

## TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA, TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN HIPERACTIVIDAD Y DESREGULACIÓN EMOCIONAL: ENMASCARAMIENTO Y ABORDAJE

AMAIA HERVÁS

Servicio de Salud Mental Infantil y juvenil. Hospital Universitario Mutua Terrassa.  
IGAIN (Instituto Global de Atención Integral del Neurodesarrollo). Barcelona

**Dirección postal:** Psiquiatría Infantil y juvenil. Hospital Universitario Mutua Terrassa. Plaza del Dr Robert, 508221. Terrassa. Barcelona. España

**E-mail:** ahervas@mutuaterrassa.es

### Resumen

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) y los Trastornos por Déficit de Atención Hiperactividad (TDAH) son Trastornos del Neurodesarrollo (TN) que coexisten frecuentemente y que tienen factores etiológicos, biológicos, clínicos en común. La comorbilidad de ambos TN se asocia a un retraso en el diagnóstico del TEA o un diagnóstico que nunca llegan a recibir y es frecuente el desarrollo de alteraciones perceptivas, emocionales, cognitivas y conductuales relacionadas con la Desregulación Emocional (DE). Cuando ambos TN no son diagnosticados en infancia, frecuentemente reciben diagnósticos equivocados en edades más tardías, siendo el más frecuente el Trastorno Límite de Personalidad (TLP).

Se analiza la presentación clínica de la asociación del TEA y el TDAH, la asociación con DE, diferenciación del TLP y evaluación e intervención.

La comorbilidad TEA, TDAH, DE, es un trastorno más severo, asociado a poli farmacología y a ingresos hospitalarios.

**Palabras clave:** autismo, TEA, TDAH, desregulación emocional, trastorno límite de personalidad, suicidio

### Abstract

*Autistic spectrum disorders, attention deficit disorders, hyperactivity and emotional dysregulation: masking and approach*

Autism Spectrum Disorders (ASD) and Attention Deficit Hyperactivity Disorders (ADHD) are Neurodevelop-

mental Disorders (ND) that frequently coexist together and have etiological, biological, and clinical factors in common. The comorbidity of both neurodevelopmental disorders is associated with a delay or lack of ASD diagnosis and the development of perceptual, emotional, cognitive and behavioral alterations related to Emotional Dysregulation (ED) is common. When both TN are not diagnosed in childhood, they frequently receive wrong diagnoses at later ages, the most frequent being Borderline Personality Disorder (BPD).

The clinical presentation of the association of ASD and ADHD, the association with ED, differentiation of BPD, and evaluation and intervention are here analyzed.

The comorbidity ASD, ADHD, ED is a more severe disorder associated to polypharmacology and hospital admissions.

**Keywords:** autism, ASD, ADHD, emotional dysregulation, borderline personality disorder, suicide

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA), denominados también "autismo", se definen en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)* por la presencia de los criterios diagnósticos de deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social (A) y por patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas y repetitivas (B) actualmente o en el pasado, en diferentes contextos<sup>1</sup>.

El Trastorno por Déficit de Atención Hiperactividad (TDAH) se define en el DSM-5-TR como un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad durante al menos 6 meses, mínimo en dos ambientes, de comienzo antes de los 12 años y que impacta negativamente en el funcionamiento o desarrollo, caracterizado por la presencia de 6 o más síntomas de inatención y/o hiperactividad (5 en mayores de 16 años), resultando en presentación del TDAH predominantemente de desatención, de hiperactividad/impulsividad o combinada, o bien especificando si se encuentra en remisión parcial.

Ambos trastornos se incluyen dentro del paraguas de los trastornos del neurodesarrollo (TN) en el DSM-5-TR<sup>1</sup>.

Hasta el DSM-5, el DSM no aceptaba la comorbilidad del TEA y TDAH, por lo que hay una escasez de estudios sobre la presentación clínica, evolución, evaluación diagnóstica y abordaje de la comorbilidad.

La desregulación emocional (DE) no está reconocida como tal en el DSM-5-TR y se ha definido de varias maneras en la bibliografía, entendida como la variedad de habilidades cognitivas, fisiológicas y conductuales que permiten a un individuo monitorizar y modular la ocurrencia, intensidad, expresión de las emociones y activación de cada persona<sup>2,3</sup>.

El TEA y el TDAH se asocian a la DE, aumentando la severidad, impedimento funcional y mantenimiento de los síntomas<sup>3</sup>.

La primera referencia del TEA en personas con capacidad intelectual dentro de la norma en el habla inglesa, es reciente en el tiempo, fue en 1981 con la célebre publicación de Lorna Wing, *Asperger's Syndrome: a Clinical Account*<sup>4</sup>. Este retraso en el reconocimiento del colectivo TEA con cociente intelectual (CI) dentro de la norma se ha asociado a una población de adultos que han crecido con un no-diagnosticado TEA y que han recibido diagnósticos psiquiátricos múltiples erróneos<sup>5</sup>.

Este hecho particularmente afecta al género femenino<sup>5</sup>, siendo una de las confusiones diagnósticas más frecuentes en mujeres adultas los Trastornos de Personalidad (TP)<sup>5,6</sup>. Según el DSM-5, los TP son definidos como un patrón de experiencia interna y conducta persistente, pervasiva y rígida, que diverge significativamente de las expectativas y normas culturales, que

puede influenciar el funcionamiento y control de impulsos en el área cognitiva, emocional o interpersonal<sup>1</sup>. Los TP típicamente comienzan en la adolescencia o edad adulta temprana, y es importante que se evalúe que los rasgos del TP estén presentes a lo largo de la vida<sup>1</sup>. El CIE-11<sup>7</sup> ha adoptado un concepto dimensional de los TP, aboliendo los diferentes subtipos, pero reconociendo el especificador TP-TLP definido en DSM-5-TR y CIE-11 como un funcionamiento interpersonal pervasivo de inestabilidad en regulación de afecto, control de impulsos, estado de ánimo y autoimagen inestable, desregulación emocional, miedo de abandono y rasgos de personalidad difícil (antagonismo y desinhibición)<sup>1,5-7</sup>.

### Asociación de ambas alteraciones evolutivas y su prevalencia

Los estudios poblacionales más recientes, en una extensa cohorte de casi dos millones de habitantes nacidos entre 1987-2006 en Suecia, encontraron una prevalencia de TEA 1.50%; TDAH 4.34% y TEA y TDAH 0.73%. La presencia del TEA aumentaba el riesgo del TDAH (OR:22.33), especialmente en TEA con CI dentro de la norma, también aumentaba el riesgo de tener familiares con TDAH<sup>8</sup>. La asociación TEA y TDAH se asocia a una mayor severidad de síntomas de TEA, y de TDAH, agravamiento de la función ejecutiva, aumentando las dificultades de inhibición y memoria de trabajo propias del TDAH y la rigidez cognitiva, dificultades de planificación y flexibilidad cognitiva propias del TEA y más severa comorbilidad (Tabla I)<sup>9</sup>.

La presencia de ansiedad en el TDAH, específicamente ansiedad social o fobias asociadas a problemas de relación social, podría ser un marcador clínico de la asociación del TDAH con el TEA. En la vida adulta TEA y TDAH se asocian a un aumento de todo tipo de comorbilidades: ansiedad, depresión, trastornos de conducta, autolesiones, tentativas autolíticas, disforia de género, DE, alteraciones motoras, Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), consumo de tóxicos etc., a una mayor interferencia funcional y a una mayor persistencia del TEA, del TDAH y de la comorbilidad a lo largo de la vida<sup>9</sup>.

La presencia del TDAH enmascara los síntomas de autismo y es uno de los factores más importantes para omitir o retrasar el diagnóstico

**Tabla 1** | Prevalencia de la comorbilidad asociada a TEA, TDAH, TEA-TDAH (Adaptado de Casseus et al, 2023<sup>9</sup>)

Comorbilidad	TEA y TDAH, %	TEA sin TDAH, %	TDAH sin TEA, %
Trastornos de aprendizaje	70.6	55.5	32.4
Problemas de conducta	69.6	36.8	46.0
Ansiedad	60.0	25.1	29.2
Depresión	24.1	7.1	15.0
Trastornos de lenguaje	42.1	56.5	10.1
Tomando medicación psicotrópica	72.3	15.6	69.4

del TEA, no pudiendo acceder a una intervención precoz del autismo cuando es más efectiva<sup>10</sup>. El enmascaramiento del autismo se relaciona con el patrón del desarrollo de síntomas. Los bebés que luego desarrollan TEA, durante los primeros meses de vida presentan un buen temperamento, tranquilos, pasivos, presentan escasas o ninguna demanda, reaccionan escasamente al hambre, sueño, dolor, se mueven poco, y es más tarde, a los 2-3 años cuando comienzan con una desregulación motora, cognitiva y emocional, presentando entonces más actividad y un comportamiento más difícil. Por el contrario, aquellos bebés que desarrollaran la comorbilidad TEA Y TDAH, ya en el primer año de la vida presentan un temperamento diferente, más movidos, rabieta, duermen peor y en general con más dificultades conductuales<sup>10</sup>. Los padres dan más importancia a que sus hijos no paren quietos, se pongan en peligro, no se entretengan, tengan rabieta frecuentes o no duerman a que presenten dificultades en la comunicación no verbal, o en el juego simbólico, o que no imiten<sup>10</sup>. En la asociación del TEA y TDAH, por lo general los síntomas de autismo son sutiles, presentando menos desarrollo atípico en el lenguaje, o de su sociabilidad, pero con más conductas repetitivas y síntomas de TDAH muy marcados<sup>10</sup>.

### Desregulación emocional-TEA y TDAH

La DE incluye un concepto más amplio que el emocional, incluye la desregulación cognitiva, es decir la desregulación de la función ejecutiva y el razonamiento dirigido a un objetivo, la desregulación de la conducta, que incluye la capacidad de monitorizar el movimiento físico e inhibir impulsos y gratificaciones, y la desregulación perceptiva, que incluye la capacidad de regular el nivel de estimulación sensorial<sup>2,3</sup>.

La combinación TEA, TDAH y DE va asociada a múltiples problemáticas, es la principal causa de consumo de psicotrópicos, ingresos hospitalarios, consultas en urgencias y graves problemas emocionales y conductuales. Se asocia a rumiaciones repetitivas negativas, asociadas a situaciones traumáticas y a la alexitimia<sup>3</sup>.

Los síntomas de autismo se acentúan en situaciones de estrés, ya que utilizan sus conductas repetitivas del cuerpo (estereotipias) o/ y con los objetos o sus intereses, la rigidez conductual o sus rituales, como un esfuerzo poco efectivo de calmarse y tranquilizante, desarrollando un círculo vicioso en el que el aumento de actividades e intereses estereotipados y repetitivos les desregula aún más. Esta excitabilidad emocional les hace más sensibles sensorialmente que a su vez les desregula, aísla e incomunica aún más<sup>3</sup>.

### Factores que contribuyen a la DE

**TDAH:** la hiperactividad y la impulsividad están relacionadas directamente con la DE. Las dificultades en la inhibición motora, emocional y cognitiva se asocian a una mayor inestabilidad emocional, más efecto negativo con dificultades en regular y expresar las emociones. El TDAH no es un problema de no reconocer emociones o no expresarlas, es un problema de como inhibir sus impulsos, emociones o distracciones<sup>3</sup>.

**TEA:** las conductas repetitivas y estereotipadas del TEA están directamente relacionadas con la DE, presentándose la DE en más del 50% de las personas con TEA<sup>3</sup>.

Rumiaciones o el acto de pensar una y otra vez sobre la misma cosa sin resultado funcional, sin hacer nada para resolverlo, consiste en pensamientos repetitivos, fijos, inflexibles, recurrentes, de un contenido estresante, asociados frecuentemente a imágenes traumáticas de vic-

timizaciones, rechazos, reviviendo constantemente estas situaciones angustiosas del pasado. Estas rumiaciones o pensamientos negativos aumentan con la falta de estructura, inactividad y aburrimiento.

Por otra parte, los pensamientos, conductas o estimulaciones sensoriales estereotipadas y repetitivas, pueden llegar a producir una intensa excitabilidad, con dificultades en autocontrolarse, produciendo una intensa DE<sup>3</sup>.

Características del TEA, como la intensa inflexibilidad cognitiva ante cualquier aspecto que diverge de su pensamiento, o la inflexibilidad conductual ante mínimos cambios, o los rituales, que les altera su interrupción o mínima modificación, todas estas situaciones pueden llegar a producir emociones intensas muy negativas<sup>3</sup>.

La intensidad emocional y la sobreexcitación emocional les hace más vulnerables aún a estímulos sensoriales, sensibilizándose sensorialmente, respondiendo con aislamiento y evitación social, como manera de protegerse ante lo inesperado en el entorno<sup>2</sup>.

La hiposensibilidad, o bajo registro perceptivo de sus propias percepciones, se ha descrito como un posible marcador biológico en el primer año de la vida del autismo y se ha asociado más tarde en la vida con DE y autolesiones<sup>11</sup>. Percepciones que sienten pero no son conscientes de ellas con bajo registro del sueño, hambre, dolor, frío-calor, cansancio, y la falta de asociación interna con las situaciones ambientales que provocan estas percepciones, pueden llegar a provocar reacciones emocionales no identificadas, que por lo tanto no saben cómo prevenir y evitar<sup>11</sup>.

La alexitimia está presente en más de un 50% de las personas con TEA y se describe como “no palabras para emociones”. La alexitimia consiste en las dificultades en identificar y describir sus propias emociones, focalizándose en experiencias externas, mostrando un afecto plano, y presentando dificultades en relacionar estas emociones no identificadas con situaciones externas o internas. La emociones están, pero no se identifican ni las saben prevenir ni controlar, siendo la alexitimia la base de la asociación del TEA con DE<sup>12</sup>.

**Alteraciones emocionales:** El desarrollo de síntomas o trastornos de ansiedad o/y depresión son frecuentemente consecuencias de vivir

con TEA o/y TDAH, en especial cuando no son identificados y diagnosticados. La combinación de las dificultades de inhibición emocional y cognitiva del TDAH, las rumiaciones negativas y la aleximitia asociadas al TEA, les expone a muchas horas de emociones negativas, culpabilizadoras, de experiencias negativas, desarrollando con frecuencia cuadros depresivos y ansiosos, asociados frecuentemente a autolesiones o/y ideas de muerte<sup>12</sup>.

Los factores biológicos genéticos, bioquímicos, inmunológicos o farmacogenéticos, señalan una asociación del TEA con una vulnerabilidad a la depresión<sup>12</sup>.

**Trauma:** situaciones de trauma, por ejemplo el *bullying*, rechazos, abuso físico, sexual, maltratos etc., son frecuentes y están presentes en 1/3 de las personas con TEA o/y TDAH. La exposición a situaciones traumáticas aumenta el riesgo de que, a su vez aumente el riesgo de psicopatología<sup>13</sup>.

**Autolesiones:** en el TEA y el TDAH aumenta hasta 3 veces el riesgo de autolesiones, que a su vez aumenta 3 veces el riesgo de suicidio<sup>14</sup>. Está directamente relacionado con la DE, pero también con la falta de inhibición e impulsividad del TDAH, al bajo registro perceptivo del TEA y con la necesidad de tranquilizarse a través de la propia conciencia de su cuerpo. Se ha descrito que un 52% de las personas que se autolesionan presentan un TLP<sup>14</sup>. Adolescentes o mujeres adultas que no han sido diagnosticadas de TEA o/y TDAH en infancia, con intensa DE, autolesiones etc., terminan con frecuencia con un diagnóstico equivocado de TLP por la similitud de la presentación clínica<sup>5,14</sup>.

### TEA, TDAH, DE y TLP

Un 50% de los casos de adultas jóvenes con TEA podrían cumplir la mayoría de los criterios clínicos de TP siendo el TLP uno de los más frecuentes. El 68% cumpliría criterios para uno o más diagnósticos de TP, el 40% para dos o más y el 18% para tres o más. Aproximadamente el 7-8% de los adultos con TEA no diagnosticados, habían recibido un diagnóstico de TLP<sup>5,6</sup>.

El TEA o/y el TDAH no deberían diagnosticarse asociados a un TLP, ya que este comienza en adolescencia, no tiene alteraciones en las pri-

meras edades del neurodesarrollo, y más que una comorbilidad podríamos considerarlo un diagnóstico diferencial<sup>1,5</sup>. Comunes a ambos son la DE, conductas impulsivas, autolesiones, problemas en las relaciones sociales pero en el TEA asociados a TDAH, DE, los problemas de cognición social, inocencia, procesamiento perceptivo de la información atípico y problemas de comprensión verbal, son más marcados y por el contrario, es menos frecuente la sensación de vacío, abandono, los problemas de vinculación con el adulto y los problemas emocionales, que surgen precipitados por el autismo, es decir por los cambios, estímulos sensoriales o dificultades en socialización-comunicación, a diferencia del TLP que los presenta más pervasivos<sup>5,6</sup>.

### TEA, TDAH, DE y suicidio

El suicidio es frecuente en los TP y ocurre en un 10% de los TLP. La mitad de los casos que cometen suicidio en menores de 35 años, en estudios postmortem presentan un trastorno de personalidad siendo el más frecuente el TLP<sup>5,15</sup>. Se ha asociado la presencia de síntomas significativos de autismo en cuestionarios en pacientes con TLP con alexitimia y dificultades de empatía<sup>5,15</sup>.

### Aspectos relacionados con la evaluación

Se debería incluir siempre un cribaje de TEA, TDAH, incluso de naturaleza subclínica, en los adolescentes, y adultos con inestabilidad emocional, DE, que presenten conductas impulsivas, autolesiones, identificando la alexitimia, rumiaciones y traumas e identificando factores diferenciales con el TLP, mediante estudios de cognición social, empatía y medidas estandarizadas de síntomas de TEA, de TDAH y DE, de aparición en la infancia<sup>16</sup>. El Cuestionario de Comunicación Social (SCQ; Rutter et al 2003), la Escala de Respuesta Social (SRS; Constantino 2005), Cociente de espectro de autismo (AQ; Baron-Cohen S 2001), Escala de diagnóstico de autismo de Ritvo Asperger revisada (RAADS-R; Ritvo RA 2011)<sup>16</sup>, entre otras, se han utilizado para el cribaje de síntomas de autismo en población infantil, adolescente y adulta, Inventario de Tics, TDAH y otras comorbilidades del autismo (A-TAC; Mårland, C 2017))<sup>16</sup>, para comorbilidades del autismo en edad infantil y adolescente.

Destacan entrevistas para la evaluación de la comorbilidad, como es la *Children's Interview for Psychiatric Symptoms-Parent Version (P-ChIPS)* y el *Autism Comorbidity Interview-Present and Lifetime version (ACI-PL)*, con buenas características psicométricas en personas con autismo (Leyfer, 2006).

El Inventario de Desregulación emocional (EDI; Mazefsky, 2018), el *Child and Adolescent-Symptom Inventory-4 (CASI-4; Gadow, 2008)* y el *Autistic Depression Assessment Tool (ADAT-A)*, para adultos con autismo sin discapacidad intelectual, la *Anxiety Scale for Children-ASD (ASC-ASD; Rodgers, 2016)* y el *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* en adolescentes y adultos, son específicos para autismo. La *Toronto Alexithymia Scale (TAS; Bagby, 1986)* y el *Suicide Behaviours Questionnaire-Revised; (SBQ-R; Osman, 2001)*, son útiles en la evaluación. Para la evaluación del Trastorno Límite de Personalidad se utilizan, entre otras, la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad, del eje II del DSM-IV, SCID-II (M.B. First, et al, 1999) y el *Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R)*, (Gunderson, Kolb & Austin, 1981).

### Intervención en TEA, TDAH y DE

Se han recomendado diferentes tipos de intervenciones<sup>17</sup>:

- Estrategias de modificación de conducta: análisis funcional de los factores desencadenante de las conductas desde el conocimiento profundo del neurodesarrollo, consecuencias de la conducta y factores de mantenimiento permite el desarrollo de planes funcionales en todas las áreas de afectación conductual-emocional-cognitiva. Esencial también es el aprendizaje de modelos comunicativos, sociales funcionales y la identificación de las dificultades específicas de su cognición social, empatía, procesamiento perceptivo y sensorial.

- Intervenciones educativas: más tiempo para completar tareas, facilitar notas antes de clases, reducir tiempo de tareas y la aplicación de terapias específicas: lenguaje, terapia ocupacional. La adaptación del aprendizaje y su evaluación, respetando las divergencias de sus habilidades de tal manera que puedan desarrollarlas a su máximo. La prevención del *bullying* o/y trauma es esencial, o la disminución de su impacto una vez que ocurre.

- Entrenamiento en habilidades organizativas, y adaptarlas al autismo: apoyo visual, actividades interactivas, enseñanza directa.

- En TEA y TDAH es necesario intervenir en las dos habilidades: conocimiento y ejecución. Un 50% de las personas con TEA Y TDAH presentan una respuesta positiva a los estímulos, definido como una reducción del 25% de los síntomas del TDAH, y una mejora de la impresión clínica, siendo menor que la respuesta del 70-90% obtenida en el TDAH sin TEA. Estimulantes y no estimulantes tienen más efectos secundarios en la población TEA y TDAH. La DE puede mejorar cuando el TDAH asociado es tratado con estimulantes o con guanfacina, en caso de ineffectividad o efectos secundarios a estimulantes. Atomoxetina puede ser una alternativa en la comorbilidad añadida de ansiedad. Para la DE, si no responden a tratamientos para el TDAH, antipsicóticos a dosis bajas es una alternativa, especialmente aripiprazol y risperidona, que tienen indicación en autismo con desregulación emocional-conductual<sup>3</sup>.

- Es necesario también intervenir en el concepto del propio cuerpo, facilitando la discriminación perceptiva, emocional y cognitiva<sup>3</sup>.

- La psicoeducación de los padres y de los adolescentes y adultos con TEA es esencial, favoreciendo la autoafirmación, autoestima y psicoeducación del TND, desde una vertiente positiva e integradora. Resulta de extrema importancia la devolución del diagnóstico para que puedan ellos mismos y sus familias comprender lo que les ocurre<sup>17</sup>.

- Técnicas para la DE: la habilidad de atender y discriminar emociones y percepciones, favoreciendo la introspección e identificación emocional y perceptiva. Identificar factores externos e internos desencadenantes de los cambios emocionales propios. Estrategias dirigidas a responder de manera flexible a las propias emociones y percepciones, reestructuraciones cognitivas neutras o positivas y estrategias cognitivo-lingüísticas para mejorar la autorregulación<sup>2,3</sup>.

---

**Conflictos de Interés:** Ensayos clínico- hospitalarios con F. Hoffmann-La Roche Ltd, Servier, GW Research Ltd, y Jazz Pharmaceuticals.

## Bibliografía

1. American Psychiatric Association (APA), 2022. Diagnostic and Statistical Manual, Fifth Edition (DSM-5-TR).
2. McRae K, Gross JJ. Emotion regulation. *Emotion* 2020; 20: 1-9.
3. Hervás A. Emotional dysregulation and autism spectrum disorders. *Rev Neurol* 2017; 64 (S01): S17-25.
4. Wing L. Asperger's Syndrome: a Clinical Account. *Psychological Medicine* 1981; 11: 115-30.
5. Hervás A. Género femenino y autismo: infra detección y mis diagnósticos. *Medicina (B Aires)* 2022;82 (Suppl 1): 37-42.
6. Dell'Osso L, Cremone IM, Nardi B, et al. Comorbidity and Overlaps between Autism Spectrum and Borderline Personality Disorder: State of the Art. *Brain Sci* 2023;13(6):862. doi: 10.3390/brainsci13060862.
7. World Health Organization. International Classification of Diseases, 11th ed. World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2018.
8. Ghirardi L, Brikell I, Kuja-Halkola R, et al. The familial co-aggregation of ASD and ADHD: a register-based cohort study. *Mol Psychiatry* 2018; 23: 257-62.
9. Casseus M, Kim WJ, Horton DB. Prevalence and treatment of mental, behavioral, and developmental disorders in children with co-occurring autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: A population-based study. *Autism Res* 2023; 16: 855-67.
10. Oerbeck B, Overgaard KR, Pripp AH, et al. Early Predictors of ADHD: Evidence from a Prospective Birth Cohort. *J Atten Disord* 2020; 24: 1685-92.
11. Duerden EG, Oatley HK, Mak-Fan KM, et al. Risk factors associated with self-injurious behaviors in children and adolescents with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2012; 42:2460-70.
12. Hervás A. Autismo y depresión: presentación clínica, evaluación y tratamiento. *Medicina (B Aires)* 2023; 83 Suppl 2:37-42.
13. Diaconu B, Kohls G, Rogers JC, et al. Emotion processing in maltreated boys and girls: Evidence for

- latent vulnerability. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2023; 32: 2523-36.
14. Balzen KM, Goette WF, Sachs R, et al. Borderline personality features influence treatment response to suicide prevention. *J Affect Disord* 2022; 311: 515-22.
  15. Nanchen K, Brodfuehrer A, Heinrichs M, et al. Autistic traits in patients with borderline personality disorder. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 2016; 64: 247.
  16. Fuentes J, Hervás A, Howlin P, (ESCAP ASD Working Party). ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2021; 30: 961-84.
  17. Mikami AY, Smit S, Khalis A. Social Skills Training and ADHD-What Works? *Curr Psychiatry Rep* 2017;19(12): 93.