

Evaluación multidimensional de niños con trastornos del espectro del autismo y con trastornos por déficit atencional con hiperactividad

Multidimensional assessment of autism and attention deficit hyperactivity disorder in children

Andrés García Gómez*, Margarita Pena Sánchez*.

* Facultad de Formación del Profesorado. Universidad de Extremadura (España).
Correspondencia: agarcil9@unex.es

Fecha de recepción: 6 de febrero de 2017

Fecha de aceptación: 1 de marzo de 2017

Resumen

Se presenta un estudio descriptivo en el que se pretenden identificar las áreas potencialmente afectadas y las fortalezas de un grupo de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) evaluados a través del cuestionario (BASC, Reynolds y Kamphaus). El perfil de los alumnos con TEA presenta como puntos fuertes manifestaciones escasas de agresividad, niveles medios de ansiedad y escasos problemas de conducta. Como puntos débiles se resaltan las pobres habilidades sociales y adaptativas que presentan, bajos niveles de liderazgo y conductas claras de retraimiento. En el perfil de los alumnos con TDAH como puntos fuertes destacan unos niveles medios de conductas de somatización y retraimiento y como puntos débiles elevados niveles de hiperactividad y atipicidad, problemas de atención y síntomas depresivos importantes.

Palabras clave: Evaluación psicológica; psicóloga de la educación; trastornos del neurodesarrollo; trastorno del espectro del autismo (TEA); trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH).

1. Introducción

En los últimos años se ha constatado un aumento significativo de la tasa de diagnóstico de las personas con Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) [1] y con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) [2] [3]. Los estudios no arrojan una conclusión definitiva acerca de las causas que han generado este incremento, atribuyéndolo, en algunas ocasiones a una mayor sensibilidad y preparación de los profesionales y a una mejor definición de los

Abstract

This work presents a descriptive study in which we intend to identify the areas potentially affected and the strengths in a group of children and teenagers with Autism Spectrum Disorders and Attention Deficit Hyperactivity Disorder assessed with the multidimensional system Behavior Assessment System for children and adolescents (BASC, Reynolds & Kamphaus). We asked children and teenager's parents with ASD and ADHD, pupils in ordinary schools, to fill in the BASC questionnaire. The results showed us that the ASD pupils presented as strengths signs of aggressiveness, medium level of anxiety and low-level behaviour problems. The weaknesses we highlight poor social and adaptive skills that have low levels of leadership and clear of withdrawal behaviors. Regarding the profile of students with ADHD, as strengths include medium levels of somatization and withdrawal behaviors, highlight weaknesses and as high levels of hyperactivity and atypical behavior, attention problems and significant depressive symptoms.

Key words: Autism spectrum disorder (ASD); attention deficit hyperactivity disorder (ADHD); educational psychology; neurodevelopmental disorders; psychological assessment.

criterios de diagnóstico y, en otras, a un aumento real de casos. No obstante, nos encontramos ante los trastornos con mayor prevalencia entre la población escolar. Estos trastornos del neurodesarrollo suponen un verdadero reto tanto para las familias como para los profesores, debido a las necesidades educativas, conductuales y adaptativas tan peculiares y específicas que presentan.

El TDAH es un trastorno mental caracterizado por un patrón persistente de impulsividad e hi-

peractividad que interfiere el funcionamiento cotidiano. De acuerdo con los criterios del DSM-5 [4], debe estar presente antes de los 12 años de edad, ocurrir en dos o más ambientes diferentes y causar un deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, académico u ocupacional. Además, según la prevalencia de los síntomas de falta de atención, hiperactividad o ambos, se identifican tres subtipos: el subtipo predominantemente desatento, el subtipo predominantemente impulsivo-hiperactivo y el subtipo combinado.

Los datos de prevalencia oscilan entre el 3,8% y el 7,4% en los estudios americanos [2]. En población española en edad escolar se han señalado cifras de entre el 3% y el 8% [5].

Por otro lado, en la actualidad se está utilizando el término Trastorno del Espectro del Autismo "TEA", introducido por Wing y Gould [6] frente al ya clásico de Trastornos Generalizados del Desarrollo. Esta denominación es utilizada en la nueva clasificación del DSM-5 [4] para referirse a un conjunto de trastornos caracterizados por una alteración profunda de varias áreas del desarrollo, dichas áreas incluyen las habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de conductas restrictivas, estereotipadas o intereses circunscritos. Estas dimensiones también son utilizadas en la definición diagnóstica del autismo por la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud de la Organización Mundial de la Salud, CIE-10 [7]. El término TEA destaca la noción de un continuo, no una categoría, en el que hay una alteración cualitativa de un conjunto de capacidades en la comunicación social, la imaginación y la conducta.

Como ocurre con los alumnos TDAH, en los últimos años se está observando un aumento de niños y adolescentes diagnosticados de TEA.. Los estudios muestran que los TEA son bastante más frecuentes de lo que se pensaba cuando aún no conocíamos la variedad con la que estos trastornos se manifiestan. Así, se ha pasado de identificar un caso de autismo por cada 2.500 niños hace veinticinco años, para aceptar que este trastorno afecta a uno de cada 88 niños (datos de Centers for Disease Control and Prevention) [8], entendiendo que las cifras actuales incluyen todo el espectro, incluyendo incluso los casos más leves y de alto funcionamiento.

Al igual que sucede con los alumnos TDAH, los niños y adolescentes con TEA presentan dificultades sociales, emocionales y adaptativas.

Para atender al reto que supone dar respuesta a las necesidades que plantean estos niños, tanto en los contextos familiares, sociales y escolares, debe partirse de un diagnóstico lo más temprano posible y de una evaluación precisa y profunda que ofrezca un conocimiento real sobre la totalidad de áreas potencialmente afectadas y sobre las fortalezas en los planos sociales, afectivos y emocionales, de forma que esta evaluación permita a los profesionales y a las familias una intervención adecuada.

De forma general los estudios analizados se centran en describir algunas áreas afectadas de los chicos y chicas con estos trastornos, aportando generalmente una visión parcial de éstos.

Aunque existen algunas pruebas diagnósticas específicas para estos trastornos, tal es el caso del cuestionario ADOS [11] y de la entrevista diagnóstica ADI-R [12] para alumnos con TEA y de las Escalas de Conners [13] o las Escalas Magallanes [14] para personas con TDAH, es importante que estos acercamientos diagnósticos sean completados con otros instrumentos que ofrezcan un perfil más completo de las peculiaridades sociales, adaptativas, conductuales y emocionales de estos niños, como en este caso puede ofrecernos la batería BASC [9].

En el presente trabajo planteamos realizar una descripción de las áreas potencialmente afectadas y de los puntos fuertes de un grupo de niños y adolescentes con TEA y con TDAH escolarizados en colegios ordinarios de la Comunidad de Extremadura, a través de un cuestionario multidimensional de evaluación de la conducta, la batería BASC de Reynolds y Kamphaus [9] en su adaptación española [10].

En nuestro trabajo planteamos los siguientes objetivos:

1. Describir las variables sociales, adaptativas, cognitivas, comportamentales, clínicas y emocionales de niños y adolescentes con TEA y con TDAH evaluados a través de la escala multidimensional BASC.
2. Contribuir a la descripción del fenotipo comportamental de los sujetos con TEA y TDAH
3. Comprobar si la escala BASC es capaz de proporcionar perfiles distintos en relación a las variables sociales, adaptativas, cognitivas, comportamentales, clínicas y emocionales de los dos grupos de alumnos estudiados (TEA y TDAH).

Teniendo en cuenta estos objetivos pretendemos contrastar tres hipótesis.

Hipótesis 1: los alumnos con TEA estudiados obtendrán resultados en el rango de riesgo en algunas de las variables adaptativas, sociales, cognitivas, comportamentales, clínicas y emocionales analizadas.

Hipótesis 2: los alumnos con TDAH estudiados obtendrán resultados en el rango de riesgo en algunas de las variables adaptativas, cognitivas, sociales, comportamentales, clínicas y emocionales analizadas.

Hipótesis 3: Debido a la especificidad de sus trastornos, las puntuaciones de los alumnos con TEA y TDAH presentarán diferencias significativas en algunas de las variables adaptativas, cognitivas, sociales, clínicas, comportamentales y emocionales analizadas.

2. Método

2.1 Participantes

Los participantes que forman parte de nuestro trabajo son 57 niños y niñas de entre 7 y 16 años diagnosticados con TEA o TDAH. De las cuales 26 corresponden a niños y adolescentes con TEA (21 de sexo masculino y 5 de sexo femenino) y 31 niños y adolescentes con TDAH (23 de sexo masculino y 8 de sexo femenino). Todos estos niños y adolescentes se encuentran en situación de inclusión en colegios públicos ordinarios de la Comunidad de Extremadura (España) de ámbitos urbanos.

Como podemos observar el número de participantes de niñas es menor que la de niños en ambos grupos en nuestro estudio, este dato es representativo de los que ocurre en la población de TEA y TDAH. Esta menor prevalencia de las niñas con TDAH, según Vaquerizo-Madrid, se encuentra con una relación aproximada de 3 niños a 1 niña [15]. Con respecto a los TEA, también es mayor la prevalencia en niños que en niñas en una proporción de 3-4:1 [16].

Los sujetos con TEA tienen CI > 50. Cuatro participantes en el rango de CI 50/70 y el resto con CI > 90. Con respecto a la gravedad de los síntomas del autismo, las puntuaciones en CARS [17]: oscilan entre 30 y 36, por tanto se refieren TEA de afectación ligeras y medias.

2.2 Diseño de Investigación

La metodología utilizada en el estudio es de corte cuantitativo no experimental. Según la clasificación de Montero y León [18] es un estudio de tipo *ex post facto* en el que se realizan estudios de comparación entre grupos utilizando la prueba *t* de Student.

2.3 Instrumentos y Técnicas de Recolección de Datos

El instrumento utilizado para evaluar las dimensiones sociales, adaptativas, emocionales y clínicas de los alumnos con TEA y TDAH es la adaptación española editada por TEA Ediciones [10] del Sistema de Evaluación de la conducta de niños y adolescentes de Reynolds y Kamphaus [9]. Es un sistema de evaluación multidimensional que valora variables adaptativas o dimensiones positivas que miden ajuste y variables clínicas o dimensiones negativas que miden desajuste del comportamiento y la personalidad del niño o adolescente.

El BASC presenta cinco componentes que valoran al sujeto desde diferentes perspectivas y que pueden ser utilizados de forma individual o en cualquier combinación: un autoinforme de personalidad (S), una historia estructurada del desarrollo (H), un sistema de observación del estudiante (O) y dos cuestionarios de valoración, uno para padres (P) y otro para tutores (T).

En nuestro estudio se ha utilizado el cuestionario para padres de la Escala BASC por diferentes motivos. Debemos señalar que los alumnos TDAH y TEA pueden ser informantes poco fiables, a esto hay que añadir que los niños y adolescentes TDAH en horario escolar que es cuando son observados por sus tutores suelen estar bajo los efectos de la medicación que toman y los síntomas del TDAH durante esta franja horaria pueden estar mitigados. Por otra parte los padres proporcionan información sobre los problemas como estudiantes de sus hijos y su conducta adaptativa en diferentes contextos, en el hogar y en la comunidad.

2.4 Plan de Análisis de Datos

Los resultados de cada escala se ofrecen en dos tipos de puntuaciones, en percentiles y en puntuaciones T con media 50 y desviación típica 10.

Para comprobar los perfiles de cada uno de los grupos se han consultado los baremos españoles de la batería BASC

Para el análisis de la diferencia entre los perfiles de ambos grupos se ha realizado una prueba "t"

para muestras independientes, obteniendo las puntuaciones descriptivas, los estadísticos de contraste t y alfa. Además se ha tenido en cuenta la magnitud del efecto de las diferencias aportadas a través del programa GPower 3.1.7 para Windows XP.

El conjunto de variables analizadas evaluadas por la batería BASC permiten establecer una distinción entre las variables que miden ajuste y las variables que miden desajuste. Las puntuaciones altas en las variables que miden desajuste representan características negativas o no deseables. Se puntúan en la dirección negativa. La interpretación de las puntuaciones es la siguiente: se consideran puntuaciones normales las puntuaciones T comprendidas entre 40 y 60, puntuaciones en el rango de riesgo las comprendidas entre 60 y 70 y puntuaciones clínicamente significativas las mayores de 70.

Por lo que respecta a las variables que miden ajuste, las puntuaciones altas representan características positivas y deseables. Se puntúan en la dirección positiva. Se consideran normales las puntuaciones T comprendidas entre 40 y 60, puntuaciones en el rango de riesgo las puntuaciones comprendidas entre 30 y 40 y puntuaciones clínicamente significativas las menores de 30.

2.5 Procedimiento

En un primer momento se contactó con cuatro asociaciones de la Comunidad de Extremadura de TDAH y TEA, dos de la provincia de Badajoz, APNABA (Asociación de TEA) y SORAPAN de Arrieros (Asociación de TDAH) y dos de la provincia de Cáceres, AFTEA (Asociación de TEA) y Asociación de TDAH de Cáceres. A través de estas asociaciones nos pusimos en contacto con los padres de los niños y adolescentes diagnosticados de TDAH o TEA escolarizados en centros ordinarios. Organizamos reuniones con los padres en las que se les solicitó su colaboración y su consentimiento por escrito para la recogida de información, y se les pidió que debían aportar una serie de datos sobre sus hijos a través de un cuestionario con el objetivo de obtener información precisa para poder realizar intervenciones de mayor calidad. Una vez recogidos los 57 cuestionarios en las diferentes asociaciones, procedimos a su corrección para obtener los datos.

Los datos fueron sometidos a análisis estadístico a través del Programa SPSS vs 17.

3. Resultados

3.1 Resultados de los alumnos con TEA

En primer lugar presentaremos los resultados referidos a las variables que miden desajuste y después los resultados de las variables que miden ajuste.

Como puede observarse en los datos que se presentan en la Tabla 1, en las escalas que miden desajuste del BASC, nuestro grupo de sujetos TEA obtiene resultados por encima de la media, es decir en el rango de riesgo en las variables: Retraimiento, Problemas de Atención y Depresión, que podrían ser consideradas como puntos débiles. Y se sitúan dentro del promedio en las variables comportamentales Agresividad y Problemas de conducta y en las variables Ansiedad y Somatización, por tanto podemos considerar estos resultados como fortalezas. Las puntuaciones obtenidas en las variables Hiperactividad y Atipicidad, aún situándose en el promedio, presentan una puntuación que se sitúa muy cerca del rango de riesgo, por lo que no podemos considerarlas en sentido estricto como fortalezas de los alumnos con TEA.

Con relación a las tres variables que miden factores de ajuste, variables que el BASC relaciona con los factores sociales y adaptativos, los niños y adolescentes de nuestro grupo con TEA obtienen unas puntuaciones muy bajas, cercanas al rango clínicamente significativo. Es decir sus padres consideran que son poco competentes socialmente y tienen escasa capacidad de adaptación.

3.2 Resultados de los alumnos con TDAH

En general los padres de los niños y adolescentes con TDAH de la muestra consideran que las dificultades más relevantes que sus hijos presentan están relacionadas con las conductas de Hiperactividad y Problemas de Conducta, características definitorias de su trastorno; a esto hay que añadir la importancia que dan a las conductas de atipicidad y los síntomas de depresión que observan en sus hijos, así como una expresión de sus trastornos en la zona de riesgo, tanto desde el punto de vista externalizante como internalizante. Los problemas de conducta y la agresividad están cercanas a la zona de riesgo, pero no sobrepasan el límite crítico. En cambio no se obtienen puntuaciones en el límite de riesgo en las variables ansiedad, retraimiento y somatización (Tabla 2).

Con relación a las variables que evalúan ajuste, los sujetos con TDAH se sitúan en el límite de las puntuaciones de riesgo en las habilidades sociales y en liderazgo y claramente en la zona de riesgo en la variable habilidades adaptativas (Tabla 2).

TEA		
DESAJUSTE	$X \pm DT$	RIESGO > 60
Agresividad	53,50±10,07	
Hiperactividad	58,27±13,33	
Pro. Conduc.	52,96±8,586	
Pro. Atención	62,31±10,09	Riesgo
Atipicidad	59,00±9,704	
Depresión	60,77±13,39	Riesgo
Ansiedad	50,65±13,39	
Retraimiento	60,46±13,76	Riesgo
Somatización	49,15±10,56	
Ext. Problem.	56,08±10,77	
Int. Problem.	55,12±12,77	
AJUSTE	$X \pm DT$	RIESGO < 40
Hab. Sociales	33,50±9,705	Riesgo
Liderazgo	33,69±8,423	Riesgo
H. Adaptativ.	31,92±8,625	Riesgo

Tabla 1: Estadística básica de las distintas escalas referidas a los alumnos con TEA

TDAH		
DESAJUSTE	$X \pm DT$	RIESGO > 60
Agresividad	59,23±14,671	
Hiperactividad	65,71±12,618	Riesgo
Pro. Conduc.	58,77±15,187	
Pro. Atención	69,19±7,846	Riesgo
Atipicidad	62,48±16,328	Riesgo
Depresión	64,29±18,668	Riesgo
Ansiedad	56,61±12,225	
Retraimiento	53,68±13,566	
Somatización	53,84±10,872	
Ext. Problem.	63,81±14,101	Riesgo
Int. Problem.	61,06±14,173	Riesgo
AJUSTE	$X \pm DT$	RIESGO < 40
Hab. Sociales	40,58±9,273	
Liderazgo	40,65±10,698	
H. Adaptativ.	37,65±8,102	Riesgo

Tabla 2: Estadística básica de las distintas escalas referidas a los alumnos con TDAH

3.3 Comparación entre grupos, con TEA y con TDAH

El análisis de los datos (ver Tabla 3) indica que los sujetos con TEA presentan algunas diferencias sustanciales respecto a los sujetos con TDAH, en concreto, muestran sensiblemente menores niveles de agresividad

($d = 0,45$), de hiperactividad ($d = 0,57$), de problemas de atención ($d = 0,76$), de ansiedad ($d=0,46$) y de problemas de conducta ($d = 0,47$). Mientras que muestran de manera acusada menores niveles de habilidades sociales ($d = 0,74$), menores cotas de liderazgo ($d = 0,72$) y menores habilidades adaptativas que los sujetos con TDAH ($d = 0,68$). Además los sujetos con TEA presentan mayores niveles de retraimiento ($d = 0,49$).

TEA versus TDAH				
DESAJUSTE	t	St	p sig.	d Cohen
Agresividad	-1,697	0,095	0,095	0.45
Hiperactividad	-2,161	0,035	0,035	0.57
Pro. Conducta	-1,813	0,076	0,076	0.47
Pro. Atención	-2,833	0,007	0,007	0.76
Atipicidad	-0,955	0,344	0,344	0.25
Depresión	-0,803	0,425	0,425	0.21
Ansiedad	-0,827	0,074	0,074	0.46
Retraimiento	1,868	0,067	0,067	0.49
Somatización	-1,641	0,106	0,106	0.43
Ext. Problem.	-2,744	0,026	0,026	0.61
Int. Problem.	-1,650	0,105	0,105	0.44
AJUSTE	t	St	p sig.	d Cohen
Hab. Sociales	-2,811	0,007	0,007	0.74
Liderazgo	-2,687	0,012	0,012	0.72
H. Adaptativas	-2,579	0,013	0,013	0.68

Tabla 3. Valores estadísticos de las diferencias entre las puntuaciones e los alumnos con TEA y con TDAH

4. Discusión

Entre nuestra investigación y los estudios analizados sobre niños y adolescentes con TEA [10] [19] [20] existe un acuerdo muy elevado en cuanto a las áreas que estos alumnos tienen afectadas y las que se sitúan en el promedio. Por lo que podemos establecer un perfil de TEA con gran coincidencia entre los trabajos analizados. Este perfil se caracteriza por presentar conductas de hiperactividad, atipicidad, síntomas depresivos y de retraimiento y tener problemas de atención. También hay acuerdo en afirmar que los niños y adolescentes con TEA presentan dificultades en habilidades sociales, liderazgo y habilidades adaptativas. En el resto de variables del BASC los alumnos con TEA se sitúan dentro del promedio en agresividad, problemas de conducta, ansiedad y somatización. Por tanto, queda confirmada la primera de la hipótesis planteada ya que "Los alumnos con TEA estudiados obtienen resultados en el rango de riesgo en algunas variables adaptativas,

sociales, comportamentales, cognitivas, clínicas y emocionales analizadas.”

Por otro lado, observando los resultados de los trabajos de la revisión realizada, en general podemos decir que el perfil de los niños y adolescentes con TDAH presenta conductas hiperactivas, de atipicidad y problemas de atención, unas deficientes habilidades sociales y adaptativas y escasa capacidad de liderazgo. Este perfil se completaría con las variables que se sitúan en el promedio tales como niveles medios de ansiedad y escasas conductas de retraimiento y somatización coincidentes en casi todos los trabajos analizados [10] [21] [22].

Además, los padres de los sujetos con TDAH de nuestro trabajo consideran que sus hijos presentan dificultades a nivel social y tienen escasas capacidades de adaptación, aunque no de forma relevante pues hay que señalar que en estas variables sociales y adaptativas estos alumnos se encuentran en el límite entre el promedio y el rango de riesgo.

Por tanto, queda confirmada la segunda de las hipótesis planteada ya que *“Los alumnos con TDAH estudiados obtienen resultados en el rango de riesgo en algunas variables adaptativas, sociales, comportamentales, cognitivas, clínicas y emocionales analizadas.”*

Los resultados referidos a la comparación entre los sujetos con TEA y TDAH de nuestro estudio indican mayores niveles de deterioro social en los sujetos con TEA respecto a los sujetos con TDAH, pero, por el contrario, los sujetos con TDAH muestran mayores dificultades comportamentales, mayores niveles de ansiedad y una mayor repercusión de sus dificultades con un estilo más externalizante. No obstante hay que señalar que las magnitudes de efecto más grandes y más claramente diferenciadoras corresponden a aquellas que se relacionan sustancialmente con las características propias de los TEA y los TDAH, es decir, los sujetos con TEA muestran dificultades en las habilidades de interacción social y bajos niveles de liderazgo, altos niveles de retraimiento de su conducta social, acompañadas con bajas habilidades de adaptación al entorno, por su parte, los sujetos con TDAH muestran de forma muy acusada mayores problemas atencionales, más hiperactividad y una mayor expresión de sus problemas (internalizante y externalizante) que los sujetos con TEA.

Por tanto, a la luz de los datos analizados, podemos señalar que se confirma la tercera de

las hipótesis planteadas: *Debido a la especificidad de sus trastornos, las puntuaciones de los alumnos con TEA y TDAH presentan diferencias significativas en algunas de las variables.*

Por otra parte, en cuanto a las aportaciones de este trabajo. Cabe señalar un aspecto relacionado con el instrumento seleccionado. En lengua española se han realizado algunos trabajos descriptivos que pretenden identificar las características de los alumnos con TEA y con TDAH, no obstante existen muy pocos estudios que utilicen como instrumento un método multidimensional como la batería BASC.

Nos parece interesante resaltar la idea de que en el caso de los alumnos con TEA y con TDAH, no se puede hablar de un tratamiento universal y válido para todos los alumnos debido a la gran diversidad de perfiles y a las necesidades educativas tan peculiares que presentan, no obstante, a tenor de la literatura consultada, parece importante desarrollar programas de educación bien estructurados. A través de la batería multidimensional BASC, podemos llegar al conocimiento de las áreas afectadas y de las fortalezas que los alumnos con TEA y con TDAH presentan. De esta forma podemos diseñar intervenciones ajustadas que trabajen principalmente con estas áreas y así facilitar el máximo desarrollo de las potencialidades de estos alumnos.

Por último cabe señalar como limitaciones importantes del estudio, la amplitud y la representatividad de la muestra, ya que con una muestra mayor podríamos haber hecho inferencias a la población y podríamos haber contado con un diseño estadístico con mayor potencia. Una mayor muestra hubiera permitido también atender a algunas diferencias importantes como a las diferencias de género y la tipología de los sujetos, tanto del grupo de TEA como del grupo de TDAH. Una muestra mayor junto con el estudio de género y de la tipología hubiera revelado datos importantes para avanzar en la definición de las peculiaridades del fenotipo conductual en ambos casos.

5. Referencias

- [1] Cakrabarti, S. y Fombone, E. (2005). Pervasive Developmental Disorders: Confirmation of high prevalence. *American Journal Psychiatry*, 162, 1133-41.
- [2] Barkley, R.A. (2006). The Nature of ADHD. History. En Barkley, R.A. Editor. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for diagnosis and treatment*. 3ª ed. London: The Guilford Press.

- [3] Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499. <http://dx.doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>
- [4] DSM-5 (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM 5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría
- [5] Vaquerizo-Madrid, J., Estevez-Díaz, F. y Díaz-Maillo, I. (2006). Revisión del modelo de alerta e intervención psicolingüística en el Trastorno por déficit e atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 42(2), 53-61.
- [6] Wing, L. y Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 11-29.
- [7] CIE 10. (1994). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- [8] Centers for Disease Control and Prevention (2012). *Prevalence of Autism Spectrum Disorders: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, 2008*. MMWR, Vol. 61 / No. 3. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6103.pdf>
- [9] Reynolds, C.R. y Kamphaus, R.W. (1992). *Behavior assessment system for children (BASC)*. Circle Pines. MN American Guidance Services. Adaptación española de TEA Ediciones S.A. [22] Cervantes, M.L., Acosta, J., Aguirre-Acevedo, D.C., Pineda-Álvarez, D.E. y Puentes, P. (2008). Fenotipo comportamental evaluado con una escala multidimensional de la conducta en niños y adolescentes de 30 familias con trastorno de atención-hiperactividad. *Acta neurología Colombiana*, 24, 53-62.
- [10] González, J., Fernández, S., Pérez, E., Pereña, Jaime., y Santamaría, P. (2004). *BASC, sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes*. Madrid: Tea Ediciones.
- [11] Lord, C., Rutter, M., Goode, S., Heemsbergen, J., Jordan, H. Mawhood, L. y Schopler, E. (1989). Autism diagnostic observation schedule: a standardized observation of communicative and social behavior. *J Autism Dev Disord*, 19 (2): 185-212.
- [12] Lord, C., Rutter, M. y Le Couteur, A. (1994). "Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders". *J Autism Dev Disord*. 24 (5): 659-85.
- [13] Conners, C. (1969). A teacher rating scale for use in drug study with children. *American Journal of Psychiatry*, 126, 884-888.
- [14] Escalas Magallanes de Detección de Déficit Atencional en Niños (2006). *EMA-D.D.A. Manual de Referencia*. Burceña-Barakaldo: Grupo Alborch.
- [15] Vaquerizo-Madrid, J. (2008). Evaluación clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad, modelo de entrevista y controversias. *REV NEUROL*, 46 (Supl. 1): S37-S41.
- [16] Rodríguez-Barrionuevo, A.C. y Rodríguez-Vives, M.A. (2002). Diagnóstico clínico del autismo. *Revista de Neurología*, 34(1), 72-77.
- [17] Schopler, E., Reichler, R.J., DeVellis, R.F. y Daly, K. (1980). Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *J Autism Dev Disord*. Vol. 10 (1), pp. 91-103.
- [18] Montero, I., y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- [19] Mahan, S. y Matson, J.L. (2011). Children and adolescents with autism spectrum disorders compared to typically developing control son the behavioral assessment

system for children, second edition (BASC-2). *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 119-125.

[20] Volker MA, Lopata C, Smerbeck AM, Knoll VA, Thomeer ML. y Toomey JA. (2010). BASC-2 PRS profiles for students with high-functioning autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 40(2):188-199.

[21] Fernández-Jaén, A., Fernández-Mayoralas, D.M., López, S., García, C., Muñiz, B., Pardos, A., Prados, B., Calleja, B. y Muñoz, N. (2011). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad y su relación con las habilidades sociales y de liderazgo evaluadas a través de un sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 6(39), 339-348.

[22] Pizzitola, K., Riccio, C.A., y Siekierski, B.M. (2005). Assessment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) using the BASC and BRIEF. *Applied Neuropsychology*, 12(2), 83-93.

Autores



Andrés García-Gómez

Doctor en Psicopedagogía. Profesor Asociado. Departamento de Ciencias de la Educación. Universidad de Extremadura. Profesor Especialista en Trastornos del Espectro del Autismo del Equipo de Orientación Específico de atención al alumnado con TEA de la Junta de Extremadura en Cáceres (España).



Margarita Pena Sánchez

Resumen de Licenciada en Psicología. Master Universitario de Investigación en Ciencias Sociales y Jurídicas. Directora del Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Cáceres II de la Consejería de Educación del la Junta de Extremadura (España).

Para citar este artículo:

García-Gómez, A. & Pena-Sánchez, M. (2017). Evaluación multidimensional de niños con trastornos del espectro del autismo y con trastornos por déficit atencional con hiperactividad. *CienciAmérica*, 6 (1), 10-16. <http://www.uti.edu.ec/index.php/cienciamerica-2017-1.html>