolescentes: El papel de la Edad, el Sexo y las Funciones Ejecutivas. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 10(2), 23-44. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439645603003>
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Cognitive profiles of borderline intelligence. The boundaries of mental retardation. *Revista De Neurología*, 36(1), S161–167.
- Artigas-Pallares, J., Rigau-Ratera, E., & García-Nonell, C. (2007). Borderline intellectual capacity and executive dysfunction. *Revista De Neurología*, 44(2), S67–69.
- Artigas-Pallarés, J., Rigau-Ratera, E., & García-Nonell, C. (2007). The relation between borderline intellectual capacity and neurodevelopmental disorders. *Revista De Neurología*, 44(12), 739–744.
- Asociación Catalana de Integración y Desarrollo Humano [ACIDH]. (2002). Un Colectivo En Tierra De Nadie. Retrieved from <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/min132dossier.pdf>
- Atuesta, J., & Vásquez, R. (2009). Coeficiente intelectual normal bajo... ¿normal?. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1), S99–S109.
- Atuesta, J., Vásquez, R., & Urrego, Z. (2008). Aspectos psicopatológicos del coeficiente intelectual límite: un estudio en el Hospital de la Misericordia, 2000-2005. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(2), 182–194.
- Bermúdez, R. (2010). Alteraciones en el neurodesarrollo causante de Discapacidad cognitiva límite y trastornos de Aprendizaje. *Entérese*, 29, 18–21.
- Cadavid, M., Zapata, M., Aguirre, D., & Álvarez, M. (2011). Coeficiente intelectual de niños escolarizados en instituciones públicas de las zonas nororiental y noroccidental de Medellín según el nivel de seguridad alimentaria del hogar y condiciones socioeconómicas. *Revista Chilena de Nutrición*, 38(4), 392–403. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182011000400001>.
- Cuervo, A., & Ávila, A. (2010). Neuropsicología infantil del desarrollo: detección e intervención de trastornos de la infancia. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 3(2), 59–68.
- Delgado, M., Gallén Valero, C., Associació Catalana Nabiu, Centro de Estudios Ramón Areces, Seminario Nabiu, & Seminario Nabiu. (2006). *Normalidad y límite: Construcción e integración social del borderline*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.

- Frontera, M., & Gómez, C. (2013). Inteligencia Límite. Perfil, necesidades, recursos y propuestas de mejora. Universidad Zaragoza y Asociación Enlínea. Retrieved from [http://www.afundacion.org/es/socialia/publicacion/inteligencia\\_limite\\_perfil\\_necesidades\\_recursos\\_y\\_propuestas\\_de\\_mejora](http://www.afundacion.org/es/socialia/publicacion/inteligencia_limite_perfil_necesidades_recursos_y_propuestas_de_mejora)
- Huete, A., Pallero, P., & Petisco, E. (2014). *Estudio sobre la situación de las personas con capacidad intelectual límite*. Observatorio estatal de la Discapacidad. Gobierno de España. Retrieved from <http://observatoriodeladiscapacidad.info/attachments/article/47/Estudio%20CILimite%20V3.2.pdf>
- Manga, D., & Ramos, F. (2001). Evaluation of children's neuropsychological syndromes. *Revista De Neurología*, 32(7), 664–675.
- Papalia, D. E., & Olds, S. W. (1995). *Psicología*. Mexico: McGraw-Hill.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., Duskin Feldman, R., Olivares Bari, S. M., & Padilla Sierra, G. E. (2009). *Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia*. México: McGraw-Hill.
- Peltopuro, M., Ahonen, T., Kaartinen, J., Seppälä, H., & Närhi, V. (2014). Borderline Intellectual Functioning: A Systematic Literature Review. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 52(6), 419–443. <http://doi.org/10.1352/1934-9556-52.6.419>
- Ramírez Benítez, Y. (2014). Predictores neuropsicológicos de las habilidades académicas. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 8(2) 155-164. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439643138003>
- Rozo, V., & Vásquez, R. (2008). Características de la cefalea en un grupo de niños con coeficiente de inteligencia entre 90-60. *Acta Neurológica de Colombia*, 24(4), 183–187.
- Salvador-Carulla, L., et al. (2013). Funcionamiento intelectual límite: guía de consenso y buenas prácticas. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(3), 109–120. <http://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.12.001>
- Verdugo Alonso, M. Á., & American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (2011). *Discapacidad intelectual: definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza.
- Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Kohn, R., Pihan, R., Valdivia, M., ... Melipillan, R. (2012). Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 53(10), 1026–1035. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02566.x>
- Wechsler, D. (2005). Manual de aplicación e interpretación del WISC-IV. Madrid: TEA Ediciones.