

Intervención multidisciplinaria en el tratamiento de los síntomas ansiosos en niños y
niñas con funcionamiento intelectual límite, casos de la Institución Educativa
Departamental Mixto Antonio Ricaurte en Puerto Salgar Cundinamarca

Nataly Briceño Jiménez

Universidad El Bosque

Facultad Ciencias Naturales y de la Salud

Especialización Psiquiatría Infantil y del Adolescente

2018

Intervención multidisciplinaria en el tratamiento de los síntomas ansiosos en niños y niñas con funcionamiento intelectual límite, casos de la Institución Educativa Departamental Mixto Antonio Ricaurte en Puerto Salgar Cundinamarca

Nataly Briceño Jiménez

Asesor temático: Dr. Rafael Antonio Vásquez Rojas

Asesor metodológico: Dra. Lina Prieto

Universidad El Bosque

Facultad Ciencias Naturales y de la Salud

Especialización Psiquiatría Infantil y del Adolescente

2018

Director de Investigaciones

Director de la División de Postgrados

Director del programa

Jurado

Nota de salvedad de responsabilidad institucional

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

Agradecimientos

La autora expresa sus agradecimientos a la Universidad El Bosque, al Programa Especialización Psiquiatría Infantil y del Adolescente, a la Institución Educativa Antonio Ricaurte por apoyar el desarrollo de esta investigación.

Al Doctor Franco, por la credibilidad en mi proceso académico, al Dr. Vásquez por su apoyo, a la Dra. Lina Prieto por su valiosa asesoría, a la Dra. Lola Jiménez por su apoyo en la parte práctica de esta investigación. A los niños y niñas participantes y a sus padres.

Dedicatoria

A la historia de vida de mis pacientes

Contenido

	Pág
Resumen	12
Introducción	14
Marco teórico	17
Inteligencia	17
Trastorno de ansiedad en niños	23
Calidad de vida en niños	29
Problema	30
Pregunta de investigación	32
Justificación	33
Objetivos	36
Objetivo general	36
Objetivos específicos	36
Propósito	38
Metodología	39
Tipo de estudio	39
Localización	39
Población	39
Criterios de inclusión	40
Criterios de exclusión	40
Variables	40
Hipótesis	49
Técnica de recolección de la información	50
Materiales y métodos	52
Ruta de evaluación	55

Plan de análisis	57
Aspectos éticos	59
Consentimiento informado	61
Asentimiento	63
Pautas éticas para profesionales de la salud	65
Derechos humanos y derechos de la niñez	66
Organigrama	67
Presupuesto	68
Resultados	69
Discusión	85
Conclusiones	94
Bibliografía	96
Anexos	101

Lista de tablas

		Pág.
Tabla 1	Resultados de los dominios de la escala PedsQI 4.0	75
Tabla 2	Sesiones de la intervención multidisciplinaria, sesiones de la 1 a la 9.	76
Tabla 3	Sesiones de la intervención multidisciplinaria, sesiones de la 10 a la 17.	77
Tabla 4	Sesiones de la intervención multidisciplinaria, sesiones de la 18 a la 27.	78

Lista de figuras

		Pág.
Figura 1	Representación familiar en porcentaje de los acudientes de los niños y niñas participantes.	70
Figura 2	Caracterización prenatal. a. Porcentaje de registro de infecciones al nacer, b. Porcentaje de presencia de sangrado al nacer, c. Porcentaje de nacimiento por cesárea y d. Porcentaje de nacimiento antes de tiempo.	71
Figura 3	Caracterización de presencia de problemas mentales y consumo de drogas en acudientes. a. En la familia ha tenido depresiones, crisis de nervios o problemas, b. Consumo de drogas ilícitas, tiene o ha tenido problemas por beber alcohol.	72
Figura 4	Relaciones sociales de los niños con sus pares y con los adultos. a. Tímidos con otros niños, b. Sienten que otros niños los rechazan, c. Los niños discuten con los adultos, d. Los adultos conocen los amigos de su hijo, e. El niño es tímido con los adultos, f. El niño pelea con otros niños, g. El niño se rebela a la autoridad, h. Algún familiar ha tenido dificultades como el niño.	73
Figura 5	Evaluación de los síntomas ansiosos en niños y acudientes con la escala Scared.	75
Figura 6	Intervención multidisciplinaria. a). Sesión 2, b). Sesión 3, c). Sesión 4, d). Sesión 5, e). Sesión 6, f). Sesión 7, g). Sesión 8, h). Sesión 9.	77

Figura 7	Intervención multidisciplinaria. a. sesión 10, b. sesión 11, c. sesión 12, d. sesión 13, e. sesión 14, f. sesión 15, g. sesión 16, h. sesión 17.	78
Figura 8	Intervención multidisciplinaria. a. sesión 18, b. sesión 19, c. sesión 20, d. sesión 21, e. sesión 22, f. sesión 23. g. sesión 24. h. sesión 25. i sesión 26 y j. sesión 27.	79
Figura 9	Actividades extras en la intervención multidisciplinaria. a. Reunión de padres, b. actividades culturales, c. actividad de motivación, d. exposición de trabajos realizados.	80
Figura 10	Síntomas ansiosos de los niños antes y después de la intervención.	81
Figura 11	Evaluación de los síntomas ansiosos de los acudientes de los niños antes y después de la intervención.	82
Figura 12	Evaluación de los síntomas ansiosos en niños y acudientes después de la intervención.	83
Figura 13	Evaluación de la calidad de vida antes y después de la intervención.	84

Resumen

El funcionamiento intelectual límite (FIL) se conceptualiza actualmente como la barrera que separa el funcionamiento intelectual normal de la discapacidad intelectual (coeficiente intelectual 71- 85). El FIL es una entidad clínica sumamente compleja, que apenas ha sido estudiada. Este trabajo se desarrolló en la Institución Educativa Departamental Mixto Antonio Ricaurte, representando un espacio ideal para la intervención de diferentes problemas en los niños, además es donde se genera el principal motivo por el que consultan los padres de los niños con FIL: “bajo rendimiento académico” que puede o no asociarse con problemas disciplinarios y de convivencia con pares, con deficiencias en los procesos escolares asociados a síntomas de ansiedad, disminuyendo la calidad de vida de los niños y sus padres.

El presente estudio realizó un manejo interdisciplinar que incluye psiquiatría, psicología y profesora de apoyo por dos meses, para el tratamiento de los síntomas ansiosos y mejoría en la calidad de vida de niños con FIL. La muestra estuvo conformada por 30 niños con FIL diagnosticados por medio de la clínica y el WISC IV, con síntomas ansiosos documentados por medio de la entrevista clínica y el SCARED, se documentó la calidad de vida por medio de la escala PedsQL 4.0. Los resultados mostraron que: 1. Los síntomas ansiosos son detectados tanto por padres como por los mismos niños y niñas, al igual que el cambio después de la intervención multidisciplinaria. 2. Los resultados obtenidos con la escala de calidad de vida PedsQL 4.0, deben interpretarse con cautela porque se requiere intervenciones más largas para la modificación de la percepción de la calidad de vida o se requiere de la validación en la región de la escala.

Palabras claves: Calidad de vida, coeficiente intelectual, niños (as), rendimiento escolar, síntomas ansiosos.

Abstract

Borderline intellectual functioning (BIF) is currently conceptualized as the barrier that separates normal intellectual functioning from intellectual disability (IQ 71-85). BIF is a highly complex clinical situation, which has hardly been studied. This research was carried out at Antonio Ricaurte school, showing an ideal space for the intervention of different problems in children, it is also where is generated the main reason for consulting the parents of the children with BIF: "poor academic performance" that may or may not be associated with disciplinary problems and coexistence with peers, with deficiencies in the medical processes associated with anxiety symptoms, decreasing the quality of life of children and their parents.

The current research carried out an interdisciplinary management that includes psychiatry, psychology and support teacher for two months, in order to the treatment of anxious symptoms and improvement in the quality of life of children with BIF. The sample consisted of 30 children with BIF diagnoses through clinical exams and the WISC IV, with anxious symptoms documented by means of clinical interview and SCARED, the quality of life was documented through the PedsQL 4.0 scale. The results showed that: 1. the anxious symptoms are detected both by parents and by the children themselves, as well as the change after the multidisciplinary intervention 2. The results obtained with the PedsQL 4.0 quality of life scale should be interpreted with caution because longer interventions are required to modify the perception of quality of life or validation is required in the region of the scale..

Keywords: Quality of life, IQ, children, school performance, anxious symptoms.

Introducción

El funcionamiento intelectual límite se conceptualiza actualmente como la barrera que separa el funcionamiento intelectual normal de la discapacidad intelectual (Coeficiente Intelectual 71 - 85). A pesar de su magnitud, su prevalencia no puede ser cuantificada y no se ha operativizado su diagnóstico (1).

Es difícil identificar una causa universal de la inteligencia limítrofe; 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. Ante ello, se considera una condición asociada al neurodesarrollo, afectando la población infantil y desencadenando otras posibles alteraciones del desarrollo. En efecto que en la mayoría de los casos se presenten comorbilidades con diferentes trastornos de la infancia y la adolescencia (2).

El funcionamiento intelectual límite es una entidad clínica sumamente compleja, que apenas ha sido estudiada. De hecho no existe un mínimo consenso en la comunidad científica sobre a qué nos referimos cuando hablamos de FIL (Funcionamiento Intelectual Limítrofe); y sobre su relación con otros trastornos del desarrollo (1).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5th edición), lo ubica en el apartado “Otras condiciones que pueden ser foco de atención médica”. Entre tanto, para algunas escuelas europeas pertenece al espectro de los trastornos del aprendizaje (*learning disabilities*), en el apartado de retardo mental (3,4).

En estudios realizados en el Hospital de la Misericordia, se han descrito que los niños y niñas con capacidad intelectual límite padecen de diversas patologías mentales dentro de ellas la ansiedad, lo que genera problemas en la adaptación a nivel familiar, escolar y social. Representando una población que requiere una considerable cantidad de apoyo y atención en diferentes momentos de sus vidas. En la niñez es una de las principales causas de mal desempeño escolar que llevan a graves consecuencias como la deserción, pobre funcionamiento laboral posterior, pobres ingresos y mayor demanda de servicios médicos (3).

El colegio representa un espacio ideal para la intervención de diferentes problemas en los niños, además es donde se genera el principal motivo por el que consultan los padres de los niños con funcionamiento intelectual límite: “bajo rendimiento académico” que puede o no asociarse con problemas disciplinarios y de convivencia con pares, con deficiencias en los procesos de lectoescritura y cálculo, baja autoestima, pobreza para establecer vínculos afectivos, quejas somáticas inespecíficas e incluso intento de suicidio (3).

Es necesario el reconocimiento clínico de los niños con funcionamiento intelectual limítrofe con el fin de ofrecer un reconocimiento de la entidad para crear políticas públicas que les permita una inclusión a los sistemas de salud, educación y trabajo, garantizando una adecuada calidad de vida.

Saber qué intervenciones son las más adecuadas y cuáles son las necesidades de atención que presenta este colectivo es de vital importancia para implementar un modelo de atención integral centrado en la persona.

El presente trabajo propone un modelo de intervención que incluye profesores, padres, servicio de psicología, profesora de apoyo y psiquiatría para el tratamiento de síntomas ansiosos y mejoría en la calidad de vida.

Marco teórico

- **Inteligencia**

La sociedad humana valora altamente la inteligencia y la considera un factor decisivo para los logros educativos, laborales y socioeconómicos de los pueblos. Las características que asociamos con el concepto de inteligencia, como capacidad de solucionar problemas, de razonar, de adaptarse al ambiente, han sido altamente valoradas a lo largo de la historia. Desde los griegos hasta hoy se ha pensado que este conjunto de características que distingue positivamente a las personas, les brindan un lugar especial en la sociedad (5).

Existen diversas definiciones, desde concepciones filosóficas, pragmáticas, factoriales y operacionales. Una definición de inteligencia que probablemente es la más apropiada, es la siguiente: inteligencia es un conjunto de habilidades cognitivas y conductuales que permiten la adaptación eficiente al ambiente físico y social. Incluye la capacidad de resolver problemas, planear, pensar de manera abstracta, comprender ideas complejas, aprender de la experiencia. No se identifica con conocimientos o habilidades específicas sino que se trata de habilidad cognitiva general, de la cual forman parte las capacidades específicas (5).

El concepto de inteligencia ha estado muy ligado a su medición. Los primeros intentos formales de medir la inteligencia se deben a Alfred Binet, quien fue comisionado por el gobierno francés para encontrar una forma de seleccionar a los estudiantes que tenían habilidades para cursar estudios en las escuelas francesas (5).

Dentro del concepto de medición de la inteligencia emerge el concepto de coeficiente intelectual, que depende de múltiples factores. Se han encontrado los resultados de un meta-análisis de 14 estudios observacionales que mostraron que la lactancia materna se asoció con un aumento de 3 a 5 puntos en pruebas de inteligencia en la niñez y la adolescencia. Un mecanismo biológico posible para este efecto es la presencia de ácidos grasos saturados de cadena larga en la leche materna, que son esenciales para el desarrollo cerebral (6).

Un estudio llevado a cabo durante once años en recién nacidos con muy bajo peso al nacer (<1.500 g), comparados con recién nacidos de peso normal, encontró que el antecedente de prematurez y bajo peso al nacer determinaba múltiples complicaciones, entre ellas mayor porcentaje de trastornos del aprendizaje, incluido el coeficiente limítrofe (4,5).

El consumo de la madre de alcohol y sustancias psicoactivas durante el embarazo es un factor crítico por el riesgo de que el niño sufra defectos congénitos y déficits motores, cognitivos, del lenguaje, sociales y emocionales. La vulnerabilidad genética, biológica y socioeconómica puede limitar el desarrollo de los niños y dificultarles la adquisición de las competencias cognitivas necesarias para lograr un desempeño adecuado (7).

Se han encontrado estudios que sugieren asociaciones entre la depresión materna y retraso cognitivo y/o desarrollo emocional, ambos precursores potenciales para un menor coeficiente intelectual y trastorno mental en la edad adulta (8).

Se ha asociado la disminución del CI a exposición crónica con plomo, tanto en la madre gestante como en los niños. Hay reportes que la exposición a dosis tóxicas de plomo durante la infancia producen una disminución de ocho puntos en el CI total. También la exposición a agentes contaminantes del gas natural (3,4).

Coeficiente normal bajo: El coeficiente intelectual normal bajo (CINB) o coeficiente intelectual limítrofe, se define como el puntaje entre 71 y 84 obtenido en la prueba WISC-R (*Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised*) (3).

El grupo de consenso CONFIL 2007 la define como una metacondición de salud que requiere atención sociosanitaria, educativa y legal específica. Se caracteriza por disfunciones cognitivas diversas que se asocian a un CI entre 71 y 85, y que determinan un déficit en el funcionamiento de la persona tanto en la restricción de sus actividades como en la limitación de su participación social (1). Además, el funcionamiento cognitivo y la ocurrencia de síntomas de psicosis afectivo - ansiosa pueden verse afectado por la exposición de un trauma infantil (6).

El CINB se conceptualiza actualmente como la barrera que separa el funcionamiento intelectual normal de la discapacidad intelectual. A pesar de su magnitud, su prevalencia no puede ser cuantificada y no se ha operativizado su diagnóstico (1).

Existen problemas en la terminología del coeficiente intelectual normal bajo. En la bibliografía inglesa se han empleado términos como (*Borderline Intellectual Functioning*), (*Subaverage Intellectual Functioning*), (*Borderline Mental Retardation*),

(*Borderline Intellectual Capacity*) y/o (*Borderline Learning Disability*). Sin embargo, es una entidad que no figura como código diagnóstico en las clasificaciones clínicas actuales (1).

El CINB genera graves problemas en diversas áreas del individuo, de difícil diagnóstico y algunas veces olvidada por el clínico a la hora de evaluar los pacientes y que por no verse físicamente pareciera que no existe.

Los niños y adolescentes con CINB tienen dificultades que no se limitan al campo cognoscitivo; al contrario, la alteración se extiende a otras áreas de su funcionamiento familiar, escolar y social, con repercusiones emocionales que generan, potencian y enmascaran comorbilidades y, evidentemente, empeoran el pronóstico a corto, mediano y largo plazo (3).

Se ha descrito la asociación entre un menor coeficiente intelectual y la enfermedad mental grave. Un estudio británico realizado por Rajput, *et al.* (8), encontraron que esta asociación puede explicarse en parte por condiciones socioeconómicas adversas, y la mayor relación con depresión y ansiedad puede explicarse por un efecto del coeficiente normal bajo en la forma en que se comunica la angustia mental (8).

La influencia de los ingresos no es sorprendente, ya que es probable que represente la desventaja social subyacente que puede o bien ser secundaria a un CI más bajo o puede ser una continuación de las condiciones sociales adversas anteriores que dieron lugar al CI más bajo (8).

La queja principal de los padres y el sistema escolar de un paciente con CINB es el pobre rendimiento escolar, que puede o no asociarse con problemas disciplinarios y de convivencia con pares, con deficiencias en los procesos de lectoescritura y cálculo, baja autoestima, pobreza para establecer vínculos afectivos, quejas somáticas inespecíficas e incluso intento de suicidio. Dentro de los motivos de consulta de los padres se encuentran en orden de presentación: bajo rendimiento académico, agresividad, inquietud, problemas de socialización e inatención, ansiedad, indisciplina e intento de suicidio (3,4). Por lo tanto, padres, acudientes e hijos (as) en su relación familiar se ve afectada por los comportamientos de cada uno de estos miembros y esto puede afectar la salud mental de uno u otro individuo (9). En este estudio se analizará la interacción de padres, acudientes e hijos (as), frente a los síntomas ansiosos que se manifiestan en los menores.

En cuanto a comorbilidad, se reporta el TDAH como la patología de mayor frecuencia, seguido por trastorno depresivo, ansiedad; trastorno del aprendizaje, trastorno del lenguaje, trastorno oposicional desafiante. La epilepsia se reportó en el 11,3 % de los pacientes. Otras comorbilidades menos comunes fueron el abuso de sustancias, Gilles de la Tourette y trastorno de identidad sexual (3).

En el país no existen datos estadísticos precisos para determinar la población en edad escolar con CINB, discapacidad o con aptitudes sobresalientes, por tanto, no se puede establecer la demanda de atención que se tiene.

En el estudio realizado en el Hospital de la Misericordia (4), encontraron con respecto a la situación académica de los pacientes que al momento de la valoración inicial por parte del área de psiquiatría infantil, el 56,52% de los pacientes cursaba algún grado de básica primaria y el 2,48% estaba desescolarizado. Sólo una paciente estaba cursando el primer semestre de una carrera técnica. El resto de los pacientes estaba cursando algún grado de secundaria. De la población estudiante, tres pacientes estaban repitiendo más de una vez el mismo grado.

En un estudio realizado por el Gobierno de la Ciudad de México y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia en el 2006. Entre los que abandonan la escuela, el mayor porcentaje se presenta en la población indígena, debido a sus condiciones de marginación y pobreza; no obstante, también se indica que otro sector en condiciones altas de deserción escolar se conforma por quienes padecen algún tipo de discapacidad. Así que los pacientes con algún tipo de discapacidad que no reciben la educación adecuada y a ello se añan, las características adversas de sus contextos familiares y sociales, su situación puede hacerse más difícil (10).

Moffit revisó 47 estudios sobre factores relacionados con la delincuencia, y encontró que uno de los factores más sólidos y consistentemente asociado era el bajo CI. Un estudio en Medellín reportó que la mayoría de adolescentes infractores tenían CINB y retardo mental (11).

En cuanto al tratamiento de pacientes con CINB se considera brindar los escenarios de atención adecuada, que garanticen el desarrollo integral de estos sujetos, de acuerdo con sus capacidades. Asistencia al individuo con limitaciones cognoscitivas

y a su familia con el fin de que se faciliten la comprensión y la asimilación del diagnóstico. También se debe dar tratamiento de las patologías concomitantes (3).

Sin embargo, las intervenciones a edades tempranas pueden ser más efectivas que las intervenciones en edades avanzadas (12) porque los niños (as) experimentan un periodo crítico de desarrollo en múltiples dominios (Piaget 13), las funciones cognitivas importantes como el lenguaje, el procesamiento perceptivo, el control emocional y las habilidades sociales se desarrollan durante la segunda etapa. En la tercer etapa los niños (as) aplican la lógica, conocen racionalmente, realiza reversibilidad y la seriación, su pensamiento está anclado en la acción concreta que realiza. Esta etapa está marcada por la disminución gradual del pensamiento egocéntrico y por la capacidad creciente de centrarse en más de un aspecto de un estímulo. Evidencias en las investigaciones en neurociencia ilustran que durante los primeros años de vida son los más importantes para el desarrollo del cerebro, este alcanza el 95% de su tamaño a los 6 años de edad (14).

Durante la etapa de desarrollo infantil se desarrolla la inteligencia fluida, que se refiere a la capacidad de resolver problemas relacionadas con problemas abstractos (15). La inteligencia fluida se considera en parte hereditaria e independiente del conocimiento adquirido (16).

- **Trastorno de ansiedad en niños**

La ansiedad es una emoción normal que todas las personas hemos experimentado, forma parte de los mecanismos básicos de supervivencia y es una respuesta a

situaciones del medio que nos resultan sorprendidas, nuevas o amenazantes. La ansiedad incita a actuar, a enfrentarse a una situación amenazadora o nos prepara para escapar. Por lo tanto, se trata de una emoción encaminada a la adaptación y la preservación. Sin embargo, puede verse alterado, resultado de esto es una respuesta desadaptativa que ocasiona disfunción en la vida cotidiana (17). Otros autores definen la ansiedad como un estado cerebral muy similar al miedo, pero que ocurre en ausencia de un estímulo amenazante. Tanto el miedo como la ansiedad representan reacciones normales ante el peligro, que coexisten y se superponen. El miedo se asocia a menudo con síntomas de excitación autonómica necesarios para las conductas de lucha o huida, pensamientos de peligro inmediato y de escape, mientras que la ansiedad se asocia más con tensión muscular, aumento de la vigilancia en preparación para el futuro peligro y comportamientos prudentes o de evitación. A veces, el nivel de miedo o ansiedad se reduce por medio de conductas de evitación generalizadas (19). Así, un trastorno de ansiedad es una enfermedad que tiene como síntoma central una ansiedad intensa, desproporcionada, persistente y que afecta en varias áreas la vida cotidiana de quien la padece, dificultando la capacidad para estudiar, trabajar, convivir con su familia o con sus amigos (17). Los trastornos de ansiedad son condiciones comunes en la infancia y adolescencia, con una prevalencia mundial que oscila en la literatura médica entre el 4% y 32%. Impactan negativamente la autoestima, las relaciones sociales, el rendimiento académico, la vida familiar y los futuros logros ocupacionales. Coexisten con otros trastornos del estado de ánimo o conductuales, y suelen ser fuertes predictores de trastornos de ansiedad en la vida adulta y de otras psicopatologías (18).

En los niños se presentan trastornos de ansiedad y si son detectados y tratados a tiempo se puede disminuir el riesgo de su persistencia en la edad adulta. El tratamiento

debe incluir educación a los padres e hijo, profesores e intervención psicoterapéutica. Los padres y la familia son importantes para el desarrollo y el mantenimiento de la ansiedad en los niños y adolescentes, teniendo en cuenta el reforzamiento que este grupo realiza sobre los niños y adolescentes (17). En los infantes (0-18 meses), es común que se presente ansiedad ante los extraños y ante la separación de las figuras de apego. En edades escolares tempranas, son frecuentes los temores a sufrir lesiones físicas o enfermedades o a que las sufran los familiares cercanos. En la adolescencia, suele presentarse miedo a ciertas situaciones sociales y ansiedad acerca de su competencia en diversas áreas (18).

El DSM-5 (19) clasifica dentro de los trastornos de ansiedad: la fobia específica, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social (anteriormente llamado fobia social), el trastorno de pánico y la agorafobia, la cual por primera vez es clasificada como un diagnóstico independiente, ya que antes estaba exclusivamente ligada al trastorno de pánico. Adicionalmente incluye el trastorno de ansiedad por separación y el mutismo selectivo.

Cuando los síntomas no son tratados en edades tempranas, las repercusiones académicas, sociales y emocionales son importantes. Adultos portadores de depresión mayor, tenían trastorno de ansiedad no tratado en la infancia o adolescencia, un trastorno no tratado tiende a complicarse en severidad y comorbilidad. Los factores que parecen predecir un peor pronóstico son la edad de inicio (más temprana), la larga duración de la enfermedad, la historia de hospitalizaciones previas debidas al diagnóstico psiquiátrico, la presencia de rasgos de personalidad muy acentuados que

son desadaptativos, la comorbilidad entre diferentes trastornos psiquiátricos, la severidad de los síntomas y la historia familiar positiva de trastornos de ansiedad (17).

Es de importante contar con las herramientas adecuadas para facilitar la detección y el diagnóstico de los síntomas de ansiedad y su gravedad en poblaciones no clínicas (20). Según los estudios epidemiológicos entre el 2,8 y 32% de los niños y adolescentes pueden sufrir un trastorno de ansiedad. Se ha documentado una mayor prevalencia de los trastornos de ansiedad pediátricos en el género femenino, tanto en estudios basados en escalas de auto-reporte como en los basados en entrevistas. Es de notar que la predominancia de ansiedad femenina emerge antes de la pubertad. La evidencia más fuerte respecto a la asociación entre el estrato socioeconómico y la ansiedad pediátrica se ha encontrado en las fobias específicas, las cuales, al igual que los miedos típicos de las diferentes edades, se presentan con mayor frecuencia en los estratos socioeconómicos bajos.

Se ha demostrado que existe una influencia genética en el condicionamiento del miedo, que es el proceso por el cual se forma la asociación entre un estímulo neutral (como una luz) y un estímulo nocivo (como una descarga eléctrica). Este proceso parece subyacer a los trastornos de ansiedad, pero la naturaleza precisa de la relación entre el condicionamiento del miedo y la ansiedad aún no se ha develado por completo (18).

En cuanto a los genes específicos, los estudios recientes se han enfocado en un polimorfismo de la región promotora del gen transportador de la serotonina (5-HTT) consistente en inserción o delección de 44-bp. Los individuos con la forma corta del gen (ss o sl) han demostrado presentar mayor neuroticismo, conductas evasivas hacia el

peligro y ansiedad que los individuos homocigotos para la variante larga. Un polimorfismo del número de repeticiones tándem en el segundo intrón del gen transportador de la serotonina (5-HTT) también se ha asociado con aumento del riesgo de trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo. Por otra parte, Los mecanismos fisiológicos de procesamiento de emociones, como el del condicionamiento del miedo, reflejan la influencia que tienen los genes y el ambiente en los aspectos funcionales de las regiones cerebrales involucradas en el miedo y en los circuitos de recompensa, que incluyen el núcleo estriado, los sistemas límbico y paralímbico, entre estos la amígdala, la corteza orbitofrontal y la corteza del cíngulo anterior. Estas áreas están altamente interconectadas y desempeñan un papel significativo en la integración de las experiencias emocionales internas y externas (18).

Las funciones fisiológicas de procesamiento de información, como la atención y la motivación. Los hallazgos más consistentes sugieren que entre las características cognitivas que más se relacionan con la ansiedad y el miedo en humanos están los sesgos atencionales para los estímulos asociados con peligro. Estos procesos fisiológicos centrales parecen subyacer también a las tendencias conductuales, tales como el temperamento en edades tempranas y el desarrollo ulterior de trastornos de ansiedad. La inhibición conductual es un factor temperamental medible durante los primeros años de vida que ha demostrado en algunos estudios ser predictor de la aparición ulterior de trastornos de ansiedad. Los niños con temperamentos caracterizados por la inhibición conductual reaccionan a las situaciones novedosas con reticencia o retirada. La mayoría de los niños con inhibición conductual no desarrollan trastornos de ansiedad, pero tienen un alto riesgo de presentarlos y especialmente, de desarrollar una fobia social (18).

La prueba de detección de ansiedad infantil y trastorno emocional puede ser evaluado por la escala Scared está es sensible diferencialmente a la detección de diagnóstico de ansiedad específicos o comórbidos en jóvenes en busca de tratamiento. Scared utiliza un enfoque de amplia información para establecer la validez de los síntomas de ansiedad del niño (21). Además, la selección de niños ansiosos requiere de datos de los padres y del hijo porque ambos brindan información importante y las decisiones de diagnóstico y tratamiento a menudo solo pueden tomarse cuando se toman en cuenta las dos fuentes (22). En este sentido, la evaluación de los trastornos emocionales relacionados con la ansiedad infantil a través de Scared permite conocer los trastornos de ansiedad definidos por los niños y los padres (20).

La escala Scared fue publicado por Birmaher *et al.* (23), que consistió en 38 preguntas de autoinforme que tenían como objetivo medir cinco dimensiones de síntomas de ansiedad infantil y adolescente: Síntomas de trastorno de pánico, síntoma de trastorno de ansiedad de separación, síntoma de fobia social, síntoma de trastorno de ansiedad generalizada y síntoma de rechazo escolar. En 1999, el mismo autor re-examinó el cuestionario y publicó una nueva versión incorporando la fobia social (24).

En el tratamiento se recomienda un enfoque de tratamiento multimodal, que incluya la psico-educación de los padres y el niño sobre el trastorno de ansiedad y su tratamiento, los controles frecuentes con psiquiatría, las intervenciones psicoterapéuticas, dentro de las cuales la más fuerte evidencia incluye la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia familiar y, cuando sea necesaria, la farmacoterapia (18).

- **Calidad de vida en niños**

El concepto de calidad de vida (CV) aparece cada vez con mayor frecuencia, relacionado con desenlaces relevantes tanto en el ámbito clínico como en la economía de la salud (25, 26). Se ha definido la CV como “el modo en que el individuo asume y percibe su propia existencia en relación a sus condiciones materiales” (27). Para Ferriss (28) existen dos fuerzas que influyen en la calidad de vida: la endógena y la exógena; la primera hace referencia a las respuestas mentales, emocionales y fisiológicas del individuo a su condición de vida, mientras que la exógena se refiere a las influencias de la estructura social, la cultura y el ambiente social que afectan a la persona, al grupo y a la comunidad.

Problema

La falta de consenso terminológico frente al funcionamiento intelectual límite y su ausencia dentro de las principales clasificaciones diagnósticas hacen que sea especialmente difícil calcular la prevalencia entre la población general (1).

Si se considera la distribución normal del CI, este grupo de población debería representar al menos el 13,6% del total; de hecho, diferentes estudios sitúan el problema en un rango entre el 12 y el 18% de la población (29).

En España según la encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD-2008), confirma la falta de visibilidad y de evaluación del funcionamiento intelectual límite (1).

Es difícil identificar una causa universal relacionada con la incidencia de la inteligencia limítrofe; 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. Se considera una condición asociada al neurodesarrollo, afectando la población infantil y desencadenando otras posibles alteraciones del desarrollo. La mayoría de los casos se presentan con 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 (2).

Las personas con inteligencia límite presentan, a menudo, dificultades en el ámbito sanitario, educativo, social y laboral que hacen necesarios apoyos intermitentes a

lo largo de su vida. Sin embargo, al no cumplir los criterios imprescindibles para ser identificadas como personas con discapacidad intelectual, no reciben ningún diagnóstico específico, dejándolos fuera del sistema de salud, ayudas laborales y escolares.

Los apoyos individualizados bien diseñados pueden ayudar a reducir la discrepancia entre capacidades y demandas pero la realidad es que muchas de estas personas no tienen acceso a los apoyos necesarios conseguir su independencia, productividad, integración en la comunidad, su máxima calidad de vida, teniendo en cuenta que es un grupo muy heterogéneo de personas (30).

En nuestro país no existe hasta el momento ningún programa escolar, laboral ni social que incluya y ayude a personas con funcionamiento intelectual límite. La ansiedad en los niños (as) no es diagnosticado y, por lo tanto, no tratado. Por lo general, la búsqueda de ayuda médica se da tardíamente, por parte de los padres, cuando los síntomas ansiosos ya llevan meses o, incluso, años instaurados, y empiezan a generar disfunción en la vida del niño, o aumentan de severidad hasta hacerse intolerables (18).

Pregunta de investigación

¿Puede el tratamiento multidisciplinar que incluye psiquiatría, psicología y apoyo escolar, disminuir los síntomas ansiosos y mejorar calidad de vida de niños y niñas con funcionamiento intelectual límite?

Justificación

El bajo rendimiento académico es un motivo de consulta frecuente en psiquiatría infantil, con múltiples causas como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, los trastornos emocionales de la infancia, los trastornos del aprendizaje, las deficiencias sensoriales y el déficit cognoscitivo. Sin embargo, el funcionamiento límite es una condición anómala que sin pertenecer a una clasificación nosológica específica, tiene una gran importancia en la práctica clínica dado las consecuencias en la vida de los niños (3,4).

Las personas con funcionamiento intelectual límite tiene habilidades intelectuales y una conducta adaptativa limitadas se enfrentan a retos importantes en la sociedad en todos los ámbitos, iguales o a veces mayores que los de las personas con CI inferiores. Varios factores agravan sus desafíos: las expectativas de rendimiento son más altas, las tareas que se les asignan son más exigentes y el fracaso en el logro de esas expectativas da lugar a frustración y culpabilidad. Muchas de ellas pierden o incluso rechazan adaptaciones que podrían haber estado disponibles para ellos si su discapacidad hubiera sido identificada. El impacto de sus limitaciones puede verse incrementado por la falta de acceso a la necesaria atención psicológica, médica, educativa y social (30).

Se describe el funcionamiento limítrofe como un hallazgo incidental, adjunto a otra patología psiquiátrica, centro de la atención y tratamiento; sin embargo, se han encontrado alteraciones emocionales y conductuales que repercuten de manera negativa en el funcionamiento global del individuo y que no pueden explicarse exclusivamente

por su comorbilidad psiquiátrica y pueden corresponder a componentes reactivos a su deficiencia cognitiva mínima (4).

Los niños y adolescentes con funcionamiento intelectual limítrofe, tienen dificultades que no se limitan al campo cognoscitivo; al contrario, la alteración se extiende a otras áreas de su funcionamiento familiar, escolar y social, con repercusiones emocionales que generan, potencian y enmascaran comorbilidades y, evidentemente, empeoran el pronóstico a corto, mediano y largo plazo (4).

Se han descrito trastornos comorbidos del funcionamiento intelectual limítrofe, dentro de ellos el trastorno de ansiedad que empeora la calidad de vida de los pacientes que la padecen. En un estudio sobre aspectos psicopatológicos del coeficiente intelectual límite, se encontró que un 22,98% de los pacientes de la muestra padecían comorbilidad con ansiedad (3,4).

Es necesario describir esta condición para estructurar estrategias de tratamiento, y por supuesto, para ampliar el reconocimiento de su importancia clínica. Esta forma de funcionamiento empeora las alteraciones psiquiátricas, es un factor que obliga a tomar medidas rápidas y certeras, pues ensombrece el pronóstico de estas. Como parece ser una situación estable, se convierte en el transcurso del ciclo vital en una desventaja, por lo cual es importante saber cómo es el proceso. Se considera una condición irreversible pero con un abordaje integral de cada caso que incluyen modificaciones ambientales que potencien las fortalezas del sujeto y minimicen los factores desfavorables que son directamente proporcionales a su psicopatología (3).

En general son escasos los estudios sobre el funcionamiento intelectual límite, su situación social, demográfica y personal.

Este estudio tiene como objetivo diseñar una intervención multidisciplinaria para el tratamiento de los síntomas ansiosos en los niños con funcionamiento intelectual límite, con el fin de disminuir los síntomas y mejorar la calidad de vida de los niños y niñas que padecen esta condición.

Objetivos

Objetivo general

Diseñar una intervención escolar con intervención multidisciplinaria que incluye psiquiatría, psicología y refuerzo escolar, para disminución de los síntomas ansiosos para mejorar la calidad de vida de niños en edad escolar (de 8 a 15 años) con funcionamiento intelectual límite en la Institución Educativa Departamental Mixto Antonio Ricaurte en Puerto Salgar.

Objetivo específicos

Evaluar el coeficiente intelectual por medio de la escala WISC-IV en niños (as) de 8 a 15 años en la Institución Educativa Departamental Mixto Antonio Ricaurte en Puerto Salgar.

Documentar los síntomas ansiosos en niños de 8 a 15 años en la Institución Educativa Departamental Mixto Antonio Ricaurte en Puerto Salgar, con funcionamiento intelectual límite basado en intervención psiquiátrica por medio de la entrevista clínica y la escala de ansiedad para niños y acudientes Scared.

Describir los dominios de calidad de vida a través de la escala PedsQL 4.0 al inicio del estudio, en niños (as) de 8 a 15 años en la Institución Educativa Departamental Mixto Antonio Ricaurte en Puerto Salgar.

Evaluar la evolución de los síntomas ansiosos después de la intervención multidisciplinar a través de entrevista clínica y escala de ansiedad para niños y acudientes Scared y la calidad de vida a través de la escala PedsQL 4.0.

Propósito

Diseñar una estrategia de intervención multidisciplinaria centrada en la persona que disminuya los síntomas ansiosos y mejore la calidad de vida de niños con funcionamiento intelectual límite, para lograr una mejor inclusión en el sistema educativo, familiar y social.

Metodología

Tipo de estudio: Analítico, prospectivo, cuasiexperimental.

Localización: La Institución Educativa Departamental Mixto Antonio Ricaurte es una Institución pública ubicada en el Municipio de Puerto Salgar - Cundinamarca, cuenta con 1.028 estudiantes: en primaria 400 estudiantes y en los grados cuarto y quinto 75 estudiantes. Los estudiantes pertenecen a los estratos 1 y 2 del SISBEN; la Institución presta sus servicios tanto a estudiantes del área urbana como rural.

Población: Niños y niñas que cursaron grado cuarto o quinto de la Institución Educativa Departamental Mixto Antonio Ricaurte de Puerto Salgar -Cundinamarca.

Muestra 30 niños con funcionamiento intelectual limítrofe diagnosticados clínicamente y con la prueba WISC IV.

Criterios de inclusión:

- Niños y niñas que cursan grado cuarto o quinto en la Institución Educativa Departamental Mixto Antonio Ricaurte
- Reporte de los docentes sobre niños (as) con dificultades académicas y de pobre adaptación al ambiente escolar.
- Puntuación WISC IV en el coeficiente intelectual total entre 71 y 84.
- Diagnóstico clínico de trastorno de ansiedad.
- Consentimiento de los padres y asentimiento del menor para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- No desear participar en el estudio.

Las variables que se utilizaron fueron:

Nombre	Definición conceptual de la variable	Definición operacional es decir indicador	Escala de Medición
Edad	Duración de la existencia de un individuo medida en unidades de tiempo.	Número en años cumplidos en la primera valoración.	Cuantitativa discreta
Coficiente intelectual	Puntuación resultado de alguno de los test estandarizados diseñados para valorar la inteligencia.	Número reportado en el coeficiente intelectual total en la prueba WISC-IV	Cuantitativa discreta
Scared total del niño (a)	Puntuación resultado de la sumatoria de 41 ítems, divididos en cinco dimensiones de la escala practicada al niño (a).	Número que resulta de la sumatoria de los 41 ítems de la escala realizada por el niño (a).	Cuantitativa discreta
	Cada ítem se responde con una de las tres opciones: 0: nunca o casi nunca es cierto; 1 si algunas veces	Se realizará al inicio del estudio y al terminar la intervención.	

el cierto; 2 si siempre o casi siempre es cierto.

Se realizara al inicio del estudio y al terminar la intervenci3n.

Scared acudiente	del	Puntuaci3n resultado de la sumatoria de los 41 3tems, divididos en cinco 3tems de la escala dimensiones de la escala practicada por el acudiente del ni1o (a), con respecto a los s3ntomas del ni1o (a). Cada 3tem se responde con una de las tres opciones: 0: nunca o casi nunca es cierto; 1 si algunas veces el cierto; 2 si siempre o casi siempre es cierto. Se realizara al inicio del estudio y al terminar la intervenci3n.	N3mero que resulta de la sumatoria de los 41 3tems de la escala realizada por el acudiente del ni1o (a). Se realizara al inicio del estudio y al terminar la intervenci3n.	Cuantitativa discreta
---------------------	-----	--	--	--------------------------

Reporte docente.	del	Informe escrito elaborado por los docentes donde se exponen los aspectos acad3micos, de relaciones	Informe elaborado por el director de grado donde se describe el 3rea acad3mica de	Cualitativa, nominal
---------------------	-----	--	---	-------------------------

con compañeros y mayor dificultad y si la
maestros de cada relación con los
estudiante. compañeros se
clasifica como buena o
mala.

Valor calidad de vida pediátrica Total	Resultado de los cuatro dóminos de la escala de calidad de vida pediátrica. A mayor numero, menor calidad de vida. Consta de 23 ítems cada uno de los cuales se responden: 0 si ello nunca es un problema; 1 si ello casi nunca es un problema; 2 si ello a veces es un problema; 3 si ello a menudo es un problema; 4 si ello siempre es un problema.	Número que resulta de la suma de los 23 ítems de la escala de la escala de calidad de vida pediátrica PedsQL 4.0®. Realizada por los niños y niñas del estudio, al inicio y al terminar la intervención	Cuantitativa
--	--	---	--------------

Mi salud y actividades	Resultado de la sumatoria de los ítems correspondiente de problemas con la salud y actividades del niño(a)	Número que resulta de la suma de los 8 ítems del dominio sobre problemas con la salud y las actividades de los	Cualitativa
------------------------	--	--	-------------

		niños(as). La diligencian los niños (as) al inicio y al terminar la intervención	
Mis sentimientos	Resultado de la sumatoria de los ítems correspondiente de problemas con los sentimientos de los niños (as)	Número que resulta de la suma de los 5 ítems del dominio sobre los sentimientos de los niños(as). La diligencian los niños (as) al inicio y al terminar la intervención	Cualitativa
Cómo me lleno con otros niños	Resultado de la sumatoria de los ítems correspondiente de problemas con otros niños	Número que resulta de la suma de los 5 ítems del dominio sobre problemas con la relación con otros niños(as). La diligencian los niños (as) al inicio y al terminar la intervención	Cualitativa
Total en la	Resultado de la sumatoria	Número que resulta de	Cualitativa

escuela	de los ítems correspondiente de problemas en la escuela del niño (a)	la suma de los 5 ítems del dominio sobre problemas con la salud y las actividades de los niños (as). La diligencian los niños (as) al inicio y al terminar la intervención	
Nivel educativo de la madre	El sistema educativo colombiano se estructura mediante niveles, que son grandes etapas del proceso de formación. La educación reconocida como formal está constituida por 5 niveles: inicial, preescolar, básica, media y superior.	Último nivel cursado por la madre en el momento del inicio del estudio. Se consideran los siguientes niveles: primaria (el último año cursado y aprobado se encuentra de 1 a 5 grado), bachillerato (el último grado cursado y aprobado se encuentra de 6 a 11) universitario (obtuvo un título profesional)	Cualitativa

Dificultades que observa en el paciente Principal problema escolar o de relaciones con pares o adultos identificado por el acudiente, al iniciar el estudio. Principal dificultad identificada: - Ninguna Cualitativa, nominal

Antecedentes pre y perinatales Eventos de salud que le suceden a la madre o al bebe antes y durante el nacimiento. Eventos que recuerda el acudiente en el momento de la recolección de la información que le sucedieron a la madre o al bebe antes y durante el nacimiento. Se considerara los siguientes donde a cada uno se responderá si/no - Infecciones: la madre recibió tratamiento por un médico por diagnóstico de alguna infección durante el embarazo. Cualitativa nominal

- Hemorragia:
durante alguno
de los tres
trimestres del
embarazo la
madre presento
sangrado.
- La madre
requirió
maniobras y
procedimientos
médicos
incluida la
cesárea para el
nacimiento del
bebe.
- El nacimiento
se dio antes de
la semana 36 de
gestación.

Neurodesarrollo Proceso continuo de La adquisición de los Cualitativa,
adquisición de hitos: motores, de ordinal.
habilidades, capacidades, lenguaje, control de
conocimientos, actitudes y esfínteres de los niños
funciones que se presentan (as);la madre o

	a lo largo de la vida	acudiente los reporta como: - normal - más rápidos - más lentos	
Antecedentes de fracturas	En la historia de la vida del niño (a) requirió atención medica por fractura de un hueso.	El niño (a) ha requerido atención medica, donde le colocaron un yeso o lo operaron por una lesión ósea. Se puede responder : si / no	Cualitativa nominal.
Pérdida escolar	Durante la historia del niño (a) ha perdido un año escolar.	Ha tenido que repetir un año escolar porque no ha alcanzado los logros para ser promovido al año próximo. Con dos opciones de respuesta: si/no.	Cualitativa nominal.
Dificultades disciplinarias	El niño (a) ha presentado dificultades en seguir un código de conducta en el colegio.	El niño ha tenido anotaciones en el boletín académico por su mala conducta en el colegio.	Cualitativa, nominal

Con dos opciones de

respuesta: si/no

Dificultades académicas	El niño (a) ha presentado dificultades en el aprendizaje de materias escolares.	En el último boletín académico perdió alguna de las materias. Dos opciones de respuesta: si/ no	Cualitativa, nominal
----------------------------	--	---	-------------------------

Hipótesis

- Los síntomas ansiosos en niños(as) escolares con coeficiente normal bajo, disminuyen la calidad de vida, medida por medio de la escala PedsQL 4.0, en especial el dominio relacionado con la escuela. La intervención multidisciplinaria (psiquiatría, psicología, profesores) disminuye estos síntomas y mejora la calidad de vida de los pacientes.
- Los niños(as) con ansiedad y coeficiente normal bajo presentan dificultades escolares tales como: pérdida de año escolar, bajo rendimiento escolar y dificultades disciplinarias.
- La baja escolaridad materna se relaciona de manera positiva con los síntomas ansiosos y el coeficiente bajo de los niños(as).
- Los antecedentes pre y perinatales adversos (infecciones, sangrado, nacimiento pre termino, requerimiento de maniobras para el nacimiento) representan un factor de riesgo para coeficiente limítrofe.

Técnica de recolección de la información

Se utilizó la entrevista semiestructurada realizada por el investigador principal (psiquiatra), para la recolección de la información y evaluación de síntomas ansiosos en los niños (as). Se realizará una primera entrevista de 60 minutos con el acudiente y el niño (a) y se citó la madre donde se recolectaron los datos correspondiente a la edad del niño, escolaridad de la madre, antecedentes del niño (a) y se evaluó los síntomas ansiosos y el funcionamiento intelectual límite, se tuvo en cuenta los criterios DSM 5.

En una segunda entrevista realizada por el psiquiatra y la psicóloga, donde se citó al acudiente y al niño (a) se aplicó el Scared con una duración de 20 minutos. Se dio la explicación al acudiente y al niño(a) sobre la forma que se contestó la escala. Luego se dio instrucciones para que el niño (a) diligencie la escala de calidad de vida PedsQL 4.0 con una duración de 30 minutos.

El investigador principal entregó un documento a los directores de grupo (profesores) de los grados cuarto y quinto pidiendo información sobre aspectos académicos y de comportamiento de los niños (as) participantes en el estudio. Se recolectó el documento a la semana de ser entregado.

Se contrató una psicóloga con entrenamiento en la aplicación de pruebas de inteligencia para que aplique el WISC-IV, informando para cada niño (a) del estudio el coeficiente intelectual total y el informe de las diferentes sub - escalas.

Después de la intervención, nuevamente se citó a los padres y niños (as) para la valoración clínica de los niños (as) por parte del psiquiatra. La psicóloga dió nuevamente las instrucciones para realizar el Scared por los padres y los niños y la escala de calidad de vida con una duración de 90 minutos.

Materiales y métodos

La propuesta de evaluación inició cuando los profesores remitieron a los niños (as) con bajo rendimiento escolar, siendo el rendimiento en las actividades escolares un indicador representativo del bienestar en los niños (5). Después de esta identificación realizó una valoración clínica del niño (a) por parte de la médica psiquiatra, utilizando una entrevista semiestructurada con los padres y el niño (a). Se usó el formulario diseñado para esta primera entrevista donde se indagaron aspectos como antecedentes pre y perinatales; hitos del desarrollo, antecedentes médicos e historia escolar. Esto se hace teniendo en cuenta que el neuro - desarrollo comienza tempranamente en la vida intrauterina y continúa durante toda la vida. Es un proceso evolutivo, multidimensional e integral, donde se adquiere de forma progresiva habilidades y respuestas cada vez más complejas que sirven de referente para instaurar la capacidad de interactuar con el mundo y transformarlo (7).

En esta primera valoración por psiquiatría se identificaron sí los niños (as) padecen de síntomas ansiosos, teniendo en cuenta los criterios DSM-5.

Se utilizó el informe del profesor que fue diseñado, el cual se entregó al profesor director de grupo para que especifiquen los siguientes aspectos con respecto al niño(a): área de mayor dificultad, relación con pares y otras observaciones donde puede considerar: relación con figuras de autoridad (padres y profesores), afecto (triste, ansioso, alegre o irritable). El informe fue recolectado por la investigadora principal una semana después de ser entregado. El informe del profesor proporcionó la información importante del desempeño escolar y es un indicador del beneficio del tratamiento (5).

Se utilizó la escala de Inteligencia Wechsler para niños WISC-IV, como un instrumento de evaluación psicoeducativa de aplicación individual, útil para realizar la medición completa de las capacidades cognitivas de niños de 6 a 16 años. Se utilizó los test principales para obtener las puntuaciones compuestas: el coeficiente intelectual total (CIT) que refleja la capacidad cognitiva general del niño. Para analizar las capacidades en otros campos más concretos se obtuvo los índices de comprensión verbal (CV), razonamiento perceptivo (RP), memoria de trabajo (MT) y velocidad de procesamiento (VP) (31). Para la elaboración de la escala se contrató una psicóloga con entrenamiento y certificación en pruebas de inteligencia quien contó con la batería de evaluación. Quien realizó a cada niño (a) la prueba y dio un informe individual del resultado. Cada niño fue citado para tres sesiones para la aplicación de la prueba.

En una segunda entrevista se citaron a los acudientes y los niños (a). La médica psiquiatra en compañía de la psicóloga explicaron la forma de diligenciar la escala Scared a los acudientes y al niño (a). Durante la elaboración de la escala respondieron las preguntas que surgieron sobre el diligenciamiento. Tuvo una duración de 20 minutos.

La escala Scared (*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*). Desarrollada por Boris Birmaher, David A Brent, Laurel Chiappetta, Jeffrey Bridge, Suneeta Monga, Marianne Baugher. Es un instrumento de auto informe para niños y padres, utilizado para detectar trastornos de ansiedad en la niñez, incluyendo trastorno de ansiedad general, trastorno de ansiedad de separación, trastorno de pánico y fobia social. Además, evalúa los síntomas relacionados con las fobias escolares (32).

El Scared consta de 41 ítems y 5 factores que se corresponden con la clasificación del DSM IV de trastornos de ansiedad. Las versiones de niño y padre de Scared tienen un acuerdo padre-hijo moderado y buena consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez discriminante, es sensible a la respuesta al tratamiento. La población objetivo son niños de 8 a 18 años. El tiempo para administrar promedio fueron 10 minutos. Se encontró en versión para padres - padres sobre sus hijos y versión infantil - los niños sobre sí mismos. Está en modalidades manuscritas, informáticas y en línea. En varios idiomas: Árabe, chino, inglés, francés, alemán, italiano, portugués, español y tailandés.

No existe ningún entrenamiento para su aplicación; Sin embargo, es importante entender el significado de las puntuaciones. Está disponible para todos los clínicos y no tiene costo. Esta herramienta ha recibido la calificación de herramientas de medición de "A Psicometría bien demostrada" basada en la investigación publicada, revisada por pares disponible (32).

En la misma sesión se aplicó la escala de calidad de vida. Se dio instrucciones para que el niño(a) diligencie la escala de calidad de vida PedsQL 4.0 duración 30 minutos. El inventario de calidad de vida pediátrica PedsQL 4.0. Es una herramienta estudiada y validada en varios países como: España, Argentina, Uruguay y Colombia. Confiable y sensible a los cambios de estado de salud en los menores: breve, de rápida y fácil aplicación. Evalúa cuatro dimensiones: funcionamiento físico (8 ítems), funcionamiento emocional (5 ítems), funcionamiento social (5 ítems) y funcionamiento escolar (5 ítems). La escala de medición para los 23 ítems es del tipo Likert, con cinco categorías de respuesta y las puntuaciones más altas indican peor calidad de vida.

Cuatro versiones acordes con la edad del niño: 2-4, 5-7, 8-12 y 13-18 años. Para los niños entre los 5 y los 18 años, existe una versión que sus padres o cuidadores pueden diligenciar. Su aplicación toma entre 10 y 15 minutos (33).

La investigadora principal realizó la suma de los ítems de las escalas, relacionándolos con los síntomas encontrados en la valoración clínica con los hallazgos de las escalas.

Se tomaron como muestra los niños y niñas que tengan un coeficiente intelectual total entre 71 y 84 puntos y síntomas ansiosos identificados clínicamente y con la aplicación del Scared.

Ruta de evaluación:

1. Remisión por parte de profesores al programa de niños con bajo rendimiento académico.
2. Evaluación clínica:
 - 2.1 Historia clínica (médica psiquiatra)
 - 2.2 Informe escolar (profesores)
 - 2.3 WISC-IV. Reporte de CI entre 71 – 84 (psicóloga con entrenamiento y certificación en pruebas de inteligencia)
3. Evaluación de síntomas ansiosos (médica psiquiatra y psicóloga)
 - 3.1 Hallazgos clínicos (médica psiquiatra)
 - 3.2 Scared niños y niñas
 - 3.3 Scared padres

4. Evaluación de calidad de vida: Inventario de calidad de vida pediátrica PedsQL 4.0 niños y niñas.

- **Intervención**

Se diseñó un programa con una duración de 2 meses. Hasta el momento no se encontró programas validados para el tratamiento de síntomas ansiosos en niños con funcionamiento intelectual límite.

El programa contó con: Una médica especialista en psiquiatría quien realizó una consulta con cada niño (a) aparte de las consultas para la recolección de datos e identificación de síntomas, esta consulta tuvo una duración de 60 minutos donde asistió con su acudiente. Se valoró si requiere el uso de psicofármacos u otras valoraciones por especialidades, se realizó la remisión a la EPS de cada niño (a).

Una psicóloga quien realizó la intervención grupal con los padres cada 15 días, para un total de 4 intervenciones. La duración de la intervención fue de 90 minutos, en los primeros 30 minutos la psicóloga expuso un tema de manera magistral utilizando una presentación en Power Point y los siguientes 60 minutos se respondieron preguntas de los padres. Los temas de las intervenciones fueron: 1). Pautas de crianza. 2). Uso del tiempo libre. 3). Hábitos y rutinas. 4). La familia como primer ente educativo.

Una profesora, licenciada en educación en básica primaria fue quien realizó tres veces a la semana el refuerzo escolar y actividades lúdicas con los niños y niñas. Se realizó los días lunes, martes y viernes de 2 a 5 pm, en las instalaciones de la Institución

Educativa Departamental Mixto Antonio Ricaurte, el colegio proporcionó el almuerzo a los niños (as). En la primera hora se realizó el apoyo de tareas dejadas en la jornada escolar el apoyo incluye: explicación de los temas, ayuda en búsqueda de información. Las dos horas siguientes la profesora realizó las actividades que involucran motricidad fina, gruesa, planeación y creatividad. Dentro de las actividades se encuentran: pegantinas, elaboración de pompones, elaboración de porta lápices, esculturas en 3D, taller de plastilina, taller de foamy. Se realizarán en total 27 sesiones.

Terminadas las actividades propuestas para los dos meses, la psiquiatra y la psicóloga realizaron nuevamente la evaluación clínica de los síntomas ansiosos, las escalas Scared para acudientes y pacientes y la escala de calidad de vida.

Plan de análisis

1. Se analizaron las preguntas de la entrevista semi-estructurada aplicada a los niños (as) utilizando en una tabla de contingencia como método para resumir los datos cualitativos. Se centra en estudiar la asociación entre las variables y calcular la asociación entre ellas (34).
2. Para el análisis del coeficiente intelectual se utilizó la escala WISC-IV, teniendo en cuenta el resultado total de coeficiente intelectual.
3. Para documentar los síntomas ansiosos en los niños de 8 a 15 años se utilizó la escala Scared, donde se tuvo en cuenta un listado de 41 síntomas en los últimos 3 meses, con una escala 0= Nunca o casi nunca es cierto, 1= Algunas veces es cierto y 2= Siempre o

casi siempre es cierto. Se sumaron las puntuaciones. Resultados de puntuaciones de 25 o más se considerará un Scared positivo para un trastorno de ansiedad. Se compararon los resultados al inicio del estudio y al final de la intervención multidisciplinaria.

4. Para evaluar la calidad de vida se utilizó la escala PedsQL 4.0, con los dominios: Mi salud y actividades, mis sentimientos, Cómo me llevo con otros niños y en la escuela. Teniendo una escala de 0 a 4 (a mayor valor indicará menor calidad de vida). Se sumaron cada sub – escala y el total del inventario. Se compararon los resultados al inicio del estudio y al final de la intervención multidisciplinaria.

5. Se describieron las 27 sesiones realizadas durante la intervención, presentando imágenes en cada uno.

Aspectos éticos

Durante la elaboración y ejecución del trabajo se seguirán las consideraciones éticas establecidas en la resolución número 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la Protección Social. En el título II. De la investigación en seres humanos, artículo 6 “La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios. Especialmente el *e*, contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución”.

Esta investigación también considera en la práctica el artículo 8 de la resolución 008430 de 1993. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

En esta investigación se considerará un diagnóstico común con un examen psicológico. De acuerdo a los artículos 9, 10 y 11 de la misma resolución para efectos de la misma resolución se clasifica el riesgo como mínimo “son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no

invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución”.

También se seguirán las consideraciones de la declaración de Helsinki en su versión 2016 que dentro de los principios generales se encuentra el propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas accesibles y de calidad y el propósito nuevo en la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en la investigación.

La investigadora principal, médica psiquiatra, cuenta con la certificación del curso de capacitación de NIH del Instituto Nacional de Salud (NIH), sobre “Protección de los participantes humanos de la investigación”.

Los datos serán manejados por la investigadora principal y las tres integrantes del equipo de intervención. Los resultados de escalas (Scared y calidad de vida PedsQL 4.0), coeficiente intelectual total, resultado de valoraciones por psiquiatría serán manejadas solo por la investigadora principal quien almacenará la información cambiando el nombre del niño (a) por un número del 1 al 30.

El protocolo de investigación se presentará al Comité de ética CEI CAMPO ABIERTO LTDA; una vez sea revisado y aprobado se procederá a dar inicio a la conducción del mismo.

Previo al inicio del trabajo los niños y niñas firmarán el asentimiento y los representantes legales el consentimiento informado para participar en la investigación.

Los resultados del trabajo se presentaran preservando la identificación de los participantes.

- **Consentimiento informado**

Teniendo en cuenta la resolución número 008430 de 1993, la participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en su estudio, a menos que ella acepte libremente.

El artículo 14 de la misma resolución, entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

En esta investigación la elaboración del consentimiento consideró el artículo 15 de la misma resolución donde se presenta la siguiente información:

- a. La justificación y los objetivos de la investigación.
- b. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.
- c. Las molestias o los riesgos esperados.
- d. Los beneficios que puedan obtenerse.
- e. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- f. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- g. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- h. La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- i. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

j. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución responsable de la investigación, en el caso de daños que le afecten directamente, causados por la investigación.

k. En caso de que existan gastos adicionales, éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación o de la institución responsable de la misma.

- **Asentimiento**

Es importante la participación activa de los adolescentes en nuestra sociedad, y el derecho a la información. El menor maduro es un término para designar a los adolescentes menores de edad desde el punto de vista legal, pero con capacidad suficiente para involucrarse en la toma de decisiones, tanto médicas, como de otro tipo. El menor maduro, entendiéndose madurez en este campo a la madurez moral en el menor de edad y esto es importante, porque no se puede confundir la madurez moral con la capacidad moral y jurídica. La madurez moral de una persona debe medirse por sus capacidades formales de juzgar y valorar situaciones, no por el contenido de los valores que asume o maneja.

En relación con su capacidad o competencia para el consentimiento informado se debe, por una parte, a que el niño ha cambiado su estatus social adquiriendo un fuerte protagonismo en una sociedad.

Las habilidades de comunicación y la implicación honesta con el menor y la familia, nos abren las puertas para considerar los valores implicados en los conflictos de las decisiones médicas (35).

Considerando el capítulo III de la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la Protección Social sobre de las investigaciones en menores de edad o discapacitados, el parágrafo primero, cuando el riesgo sea mínimo:

a) La intervención o procedimiento deberá representar para el menor o el discapacitado una experiencia razonable y comparable con aquellas inherentes a su actual situación médica, psicológica, social o educacional.

b) La intervención o procedimiento deberá tener alta probabilidad de obtener resultados positivos o conocimientos generalizables sobre la condición o enfermedad del menor o del discapacitado que sean de gran importancia para comprender el trastorno o para lograr su mejoría en otros sujetos.

Esta investigación pretende: 1) Evaluar el coeficiente intelectual por medio de la escala WISC-IV en niños (as) de 8 a 15 años en la Institución Educativa Departamental Mixto Antonio Ricaurte en Puerto Salgar. 2) Documentar los síntomas ansiosos en niños de 8 a 15 años en la Institución Educativa Departamental Mixto Antonio Ricaurte en Puerto Salgar, con funcionamiento intelectual límite basado en intervención psiquiátrica por medio de la entrevista clínica y la escala de ansiedad para niños y acudientes Scared. 3) Describir los dominios de calidad de vida a través de la escala PedsQL 4.0 al inicio del estudio, en niños (as) de 8 a 15 años en la Institución Educativa Departamental Mixto Antonio Ricaurte en Puerto Salgar. 4) Evaluar la evolución de los síntomas ansiosos después de la intervención multidisciplinar a través de entrevista

clínica y escala de ansiedad para niños y acudientes Scared y la calidad de vida a través de la escala PedsQL 4.0.

- **Pautas éticas para profesionales de la salud**

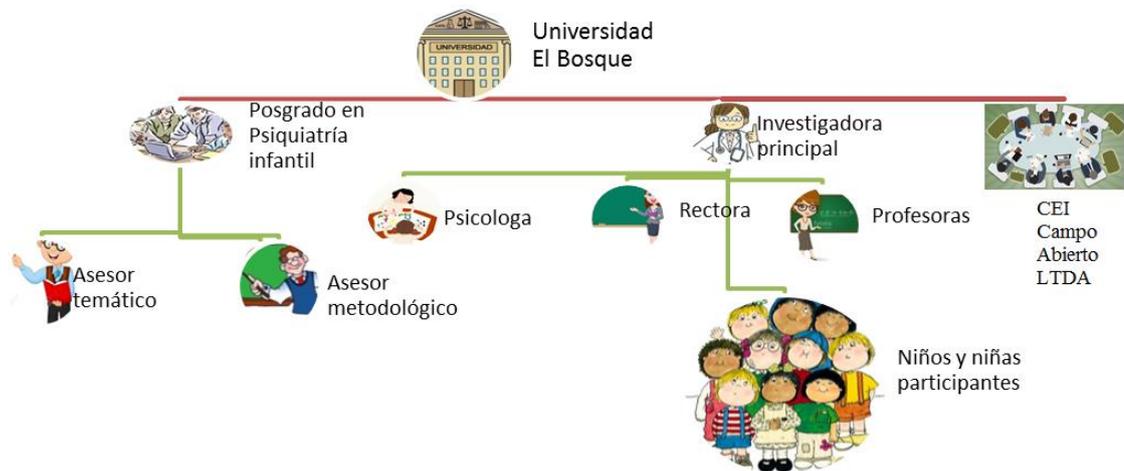
En la realización de esta investigación se aplicarán las siguientes pautas éticas que rigen a los profesionales de la salud.

- 1). El profesional de la salud estará dedicado a proveer cuidado clínico competente, con compasión y respeto por la dignidad y derechos humanos.
- 2). El profesional de la salud mantendrá los estándares de profesionalismo, deberá ser honesto en todas las interacciones profesionales.
- 3). El profesional de la salud respetará los derechos de los pacientes, colegas y otros profesionales de la salud y salvaguardará las confidencias y privacidad del paciente dentro de los límites legales.
- 4) El profesional de la salud deberá continuar estudiando, aplicando y avanzando en el conocimiento científico, mantendrá un compromiso con la educación médica, dará información relevante a los pacientes, colegas y al público, hará consultas y usará los talentos de otros profesionales de la salud cuando esté indicado.
- 5) El profesional de la salud deberá reconocer la responsabilidad que tiene para participar en actividades que contribuyan al mejoramiento de la comunidad y el mejoramiento de la salud pública.
- 6) El profesional de la salud deberá, mientras cuida de un paciente, considerar como lo más importante la responsabilidad que tiene con el paciente (17).

- **Derechos humanos y derechos de la niñez**

- Recibir la mejor atención disponible en materia de salud y salud mental.
- Ser respetadas de acuerdo con la dignidad inherente a la persona humana.
- Contar con la protección que evite la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico y el trato degradante.
- No sufrir discriminación por su condición de enfermo mental.
- Ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que les permita la ley.
- Nombrar un representante personal.
- Tener información sobre las normas que lo rigen y del personal que estará a cargo de su atención.
- Recibir información veraz, concreta y respetuosa.
- Negarse a participar como sujetos de investigación científica.
- Solicitar la revisión médica de su caso.
- Recibir un tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psicosocial.

Organigrama



Presupuesto

Rubros / fuente	Cantidad	Valor unidad en pesos	Valor total en pesos
Personal			
Psicóloga	1	1.500.000	1.500.000
Psicóloga con entrenamiento en pruebas	1	1.200.000	1.200.000
Profesora licenciada en básica primaria	1	2.000.000	2.000.000
Estadístico	1	700.000	700.000
Total personal			5.400.000
Materiales			
Temperas	30	2.000	60.000
Cartulina	100	300	30.000
Plastilina caja	60	3.000	180.000
Resma de papel blanco	10	8.300	83.000
Block de colores	30	3.000	90.000
Palillos	100	100	10.000
Colores caja	30	5.000	150.000
Octavos de foamy	30	1.000	30.000
Escarcha bolsa	10	2.000	20.000
Tijeras	30	1.500	45.000
Marcadores	15	2.000	30.000
Total materiales			728.000
Equipos			
Computador	1	1.500.000	1.500.000
Total equipos			1.500.000
Viajes			
Viajes terrestres	10	200.000	2.000.000
Total viajes			2.000.000
Imprevistos			1.000.000
Total			1.000.000
Pago revisión de comité de ética	1	605.000	605.000
Total			605.000
Total			11.233.000

Resultados

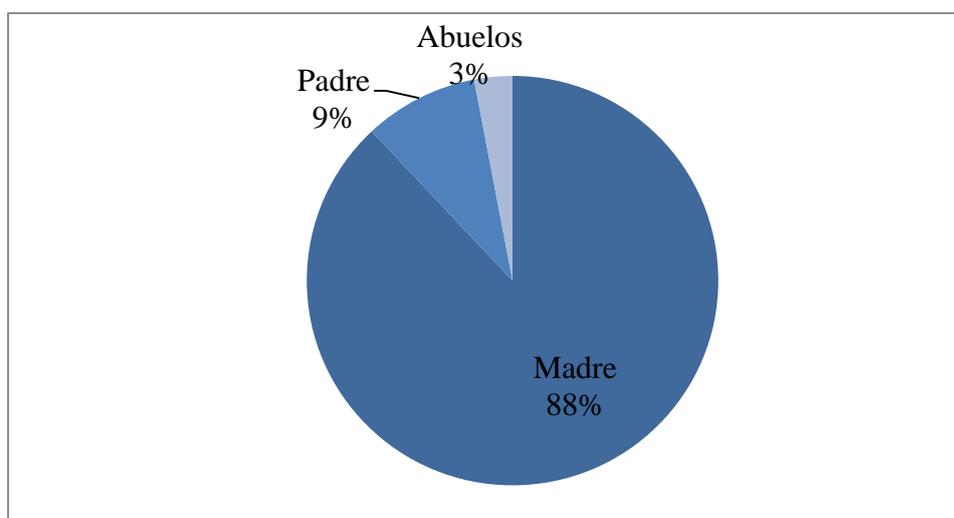
Descripción de los niños y niñas participantes. En el estudio participaron 13 niñas y 17 niños que cursaban cuarto o quinto de primaria de la Institución Educativa Antonio Ricaurte, la edad promedio fue de 10 años.

Los acudientes estuvieron representados por el 88% por la madre, el 9% de padres y el 3% abuelos (figura 1). La edad promedio de los acudientes fue de 38 años, los acudientes que realizaban trabajos diferentes a ser ama de casa fueron el 21%, las ocupaciones realizadas fueron bomberos, oficios varios, enfermera y mesera. El nivel educativo fue del 3% profesionales, 3% ninguno, 24% bachilleres y el 70% primaria. Los acudientes manifestaron en la consulta las dificultades que observaban en sus hijos fueron: no obedece, es un niño muy difícil de carácter de muy mal genio y le gusta jugar mucho, es mal estudiante, es distraído, no hace tareas, es de muy mal genio, se le dificulta aprender, le cuesta concentrarse y es hiperactivo, el tiempo promedio en que se han presentado las dificultades fue de 1 año.

Dejó de orinarse en su ropa tuvo un promedio de 20,1 meses ($\sigma = 10,9$), dejó de orinarse en la cama en la noche 21,8 meses ($\sigma = 14,4$), control de esfínter para materia fecal 22 meses ($\sigma = 11,8$), todavía se orina o mancha de materia fecal la ropa interior el 9% respondió positivo.

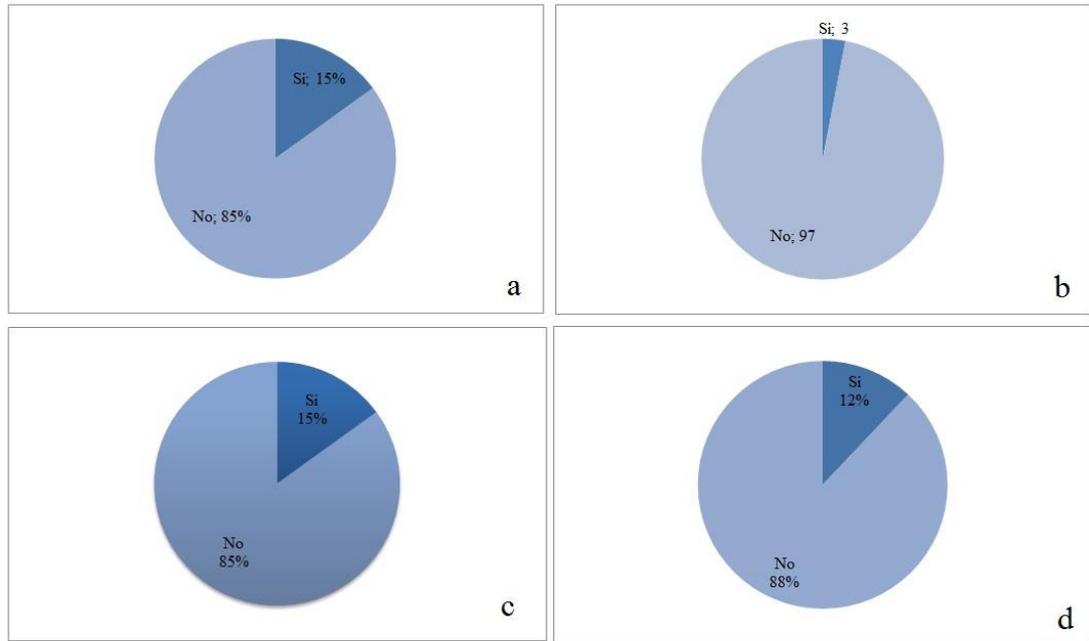
En el desarrollo del lenguaje los acudientes reportaron: el 15% tiene problemas de pronunciación, el 6% reporta que hay lugares donde los niños no hablan.

Figura 1. Representación familiar en porcentaje de los acudientes de los niños y niñas participantes.



En la caracterización de los antecedentes prenatales, natales y neurodesarrollo. El 15% reporto antecedentes de infecciones al nacer (figura 2a), solo el 3% manifestó que hubo sagrado durante el primer trimestre de embarazo, el segundo trimestre y el tercer trimestre (figura 2b). El 15% manifestaron que el nacimiento fue por cesárea (figura 2c), 12% de los niños nació antes de tiempo de igual manera el 12% tuvo complicaciones en el parto (figura 2d), el peso promedio al nacer fue de 3155,33 gramos ($\sigma = 545,8$), la talla promedio al nacer fue de 49,1 cm ($\sigma = 4,1$), el 18% de los niños necesitó incubadora, el 9% de los niños nació después de tiempo. El desarrollo de los hitos de desarrollo en general reportada por los acudientes de los niños fue: 57% igual de rápido comparado con otros niños, 18% más rápido y el 21% menos rápido.

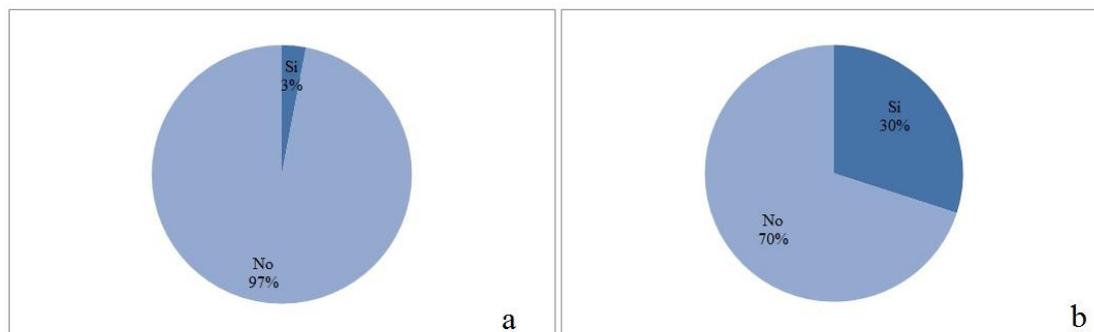
Figura 2. Caracterización prenatal. a. Porcentaje de registro de infecciones al nacer, b. Porcentaje de presencia de sangrado al nacer, c. Porcentaje de nacimiento por cesárea y d. Porcentaje de nacimiento antes de tiempo.



Al preguntarles a los acudientes si los niños y niñas tenían algún problema de salud fue positivo el 27% y negativo el 73%, entre las enfermedades reportadas están: asma, dengue y alergias. Igual porcentaje de los que reportaron problemas de salud, reportaron fracturas o accidentes. El 15% reportaron que eran algún tipo de alergia, al 3% de los niños se le ha formulado algún medicamento, Al 9% de los niños le han realizado alguna cirugía.

El 3% reportaron que alguien de la familia ha sufrido depresión u otra enfermedad mental (figura 3a), el 30% de los familiares de los niños consume drogas ilícitas o tiene problemas por beber alcohol (figura 3b).

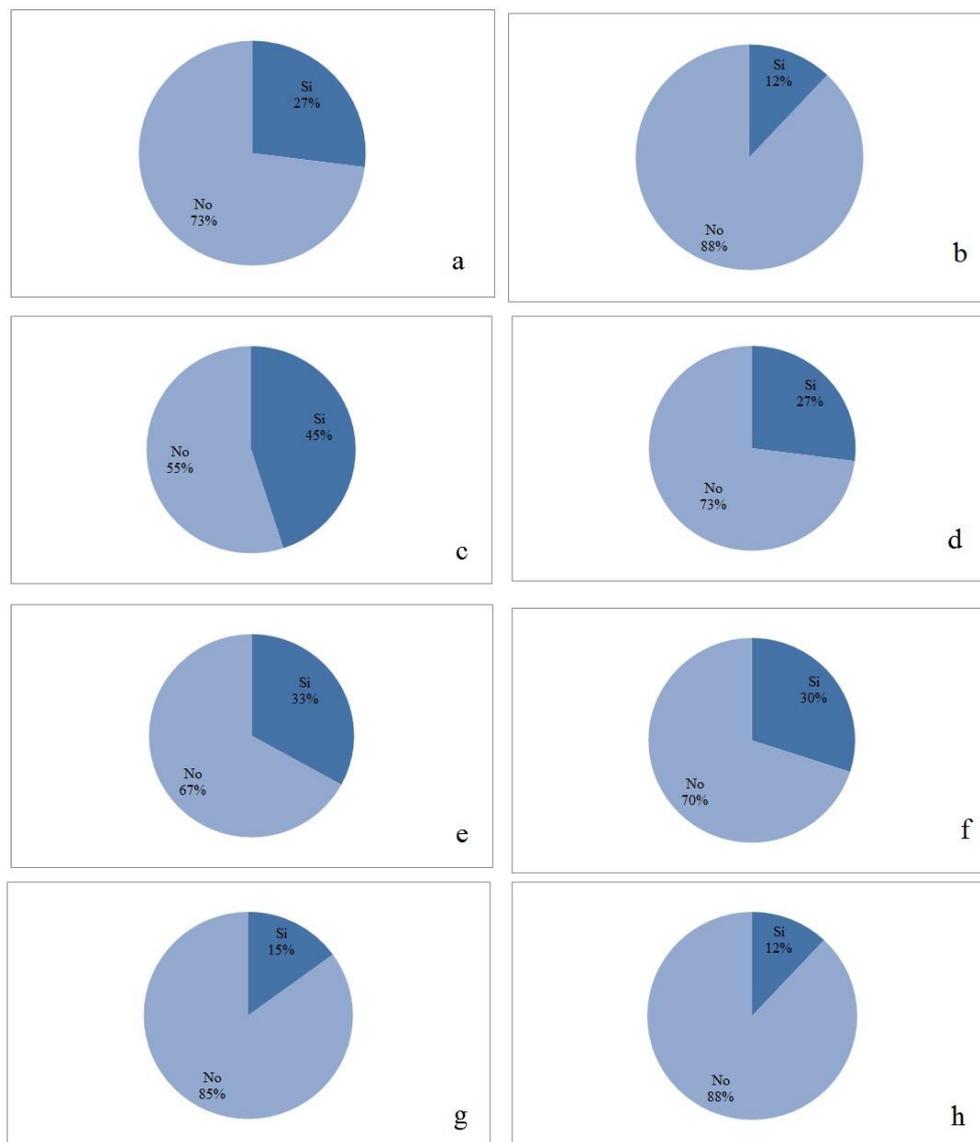
Figura 3. Caracterización de presencia de problemas mentales y consumo de drogas en acudientes. a. Antecedente familiar de depresión u otra enfermedad mental, b. Consumo de drogas ilícitas, tiene o ha tenido problemas por beber alcohol.



El 27% de los acudientes reportaron que sus hijos eran tímidos con otros niños (figura 4a), el 12% reportaron que otros niños lo rechazaban (figura 4b), el 45% de los niños discute con los adultos (figura 4c), El 27% de los acudientes conoce a los amigos de su hijo (figura 4d), El 33% de los niños es tímido con los adultos (figura 4e), los acudientes reportan que el 30% de los niños pelea con otros niños (figura 4f), el 15% de los niños se rebela a la autoridad (figura 4g). El 12% de los acudientes reportó que en la familia alguien tiene dificultades como las presentadas con el niño o niña (figura 4h).

En el desarrollo escolar los acudientes reportaron que el 63% de los niños no asistió a la guardería, el 37% de los niños inició la guardería a partir de los 7 meses y la edad máxima fue 3 años. La menor edad de inicio del preescolar fue 4 años y la máxima 6 años, la edad de inicio de la básica primaria fue 5 años y la máxima de 7 años. El 51% de los niños y niñas ha perdido años escolares, el 12% de los niños faltan al colegio con frecuencia, el 63% tiene problemas de escritura, el 66% tiene dificultades de lectura, el 66% tiene dificultades en matemáticas, el 36% se niega a hacer tareas, el 9% se escapan de clase, al 48% lo han cambiado de colegio. El 57% presta adecuada atención en clase.

Figura 4. Relaciones sociales de los niños con sus pares y con los adultos. a. Timidez con otros niños, b. Sensación de rechazo de pares, c. Discusiones frecuentes con adultos, d. Los adultos conocen los amigos de su hijo, e. Timidez con adultos, f. Peleas frecuentes con pares, g. El niño se rebela a la autoridad, h. Algún familiar ha tenido dificultades como el niño.



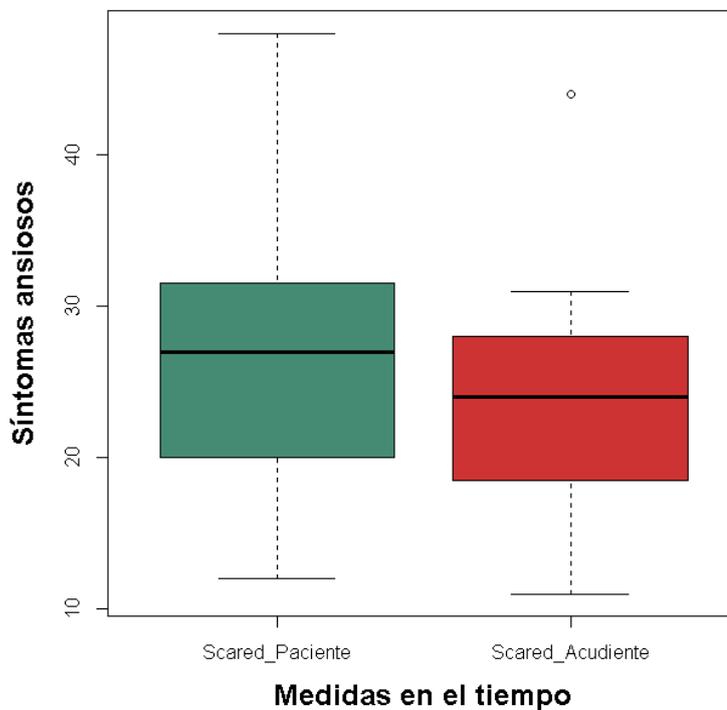
Las relaciones en la casa reportadas por los acudientes fueron: las formas de premio ante buenas conductas entre las más comunes registradas fueron: “se le compra

lo que ha querido, dejándolo jugar, felicitándolo y no se premia”, las cosas buenas que realiza el niño reportadas fueron: “obedece, juega futbol, es muy amorosa, ayuda en la casa, es tierno con los animales y ninguna”, dentro de las formas de castigarlo se encuentran: “no dejarlo jugar, no podrá usar el computador, se le quita lo que más le gusta, regañarlo y no castiga”, el más flexible en la casa reportado por los acudientes fue la madre con el 36%, los abuelos con el 9% y nadie con el 55%. El más severo para ejercer la disciplina fue: el padre con 30%, la madre con 18%, los abuelos y otros como hermanos y tíos con el 16% y nadie con el 36%. Los acudientes reportaron que el 42% no hay desacuerdo entre los familiares en el momento de castigo, el 39% reportaron que en ocasiones hay desacuerdo y el 19% reportaron que siempre se generan desacuerdos entre los padres. El 18% reportaron que hay familiares que intervienen en la disciplina de los niños entre los familiares se encuentran: padrastro, hermano, tío y abuelos.

Evaluación del coeficiente intelectual. Los resultados de la evaluación del coeficiente intelectual a través de la escala WISC-IV, mostraron que: la muestra se encuentra en el intervalo de coeficiente limítrofe.

Escala de ansiedad para niños y acudientes Scared. Los resultados de la escala de Scared, presentó que entre las respuestas de los padres y los niños, no hubo diferencia estadística significativa ($p > 0.1$). Por lo tanto, la identificación de síntomas ansiosos en el niño es correspondida por la que identifica su acudiente ($p = 0.1248$) (figura 5).

Figura 5. Evaluación de los síntomas ansiosos en niños y acudientes con la escala Scared.



Dominios de calidad de vida a través de la escala PedsQL 4.0 al inicio del estudio.

Los dominios presentaron los resultados que se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Resultados de los dominios de la escala PedsQL 4.0

Dominios	Media	Desviación estándar
Mi salud y actividades	6	5,1
Mis sentimientos	5	3,2
¿Cómo me llevo con otros niños?	3	3,9
En la escuela	9	5,2
Total calidad de vida pediátrica	22,4	10,1

Intervención multidisciplinar. Se realizaron 27 sesiones donde se reforzaron las tareas y se realizaban actividades para fortalecer habilidades en los niños y niñas participantes los temas tratados en cada una de las sesiones se presentan en la tabla 2, 3 y 4 (figura 6, 7 y 8).

Tabla 2. Sesiones de la intervención multidisciplinaria, sesiones de la 1 a la 9.

Número de Sesión	Tema tratado en la Intervención
1	Encuadre, presentación de objetivos de la intervención, presentación de normas de convivencia.
2	Manchas de colores, manchas mágicas
3	Técnica del recorte
4	Técnica del pegado
5	Sesión para incentivar la creatividad, utilizando pinturas, recorte y pegado.
6	Técnica recortando, entorchando y coloreando
7	Técnica Origami. creativos con papel
8	Técnica manejo del lápiz
9	Ejercitar el manejo del lápiz y la creatividad

Figura 6. Intervención multidisciplinaria. a). Sesión 2, b). Sesión 3, c). Sesión 4, d). Sesión 5, e). Sesión 6, f). Sesión 7, g). Sesión 8, h). Sesión 9.



Tabla 3. Sesiones de la intervención multidisciplinaria, sesiones de la 10 a la 17.

Número de Sesión	Tema tratado en la Intervención
10	Elaboración de plastilina y figuras de plastilina.
11	Técnica rasgado y corrugado de papel, pegado y manejo de trazos
12	Técnica coloreado con crayolas
13	Técnica esgrafiado, se trabaja con diversos colores de crayolas y luego con una aguja.

14	Técnica manchas de las manos
15	Técnica borrador
16	Técnica esparcidos. Esparcir pintura sobre plantillas para lograr figuras
17	Técnica amarrado y combinación de colores. Utilización de materiales reciclados para crear adornos.

Figura 7. Intervención multidisciplinaria. a. sesión 10, b. sesión 11, c. sesión 12, d. sesión 13, e. sesión 14, f. sesión 15, g. sesión 16, h sesión 17.



Tabla 4. Sesiones de la intervención multidisciplinaria, sesiones de la 18 a la 27.

Número de Sesión	Tema tratado en la Intervención
18	Formación de figuras con material encontrado. Se realiza con el objetivo de estimular la creatividad con los elementos que el niño (a) encuentre a su alrededor.
19	Escritura y memoria. Se les pedirá a los estudiantes que resuelvan un crucigrama.
20	Realizar adornos con platos desechables, escarcha y foamy.

21	Estimular en los estudiantes la motricidad fina, la concentración a través de la combinación de colores y texturas.
22	Crear objetos a partir de palos de madera.
23	Realizar adornos navideños a partir de material reciclado.
24	Crear formas de animales con material reciclado.
25	Elaborar tarjeta navideña a partir de colores.
26	Colorear una figura siguiendo instrucciones.
27	Elaborar figuras navideñas con el pegado y recortado de foamy.

Figura 8. Intervención multidisciplinaria. a. sesión 18, b. sesión 19, c. sesión 20, d. sesión 21, e. sesión 22, f. sesión 23. g. sesión 24. h. sesión 25. i sesión 26 y j. sesión 27.



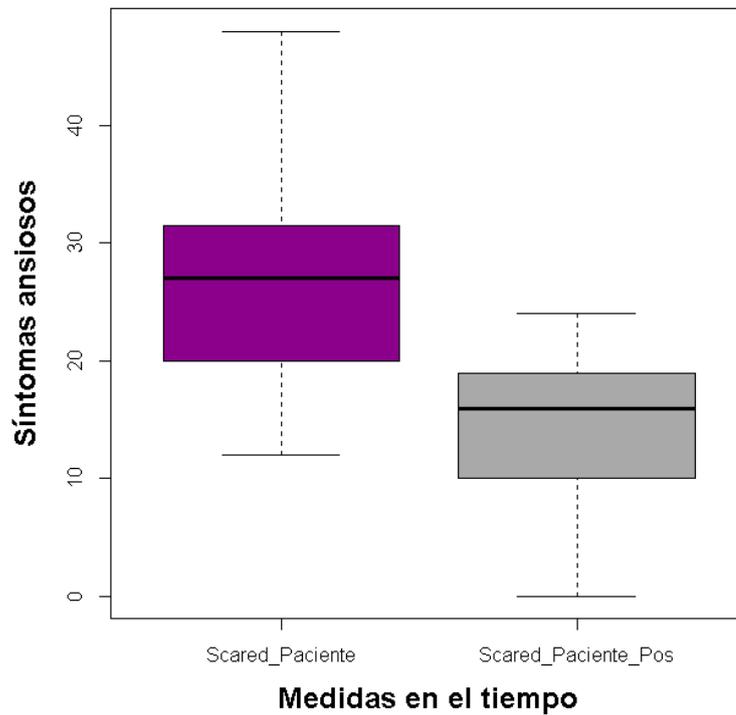
Durante la intervención multidisciplinaria también se realizaron actividades de reunión de padres, actividades culturales, motivaciones del grupo de niños (as) y socialización de trabajos realizados a la comunidad educativa (Figura 9).

Figura 9. Actividades extras en la intervención multidisciplinaria. a. Reunión de padres, b. actividades culturales, c. actividad de motivación, d. exposición de trabajos realizadas.



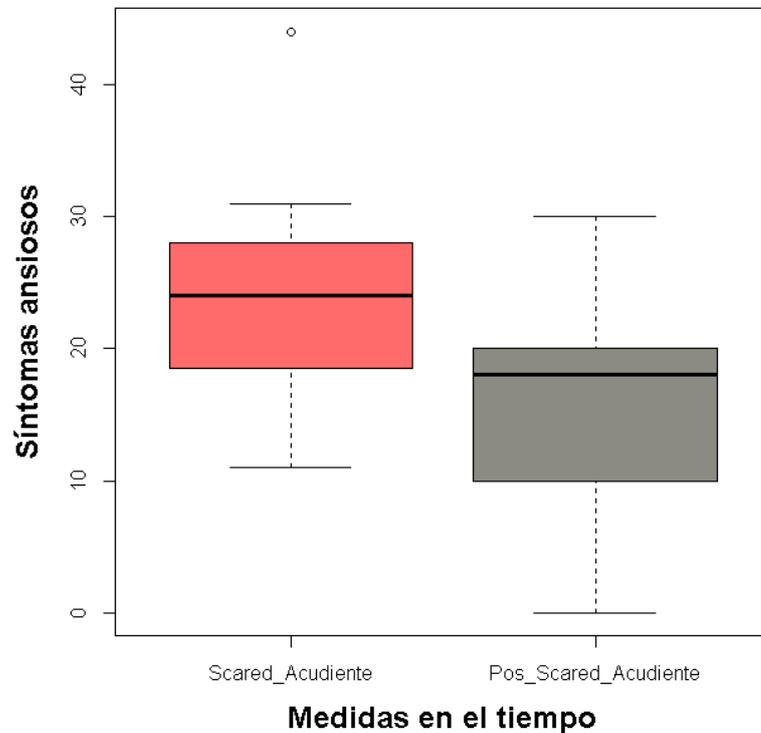
Evaluación de la escala de ansiedad para niños antes y después de la intervención. Los resultados mostraron que el factor tiempo, considerado en esta investigación como la intervención multidisciplinaria fue estadísticamente significativo ($p < 0.0001$). Los síntomas ansiosos que se evaluaron al inicio del estudio disminuyeron después de la intervención, esta disminución es estadísticamente significativa ($p = 3,55 \times 10^{-6}$) (figura 10).

Figura 10. Síntomas ansiosos de los niños antes y después de la intervención.



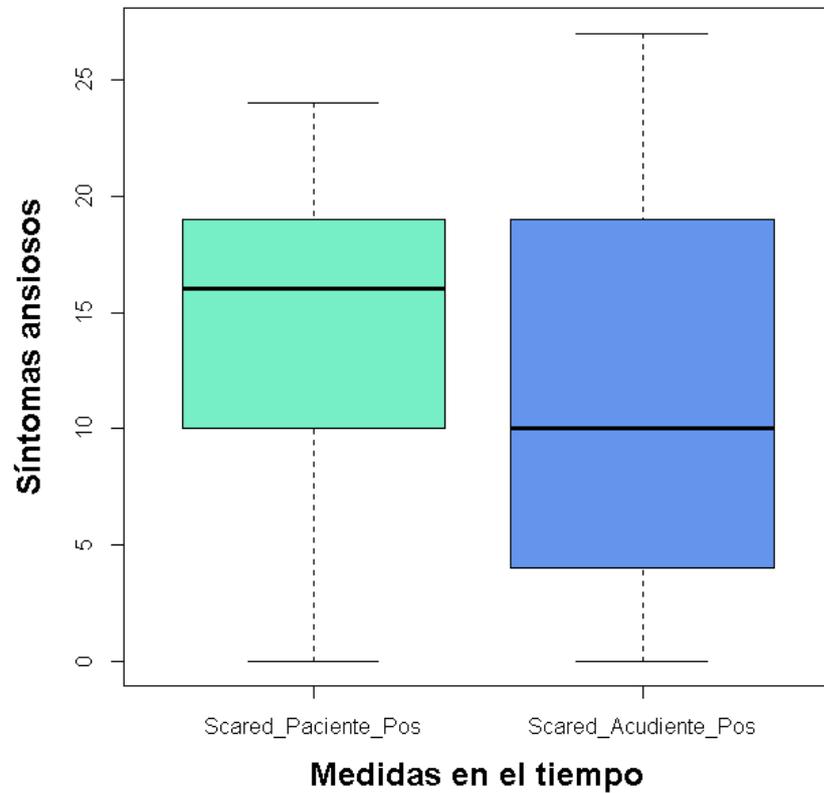
Evaluación de la escala de ansiedad de los acudientes antes y después de la intervención. Los resultados mostraron que el factor tiempo, considerado en esta investigación como la intervención multidisciplinaria fue estadísticamente significativo ($p < 0.001$). Los síntomas ansiosos que se evaluaron al inicio del estudio en los acudientes disminuyeron después de la intervención, esta disminución es estadísticamente significativa ($p = 0.002$) (figura 11).

Figura 11. Evaluación de los síntomas ansiosos de los acudientes de los niños antes y después de la intervención.



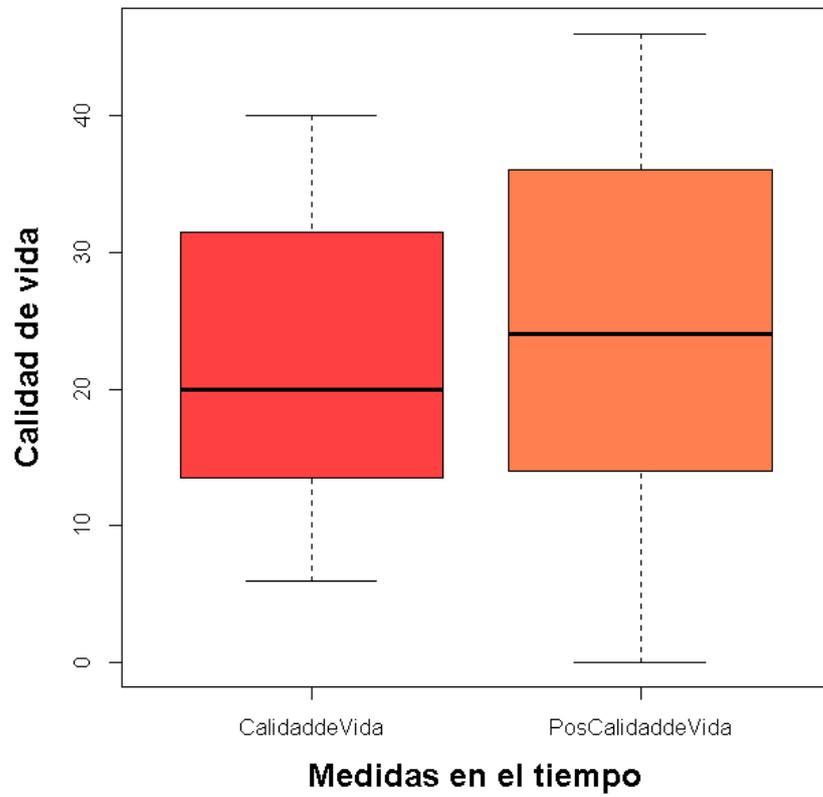
Evaluación de la escala de ansiedad de los niños y los acudientes después de la intervención. Los resultados de la escala de Scared, presentó que entre las respuestas de los padres y los niños después de la intervención, no presentó diferencia estadística significativa ($p > 0.1$) ($p = 0.152$) (figura 12).

Figura 12. Evaluación de los síntomas ansiosos en niños y acudientes después de la intervención.



Evaluación de los dominios de calidad de vida a través de la escala PedsQL 4.0 después de la intervención. Los resultados mostraron que la evaluación de los dominios de la calidad de vida después de la intervención no presentó diferencia estadística significativa ($p > 0.1$) ($p = 0.476$) (figura 13).

Figura 13. Evaluación de la calidad de vida antes y después de la intervención.



Discusión

Descripción de los niños y niñas participantes.

Los acudientes en su mayoría son representados por la figura materna (79%) realizan labores en el hogar y tienen un nivel escolar que solo alcanza la primaria (70%). Los acudientes manifestaron los síntomas ansiosos como interferencias en el desempeño global de los niños (36), porque implica respuestas en diversos contextos o situaciones de forma desadaptativa y por lo tanto afecta no solo al individuo sino a las personas que se encuentran a su alrededor (36). De la identificación a tiempo dependerá la calidad de vida del menor por ejemplo diferentes formas de ansiedad repercute directamente en el pronóstico escolar de los menores (37).

En muchas oportunidades no resulta sencillo definir si se trata de un trastorno de ansiedad en los menores o si es una situación de temor o angustia que hace parte del desarrollo cognoscitivo y emocional del niño porque existen diferentes miedos a lo largo del desarrollo que van variando y que no se pueden englobar dentro de un trastorno de ansiedad. A diferencia de los miedos, la ansiedad es más difusa e inespecífica. En el caso de los trastornos de ansiedad es frecuente encontrar preocupaciones irracionales que causan interferencia significativa en el funcionamiento del niño (36). Es frecuente que estos cuadros sean subdiagnosticados. Los síntomas ansiosos se han asociado con el bajo rendimiento académico, niños que poseen elevados niveles de ansiedad obtuvieron bajos logros especialmente en lectura y matemáticas (38). Aunque en la contraparte algunos autores consideran que en ocasiones la ansiedad momentánea resulta beneficiosa para las personas (38), incluso se propuso que la

ansiedad podría ser la “sombra de la inteligencia”. En este sentido, se planteaba que la capacidad humana de planificar detalladamente los eventos futuros se relacionaba con la persistente sensación de que algo podría salir mal, y para contrarrestar esto se debía estar lo mejor preparados para afrontar tales situaciones hipotéticas. Es por ello que la ansiedad es un estado de ánimo estrechamente relacionado con el futuro.

El hecho de que altos y persistentes niveles de ansiedad resulten dañinos para el ser humano tienen justificación (39). Las respuestas de ansiedad tienen cuatro facetas, las cuales se expresan en trastorno afectivo, cognitivo, físico y del comportamiento, siendo desfavorable la funcionalidad del sujeto en cualquiera de estas fases. Sin embargo, mientras más duraderas sean estas respuestas, se afectará de manera simultánea la persona en sus dimensiones bio-psico-social, comprometiendo así su adaptabilidad al medio.

Coefficiente intelectual limítrofe

En este estudio el grupo de niños y niñas participantes se ubicaron dentro del puntaje de coeficiente intelectual limítrofe (entre 71 y 84), las consultas de los profesores por su bajo rendimiento académico, la baja concentración y la hiperactividad de muchos de los niños y niñas participantes fue la primera clasificación para luego aplicar el test de inteligencia. Respecto a la etapa de escolarización, se afirma que es el colegio donde se observan las dificultades académicas y sociales de los niños y adolescentes con inteligencia limítrofe (40). Los reportes académicos de los niños y niñas participantes, también se relacionan con las consecuencias reportadas en la literatura para casos de coeficiente intelectual límite teniendo una mayor dificultad en

áreas como lectoescritura y cálculo, en el ámbito personal se relaciona con baja autoestima, con dificultades para establecer vínculos afectivos, con quejas somáticas inespecíficas e incluso intentos de suicidio (41). Es plausible pensar que un individuo con un bajo nivel de inteligencia tiende a ser más inatento por la dificultad en seguir los aprendizajes cuya comprensión no alcanza debido a su baja capacidad de inteligencia. La misma suposición se podría aplicar con respecto a los trastornos del aprendizaje (la baja capacidad de inteligencia influye negativamente en las habilidades lectoras) (42).

La condición del coeficiente intelectual limítrofe sumado a condiciones socioeconómicas desfavorables, es un factor que puede aumentar la vulnerabilidad del individuo a cualquier psicopatología y afectar su calidad de vida (43). El aumento en los problemas de aprendizaje por los menores para unos autores está relacionado con los cambios en la clasificación de los límites de la inteligencia (44). Para otros, el aumento se debe a la existencia de una mayor sensibilidad hacia estos problemas y a una mayor ocurrencia de trastornos del neurodesarrollo (45).

En general son niños que pueden adquirir habilidades prácticas y conocimientos académicos hasta el nivel de 6° de primaria. En la adolescencia pueden presentar problemas de adaptación social y van a necesitar apoyos especiales para cursar la secundaria. A pesar de que tienen dificultades para adaptarse a las exigencias del entorno y a ambientes competitivos, son capaces de adquirir una independencia mínima (46).

Para nuestro grupo de estudio no fue posible asociar la incidencia de la inteligencia limítrofe a problemas al nacer, talla, peso, problemas durante el embarazo

porque sus cuidadores no reportaron este tipo de situaciones en la entrevista clínica. Sin embargo, la inteligencia límite también se ha asociado con trastornos genéticos y aspectos socioculturales-familiares que inciden en la aparición y/o mantenimiento (47; 48). Se han encontrado comorbilidades del coeficiente límite con el trastorno del aprendizaje, trastorno del lenguaje y el déficit de atención con hiperactividad (45), en este estudio se encontró comorbilidad del coeficiente límite con los síntomas ansiosos.

Síntomas ansiosos

De forma general, hasta el momento se podría afirmar que la ansiedad o las respuestas de ansiedad hacen referencia a la combinación de diferentes manifestaciones físicas y psicológicas que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan en momentos de crisis, o bien como un estado persistente, este último empeorando el cuadro clínico. Las respuestas de ansiedad se relacionan estrechamente con la anticipación de eventos futuros que se perciben como peligrosos (49). Los resultados de este documento mostraron que existe correspondencia estadísticas entre la identificación de síntomas ansiosos por parte de los menores y del acudiente, este mismo resultado se obtuvo al inicio de la intervención como al final de la intervención, teniendo niveles más bajos en síntomas ansiosos al final de la intervención.

Intervenciones con terapias cognitivo-conductual con intervención familiar han mostrado eficacia en el tratamiento de los síntomas de la ansiedad por separación en niños de edad media de 10,5 años (39). Educar a los padres en la identificación y el

manejo de los síntomas ansiosos de los niños permite disminuir los síntomas ansiosos de los niños (49).

Nuestros resultados mostraron que después de la intervención multidisciplinaria los síntomas ansiosos de los niños y niñas disminuyeron de manera estadísticamente significativa, lo que permite comprobar la eficacia de la intervención en la disminución de síntomas ansiosos en menores, reafirmando la eficacia de la intervención en la disminución de los síntomas ansiosos fue la evaluación de los síntomas por parte de los acudientes antes y después de la intervención.

La confirmación de la eficacia de la intervención por parte de los padres muestra que los padres cumplen varias funciones en relación con la salud de sus hijos: son los encargados de identificar sus necesidades de salud, de poner en práctica los tratamientos médicos prescritos, de llevarlos periódicamente a los servicios de salud y de monitorizar la efectividad de las intervenciones terapéuticas (50). Las versiones dirigidas a informantes indirectos, padres, cuidadores o médicos (apoderados), constituyen una fuente complementaria y alternativa de información, puesto que proveen una perspectiva diferente que se debe analizar para entender esas diferencias y obtener la imagen más certera de la salud del niño y la influencia sobre su calidad de vida (51).

Intervención multidisciplinaria

A menudo padres y profesores no advierten que los niños y adolescentes están sufriendo problemas de ansiedad, debido a la naturaleza interiorizada del trastorno. Padres y profesores tienden a restar importancia al trastorno, siendo mayor el número de

consultas y tratamiento solicitado ante trastornos exteriorizados del tipo de trastorno por déficit de atención con hiperactividad o problemas de conducta.

En aquellos casos en los que los niños acuden a tratamiento, el trastorno suele tener una larga trayectoria y estar bien establecido, por lo que muchos de los efectos adversos a nivel académico y en las relaciones con iguales ya han ocurrido y es complejo volver a ese punto anterior (52). Intervenciones en el manejo de la ansiedad por parte de profesores han mostrado eficacia en la disminución de los síntomas ansiosos como el programa de prevención *FRIENDS* desarrollado por el grupo de investigación australiano de las Universidades de Queensland y Griffith (53), el programa multicomponente de intervención grupal dirigido a niños y adolescentes entre 7 y 16 años. Se estructura en 12 sesiones de 45-60 minutos de duración. Dos de ellas son sesiones de repaso que se realizan al mes y a los tres meses de finalización del bloque principal. Se incluyen tres sesiones de intervención, también grupal, con los progenitores. El programa recurre a los procedimientos cognitivo-conductuales que tradicionalmente se utilizan en la intervención para los problemas de ansiedad (educación sobre la ansiedad, entrenamiento en técnicas de control de la activación, detección y sustitución de pensamientos automáticos negativos, autorreforzamiento abierto y encubierto, entrenamiento en solución de problemas y exposición gradual). El programa de prevención indicada *Penn Prevention Program* (54) incluye 12 sesiones basadas en la terapia cognitivo-conductual. Está diseñado para combatir distorsiones cognitivas y déficits relacionados asociados con la depresión, como problemas de conducta, dificultades en las relaciones con iguales, baja autoestima y bajos resultados académicos. El programa de actividad física incluye 3 sesiones semanales de 90 minutos durante 10 semanas y un programa de actividad física (55).

De acuerdo con la evidencia en la disminución de síntomas ansiosos la intervención multidisciplinaria diseñada en esta investigación mostró ser eficaz para disminuir los síntomas ansiosos. Otras investigaciones en la utilización de intervenciones preventivas en síntomas ansiosos en niños han mostrado disminución comparando el inicio y el postest (56). Además, la intervención desarrollada en esta investigación permitió disminuir la deserción de los niños y los costos de tratamientos. Un factor que ayudo a la permanencia del grupo de pacientes fue que se realizo dentro de la institución educativa.

Durante las intervenciones individuales se realizo un enfoque cognitivo conductual, este tipo de intervencion han demostrado eficacia en el tratamiento de los síntomas ansiosos en niños y adolescentes (57, 58). Por ejemplo, los resultados de Revisiones sistemáticas de Cochrane sobre terapias cognitivo-conductuales (TCC) para el trastorno de ansiedad pediátricos (59), así como el uso de Terapia conductual (TC) y TCC para TOC en niños y adolescentes (60) enfatizan el papel de esta modalidad de tratamiento en los trastorno de ansiedad infantiles.

Generalmente, los programas de intervención se caracterizan por su larga duración y sus altos costos (52), la metodología desarrollada permitió la disminución de los síntomas ansiosos con menores recursos y es recomendable a los colegios para su aplicación. En especial la intervención multidisciplinaria enfatizó en: 1) la técnica de reestructuración cognitiva, aprender a generar pensamientos positivos y sustitución de los negativos y 2) resolución de problemas y toma de decisiones, distinguir los componentes del proceso de solución de problemas, tomar decisiones y solucionar los problemas de forma concreta.

Calidad de vida

Es importante evaluar la calidad de vida de los niños y niñas con síntomas ansiosos porque estos síntomas no sólo están relacionados con disfunciones académicas y sociales; sino con el riesgo de depresión , intento de suicidio y abuso de sustancias en la edad adulta, evidenciando la necesidad de implementar tratamientos efectivos y accesibles (59). Para este estudio el valor de los dominios de la calidad de vida no presentó diferencia significativa después de la intervención, asociada como se ha referenciado a intervenciones cortas para impactar la calidad de vida de los niños y la amplitud de la percepción de la calidad de vida para cada individuo. Para la OMS (61), la calidad de vida está relacionada con la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. Así como otras definiciones permiten comprender que la calidad de vida está relacionada con otras dimensiones del ser humano, las intervenciones que modifiquen la percepción en cada uno de los dominios de PedsQL 4.0 probablemente deben ser más largas (62) existen dos fuerzas que influyen en la calidad de vida: la endógena y la exógena; la primera hace referencia a las respuestas mentales, emocionales y fisiológicas del individuo a su condición de vida, mientras que la exógena se refiere a las influencias de la estructura social, la cultura y el ambiente social que afectan a la persona, al grupo y a la comunidad.

De acuerdo con los autores que validaron la escala Peds 4.0 en Colombia los ítems no miden la calidad de vida de igual manera entre niños de diferentes edades y de acuerdo con su ciudad de residencia, lo que podría explicar los resultados obtenidos en el presente estudio.

Este tipo de mediciones han tenido resultados similares a los del estudio de la calidad de vida en niños en Colombia (50).

Conclusiones

- La inteligencia limítrofe es una metacondición con pocos estudios publicados hasta la fecha, que genera interferencias en ámbito personal, social y escolar. Con comorbilidad con múltiples trastornos internalizantes y externalizantes de alta gravedad, que comprometen la calidad de vida de los individuos.
- La inteligencia limítrofe al no pertenecer a una clasificación nosológica definida, no es diagnosticada, ni tratada. Por lo que los individuos que la padecen son sometidos a exigencias iguales a las de sus pares sin esta condición, lo que genera pobre adaptación y bajo desempeño.
- El colegio representa un lugar de intervención que le permite al médico psiquiatra realizar un tratamiento incluyendo actores importantes (maestros y padres) y permite el seguimiento y permanencia en las intervenciones.
- El informe escolar realizado por el director de grupo de los niños y niñas es una herramienta útil y en la mayoría de los casos certera en la identificación de interferencias no solo escolares sino también en la interacción con pares y adultos.
- Una de las principales interferencias reportadas por acudientes y maestros de niños y niñas con CIL es el bajo rendimiento académico, con principales dificultades en las áreas de lecto escritura y matemáticas.

- El colegio regular debe tener modificaciones que permitan la inclusión de pacientes con CIL porque de lo contrario los pacientes representan altos niveles de deserción escolar, pérdida escolar y cambios de colegio.
- El principal cuidador de los pacientes del estudio es la madre, con pobre escolaridad y ocupación no remunerada.
- Cerca de la mitad de los pacientes presentan no solo problemas académicos sino conductuales con los adultos.
- Los síntomas ansiosos son detectados tanto por padres como por los mismos niños y niñas, al igual que el cambio después de la intervención multidisciplinaria.
- La intervención multidisciplinaria que incluye intervención individual por psiquiatría, taller de padres con psicología, apoyo en tareas, disminuyó los síntomas ansiosos en el grupo de niños y niñas
- Los resultados obtenidos con la escala de calidad de vida PedsQL 4.0, deben interpretarse con cautela. Puede que se requieran intervenciones más largas para la modificación de la percepción de la calidad de vida o se requiera de la validación en la región de la escala.

Bibliografía

1. Carulla L, García J, Ruíz M, Artigas J. (2013). Funcionamiento intelectual limite : guía de consenso y buenas practicas. *Rev. psiqu. salud mental.* 2013;109-120.
2. Alvarán L, Sánchez D, Restrepo-Ochoa D. Neuropsicología de la inteligencia limítrofe. *Panamerican journal neuropsychology.* 2016;129-141.
3. Atuesta J, Vásquez R. Coeficiente intelectual normal bajo..¿normal? *Rev. colomb. psiquiatr.* 2009;99-109.
4. Atuesta J, Vásquez R, Urrego Z. Aspectos psicopatológicos del coeficiente intelectual limítrofe: un estudio en el Hospital de la Misericordia, 2000-2005. *Rev. colomb. psiquiatr.* 2008;182-194.
5. Ardila R. INTELIGENCIA. ¿QUÉ SABEMOS Y QUÉ NOS FALTA POR INVESTIGAR? *Rev. acad. colomb. cienc. exact. fis. nat.* 2011; 97-103.
6. Victoria C, Lessa Horta B, Loret de Mola C, Quevedo L, Tavares Pinheiro R, Gigante PD, Gonçalves H, Barros CF. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health.* 2015;199-205.
7. Alvarez-Uribe MC, Zapata-Zabala ME, Aguirre-Acevedo DC, Cadavid-Castro MA. Coeficiente intelectual y factores asociados en niños escolarizados en la ciudad de Medellín, Colombia. *Rev. salud pública.* 2012;543-557 .
8. Rajput S, Hassiotis A., Richards M, Hatch SL, Stewart R. Associations between IQ and common mental disorders: The 2000 British National Survey of Psychiatric Morbidity. *European Psychiatry.* 2011;390-395.
9. Kenny DA, Cook W. Partner effects in relationship research: conceptual issues, analytic difficulties, and illustrations. *Pers. Relatsh.* 1999;(6): 433–448.
10. Acle Tomasini G, Roque Hernández Ma del Pilar, Zacatelco Ramírez F, Lozada García R, Martínez Basuryo LM. Discapacidad y rezago escolar: riesgos actuales. *Acta. colomb. psicolog.* 2007;19-30.
11. Puerta I, Martínez J, Pineda D. Prevalencia de retraso mental en adolescentes con trastorno disocial de la conducta. *Rev. neurol.* 2002;35(11):1014-1018.
12. Peng J, Mo Lei, Huang P, Zhou Y. The effects of working memory training on improving fluid intelligence of children during early childhood. *Cogn. Dev.* 2017;43: 224-234.
13. Piaget J. Intelligence and affectivity: Their relationship during child development. (Trans & Ed TA Brown & CE Kaegi). *Annual Reviews.* 1981.
14. Lenroot RK, Giedd JN. Brain development in children and adolescents: Insights from anatomical magnetic resonance imaging. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2006;30(6): 718–729.

15. Carpenter PA., Just MA., Shell P. What one intelligence test measures: A theoretical account of the processing in the Raven Progressive Matrices Test. *Psychological Review*. 1990;97(3): 404.
16. Cattell RB. *Abilities: their structure, growth and action*. Boston, MA: Houghton Mifflin. 1971.
17. Cárdenas E.M, Feria M, Palacios L, De la Peña F. Guía para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Ed: Berenzon S, Del Bosque J, Alfaro J, Medina-Mora ME. *Guías clínicas para la atención de trastornos mentales*. Instituto Nacional de Psiquiatría. 2010. 13p.
18. Tayeh P, Agámez González PM, Chaskel R. Trastorno de ansiedad en la infancia y la adolescencia. *Precop*. 15(1): 6-18.
19. American Psychiatric Association, Kupfer DJ, Regier DA., Arango López C, Ayuso-Mateos JL, Vieta Pascual E, Bagny Lifante A. *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2014.
20. Canals J, Hernández-Martínez C, Cosi S, Doménech E. Examination of a cutoff score for the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in a non-clinical Spanish population. *Journal of anxiety disorders*. 2012;26: 785-791.
21. Rappaport BI, Pagliaccio D, Pine DS, Klein DN, Jarcho JM. Discriminant validity, diagnostic utility, and parent-child agreement on the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in treatment- and non-treatment-seeking youth. *J. Anxiety Disord*. 2017;51: 22-31.
22. Grills AE, Ollendick TH. Multiple informant agreement and the anxiety disorders interview schedule for parents and children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42: 30–40.
23. Birmaher B, Khetarpal S, Brent D, Cully M, Balach L, Kaufman J, Neer SM. The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36: 545–553.
24. Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L, Bridge J, Monga S, Baugher M. Psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): a replication study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38: 1230–1236.
25. Hawkins K, Bottone FG, Ozminkowski RJ, Musich S, Bai M, Migliori RJ, *et al*. The prevalence of hearing impairment and its burden on the quality of life among adults with Medicare Supplement Insurance. *Qual Life Res*. 2011.
26. Kleinman L, Benjamin K, Viswanathan H, Mattera MS, Bosserman L, Blayney DW, *et al*. The anemia impact measure (AIM): development and content validation of a patient-reported outcome measure of anemia symptoms and symptom impacts in cancer patients receiving chemotherapy. *Qual Life Res*. 2011.
27. Renwick R, Brown I, Nagler M. *Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues, and applications*. California: Sage Publishers; 1996.

28. Ferriss AL. A Theory of Social Structure and the Quality of Life. *Applied Research in Quality of Life*. 2006;(1):117–23.
29. Hassiotis A, Ukoumunne OC, Byford S, Tyrer P, Harvey K, Piachaud J, *et al.* 2001. Intellectual functioning and outcome of patients with severe psychotic illness randomised to intensive case management. Report from the UK700 trial. *J Psychiatry*. 2001. 166- 171.
30. Frontera M. Gomez C *Inteligencia Límite. Perfil, necesidades, recursos y propuestas de mejora.* Universidad Zaragoza y Asociación. 2013.
31. Wechsler D. *Escala de inteligencia de Wechsler para niños-IV. Manual técnico y de interpretación.* TEA Ediciones. 2005.
32. Birmaher B. *Child and adolescent bipolar spectrum disorders services.* Scared. 2017.
33. Vélez CM. Villada Ramírez AC, Amaya Arias AC, Eslava-Schmalbach JH. . Validación por modelo de Rasch del cuestionario de calidad de vida (PedsQL 4.0®) en niños y adolescentes colombianos. *Rev. colomb. psiquiat.* 2016;45(3):186-193.
34. Di Rienzo JA, Casanoves F, Balzarini MG, González L, Tablada M, Robledo CW. *InfoStat versión 2014.* Grupo InfoStat, FCA, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. URL <http://www.infostat.com.ar>. 2014.
35. Sánchez MJ. El menor maduro. *Bol Pediatr.* 2005; 45: 156-160.
36. Black, B y Leonard H. (1996). *Textbook of child and adolescent Psychiatry.* Capítulo 30 (pp.491-506). Washington D.C: Second Edition. American Psychiatric Press.
37. Fernández, A.M. (2009). Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes Particularidades de su presentación clínica. *Revista Científica Instituto Colombiano del Sistema Nervioso Psimonart.* (93-102).
38. Bernstein, G y Rapoport (1997), J. *Separation Anxiety Disorder and Generalized Anxiety Disorders.* Textbook of child and adolescent Psychiatry. Capítulo 28 (pp. 467-480). Washington D.C: Second Edition. American Psychiatric Press.
39. Orgilés, M.A. Méndez, X.C. Rosa, A.I.A & Inglés C.J.S. 2003. La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de psicología:* 19 (2): 193-2004
40. 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
41. Mastropieri, M. A. & Scruggs T. E. (2005). Feasibility and consequences of response to intervention: examination of the issues and scientific evidence as a model for the identification of individuals with learning disabilities. *Journal Learning Disabilities,* 38(6), 525-531.
42. 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.

43. Atuesta, F.J.Y., Vásquez R. R.A., Urrego M. Z.C. 2008. Aspectos psicopatológicos del coeficiente intelectual limítrofe: un estudio en el Hospital de la Misericordia, 2000-2005. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 37 (2): 182-194.
44. MacMillan, D. L., Gresham, F. M., & Bocian, K. M. (1998). Discrepancy Between Definitions of Learning Disabilities and School Practices An Empirical Investigation. *Journal of Learning Disabilities*, 31(4), 314-326.
45. Artigas-Pallarés, J. (2003). Cognitive profiles of borderline intelligence. The boundaries of mental retardation. *Revista De Neurología*, 36(1), S161–167.
46. Prieto, C. V. (2010). Estimación de la dependencia en España a partir de la EDAD 2008. *Hacienda Pública Española*, 194(3), 125-175
47. Bermúdez, R. (2010). Alteraciones en el neurodesarrollo causante de Discapacidad cognitiva limítrofe y trastornos de Aprendizaje. *Entérese*, 29, 18–21.
48. 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.
49. Kendall, P. C., Brady, E. U. y Verduin, T. L. (2001). Comorbidity in childhood disorders and treatment outcome. *Journal of the American Academic Adolescent Psychiatry*, 40, 787-794.
50. Vélez, C.M. & García, G.H.I. 2012. Medición de la calidad de vida en niños. *Iatreia*. 25 (3): 240-249.
51. Riley AW, Forrest CB, Starfield B, Rebok GW, Robertson JA, Green BF. The Parent Report Form of the CHIP-Child Edition: reliability and validity. *Med Care*. 2004 Mar;42(3):210–20.
52. Aznar, A.I.G. Evaluación de un programa de prevención de la ansiedad en adolescentes. 2014. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* 1 (1): 53-60.
53. Barrett, P. M. y Turner, C. (2001) Prevention of anxiety symptoms in primary school children: preliminary results from a universal school-based trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 399-410
54. Roberts, C., Kane, R., Bishop, B., Mathews, H. y Thompson, B. (2004). The prevention of depressive symptoms in rural school children: a follow-up study. *International Journal of Mental Health Promotion*, 6, 4-16.
55. Bonhauser, M., Fernández, G., Püschel, K., Yañez, M., Montero, J., Thompson, B. y Coronado, G. (2005). Improving physical fitness and emotional well-being in adolescents of low socioeconomic status in Chile: Results of a school-based controlled trial. *Health Promotion International*, 20, 113-122.
56. Neil, A., y Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29, 208-215

57. Target, M. & Fonagy, P. (1994). Efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(3), 361-371.
58. Kendall, P.C., Reber, M., McLeer, S., Epps, J. & Ronan, K.R. (1990). Cognitive-behavioral treatment of conduct-disordered children. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 279- 297.
59. James, A., Soler A. & Weatherall, R.R. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, 4(CD004690). DOI: 10.1002/14651858.CD004690.pub2.
60. O’Kearney, R.T., Anstey, K.J. & VonSanden, C. (2006). Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, 4. [DOI: 10.1002/14651858.CD004856.pub2]
61. (OMS) World Health Organization. WHOQOL - Measuring quality of life. Geneva: WHO; 1997.
62. Ferriss AL. A Theory of Social Structure and the Quality of Life. *Applied Research in Quality of Life*. 2006 Jun 17;1(1):117–23.