

Alba Pemán Hernández

**ABORDAJE DE LA COMORBILIDAD TEA Y TDAH.
ANÁLISIS DE TRES CASOS CLÍNICOS EN ATENCIÓN POST
TEMPRANA.**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Dirigido por Josefa Canals Sans

MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Departamento de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2024

Este documento contiene información confidencial y no puede ser compartido en su totalidad.

Índice

1. Fundamentación Teórica Del Problema.....	1
1.1. Introducción.....	1
1.2. Delimitación Conceptual del Trastorno del Espectro Autista (TEA).....	1
1.3. Detección y Diagnóstico en TEA.....	2
1.4. Comorbilidad TEA y TDAH.....	4
2. Presentación del Caso 1.....	6
2.1. Descripción Clínica Evolutiva.....	6
2.2. Análisis Funcional de las Conductas Problema.....	9
2.3. Explicación y Justificación de las Técnicas de Evaluación.....	11
2.4. Hipótesis Diagnóstica, de Origen y Mantenimiento y del Problema.....	14
2.5. Definición de Objetivos de Intervención.....	17
2.6. Explicación y Justificación de las Técnicas de Intervención Utilizadas....	18
2.7. Presentación de Datos Postratamiento.....	22
2.8. Discusión de los Resultados Obtenidos.....	23
2.9. Seguimiento.....	24
3. Presentación del Caso 2.....	24
3.1. Descripción Clínica Evolutiva.....	24
3.2. Análisis funcional de las Conductas Problema.....	27
3.3. Explicación y Justificación de las Técnicas de Evaluación.....	29
3.4. Hipótesis Diagnósticas, de Origen y Mantenimiento del Problema.....	31
3.5. Definición de Objetivos de Intervención.....	33
3.6. Explicación y Justificación de las Técnicas de Intervención.....	34

3.7. Presentación de Datos Postratamiento.....	37
3.8. Discusión de los Resultados Obtenidos.....	37
3.9. Seguimiento.....	38
4. Presentación del Caso 3.....	39
4.1. Descripción Clínica Evolutiva.....	39
4.2. Análisis Funcional de las Conductas Problema.....	41
4.3. Explicación y Justificación de las Técnicas de Evaluación.....	41
4.4. Hipótesis Diagnóstica, de Origen y Mantenimiento del Problema.....	45
4.5. Definición de Objetivos de Intervención.....	47
4.6. Explicación y Justificación de las Técnicas de Intervención.....	48
4.7. Presentación de datos postratamiento.....	50
4.8. Discusión de los Resultados Obtenidos.....	51
4.9. Seguimiento.....	52
5. Análisis de las Limitaciones del Trabajo.....	52
6. Conclusiones Críticas de lo Aprendido y Posibles Cambios de Futuro	53
7. Referencias Bibliográficas.....	55
8. Anexos.....	61

Índice de tablas

<i>Tabla 1.</i> Análisis funcional de las conductas problema de Clara.....	12
<i>Tabla 2.</i> Análisis funcional de las conductas problema de Marco.....	30
<i>Tabla 3.</i> Análisis funcional de las conductas problema de Fer.....	44

1. Fundamentación Teórica Del Problema

1.1. Introducción

El presente trabajo de fin de máster versa sobre tres casos clínicos de niños de entre 6 y 7 años con diferentes trastornos de neurodesarrollo que acuden desde corta edad a un Centro de Desarrollo e Intervención en Atención Temprana (CDIAT). La investigación de estos casos es de suma importancia, dado el creciente interés en comprender la complejidad y las interacciones entre los trastornos de neurodesarrollo en niños.

Los hoy llamados trastornos del neurodesarrollo hacen referencia a "dificultades presentadas en la infancia o durante el periodo del desarrollo que interfieren con la adquisición de diferentes habilidades, capacidades o competencias". La denominación y clasificación en grupos diagnósticos específicos ha experimentado cambios a lo largo del tiempo, en función de la evidencia científica que respalda la existencia y persistencia de la condición a lo largo del ciclo vital (Delgado y Agudelo, 2021). Muchos de estos trastornos son heterogéneos, solapando su sintomatología y complicando así su diagnóstico.

1.2. Delimitación Conceptual del Trastorno del Espectro Autista (TEA)

El TEA es un trastorno del neurodesarrollo heterogéneo de origen neurobiológico caracterizado por deficiencias persistentes en la comunicación social e interacción en diversos contextos, y patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, cuyo diagnóstico viene determinado por criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2014), recogidos en el *anexo 1*. La alta variabilidad, gravedad e intensidad de las manifestaciones hace necesaria la incorporación de la palabra espectro en los últimos años. Esta patología se caracteriza por alteraciones en la reciprocidad emocional, deficiencias en

lenguaje expresivo y receptivo, con alteraciones en la comunicación no verbal, anomalías en juego simbólico, inflexibilidad y rigidez así como fallas sensoriomotoras y perceptivo-motoras (Hervás et al., 2012) y déficits en las funciones ejecutivas (FFEE) (López, 2013).

Su incidencia ha aumentado significativamente en las últimas décadas, pasando de prevalencias del 0.045% en los años 60 (Matson y Kozlowski, 2011), al 0.5% en la primera década de siglo (APA, 2008), siendo la prevalencia actual del 1-2% según DSM-5 R (APA, 2022). En la provincia de Tarragona, Morales-Hidalgo et al. (2021) encontraron una tasa de prevalencia de TEA de 1,53%, presentando el 3,31% del total de la muestra características subclínicas, siendo menor en niñas, con una proporción 7:1 en edad preescolar y 6:1 en edad escolar. Las fuertes diferencias son a menudo motivo de discusión entre quienes piensan que hay un incremento real de casos y quienes opinan que se deben a razones metodológicas en el diagnóstico (Morales-Hidalgo et al., 2021).

1.3. Detección y Diagnóstico en TEA

Realizar un diagnóstico TEA se convierte a menudo en algo complejo, dada su particularidad, diferentes manifestaciones y expresión de los síntomas a lo largo del desarrollo. El diagnóstico se realiza en promedio a los 5 años, sin embargo, los primeros signos pueden ser visibles desde el primer año de vida, especialmente las alteraciones en las habilidades de comunicación social y contacto ocular (Ozonoff et al., 2010). Según Narambuena et al., (2022) algunos signos de alerta comúnmente reportadas por padres y cuidadores son: no fija su mirada hacia las personas u objetos, no responde a su nombre cuando se le llama durante el primer año. A los 18 y 24 meses existe retraso en el desarrollo de su lenguaje expresivo, muestra un escaso reconocimiento o respuesta a la

felicidad o tristeza. A los 36 meses, existe falta de interés, prefiere actividades solitarias, juegos repetitivos y en ocasiones aparecen ecolalias.

La evidencia científica indica que la detección temprana, que derive en una intervención apropiada, puede mejorar la comunicación, interacción social y la conducta adaptativa en niños con TEA, minimizar alteraciones asociadas, ejerciendo un efecto positivo en la familia y el niño (Dawson et al., 2022).

No obstante, aunque es habitual que la detección empiece por preocupaciones en los padres sobre el desarrollo del bebe, incluso antes de cumplir un año, nos encontramos más habitualmente con un promedio de edad de diagnóstico que varía entre los 31 meses a los 10 años de edad (Loubersac et al., 2021). Dicho diagnóstico puede verse retrasado por la heterogeneidad de los síntomas, siendo aquellos casos más leves los que se tardan más en detectar (Montiel-Nava et al., 2024). Otros factores más subjetivos, que actúan como obstáculos en la detección temprana son: la manera en que una familia interpreta los síntomas, la dificultad para acceder a instrumentos de cribado adaptados a la edad y situación del niño dentro del ámbito profesional y el número insuficiente de profesionales capacitados y con experiencia, el riesgo que los profesionales no utilizan instrumentos estandarizados en ausencia de preocupaciones parentales (Fenikilé et al., 2015).

El TEA ha sido estudiado como un trastorno con posibilidades de coexistencia con otros trastornos psiquiátricos como la ansiedad o los trastornos disruptivos (Tenorio, 2017), así mismo, son cada vez más los estudios que hablan de la comorbilidad TEA y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (Mulas y Roca, 2018), indicando que estos patrones comórbidos pueden incidir en el pronóstico y niveles de funcionamiento psicosocial de quien los padece.

1.4. Comorbilidad TEA y TDAH

El TEA y el TDAH son los trastornos del desarrollo neurológico crónicos y de aparición temprana más comunes (APA, 2014), con prevalencias del 1% y 5% respectivamente. El TDAH se caracteriza por patrones de inatención con hiperactividad y/o impulsividad y se diagnostica con el DSM-5 (APA, 2014). Suele detectarse de forma más tardía, entre los 6 y 9 años, coincidiendo con el aumento de exigencia escolar, que hace más notorias las dificultades. No obstante, recientemente se estudia la existencia de una alta prevalencia de comorbilidad entre ambos (Berenguer et al., 2015).

Hasta el DSM-IV TR (APA, 2000), un diagnóstico clínico de TDAH en el contexto de TEA no era compatible, considerando los síntomas de inatención y/o hiperactividad/impulsividad secundarios al TEA. Con la publicación del DSM-5 (APA, 2014) el diagnóstico comórbido se acepta, estudiando así su incidencia de forma conjunta, continuando de esta manera en la nueva edición DSM-5 R (APA, 2022).

Diferentes estudios estiman tasas entre el 30%-80% de niños con TEA que manifiestan síntomas de TDAH y un 30-65% de niños con TDAH que muestran manifestaciones de TEA, encontrando tasas de comorbilidad totales TEA y TDAH del 40 al 83% (Mulas y Roca, 2018), con una prevalencia de por vida del 38,5%-43,2% (Rong et al., 2021). Concretamente, Canals et al. (2024) encuentran una tasa total de comorbilidad de TDAH en niños con TEA del 32,8%, siendo significativamente mayor en edad escolar (46,2%) que preescolar (21,9%), así como una comorbilidad de autismo en niños diagnosticados con TDAH del 9,8%, siendo mayor en preescolares (15,6%), en comparación con escolares (8,1%).

La superposición entre ambos presenta un diagnóstico diferencial difícil, siendo en muchas ocasiones el TEA diagnosticado dos años después en niños tratados con TDAH, frente a los que solo presentan TEA (Antshel y Russo, 2019).

A pesar de que los criterios diagnósticos evidencian conjuntos de síntomas centrales distintos (APA, 2022), los últimos estudios sugieren que comparten muchas deficiencias, especialmente en las áreas cognitivas y del desarrollo. Rao y Landa (2013) exponen que ambos se caracterizan por diversos grados de impulsividad, inquietud o hiperactividad, así como dificultades de atención y comunicación. Asimismo, ponen de manifiesto la presencia de problemas de tipo conductual, emocional, académico y de adaptación en los diferentes ámbitos en los que se desarrollan, especialmente en el escolar y familiar.

En relación a las interacciones sociales, en TEA existen dificultades por una ausencia de conductas positivas (contacto visual, acercamiento) mientras que en TDAH, las dificultades vienen precedidas de conductas negativas (interrumpir, inmiscuirse en conversación, no respetar turnos)(locke et al., 2016). Otra dificultad compartida hace referencia a las FFEE, donde los niños con TDAH parecen tener mayores problemas con la inhibición, la capacidad de retener una respuesta y la planificación/solución de problemas, mientras que aquellos con TEA manifiestan déficits en flexibilidad cognitiva, que requiere mantener y cambiar rápidamente entre múltiples perspectivas. Asimismo, en comparación con niños con TEA, aquellos con TEA y TDAH tienen más probabilidad de mostrar dificultades en memoria de trabajo, planificación e inhibición (Craig et al., 2016).

Dentro de la combinación de estos trastornos, existe un riesgo significativamente mayor de padecer una tercera afección como los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo como consecuencia de una mayor gravedad del

TEA. Igualmente, un aumento de la gravedad de los síntomas TDAH, se asocia con un mayor número de diagnósticos psiquiátricos adicionales en niños con TEA (Velarde y Cardenas, 2022). Un trastorno común a ambos son las dificultades del lenguaje, siendo alrededor del 60% de los niños con TEA y el 40% de TDAH los que muestran problemas de lenguaje (Velarde y Cardenas, 2022). Otros estudios, afirman la coexistencia con otras patologías como el trastorno específico del lenguaje o la discapacidad intelectual, con prevalencias del 18% (Berenguer-Forner et al., 2015). Por otro lado, existen también problemas psicológicos asociados al TEA y TDAH con datos en torno al 46.1% para el Trastorno de ansiedad o al 14 % para el Trastorno del estado de ánimo (Berenguer-Forner, et al., 2015).

7. Referencias Bibliográficas

- Achenback, T., y Rescorla, L. (2001). Manual for the ASEBA school-age forms y profiles. *Burlington, VT: University of Vermont Research Centre for Children, Youth and Families, 80.*
- Aguinaga, G., Armentia, M. L., Fraile, A., Olangua, P., y Uriz, N. (2004). Manual del PLON-R. *Prueba de lenguaje oral de Navarra-Revisada. Madrid: Tea Ediciones.*
- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V. Madrid: Editorial médica panamericana.
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.).
- Antshel, KM y Russo, N. (2019). Trastornos del espectro autista y TDAH: fenomenología, cuestiones de diagnóstico y consideraciones de tratamiento superpuestas. *Informes de psiquiatría actuales, 21 (5).*
- Berenguer, C., Miranda, A., Pastor, G. y Roselló, R. (2015). Comorbilidad del trastorno del espectro autista y el déficit de atención con hiperactividad, Estudio de revisión. *Revista de Neurología, 60(1), 37-43.*

- Berenguer, C., Roselló, B., y Baixauli, I. (2018). Conductas de aprendizaje en niños con trastorno del espectro autista con y sin comorbilidad con déficit de atención e hiperactividad. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(Esp.1), 5-24
- Canals, J., Morales-Hidalgo, P., Voltas, N., y Hernández-Martínez, C. (2024). Prevalence of comorbidity of autism and ADHD and associated characteristics in school population: EPINED study. *Autism Research*.
- Craig, F., Margari, F., Legrottaglie, A. R., Palumbi, R., De Giambattista, C., y Margari, L. (2016). A review of executive function deficits in autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 1191-1202.
- Dawson G., Franz L. y Brandsen S. (2022). At a crossroads—Reconsidering the goals of autism early behavioral intervention from a neurodiversity perspective. *JAMA Pediatrics*, 176(9), 839–840.
- De La Cruz, M., y González, M. (2011). Adaptación española del inventario de Desarrollo Battelle. *Madrid: TEA*.
- De la Peña, F., Villavicencio, L., Palacio, J., Félix, F., Larraguibel, M., Viola L. y Ulloa, R.(2018) Validity and reliability of the kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia present and lifetime version DSM-5 (K-SADS-PL-5) Spanish version. *Bmc Psychiatry*. 2018;18: 1-7.
- Delgado, A. y Agudelo, A. (2021). Trastornos del neurodesarrollo: una comparación entre el DSM-5 y la CIE-11. *Psicoespacios*, 15(27).
- Dunn, L., y Dunn, L. (1997). The Peabody Picture Vocabulary Test - Third Edition. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Fernandes, S., Vázquez, E., y Blanco, A. (2017). TDAH y TEA: Comorbilidad y Diagnóstico diferencial. *Psicología Educativa*, 23(2), 117-124.
- Fernández, I., Santamaría, P., Sánchez, F., Carrasco, M., y Del Barrio, V. (2015). SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual técnico. Madrid: TEA Ediciones.

- Fenikilé, T., Ellerbeck, K., Filippi, M., y Daley, C. (2015). Barriers to autism screening in family medicine practice: a qualitative study. *Primary health care research & development*, 16(4), 356-366.
- Garcia, E. y Magaz, A. (2000). EMAV: Escalas Magallanes de atención visual (Cruces-Barakaldo: Grupo Albor-Cohs).
- Gioia, G., Isquith, P., Guy, S., y Kenworthy, L. (2000). BRIEF: Behavior rating inventory of executive function: Professional manual. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Hervás, A., Maristany, M., Salgado, M. y Sánchez Santos, L. (2012) Los trastornos del espectro autista. *Pediatría Integral*, 16(10), 780-94.
- Johnson, K., y Vladescu, J. (2015). Enhancing motivation in individuals with autism. *Behavioral Interventions*, 30(2), 101-124.
- Kaur, S., Morales, P., Voltas, N., y Canals, J. (2024). Clusteranalysis of teachers report for identifying symptoms of autism spectrum and/or attention deficit hyperactivity in school population: EPINED study. *Autism Research*, 1-14.
- Kirk, S., McCarthy, J., y Kirk, W. (2011). *Test Illinois de aptitudes psicolingüísticas (ITPA)*. Tea.
- Korkman, M., Kirk, U. y Kemp, S. (2014). NEPSY-ii . Madrid: Pearson.
- Lochman, J., Laird, R., McDaniel, H., Boxmeyer, C., Braun, S., Powell, N., y Qu, L. (2024). Intervention format and therapist-child agreement associated with therapeutic alliance and outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 92(1), 26-43.
- Locke, J., Shih, W., Kretzmann, M., y Kasari, C. (2016). Examining playground engagement between elementary school children with and without autism spectrum disorder. *Autism*, 20(6), 653-662.
- López, J. (2023). Comorbilidad psiquiátrica y funciones ejecutivas en población con trastorno del espectro autista. *Revista Inclusiones*, 10(Especial), 36-51.

- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K., y Bishop, S. (2012). ADOS-2. Autism Diagnostic Observation Schedule. Manual (Part I): Modules 1-4. Western Psychological Services Los Angeles, CA.
- Loubersac, J., Michelon, C., Ferrando, L., Picot, M.- C. y Baghdadli, A. (2021). Predictors of an earlier diagnosis of autism spectrum disorder in children and adolescents: A systematic review (1987–2017). *European Child & Adolescent Psychiatry*. Advance online publication.
- Martínez, A., y Calet, N. (2015). Intervención en Atención Temprana: Enfoque desde el ámbito familiar. *Escritos de Psicología*, 8(2), 33-42.
- Monsalve, A., Mora, L., Ramírez, L., Rozo, V., y Rojas, D.(2017). Estrategias de intervención dirigidas a niños con trastorno negativista desafiante, una revisión de la literatura. *Revista Ciencias de la Salud*, 15(1), 105-127.
- Matson, J., y Kozlowski, A. (2011). The increasing prevalence of Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 418-425.
- Montiel-Nava, C., Montenegro, M. C., Ramírez, A. C., Valdez, D., Rosoli, A., García, R., Garrido, G., Cukier, S., Rattazzi, A. y Paula, C. (2024). Age of autism diagnosis in Latin American and Caribbean countries. *Autism*, 28 (1), 58-72.
- Morales-Hidalgo, P., Voltas Moreso, N., y Canals Sans, J. (2021). Autism spectrum disorder prevalence and associated sociodemographic factors in the school population: EPINED study. *Autism*, 25(7), 1999-2011.
- Mowlem, F. , Agnew, J. , Taylor, E. y Asherson, P. (2019). ¿Influyen diferentes factores en el hecho de que las niñas y los niños cumplan los criterios de diagnóstico del TDAH? Diferencias de sexo entre niños con síntomas altos de TDAH . *Investigación en psiquiatría* , 272 , 765 – 773
- Mulas, F., y Roca, P. (2018). Concordancias entre los trastornos del espectro del autismo y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*, 66(Supl 1), S91-6.

- Narambuena, L., Pardos, E., Javaloyes, M., y Palazón, I. (2022). Trastornos del espectro autista: observaciones en el patrón evolutivo. Lo que los padres nos cuentan en la consulta. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 24(93), 183-192.
- Ozonoff, S., Iosif, A., Baguio, F., Cook, I., Hill, M., Hutman, T., ... y Young, G. (2010). A prospective study of the emergence of early behavioral signs of autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(3), 256-266.
- Portellano, J., Mateos, R., y Martínez, R. (2002). *Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil (CUMANIN)*. Adaptación al español por TEA ediciones, S.A.
- Portellano, J., Martínez, R., y Zumárraga, L. (2009). ENFEN: Evaluación Neuropsicológica de las funciones ejecutivas en niños. *Madrid: TEA Ediciones*, 2.
- Rao, P., y Landa, R. (2013). Association between severity of behavioral phenotype and comorbid attention deficit hyperactivity disorder symptoms in children with autism spectrum disorders. *Autism*, 18(3), 272-280.
- Rivera-Flores, G. W. (2015). Self-instructional cognitive training to reduce impulsive cognitive style in children with Attention Deficit with Hyperactivity Disorder. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 13(1), 27-46.
- Roid, G. y Sampers, J. (2004). Merrill-Palmer Revised Scales of Development. Wood Dale (Illinois): Stoelting Co.
- Rong, Y. , Yang, C.-J. , Jin, Y. y Wang, Y. (2021). Prevalencia del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en personas con trastorno del espectro autista: un metanálisis . *Investigación en trastornos del espectro autista* , 83.
- Rutter, M., Bailey, A., y Lord, C. (2005). SCQ, Cuestionario de comunicación social. Pereña, J. y Santamarí, P. Madrid, España: *Tea Ediciones*.

- Rutter, M., Le Couteur, A. y Lord, C. (2003). ADI-R. Entrevista de diagnóstico de autismo revisada. *Manual. Los Ángeles: Servicios psicológicos occidentales*.
- Sainsbury, W., Carrasco, K., Whitehouse, A., McNeil, L., y Waddington, H. (2022). Age of diagnosis for Co-occurring autism and attention deficit hyperactivity disorder during childhood and adolescence: A systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders, 10*, 563–575.
- Tenorio, M. (2017). Trastorno del espectro autista su comorbilidad y estrategias de atención. *Revista de Educación Inclusiva, 9(2)*, 195-214.
- Thurstone, L. y Yela, M. (1985). CARAS - Percepción de diferencias [CARAS - Perception of differences]. (Buenos Aires: TEA Ediciones).
- Tillmann, J., Ashwood, K., Absoud, M., Bölte, S., Bonnet-Brilhault, F., Buitelaar, J. K. y Charman, T. (2018). Evaluating sex and age differences in ADI-R and ADOS. *Journal of autism and developmental disorders, 48*, 2490-2505.
- Velarde, M., y Cárdenas, A. (2022). Trastorno del espectro autista y trastorno por déficit de atención con hiperactividad: desafíos en el diagnóstico y tratamiento. *Medicina (Buenos Aires), 82 (3)*, 67-70.
- Wechsler, D., Lichtenberger, E., y Kaufman, A. (2009). *WPPSI - III. Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria - III: Manual técnico y de interpretación*. Madrid: Tea.
- Wechsler, D. (2015). WISC-V. Escala de inteligencia de Wechsler para niños-V. Madrid: Pearson (Edición original, 2014).
- Wiig, E., Semel, E., y Secord, W. (2013). Clinical Evaluation of Language Fundamentals–Fifth Edition (CELF-5). Bloomington, MN: NCS Pearson.