REVISTA DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL
ISSN 1130-9512 | E-ISSN 2660-7271
Volumen 42, número 3, julio-septiembre de 2025, pp. 5-16
Este artículo está bajo licencia Creative Commons
BY-NC-ND 4.0
DOI: 10.31766/revpsij.v42n3a2

Artículo original

Recibido: 247/05/24 | Aceptado: 01/09/25

David Losada Brunet [1] *
Noelia Díaz González [1]
Adrià Valero Iranzo [1]
Joana Sánchez Martínez [1]

1. Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) del Gironès i Pla de l'Estany (Girona), Institut d'Assistència Sanitària (IAS). Girona, España

*** AUTOR DE CORRESPONDENCIA**

David Losada Brunet
Correo: david.losada.ias@gencat.cat

Descripción de una muestra clínica de pacientes con Funcionamiento Intelectual Límite en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil: prueba piloto promovida por la Generalitat de Catalunya

Description of a clinical sample of patients with Borderline Intellectual Functioning at a Child and Adolescent Mental Health Centre: pilot test promoted by the Government of Catalonia

RESUMEN

Introducción: El Funcionamiento Intelectual Límite (FIL) define aquella población que obtiene un rango de Cociente Intelectual (CI) entre 71 y 84 con unas dificultades asociadas en el desarrollo cognitivo, social y funcional. Aunque no tiene unos criterios claramente definidos ni se considera una categoría diagnóstica (sino más bien una condición), se ha detectado que es un importante factor de riesgo para una peor adaptación global y el desarrollo de psicopatología. **Objetivo:** Evaluar de forma descriptiva dos variables de una muestra clínica de los casos con FIL detectados en el *Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) del Gironès i Pla de l'Estany* durante 2022: las edades de primera visita en el centro y las comorbilidades asociadas. **Material y métodos:** Dentro de la prueba piloto multidisciplinar del FIL aprobada por la Generalitat de Catalunya en 2021, conjuntamente con otros centros y servicios de salud mental, se evaluaron 114 casos (75% varones) de pacientes con FIL, según el protocolo establecido. **Resultados:** La mayoría de casos realizaron la primera visita en el CSMIJ entre los 8 y los 10 años. Los diagnósticos comórbidos más frecuentes asociados al FIL han sido los Trastornos generalizados del desarrollo (29,16%), los Trastornos hipercinéticos (27,5%) y el Trastorno de Conducta (14,16%). **Conclusiones:** El plan de intervención

ABSTRACT

Background: Borderline Intellectual Functioning (BIF) refers to individuals with an IQ score ranging from 71 to 84 and difficulties associated with cognitive, social and functional development. Although it does not have clearly defined criteria and is not considered a diagnostic category (but rather a condition), it has been found to be an important risk factor for poorer overall adaptation and the onset of psychopathology. **Objective:** To descriptively evaluate two variables from a clinical sample of patients with BIF detected at the *Gironès i Pla de l'Estany Child and Adolescent Mental Health Centre (CSMIJ)* during 2022: age of first visit at the centre and associated comorbidities. **Materials and methods:** As part of the multidisciplinary BIF pilot test approved by the Government of Catalonia in 2021, together with other mental health centres and services, 114 cases of patients with BIF (75% male) were evaluated according to the protocol in place. **Results:** Most patients visited the Mental Health Centre for the first time between the ages of 8 and 10. The most frequent comorbid diagnoses associated with BIF were general developmental disorders (29.16%), hyperkinetic disorders (27.5%) and conduct disorder (14.16%). **Conclusions:** The initial treatment plan at the Mental Health Centre

https://doi.org/10.31766/revpsij.v42n3a2

inicial en CSMIJ contempla el abordaje del paciente y sus familias en las dificultades valoradas, así como la comorbilidad asociada, características importantes en los pacientes con FIL.

Palabras clave: funcionamiento intelectual límite, FIL, discapacidad intelectual, neurodesarrollo, psiquiatría del niño y adolescente.

includes addressing the patient and their families based on the difficulties assessed and the associated comorbidities, which are important characteristics in patients with BIF.

Keywords: Borderline intellectual functioning, BIF, intellectual disability, neurodevelopment, child and adolescent psychiatry.

INTRODUCCIÓN

El Funcionamiento Intelectual Límite (FIL) se ha descrito como una variación del cociente intelectual (CI) que se encuentra entre una y dos desviaciones estándar por debajo de la media de la población general (rango del CI entre 71 y 84). Esta condición es necesaria pero no suficiente para su confirmación ya que, además, debe estar asociada a dificultades en el desarrollo cognitivo, social y funcional (1-5). La falta de consenso internacional sobre los criterios de esta entidad (6) hace difícil determinar la prevalencia actual del FIL, sin embargo, se cree que afecta aproximadamente al 12%-14% de la población general (2-5,7,8) y al 7% en edad escolar (5,9). Actualmente el FIL se define como un estado límite entre la discapacidad intelectual leve y el desarrollo típico (2,9) y no está clasificado como un trastorno mental (3,9), sino como un código V en los manuales diagnósticos (2), refiriéndose a éste con la categoría de "otras condiciones que pueden ser foco de atención clínica", tal y como se recoge en el DSM-V-TR (1). Por tanto, indica un problema o factor de riesgo más bien que un diagnóstico en sí mismo (4,5,9); si bien se está discutiendo si puede elevarse a la categoría de trastorno psiquiátrico formal (3,5).

Se ha observado cómo la inteligencia se mantiene estable a partir de la adolescencia y adultez temprana, por lo que el entorno en la etapa infantil tiene un rol crucial en su desarrollo. La mayoría de estudios señalan como uno de los principales factores de riesgo para desarrollar un FIL el estatus socioeconómico bajo (3,7,10,11); así como los eventos vitales estresantes infantiles (4), tales como el estrés materno o el maltrato infantil (11,12). Por esto, los jóvenes con un FIL suelen sufrir una mayor tasa de eventos vitales estresantes infantiles respecto la población general (7,13-17) y suelen provenir de entornos con elevadas dificultades socioeconómicas (3,4,6,10,13,18). Habitualmente mantienen estas privaciones y dificultades socioeconómicas en la edad adulta, por lo que es habitual que transmitan esta distocia socioeconómica a sus hijos (19); también suelen requerir un mayor uso de servicios sociales (20). Concretamente, a nivel neurobiológico se ha observado como un bajo nivel socioeconómico se ha asociado con un desarrollo anormal de regiones críticas del cerebro como el hipocampo, la amígdala, la corteza parahipocampal, la corteza sensoriomotora y el sistema límbico (7).

El bajo rendimiento escolar en personas con FIL puede estar provocado por situaciones tan heterogéneas (2) como un bajo nivel de comprensión, que conduce a problemas en la lectoescritura o el cálculo, pobreza en la fluidez verbal y lenguaje, dificultades en el proceso de razonamiento y simbolización, dificultad para organización y asimilación de nueva información, poca atención y concentración y dificultades en funciones ejecutivas, escasas habilidades visuoespaciales (4,5,9,11,13,21), dificultades generalizadas en la teoría de la mente (8,9) así como retraso en la adquisición de hitos del neurodesarrollo (22). Esto puede derivar en poca motivación, menor tolerancia al estrés (17), baja autoestima y nivel de iniciativa personal, necesidad de tiempo extra para realización de tareas (4,5,11,13) y la necesidad de adaptaciones académicas (para las cuales los padres pueden no estar preparados) (4,8). De hecho, algunas de las personas con fracaso escolar pueden presentar un FIL no detectado (3,5) y, según algunos estudios, solo el 27% de las personas con FIL son detectadas en edad escolar (8).

REVISTA DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL
ISSN 1130-9512 | E-ISSN 2660-7271
Volumen 42, número 3, julio-septiembre de 2025, pp. 5-16
Este artículo está bajo licencia Creative Commons
BY-NC-ND 4.0

https://doi.org/10.31766/revpsij.v42n3a2

Las personas con FIL tienen la capacidad suficiente para entender las expectativas y roles requeridos, aunque se pueden ver frustrados por no ser capaces de alcanzarlos o hacerlo con dificultades (14). Pueden tener problemas en el funcionamiento diario, generalmente no tan graves que los incapaciten para realizar los roles sociales típicos de la edad (3,13,23), aunque sí lo suficiente para generar un impacto negativo en la calidad de vida cotidiana (5,9), con fracaso de las expectativas sociales, aislamiento social o relaciones afectivas inadecuadas (3,6,7). La mayoría de personas con FIL no se detectan hasta el final de la etapa primaria o inicios de la secundaria, sobre los doce años (5), momentos en los que existe un aumento de la exigencia académica y social (8) y se hacen más evidentes sus dificultades de adaptación escolar. Es frecuente que sientan rechazo social a causa de su inadaptación en diferentes ambientes (5,13).

El incremento de la distancia de los niños con FIL con sus compañeros en la adolescencia puede generar mayor estrés, derivando en mayor psicopatología y problemas de conducta, aumentando enormemente el riesgo de desarrollo de trastornos de salud mental respecto la población general (también edad adulta) (5,10,14), más del doble según algunos estudios (24).

Las comorbilidades más comúnmente asociadas al FIL son sobre todo otras alteraciones del neurodesarrollo, trastornos de ánimo y de ansiedad, y trastornos de conducta; aunque también pueden presentar trastorno por uso de sustancias, ideación suicida, trastorno por estrés postraumático, posterior desarrollo de trastornos de personalidad, trastornos psicóticos, etc. (4,5,7,8,13,15,16,24,25,26). Esto puede conllevar una mayor tasa de ingreso en unidades de psiquiatría a lo largo de la vida (20). La presencia comórbida de FIL es un factor de mal pronóstico (3) y de peor respuesta a psicofármacos (27), además contribuye a un mayor uso de psicofármacos y servicios médicos (10). Los problemas de conducta y agresividad de los niños con FIL añaden mayores problemas de interacción entre padres e hijos, repercute negativamente en el rendimiento académico y promueve el abandono escolar en edades primerizas y suelen estar asociados a dificultades en la comprensión de las emociones y en una afectación de las funciones ejecutivas mediado por una dificultad en el procesamiento de la información social (5,21,28). La elevada tasa de trastorno de conducta presente en los FIL puede conllevar un posterior trastorno antisocial (3). De hecho, se han detectado tasas de aproximadamente una tercera parte de residentes en centros penitenciarios con un CI entre 70 y 84 (tanto en población juvenil como adulta), por lo que se considera que padecer un FIL es un factor de riesgo para conductas delictivas y antisociales en la adolescencia y la edad adulta (29). Otras condiciones más frecuentes en las personas con FIL son los problemas motores y de equilibrio, los trastornos del aprendizaje; así como la delección del gen 22q.11.2, el síndrome X frágil, el síndrome de Prader Willi, el síndrome de Williams, etc (5,30). También presentan mayores problemas de salud física, como la obesidad (8,31).

El *Centro de Salud Mental e Infantojuvenil (CSMIJ) del Gironès i Pla de l'Estany* (*Institut d'Assistència Sanitària*) participó en la prueba piloto aprobada por la Generalitat de Catalunya en marzo de 2021 (*Recomendaciones para la atención a personas con Funcionamiento Intelectual Límite*) (32), realizada en los territorios de Gironès y Sabadell, donde se revisó el modelo diseñado en mayo de 2017 (33), y esto permitió que, en nuestro centro, en 2022 se registrara una muestra con todos los pacientes diagnosticados con FIL, presentada en este estudio.

El objetivo principal del presente estudio es estudiar de forma descriptiva y prospectiva la edad de derivación de estos menores al CSMIJ y los diagnósticos comórbidos más frecuentes en una muestra clínica de FIL en un CSMIJ durante el año 2022. Los objetivos específicos son: 1) describir las edades de primera visita en el CSMIJ de los casos de FIL durante el año 2022 y 2) describir las comorbilidades asociadas a los casos de FIL que han acudido al CSMIJ durante ese año.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y participantes

El presente estudio ha sido realizado en el *CSMIJ del Gironès i Pla de l'Estany* (Girona), perteneciente a la *Red de Salud Mental y Adicciones* del *Instituto de*

https://doi.org/10.31766/revpsij.v42n3a2

Asistencia Sanitaria del Hospital Santa Caterina de Salt (Girona, España).

Las valoraciones clínicas se han realizado por un equipo experto en salud mental infanto-juvenil y en trastornos del neurodesarrollo constituido por psiquiatras y psicólogos clínicos. Se ha elaborado un registro anónimo de una muestra de todos los pacientes atendidos en el CSMIJ que presentaban la condición FIL con unos criterios de inclusión de un CI entre 71 y 84; así como una edad comprendida entre los 4 años y los 17 años y 11 meses. Los criterios de exclusión han sido un CI igual o por debajo de 70 y un CI igual o por encima de 85; pacientes con edades inferiores a 4 años o superiores a 17 años y 11 meses.

El presente estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación de Medicamentos de Girona (CEIM Girona) en la reunión realizada el 25/03/2025 (Acta nº 06/2025).

Recogida de información

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión, todos los casos detectados de FIL en el CSMIJ durante el 2022 han sido incluidos en el estudio.

Para la confirmación del diagnóstico de FIL en el CSMIJ se han administrado las pruebas de inteligencia, siguiendo los criterios de la prueba piloto de la atención del FIL de la Generalitat de Catalunya del 2022. Dichos criterios, en los que existe una elevada posibilidad de padecer un FIL, son los siguientes: a) trastorno de aprendizaje; b) cualquier psicopatología asociada a antecedentes de fracaso escolar o dificultades de adaptación ambiental; c) derivación de un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP) con sospecha de un bajo funcionamiento intelectual. Por otro lado, también se han detectado algunos casos de FIL mediante las pruebas de inteligencia de forma accidental o casual, es decir, se han realizado dichas pruebas por cualquier otro motivo sin tener inicialmente una elevada sospecha clínica.

Una vez detectado un caso de FIL, cada referente clínico lo ha incluido en el registro anónimo, recogiendo las siguientes variables: fecha de nacimiento, edad de primera visita al CSMIJ y comorbilidades asociadas.

Instrumentos

Para la definición de FIL se ha utilizado la que está recogida en el DSM-5-TR. (1) En el caso de la inteligencia, ha sido valorada a partir de la *Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-V* (WISC-V) (34) (de 6 años hasta 16 años y 11 meses) y la *Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos-IV* (WAIS-IV) (35), a partir de 16 años. Por otro lado, los diagnósticos clínicos comórbidos al FIL se han codificado según la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*, décima versión (CIE-10) (36). En cuanto a los diagnósticos comórbidos del neurodesarrollo, se han utilizado algunas pruebas complementarias para apoyar el diagnóstico, por ejemplo, en el caso del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), se ha utilizado el *Test de CARAS-R* (37), el *Test D2-R* (38) y el *Test de la Figura Compleja de Rey* (39) por parte de los psicólogos clínicos del equipo. En el caso del Trastorno del Espectro Autista (TEA) comórbido se ha utilizado la prueba *Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo-2* (ADOS-2) (40) o la *Entrevista para el Diagnóstico del Autismo – Revisada* (ADI-R) (41), por parte de los psiquiatras o psicólogos referentes del caso. En cambio, en el resto de los diagnósticos comórbidos (trastorno de conducta, trastornos de ansiedad…) se ha utilizado exclusivamente la entrevista clínica.

Análisis estadístico

Los datos obtenidos se introdujeron en una plantilla de Excel de Microsoft Office®. Mediante el mismo programa se analizaron las distintas variables, mediante estadística descriptiva, obteniendo los datos necesarios de cada una, así como las gráficas pertinentes.

RESULTADOS

Un total de 114 pacientes han sido incluidos en el estudio, de los cuales 86 (75%) eran varones y 28 (25%) mujeres. La prevalencia de FIL detectada, mucho mayor en el sexo masculino que en el femenino, es parecida a la de otras muestras (13,27,42), con una

REVISTA DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL
ISSN 1130-9512 | E-ISSN 2660-7271
Volumen 42, número 3, julio-septiembre de 2025, pp. 5-16
Este artículo está bajo licencia Creative Commons
BY-NC-ND 4.0

https://doi.org/10.31766/revpsij.v42n3a2

proporción de 3:1; como ocurre en la mayoría de trastornos del neurodesarrollo (43).

La edad de inicio al CSMIJ (ver Figura 1) más frecuente en nuestra muestra fue a los 10 años (n=20; 17,36%), seguido de los 8 años (n=17; 14,05%). En esta variable la media es de 9,90 años; la mediana es de 10 años; la desviación típica es de 3,11 años. En cuanto a la comorbilidad, un 95,6% presentaba como mínimo otro diagnóstico comórbido.

El grupo comórbido más prevalente es el de Trastornos generalizados del desarrollo (29,16%), seguido de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (27,5%) y Trastorno de conducta (14,16%). Otros trastornos frecuentes fueron las reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (6,66%) y otros trastornos de ansiedad (4,16%). En la Tabla 1 se muestran los porcentajes de los distintos diagnósticos comórbidos al FIL encontrados en esta investigación.

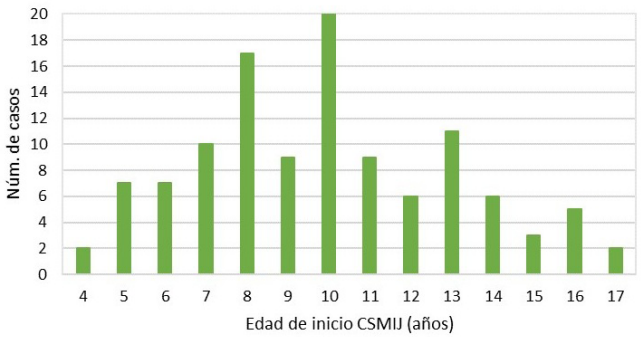

Figura 1. Distribución de edad de inicio CSMIJ

DISCUSIÓN

Se ha observado que la edad de derivación a nuestro CSMIJ ocurre sobre todo entre los 8 y los 10 años de edad (40% de los casos), con dos picos de edad a los 10 años (17,36% de los casos), seguido de un segundo pico a los 8 años (14,05% de los casos). Según nuestro conocimiento, este es el primer estudio que describe la edad de primera visita en un centro especializado de salud mental en los menores con FIL. Esta franja de edad coincide con cambios en el ciclo educativo en España: el inicio del segundo ciclo educativo dentro de la Educación Primaria (3º de Primaria) a los 8 años y el inicio del tercer ciclo educativo (5º de Primaria) a los 10 años. Estos cambios educativos se caracterizan por un aumento de la exigencia académica, así como posibles reestructuraciones en el entorno (cambios de docentes, tutores, compañeros, aula, etc.). Al igual que señalan otros estudios, cambios a nivel ambiental como el aumento de la exigencia escolar y las reestructuraciones sociales derivadas pueden conllevar un estrés difícil de manejar para una persona con FIL, con la aparición de psicopatología y derivación a los servicios de salud mental especializados (5,8).

En nuestro estudio se observa una tasa elevada de comorbilidades psiquiátricas. Según algunos estudios esta tasa en la población general puede ser desde el 32% (15) hasta el 40% en personas con FIL, requiriendo de atención psiquiátrica el 30% (8,22,24). Sin embargo, en nuestra muestra la tasa de comorbilidades ha sido del 95,6% ya que, como ya se ha aclarado, se trata de una muestra clínica de un centro de salud mental especializado. De hecho, en la mayoría de casos estas comorbilidades han sido la puerta de acceso para la derivación a nuestro CSMIJ y a una posterior evaluación de un FIL. En nuestra muestra, estos casos excepcionales de FIL sin comorbilidad se pueden explicar porque se trataban de aquellos casos detectados de forma casual sin tener una previa sospecha clínica de FIL; bien porque presentaban fracaso escolar y dificultad de adaptación ambiental como principal criterio de derivación sin un claro trastorno de salud mental asociado; así como, aquellos casos en los que se había hecho una detección temprana y provenían directamente de un CDIAP, con sospecha u orientación diagnóstica de FIL como primer y único motivo de derivación.

De todas las comorbilidades asociadas a la presencia del FIL, la más prevalente ha sido el trastorno generalizado del desarrollo, un 29,16% (especialmente el trastorno autista). Estas cifras son un poco más elevadas que otros estudios, que aportan valores de autismo en población menor de edad FIL que varían entre el 14% (22) hasta el 25% (44). La tasa de TDAH, de un 27,5%, es parecida a la de otros estudios, que recogen porcentajes que irían del 5% hasta el 50% (8,10,22,24). Así pues, como otros estudios señalan, hay una gran comorbilidad con el FIL y otros trastornos del neurodesarrollo (5,26,27). La comorbilidad del FIL con otros trastornos del

https://doi.org/10.31766/revpsij.v42n3a2

Tabla 1. Diagnósticos comórbidos al FIL (según CIE-10)

Diagnósticos comórbidos al FIL (ICD-10)	
F84: Trastornos generalizados del desarrollo	**29,16%**
Trastorno Autista (F84.0)	91,4%
Síndrome de Asperger (F84.5)	2,85%
Otros Trastornos Generalizados del Desarrollo (F84.8)	2,85%
Trastorno Generalizado no especificados del Desarrollo (F84.9)	2,85%
F90: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	**27,5%**
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (F90.2)	33,3%
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado (F90.9)	24,24%
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, predominio falta de atención (F90.0)	27,27%
Trastorno por déficit de atención y hiperactividad, predominantemente hiperactivo (F90.1)	15,15%
F91: Trastorno de conducta	**14,16%**
Trastorno de conducta de inicio en la infancia (F91.1)	47,05%
Trastorno de Conducta de inicio en la adolescencia (F91.2)	17,64%
Trastorno de conducta no especificado (F91.9)	17,64%
Otros trastornos de conducta (F91.8)	11,76%
Trastorno oposicionista-desafiante (F91.3)	5,88%
F43: Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación	**6,66%**
Trastorno de adaptación con alteración mixta de les emociones y de la conducta (F43.25)	62,5%
Trastorno de adaptación no especificado (F43.20)	25%
Trastorno de adaptación con ansiedad (F43.22)	12,5%
F41: Otros trastornos de ansiedad	**4,16%**
Trastorno de ansiedad no especificado (F41.9)	60%
Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)	20%
Otros trastornos de ansiedad mixtos (F41.3)	20%
R41: Otros síntomas y signos que involucran la función cognoscitiva y la conciencia	**3,33%**
F63: Trastorno de los hábitos y de los impulsos	**3,33%**
F80: Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje	**3,33%**
F50: Trastornos de la ingestión de alimentos	**1,66%**
F42: Trastorno obsesivo-compulsivo	**1,66%**
Otros	**5,05%**

neurodesarrollo como el TDAH es un factor de mal pronóstico y condiciona un peor funcionamiento cotidiano, de igual forma la comorbilidad con FIL en el TDAH podría repercutir en una menor respuesta a los fármacos estimulantes (27,45), aunque esto último no está del todo claro (46).

El presente estudio se ha hallado tasas ligeramente más bajas en cuanto a comorbilidad con el trastorno de conducta (14,16%), ya que otras muestras hablan de proporciones un poco más altas, de entre el 16% (22) o el 19% (10), mientras que otros incluso hablan de hasta el 30% (5,22). En cuanto los trastornos de ansiedad, otros estudios coinciden en unas tasas del 22-23%, (8,22) así como unas tasas de trastornos de ánimo de entre el 4,4% (8) y el 8 % (22). Sin embargo, las tasas de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo han sido significativamente menores, un total de 10,66% si tenemos en cuenta los grupos *Reacciones a estrés grave y trastorno adaptación* (6,6%) y *Otros trastornos de ansiedad* (4,16%). Según algunos estudios, las tasas de comorbilidad con el TEPT pueden llegar a ser del 36,6%-38% (16). Mientras que las tasas de trastornos de conducta son muy parecidas a los otros estudios; no tenemos claro el motivo por cual en nuestra muestra hemos encontrado esta proporción de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo tan bajas, pensamos que futuros estudios serían necesarios para investigar este hecho más detenidamente.

Lo anteriormente referido nos permite establecer un perfil de sospecha de FIL en un centro especializado en salud mental infanto-juvenil. Se debe tener en cuenta cuando exista comorbilidad asociada

REVISTA DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL
ISSN 1130-9512 | E-ISSN 2660-7271
Volumen 42, número 3, julio-septiembre de 2025, pp. 5-16
Este artículo está bajo licencia Creative Commons
BY-NC-ND 4.0

https://doi.org/10.31766/revpsij.v42n3a2

a fracaso escolar o dificultad de adaptación ambiental (especialmente cuando hay un cambio en el entorno inmediato, sobre todo escolar) especialmente si se trata de otro trastorno del neurodesarrollo como el TDAH o el autismo. Suelen acudir a los servicios de salud mental especialmente entre los 8 y los 10 años de edad. Al tener una sospecha de FIL se debería detectar con las pruebas cognitivas pertinentes para poder realizar una detección e intervención lo más precoz posible.

Como se ha comentado anteriormente, esta muestra clínica realizada en 2022 se ha obtenido dentro del marco de la prueba piloto de la Generalitat de Catalunya de 2021 (en la que participó nuestro centro), para la cual se creó el grupo de *Gestión, Estudio y Derivación de Casos de Personas con Funcionamiento Intelectual Límite* (GEDFIL), multidisciplinares y englobando varias especialidades como los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP), pediatría y Atención Primaria, el Servicio Especializado en Salud Mental y Discapacidad Intelectual (SESM-DI) o la Unidad de Hospitalización Especializada en Discapacidad Intelectual (UHEDI); así como servicios de adultos, etc. En reuniones mensuales de este grupo se presentaban los casos de elevada complejidad de todos los casos detectados progresivamente en los distintos servicios implicados. A continuación, de forma cualitativa, se detallarán algunos de los aspectos esenciales en la evaluación de los FIL en el CSMIJ aprendidos y recogidos en la prueba piloto (32), con el objetivo de confirmar el diagnóstico de FIL y la definición de un Plan de Atención Individualizada al FIL (PAI-FIL2).

Toda valoración debe incluir los dominios funcionales de la inteligencia, las funciones ejecutivas y el funcionamiento adaptativo. Por ello, debe recogerse la historia clínica y una observación clínica completa, mediante el uso de la HoNOSCA (47,48) o la HoNOSLD (o HoNOSDI) (49,50), así como una descripción detallada de los hitos del desarrollo. En segundo lugar, determinar el coeficiente intelectual (tanto verbal como no verbal) y obtener los puntos débiles y fuertes del sujeto, esto se realiza mediante WISC-V o WAIS-IV. Debe incluirse el estudio de las funciones ejecutivas (siendo el indicador más importante para el diagnóstico del FIL) (2), es decir, las habilidades de autorregulación (atención y control inhibitorio) y las habilidades de razonamiento (planificación, resolución de problemas y flexibilidad cognitiva). Y, por último, y especialmente importante, se debe conocer el funcionamiento adaptativo, es decir el funcionamiento cotidiano de la persona y las necesidades de adaptación a su ambiente, mediante el *Inventario para la Planificación de servicios y programación Individual (ICAP)* (51), aunque el *Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa (ABAS-II)* (52) también puede ser una buena alternativa. Además, estudios recientes señalan la importancia de valorar también la teoría de la mente (9), aunque existe poca literatura y consenso al respecto y esto está muy poco estandarizado; así como la importancia de una correcta rehabilitación cognitiva para mejorar la adaptabilidad funcional (27,42).

Una vez realizada una adecuada valoración, es esencial un trabajo con los menores y las familias los problemas generales derivados de la condición de FIL, así como las posibles dificultades concretas que presente cada caso. Esto debe ir acompañado de una coordinación interdepartamental e interprofesional del CSMIJ con servicios sociales, pediatría del equipo de atención primaria (iguales o menores de 15 años) o medicina de familia (iguales o mayores de 16 años), educación a través del Equipo de Asesoramiento Psicológico (EAP) de las escuelas o con el CDIAP, en aquellos casos derivados directamente de este servicio. Así se puede realizar un adecuado PAI-FIL2 para cada caso. En el ámbito académico se contacta con el servicio de psicopedagogía de cada centro escolar para que tengan constancia del caso y se promuevan las adaptaciones necesarias, realizando un Plan de soporte individualizado (PI) del alumno con FIL, según la etapa educativa y requerimientos de cada alumno. Esta última intervención contribuye en gran medida a la disminución del fracaso escolar y todas las complicaciones que ello conlleva (bullying, sentimiento de fracaso, disminución de la autoestima…), uno de los estresores más frecuentes e importantes que sufren los pacientes con FIL y que se relaciona directamente con la psicopatología observada y que muchas veces motiva la derivación al CSMIJ. Este tipo de adaptaciones no son distintas a las que proponen otros autores (5,23). De hecho, en otros países, una adaptación escolar pertinente ha mostrado una normalización en el currículum en jóvenes afectados de FIL y TEA (26). También puede

https://doi.org/10.31766/revpsij.v42n3a2

que se requiera una valoración del certificado de discapacidad por parte de servicios sociales.

Como limitaciones del estudio, nuestra muestra presenta el sesgo de ser población clínica, lo que debe de tenerse en cuenta en cuanto a obtener conclusiones sobre la población general. Aunque la Prueba Piloto se realizó en un marco multicéntrico, la muestra analizada en este estudio es unicéntrica.

CONCLUSIONES

El FIL es una entidad nosológica descrita en el manual diagnóstico DSM-5-TR, pero es controvertida y para la cual no existen enfoques terapéuticos específicos. Según nuestro conocimiento, el presente estudio es uno de los primeros en nuestro entorno en estudiar una muestra clínica de FIL en población infanto-juvenil, centrándose en las variables: edad de primera visita y comorbilidades.

Las comorbilidades psiquiátricas del FIL son parecidas a otras poblaciones no FIL, excepto en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Las comorbilidades más frecuentes han sido con otros trastornos del neurodesarrollo (TDAH y autismo). Esta investigación podría abrir puertas a que futuros estudios evalúen los FIL en entornos más parecidos a nuestra realidad clínica más inmediata.

Así pues, se ha podido establecer un perfil de elevada sospecha de FIL en los servicios de salud mental especializados. Son jóvenes con cambios en el entorno, especialmente el escolar que, debido a sus dificultades de adaptación, acuden a los servicios de salud mental entre mediados de la escuela primaria e inicios de la escuela secundaria, sobre todo entre los 8 y los 10 años de edad. Suelen acudir a los servicios de salud mental especializados por otra psicopatología derivada o acentuada por el aumento de exigencia y dificultades de adaptación escolar y social. Esta comorbilidad, según nuestra experiencia, suelen ser otros trastornos del neurodesarrollo como TDAH o TEA, aunque también pueden presentar trastorno de conducta, de ansiedad o del estado de ánimo. Es importante realizar una correcta valoración cognitiva y del funcionamiento adaptativo y diario, trabajando con los menores y las familias, así como de forma interdisciplinar con la escuela, servicios sociales, etc. y, si es necesario, realizando una adaptación curricular.

Además, esta muestra clínica se ha obtenido dentro de la prueba piloto *Recomendaciones para la atención a las personas con Funcionamiento Intelectual Límite* de la Generalitat de Catalunya del 2021, permitiendo la elaboración de una guía de actuación multidisciplinar, entre los que se incluyen los servicios de salud mental infanto-juvenil, para una mejor detección y evaluación, así como establecimiento de un programa de atención individual.

FINANCIACIÓN

Este estudio ha sido realizado sin financiación de ninguna entidad.

RESULTADOS PRELIMINARES

Un borrador de este artículo fue presentado en forma de póster en el 66º Congreso Nacional AEPNYA (Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia), realizado en Valencia, del 1 al 3 de junio de 2023.

CONTRIBUCIONES

Joana Sánchez Martínez se encargó de reclutar la muestra y obtener la información de la población, realizó la base de datos. David Losada Brunet realizó gran parte de la búsqueda bibliográfica, redactó el manuscrito y coordinó al resto de autores. Adrià Valero Iranzo obtuvo los datos de la base de datos, realizó las gráficas y colaboró en la redacción del manuscrito. Noelia Díaz González colaboró en la redacción del manuscrito y la búsqueda de la bibliografía. Joana Sánchez Martínez y David Losada Brunet revisaron el artículo. Todos los autores han aceptado la última versión del manuscrito.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores no presentan conflictos de interés a declarar.

REVISTA DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL
ISSN 1130-9512 | E-ISSN 2660-7271
Volumen 42, número 3, julio-septiembre de 2025, pp. 5-16
Este artículo está bajo licencia Creative Commons
BY-NC-ND 4.0

https://doi.org/10.31766/revpsij.v42n3a2

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a aquellos que han participado en el diseño y la aplicación de la prueba piloto GED-FIL y el Plan de Atención Individualizada FIL del FIL.

También un agradecimiento especialmente a todo el equipo profesional del *CSMIJ del Gironès i Pla de l'Estany* por la recopilación de la información necesaria para el diseño del presente estudio, especialmente a la coordinadora del servicio, la Dra. Cristina Lombardía Fernández.

REFERENCIAS

1. Asociación Americana de Psiquiatría (2022). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5a edición, Texto Revisado. Editorial Médica Panamericana; 2022.
2. Fernell E, Gillberg G. Borderline intellectual functioning. Handb Clin Neurol. 2020;174: 77-81. https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64148-9.00006-5
3. Greenspan S. Borderline intellectual functioning: an update. Curr Opin Psychiatry. 2017;30(2): 113-22. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000317
4. Hassiotis A. Borderline intellectual functioning and neurodevelopmental disorders: Prevalence, comorbidities and treatment approaches. Adv Ment Health Intellect Disabil. 2015;9(5): 275-83. https://doi.org/10.1108/AMHID-06-2015-0028
5. Salvador-Carulla L, García-Gutiérrez JC, Ruiz Gutiérrez-Colosía M, Artigas-Pallarès J, García Ibáñez J, González Pérez J, et al. Borderline intellectual functioning: consensus and good practice guidelines. Rev Psiquiat Salud Ment. 2013;6(3): 109-20. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.12.001
6. Martínez-Leal R, Folch A, Munir K, Novell R, Salvador-Carulla L. The Girona declaration on borderline intellectual functioning. Lancet Psychiatry. 2020 Mar;7(3): e8. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30001-8
7. Blasi V, Pirastru A, Cabinio M, Di Tella S, Lagañà MM, Giangiacomo A, et al. Early Life Adversities and Borderline Intellectual Functioning Negatively Impact Limbic System Connectivity in Childhood: A connectomics-Based Study. Front Psychiatry. 2020 Sep;11: 497116. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.497116
8. Kim M, Cheon KA. Exploring the Clinical Characteristics and Comorbid Disorders of Borderline Intellectual Functioning. J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry. 2024;35(3): 181-7. https://doi.org/10.5765/jkacap.240012
9. Baglio G, Blasi V, Sangiuliano Intra F, Castelli I, Massaro M, Baglio F, et al. Social Competence in Children with Borderline Intellectual Functioning: Delayed Development of Theory of Mind Across All Complexity Levels. Front Psychol. 2016;7: 1604. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01604
10. Emerson E, Einfeld S, Stancliffe RJ. The mental health of young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010;45(5): 579-87. https://doi.org/10.1007/s00127-009-0100-y
11. Blasi V, Zanette M, Baglio G, Giangiacomo A, Di Tella S, Canevini MP, et al. Intervening on the Developmental Course of Children With Borderline Intellectual Functioning With a Multimodal Intervention: Results From a Randomized Controlled Trial. Front Psychol. 2020;11: 679. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00679
12. Neijmeijer LJ, Korzilius HPLM, Kroon H, Nijman HLI, Didden R. Flexible assertive community treatment for individuals with a mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: results of a longitudinal study in the Netherlands. J Intellect Disabil Res. 2019;63(8): 1015-22. https://doi.org/10.1111/jir.12619
13. Fernell E, Ek U. Borderline intellectual functioning in children and adolescents - insufficiently recognized difficulties. Acta Paediatr. 2010;99: 748-53. https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01707.x
14. Hassiotis A, Brown E, Harris J, Helm D, Munir K, Salvador-Carulla L, et al. Association of Borderline Intellectual Functioning and Adverse Childhood Experience with adult psychiatric morbidity. Findings from a British birth cohort.

BMC Psychiatry. 2019;19: 387. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2376-0

15. Dardani C, Underwood J, Jones H, Rammos A, Sullivan S, Hull L, Khandaker G, Zammit S, Rai D, Madley-Dowd P. Psychotic experiences and disorders in adolescents and young adults with borderline intellectual functioning and intellectual disabilities: evidence from a population-based birth cohort in the United Kingdom. Psychol Med. 2025 Feb;5: e23. https://doi.org/10.1017/S0033291724003556
16. Luteijn I, VanDerNagel JEL, Van Duijvenbode N, De Haan HA, Poelen EAP, Diddene R. Post-traumatic stress disorder and substance use disorder in individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: A review of treatment studies. Res Dev Disabil. 2020 Oct;105: 103753. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103753
17. Valle A, Baglio G, Zanette M, Massaro D, Baglio F, Marchetti A, Blasi V. A New Perspective on the Role of Self-Confidence and Confidence in the Evaluation and Rehabilitation of Children With Adverse Life Experience and Borderline Intellectual Functioning: A Preliminary Study. Front. Psychol. 2020;12: 720219. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.720219
18. Fenning RM, Baker JK, Baker BL, Crnic CA. Parent-child Interaction Over Time in Families of Young Children With Borderline Intellectual Functioning. J Fam Psychol. 2014 Jun;28(3): 326-35. https://doi.org/10.1037/a0036537
19. Zeng W, Heyman M, Jerome SJ, Davis ML, Akobirshoev I. Longitudinal Trajectories of Maternal Stress for Mothers with Intellectual Disabilities and Borderline Intellectual Functioning: Evidence from the Future of Families and Child Wellbeing Study. J Autism Dev Disord. 2025 Feb 11. https://doi.org/10.1007/s10803-025-06732-z
20. Peltopuro M, Vesala HT, Ahonen T, Närhi VM. Borderline intellectual functioning: an increased risk of severe psychiatric problems and inability to work. J Intellect Disabil Res. 2020 Dec;64(12): 923-33 https://doi.org/10.1111/jir.12783
21. Predescu E, Sipos R, Costescu CA, Ciocan A, Rus DI. Executive Functions and Emotion Regulation in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Borderline Intellectual Disability. J. Clin. Med. 2020;9: 986. https://doi.org/10.3390/jcm9040986
22. Sätilä H, Mirjami Jolma L, Meriläinen-Nipuli M, Koivu-Jolma M. Challenges and Neuropsychological Functioning in Children and Adolescents with Borderline Intellectual Functioning. Children (Basel). 2022 Nov 28;9(12): 1847. https://doi.org/10.3390/children9121847
23. Orío-Aparicio C, López-Escribano C, Bel-Fenellós C. Borderline Intellectual Functioning: A Scoping Review. J Intellect Disabil Res. 2025 Jun;69(6): 437-56. https://doi.org/10.1111/jir.13221
24. Totsika V, Liew A, Absoud M, Adnams C, Emerson E. Mental health problems in children with intellectual disability. Lancet Child Adolesc Health. 2022;6(6): 432-44. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00067-0
25. Van Duivenbode N. A Systematic Review of Substance Use (Disorder) in Individuals with Mild to Borderline Intellectual Disability. Eur Addict Res. 2019 Nov;25(6): 263-82. https://doi.org/10.1159/000501679
26. Olsson MB, Holm A, Westerlund J, Lundholm Hedvall A, Gillberg C, Fernell E. Children with borderline intellectual functioning and autism spectrum disorder: developmental trajectories from 4 to 11 years of age. Neuropsychiatr Dis Treat. 2017 Oct 4;13: 2519-26. https://doi.org/10.2147/NDT.S143234
27. Roording-Ragetlie S, Spaltman M, De Groot E, Klip H, Buitelaar J, Slaats-Willemse D. Working memory training in children with borderline intellectual functioning and neuropsychiatric disorders: a triple-blind randomised controlled trial. J Intellect Disabil Res. 2022 Jan;66(1-2): 178-94. https://doi.org/10.1111/jir.12895
28. Van Rest MM, Matthys W, Van Nieuwenhuijzen M, De Moor MHM, Vriens A, Schuengel C. Social information processing skills link executive functions to aggression in adolescents with mild to borderline intellectual disability.

Este artículo está bajo licencia Creative Commons
BY-NC-ND 4.0

Child Neuropsychol. 2019;25(5): 573-98. https://doi.org/10.1080/09297049.2018.1495186
29. Crocker AG, Côté G, Toupin J, St-Onge B. Rate and characteristics of men with an intellectual disability in pre-trial detention. J Intellect Dev Disabil. 2007;32(2): 143-52. https://doi.org/10.1080/13668250701314053
30. Ann S, McDonld-McGinn D. Developmental trajectories in 22q11.2 deletion syndrome. Am J Med Genet C Semin Med Genet. 2015;169(2): 172-81. https://doi.org/10.1002/ajmg.c.31435
31. Emerson E, Robertson J. Obesity in young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. Int J Pediatr Obes. 2010;5(4): 320-6. https://doi.org/10.3109/17477160903473713
32. Generalitat de Catalunya. Recomanacions per a l'atenció a persones amb Funcionament Intellectual Límit. Document per a la prova pilot. Barcelona; març 2021.
33. Generalitat de Catalunya. Recomendaciones para la atención a las personas con funcionamiento intelectual límite. Barcelona; 26 de mayo de 2017.
34. Wechsler D. WISC-IV: Escala de Inteligencia de Weschler para Niños - V. 5ª edición. Madrid: TEA Ediciones; 2014.
35. Wechsler D. WAIS-IV: Escala de Inteligencia de Weschler para Adultos – IV. 4ª edición. Madrid: TEA Ediciones; 2012.
36. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Gobierno de España. CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión, Modificación clínica. 3ª Edición. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 2020.
37. Thustone LL, Yela M. Caras-R: Test de percepción de diferencias – Revisado: Manual. 14ª Edición. Madrid: TEA Ediciones; 2021.
38. Brickenkamp R, Schmidt-Atzert L, Liepmann D. d2-R: Test de Atención – Revisado: Manual. Madrid: TEA Ediciones; 2022.
39. Meyers JE, Meyers KR. RCFT: Test de la Figura Compleja de Rey y Prueba de Reconocimiento: Manual. Madrid: TEA Ediciones; 2024.
40. Lord C, Rutter M, DiLavore PC, Risi S, Gotham K, Bishop SL, Luyster RL, Guthrie W. ADOS-2: Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo – 2: Manual. Madrid: TEA Ediciones; 2015.
41. Rutter R, Le Couteur A, Lord C. ADI-R: Entrevista para el Diagnóstico del Autismo – Revisada: Manual. 3ª edición. Madrid: TEA Ediciones; 2024.
42. Dakopolos A, Condy E, Smith E, Harvey D, Kaat AJ, Coleman J, Riley K, Berry-Kravis E, Hessl D. Developmental Associations between Cognition and Adaptive Behavior in Intellectual and Developmental Disability. Res Sq. 2024 Jan 8: rs.3.rs-3684708. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3684708/v1
43. Bölte S, Neufeld J, Marschik PB, Williams ZJ, Gallagher L, Lai MC. Sex and gender in neurodevelopmental conditions. Nat Rev Neurol. 2023 March;19(3): 136-59. https://doi.org/10.1038/s41582-023-00774-6
44. Kantzer AK, Fernell E, Westerlund J, Hagberg B, Gillberg C, Miniscalco C. Young children who screen positive for autism: Stability, change and "comorbidity" over two years. Res Dev Disabil. 2018;72: 297-307. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.10.004
45. Aman MG, Buican B, Arnold LE. Methylphenidate treatment in children with borderline IQ and mental retardation: analysis of three aggregated studies. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2003 Spring;13(1): 29-40. https://doi.org/10.1089/104454603321666171
46. Sun CK, Tseng PT, Wu CK, Li DJ, Chen TY, Stubbs B, Carvalho AF, Chen YW, Lin PY, Cheng YS, Wu MK. Therapeutic effects of methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children with borderline intellectual functioning or intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2019 Nov 4;9(1): 15908. https://doi.org/10.1038/s41598-019-52205-6
47. Ballesteros-Urpí A, Pardo-Hernández H, Ferrero-Gregori A, Torralbas-Ortega J, Puntí-Vidal J, et al. Validation of the Spanish and Catalan versions of the Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents (HoNOSCA). Psychiatry Res. 2018 Mar;261: 554-9. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.057

48. Ballesteros-Urpí A, Torralbas-Ortega J, Muro P, Pardo-Hernandez H. Measure of clinical improvement in children and adolescents with psychiatric disorders: an evaluation of multiple perspectives with HoNOSCA. Medwave. 2020. Jan 13;20(1): e7762. https://doi.org/10.5867/medwave.2020.01.7762
49. Roy A, Matthews H, Clifford P, Fowler V, Martin DM. Health of the Nation Outcome Scales for People with Learning Disabilities (HoNOS-LD). Br J Psychiatry. 2002 Jan;180: 61-6. https://doi.org/10.1192/bjp.180.1.61
50. Esteba-Castillo S, Torrents-Rodas D, García-Alba J, Ribas-Vidal N, Novell-Alsina R. Traducción y validación de la versión española de la escala Health of the Nation Outcome Scales for People with Learning Disabilities (HoNOS-LD). Rev Psiquiatr Salut Ment. 2018;11(3): 141-50. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.11.002
51. Bruininks RH. ICAP: Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual. 3ª edición. Bilbao: Ed. Mensajero; 1999.
52. Harrison PL, Oakland T. ABAS-II: Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa: manual. 2ª edición. Madrid: TEA ediciones; 2021.