

LA PROBLEMATICA DEL NIÑO LIMITE. ESTUDIO APROXIMATIVO

Autor: José Antonio Portellano Pérez. Psicólogo Clínico
Servicio de Psicología.
Hospital Instituto San José de Epileptología.
Carabanchel Alto - MADRID

I.— MOTIVO DEL ESTUDIO

La presente comunicación tiene por motivo el estudio de algunas características de los niños límites. Pretendemos profundizar en el mejor diagnóstico y conocimiento de este sector de la población infantil que tan escasamente delimitado se encuentra. Prueba de ello es que la búsqueda de datos bibliográficos acerca de los sujetos límites hay que realizarla bien en textos sobre la deficiencia mental o en manuales acerca del fracaso escolar. Y sin embargo parece claro que un sector de la población de bastante importancia numérica

(del 5 al 7%) se encuentra en la situación de límite intelectual. Puede pensarse que se trata de una clasificación aleatoria o poco precisa, quizás porque los sujetos límites tienden a enmascarar sus síntomas (insuficiencia intelectual ligera transformada en trastornos de aprendizaje o dificultades emocionales reactivas). Pero la evidencia es otra: nuestras aulas se pueblan de un grupo de niños que no impresionan como deficientes mentales, y que al mismo tiempo tienen una capacidad de aprendizaje y de ajuste socio-ambiental limitada. Podemos decir que los niños límites son una auténtica "minoría marginada".

Dada la ligera limitación global que presentan, tienden a pasar desapercibidos entre el resto de los niños: se les exige como si fueran "normales", y la presión ambiental y escolar a que se ven sometidos provoca frecuentes reacciones de desadaptación y frustración. Esta de la población infantil sufre una automarginación latente o en ocasiones manifiesta: compiten en una sociedad de "normales" disponiendo de menos recursos que la mayoría y con la conciencia de inferioridad que les provoca el ser conscientes de sus limitaciones (fenómeno que no se da en los auténticos deficientes mentales). Queremos llamar la atención de la limitación de las actuales escalas de medida que se emplean convencionalmente: el abuso del empleo de los términos "cociente intelectual" y "edad mental" nos impide buscar escalas de desarrollo globales para determinar las capacidades reales de los sujetos no sólo fijándonos en aspectos parciales de sus aptitudes, que generalmente van ligados a lo que el sujeto sabe, ignorando lo que es capaz de aprender. El diagnóstico de la inteligencia borderline, límite, fronteriza o liminar (las cuatro acepciones corrientemente más usadas), se ve influida por las limitaciones de las escalas de medida basadas en la determinación del Cociente Intelectual como único método de determinación de las capacidades del sujeto.

II. — DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra está compuesta por 103 casos con diagnóstico de "inteligencia límite" con CI comprendido entre 70 y 84, siguiendo la clasificación de la OMS. Se excluyeron casos dudosos. El 71% de la muestra (73 casos) eran niños, y el 29% (30 casos), eran niñas.

La casuística se extrajo de la Consulta Ambulatoria de Psiquiatría y Psicología Infantil del Hospital Instituto San José. Aunque se trata de un centro neurológico dedicado fundamentalmente a la epilepsia, tiene una numerosa consulta ambulatoria dedicada al diagnóstico y tratamiento de trastornos emocionales, de aprendizaje, lenguaje y neurológicos en niños y adolescentes de hasta diez y ocho años.

Dada la zona de influencia del Hospital, la mayoría de los niños pertenecen a clases socioeconómicas medias-bajas. La edad media de la muestra es de ocho años aproximadamente, sin que existan diferencias significativas entre ambos sexos. El CI medio es de 0,80.

El diagnóstico de cada niño se realiza por un equipo interdisciplinario formado por médico psiquiatra, psicólogo clínico, pedagogo, logopeda, asistente social y estudio electroencefalográfico realizado por el servicio de electroencefalografía.

SE han estudiado algunos parámetros en la muestra, con una finalidad descriptiva: características relativas al sexo, nivel mental, edad en que acuden a consulta, motivo por el que acuden a consulta, principales trastornos que presentan, etc.

III. — RESULTADOS OBTENIDOS

A) Motivo de consulta

El principal motivo por el que los niños límite acuden a consulta a nuestro hospital es el trastorno en el aprendizaje (48% del total de los casos). Se trataba de niños con fracaso en los aprendizajes escolares, bien con un fracaso generalizado o bien por trastornos selectivos en determinadas áreas instrumentales (lenguaje, lectoescritura, matemáticas). Son muy frecuentes los

MOTIVOS DE CONSULTA DE LOS NIÑOS CON INTELIGENCIA LIMITE:

Motivo de consulta	Niños		Niñas		Total	
	N	%	N	%	N	%
TRASTORNO DE APRENDIZAJE	35	48	14	46	49	48
TRASTORNO DE CONDUCTA	11	15*	2	7	13	12
TRASTORNO DE LENGUAJE	9	12	4	14	13	12
EPILEPSIA	5	7	2	7	7	7
T. APRENDIZAJE/CONDUCTA	5	7	2	7	7	7
ESTUDIO	4	6	2	7	6	6
PROBLEMAS PSICOMOTORES	2	3	1	3	3	3
TRAUMATISMO	1	1	1	3	2	2
T. APRENDIZAJE/LENGUAJE	1	1	1	3	2	2
ENCEFALOPATIA			1	3	1	1
TOTAL	73	100%	30	100%	103	100%

FIGURA 1

rasgos disléxicos en la muestra. Al mismo tiempo, hay que hacer constar que todos los niños diagnosticados a posteriori como límites, asistían a escuelas normales con una media de alumnos por aula en torno a cuarenta. En la mayoría de las ocasiones eran los padres los que decidían traer a estudio a sus hijos, a la luz de los malos resultados académicos y en ocasiones a sugerencia de los profesores. (Fig. 1)

Por orden de importancia aparecen los trastornos de conducta (12%) y los trastornos de lenguaje (12%). Los trastornos de conducta abarcaban dificultades de ajuste emocional y manifesta-

ciones de tipo neurótico, trastornos de la relación familiar y social y en general cuadros de inmadurez psicoafectiva. Se observa una mayor incidencia de los trastornos de conducta como motivos de consulta entre los niños que entre las niñas. En los trastornos del lenguaje como motivo de consulta (fundamentalmente dislalias o cuadros de retraso lingüísticos) no se observan diferencias entre ambos sexos.

La presencia de crisis epilépticas es motivo de consulta en el 7% de la muestra. El fracaso escolar junto con las dificultades de conducta aparece como motivo de consulta en otro 7%

de los casos. Para ser sometidos a estudio médico-psicológico acuden a consulta un 6% de la población de límites.

El 8% restante es traído por diferentes causas (problemas psicomotores, traumatismo craneano, trastorno de aprendizaje en unión de trastorno de lenguaje, encefalopatía, etc.).

B) Principales características de la muestra

En la Fig. 2 se observan algunas de las características más relevantes de la muestra de niños límites.

— EEG: un 21% de los niños y un 13% de las niñas presentan trastornos bioeléctricos intensos (paroxismo, disfunción, foco lesivo). Aunque no se

FIGURA 2

PRINCIPALES TRASTORNOS PRESENTADOS POR LOS NIÑOS LIMITES				
Tipo de trastorno presentado	Niños		Niñas	
	N	%	N	%
EEG alterado	15	21	4	13
Rasgos disléxicos	11	15	5	16
Hipercinesia	9	12	1	3
Trastornos del lenguaje	14	19	5	16
Trastornos de conducta				
Agresividad	6		1	
Enuresis	3		2	
Conducta regresiva	3		2	
Depresión	3		1	
Trastornos adaptativo-familiares	1		2	
Neurosis Obsesiva	1		1	
Psicopatía	1		—	
Celotipias	1		—	
TOTAL TRASTORNOS CONDUCTA	22	30	9	30

han reseñado, dada la ambigüedad de su delimitación, existían numerosos casos de inmadurez en el registro EEG.

— Rasgos disléxicos: el 15% de la muestra presenta dificultades de aprendizaje lectoescritor acusadas. En estos casos se trataba de una sintomatología disléxica secundaria a la deficiencia intelectual.

— Hipercinesia: entre los varones existe una incidencia relativamente alta de casos de hipercinesia — 12% — (siguiendo la acepción de Gaddes, 1980, se entiende por niño hipercinético todo aquél que presenta un grado de actividad en todas sus manifestaciones significativamente más alto al del resto de la población normal de su edad, independientemente de la causa o causas que la producen).

— Trastornos del lenguaje: un 19% de los niños y un 16% de las niñas presentan patología del lenguaje oral, bien de tipo dislalico o bien bajo la forma de retraso evolutivo o dificultades ligeras comprensivo-expresivas. Obsérvese que sólo era un 12% el porcentaje de niños límite que acudían a consulta por presentar patología del lenguaje oral.

— Trastornos de conducta: dificultades de ajuste emocional y de conducta de importancia significativa aparecen en un 30% del total de los casos de la muestra (similar incidencia en niños y en niñas). Mientras que el motivo de consulta "trastorno de conducta", suponía el 12% de los casos, aparece una frecuencia de dificultades de ajuste emocional dos veces y media superior a dicho porcentaje al estudiar la muestra de forma más pormenorizada. Entre los trastornos más significativos destacan: Los niños son más agresivos y presentan enuresis en mayor medida que las niñas. El resto de las dificultades de ajuste emocional (conductas regresivas, depresión, trastornos de ajuste familiar, etc.) no discriminan suficientemente a ambos sexos.

IV.— CONCLUSIONES

A) La primera conclusión que se deriva del estudio es el diagnóstico de "inteligencia límite" realizado de forma demasiado tardía. Los niños acuden a consulta cuando cuentan con ocho años de edad, es decir, cuando durante varios años sometidos a las exigencias de la EGB han fracasado en el aprendizaje y han generado trastornos de conducta probablemente consecuentes a su desadaptación escolar y ambiental.

B) En todas las ocasiones la inteligencia borderline aparece enmascarada bajo otros síntomas. Ninguno de los 103 niños y niñas fue traído a consulta por tener padres o educadores la sospecha de que presentaba un hándicap en sus estructuras intelectuales.

C) La forma de enmascararse la deficiencia límite es bien bajo el aspecto de fracaso escolar (en la mitad de los niños) o bien como alteraciones del lenguaje o de la conducta.

D) El estudio pormenorizado de los niños y niñas de la muestra permite afirmar que las condiciones estructurales de los sujetos límite son peores de las que se presentan como motivo de consulta: aparecen numerosos trastornos de conducta (uno de cada tres niños límite presenta patología importante en esta área, mientras que inicialmente sólo el 12% era traído a nuestras consultas por presentar desajustes emocionales. Por otra parte es frecuente la excesiva inquietud psicomotora (hipercinesia) entre los varones de la muestra, así como los rasgos disléxicos. Los trastornos de lenguaje detectado superan los que aprecian como motivo de consulta. Los niños tienden a mostrarse más agresivos (agresividad extrapunitive, frente a personas) que las niñas.

E) Todavía al niño se le da más importancia cuando fracasa en sus estudios que si se trata de una niña (70% de varones frente a 30% de niñas). Cabe pensar que existen numerosas niñas que a pesar de su deficiencia intelectual ligera no son tenidas en cuenta a la hora de establecer un diagnóstico más preciso, porque en el fondo nos movemos en una sociedad donde el machismo sigue siendo un tópico real.

F) De las conclusiones del trabajo sugerimos algunas posibles pautas de acción a tener en cuenta con los niños límites:

— Hay que establecer un diagnóstico precoz, que debería existir en los parvularios y guarderías, para lograr los efectos indeseables de un diagnóstico demasiado tardío de la inteligencia borderline. Esperar a que el fracaso escolar en un 2º o 3º de EGB obligue a plantearse cuál es el potencial del niño es esperar demasiado tiempo con el consecuente sufrimiento para el niño y la pérdida de posibilidades terapéuticas.

— En el diagnóstico de la inteligencia límite es conveniente la presencia de un equipo multidisciplinario (médico-psicopedagógico) donde se puedan apreciar el máximo de características de cada niño borderline. La condición de "límite intelectual" no debe ser sólo atribuible a características psicométricas relacionadas con el Cociente Intelectual, sino que se debe estudiar el desarrollo integrar en sus aspectos neurológicos, psicológicos, pedagógicos y socioadaptativos.

— La integración del niño límite no debe tender a la segregación en ningún caso. Se podrán adoptar medidas especiales que palien las dificultades escolares, educativas o de conducta del niño (aulas de reducido número de alumnos, tratamientos reeducativos o psicoterapéuticos, orientación familiar y pedagógica adecuada, etc.), pero no es aconsejable crear ghettos que aislen al niño límite, que conviertan su ligero déficit en un problema de mayores dimensiones.

(Comunicación presentada a las Primeras Jornadas Nacionales de Retraso Mental en Huelva. Días 5, 6 y 7 de diciembre de 1981)

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Ed. 3. Washington DC 1980.
- COLEMAN J.C. y SHANDU. "Descriptive-relational study of 364 children referred to a university clinic for learning troubles". Psychol. Rep. 20, 1091. 1967.
- CHIVA, M. "El diagnóstico de la debilidad mental". Pablo del Rfo. Madrid 1978.
- GADDES, W. H. "Learning disabilities and brain function" (A neuropsychological approach). New York-Heidelberg 1980. Ed. Springer-Verlag.
- LURIA, A. R. "The mentally retarded child". Londres. Pergamón Press. 1963.
- WIKLER, A, DIXON J. F and PARKER J. B. "Brain function in problem children and controls: psychometric, neurologic and EEG comparisons. Am. J. Psychiatry 127, 634. 1970.