

## LA CAPACIDAD INTELECTUAL LÍMITE: LA GRAN OLVIDADA

**Begona Medina Gómez**  
**Elvira Mercado Val**  
**Isabel García Alonso**

Universidad de Burgos - bmedina@ubu.es

<http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n1.v2.33>

*Fecha de Recepción: 5 Febrero 2015*

*Fecha de Admisión: 30 Marzo 2015*

### RESUMEN

El término capacidad intelectual límite o también llamado *borderline* hace referencia a una entidad clínica compleja que apenas se ha investigado y que engloba a las personas que técnicamente no tienen discapacidad intelectual pero que obtienen puntuaciones de CI bajas, en el umbral de aproximadamente 71-84. Estas personas se enfrentan diariamente al desconocimiento y a la incomprensión de una sociedad que ni reconoce sus limitaciones ni les trata como iguales, y que en la mayoría de los casos, no van a finalizar la escolaridad obligatoria, van a tener graves dificultades para acceder al mundo laboral y no van a participar activamente en la sociedad. El objetivo de este artículo es facilitar información para contribuir a la visibilidad de estas personas, dar a conocer las dificultades que presentan en el ámbito educativo y laboral, transmitir consideraciones para mejorar el diagnóstico y proponer actuaciones que optimicen el funcionamiento de este colectivo. Para ello se ha llevado a cabo una revisión de los artículos publicados en los últimos años contrastando sus aportaciones con las experiencias de profesionales y familiares.

Palabras clave: inteligencia límite, discapacidad intelectual, apoyos

### ABSTRACT

#### **The borderline: the great ignored**

The term *borderline* refers to a complex clinical and under-researched condition that involves people who technically do not have intellectual disability but who obtain low IQ scores (71-84). In most cases, these people do not finish compulsory schooling, they have serious difficulties to access to the world of work, they are not actively engaged in society and they face daily with the ignorance and the misunderstanding of a society which does not recognize their limitations nor does it treat them as equals. The major purpose of this article is to facilitate information that contributes to increase the public profile of these people making public their educational and working difficulties. Also, to point out considerations in order to improve the diagnosis and to propose actions to optimize the functioning of this collective group. To do so, it has been carried out a review of arti-

cles published in the last years contrasting their contributions against professional and family experiences.

Keywords: borderline, intellectual disability, supports

### ANTECEDENTES

El término de capacidad intelectual límite (CIL) o *borderline* se utiliza con frecuencia, pero no hace referencia a una entidad nosológica concreta, sino que se concibe como una entidad clínica compleja que apenas ha sido estudiada. De hecho, no hay consenso en la comunidad científica sobre lo que queremos decir cuando hablamos de CIL ni de su relación con otros tipos de trastornos (Artigas-Pallares, Rigau-Ratera, García-Nonell, 2007).

La CIL no es ni un trastorno mental ni se considera un tipo de discapacidad, a pesar de que durante mucho tiempo estuvo enmarcada en la discapacidad intelectual (Karande, Kancan & Kulkarni, 2008). En concreto el DSM IV-TR (APA, 2000) ubica la CLI en el apartado de "Otras condiciones que pueden ser foco de atención clínica", comprendiendo un amplio espectro de problemas y situaciones. Se registra en el eje II, donde se encuentran los trastornos de personalidad y la discapacidad intelectual. En el DSM 5 (APA, 2013) no aparece en el apartado que se podría considerar equivalente "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica" y no la reconoce, como tal, en ninguna de sus categorías diagnósticas.

Hasta la fecha, la obtención en pruebas estandarizadas de una puntuación de inteligencia (CI) entre 71 y 84 era suficiente para establecer el diagnóstico de CIL, sin tener en cuenta otros aspectos del funcionamiento humano (Artigas, 2011). En el DSM-IV-TR (APA, 2000) no existía ningún otro criterio adicional para diagnosticar la CIL ni incluía un código de diagnóstico, pero tampoco el CIE-10 (OMS, 1992).

En la actualidad, la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD, Schalock et al., 2010) considera que la CIL es una discapacidad, para entender esta posición debemos echar la vista atrás.

En 1973 la Asociación Americana de Deficiencia Mental (actual AAIDD) excluye la categoría de límite de la clasificación de la discapacidad, incluyendo a partir de ese momento exclusivamente cuatro niveles: leve (CI, 52-67), moderado (CI, 36-51), grave (CI, 20-35) y profundo (CI, 20). La supresión de la categoría límite y los cambios en la valoración del CI, como criterio de diagnóstico de la discapacidad intelectual, redujeron el número de personas con esta discapacidad. Esto significó que el 80% de personas que obtenían calificaciones de entre una y dos desviaciones típicas por debajo de la media estadística poblacional eran excluidas de esta entidad nosológica (Zetlin & Murtaugh, 1990). A partir de ese momento, se observó que el número de alumnos identificados con problemas de aprendizaje aumentaron significativamente (McMillan, Gresham & Bocian, 1998). Desde entonces, el porcentaje de niños con dificultades de aprendizaje ha seguido creciendo, convirtiéndose en el problema con mayor incidencia en el ámbito educativo (Karande et al., 2008). Para algunos autores (MacMillan, Gresham & Bocian, 1998) la creciente incidencia de estos trastornos en la infancia es resultado de los cambios en la clasificación de la discapacidad. 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 (Artigas, 2011). La investigación no ha aclarado esta incidencia ni ha apoyado, claramente, estos puntos de vista (Ferrari, 2009).

En esta misma línea Artigas et al. (2007) indica que la CIL "se caracteriza por una predisposición a tener dificultades en los aprendizajes y en la interacción social, determinada por una causa subyacente que se expresa en una capacidad de inteligencia ligeramente inferior a la media de la población (pp. 739)". Este mismo autor afirma que se suele utilizar como un diagnóstico con connotaciones similares a las de la discapacidad intelectual, pero destacando que las personas con CIL

van a tener unas dificultades escolares, cognitivas, sociales, laborales y de salud mental similares pero de menor grado. Cada vez hay más hallazgos empíricos (no todos documentados) que evidencian que las personas con CIL tener dificultades muy similares a las de personas con discapacidad intelectual leve, que además, van a existir repercusiones emocionales que generan, potencian y enmascaran comorbilidades que empeoran el pronóstico a corto, medio y largo plazo (Martínez y Semrud-Clikeman, 2004).

### PREVALENCIA Y COMORBILIDAD

El número de personas con un funcionamiento límite es a menudo minimizado, en ocasiones, se han barajado porcentajes de incidencia muy lejos de lo que se prevé que ocurre (Karande et al., 2008). La falta de consenso terminológico y su ausencia en las principales clasificaciones diagnósticas hacen especialmente difícil calcular la prevalencia de la CIL en población general (Salvador-Carulla et al, 2013). Si se parte de la base de una estimación teórica de una distribución normal de la inteligencia, las puntuaciones de CI en el rango límite ocurren aproximadamente en el 13,6% del total. Diferentes investigaciones sitúan el problema entre 12% y 18% de la población (Seltzer et al, 2005; Seltzer et al.2009). En nuestro país, la Encuesta sobre Discapacidades Autonomía personal y situaciones de Dependencia EDAD-2008 (Prieto, 2010) confirma la falta de visibilidad y de evaluación de este colectivo. Esta encuesta indica que hay 11.600 individuos con CIL, datos imposibles si se comparan con las cifras de personas con discapacidad leve (24.700), moderada (52.800), y severa y profunda (47.000). Si se tiene en cuenta que la inteligencia se distribuye según la curva normal, no puede haber más personas en las categorías de grave y profunda que en la de leve o límite. Estos datos confirman la falta de rigor en algunos estudios.

Todas las dificultades en la identificación y en el diagnóstico de la CIL justifican la inexistencia de una atención clínica directa, de acceso a recursos sociales, educativos, etc., pero las personas con CIL representar un porcentaje significativo de la población que requiere una cantidad considerable de apoyos y atención en diferentes momentos de su vida (Schalock et al., 2010). Sin embargo, esta población es ignorada tanto en el campo de la investigación como a la hora de prestar servicios especializados (Snell et al. 2009). Indudablemente la mayoría de estas personas no requieren la atención de un profesional de la salud mental, ni un profesor de educación especial o la atención de servicios sociales únicamente por su nivel intelectual, la asociación de otros problemas, les hace ser beneficiarios de apoyos y usuarios de servicios especializados

Las escasas publicaciones existentes se han centrado en el estudio de la prevalencia de la CIL en población general y en pacientes con enfermedades psiquiátricas (Hassiotis et al, 2008, Koenen et al.,2009, Manassis, Tannock, Young & Francis-Johnson, 2007; Martínez & Semrud-Clikeman, 2004; Puerta, Martínez y Pineda, 2002), pero también en el conocimiento de la comorbilidad y riesgo psicopatológico (Masi, Marcheschi & Pfanner, 1998; Ninivaggi, 2001), en el estudio de pronósticos evolutivos (Mani, McDermott & Valtorta, 1997; Zetlin & Murtaugh, 1990), en la asociación con trastornos del neurodesarrollo (Artigas et al., 2007; Futagi, Suzuki & Goto, 1999), en la aplicación de escalas de valoración (Bowen et al., 1996) y en la eficacia de tratamientos sintomáticos (Buitelaar, Van der Gaag, Cohen-Kettenis & Melman, 2001).

Así, en un estudio llevado a cabo por Artigas et al. (2007) encontró una elevada presencia de trastornos asociados, donde solo un 3,4% de pacientes podrían considerarse como CIL puros, en el sentido de que no encajaban con ningún diagnóstico del eje I del DSM. Llegó a la conclusión de que la presencia de un CIL es un factor que aumenta la vulnerabilidad a cualquier trastorno psiquiátrico. A su vez, los factores sociales y emocionales, de los que son objeto, influyen en el desarrollo de problemas psicopatológicos o dificultades de aprendizaje en esta población (Trastornos de hiperactividad o déficit de atención, trastornos depresivos, de ansiedad). Si se hace un abordaje integral de cada paciente,

## LA CAPACIDAD INTELECTUAL LÍMITE: LA GRAN OLVIDADA

se pueden realizar modificaciones ambientales que potencien las fortalezas de la persona y minimicen los factores desfavorables, que son directamente proporcionales a la aparición de psicopatología. En la literatura científica revisada no se encontraron trabajos que permitan separar los efectos directos del CIL sobre el comportamiento ni de los efectos producidos por un ambiente desfavorable (falta de oportunidades, de preparación, etc.) en el rendimiento de las personas con CIL.

Por lo tanto, el tratamiento del paciente con bajo rendimiento académico y CIL debe corresponder a un equipo multidisciplinar que valoren las intervenciones más adecuadas en el mayor número posible de factores individuales y sociales alterados (Atuesta, Fajardo, Vásquez y Urrego, 2008).

### CONSECUENCIAS EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

Uno de los principales obstáculos que se encuentra la escuela a la hora de trabajar con CIL es la dificultad de identificar de manera precoz los síntomas de este trastorno, ya que la apariencia física, los hitos del desarrollo y la salud física son, aparentemente, normales. La principal queja de padres y profesores surge, en etapas educativas avanzadas, al referirse al pobre rendimiento escolar (Mastropieri & Scruggs, 2005), que puede o no asociarse con problemas disciplinarios y de convivencia, con deficiencias en la lectoescritura y cálculo, con baja autoestima, con dificultades para establecer vínculos afectivos, con quejas somáticas inespecíficas e incluso intentos de suicidio (Cohn, 1998). Los padres suelen ser reacios a identificar el fracaso en los exámenes, la repetición de cursos, la presencia de conductas problemáticas a un aprendizaje lento por CIL, ocasionándose, por estos motivos, muchas situaciones conflictivas entre la familia y la escuela.

En general son niños con los mismos intereses que sus iguales y que pueden adquirir habilidades prácticas y conocimientos académicos hasta el nivel de 6º 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 (EDAD, 2008). Por lo tanto, las personas con CIL pueden llegar a desarrollarse en contextos apropiados, siempre que tengan acceso a los apoyos y recursos adecuados y de esta manera alcanzar cotas altas de autonomía e independencia (Karane & Kulkarni, 2005).

Sin embargo, la detección temprana representa hoy un desafío, dado que no hay características visibles para identificar las limitaciones y ser capaces de iniciar tan pronto como sea posible las acciones necesarias. La sospecha de la condición en los primeros años de la vida nos permitiría reducir las barreras de acceso a los servicios y, en consecuencia, implementar las intervenciones que impidan una evolución negativa en los niños con CIL (Bonnier, 2008; Fox, Levitt & Nelson, 2010). La realización de una intervención temprana influiría en la modificación de patrones cognitivos que mejorarían el aprendizaje y como consecuencia se produciría un mayor rendimiento escolar y un mejor funcionamiento social (Salvador-Carulla et al., 2013).

Algunas escuelas no cuentan con los recursos necesarios para facilitar una educación que atienda esta diversidad, más en estos casos, que no son objeto de derecho de una atención especializada, al no tener diagnóstico de discapacidad. Por ello, muchos de estos alumnos van quedándose a la zaga, van a ser los grandes descuidados en la escuela, llegando a calificarlos como diferentes, vagos e incluso a ser rechazados. En la mayoría de los casos, no finalizan la escolaridad obligatoria y tras largos peregrinajes por distintas instituciones, muchos de ellos, son derivados a centros de atención de personas con discapacidades del desarrollo, con compañeros con mayores limitaciones y en estos centros tampoco encuentran su sitio (Krihnakumar, Geeta & Palat, 2006). En otros casos, no acuden a este tipo de instituciones pero terminan engrosando las estadísticas de personas en riesgo de exclusión social. Los que reciben la metodología, las actitudes y los apoyos necesarios aprenden y avanzan en su inclusión social.

## **INCORPORACIÓN AL MUNDO LABORAL Y PARTICIPACIÓN SOCIAL**

Las personas con CIL tienen más dificultades para acceder al mundo laboral y si lo hacen consiguen empleos de escasa cualificación (Peltopuro, Ahonen, Kaartinen, Seppälä & Närhi, 2014). Su insuficiente formación, su poca resistencia a la fatiga, sus dificultades cognitivas, principalmente en funciones ejecutivas (Artigas et al. 2007) (iniciar, mantener y finalizar tareas, supervisar sus acciones, asumir responsabilidades, resolver problemas, planificar acciones, tomar decisiones, adaptación a nuevas situaciones,...), la comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos y sus limitaciones en las relaciones sociales van a dificultar la búsqueda y mantenimiento de un empleo. Al no tener reconocida una discapacidad, los que la consiguen obtienen porcentajes inferiores al 33%, no pueden beneficiarse de recursos sociales, ni los empresarios pueden acceder a ayudas fiscales y económicas por su contratación. Pero estas personas pueden tener un empleo remunerado en la comunidad si reciben una formación adecuada, apoyos en el trabajo y se les prepara para que sean más autodeterminados (a asumir una mayor autonomía, a tomar decisiones personales en su vida, a adquirir responsabilidades, etc.).

Otro aspecto importante y que dificulta la participación social de estas personas es la necesidad que tienen de dar una imagen de "normalidad" y ocultar a los demás sus limitaciones como un intento de evitar el estigma social y ser parte integrante de la sociedad, lo que puede ocasionar la negación de las necesidades de apoyo, el ocultamiento de las dificultades y el escaso acceso a servicios sociosanitarios. No debemos olvidar la gran heterogeneidad en este grupo, que no nos permite afirmar que todas las personas con CIL respondan a estas características.

## **ABORDAJE TERAPÉUTICO**

En primer lugar, hay que detectar las fortalezas y debilidades que cada persona con CIL manifiesta en los lugares y situaciones que interactúa, paralelamente hay que analizar cuáles son los requisitos y exigencias de las tareas y acciones que ha de ejecutar, y en función de este análisis establecer el tipo e intensidad de apoyos que va a necesitar para realizarlas con éxito y satisfacción. Como tipos de apoyo incluimos programas de intervención, recursos, servicios, productos de apoyo o ayudas técnicas, adaptaciones del entorno, personal de apoyo, ayudas socioeconómicas, etc.

En las personas con CIL para que las intervenciones tengan éxito se debe conocer el perfil cognitivo de cada individuo para establecer las estrategias de aprendizaje más adecuadas y facilitar las adaptaciones ambientales más idóneas para cada persona, por ejemplo ubicarle en el aula en función de las características del alumno para mejorar la atención y concentración (Elliot, 2003)

La implicación de la persona en el diseño de su plan personal de vida y en su aprendizaje es de vital importancia para mejorar su comportamiento, su bienestar emocional, su participación social y su nivel de competencia, es decir, hay que partir de los intereses y necesidades manifiestas para establecer las prioridades en cuanto a las actuaciones a llevar a cabo

Una vez elaborado y aplicado el plan de intervención hay que evaluar periódicamente los progresos de la persona, saber si los recursos y apoyos que ese están poniendo en marcha son los adecuados y si se están cumpliendo con los fines propuestos, introduciendo las modificaciones pertinentes en los casos que se precise.

## **CONCLUSIONES**

La conceptualización del constructo de discapacidad está avanzando hacia un visión multidimensional (Wehmeyer et al., 2008; Luckasson et al, 2002, Schalock et al. 2010) por lo tanto puede ser el momento de revisar los puntos de corte operativos de los criterios para el diagnóstico y clasificación tanto de la discapacidad intelectual como de la CIL. La medición de la inteligencia como único criterio diagnóstico es insuficiente. Por ello el uso de herramientas adecuadas, el estudio de

la historia clínica completa, un examen clínico detallado y la observación pueden subsanar las dificultades en la detección y diagnóstico de esta entidad nosológica (Salvador-Carulla et al., 2013). Es el momento de determinar dónde enmarcar a las personas que tienen estas características para facilitarles los apoyos necesarios, para que sean ciudadanos con igualdad de derechos y no excluidos del lugar que les corresponde en esta sociedad.

Establecer un marco de referencia conceptual consensuado, incrementar las investigaciones y desarrollar estrategias de intervención adecuadas a lo largo de la vida de la persona con CIL son requisitos fundamentales para facilitar el acceso de este colectivo a servicios educativos, sociales y sanitarios que reduzcan el riesgo de patologías y dificultades asociadas a la limitación intelectual. Ya que una historia de apoyos inadecuados contribuye al fracaso de una persona a la hora de hacer frente a las demandas del día a día, por eso, los apoyos individualizados se deben derivar de una evaluación precisa y continuada, coordinada con las familias, instituciones y usuario.

Es de vital importancia seguir profundizando en la relación entre la CIL y las dificultades de aprendizaje, en cómo factores como la prematuridad, el bajo peso al nacer, la anoxia perinatal, la desnutrición crónica, el bajo nivel socioeconómico, influyen en la estructura neurológica de la inteligencia que determina el funcionamiento cognitivo de la persona y cómo este incide en el aprendizaje (Karnade et al., 2008; Ivanovic, Perez, Diaz, Leyton & Ivanovic, 2004). Incrementar las investigaciones para aclarar conceptos, identificar precozmente el trastorno, establecer criterios consensuados de diagnóstico, disponer de herramientas de evaluación, demostrar la eficacia de actuaciones son de gran interés, no sólo para las personas con CIL, sino para las familias y los profesionales que interactúan con ellos. En las últimas décadas, los estudios, la atención y la legislación dirigida a las personas con CIL han sido muy escasos contribuyendo a su olvido.

### REFERENCIAS

- American Psychiatric Association.(2000). DMS-IV-TR. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision*. Washington DC: APA (traducido al castellano Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder, DMS-5*. (5ª ed.). Arlington: American psychiatric publishing (traducción española Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5) (5ª ed.)*, Arlington: Editorial Medica Panamericana
- Artigas-Pallares, J., Rigau-Ratera, E. y García-Nonell, C. (2007). Relación entre capacidad de inteligencia límite y trastornos del neurodesarrollo. *Revista Neurología* 44(12), 739-744.
- Artigas-Pallares, J. (2011). Concepto, clínica y etiopatogenia del retraso mental. En J. Artigas-Pallares & J. Narbona (Dir). *Trastornos del Neurodesarrollo* (pp. 81-97). Barcelona: Viguera.
- Atuesta, J.Y., Fajardo, R. A., Vásquez-Rojas, Z. y Urrego-Mendoza, C. (2008). Aspectos psicopatológicos del coeficiente intelectual límite: un estudio en el Hospital de la Misericordia, 2000-2005. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 37(2), 182-194.
- Bonnier, C. (2008). Evaluation of early stimulation programs for enhancing brain development. *Acta Paediatrica*, 97, 853-858
- Bowen, J. R., Gibson, F. L., Leslie, G. I., Arnold, J. D., Ma, P. J. & Starte, D. R. (1996). Predictive value of the Griffiths assessment in extremely low birth weight infants. *Journal Paediatric Child Health*, 32, 25-30.
- Buitelaar, J. K., Van der Gaag, R. J., Cohen-Kettenis, P. & Melman, C. T. (2001). A randomized controlled trial of risperidone in the treatment of aggression in hospitalized adolescents with sub-average cognitive abilities. *Journal Clinical Psychiatry*, 62, 239-48.

- Cohn, P. (1998). Why does my stomach hurt? How individuals with learning disabilities can use cognitive strategies to reduce anxiety and stress at the college level. *Journal Learn Disabilities*, 31(5), 514-516.
- Elliott, R. (2003). Executive functions and their disorders. *British Medical Bulletin*, 65, 49-59
- Ferrari, M. (2009). Borderline intellectual functioning and the intellectual disability construct. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(5), 386-389
- Fox, S. E, Levitt, P. & Nelson, C. A. (2010). How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child Developmental*, 81, 28-40.
- Futagi, Y., Suzuki, Y. & Goto, M. (1999). Clinical significance of plantar grasp response in infants. *Pediatric Neurology*, 20, 111-115.
- Hassiotis, A., Strydom, A., Hall, I., Ali, A., Lawrence Smith, G., Meltzer, H., ... & Bebbington, P. (2008). Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(2), 95-106.
- Ivanovic, D. M., Pérez, H. T., Olivares, M. G., Díaz, N. S., Leyton, B. D. & Ivanovic, R. M. (2004). Scholastic achievement: a multivariate analysis of nutritional, intellectual, socioeconomic, sociocultural, familia, and demographic variables in Chilean school-age children. *Nutrition*, 20, 878-889.
- Karande, S., Kanchan, S. & Kulkarni, M. (2008). Clinical and Psychoeducational Profile of Children with Borderline Intellectual Functioning *Indian Journal of Pediatrics*, 75, 795-800
- Karande, S. & Kulkarni, M. (2005). Poor school performance. *Indian Journal of Pediatric*, 72, 961-967.
- Krishnakumar, P., Geeta, M. G., Palat, R. (2006). Effectiveness of individualized education program for slow learners. *Indian Journal of Pediatric*, 73, 135-137.
- Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Roberts, A. L., et al. (2009). Childhood IQ and adult mental disorders: A test of the cognitive reserve hypothesis. *American Journal of Psychiatry*, 166, 50-57.
- Luckasson, R. L., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A.,... & Tasse, M. J. (2002). *Manual Retardation. Definition, Classification and Systems of Supports*. (10<sup>a</sup> ed). Washington DC: AAMR.
- 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.
- Mani, S., McDermott, S. & Valtorta, M. (1997). MENTOR: a Bayesian model for prediction of mental retardation in newborns. *Research in Developmental Disabilities*, 18, 303-318.
- Martínez, R. S., Semrud-Clikeman, M. (2004). Emotional adjustment and school functioning of young adolescents with multiple versus single learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 37(5), 411- 20.
- Masi, G., Marcheschi, M. & Pfanner, P. (1998). Adolescents with borderline intellectual functioning: psychopathological risk. *Adolescence*, 33, 415-424.
- 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.
- Ninivaggi, F. J. (2001). Borderline intellectual functioning in children and adolescents: reexamining an underrecognized yet prevalent clinical comorbidity. *Connecticut Medicine*, 65, 7-11.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Ginebra. OMS. (*CIE-10 trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: OMS).
- Peltopuro, M., Ahonen, T., Kaartinen, J., Seppälä, H. & Närhi, V. (2014). Borderline Intellectual

- Functioning: A Systematic Literature Review. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 52(6), 419-443. doi:<http://dx.doi.org/10.1352/1934-9556-52.6.419>
- Prieto, C. V. (2010). Estimación de la dependencia en España a partir de la EDAD 2008. *Hacienda Pública Española*, 194(3), 125-175.
- Puerta, I. C., Martínez, J. y Pineda, D. A. (2002). Prevalencia del retardo mental en adolescentes con trastorno disocial de la conducta. *Revista Neurología*, 35, 1014-1018.
- Salvador-Carulla, L., García-Gutiérrez, J. C., Ruiz Gutiérrez-Colosía, M., Artigas-Pallarès, J., García Ibáñez, J., González Pérez, J.,..... y Martínez-Leal, R. (2013). Borderline Intellectual Functioning: Consensus and good practice guidelines. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(3), 109-120. doi: 10.1016/j.rpsm.2012.12.001
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntix, W. H. E., Coulter, D. I., Craig, E. M. et Yeager, M. H. (2010). Intellectual disability, definition, clasification and systems of supports (11<sup>th</sup>ed.). Traducción al castellano, Verdugo, M. A. (2011). Discapacidad intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo (11<sup>º</sup> ed.) Madrid: Alianza Editorial)
- Seltzer, M. M., Floyd, F., Greenberg, J., Lounds, J., Lindstromm, M. & Hong, J. (2005). Life course impacts of mild intellectual deficits. *American Journal Mental Retardation*, 110, 451-468.
- Seltzer, M. M., Floyd, F. J., Greenberg, J. S., Hong, J., Taylor, J. L. & Doescher, H. (2009). Factors predictive of midlife occupational attainment and psychological functioning in adults with mild intellectual deficits. *Journal Information*, 114(2), 128-143
- Snell, M. E., Luckasson, R., Borthwick-Duffy, W. S., Bradley, V., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., et al. (2009). Characteristics and needs of people with intellectual disability who have higher IQs. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47, 220-233.
- Wehmeyer, M. L., Buntinx, W. H. E., Lachapelle, Y., Luckasson, R. A., Schalock, R. L., Verdugo, M. A.,.... et Yeager, M. H. (2008). The intellectual disability construct and its relation to human functioning. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 46(4), 311-318.
- Zetlin, A. & Murtaugh, M. (1990). Whatever happened to those with 'borderline' IQs? *American Journal Mental Retardation*, 94, 463-469.