

CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE

AUTISMO:

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y ACTUALIZACIÓN

Autora: Dra. Denny Alejandra Durandal Ortuño

Ex-Residente de Psiquiatría Hospital Italiano de Buenos Aires
Rotación externa en el Hospital Infanto-Juvenil Carolina Tobar García

AUTISMO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y ACTUALIZACIÓN

Autora: Dra. Denny Alejandra Durandal Ortuño¹

RESUMEN: Se realizó una revisión bibliográfica con el fin de actualizar los conocimientos acerca del espectro autista, haciendo referencia a la clasificación del DSM-5 y tomando en cuenta la noción actual de su etología como un Trastorno del Neurodesarrollo. A su vez, se enfatiza la participación de la familia en la evolución del cuadro clínico en cuanto a la adquisición por parte del niño de habilidades de integración al entorno. Además se plantea la necesidad de un tratamiento integral que brinde estimulación precoz para procesar estímulos sensoriales, desarrollar el habla y el lenguaje, facilitar el aprendizaje de habilidades sociales y modular conductas disruptivas con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y su familia. Para este fin se propone un abordaje interdisciplinario que posibilite una estrategia de trabajo según el grado de funcionamiento social y requerimientos específicos de cada paciente, pudiendo recibir educación especial, terapia conductual, terapias del habla y lenguaje, terapias sensomotoras, musicoterapias. Este acercamiento además incluye la farmacoterapia como un tratamiento dimensional de áreas disfuncionales y racionado para síntomas específicos de este trastorno.

PALABRAS CLAVE:

Autismo - Neurodesarrollo - Familia - Interdisciplina - Farmacoterapia

ABSTRACT: It was conducted a bibliographic review in order to update the knowledge about autism spectrum, making reference to the classification of the DSM-5 and taking into account the current notion of its ethiology as a neurodevelopmental disorder. At the same time, this work emphasizes the participation of the family in the evolution of the clinical course in terms of the acquisition by the child of skills for environment interaction. In addition, this paper raises the need for an integral treatment that provides early stimulation to process sensory stimuli, to develop speech and language, to facilitate learning

¹ Domicilio: French 2967 4ºF CABA. Argentina, Teléfono: 1560306135
E-mail dra_durandal@hotmail.com

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

of social skills and modulate disruptive behavior with the aim of improving the quality of life of the patient and the family. To reach this objective it is proposed an interdisciplinary approach that enables a working strategy according to the degree of social functioning and specific requirements of each patient, and may receive special education, behavioral therapy, speech and language, therapies, sensory -integration therapies, music therapy. This approach also includes pharmacotherapy as a dimensional treatment for dysfunctional areas and rationed for specific symptoms of this disorder.

KEY WORDS:

**Autism - Neurodevelopmental - Family - Interdisciplinary -
Pharmacotherapy**

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo es el de realizar una revisión bibliográfica con actualizaciones acerca del autismo, un trastorno que fue discurriendo por diversas etapas clasificatorias hasta la actual noción de “espectro autista” y que a su vez se fue tratando de explicar etiológicamente a través de diversas teorías psicológicas y neurobiológicas. Además este síndrome, clínicamente complejo, implica una forma de trabajo integradora no sólo de las capacidades y habilidades del paciente y su entorno familiar-social, sino también un abordaje desde la interdisciplina profesional. Es este conjunto de factores que buscan favorecer la disminución de conductas disruptivas o autolesivas, hasta el autovalimiento o la inserción social por medio de diferentes abordajes, lo que me llevó a investigar más allá de lo que fue mi experiencia con niños autistas.

CLASIFICACIÓN

Las “psicosis infantiles” han sido clasificadas por diversos autores, según las escuelas provenientes y el modelo paradigmático propio de cada época. Kraepelin y Bleuler no individualizaron formas infantiles de psicosis, dando paso a estudios posteriores como J. Lutz, que describe un cuadro de esquizofrenia infantil caracterizada por trastornos de las relaciones, con aislamiento y apatía. Es posteriormente, que se realiza la primera categorización de las psicosis infantiles, en 1943 año en que Kanner discrimina la esquizofrenia infantil del “autismo precoz del niño” caracterizando a este último por un intenso desapego ambiental durante el primer año, conservando un buen potencial intelectual. Posteriormente H. Asperger identifica un cuadro que aparece alrededor del 4° año de vida, con perturbación del contacto y el

AUTISMO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y ACTUALIZACIÓN
Autora: Durandal Ortuño, Denny Alejandra

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

lenguaje no verbal, con inteligencia superior, denominándolo “psicopatía autística”. (1)

Sin embargo, el nombre “autismo” llevó a confusiones ya que fue el mismo término acuñado por Bleuler para describir la esquizofrenia en adultos. Con fines de delimitar mejor al autismo infantil Eisenberg y Kanner redujeron los síntomas esenciales a dos: auto asilamiento extremo y preocupación por la preservación de la monotonía, con edad de inicio los primeros dos años de vida. A este intento de diferenciar el autismo de la esquizofrenia le siguieron diversos criterios diagnósticos y clasificatorios, como en la British Working Party, presidida por Creak en 1961. O autores franceses como Stein, Misés, que persistían con el uso del término de psicosis infantil diferenciando los cuadros nosológicos entre psicosis precoces y tardías.

Fue a raíz de los estudios de Ornitz y Ritvo en 1968 que destacaron las alteraciones en la percepción como un síntoma primario. Su caracterización estaría representada por: disturbios de la percepción, del desenvolvimiento, de la relación social, disturbios del habla y del lenguaje, disturbios en la motilidad. Describe así el síndrome autístico que sería resultante de una patología del sistema nerviosos central específica, ya presente desde el nacimiento. (2)

El autismo se empieza a conceptualizar como una alteración en el desarrollo normal del niño. En el DSM-III y el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) el autismo figura como un tipo de Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) definido como un grupo de trastornos graves, de inicio temprano, con retrasos y distorsiones en el desarrollo de habilidades sociales, en la cognición y comunicación. En el DSM-IV y el DSM-IV-TR (2000) conserva el término diagnóstico Trastorno Generalizado del Desarrollo, que incluyen: 1) trastorno autista; 2) trastorno de Rett; 3) trastorno desintegrativo infantil; 4) trastorno de Asperger; 5) trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

En 1985 a consecuencia de estudios cognoscitivos como el de BARON-COHEN, LESLIE y FRITH. *Does the autistic child have a 'Theory of Mind'?* se concluye que en el autismo más que una falta de desarrollo, existe una falta de conocimiento de sus propios estados mentales y una incapacidad para atribuir una mente a los demás. (3) Junto con estudios que apoyan las alteraciones en el sistema nervioso central durante la fase del neurodesarrollo como factor etiológico en estos trastornos, surge la necesidad de un nueva modificación clasificatoria. Es por este motivo que en la actualidad se utiliza el término Trastornos del Espectro Autista, cuyos criterios diagnósticos se enuncian en el DSM-5 de la siguiente manera:

TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA.

DSM-5

Criterios diagnósticos:

A: Déficit persistente en la comunicación e interacción social a través de múltiples contextos, actuales o pasados, manifestándose por los siguientes:

1.-Déficit en la reciprocidad emocional, que va desde acercamientos sociales anormales y dificultades en la conversación bidireccional normales, reducción de intereses, emociones o afectos, hasta el fracaso al iniciar o responder a interacciones sociales.

2.- Déficit en conductas comunicativas no-verbales usadas para la interacción social, por ejemplo: pobre integración de la comunicación verbal y no-verbal; alteraciones en el contacto visual y lenguaje corporal; deficiencias en la comprensión y en el uso de gestos; falta total de expresión facial y comunicación no-verbal.

3.- Déficit en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, por ejemplo: dificultades en la adaptación del comportamiento para ajustarse a diversos contextos sociales; dificultades en la participación de juego imaginativo o entablar amistades; hasta ausencia de interés en sus pares.

B: Comportamientos, intereses o actividades restringidas y repetitivas, como se manifiestan por lo menos dos de las siguientes, actuales o pasadas:

1.- Uso estereotipado o repetitivo, de movimientos, de objetos o lenguaje (estereotipias motoras simples, alinear juguetes, girar objetos, ecolalia, frases idiosincráticas).

2.- Insistencia en la monotonía, adherencia inflexible a rutinas, pautas ritualizadas de comportamiento verbal o no-verbal (extremo malestar ante pequeños cambios, dificultades con transiciones, pautas de pensamiento rígido, saludos rituales, necesidad de tomar la misma ruta y comer el mismo alimento diariamente).

3.- Intereses fijos, altamente restringidos que son anormales en intensidad o foco (fuerte apego o preocupación hacia objetos inusuales, excesivamente circunscriptos o intereses perseverantes).

4.- Hiper o hipo reactividad a estímulos sensoriales o interés inusual en aspectos sensoriales del ambiente (aparente indiferencia al dolor o a la

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

temperatura; respuesta adversa a sonidos o texturas específicas; olfateo excesivo, tocar objetos, fascinación visual ante colores o movimiento).

C: Los síntomas deben estar presentes en el periodo de desarrollo temprano (pero pueden no estar enteramente manifestados hasta que las demandas sociales excedan las capacidades limitadas, o pueden estar encubiertas por estrategias aprendidas más adelante en la vida).

D: Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento actual.

E: Estas alteraciones no se explican mejor por un déficit intelectual o un retraso global del desarrollo. La debilidad intelectual y el desorden del espectro autista ocurren frecuentemente, para realizar un diagnóstico de comorbilidad, la comunicación social debe ser menor a lo esperado para el nivel de desarrollo general.

Nota: Individuos con un diagnóstico bien establecido por DSM-IV para un trastorno autista, trastorno de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado, deberán ser diagnosticados con el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, pero cuando los síntomas no reúnen los criterios se deberá evaluar un Trastorno de la Comunicación Social (pragmática).

Especificar si:

Existe o no debilidad intelectual

Existe o no alteraciones del lenguaje

Está asociado con condiciones médicas o genéticas o factores ambientales conocidas.

Está asociado con otros trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo.

Existe catatonía.

(4)

En la nueva clasificación del DSM-5 el término Trastornos generalizados del desarrollo desaparece así como sus categorías antes mencionadas. Los Trastornos del Espectro Autista ahora forman parte de los Trastornos del Neurodesarrollo, dentro de los cuales se encuentra el Retraso mental, Trastornos de la comunicación, Trastornos del espectro autista, Trastornos por

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

déficit de atención-hiperactividad, Trastornos específicos del aprendizaje, Trastornos motores, Otros trastornos del neurodesarrollo.

ETIOLOGÍA

Dentro de las teorías psicodinámicas, Mahler individualiza la psicosis autística primaria, que aparece en niños que no evolucionan más allá de la primera fase que precede a la de separación-individualización. Supone que existe una angustia tan intensa y precoz que destruye la percepción de la madre debido a una regresión a un tipo de desdiferenciación de la percepción, haciendo que la madre, como representante del mundo exterior, no sea percibida por el niño.

Para Bettelheim el autismo era una reacción autónoma del niño condicionada por la madre. Explica el retiro autista por la interpretación que hace el niño de los afectos negativos de las personas de su entorno.

Dratman describe deficiencias autistas irreversibles fundamentales que corresponden a la incapacidad de utilizar el “maternaje” y una falta de diferenciación Yo-noYo y otras deficiencias autistas susceptibles de un proceso restitutivo, dando por resultado una afección primaria de los afectos, con jerarquías de incapacidad para conceptualizar, expresarse o percibir los objetos externos y el sí mismo.

Según Rutter, en el autismo fracasa el desarrollo de las relaciones de objeto, teniendo un nivel de funcionamiento muy primitivo, con funciones del Yo fragmentadas, agresión no indiscriminada e interiorizada. Propone un síndrome clínico cuyos factores etiológicos intrínsecos orgánicos y psicológicos del entorno, como un continuum entre vulnerabilidad de predisposición y correspondientes al impacto del entorno.

Refiriéndose al de las relaciones padres-hijo en la génesis del autismo, Anthony describió padres fríos, inmaduros, narcisistas, intelectuales, anestésicos. Pero se fue observando que más que la personalidad aparente, lo fundamental residía en el modo de relaciones establecidas entre padres e hijo.

Escalona mantuvo la controversia al afirmar que el autismo no puede ser explicado exclusivamente por una madre inadecuada o por un déficit innato; sino como el resultado de una falta de experiencias que pueden provenir de variaciones extremas en determinantes tanto extrínsecos como intrínsecos.

Autores como Bergman opinan que existe una incapacidad congénita para establecer contactos interpersonales y una falta de protección contra estímulos no relacionados con la propia cualidad del Yo, sino que constituyen algo más primitivo, de base constitucional.

AUTISMO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y ACTUALIZACIÓN
Autora: Durandal Ortuño, Denny Alejandra

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

Se estaba dando paso a estudios de determinantes intrínsecos, en la constitución del niño, los cuales permitieron llegar a los descubrimientos de Ornitz y Ritvo que apoyaran la base orgánica del trastorno autista, permitiendo lo que en la actualidad es un acuerdo general sobre la existencia de una alteraciones en el SNC que interviene en la etiología del autismo.

Entre los factores neurofisiológicos se mencionan dos hipótesis. Una teoría basada en la existencia de una disfunción cortical primaria, que se focaliza en los síntomas del lenguaje y comunicación, dando por sentado un trastorno cognitivo subyacente, posiblemente de origen cortical. Sugiere que el autismo sería el resultado de un trastorno de lateralización hemisférica, es decir de un fracaso en el desarrollo de sustratos neuronales del hemisferio izquierdo para la creación de modos secuenciales de procesamiento de información. Esta disfunción cortical como causa de autismo estaría sustentada por anomalías electroencefalográficas en una proporción considerable de personas autistas, con crestas focales o difusas, ondas lentas o patrones disrítmicos lentos; además de estudio de potenciales cerebrales con amplitud anormal ante eventos, en particular en el lado izquierdo de la circunvolución superotemporal; o EEG computarizados cuantitativos que indican un patrón anómalo de lateralización cerebral; y otros hallazgos que podrían indicar una integración defectuosa entre las vías visuales y auditivas en niños autistas.

La segunda hipótesis propone una disfunción primaria del tallo cerebral como base del autismo. Esta explicación surge a partir de la observación de habilidades limitadas de niños autistas para modular sus propias respuestas a estímulos sensoriales y sus propias reacciones motoras, sugiriendo influencias patológicas originadas en el cerebro, sustancia negra y núcleos no específicos del tálamo. Esta teoría se apoya en estudios de potencial auditivo del tallo cerebral y nistagmo vestibular. (5)

La evidencia actual apoya la existencia de una base genética en la mayoría de los casos, habiéndose hallado un índice de concordancia del 36 al 97% en gemelos monocigóticos y de 0 a 27% en gemelos dicigóticos, siendo ciertas regiones de los cromosomas 7,2,4,15 y 19 los que contribuyan a la base genética del autismo. (6) Además, ciertos síndromes como el síndrome del cromosoma X frágil y la esclerosis tuberosa, un trastorno genético caracterizado por el desarrollo de múltiples tumores benignos, están relacionados con la presencia del trastorno autista. Los estudios genéticos demostraron que los hermanos de un niño con autismo tienen más probabilidades de presentar no sólo autismo sino también diversos trastornos en las habilidades comunicativas y sociales.

El trastorno autista también se relaciona con determinantes alteraciones neurológicas como rubéola congénita, fenilcetonuria, trastornos epilépticos y retraso mental, este último se presenta hasta en el 70% de los niños con autismo.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

Se han planteado también la posibilidad de un defecto inmunológico en el desarrollo del trastorno autista relacionado con un funcionamiento inmunitario deprimido, o una regulación autoinmunitaria defectuosa. La conexión causa-efecto sigue siendo evaluada.

TRATAMIENTO

Hasta el momento no se desarrolló ninguna cura pero existen diversos abordajes de intervención global con educación especial, integración sensorial, modificación de comportamientos, enseñanza de habilidades así como farmacoterapia.

La educación especial en entornos altamente estructurados, promueve el desarrollo social y lingüístico del niño. Se debe tener en cuenta las posibles conductas disruptivas que sean incompatibles con el aprendizaje y minimizarlas con la finalidad de aumentar la interacción positiva.

La terapia de conducta le permite al niño con autismo aprender habilidades de adaptación social y capacidades cognitivas y motoras. Estas pautas son personalizadas para cada niño, específicas para cada entorno. Además corresponde tener en cuenta la adaptación de la familia a un niño con necesidades especiales ya que puede conllevar un elevado monto de estrés en hermanos y padres.

Las terapias de habla y lenguaje son realizadas por terapeutas especializados que estimulan la capacidad del individuo y su aprendizaje. Pueden ser realizadas con la inclusión de compañeros para evaluar la aplicabilidad de habilidades con los otros.

Las personas con autismo de alto funcionamiento se pueden beneficiar de la formación en habilidades sociales tanto individuales como en grupo. Se debe facilitar la oportunidad de aprender o practicar habilidades con compañeros no autistas. El objetivo de estas terapias es la de enseñarles a reconocer claves sociales y el modo de responder a ellas, se utilizan role playing, videos, juegos, relatos. Se enseña una habilidad a la vez, descomponiéndola en pasos. Se enseñará a reconocer actos que son involuntariamente inadecuados y se emplearán estrategias de refuerzo positivo ante actuaciones adecuadas alternativas.

Como se mencionó anteriormente, los niños autistas tienen dificultades para procesar estímulos sensoriales del entorno y responder a los mismos. Entre las terapias sensoriomotoras se encuentra la Terapia de integración sensorial en la cual se estimula la piel y el sistema vestibular al practicar actividades físicas que requieren equilibrio. La mayoría se instrumentaliza como un juego y puede utilizarse como refuerzo positivo en la enseñanza de habilidades.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

La musicoterapia aspira a mejorar aspectos de la salud física y mental del paciente además de promover cambios deseables del tratamiento. Se postula que la música puede facilitar la estructuración del entorno en que se experimenta, puede ayudar a la integración sensorial, se estimula el sistema vestibular cuando se incluyen movimientos rítmicos, facilita el aprendizaje a través del juego y puede ayudar en la socialización e influir en el comportamiento.

Las actuales clasificaciones diagnósticas permiten un tratamiento dimensional de las áreas disfuncionales para ser abordadas desde la farmacoterapia, no como un tratamiento específico para los síntomas nucleares del Trastorno del espectro autista, pero sí determinante en la mejoría de la calidad de vida del paciente y su familia.

Podemos mencionar, entonces, pautas de manejo farmacológico de la irritabilidad, los síntomas de inatención e hiperactividad, conductas repetitivas, obsesivas, depresivas y de ansiedad, así como de alteraciones del sueño en pacientes con autismo.

La irritabilidad, las alteraciones importantes de la conducta y la agitación psicomotriz responden favorablemente al uso de antipsicóticos como risperidona y aripiprazol, ambas aprobadas por la FDA para el tratamiento de trastornos de conducta en el autismo desde los 5 a los 16 años en el caso de la risperidona y desde los 6 a 17 años en el caso del aripiprazol.

El metilfenidato podría reducir la hiperactividad en dosis menores que en TDAH y teniendo en cuenta que pacientes autistas son más susceptibles a los efectos adversos de esta medicación y habiéndose presentado efectos paradójicos en algunos niños con TEA.

Los IRSS se utilizan para el tratamiento de los síntomas depresivos, la ansiedad y las conductas repetitivas. La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente asociado al Trastorno del espectro autista. La fluoxetina es el fármaco es el más estudiado en este grupo de población, indicado en pacientes mayores de 8 años con síntomas depresivos y mayores de 6 años con síntomas del TOC. Sin embargo son el citalopram y el escitalopram los que cuentan con la aprobación de la FDA para pacientes con depresión y mayores a 12 años.

Aunque la melatonina no ha sido aprobada para su uso en niños con TEA, estudios controlados describen una mejoría en la estructura del sueño, latencia, duración, despertares nocturnos, lo cual se asocia con una mejoría significativa de la conducta diurna. (7)

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

CONCLUSIÓN

El Trastorno del espectro autista ha pasado a constituir una entidad nosológica dentro de las alteraciones de neurodesarrollo, que si bien se llegó al consenso de tener una base orgánica como etiología, es insoslayable el impacto psicológico en el núcleo familiar y la importancia de ésta en la facilitación para la adquisición de habilidades de integración al entorno por parte del niño. Es necesario contar con terapias específicas dirigidas a desarrollar el área del habla y lenguaje, conducta, habilidades sociales e integración sensorial, que permitan una mejor evolución del cuadro.

Los niños con autismo además de un tratamiento de estimulación precoz, pueden verse beneficiados con el abordaje farmacológico de otros síntomas concomitantes como son la irritabilidad/agresividad, síntomas de inatención/hiperactividad, síntomas repetitivos, ansiosos, depresivos y alteraciones del sueño. El tratamiento farmacológico debe formar parte de un tratamiento interdisciplinario y debe ser racionado para síntomas específicos y así evitar la sobre medicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Ajuriaguerra, J. (1991): *Manual de Psiquiatría Infantil*. 4ª Edición. Editorial Masson. Barcelona
2. Meneghello, J. Grau Martinez, A. (2000): *Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia*. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.
3. García García, E. *Neuropsicología y Educación. De las neuronas espejo a la teoría de la mente*. Revista de Psicología y Educación. Madrid 2008 Vol. 1. 3, pag. 69-90
4. American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM - 5*. 5ª Edición American Psychiatric Publishing. Arlington Virginia – Traducción propia
5. Wiener, J. Dulcan, M. (2006): *Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Editorial Masson. Barcelona
6. Kaplan. Sadock (2009): *Sinopsis de Psiquiatría*. 10ª Edición. Editorial Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia
7. Soutullo, C. (2011) *Guía Escencial de Psicofarmacología del Niño y del Adolescente*. Editorial Médica Panamericana. Madrid