

TDAH y TEA (Transtornos del Espectro del Autismo): Cormobilidad y Diagnóstico Diferencial

SARA M. FERNANDES, ENRIQUE VÁZQUEZ-JUSTO & ADOLFO PIÑÓN BLANCO

Resumen El TEA y el TDAH están relacionados de varias maneras. Comparten algunos síntomas y tener una de esas condiciones aumenta el riesgo de tener la otra. Los diagnósticos de ambos trastornos se basan en síntomas conductuales. Los TEA se caracterizan por alteraciones cualitativas en la interacción social, la comunicación y un patrón de conductas restringidas y repetitivas; por su parte el TDAH se caracteriza por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad. Las personas con diagnóstico de TEA, manifiestan una combinación singular de conductas que comúnmente involucran impulsividad, agresión, e hiperactividad que acompañan a los síntomas clásicos de estas entidades. Con mucha frecuencia encontramos que los pacientes con diagnóstico de TDAH presentan una sintomatología similar a la de aquellos con TEA y viceversa, de forma tal que la diferenciación entre ambos grupos diagnósticos se torna difícil. En este capítulo, presentaremos las especificidades del TEA y el diagnóstico diferencial con el TDAH.

Palavras-clave: • TEA • THDA • Diagnóstico Diferencial • Neuropsicología • Manifestaciones Conductuales

ENDEREÇO CORRESPONDENTE: Sara M. Fernandes Ph.D., Universidade Portucalense, Portucalense Institute for Human Development (INPP), Portucalense Institute for Legal Research (IJP), R. Dr. António Bernardino de Almeida 541, 4200-072 Porto (Portugal), email: sarab@upt.pt. Enrique Vázquez-Justo Ph.D., Universidade Portucalense, Portucalense Institute for Human Development (INPP), Portucalense Institute for Legal Research (IJP), R. Dr. António Bernardino de Almeida 541, 4200-072 Porto (Portugal), email: enriquej@upt.pt. Adolfo Piñón Blanco, Neuropsicólogo en Clínicas Êbam, Avd. Portela, 25 bj., 36163. Poio. Pontevedra (Spain) email: adolfo@clinicasebam.com.

<https://doi.org/10.4335/978-961-6842-80-8.7> ISBN 978-961-6842-80-8

© 2017 Institute for Local Self-Government Maribor

Disponível online em <http://www.lex-localis.press>.

ADHD and ASD (Autism Spectrum Disorders): Comorbidity and Differential Diagnosis

SARA M. FERNANDES, ENRIQUE VÁZQUEZ-JUSTO & ADOLFO PIÑÓN BLANCO

Abstract Autism Spectrum Disorder (ASD) and ADHD are related in several ways. They share some symptoms and having one of those conditions increases the risk of having the other. Diagnoses of both disorders are based on behavioral symptoms. ASD are characterized by qualitative alterations in social interaction, communication and a pattern of restricted and repetitive behaviors; On the other hand, ADHD is characterized by a persistent pattern of inattention and / or hyperactivity-impulsivity. People diagnosed with ASD manifest a unique combination of behaviors that commonly involve impulsivity, aggression, and hyperactivity that accompany the classic symptoms of these entities. Very often we find that patients with a diagnosis of ADHD present a similar symptomatology to those with ASD and reverse, so that the differentiation between the two diagnostic groups becomes difficult. In this chapter, we will present the specificities of ASD and differential diagnosis with ADHD.

Keywords: • ASD • ADHD • Differential Diagnosis • Neuropsychology • Behavioral symptoms

CORRESPONDENCE ADDRESS: Sara M. Fernandes Ph.D., Universidade Portucalense, Portucalense Institute for Human Development (INPP), Portucalense Institute for Legal Research (IJP), R. Dr. António Bernardino de Almeida 541, 4200-072 Porto (Portugal), email: sarab@upt.pt. Enrique Vázquez-Justo Ph.D., Universidade Portucalense, Portucalense Institute for Human Development (INPP), Portucalense Institute for Legal Research (IJP), R. Dr. António Bernardino de Almeida 541, 4200-072 Porto (Portugal), email: enriquej@upt.pt Adolfo Piñón Blanco, Neuropsicólogo en Clínicas Êbam, Avd. Portela, 25 bj., 36163. Poio. Pontevedra (Spain) email: adolfo@clinicasebam.com.

<https://doi.org/10.4335/978-961-6842-80-8.7> ISBN 978-961-6842-80-8

© 2017 Institute for Local Self-Government Maribor

Available online at <http://www.lex-localis.press>.

El trastorno del espectro autista (TEA) y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), son dos de los más comunes trastornos del neurodesarrollo. El TEA con una prevalencia estimada de aproximadamente 1% tanto para niños como para adultos y el TDAH con una prevalencia estimada de 5% para niños y 2,5% para adultos (APA, 2013).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5) (APA, 2013), incluye los TDAH y los TEA bajo el paraguas de los trastornos del neurodesarrollo. Historicamente, en lo que respecta al diagnóstico del Autismo, el manual à cambiado. En el DSM-I y en el DSM-II, entre 1952 y 1968, el Autismo era considerado un síntoma de la Esquizofrenia. En el DSM-III, en 1980, se comenzó a hablar de Autismo Infantil y en 1987, con el DSM-III-R se incluyó el Trastorno Autista. El DSM-IV-TR, en 2000, define cinco categorías diagnosticas, y por fin, en el DSM-5 (2013) se habla de una única categoría, el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA). Los diagnósticos de ambos trastornos se basan en síntomas conductuales. Los TEA se caracterizan por alteraciones cualitativas en la interacción social, la comunicación y un patrón de conductas restringidas y repetitivas; por su parte el TDAH se caracteriza por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad. Las personas con diagnóstico de TEA, manifiestan una combinación singular de conductas que comúnmente involucran impulsividad, agresión, e hiperactividad que acompañan a los síntomas clásicos de estas entidades. Con mucha frecuencia encontramos que los pacientes con diagnóstico de TDAH presentan una sintomatología similar a la de aquellos con TEA y viceversa, de forma tal que la diferenciación entre ambos grupos diagnósticos se torna difícil (Montiel-Nava & Peña, 2011).

Hasta hace poco, la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) afirmaba que una persona no podía tener autismo y también TDAH. Pero la edición más reciente (DSM-5) permite que una persona sea diagnosticada con ambos trastornos. Así, el TEA y el TDAH están relacionados de varias maneras. Comparten algunos síntomas y tener una de esas condiciones aumenta el riesgo de tener la otra.

Diagnostico

Como he comentado anteriormente, en el DSM-IV-TR, el TEA era considerado un diagnóstico “abarcador” que cubría varias condiciones diferentes. Esto incluía al síndrome de Asperger, el trastorno generalizado del desarrollo, no especificado (PDD-NOS), el síndrome de Rett, el trastorno disociativo de la infancia y el trastorno del autismo. Aunque estos trastornos tenían signos y síntomas en común, todos ellos eran considerados diagnósticos diferentes. En su versión más reciente (DSM-5), todos los subgrupos ahora son considerados trastorno del espectro autista. Todos los niños con TEA comparten síntomas similares. Pero la palabra espectro significa que hay diferentes

niveles de severidad. La severidad de los síntomas del TEA está descrita en Niveles de severidad de 1, 2 o 3, siendo el nivel 3 el de mayor apoyo (ver tabla 1).

El DSM-5 también reduce el número de dominios sintomáticos, de los tres que recogía el DSM-IV, a dos dimensiones de síntomas:

- Comportamientos, intereses y actividades repetitivos y restringidos.
- Alteraciones sociales combinadas con alteraciones en la comunicación.

Se elimina por tanto el retraso en la adquisición del lenguaje por considerarse poco específico y se incluyen en la primera dimensión (Comportamientos, intereses y actividades repetitivos y restringidos) las alteraciones sensoriales dentro del diagnóstico.

La última revisión del Manual de Diagnóstico recoge explícitamente que aquellas personas que estén diagnosticadas con trastorno autista, síndrome de Asperger o TGD no Especificado deben recibir el diagnóstico de TEA. Y que aquellos individuos que presenten déficits importantes en la comunicación social pero que no cumplan el resto de criterios de TEA serán incluidos en otra categoría denominada “Trastorno de la Comunicación Social”.

El DSM-5 otorga una especial importancia en el diagnóstico a los especificadores. Se deberá detallar por ejemplo la existencia de discapacidad intelectual (incluyendo la estimación de capacidad verbal y no verbal), Alteración en el lenguaje (no verbal, palabras sueltas, frases, lenguaje fluido y a parte lenguaje expresivo y comprensivo), Enfermedades (médicas, genéticas o factores ambientales asociados), Asociación con otros trastornos (del neurodesarrollo, mentales o del comportamiento), Catatonia y Gravedad (clasificando en tres niveles las dificultades en los dos grupos de dominios sintomáticos).

Más concretamente, el DSM-5 especifica los siguientes criterios diagnósticos (APA, 2013):

- A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos.
 1. Deficiencias en la reciprocidad socioemocional
 2. Deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social
 3. Deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones.
Estas deficiencias deben manifestarse (en el momento actual o en momentos anteriores) según varios ejemplos ilustrativos que ofrece el propio manual, así como que se debe especificar la gravedad actual (Nivel 1, Nivel 2 ó Nivel 3, ver tabla 1) de acuerdo con el grado de ayuda necesaria en este área del desarrollo.

- B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos (en el momento actual o en momentos anteriores):
1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos.
 2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal.
 3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés.
 4. Hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales del entorno. En este punto también es necesario especificar la gravedad actual (Nivel 1, Nivel 2 ó Nivel 3, en conformidad con la tabla 1) de acuerdo con el grado de ayuda necesaria en este área del desarrollo.
- C. Los síntomas deben estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo.
- D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.
- E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.
- Además, es necesario especificar también si estos síntomas cursan:
- Con o sin déficit intelectual acompañante.
 - Con o sin deterioro del lenguaje acompañante.
 - Asociado a una afección médica o genética, o aun factor ambiental conocido (por ejemplo Síndrome de Rett).
 - Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento.
 - Con catatonia.

Tabla 1: Niveles de compromiso para el Trastorno del Espectro Autista

Nivel de Gravedad	Comunicación social	Intereses restringidos y conductas repetitivas
Nivel 3: “requiere soporte muy importante”	Déficit severo en habilidades de comunicación social verbal y no verbal que causan severas discapacidades de funcionamiento; muy limitada iniciación de interacciones sociales y mínima respuesta a las aproximaciones sociales de otros.	Preocupaciones, rituales fijos y/o conductas repetitivas que interfieren marcadamente con el funcionamiento en todas las esferas. Marcado malestar cuando los rituales o rutinas son interrumpidos; resulta muy difícil apartarlo de un interés fijo o retorna a el rápidamente.
Nivel 2: “requiere soporte esencial”	Marcado déficit en habilidades de comunicación social verbal y no verbal; aparentes discapacidades sociales incluso recibiendo apoyo; limitada iniciación de interacciones sociales y reducida o anormal respuesta a las aproximaciones sociales de otros.	Rituales y conductas repetitivas y/o preocupaciones o intereses fijos aparecen con suficiente frecuencia como para ser obvios al observador casual e interfieren con el funcionamiento en varios contextos. Se evidencia malestar o frustración cuando se interrumpen rituales y conductas repetitivas; dificultad de apartarlo de un interés fijo.
Nivel 1: “requiere soporte”	Sin recibir apoyo, déficit en la comunicación social que causan discapacidades observables. Tiene dificultad al iniciar interacciones sociales y demuestra claros ejemplos de respuestas atípicas o no exitosas a las aproximaciones sociales de otros. Puede aparentar una disminución en el interés a interactuar socialmente.	Rituales y conductas repetitivas causan interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Resiste intentos de otros para interrumpir rituales y conductas repetitivas o ser apartado de un interés fijo.

(Fuente: DSM-5)

Las personas con TEA tienen una presentación diversa de síntomas, por ejemplo, algunas personas evitan el contacto social, mientras que otros son excesivamente sociales e intrusivos, también varía el nivel de funcionamiento cognitivo (por ejemplo, de la discapacidad intelectual grave a muy por encima de la inteligencia promedio) y su capacidad para funcionar en situaciones de la vida real. La edad de aparición de los TEA es antes de los tres años, y se convierte en una condición crónica, a pesar de que los síntomas pueden mejorar a través del tiempo de las intervenciones (Hervás, 2016).

Las entrevistas diagnósticas recomendadas en investigación y práctica clínica, como la entrevista diagnóstica para el autismo (Autism Diagnostic Observational Schedule 2),

utilizan la categoría diagnóstica de autismo o espectro autista a partir de los 30 meses, y previamente a esta edad utiliza categorías de preocupación de síntomas de autismo (Lord, Luyster & Gotham, 2012).

Algunos de los signos de alarma que pueden identificarse en niños de manera temprana que pueden tener TEA son (Salvadó-Salvadó, 2005):

- No observar sonrisas u otras expresiones placenteras a partir de los 6 meses.
- No responder a sonidos compartidos, sonrisas u otras expresiones a partir de los 9 meses.
- No balbucear a los 12 meses.
- No hacer o responder a gestos sociales (señalar, mostrar, decir adiós con la mano, etc.) a partir de los 12 meses.
- No decir palabras sencillas a partir de los 16 meses.
- No hacer frases espontáneas de dos palabras con sentido (no ecolalia) a partir de los 24 meses - Cualquier pérdida de lenguaje o habilidad social a cualquier edad.

La presencia de estos signos de alarma indicaría la necesidad de realizar estudios más específicos.

Todavía, no todos los casos de autismo tienen un comienzo insidioso. La presencia de síntomas es variada, en algunos niños se hacen presentes a los pocos meses de nacidos, otros pueden presentar manifestaciones hasta los 24 meses o incluso después. Otros niños presentan un desarrollo normal hasta los 24 meses, de ahí en adelante dejan de adquirir nuevas destrezas o pierden las que ya habían adquirido. (Parr, 2011; Lord et al., 2012; Jones & Klin, 2013; Sacrey, 2015; Ozonoff, 2015; Hervás, 2016).

Las personas con diagnóstico de TEA, tienen problemas de socialización como: evitan el contacto visual, prefieren jugar solos, son inexpresivos o tiene expresiones faciales inapropiadas, no entienden los límites en el espacio personal, evitan o rechaza el contacto físico. También presentan problemas de comunicación de forma variada, algunas personas hablan bien, otras hablan muy poco, y en algunos casos no hablan nada. Cerca del 40% de los niños con TEA no hablan. Cerca del 30% de los niños dicen algunas palabras hacia los 18 meses y posteriormente pierden esta habilidad. Otros problemas relacionados con la comunicación son: invierten los pronombres, no señalan ni reaccionan cuando se les señala algo, no usan ningún gesto o utilizan muy pocos, hablan en un tono monótono, no entienden los chistes, el sarcasmo o las bromas que le hacen. Otra característica importante en las personas con TEA, es que tienen conductas e intereses poco comunes como: colocar juguetes u otros objetos en línea, juegan con los juguetes de la misma manera todo el tiempo, se interesan por las partes de los objetos, generalmente son muy organizados, se irritan con cambios mínimos, tienen intereses que pueden considerarse obsesivos, siguen rutinas, hacen movimientos repetitivos, estereotipias. De manera asociada, algunos niños pueden presentar otros

síntomas como: hiperactividad, impulsividad, agresividad con otros y autoagresión, rabietas, reacciones emocionales inusuales. (NICE, 2012; MINSALUD & IETS, 2015).

Comorbilidad y Diagnóstico diferencial TDAH-TEA

El TDAH es mucho más frecuente que los TEA, solo una pequeña minoría de los pacientes con TDAH tiene también algún TEA, mientras que es más frecuente que los pacientes con TEA tengan también TDAH. La prevalencia de los síntomas de TDAH en individuos con un diagnóstico primario clínico de TEA oscila entre un 30% (Simonoff et al., 2008) y un 80% (Lee & Ousley, 2006; Sinzig, Morsch, Lehmkuhl, 2008). A su vez, los niños con TDAH pueden tener rasgos autistas, los más prevalentes de los cuales son las dificultades sociales y de comunicación (Kochhar et al., 2011).

El TDAH y el TEA parecen compartir un mismo deterioro, y evidencias recientes en el área de la genética, la neuropsicología y la neurobiología indican con claridad que existen vínculos entre ambos (Reiersen & Todd, 2011). En el terreno neuropsicológico, explicaciones cognitivas con un consenso amplio en el campo de los TEA y en el TDAH sitúan el origen de las dificultades sociales y no sociales características de estos dos trastornos en los déficit en las funciones ejecutivas. (Miranda-Casas, Baixauli-Forte, Colomer-Diago, & Roselló-Miranda, 2013).

Una revisión reciente de estudios empíricos (Miranda-Casas et al., 2013) sugiere que tanto el TDAH como los TEA presentan alteraciones de la función ejecutiva, aunque con matices distintos. En concreto, los dos trastornos parecen mostrar una disociación. Así, los niños con TDAH experimentan déficit notables en el control inhibitorio mientras que los niños con TEA tienen problemas con especial gravedad en la flexibilidad cognitiva y en la planificación, aunque por lo general conservan las habilidades de inhibición.

Los mismos autores, concluyen que estos hallazgos, tienen implicaciones para el diseño de los programas para el tratamiento de las dificultades sociales de los dos trastornos. Sugieren que, para los niños con TEA con escasa flexibilidad y planificación, la propuesta se centraría en intervenciones que les proporcionen práctica abundante con actividades de cambio, organización y monitorización sistemática del comportamiento. Por otra parte, potenciar el control inhibitorio mediante la enseñanza de autoinstrucciones o técnicas para el control de la ira sería una meta fundamental en el tratamiento de los niños con TDAH (Miranda-Casas et al., 2013).

Una particularidad de la comorbilidad del TEA y el TDAH es que en un 60% de los casos la respuesta a los estimulantes, tratamiento tradicional del TDAH, es positiva, pero en un 30% la respuesta es negativa, con un incremento de la irritabilidad y la excitabilidad, y con la presencia de un cuadro de activación que hace necesaria la retirada del fármaco. Se podría pensar que el fenotipo clínico en estos casos existentes

con comorbilidad de TEA y TDAH que responden y no responden a estimulantes podría ser semejante, pero diferentes mecanismos psicopatológicos podrían explicar la diferente respuesta al tratamiento. Existe cierta evidencia de que la comorbilidad de TEA y TDAH que no responde positivamente a los estimulantes suele tener una comorbilidad múltiple. Diferentes mecanismos psicopatológicos con alteraciones en la regulación de las emociones podrían dar un cuadro clínico semejante al TDAH que explicaría su respuesta negativa a los estimulantes. Antipsicóticos atípicos o agonistas α -adrenérgicos podrían ser más adecuados en estos casos (Hevrás et al., 2014; Hervás, 2016).

El TDAH y el TEA exhiben desatención, disfunción social y dificultad en controlar el comportamiento. La disfunción social y el rechazo del grupo de pares observados en niños con TDAH tiene que ser diferenciada de la falta de implicación social, aislamiento y indiferencia a las pistas faciales y tonales de comunicación observadas en el TEA. Los niños con TEA pueden mostrar rabietas debido a la incapacidad de tolerar un cambio en el curso de eventos por si esperados. En contraste, los niños con TDAH pueden tener rabietas durante una transición importante debido a la impulsividad y bajo autocontrol (APA, 2013).

Las dificultades de diagnóstico de TDAH y TEA son más difíciles en los casos fronterizos, entre TDAH y TEA de nivel 1 (que en el DSM-IV-TR incluía el síndrome de Asperger). Estas dificultades, se extienden en la orientación de la intervención y sobre todo en matizar la información que van a recibir la familia y los educadores. A la hora de planificar una intervención el hecho de que un niño con TEA presente o no un TDAH asociado, cambia en gran medida la dirección a seguir en el tratamiento.

Todavía, el DSM-5 (APA, 2013) recomienda que cuando los criterios para TDAH como para TEA se cumplan, ambos diagnósticos deberán ser asignados.

Se recomienda que el diagnóstico sea realizado por un equipo interdisciplinar de profesionales, en el cual participen: neuropediatra o psiquiatra infantil para establecer el diagnóstico confirmado, psicólogo clínico, neuropsicólogo y terapeuta de lenguaje, para realizar una valoración de las capacidades preservadas y deterioradas, con el objeto de establecer de manera conjunta el nivel de compromiso del niño, e instaurar el tratamiento.

Referencias / References:

- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition (Washington, DC: American Psychiatric Association).
- Hervas, A., Huss, M., Johnson, M., McNicholas, F., Van Stralen, J., Sreckovic, S., et al. (2014). Efficacy and safety of extended-release guanfacine hydrochloride in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, controlled, phase III trial. *Eur Neuropsychopharmacol*, 24, pp. 1861-1887.
- Hervás, A. (2016). Un autismo, varios autismos. Variabilidad fenotípica en los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 62(1), pp. 9-14.
- Jones, W. & Klin, A. (2013). Attention to eyes is present but in decline in 2-6-month-old infants later diagnosed with autism. *Nature*, 504, pp. 427-431.
- Kochhar, P., Batty, M.J., Liddle, E.B., Groom, M.J., Scerif, G., Liddle, P.F., et al. (2011). Autistic spectrum disorder traits in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Child Care Health Dev*, 37, pp. 103-110.
- Lee, D.O. & Ousley, O.Y. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in a clinic sample of children and adolescents with pervasive developmental disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 16, pp. 737-746.
- Lord, C., Luyster, R.J. & Gotham, K. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule. Second Edition* (ADOS-2) (Torrance, CA: Western Psychological Services).
- Ministerio de salud y protección social [MINSALUD] & Instituto de evaluación tecnológica en salud [IETS] (2015). Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista. Retrieved June 10, 2016, from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-TEA-final.pdf>
- Miranda-Casas, A., Baixauli-Forteza, I., Colomer-Diago, C. & Roselló-Miranda, B. (2013). Autismo y trastorno por déficit de atención/hiperactividad: convergencias y divergencias en el funcionamiento ejecutivo y la teoría de la mente. *Revista de Neurología*, 57(1), pp. 177-184.
- Montiel-Nava, C. & Peña, JA. (2011). Déficit de atención e hiperactividad en los trastornos del espectro autista. *Investigación Clínica*, 52(2), pp. 195 - 204.
- National Institute for Health & Clinical Excellence [NICE]. (2012). *Autism: Recognition, Referral and Diagnosis of Children and Young People on the Autistic Spectrum. Clinical Guidelines*. (UK: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists).
- Ozonoff, S., Young, G.S., Landa, R.J., Brian, J., Bryson, S., Charman, T., et al. (2015). Diagnostic stability in young children at risk for autism spectrum disorder: a baby siblings research consortium study. *J Child Psychol Psychiatry*, 56, pp. 988-998.
- Parr, J.R., Le Couteur, A., Baird, G., Rutter, M., Pickles, A., Fombonne, E., et al. (2011). Early developmental regression in autism spectrum disorder: evidence from an international multiplex sample. *J Autism Dev Disord*, 41, pp. 332-340.
- Reiersen, A.M. & Todd, R.D. (2011). Attention-deficit/hyperactivity disorder (adhd). In Amaral, D. G., Dawson, G. & Geschwind, D. H. (eds). *Autism spectrum disorders* (New York: Oxford University Press), pp. 304-314.
- Sacrey, L.A., Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Brian, J., Smith, I.M., Roberts, W., et al. (2015). Can parents' concerns predict autism spectrum disorder? A prospective study of high-risk siblings from 6 to 36 months of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 54, pp. 470-478.
- Salvadó-Salvadó, B., Palau-Baduell, M., Rosendo-Moreno, N., Orpí-Paluzie, C., Valls-Santասusana, A., Muñoz-Yunta, J. (2005). *Detección precoz de los trastornos del espectro*

S. M. Fernandes, E. Vázquez-Justo, A. Piñón Blanco: TDAH y TEA (trastornos del espectro del autismo): Comorbilidad y Diagnóstico Diferencial

autista. In J. Muñoz-Yunta (Ed). Guía médica y neuropsicológica del autismo (Cornellà de Llobregat: Fundació Autisme Mas Casadevall), pp. 131.

Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47, pp. 921-929.

Sinzig, J., Morsch, D. & Lehmkuhl, G. (2008). Do hyperactivity, impulsivity and inattention have an impact on the ability of facial affect recognition in children with autism and ADHD? *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17, pp. 63-72.