



5º curso actualización  
en **Pediatría**  
www.aepap.org

**Taller**  
**Diagnóstico precoz de  
los trastornos generalizados  
del desarrollo: casos clínicos**

**Moderadora:**

M.<sup>a</sup> Concepción Moliner Robredo  
*Especialista en Pediatría. Área 6. Madrid.*

**Ponente/monitora:**

- **Consuelo Escudero Álvaro**  
*Psicólogo clínico, Coordinadora Programa  
de Salud Mental de niños y adolescentes.  
Servicio de Salud Mental de Getafe. Madrid.*

Textos disponibles en  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)

**¿Cómo citar este artículo?**

Moliner Robredo MC. Introducción: Diagnóstico precoz de los trastornos generalizados del desarrollo: casos clínicos. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 179-81.

## Introducción: Diagnóstico precoz de los trastornos generalizados del desarrollo: casos clínicos

M.<sup>a</sup> Concepción Moliner Robredo  
*Especialista en Pediatría. Área 6. Madrid.*  
[cmoliner.gapm06@salud.madrid.org](mailto:cmoliner.gapm06@salud.madrid.org)

### LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN LOS TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

La sintomatología que vamos a ver es amplia y compleja, por lo que los trastornos generalizados del desarrollo constituyen un síndrome conductual de características evolutivas crónicas, que afectan de forma generalizada y profunda a casi todas las funciones psíquicas<sup>1</sup>.

Desde un punto de vista terapéutico, es muy importante detectar precozmente los trastornos que evocan el comienzo de una distorsión psicótica. Estos trastornos se sitúan hacia los dieciocho primeros meses de vida. Ninguno de ellos es específico, es su asociación y agrupamiento los que resultan evocadores y denotan una anomalía profunda de la comunicación entre el niño y su ambiente. Así, podremos ver<sup>2</sup>:

- Trastornos muy precoces de la alimentación, como defectos en la succión, anorexia y vómitos.
- Trastornos del sueño, a menudo precoces e importantes, como el insomnio, que puede ser agitado, con gritos o movimientos autoagresivos; o el insomnio calmado, que es aún más evocador, cuando encontramos al niño despierto, calmado, con los ojos muy abiertos.

- La ausencia de la actitud anticipadora al cogerlo. Desde los cuatro meses, esta actitud anticipatoria consiste en un movimiento de los brazos del niño que se dirigen hacia la persona que va a tomarlo. La misma significación pueden tener la falta de ajuste postural del niño al tenerlo en los brazos (se queda como si fuera un muñeco) o no realizan los movimientos de acomodación que todo niño adopta cuando pasa de los brazos de una persona a otra, adoptando una pasividad que dificulta esta maniobra.
- La no aparición de los primeros signos organizadores, como la sonrisa hacia la cara humana o la angustia ante el extrañamiento del octavo mes.
- Un interés excesivo por el juego de las manos ante sus ojos a partir del quinto o sexto mes, lo cual es normal en todos los niños, pero que cesa cuando se entra en contacto con ellos.
- El desinterés precoz que se observa en estos niños por los juegos, cascabeles, sonajeros...
- El abandono o la pérdida de una adquisición (como comer con la cuchara) después de los primeros ensayos, o la aparición de comportamientos regresivos.
- Carecen de la iniciativa y de las conductas exploratorias que propician la curiosidad típica de la infancia.

Frecuentemente las madres recuerdan el primer año de vida de su hijo, la imagen de un lactante especialmente tranquilo, que no llora o lo hace muy poco. Por ello son generalmente catalogados por sus padres como niños "muy buenos".

Es mucho más tarde, frente a perturbaciones mucho más importantes, cuando consultan. Por eso los signos que acabamos de describir deben llamar la atención de los pediatras, para orientar hacia una sospecha diagnóstica temprana.

Evolutivamente podremos apreciar distorsiones psicóticas precoces que suponen anomalías relacionales menos masivas que las formas autísticas y deficitarias, como las siguientes:

- Un cierto aislamiento del niño.
- Una reducción de los intercambios relacionales, bien con una selectividad de estos intercambios con la misma persona o por el contrario con una docilidad, sin participación activa en los intercambios con los adultos, a los que parece diferenciar mal y tratar como simples objetos.
- Suele haber una ansiedad profunda, con inhibición o inestabilidad, bajo la forma de fobias con características de extrañamiento, concerniendo a veces al propio cuerpo del niño.
- Son frecuentes los comportamientos de aspecto obsesivo, siendo posible ver rituales y ceremoniales diversos que superan ampliamente los rituales corrientes entre los niños de 2 a 3 años.
- Es habitual que aparezcan trastornos del lenguaje, en forma de retraso o, por el contrario, de precocidad, pero con anomalías en la organización de la sintaxis o una inversión, una falta de distinción de los pronombres o una formación muy particular del lenguaje, incluido el mutismo.
- Las anomalías en la toma de consistencia y posesión del propio cuerpo, que no siempre son aparentes, pero se pueden expresar a través de ciertas mímicas, posturas inadecuadas o ciertos comportamientos delante del espejo.

En ausencia de un tratamiento precoz, estas distorsiones psicóticas pueden deslizarse hacia un cuadro autístico o deficitario; sin embargo, gracias al tratamiento, la evolución también puede realizarse en un sentido favorable.

También es importante el planteamiento de un adecuado diagnóstico diferencial con toda una serie de cuadros clínicos limítrofes<sup>1</sup>, también descritos en edades prepuberales como:

- Trastornos específicos del desarrollo.
- Trastornos del lenguaje expresivo o mixtos receptivo-expresivos, en los que estos niños se muestran más sociables y comunicativos con gestos.
- Los trastornos por déficit de atención con hiperquinesia.
- Los trastornos sensoriales, como la sordera congénita, aunque desarrollan una comunicación.
- La ceguera congénita, aunque estos niños también se relacionan socialmente.
- Los trastornos emocionales severos.
- Los retrasos mentales, cuyo diagnóstico diferencial con el autismo crea mucha confusión, sobre todo en edades preescolares.

Como resumen, insistimos en el objetivo de este taller, que es ayudar a los pediatras a identificar de forma temprana las señales y signos de alarma en un niño de padecer un trastorno generalizado del desarrollo, para su derivación a un equipo de salud mental donde se pueda realizar su diagnóstico, y el comienzo de un tratamiento multidisciplinar conjuntamente con un centro educativo y con la familia, que pueda mejorar su pronóstico.

### **Bibliografía**

1. Agüero JA. Trastornos generalizados del desarrollo. En: Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente. Madrid: S. Beecham. ENE Publicidad SA; 2000. p. 291-334.
2. Mazet Ph, Houzel D. Los estados psicóticos. En: Psiquiatría del niño y del adolescente. Vol. II. Barcelona: Editorial Médica y Técnica SA; 1981. p. 89-117.



5° curso actualización  
en **Pediatría**  
www.aepap.org

**Taller**  
**Diagnóstico precoz de  
los trastornos generalizados  
del desarrollo: casos clínicos**

**Moderadora:**

M.<sup>a</sup> Concepción Moliner Robredo  
*Especialista en Pediatría. Área 6. Madrid.*

**Ponente/monitorea:**

- **Consuelo Escudero Álvaro**  
*Psicólogo clínica, Coordinadora Programa de Salud Mental de niños y adolescentes. Servicio de Salud Mental de Getafe. Madrid.*

Textos disponibles en  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)

**¿Cómo citar este artículo?**

Escudero Álvaro C. Diagnóstico precoz de los trastornos generalizados del desarrollo: casos clínicos. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 183-8.

# Diagnóstico precoz de los trastornos generalizados del desarrollo: casos clínicos

**Consuelo Escudero Álvaro**

*Psicólogo clínica, Coordinadora Programa de Salud Mental de niños y adolescentes. Servicio de Salud Mental de Getafe. Madrid.*  
[cescudero@mi.madridtel.es](mailto:cescudero@mi.madridtel.es)

## RESUMEN

El taller tiene como objetivo trabajar con distintos casos clínicos las señales y signos de alarma que pueden hacer sospechar un trastorno grave del desarrollo. Partiendo de las clasificaciones internacionales, que sirven como guías orientativas, se plantea la necesidad de la detección precoz de los casos que no han alcanzado los parámetros normalizados del desarrollo o presentan riesgo de evoluciones disarmonicas para su derivación a los equipos especializados de salud mental.

## LAS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES

Los trastornos generalizados del desarrollo agrupan una serie de alteraciones graves que afectan en diversa medida varias áreas del desarrollo infantil. Tienen una etiología heterogénea, presentaciones clínicas muy diversas y, en principio, un pronóstico reservado al comprometer, de forma importante, el despliegue de todas las potencialidades del niño. Su aparición se produce antes de los 5 años de edad. Las clasificaciones internacionales CIE 10<sup>1</sup> y DSM-IV R<sup>2</sup> agrupan en esta categoría los cuadros clínicos graves que, desde distintas orientaciones teóricas se han conceptualizado como psicosis infantiles<sup>3</sup>, siendo el patrón básico típico el autismo y sus distintas variantes<sup>4</sup> (tabla I).

Los síntomas principales de todas las categorías están agrupados en tres grandes áreas: la interacción social, la comunicación y los patrones de conducta limitados y estereotipados<sup>5</sup>. La interacción social se caracteriza por una ausencia de reciprocidad, de respuesta y contacto afectivo con sus iguales, con los padres y con los adultos en general. Siendo más evidentes en los primeros años de vida, ya que en etapas posteriores, las variaciones del entorno pueden influir en la modificación de estas manifestaciones, produciéndose una cierta adaptación más o menos estable. En ocasiones, no se produce una ausencia total, sino una respuesta incongruente o inconsistente a situaciones sociales de juego o contacto afectivo que resultan "extrañas". Con frecuencia los niños muestran una preocupación y angustia desmesurada cuando se producen

cambios en el entorno que les pueden llevar a desencadenar una crisis de agitación.

Las alteraciones en la comunicación se manifiestan por un retraso importante o carencia en el desarrollo del lenguaje, o bien una utilización estereotipada con patrones cualitativamente diferentes a los de otros niños, incluso con los que presentan otros trastornos del lenguaje. Son frecuentes la ecolalia inmediata o diferida, la repetición de frases escuchadas a otros o bien en anuncios de la TV y la inversión pronominal, cuando el niño se refiere a sí mismo en segunda o tercera persona. Las distorsiones en la comunicación también se manifiestan por la ausencia de juegos de imitación y más adelante por la ausencia de juego simbólico.

**Tabla I. Trastornos generalizados del desarrollo**

DSM IV - R	CIE 10
Trastorno autista	Autismo infantil
Trastorno de Rett	Síndrome de Rett
Trastorno desintegrativo infantil	Otros trastornos desintegrativos de la infancia
Trastorno de Asperger	Síndrome de Asperger
Trastorno generalizado del desarrollo no especificado	Autismo atípico
	Trastorno hiperkinético asociado a retraso mental y movimientos estereotipados
	Otros trastornos generalizados del desarrollo

**Tabla II. Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente (CFTMEA-R)**

PSICOSIS PRECOCES (Trastornos invasivos del desarrollo)	PATOLOGÍAS LÍMITE	PATOLOGÍAS DEL NIÑO DE 0 A 3 AÑOS
Autismo infantil precoz F84.0 Autismo infantil	Disarmonías evolutivas	Con riesgo de trastornos severos del desarrollo
Otras formas de autismo F84.1 Autismo atípico		Con riesgo de evolución disarmónica
Psicosis precoz deficitaria. Retraso mental con trastornos autísticos o psicóticos F.84.1 Autismo atípico		
Síndrome de Asperger		
Disarmonías psicóticas F.84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo		
Trastornos desintegrativos de la infancia F.84.8, F.84.2 Síndrome de Rett		

Incluye las correspondencias con CIE 10.

Las alteraciones en el comportamiento se caracterizan por intereses peculiares y limitados con rutinas y rituales de corte obsesivo. Adhesión a juguetes u objetos no funcionales o extraños que les ocupan gran parte del tiempo y en los que se concentran de forma insistente.

Estos trastornos se acompañan de un déficit cognitivo de diversa intensidad según los casos y que, dependiendo del tipo de trastorno, conlleva un deterioro progresivo o una detención a lo largo del desarrollo que se hace más evidente a medida que otros niños desenvuelven sus capacidades cognitivas<sup>6</sup>.

### CLASIFICACION FRANCESA DE LOS TRASTORNOS MENTALES DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE (CFTMEA-R)

La clasificación francesa<sup>7</sup> está orientada hacia cuadros clínicos y trastornos que recogen con más detalle las peculiaridades de la psicopatología de la infancia y la adoles-

encia. Caracterizada por su aspecto variable, su expresión específica propia del periodo de desarrollo que atraviesa el niño y la importancia de los vínculos con las personas significativas con un enfoque más estructural (tabla II).

Las patologías límite se expresan mediante sintomatología diversa, variable en cada caso, y que se puede modificar a lo largo del desarrollo. Ocupan un lugar intermedio entre los trastornos del registro neurótico y los del registro psicótico. Presentan las siguientes características estructurales:

- Perturbaciones en el proceso de separación-individuación que producen angustia importante ante la pérdida de objeto, pero conservando cierta discriminación yo-no yo.
- Distorsiones importantes en la organización mental, pero conservando cierta capacidad de adaptación apoyada en un yo frágil.

**Tabla III. Parámetros del desarrollo normalizado en los diferentes periodos etarios**

9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	24 meses
Aparición de la angustia ante extraños	(Lo anterior más lo siguiente)	(Lo anterior más lo siguiente)	(Lo anterior más lo siguiente)	(Lo anterior más lo siguiente)
Segue con la mirada cuando se le señala y nombra un objeto familiar	Intenta coger un objeto fuera de su alcance, para lo cual llama la atención del adulto mediante balbuceos, gestos o contacto visual	Establece contacto visual cuando habla con alguien	Deambulación	Utiliza frases de dos palabras
	Balbucea	Extiende los brazos cuando lo van a coger	Señala partes de su cuerpo	Imita tareas domésticas
	Gesticula (hace adiós con la mano)	Comparte juegos	Dice algunas palabras con significado	Muestra interés por otros niños
		Responde a su nombre	Responde cuando se le señala un objeto	Tiene juego simbólico
		Responde a órdenes simples	Señala un objeto, verbaliza y establece contacto visual	
		Dice "papá" y "mamá"	alternativamente con el adulto para dirigir su atención	
		Otras palabras simples	Muestra objetos al adulto	

NY State Department of Health. Clinical practice guideline: the guideline technical report Autism/Pervasive Developmental Disorders.

- Manifestaciones a través del cuerpo y de la actuación.

Las disarmonías evolutivas, que reúnen las características de las patologías límite, se instauran de forma precoz (antes de los 6 años) y se pueden manifestar con trastornos del lenguaje, de la psicomotricidad, cognitivos, trastornos de conducta, etc. Lo que conlleva el riesgo de un desarrollo disarmónico.

El apartado de las patologías del lactante plantea una especificidad propia de la etapa de 0 a 3 años que no se ajusta al apartado general de las psicosis precoces, al reunir una serie de rasgos psicopatológicos derivados de las características propias de este periodo etario. En esta sección se pueden encontrar dos tipos de cuadros clínicos: lactantes con riesgo de trastornos severos del desarrollo o en riesgo de evolución disarmónica. Los primeros son niños que presentan un desarrollo con

**Tabla IV. Cuestionario del desarrollo comunicativo y social en la infancia (M-CHAT/ES)**

	SÍ	NO
1. ¿Le gusta que le balanceen, o que el adulto le haga el caballito, sentándole en sus rodillas?		
<b>2. ¿Muestra interés por otros niños o niñas? 1</b>		
3. ¿Le gusta subirse a sitios, como por ejemplo, sillones, escalones, juegos del parque?		
4. ¿Le gusta que el adulto juegue con él/ella al "cucú-tras" (taparse los ojos y luego descubrirlos, jugar a esconderse y luego aparecer de repente)		
5. ¿Alguna vez hace juegos imaginativos, por ejemplo haciendo como si hablara por teléfono, como si estuviera dando de comer a una muñeca, como si estuviera conduciendo un coche o cosas así?		
<b>6. ¿Suele señalar con el dedo para pedir algo? 3</b>		
7. ¿Suele señalar con el dedo para indicar que algo le llama la atención?		
8. ¿Puede jugar adecuadamente con piezas o juguetes pequeños (por ejemplo, cochecitos, muñequitos o bloques de construcción) sin únicamente chuparlos, agitarlos o tirarlos?		
<b>9. ¿Suele traerle objetos para enseñárselos? 4</b>		
10. ¿Suele mirarle a los ojos durante unos segundos?		
11. ¿Le parece demasiado sensible a ruidos poco intensos? (por ejemplo, reacciona tapándose los oídos, etc.)		
12. ¿Sonríe al verle usted o cuando usted le sonríe?		
<b>13. ¿Puede imitar o repetir gestos o acciones que usted hace? (por ejemplo, si usted hace una mueca él/ella también la hace) 6</b>		
<b>14. ¿Responde cuando se le llama por su nombre? 2</b>		
<b>15. Si usted señala con el dedo un juguete al otro lado de la habitación... ¿Dirige su hijo/hija la mirada hacia ese juguete? 7</b>		
16. ¿Ha aprendido ya a andar?		
17. Si usted está mirando algo atentamente, ¿Su hijo/hija se pone también a mirarlo?		
18. ¿Hace su hijo/hija movimientos raros con los dedos, por ejemplo, acercándose a los ojos?		
19. ¿Intenta que usted preste atención a las actividades que él/ella está haciendo?		
20. ¿Alguna vez ha pensado que su hijo/hija podría tener sordera?		
<b>21. ¿Entiende su hijo/hija lo que la gente dice? 5</b>		
22. ¿Se queda a veces mirando al vacío o va de un sitio a otro sin propósito?		
23. Si su hijo/hija tiene que enfrentarse a una situación desconocida, ¿le mira a usted primero a la cara para saber como reaccionar?		

M-CHAT/ES. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Real Patronato sobre discapacidad (INICO)

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT, Robins et al., 2001).

Se señalan en *negrita* los ítems más discriminativos. El número a la derecha indica su orden de importancia.

zonas o áreas frágiles o vulnerables que les pueden llevar a desarrollar trastornos de tipo autístico o psicótico. Pueden presentarse diversos síntomas:

- Evitación de la mirada o mirada periférica.
- Insomnio precoz sin agitación.
- Trastornos graves de la alimentación.
- Gritos sin intención comunicativa.
- Ausencia de la angustia frente a extraños hacia el octavo mes.
- Fobias múltiples e intensas.
- Hiper o hipotonía sin causa neurológica.
- A veces estereotipias.

Lactantes en riesgo de evolución disarmónica: presentan trastornos graves para establecer relaciones afectivas, aunque no de forma masiva, que se manifiestan por dificultades para desarrollar algunas áreas de la comunicación (gestual, verbal o simbólica). En ambos cuadros es fundamental la detección precoz.

## EL PROBLEMA DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

La enorme heterogeneidad de las presentaciones clínicas, la multiplicidad de síntomas y las variaciones en los patrones de conducta plantean problemas importantes a la hora de diagnosticar a estos niños<sup>8</sup>. En la mayoría de las ocasiones no se ajustan a las categorías estándar de trastornos generalizados del desarrollo, que nos proponen las clasificaciones oficiales, aunque son interesantes como guías de orientación, por lo que es fundamental realizar una historia clínica detallada y precisa en todos los casos<sup>9</sup>. Tan importante como precisar la sintomatología es conocer el desarrollo y el entorno familiar del niño. En muchas ocasiones, casos que en principio presentan un diagnóstico muy grave ofrecen

posibilidades de abordaje, gracias a la colaboración y comprensión de los padres, que posibilitan un pronóstico más favorable que otros cuya sintomatología en principio puede ser más leve.

## LA DETECCIÓN PRECOZ

Sin duda lo más importante es la detección temprana de cualquier signo de alarma que pueda hacer sospechar la presencia de una alteración grave del desarrollo<sup>10</sup>. Para ello es fundamental que el pediatra vigile desde el nacimiento del bebé el curso de su evolución para que, en el momento en que se detecte cualquier signo de alarma, se pueda derivar al equipo especializado de salud mental e iniciar el diagnóstico y tratamiento lo más rápidamente posible<sup>11</sup>. Tanto en el proceso de detección, como en la intervención son también fundamentales los equipos educativos, ya que el abordaje es, en la mayoría de los casos, múltiple, psicoterapéutico, farmacológico, educativo y rehabilitador<sup>12</sup>.

En el seguimiento del desarrollo es muy importante escuchar las preocupaciones de los padres que en muchas ocasiones son los primeros en detectar las peculiaridades y diferencias de su bebé. Esta escucha proporciona además una información fundamental sobre la calidad de los vínculos establecidos entre los padres y el niño.

Algunos de los parámetros del desarrollo normalizado, que los niños alcanzan en los diferentes periodos etarios, y que pueden servir de guía para la detección precoz de anomalías se relacionan en la tabla III<sup>3,14</sup>.

Un instrumento que ha demostrado su fiabilidad para la detección de los trastornos generalizados del desarrollo entre los 18 y 36 meses es el cuestionario M-CHAT/E<sup>15</sup>, validado para su utilización en población española por un amplio equipo de profesores de la Universidad de Salamanca y profesionales sanitarios. Este cuestionario puede ser una guía de orientación para recoger información útil sobre el desarrollo y los signos de alarma (tabla IV). Entre todos los ítems los que más discriminan por este orden son: 2, 14, 6, 9, 21, 13 y 15.

## LA DERIVACIÓN AL SERVICIO DE SALUD MENTAL

En el momento en que se ha detectado un posible riesgo y, por tanto, la necesidad de derivar al niño y a los padres al servicio especializado de salud mental, es imprescindible explicar la necesidad de una interven-

ción urgente y el beneficio para los padres y el niño. Los tratamientos son interdisciplinarios en la mayoría de los casos, precisando la intervención, no sólo de los equipos de salud mental infantil, sino también de los equipos de educación. Según la gravedad y la evolución pueden precisar de tratamientos psicoterapéuticos, farmacológicos, educativos y rehabilitadores<sup>16,17</sup>.

### Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, CIE-10. 2000.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV R. 2002.
3. Ajuriaguerra J, Marcelli D. Psicosis infantiles. En: Psicopatología del niño. Ajuriaguerra J, Marcelli D, (eds.). 3.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Masson; 1996. p. 291-332.
4. Rutter M. Diagnóstico y definición. En: Autismo. Reevaluación de los conceptos y el tratamiento. Rutter M, Schopler E, (coords.). Madrid: Alhambra; 1984. p. 1-26.
5. Pérez M, Ramos F. El autismo infantil. En: Manual de Psicopatología. Belloch A, Sandín B, Ramos F, (coords.). Vol. I. Madrid: McGraw-Hill; 1998. p. 651-74.
6. Riviere A, Valdez D. Autismo: definición, evaluación y diagnóstico. Módulo I. Buenos Aires: Fundec; 2000.
7. Federación Francesa de Psiquiatría. Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente, CFTMEA-R, 2000.
8. Shevell M, Ashwal S, Donley D, Flint J, Gingold M, Hirtz D, et al. Practice parameter: evaluation of the child with global developmental delay: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*. 2003;60: 367-80.
9. Díaz-Atienza F, García Pablos C, Martín Romera A. Diagnóstico precoz de los trastornos generalizados del desarrollo. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*. 2004;4(2):127-44.
10. Volkmar F, Cook EH, Jr., Pomeroy J, Realmuto G, Tanguay P. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with autism and other pervasive developmental disorders. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Working Group on Quality Issues. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(12 suppl):325-545.
11. Early intervention for children with autism. *Canadian Paediatric Society, 2004. Paediatr Chile Health* 2004;9(4): 267-70. [Consultado el 22/10/2007]. Disponible en: <http://www.cps.ca/english/statements/PP/pp04-02.pdf>
12. Fombonne E. Risperidone improves restricted, repetitive, and stereotyped behaviour in autistic children and adolescents. *Evid Based Ment Health*. 2006;9:6. [Consultado el 22/10/2007]. Disponible en: <http://ebmh.bmj.com/cgi/content/full/9/1/6>
13. Hernández JM, Artigas-Pallarés J, Martos-Pérez J, Palacios-Antón S, Fuentes-Biggi J, Belinchón-Carmona M, y cols. Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*. 2005;41 (4):237-245.
14. NY State Department of Health. Clinical practice guideline: the guideline technical report Autism/Pervasive Developmental Disorders. Assessment and intervention for young children (age 0-3 years). Publication. 4217. Albany: New York Department of Health; 1999.
15. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Real Patronato sobre discapacidad (INICO). Detección y diagnóstico de trastornos del espectro autista. Documentos 2007.
16. Jesner OS, Aref-Adib M, Coren E. Risperidona para el trastorno del espectro autista (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Disponible en: <http://www.update-software.com>
17. Shea SE. Methylphenidate hydrochloride reduces hyperactivity in children with pervasive developmental disorders. *Evid Based Ment Health*. 2006;9(2):45. [Consultado el 21/10/2007]. Disponible en: <http://ebmh.bmj.com/cgi/content/tract/9/2/45>