REVISTA DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL
ISSN 1130-9512 | E-ISSN 2660-7271
Volumen 42, número 2, abril-junio de 2025, pp. 32-38
Este artículo está bajo licencia Creative Commons
BY-NC-ND 4.0
DOI: 10.31766/revpsij.v42n2a4

*Caso Clínico*

Recibido: 07/11/24 | Aceptado: 14/03/25

**Elsa Castañeda-Mikrukova** [1] *

1. Centro de Desarrollo Infantil Mi Warmi Wawa, Lima, Perú.

*** AUTOR DE CORRESPONDENCIA**

**Elsa Castañeda-Mikrukova**
Correo: ecastanedami@gmail.com

# *Diagnóstico diferencial de Síndrome de Tourette en personas con Trastorno del Espectro Autista; a propósito de un caso clínico*

# *Differential Diagnosis of Tourette Syndrome in Individuals with Autism Spectrum Disorder: A Case Study*

## RESUMEN

**Introducción:** El Trastorno del Espectro Autista (TEA) y el Síndrome de Tourette (ST) son dos trastornos del neurodesarrollo que pueden presentar síntomas similares. Este estudio de caso busca establecer el diagnóstico diferencial entre ambas condiciones en un menor identificado como "L". **Descripción del caso clínico:** A través de la revisión de la historia clínica y la observación de conductas actuales mediante las escalas Yale Global Tics Severity Scale (YGTSS) y el Inventario IDEA de Rivière, se logra diferenciar que los comportamientos repetitivos en el TEA suelen ser rítmicos y autorregulatorios y los tics del ST son movimientos no rítmicos precedidos por impulsos sensitivos premonitorios, generalmente acompañados de malestar, los cuales resultan difíciles de identificar en personas con TEA. **Conclusiones/Discusión:** Este estudio de caso resalta la importancia de una evaluación clínica detallada que analice la función de los movimientos motores y las expresiones vocales, la historia clínica y las dificultades diagnósticas debido al solapamiento entre ambas condiciones..

**Palabras clave**: síndrome de Tourette, trastorno del espectro autista, trastornos del neurodesarrollo, comportamientos repetitivos, adolescente.

## ABSTRACT

**Introduction:** Autism Spectrum Disorder (ASD) and Tourette Syndrome (TS) are two neurodevelopmental conditions that can present similar symptoms. This case study aims to establish the differential diagnosis between both conditions in a minor identified as "L". **Clinical case description:** Through a review of the medical history and the observation of current behaviors using the Yale Global Tics Severity Scale (YGTSS) and the IDEA Inventory by Riviere, it is possible to differentiate that repetitive behaviors in ASD tend to be rhythmic and self-regulatory, whereas tics in TS are non-rhythmic movements preceded by premonitory sensory impulses, usually accompanied by discomfort, which can be difficult to identify in individuals with ASD. **Conclusions/Discussion:** This case study highlights the importance of a detailed clinical evaluation that analyzes the function of motor movements and vocal expressions, medical history, and the difficulties caused by the overlap between both conditions.

**Keywords**: autism spectrum disorders, Tourette Syndrome, neurodevelopment disorders, repetitive behaviors, adolescent.

REVISTA DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL
ISSN 1130-9512 | E-ISSN 2660-7271
Volumen 42, número 2, abril-junio de 2024, pp. 32-38
Este artículo está bajo licencia Creative Commons
BY-NC-ND 4.0


https://doi.org/10.31766/revpsij.v42n2a4



## INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) está clasificado en el *DSM-5* y el *CIE-11* como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por alteraciones cualitativas en la interacción social y comunicativa, así como por la presencia de un repertorio de conductas restringidas y estereotipadas o problemas sensoriales, que se manifiestan antes de los 3 años (1). A nivel mundial, se estima que 1 de cada 100 personas presenta TEA, aunque la prevalencia varía según el país (2). Existe una alta probabilidad de comorbilidad médica, especialmente en casos de prematuridad y retraso en el desarrollo global (3). Las comorbilidades más comunes incluyen ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), problemas del sueño (4), Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) (5, 6) y alteraciones en el neurodesarrollo (3).

El Síndrome de Tourette (ST) se clasifica como un trastorno de tics y como un trastorno del neurodesarrollo, caracterizado por la presencia de múltiples tics motores y al menos un tic vocal durante más de un año desde la aparición del primer tic, lo que provoca notable malestar o deterioro significativo en las áreas sociales u otras actividades importantes del individuo (1). La prevalencia del ST y TEA se encuentra entre el 0,3% y el 0,8% de la población mundial, con un incremento asociado a la edad (7). Ambos trastornos comparten factores genéticos así como patrones neurales comunes en las áreas relacionadas con el control motor y la inhibición (6)

Diversos estudios han evidenciado un solapamiento entre ST y TEA, dado que ambas condiciones presentan fenómenos sensoriales atípicos. No obstante, su expresión clínica difiere en tanto que, las alteraciones sensoriales para el caso del TEA son más generalizadas, mientras que en el ST están vinculadas al impulso sensitivo premonitor característico de los tics (8, 9). Estas similitudes pueden representar un desafío en el diagnóstico diferencial.

Finalmente, en Perú, según lo reportado por el Defensor del Pueblo, las estadísticas nos señalan que existen alrededor de un 97% de personas autistas que no han sido diagnosticadas (10) fundamentalmente por la carencia de personal especializado y de programas públicos (11) conllevando así a que el estudio y la atención a otras condiciones comórbidas al TEA sean menos prioritarias y por ende desatendidas. A su vez se hizo una revisión de la epidemiología del ST en Perú y no se encontraron estadísticas de prevalencia así como escasos estudios locales.

Tomando en cuenta todo ello es importante entender que contar con un diagnóstico de TEA no excluye la presentación de otras condiciones y para el análisis del siguiente caso, el de un menor con TEA y además ST.

## CASO CLÍNICO

"L" es un menor varón de 12 años que vive junto a su hermano mellizo en Lima. Los padres refieren antecedentes de familiares no diagnosticados formalmente; el padre cuenta que tiene problemas atencionales y muchas características similares a las de su hijo "L"; la madre presenta ansiedad así como familiares cercanos con alteraciones en la conducta y la personalidad.

El parto fue por cesárea a las 33 semanas por preeclampsia, requiriendo a su vez la administración de anestesia general por dificultades durante la intervención. "L" es el segundo al nacer con un peso de 1.655 kg y 42 cms. En los informes médicos "L" es reportado con "riesgo neurológico" por dificultades perinatales. Es diagnosticado con "hipotonía" llevando terapias físicas durante el primer año. Recuerdan a su vez que evidenciaba ciertas conductas que le hacían presumir algunas dificultades sensoriales por ejemplo frente a las texturas (comida, prendas de vestir), los ruidos o también irritabilidad al ser cogido en brazos (la cabeza se movía como si fuera "un pájaro loco"). El segundo año los padres notaron algunas diferencias como alinear sus cochecitos o aletear cuando se emocionaba.

"L" inicia terapia de lenguaje y ocupacional a la edad de 2 años y medio y es diagnosticado de Trastorno del Espectro Autista a la edad de 5 años. Cerca de los 7 años inicia terapia psicológica y educación a la familia sobre sus características porque presentaba problemas de conducta tales como tirar objetos (cuando le llamaban la atención), lanzarlos o

estrellarlos entre ellos o contra el suelo, dar patadas a personas o insultar cuando no entendía algún contexto o frente a los ruidos ambientales coloquiales (decir "lo voy a matar"). Cursa estudios primarios en educación básica regular con apoyo de una "persona sombra/asistente educativo/personal de apoyo" y a partir del cuarto grado de primaria continúa en un espacio psicopedagógico individualizado.

Además de presentar los síntomas característicos del TEA, presentaba tics motores simples, los cuales durante los primeros años se presentaban como subclínicos debido a la presencia de las conductas repetitivas y estereotipadas. Sin embargo, a partir de los 7 a 9 años comenzó a presentar tics vocales (palabras soeces enunciando personas siguiendo un orden) y el último año (2024) gritos con golpes en el pecho o gritos como decir "elaaa" cuando algo sale mal. En años anteriores (2022 y 2023) estos se presentaban por temporadas y el último año han sido más permanentes. Los tics aumentan cuando está tenso e interfieren notablemente en su adaptación en los ambientes donde se desenvuelve y manifiesta muchas veces su incomodidad frente a ellos.

A partir de los 10 años, "L" inicia tratamiento farmacológico prescrito por Psiquiatría, recibiendo la prescripción de sertralina de 50 mg un comprimido en el desayuno, mejorando su atención en las actividades académicas, sin embargo no se observan cambios sustanciales en la inhibición de las conductas agresivas las cuales aparecían principalmente en casa o en el colegio.

## RESULTADOS

### Proceso de Diagnóstico Diferencial

Se hace uso del Inventario IDEA de Ángel Rivière para evidenciar el nivel de caracterización del TEA (12), la Yale Global Tics Severity Scale (YGTSS) para medir la severidad global de los tics (13) así como una exploración psicopatológica que incluyó el estado emocional de "L", identificando indicadores de ansiedad y frustración asi como la valoración de las funciones ejecutivas, incluyendo flexibilidad cognitiva y control inhibitorio.

El proceso de evaluación estuvo a cargo de profesionales entrenados en el uso de ambas escalas así como con amplia experiencia de trabajo con población con TEA. Ello se complementó además con la observación de las dificultades del menor en su contexto escolar y familiar.

Como resultado del Inventario de Espectro Autista IDEA Angel Rivière y de la Yale Global Tics Severity Scale (YGTSS) se obtiene que, por un lado "L" alcanza un puntaje global de 33, siendo la Dimensión social la de mayor afectación, relacionada con las habilidades de mentalización y de atención conjunta durante la interacción (ver Tabla 1).

"L" presenta estereotipias motoras simples como balanceo ocasional al estar de pie, rituales complejos acompañados de palilalias y preguntas obsesivas sobre temas de su interés o acorde a contextos específicos ("¿qué rápido se va la hora no?" o "quiero ver tus pies"). Estas conductas pueden modificarse con estrategias de anticipación o sustitución de conductas, pero en ausencia de ello tiende a intensificarse y generar frustración en él.

Por otro lado, "L" presenta un nivel alto de severidad según la escala de YGTSS en tanto que obtiene una puntuación general de 75 de 100, compuesto por un mayor puntaje de 18 en los tics fónicos, seguido de un puntaje de 17 de tics motores y dificultades en la adaptación con 40 ("L" viene trabajando de forma personalizada 1 a 1 con la profesora con dificultades para compartir de forma grupal)

En torno a la observación de los tics simples, "L" puede suprimir ciertos tics si se le insta a hacerlo, pero no los puede sustituir por otros movimientos. En el caso de los tics mixtos (motores y vocales) suele decir "perdón", "soy un tonto al hacer esto", lo que sugiere incomodidad, sentimiento característico que manifiestan las personas con ST. Los tics suelen ser arrítmicos y repentinos (ver Tabla 2).

Finalmente, se identificaron como puntos de convergencia entre el TEA y el ST, que tanto las conductas estereotipadas como los tics aumentan en intensidad y frecuencia cuando "L" experimenta ansiedad por estar en ambientes con sobrecarga sensorial, o por cambios inesperados, o demandas sociales complejas observándose además irritabilidad y estado de hipervigilancia hacia su entorno.

REVISTA DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL
ISSN 1130-9512 | E-ISSN 2660-7271
Volumen 42, número 2, abril-junio de 2024, pp. 32-38
Este artículo está bajo licencia Creative Commons
BY-NC-ND 4.0


https://doi.org/10.31766/revpsij.v42n2a4



**Tabla 1.** *Resultados del Inventario IDEA y la Yale Global Tics Severity Scale (YGTSS)*

| Dimensión / Categoría | Subcategoría / Ítem | | Puntaje |
|---|---|---|---|
| **Inventario IDEA (Ángel Rivière)** | | Total | 33 |
| **Dimensión Social** | | Subtotal | **11** |
| | Trastorno de las Relaciones Sociales | | 3 |
| | Trastorno de las Capacidades de Referencia Conjunta | | 4 |
| | Trastorno de las Capacidades Intersubjetivas y Mentalistas | | 4 |
| **Dimensión Comunicación y Lenguaje** | | Subtotal | **7** |
| | Trastorno de las Funciones Comunicativas | | 2 |
| | Trastorno del Lenguaje Expresivo | | 2 |
| | Trastorno del Lenguaje Receptivo | | 3 |
| **Dimensión Anticipación / Flexibilidad** | | Subtotal | **8** |
| | Trastorno de la Anticipación | | 2 |
| | Trastorno de la Flexibilidad | | 3 |
| | Trastorno del Sentido de la Actividad | | 3 |
| **Dimensión Simbolización** | | Subtotal | **7** |
| | Trastorno de la Ficción y la Imaginación | | 2 |
| | Trastorno de la Imitación | | 2 |
| | Suspensión | | 3 |
| **Yale Global Tics Severity Scale (YGTSS)** | | Total | 75 |
| **Tics Motores** | | Subtotal | **17** |
| | Número | | 3 |
| | Frecuencia | | 4 |
| | Intensidad | | 4 |
| | Complejidad | | 3 |
| | Interferencia | | 3 |
| **Tics Fónicos** | | Subtotal | **18** |
| | Número | | 3 |
| | Frecuencia | | 3 |
| | Intensidad | | 4 |
| | Complejidad | | 4 |
| | Interferencia | | 4 |
| **Discapacidad Global** | | Sub total | **40** |

**Tabla 2.** *Manifestaciones clinicas entre TEA y ST en un estudio de caso "L"*

| Categoría | Trastorno del Espectro Autista (TEA) | Síndrome de Tourette (ST) |
|---|---|---|
| **Movimientos repetitivos** | Movimientos estereotipados rítmicos con función autorregulatoria (balanceo, aleteo de manos). | Tics motores y vocales, no rítmicos ni voluntarios. |
| **Fenómenos sensoriales** | Búsqueda o evitación sensorial (sonidos, reacciones faciales). | Impulso sensitivo premonitorio antes del tic. |
| **Edad de aparición** | Antes de los 2 años. | Entre los 7 y 9 años (criterio diagnóstico antes de los 18 años). |
| **Dificultades en el lenguaje** | Palilalia y ecolalia presentes. | Palilalia frecuente |
| **Factores que agravan síntomas** | Estrés y sobrecarga sensorial aumentan estereotipias. | Estrés y ansiedad aumentan la frecuencia e intensidad de los tics. |
| **Diagnóstico diferencial** | Se basa en la función del movimiento y la presencia de otras características nucleares del TEA. | Se identifica por la naturaleza de los tics y la presencia de impulsos premonitorios. |

https://doi.org/10.31766/revpsij.v42n2a4



**Intervención y evolución tras el diagnóstico**

El modelo general de abordaje se centró por un lado, en la evaluacion multidimensional y posteriormente, tratamiento farmacológico, terapia psicológica con orientacion cognitivo-conductual y sensibilización a familiares y la escuela.

"L" continúa con la sertralina, la que se prescribió para tratar la ansiedad, previo al diagnóstico de ST, pero se añade al tratamiento Aripiprazol 5 mg, medio comprimido en la cena. A partir de ello, se evidencia la remisión notable de los tics motores simples y reducción en la periodicidad e intensidad de los tics combinados (motores y vocales). A su vez "L" muestra cambios en su estado emocional evidenciándose menos irritable y vigilante hacia el entorno. "L" continúa sus terapias psicológicas con orientación cognitivo-conductual para entender la perspectiva de los otros (aspectos de la mentalización y la cognición social), estrategias de afrontamiento al estrés mediante la relajación y reestructuración de ciertos pensamientos inflexibles.

Los padres asisten cada 15 dias para mejorar sus habilidades en el manejo de la disciplina y el acompañamiento emocional a "L". Se mantienen visitas cada dos meses para capacitación a los docentes a cargo sobre estrategias de manejo conductual en el aula.

## DISCUSIÓN

El TEA y el ST son dos condiciones clínicas relacionadas con el neurodesarrollo, cuyo diagnóstico diferencial puede verse interferido por el solapamiento fenotípico entre ambos trastornos, a consecuencia de una superposición sintomática.

Por un lado, las similitudes entre los comportamientos repetitivos y los movimientos estereotipados propios del TEA y los movimientos ritmicos del ST (6), por otro, la presencia de los fenómenos sensoriales atípicos (8, 9).

Los movimientos estereotipados que comprenden la dimensión de flexibilidad del TEA, son repetitivos, con cierta ritmicidad (balanceo, movimiento de manos, etc) y con fines autorregulatorios, mientras que los tics tienen una actividad motora no ritmica relacionada, al igual que los movimientos estereotipados del TEA, a con dificultades en el procesamiento ejecutivo y sensorial (14, 15)

Con referencia a los fenómenos sensoriales atípicos presentes en ambas condiciones, en el caso del TEA y coincidente con cómo se describe en la bibliografía, se relacionó con la búsqueda o evitación sensorial, en el caso de "L" de sonidos o reacciones faciales. En el caso del ST se relaciona con el impulso sensitivo premonitor (16).

En el presente estudio de caso, el paciente no logra identificar este impulso sensitivo, limitación propia del TEA (17), sin embargo sí malestar si se le interrumpe, además de sentir vergüenza post ejecución, hecho que deja notar su poca capacidad de autorregulación.

Considerando la edad de presentación de cada trastorno, "L" presentó indicadores compatibles con el TEA antes de los dos años, siendo ello uno de los criterios diagnósticos para autismo (18), a su vez manifiesta características compatibles con el ST entre los 8 a 10 años, siendo criterio diagnóstico antes de los 18 años (1). Según algunos estudios, la edad de aparición de ST suele ser entre los 7 y 9 años de edad (16) coincidiendo con ese incremento en la presentación de ambas condiciones con la edad (7)

Finalmente, como limitaciones para la caracterización de los síntomas diferenciales entre ambas condiciones, está la relacionada con la limitación que tienen las personas con TEA para identificar emociones y sensaciones y así poder reportar el impulso sensitivo premonitor propio del ST. Por otro lado, en ambos trastornos hay alteraciones en las conductas motoras (19) del lenguaje como la palilalia (20), así como a nivel sensorial (8, 9), sin embargo, la distinción puede establecerse mediante el análisis clínico de la función del movimiento (motor o combinado motor-vocal) (20)

Otro aspecto en común que afecta la severidad en la presentación de las conductas estereotipadas y de tics de "L" es que se ven muy influidos por el estrés (19, 20).

Este estudio presenta las limitaciones inherentes al enfoque de caso único, como la **falta de generalización en tanto que l**os hallazgos obtenidos no necesariamente se aplican a otros pacientes con características similares.

REVISTA DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL
ISSN 1130-9512 | E-ISSN 2660-7271
Volumen 42, número 2, abril-junio de 2024, pp. 32-38
Este artículo está bajo licencia Creative Commons
BY-NC-ND 4.0


https://doi.org/10.31766/revpsij.v42n2a4



## CONCLUSIONES

El TEA y el ST son trastornos del neurodesarrollo que pueden presentar síntomas similares conllevando a un solapamiento entre ambas. Sin embargo, es posible diferenciarlas. Los comportamientos repetitivos del TEA son rítmicos y autorregulatorios, frente a dificultades en el procesamiento sensorial y ejecutivo, mientras que los tics motores del ST son movimientos no rítmicos que suelen ir precedidos de un impulso sensitivo premonitor.

Se recomienda una evaluación atendiendo a la edad de inicio, evolución y la influencia de factores contextuales, como el estrés. Además, la exploración neuropsicológica debe centrarse en las funciones ejecutivas, el procesamiento sensorial y la flexibilidad cognitiva, considerando la presencia de fenómenos sensoriales atípicos y la identificación de impulsos premonitorios. La diferenciación entre movimientos estereotipados y tics debe basarse en su propósito, ritmo y control voluntario. Finalmente, el uso de herramientas estructuradas, como el ADOS-2 o la escala IDEA para TEA y escalas específicas para tics, junto con una exploración clínica detallada.

Un desafío importante en el diagnóstico diferencial es la limitación que tienen algunas personas con TEA para identificar y comunicar sus sensaciones internas, lo que puede dificultar la detección del impulso sensitivo premonitor propio de los tics del ST. Esto sugiere la necesidad de emplear métodos de observación clínica que no dependan exclusivamente de la descripción de los síntomas por parte del propio paciente para caracterizar adecuadamente los tics en personas con TEA.

## REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association [APA]. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 5th ed. American Psychiatric Association; 2013. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596
2. Organización Mundial de la Salud. Autismo. Nota de prensa [Internet]. 2021. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders
3. Burns J, Phung R, McNeill S, Hanlon-Dearman A, Ricci MF. Comorbidities affecting children with autism spectrum disorder: A retrospective chart review. Children. 2023;10(8): 1414. https://doi.org/10.3390/children10081414
4. Whelan S, Keegan B, Moffit L, Cripps C, Curtin A, Farren Barton A,et al. The relationship between sleep quality, comorbid psychopathology, and behavior problems in autism: A systematic review. Review Journal of Autism and Developmental Disorders. 2024 https://doi.org/10.1007/s40489-024-00476-9
5. Aymerich C, Pacho M, Catalan A, Yousaf N, Pérez-Rodríguez V, Hollocks MJ, et al. Prevalence and Correlates of the Concurrence of Autism Spectrum Disorder and Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. Brain Sci. 2024 Apr 13;14(4): 379. https://doi.org/10.3390/brainsci14040379
6. Rizzo R, Gulisano M, Domini C, Ferro M, Curatolo. The relationship between autism spectrum disorder and Tourette syndrome in childhood: An overview of shared characteristics. Journal of Pediatric Neurology. 2017;15(3): 115-22. https://doi.org/10.1055/s-0037-1602821
7. Xiong Y, O'Brien M, Yang W, Zang X, Bao W, Xu G. Prevalence of Tourette syndrome among children and adolescents in the United States, 2016-2022. BMC Public Health. 2024;Oct 3;24(1): 2699. https://doi.org/10.1186/s12889-024-20216-2
8. Kim Y, Song D, Bong G, Han J, Kim J, Yoo H. Clinical characteristics of comorbid tic disorders in autism spectrum disorder: exploratory analysis. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2023;Jun 12;17(1): 71. https://doi.org/10.1186/s13034-023-00625-8
9. Prato A, Saia F, Ferrigno M, Finocchiaro V, Barone R, Rizzo R. Sensory phenomema in children with Tourette syndrome or autism spectrum disorder; Front. Psychiatry. 2024;14. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1338234
10. Defensoría del Pueblo de Perú. Defensoría del Pueblo advierte que las personas autistas, principalmente mujeres, enfrentan barreras para acceder al diagnóstico temprano [Internet].

Defensoría del Pueblo de Perú; 2023. Recuperado a partir de: https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-advierte-que-las-personas-autistas-principalmente-mujeres-enfrentan-barreras-para-acceder-al-diagnostico-temprano/

11. Baquerizo-Sedano M, Lucero J, Taype-Rondán A. Autismo en Perú: estado actual. Revista Cuerpo Médico HNAAA. 2023;16(3). https://www.cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/2034
12. Garcia-López C, Narbona J. Inventario del espectro autista y childhood autism rating scale: corrspondencia con criterios DSM-IV-TR en pacientes con trastornos generalizados del desarrollo. Anales de Pediatría. 2014;80(2). https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.05.012
13. García-López R, Perea-Milla E, Romero-González J, Rivas-Ruiz F, Ruiz-García C, Oviedo-Joekes E et al. Adaptación al español y validez diagnóstica de la Yale Global Tics Severity Scale. Revista de Neurología. 2008;46(5): 261-6.
14. Calderón L, Congote C, Richard S, Sierra S, Vélez C. Aportes desde la teoría de la mente y de la función ejecutiva a la comprensión de los trastornos del espectro autista. Revista CES Psicología. 2012;5(1): 77-90.
15. García-Gómez A. Propuesta de tres dimensiones complementarias al inventario del espectro autista de Rivière. Psicología Educativa. 2021;27(2): 107-15. https://doi.org/10.5093/psed2020a24
16. Cortez R, Heresi C, Conejero J. Tics y síndrome de Tourette en la infancia: Una puesta al día. Revista Médica Clínica Las Condes. 2022;33(5): 480-9. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2022.09.002
17. Hervás A. Comprendiendo la complejidad del autismo. Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil. 2024;41(2): 1-3. https://doi.org/10.31766/revpsij.v41n2a1
18. Lord C, Rutter M, DiLavore PC, Risi S, Gotham K, Bishop SL. ADOS-2: Autism Diagnostic Observation Schedule. WPS; 2015. 2nd ed.
19. Gulisano M, Barone R, Alaimo S, Ferro A, Pulvirenti A, Cirnigliaro L, et al. Disentangling restrictive and repetitive behaviours and social impairments in children and adolescents with Gilles de la Tourette Syndrome and Autism Spectrum Disorder. Brain Sciences. 2020;10(5): 308. https://doi.org/10.3390/brainsci10050308
20. Hanks C, Lewin A, Mutch P J, Storch E, Murphy T. Social deficits and autism spectrum disorders in Tourette's syndrome. Current Developmental Disorders Reports. 2015;2: 285-92. https://doi.org/10.1007/s40474-015-0060-8