

**Fulgenzi, Héctor ; Ortiz Frágola, Patricia ; Coppelillo, Cecilia ;
Massot, Viviana ; Thomas, Guillermo**

Reflexiones sobre el Diagnóstico de Déficit de Atención

Revista de Psicología Vol. 1, N° 1, 2005

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central "San Benito Abad". Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Fulgenzi, H., Ortiz Frágola, P., Coppelillo, C., Massot, V., Tomás, G. (2005). Reflexiones sobre el Diagnóstico de Déficit de Atención. [en línea]. *Revista de Psicología*, 1(1).

Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/rereflexiones-sobre-diagnostico-deficit-atencion.pdf> [Fecha de consulta:....]

Reflexiones sobre el Diagnóstico de Déficit de Atención

Héctor Fulgenzi

Pontificia Universidad Católica Argentina

Patricia Ortiz Frágola

FASAM

Cecilia Coppolillo

Pontificia Universidad Católica Argentina

Viviana Massot

Pontificia Universidad Católica Argentina

Guillermo Thomas

FASAM

Resumen

Se consideran 132 historias clínicas recibidas en la Fundación Argentina para la Salud Mental (FASAM), durante 3 años. A estos historiales se los reevalúa de modo clínico psiquiátrico y psicodiagnóstico. Los hallazgos indican que cerca del 10% de la población estudiada llegó a la FASAM con diagnóstico de TDAH, de estos el 84,6% había sido erróneamente diagnosticado, según criterios del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM IV); el 90,9% recibía estimulantes como único tratamiento. Como conclusión: Los síntomas presentados por estos pacientes se interpretaron como causados exclusivamente por el déficit de atención, la causa principal de error diagnóstico fue un enfoque reduccionista de los pacientes, que descartaba la posibilidad de otros trastornos de sintomatología similar.

Correspondencia: Dr. Héctor Fulgenzi

Facultad de Filosofía y Letras. Pontificia Universidad Católica Argentina.

CP:1107AFD

martinaf@arnet.com.ar

Abstract

One hundred and thirty two medical histories of cases with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) admitted during 3 years in the Argentine Foundation for Mental Health [Fundación Argentina para la Salud Mental (FASAM)] are examined. These medical histories are reassessed from the clinical-psychiatric and psychodiagnostic points of view. Findings indicate that near 10% of the researched population was admitted in FASAM with a ADHD diagnosis, of which 84.6% had been erroneously diagnosed in compliance with the criteria stated in the *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV); 90.9% were administered stimulants as the only treatment. Conclusion: The symptoms shown by these patients were construed as caused exclusively by the attention deficit. A reductionist approach of patients ruling out the possibility of other disorders with similar symptomatology was the main reason leading to the misconceived diagnosis.

Palabras clave: Attention Deficit Disorder, Error Analysis, Comorbidity, Stimulating Drugs, Treatment.

Introducción

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), reconocido aproximadamente hace tres décadas, es el mejor estudiado, aunque el más controvertido de los trastornos mentales de inicio en la infancia. Es una de las causas principales de derivaciones a profesionales de la salud mental y goza de numerosas publicaciones en la literatura científica, clínica y popular (Kaplan y Sadock 1995).

Ha sufrido amplias variaciones en el tiempo, respecto de su definición y características (lesión cerebral mínima, disfunción cerebral mínima, déficit de la integración psiconeurológica, trastorno por impulso hiperactivo, etc.)

Si bien no se trata en este trabajo de puntualizar dichas variaciones, recordaremos que la característica esencial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad.

Existen tres tipos caracterizados en el *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association* (DSM-IV):

- 1- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: con predominio del déficit de atención (6 síntomas, único con código propio).
- 2- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: con predominio hiperactivo-impulsivo.
- 3- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: tipo combinado. Dentro de esta categoría están la mayoría de los déficit de atención diagnosticados. Existe además un trastorno por déficit de atención no especificado para síntomas de falta de atención o impulsividad-hiperactividad que no cumplen los criterios completos.

Es muy importante recalcar que es requisito diagnóstico que algunos de los síntomas aparezcan antes de los 7 años de edad y que los síntomas actuales deban haber estado presentes durante no menos de 6 meses provocando cierto grado de deterioro en más de un área (es decir generalizado) y debe ser significativo en no menos de un dominio funcional (social, académico y ocupacional (DSM IV)).

EL DSM IV especifica claramente que todos estos síntomas *no* deben aparecer en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y *no se explican mejor* por la presencia de otro trastorno mental; por ejemplo, un trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad.

En el caso de sujetos (en especial adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse en “remisión parcial”.

Tiene una elevada tasa de comorbilidad con el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante (DSM IV), incluso con estos dos comparte la categoría de los trastornos del comportamiento perturbador. (Kaplan y Sadock, 1995). Uno u otro se encuentran en el 50% de los casos (Kaplan; Sadock, 1995). También se ha postulado que el trastorno disocial pudiera ser una subcategoría del déficit de atención o viceversa (Kaplan y Sadock 1995). El 25% es comórbido con trastornos de ansiedad, el 15 a 20% con depresión y entre el 10 y 25% con trastornos de aprendizaje. También existen estudios que sostienen claras evidencias de asociación

familiar entre TDAH y enfermedad bipolar (Wozniak *et al.*, 1995). Una historia parental de bipolaridad y/o TDAH en la niñez puede aumentar el riesgo para el desarrollo de enfermedad bipolar en la descendencia (Chang y Ketler, 2000).

El TDAH no reconoce ninguna etiología específica, posiblemente las vías que conducen al trastorno sean múltiples.

Si bien se ha comprobado que diversas alteraciones cerebrales se asocian con mayor riesgo de TDAH (Kaplan y Sadock 1995), la conclusión es que no se halló hasta el momento ninguna constante cerebral en la mayoría de los niños con este trastorno, ni todos los niños con estas lesiones desarrollan TDAH (Kaplan y Sadock, 1995).

La prevalencia según la literatura de los Estados Unidos de Norteamérica, sería entre el 3 y el 5% (DSM IV); estudios muy controlados sugirieron del 2% al 8% (Faraone *et al.*, 2003). Expertos europeos no observan una prevalencia del trastorno tan elevada como la descripta en los Estados Unidos, con lo cual los americanos clasificarían como déficit de atención muchos niños que sólo tienen un trastorno disocial (Inglaterra menos del 1%, Suecia del 1 al 2%) (Kaplan y Sadock, 1995). Un grupo de investigadores provenientes de los Estados Unidos, Holanda, Suecia e Inglaterra estudió la prevalencia a nivel mundial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad durante el período comprendido entre 1982 y 2001 (Faraone *et al.* 2003). Veinte de estos estudios se realizaron sobre grupos de población estadounidense y 30 sobre otros grupos de población. El análisis de los resultados de estos estudios sugirió que la prevalencia del TDAH en muchos niños estadounidenses es al menos tan elevada como en los niños que viven en los Estados Unidos, así como que la mayor prevalencia se observa cuando se utilizan los criterios diagnósticos del DSM IV (Faraone *et al.*, 2003).

La literatura en general sostiene que el diagnóstico se funda especialmente en la anamnesis de padres, maestros y otros cuidadores, para lo cual se emplean escalas de calificación (como una de las series de Conners), listado de comprobación de conductas para niños de Achenbach, listado de comprobación de problemas de Quay y la escala hiperkinética de Davids o la observación del maestro de adaptación en clase (TOCA), escala de calificación a partir del listado de síntomas del

DSM IV como hicieron Swanson, Nolan y Pelham (Kaplan y Sadock, 1995), etc. En la actualidad, en nuestro medio, en el área profesional y educacional, circulan aproximadamente de 7 a 9 escalas diferentes. Como vemos, parte de la evaluación diagnóstica incluiría valorar si las expectativas de los maestros y otros encargados de los niños son realistas cuando describen la falta de atención (Kaplan y Sadock, 1995).

En los Estados Unidos, al igual que en nuestro país, gran parte de la información diagnóstica depende de las comunicaciones de maestros, sin embargo es común observar cierta tendencia a clasificar a niños varones agresivos, como agresivos con falta de atención, aunque no presenten este último síntoma, que según la conceptualización actual, como ya hemos dicho, es la característica esencial del TDAH. Es importante aclarar que, la agresividad aparece en muchos niños con déficit de atención, pero no está incluida entre los criterios diagnósticos. Algunos profesionales que no pertenecen al área de la salud mental confunden síntomas de impulsividad-hiperactividad con agresión.

Es interesante destacar, que el déficit de atención es un diagnóstico ampliamente difundido no sólo entre los diversos profesionales del área de salud (neurólogos, pediatras, endocrinólogos, psiquiatras y psicólogos, etc.) sino también entre quienes, a través de, diferentes funciones observan a diario al niño en su ambiente natural y que si bien son informantes necesarios, sorprende en algunas ocasiones, cómo directores, maestros, celadores detectan este trastorno con facilidad. También contribuye a su amplia difusión, la existencia de fundaciones o centros de TDAH que proveen el material necesario en publicaciones y el apoyo de aprendizaje para “curar” tal afección. Muchas de estas publicaciones de divulgación popular resultan incompletas y aumentan la confusión respecto del trastorno.

Materiales y Método

Se revisaron 132 historias clínicas recibidas en la Fundación Argentina para la Salud Mental (FASAM) durante tres años. Se determinó cuántos niños y adolescentes habían llegado a FASAM con diagnóstico previo de TDAH. Todos estos pacientes fueron estudiados de la siguiente manera:

1) Entrevistas a padres:

Para determinar el motivo de consulta y la historia evolutiva del paciente. Dentro del motivo de consulta se consignó especialmente el momento de iniciación del síntoma, factores desencadenantes, actitudes tomadas al respecto, relaciones familiares pasadas y actuales, antecedentes familiares de enfermedades psicológicas y genograma. Dentro de la historia evolutiva del paciente se incluyeron datos retrospectivos acerca de: embarazo, parto, valoración del recién nacido, lactancia, desarrollo psicomotor y lenguaje, control de esfínteres, sueño y alimentación, escolaridad desde el ingreso al jardín de infantes, sexualidad, juegos, enfermedades padecidas e intervenciones quirúrgicas.

2) Entrevista clínico-psiquiátrica con el niño:

Dentro de la semiología psiquiátrica se estudió: aspecto físico y funciones vitales, actitud general, actitud psíquica, actividad, orientación, conciencia, memoria, atención, sensorio-percepción, afectividad, inteligencia, juicio, curso y contenido del pensamiento. También se incluyeron en entrevistas semidirigidas las series fóbica, obsesiva, histérica, hipocondríaca, paranoide y depresiva. Se investigaron asimismo todos los vínculos establecidos por el paciente a nivel familiar y extrafamiliar.

3) Aplicación de batería completa de pruebas que incluyeron: Dibujo libre, HTP, Familia Kinética, Test de Bender, Cuestionario desiderativo, Cuestionario de Rotter, Test de Rorschach, CAT, Wisc III.

4) Evaluación de los cuestionarios completados por el personal escolar en contacto con el niño consultante: se utilizaron una de las Series de Conners para maestros (escala original de 39 ítems para maestros, CTRS 39) donde se investiga no solamente el perfil desatencional, la hiperactividad e impulsividad, sino también el temperamento explosivo, el comportamiento impredecible y la actitud frente a la autoridad. También se usaron escalas abreviadas de 12 y 14 ítems derivadas de escalas más extensas para padres y maestros (Child Attention Profile y ADHD Rating Scale).

Las escalas no eliminan la necesidad de una entrevista detallada con el encargado del niño, cuya información puede modificar la evaluación de las calificaciones, razón por la cual el equipo de FASAM concurrió al colegio para entrevistarse con los maestros. Las entrevistas o llamadas telefónicas con los maestros son adecuadas para el diagnóstico y permiten iniciar una alianza de trabajo para el tratamiento (Kaplan y Sadock, 1995).

Resultados

Cerca del 10% (9,8%) de la totalidad de pacientes había llegado a FASAM con diagnóstico previo de déficit de atención (13 pacientes). Sus edades estaban comprendidas entre 7 y 15 años. Todos pertenecían a un nivel sociocultural medio, que les permitía asistir a colegios privados. Diez eran de sexo masculino y tres de sexo femenino.

El diagnóstico se confirmó mediante los procedimientos antes mencionados en sólo 2 de los 13 pacientes. En la actualidad, debido a la comorbilidad presente, el Déficit de Atención no es el diagnóstico principal, ni el primer objetivo de tratamiento.

En 11 de los 13 pacientes que llegaron con diagnóstico de Déficit de Atención, no se confirmó tal diagnóstico (84,6%). Todos habían sido atendidos previamente por pediatras o neurólogos. De acuerdo a la información obtenida a través de los padres y el tratamiento instituido por el profesional tratante inferimos que tampoco se había detectado la presencia de otro trastorno psicopatológico diferente del déficit de atención, ni siquiera como posibilidad comórbida.

Los diagnósticos a los cuales arribamos en estos 11 pacientes luego de estudiarlos profunda y longitudinalmente con todas las técnicas mencionadas anteriormente, fueron en orden de frecuencia:

- 1) Trastorno negativista desafiante (4 casos)
- 2) Trastorno de ansiedad generalizada (3 casos)

3) Trastorno adaptativo mixto ansioso depresivo (2 casos)

4) Trastorno de ansiedad no especificado (1 caso)

5) Psicosis (1 caso)

Los trastornos Paterno - Filiales se encontraban en 5 de los 11 pacientes compartiendo el diagnóstico principal en el Eje I, por lo tanto, también la relación entre padres e hijos era parte del objetivo de el tratamiento en estos pacientes.

Del mismo modo, se observaron problemas relativos al grupo primario de apoyo y problemas relativos a la enseñanza, en 6 y 2 casos respectivamente (consignados éstos en el Eje IV del DSM IV).

Diez de los 11 pacientes cuyo diagnóstico de TDAH no fue confirmado estaban medicados con estimulantes (Metilfenidato = Ritalina) durante 1 año como mínimo hasta un máximo de 5 años. En todos estos pacientes el tratamiento farmacológico *era el único abordaje terapéutico, con control mensual y /o trimestral del médico tratante en ese momento.*

Discusión

Pensamos que resulta dificultoso realizar el diagnóstico de déficit de atención, especialmente cuando los trastornos comórbidos, son trastornos de ansiedad y trastornos del comportamiento perturbador (que, como dijimos, están presentes en el 50% de los casos). Estos niños, necesariamente verán afectada su capacidad de atención y/o su capacidad para controlar los impulsos con la consiguiente hiperactividad, impulsividad. Sólo un estudio exhaustivo que incluya la entrevista a padres, entrevista clínico-psiquiátrica con el niño, hora de juego diagnóstica y administración de test, comunicación y entrevistas con informantes procedentes del colegio, podrá decidir cuál es el diagnóstico correcto, lo cual determinará la terapéutica adecuada. En nuestra opinión, la causa principal de error diagnóstico fue un enfoque reduccionista de los pacientes, basado exclusivamente en la administración de escalas, según informaron los padres de los pacientes y en algunos casos los médicos tratantes con quienes los profesionales de FASAM se comuni-

caron oportunamente. Es frecuente que en estos pacientes se realice un diagnóstico transversal y no se considere el estudio longitudinal del mismo, con lo cual se favorece el error diagnóstico, el desconocimiento de la clínica psicopatológica, a la par que se descuida el uso de todas las técnicas diagnósticas.

La literatura sostiene que sin lugar a dudas el síndrome es la expresión sintomática final de diversas patologías. Cabe entonces preguntarnos por qué otros profesionales de la salud no atienden a la posibilidad de que diversos trastornos como ansiedad, distimia, comportamiento perturbador, depresión, bipolaridad, se presenten junto al déficit de atención o, aún más, simulen serlo. Éste es, quizás, el hallazgo más importante de nuestro trabajo: estos cuadros simulaban ser un TDAH que en verdad, no lo era.

Hemos dicho que la literatura sostiene que el diagnóstico se funda especialmente en la anamnesis de padres, maestros y otros cuidadores (Kaplan y Sadock, 1995). De acuerdo con esta postura, la entrevista con el niño sería casi exclusivamente para descartar otras patologías. En nuestra opinión la entrevista clínico-psiquiátrica con el niño, así como su evaluación psicológica, es imprescindible para un correcto diagnóstico.

Los psicoterapeutas de niños y adolescentes estamos habitualmente en permanente comunicación con los colegios, en relación con este trastorno y con otros. Muchos educadores son jóvenes repletos de buena voluntad, pero inexpertos en el área de la salud. Además, la experiencia dentro y fuera del FASAM nos ha demostrado que existen algunos colegios con mayor porcentaje diagnóstico de déficit de atención, incluso muchos directores de escuelas están en el presente sorprendidos por tanto diagnóstico de TDAH, hecho que valoriza las informaciones recibidas desde el ámbito escolar.

El bajo rendimiento académico presente en estos pacientes suele ser una preocupación importante para los padres, habitualmente esto se constituye en el motivo de consulta. Cuando los padres proveen una estructura de apoyo continente pueden suprimirse algunas de las manifestaciones más notorias de este trastorno. Más aún, un ambiente demasiado caótico, con demandas complejas de rendimiento, puede generar, en terreno predisponente, un niño desorganizado con síntomas de TDAH. Así, el entrenamiento parental es uno de los enfoques conductuales

mejor establecidos. La mayoría de los padres de pacientes que recibimos en FASAM no tenían indicaciones de cómo tratar a sus hijos, veían al médico tratante mensual o trimestralmente para la obtención de una receta, perdiendo así la oportunidad de participar, en la medida de lo posible, del proceso de aprendizaje. Pensamos que la orientación a padres no debería quedar excluida, pero la realidad es que en la mayoría de las ocasiones, se excluye.

Sabemos que los estimulantes fueron el primer tratamiento específico informado y estudiado (Martín y Scahil, 2000). Algunos pocos niños, en especial con TDAH no complicado, sin comorbilidad ni problemas secundarios, mejoran sólo con la medicación, o porque sus problemas se limitan a los síntomas primarios o porque disponen de una estructura continente en el hogar o en la escuela. Sin embargo, tal cual hemos observado, *frecuentemente se olvida en nuestro medio el abordaje que incluya a niños con comorbilidad, complicaciones, o una estructura de apoyo menos continente, esto trae aparejado el error diagnóstico y el fracaso terapéutico.*

En los Estados Unidos (Kaplan y Sadock, 1995), tres meses después de la administración de metilfenidato se reevalúa a los niños con escalas de calificación esperando mejorías significativas. Uno de los pacientes estudiados en FASAM llevaba cinco años de administración del fármaco, sin mejoría alguna, más aún: con franca exacerbación de la sintomatología.

Los estimulantes son los fármacos de mayor prescripción en niños y adolescentes en los Estados Unidos (Lawrence, 1999); durante el año 1996 hubo más de 10 millones de prescripciones de metilfenidato (Lawrence, 1999). La consulta de TDAH entre 1990 y 1993 aumentó de 1,6 a 4,2 millones por año. En virtud de estos datos, algunos autores en los Estados Unidos se han mostrado preocupados acerca de la excesiva indicación de estimulantes (Jensen, 1999), dirigiendo su atención al posible sobrediagnóstico de déficit de atención, intentando responder en un futuro cercano acerca de la efectividad de la medicación y de otras intervenciones terapéuticas, usadas solas o en combinación (Jensen, 1999).

En el siguiente cuadro se presentan diversas sugerencias obtenidas a partir de la interpretación y discusión de los resultados observados en este trabajo.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

1. ESTUDIAR PROFUNDAMENTE AL *PACIENTE*. No reducir el diagnóstico a la administración de escalas de calificación.
 2. *Tener presentes los DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES*, así como las *COMORBILIDADES*.
 3. PRIMERA ESTRUCTURA CONTINENTE: *PADRES*. Transmitir a los padres la valiosa colaboración que pueden prestar ante las manifestaciones de este trastorno: *ENTRENAMIENTO PARENTAL*
 4. SEGUNDA ESTRUCTURA CONTINENTE: *COLEGIO*. Transmitir al colegio la necesidad de coparticipar durante el tratamiento.
 5. *TRABAJAR PSICOTERAPÉUTICAMENTE CON TÉCNICAS CONDUCTUALES CON EL NIÑO*. Promover junto a los padres el estudio, el orden, el esfuerzo, el autodominio, la organización, la capacidad para reflexionar, etc.
 6. *NO ADMINISTRAR PSICOFÁRMACOS COMO ÚNICO ABORDAJE TERAPÉUTICO*. TRANSMITIR A LOS PADRES LAS LIMITACIONES Y RIESGOS DE LA MEDICACIÓN.
-

Sintetizando, puede decirse que es muy importante estudiar exhaustivamente los pacientes con síntomas psicológicos valiéndose de todos los instrumentos conocidos para llegar a un diagnóstico correcto. El enfoque reduccionista de los pacientes favorece el error diagnóstico.

Se hace necesario que los diferentes profesionales de la salud en contacto con la población infanto-juvenil conozcan profundamente el vasto panorama de la psiquiatría y psicología de niños y adolescentes. Para ello, resultaría conveniente promover, en el pregrado, tanto en las ciencias médicas como psicológicas, una *visión integradora* de los aspectos biopsicosociales vinculados con la salud y la enfermedad. Dicha formación deberá continuarse en el pos-

grado de tal forma que, pediatras, neurólogos, psiquiatras y psicólogos *trabajen interdisciplinariamente*.

Por último, queremos comentar que la sintomatología del déficit de atención convierte a muchos pacientes en retraídos, con baja estima personal, sentimientos de desvalorización, rechazo parental, rechazo de sus pares y maltrato.

Deseamos que este trabajo aporte datos que alerten, guíen o enriquezcan la práctica diagnóstica y terapéutica de niños y adolescentes.

Bibliografía

- AMERICAN PSYQUIATRIC ASSOCIATION (1995), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV)* (1995), 82-89.
- CHANG K. y KETLER T.(2000). Psychiatry Phenomenology of Child and Adolescent Bipolar Offspring. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 4 (39), 453-460.
- FARAONE S.; SERGEANT, J.; GILLBERG, Ch. y BIEDERMAN, J.(2003). *La prevalencia a nivel mundial del trastorno por déficit de atención. ¿Es este un trastorno típico de los Estados Unidos? World Psychiatry* (Ed. Esp.).
- JENSEN PETER (1999); Are Stimulants Overprescribed? Treatment of ADHD in four U.S. Communities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 7 (38),797-804.
- KAPLAN, H.I. y SADOCK B.J.(1995). *Tratado de Psiquiatría*. Vol. IV (Sexta Edición). *Trastorno por déficit de atención*. Buenos Aires: Inter-Medica. Cap. 39. 2217-2234.
- LAWRENCE y GNENHIL (1999). Stimulant Medication. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 5 (38).
- MARTÍN A. y SCAHIL L.(2000) Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America. Spencer T.; Biederman J.; Wilens T. *Pharmacotherapy of ADHD*. Vol 9 (1) , 77-97.
- SIQUIER de OCAMPO M; GARCÍA ARZENO M. y GRASSANO E. (1987). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- WOZNIAK J.; BIEDERMAN J.; MUNDY E.; MENNIN D. y FARAONE (1995) Apilot Family study of childhood-onset Mania, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 12 (34),1577-1583.