



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

Intervención Cognitivo-Conductual en Trastorno del Espectro Autista y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

Estudiante de posgrado: Juliana Ana Avila Alias

Legajo: 39341

Director/es: Analía Verónica Losada

Co-director/es: Beatriz Baroni y Nicolás Genise

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Especialista en Psicoterapia
Infanto-Juvenil

2026

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO
UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del **RIUFLO**. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

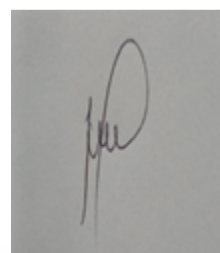
Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):

A partir del día de la fecha de aprobación del TFI [SI]

A partir de otra fecha, especificar: -

Lugar y fecha: Neuquén Capital 07/07/26

Firma y aclaración del autor: Juliana Avila



Resumen

El presente trabajo final integrador analiza el caso clínico de una niña de 10 años con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA) y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), con dificultades significativas en la autorregulación atencional y conductual, el funcionamiento ejecutivo, la regulación emocional, la comunicación social y el funcionamiento adaptativo. El objetivo consistió en analizar y describir el caso, así como diseñar y aplicar un plan de intervención cognitivo-conductual específico para su abordaje clínico. Se utilizó un diseño de caso único con medidas repetidas, articulado con una evaluación multimodal y transdiagnóstica. Se administraron instrumentos estandarizados para valorar síntomas atencionales y conductuales, funciones ejecutivas, regulación emocional, comunicación social y funcionamiento adaptativo. El desempeño académico funcional se valoró mediante informes escolares, observación clínica y registros de tareas. A partir de la evaluación inicial se diseñó una intervención cognitivo-conductual integrada de 24 sesiones individuales, organizada en seis módulos secuenciales, complementada con encuentros con padres y articulación con la escuela. Los resultados mostraron mejoras en autorregulación atencional y conductual, funciones ejecutivas, regulación emocional, comunicación social y funcionamiento adaptativo, con cambios observados tanto en el espacio terapéutico como en contextos naturales. Se concluye que una intervención cognitivo-conductual integrada, centrada en procesos funcionales compartidos entre TEA y TDAH, puede favorecer cambios clínicamente significativos en el funcionamiento cotidiano infantil.

Palabras clave: Trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, comorbilidad, intervención cognitivo-conductual, estudio de caso, autorregulación

Índice

Resumen	1
Índice.....	2
Introducción.....	4
Justificación.....	5
Marco teórico.....	7
Trastorno del Espectro Autista	7
Caracterización del TDAH.....	8
Comorbilidad entre Trastorno del Espectro Autista y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	9
Fundamentos de la intervención cognitivo-conductual en la comorbilidad TEA-TDAH.....	11
Formulación clínica y enfoque cognitivo-conductual	11
Procesos de intervención prioritarios en TEA-TDAH	12
Participación de familia y escuela	13
Objetivo.....	15
Metodología.....	15
Diseño	15
Caso y contexto	16
Instrumentos.....	17
Plan de evaluación del progreso terapéutico	18
Plan de intervención	19
Procedimiento.....	22
Aspectos éticos	24
Resultados.....	26
Evaluación inicial	26
Evolución durante la intervención y evaluación intermedia	27
Evaluación final	28

Síntesis del cambio clínico	31
Discusión y conclusiones.....	33

Introducción

El presente trabajo final integrador analiza el caso clínico de una niña de 10 años y 1 mes con dificultades en la autorregulación atencional y conductual, el funcionamiento ejecutivo, la regulación emocional, la comunicación social y el funcionamiento adaptativo. El análisis se organiza a partir de la caracterización clínica inicial, el diseño de un plan de intervención cognitivo-conductual y la valoración de los cambios observados durante el proceso terapéutico. En la documentación clínica inicial, correspondiente a un informe psicológico elaborado el 9 de noviembre de 2018 por una Licenciada en Psicología, figuraban los diagnósticos de Trastorno Generalizado del Desarrollo y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

Resulta necesario precisar que la categoría Trastorno Generalizado del Desarrollo corresponde a una clasificación diagnóstica previa al DSM-5 y no constituye una categoría vigente en el DSM-5-TR. En la clasificación actual, las condiciones previamente incluidas dentro de los trastornos generalizados del desarrollo fueron reorganizadas bajo la categoría de Trastorno del Espectro Autista (TEA), que contempla dificultades persistentes en la comunicación e interacción social, junto con patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades (American Psychiatric Association [APA], 2022). Por este motivo, en el presente trabajo se respeta la denominación diagnóstica consignada en la documentación clínica original, pero el análisis clínico y la fundamentación teórica se desarrollan desde la categoría actual de TEA y su comorbilidad con TDAH.

Según el DSM-5-TR, el TEA constituye una condición del neurodesarrollo caracterizada por alteraciones persistentes en la comunicación social y en la interacción social, así como por la presencia de patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. Estas manifestaciones presentan una amplia variabilidad clínica y pueden expresarse de manera diferente según el nivel de apoyo requerido, las características individuales y los contextos de participación de cada persona (APA, 2022). La Organización Mundial de la Salud describe el autismo como un grupo diverso de condiciones relacionadas con el desarrollo cerebral, cuyas manifestaciones pueden detectarse en la infancia temprana, aunque en muchos casos el diagnóstico se realiza posteriormente. A nivel epidemiológico, se estima que en 2021 aproximadamente una de cada 127 personas presentaba autismo en el mundo, aunque esta cifra representa un promedio y puede variar de manera considerable entre estudios y regiones (World Health Organization [WHO], 2025).

Por otra parte, el TDAH se define en el DSM-5-TR como un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo. Para su diagnóstico, los síntomas deben presentarse antes de los 12 años, manifestarse en dos o más contextos y generar deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, académico u

ocupacional (APA, 2022). Según Molina et al. (2022), el TDAH es frecuente en la población infantil y juvenil y se caracteriza principalmente por la presencia persistente de inatención, hiperactividad y/o impulsividad. En una línea similar, Vega (2024) señala que estos síntomas afectan el desarrollo del niño cuando cumplen criterios funcionales, contextuales y temporales, especialmente por su impacto en el desempeño escolar, la adaptación social y la regulación de la conducta.

A nivel global, el TDAH presenta una prevalencia estimada cercana al 5% en niños, niñas y adolescentes, aunque las cifras pueden variar según los criterios diagnósticos y las metodologías utilizadas. En Argentina, Bakker et al. (2023) sitúan su prevalencia aproximadamente en un 4%, mientras que a nivel mundial se informa una variación cercana al 4%–7% en población infantil y adolescente. Los síntomas característicos del TDAH pueden afectar el desarrollo cognitivo, emocional y social, dificultando el rendimiento escolar, la autorregulación y la adaptación a los distintos entornos en los que el niño o la niña participa.

Justificación

El TEA se caracteriza por alteraciones persistentes en la comunicación e interacción social, junto con patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades con impacto significativo en la participación escolar, la vida familiar y los vínculos con pares. Su prevalencia global se estima en torno a 1% de la población infantil, con variabilidad según los contextos (APA, 2022; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025). Por su parte, el TDAH implica un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo y una prevalencia infantil cercana al 5%, y efectos sobre el rendimiento académico, la autorregulación y la dinámica familiar (APA, 2022).

La comorbilidad TEA-TDAH profundiza demandas adaptativas al combinar dificultades en la comunicación social y la flexibilidad conductual con problemas de atención y control inhibitorio, incrementando el riesgo de fracaso escolar, tensiones familiares y experiencias de exclusión. Estas condiciones justifican intervenciones tempranas, estructuradas y coordinadas entre el ámbito clínico, la escuela y la familia (APA, 2022; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025).

En este marco, el análisis detallado del caso que se presenta en este trabajo integrador final y el diseño de un plan de intervención cognitivo-conductual ofrecen un aporte teórico-técnico al articular resultados de la evaluación con objetivos terapéuticos observables y medibles y con procedimientos específicos organizados.

Por otra parte, el análisis e intervención de este caso poseen una importante utilidad práctica expresada en componentes que serán transferibles a los contextos naturales del paciente -contexto

familiar, escolar y social- por un lado, y por otro, a posibles casos en los que se replique el fenómeno comórbido TEA-TDAH.

Por tanto, el presente trabajo busca presentar un alto impacto social puesto que la intervención y mejora de esta paciente impacta directamente en los diferentes ámbitos mejorando la calidad de vida de todos los actores implicados.

Marco teórico

Trastorno del Espectro Autista

El TEA se constituye como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por dificultades persistentes en la comunicación e interacción social, junto con patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades (APA, 2022). La formulación actual del diagnóstico quedó consolidada en el DSM-5, que sustituyó la antigua organización en subtipos por una concepción dimensional del espectro, permitiendo describir con mayor precisión la heterogeneidad clínica y los distintos niveles de apoyo requeridos (APA, 2022).

En términos epidemiológicos, en las últimas décadas se ha observado un incremento sostenido en la identificación y el diagnóstico del TEA. La literatura informa un aumento de la prevalencia estimada en distintos contextos, fenómeno que suele vincularse no solo con una posible mayor detección de casos, sino también con cambios en los criterios diagnósticos, mejoras en el tamizaje y una mayor sensibilización profesional y social (Aragón et al., 2023; *Centers for Disease Control and Prevention* [CDC], 2020). Asimismo, aunque históricamente se ha informado una mayor prevalencia en varones, investigaciones recientes advierten que las niñas y mujeres podrían estar subdiagnosticadas o diagnosticadas más tardíamente, en parte debido a presentaciones clínicas menos prototípicas y a mayores estrategias de compensación social (McCrossin, 2022).

En cuanto a su etiología, el TEA se comprende actualmente como una condición de origen multifactorial, en la que convergen factores genéticos, neurobiológicos y ambientales. La evidencia disponible respalda una contribución hereditaria importante, pero también muestra que no existe una causa única ni lineal. En cambio, se reconoce la interacción de múltiples factores de riesgo, lo que contribuye a explicar la heterogeneidad de las manifestaciones clínicas (APA, 2022; Modabbernia et al., 2017).

Desde el punto de vista clínico, el diagnóstico de TEA se organiza en torno a dos dominios nucleares. El primero corresponde a los déficits persistentes en la comunicación e interacción social en múltiples contextos. Estas dificultades pueden manifestarse en problemas para iniciar y sostener intercambios, compartir intereses o emociones, comprender claves implícitas de la interacción y utilizar adecuadamente recursos no verbales como la mirada, los gestos o la expresión facial (APA, 2022). El segundo dominio comprende los patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, entre ellos la rigidez frente a cambios, la insistencia en rutinas, los intereses circunscritos y las respuestas sensoriales atípicas (APA, 2022).

Estas manifestaciones presentan una amplia variabilidad clínica, pero suelen tener impacto en la adaptación cotidiana, especialmente en los contextos familiar, escolar y social. Por ello, la

descripción del TEA no debe reducirse a una enumeración de síntomas, sino que debe considerar su incidencia sobre el funcionamiento diario y sobre las necesidades concretas de apoyo (Ubillús, 2024).

Una contribución relevante del DSM-5 fue la incorporación de especificadores de gravedad según el nivel de apoyo requerido. Esta clasificación resulta clínicamente útil dado que permite describir con mayor precisión la intensidad de las dificultades y orientar la planificación terapéutica de acuerdo con el perfil funcional de cada niño o niña (APA, 2022). En población infantil, el nivel de apoyo requerido suele vincularse con la autonomía en la vida diaria, las demandas del entorno y la presencia de comorbilidades que complejizan el funcionamiento.

Para el presente trabajo, esta caracterización permite delimitar los aspectos del TEA más relevantes para la intervención: las dificultades en la comunicación social, la rigidez conductual, la necesidad de previsibilidad y apoyos estructurados, y el impacto de estas manifestaciones sobre el desempeño cotidiano.

Caracterización del TDAH

El TDAH es postulado como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere de manera significativa en el funcionamiento o el desarrollo del individuo (APA, 2022). De acuerdo con el *DSM-5-TR*, para establecer el diagnóstico es necesario que varios síntomas estén presentes antes de los 12 años, que se manifiesten en dos o más contextos, como el hogar y la escuela, y que produzcan un deterioro clínicamente relevante en el funcionamiento académico, social o familiar (APA, 2022).

En términos epidemiológicos, el TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes en la población infantil. Los estudios internacionales sitúan su prevalencia entre el 5 % y el 7 % de los niños en edad escolar, aunque estas cifras pueden variar según los criterios diagnósticos y las metodologías empleadas (Polanczyk et al., 2015; Thomas et al., 2015). Asimismo, se ha descrito una mayor prevalencia en varones que en mujeres, aunque se ha advertido que las niñas pueden presentar con más frecuencia perfiles predominantemente inatentos, lo que podría contribuir a su subdiagnóstico (APA, 2022; Quinn & Madhoo, 2014).

En cuanto a su etiología, el TDAH se comprende actualmente como un trastorno de origen multifactorial, resultado de la interacción entre predisposiciones genéticas y factores ambientales. La evidencia acumulada señala una alta heredabilidad, así como alteraciones en circuitos neurofuncionales vinculados con el control ejecutivo, particularmente aquellos implicados en la inhibición conductual, la memoria de trabajo y la autorregulación (Cortese et al., 2012; Faraone & Larsson, 2019). También se han identificado factores de riesgo ambientales, como la prematuridad,

el bajo peso al nacer o la exposición prenatal a sustancias, aunque ninguno de ellos por sí solo explica la aparición del trastorno (Thapar et al., 2013).

Desde el punto de vista clínico, el TDAH se organiza en dos grandes dimensiones sintomáticas. La primera corresponde a la inatención, que incluye dificultades para sostener la concentración, cometer errores por descuido, no seguir instrucciones, presentar desorganización, perder objetos y evitar tareas que requieren esfuerzo mental sostenido. La segunda corresponde a la hiperactividad-impulsividad, que se expresa en inquietud motora, dificultad para permanecer sentado, hablar en exceso, interrumpir a otros, actuar sin anticipar consecuencias y mostrar escasa tolerancia a la espera (APA, 2022).

El DSM-5-TR reconoce además tres presentaciones clínicas del trastorno: predominantemente inatenta, predominantemente hiperactiva-impulsiva y combinada. Estas presentaciones no constituyen categorías rígidas, sino formas clínicas que pueden variar a lo largo del desarrollo (APA, 2022). En el ámbito escolar, el TDAH suele manifestarse en dificultades para iniciar, sostener y finalizar tareas, problemas para organizar materiales, bajo rendimiento inconsistente y conductas disruptivas. En el plano social y familiar, son frecuentes los conflictos derivados de la impulsividad, la baja tolerancia a la frustración y las dificultades para regular la conducta en función de las demandas del entorno (Barkley, 2015; DuPaul & Stoner, 2014).

Diversas investigaciones han señalado que, más allá de la descripción conductual, el TDAH compromete procesos neuropsicológicos centrales, especialmente aquellos vinculados con la inhibición, la memoria de trabajo, la planificación y otras funciones ejecutivas (Barkley, 2015; Willcutt et al., 2005). Por ello, su impacto no se limita al rendimiento escolar, sino que alcanza la adaptación emocional, conductual y social del niño. Esta consideración resulta particularmente relevante para el presente trabajo, ya que permite comprender cómo las dificultades atencionales y de autorregulación inciden en la vida cotidiana y fundamentan la necesidad de intervenciones terapéuticas estructuradas e individualizadas.

Comorbilidad entre Trastorno del Espectro Autista y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

La comorbilidad entre TEA y TDAH constituye una condición clínicamente relevante debido a la frecuencia con que ambos cuadros coexisten y al modo en que su interacción incrementa la complejidad del funcionamiento cotidiano. Las clasificaciones diagnósticas actuales admiten esta coexistencia y reconocen que la superposición sintomática puede dificultar tanto el diagnóstico diferencial como la planificación terapéutica, especialmente cuando las manifestaciones atencionales, ejecutivas, emocionales y sociales se expresan de forma simultánea (APA, 2022).

Uno de los principales desafíos clínicos en esta comorbilidad radica en el solapamiento de síntomas. En el TEA, ciertas conductas que pueden parecer inatención responden en ocasiones a dificultades pragmáticas, baja motivación frente a tareas socialmente mediadas o sobrecarga sensorial, mientras que en el TDAH la inatención se vincula más directamente con problemas de control inhibitorio, memoria de trabajo y autorregulación ejecutiva (Fortea, 2014; Willcutt et al., 2005). En este sentido, la evaluación clínica requiere distinguir si la conducta observada responde a fallas primarias en los mecanismos atencionales, a dificultades en la comprensión social o a condiciones contextuales que interfieren con el desempeño. Esta necesidad de diferenciación resulta aún más importante si se considera que los perfiles comórbidos suelen presentar mayor severidad en la autorregulación que los cuadros puros (Townes et al., 2023).

A su vez, la comorbilidad no supone una mera suma de diagnósticos, sino una configuración funcional particular. La coexistencia entre rigidez cognitiva e impulsividad genera un perfil en el que el niño o la niña puede presentar respuestas intensas y poco ajustadas frente a transiciones, frustraciones, esperas o cambios de rutina. Así, la inflexibilidad propia del TEA y la baja inhibición característica del TDAH tienden a potenciarse mutuamente, incrementando la probabilidad de desregulación conductual y dificultades de adaptación (Artigas-Pallarés, 2003; Mulas et al., 2018). Desde esta perspectiva, resulta más útil conceptualizar estos cuadros en términos de procesos clínicos compartidos, como la flexibilidad, la inhibición y la tolerancia a la frustración, que únicamente desde categorías diagnósticas independientes.

En el plano funcional, la comorbilidad TEA–TDAH suele expresarse en un mayor compromiso de las funciones ejecutivas, la regulación emocional y la comunicación social. Los déficits en inhibición, memoria de trabajo, planificación y flexibilidad afectan la organización cotidiana, el seguimiento de consignas y la autonomía en rutinas, mientras que la interacción entre impulsividad e inflexibilidad favorece respuestas emocionales intensas y dificultades para implementar estrategias de afrontamiento ante demandas ambientales (Artigas-Pallarés, 2003; Willcutt et al., 2005). Del mismo modo, en el ámbito social, las alteraciones nucleares del TEA en reciprocidad y uso pragmático del lenguaje pueden verse amplificadas por la distractibilidad y la impulsividad del TDAH, lo que repercute en la consistencia con que el niño logra aplicar habilidades sociales y sostener intercambios adecuados con pares y adultos (Lord et al., 2018; Mulas et al., 2018).

Este perfil combinado impacta de forma directa en los contextos escolar y familiar. La coexistencia de dificultades atencionales, problemas de autorregulación, rigidez conductual y alteraciones en la comunicación social suele traducirse en mayor dependencia de apoyos, conflictividad en el aula, dificultades para sostener aprendizajes, tensiones familiares y mayor carga para los cuidadores. Desde el marco de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, esta

situación puede comprenderse no sólo en términos de síntomas, sino también de limitaciones en la actividad, restricciones en la participación y barreras contextuales que amplifican el deterioro (Napoli et al., 2024; World Health Organization, 2001). Por ello, la comorbilidad TEA–TDAH exige una formulación clínica integrada y una intervención coordinada entre hogar, escuela y espacio terapéutico.

Fundamentos de la intervención cognitivo-conductual en la comorbilidad TEA-TDAH

Formulación clínica y enfoque cognitivo-conductual

La intervención cognitivo-conductual en niños/as con comorbilidad entre TEA y TDAH requiere una formulación clínica integrada. Esto implica no limitar la comprensión del caso a la coexistencia de dos diagnósticos, sino analizar de qué manera las dificultades atencionales, la impulsividad, la rigidez cognitiva, las alteraciones en la comunicación social y los problemas de autorregulación se articulan en el funcionamiento cotidiano del niño/a. Desde esta perspectiva, el foco clínico se desplaza desde la mera clasificación diagnóstica hacia la identificación de los procesos que generan mayor interferencia en la adaptación y que, por lo tanto, deben constituirse en objetivos de intervención (Barkley, 2015; Townes et al., 2023).

La formulación cognitivo-conductual resulta especialmente útil en este tipo de cuadros dado que permite organizar la comprensión del problema en términos de relaciones funcionales entre antecedentes, respuestas y consecuencias. Este modo de análisis facilita identificar qué situaciones aumentan la probabilidad de aparición de determinadas conductas, qué función cumplen esas respuestas y qué variables del ambiente o del propio niño contribuyen a mantenerlas en el tiempo. En población infantojuvenil, este enfoque adquiere además una importancia particular, ya que muchas de las dificultades no pueden comprenderse adecuadamente si se separan de los contextos en los que ocurren, especialmente el hogar, la escuela y los espacios de interacción social (Barkley, 2015).

En la comorbilidad TEA-TDAH, la formulación clínica también exige contemplar que muchas conductas problemáticas no responden a una única causa. Una misma manifestación, como la dificultad para seguir consignas o para sostener la atención en una actividad, puede estar relacionada con distractibilidad, impulsividad, inflexibilidad, baja comprensión de claves sociales, sobrecarga sensorial o escasa tolerancia a la frustración. Por ello, la perspectiva cognitivo-conductual aporta una ventaja importante: permite desagregar estas manifestaciones complejas en unidades de análisis clínicamente manejables y construir hipótesis funcionales más ajustadas al caso

particular, evitando interpretaciones generales o excesivamente centradas en la etiqueta diagnóstica (Townes et al., 2023; Willcutt et al., 2005).

A su vez, este enfoque favorece una orientación terapéutica centrada en objetivos concretos, observables y evaluables.

Procesos de intervención prioritarios en TEA-TDAH

Uno de los principales focos de intervención en la comorbilidad TEA-TDAH es la autorregulación. Tanto la literatura sobre TDAH como los estudios comparativos entre TDAH y TEA coinciden en señalar que las dificultades para inhibir respuestas, sostener metas, regular la conducta y ajustar el comportamiento a las demandas del contexto ocupan un lugar central en estos perfiles clínicos (Barkley, 2015; Townes et al., 2023; Willcutt et al., 2005). En niños/as con comorbilidad, estas dificultades pueden expresarse en conductas impulsivas, baja tolerancia a la espera, problemas para sostener reglas, escasa anticipación de consecuencias y dificultades para recuperar el control luego de una situación frustrante. Por ello, la intervención debe incluir objetivos orientados a fortalecer gradualmente la capacidad de pausa, anticipación, monitoreo y ajuste conductual.

Un segundo eje prioritario corresponde a las funciones ejecutivas y a la organización de la conducta. La evidencia muestra que procesos como la memoria de trabajo, la planificación, la flexibilidad cognitiva y la organización del comportamiento dirigido a metas suelen encontrarse comprometidos en estos cuadros, lo que afecta de manera directa el desempeño escolar, la autonomía cotidiana y la posibilidad de sostener rutinas adaptativas (Townes et al., 2023; Willcutt et al., 2005). En este marco, las intervenciones cognitivo-conductuales suelen incluir descomposición de tareas, ayudas para secuenciar actividades, apoyos visuales, entrenamiento en rutinas, uso de recordatorios externos, reforzamiento diferencial y enseñanza explícita de estrategias para organizar materiales, tiempo y acciones. En el caso del TDAH, las intervenciones sobre habilidades organizacionales han mostrado resultados favorables, especialmente cuando se aplican de forma sistemática y contextualizada (Bikic et al., 2017).

Otro proceso prioritario es la regulación emocional. En los perfiles comórbidos, las dificultades para modular emociones, tolerar frustraciones y responder de forma flexible a los cambios o demandas del entorno pueden favorecer estallidos conductuales, oposicionismo, evitación o retraimiento. Esta dimensión es particularmente relevante porque muchas veces las conductas problemáticas no responden solamente a fallas en la obediencia o en la atención, sino a una combinación entre desregulación emocional, baja inhibición e inflexibilidad. En este sentido, las revisiones recientes subrayan que la desregulación emocional constituye un aspecto clínicamente significativo tanto en TDAH como en TEA, y más aún cuando ambos cuadros concurren (Terol-Sánchez et al., 2023). Desde un enfoque cognitivo-conductual, esto justifica la enseñanza de

estrategias para identificar estados emocionales, anticipar situaciones críticas y construir respuestas alternativas más ajustadas.

Finalmente, la intervención también debe considerar como objetivo prioritario la adaptación social y contextual. En estos cuadros, las dificultades en la comunicación social propias del TEA pueden verse incrementadas por la impulsividad, la distractibilidad y la baja consistencia conductual asociadas al TDAH, lo que repercute en la calidad de los vínculos, en el seguimiento de normas y en la participación en actividades compartidas. Por ello, no basta con reducir síntomas aislados; es necesario promover habilidades funcionales que mejoren la participación del niño/a en sus contextos reales. En consecuencia, una intervención eficaz no se organiza en torno a categorías abstractas, sino alrededor de procesos clínicos que interfieren de manera concreta en la vida diaria y que pueden ser modificados mediante estrategias estructuradas, explícitas y adaptadas al perfil individual (Barkley, 2015; Townes et al., 2023).

Participación de familia y escuela

La participación de la familia constituye un componente fundamental en la intervención cognitivo-conductual con niños/as que presentan comorbilidad TEA-TDAH. Esto se debe a que gran parte de las conductas que requieren modificación, así como muchas de las habilidades que deben promoverse, se expresan y se consolidan en la vida cotidiana. La familia no solo aporta información clave para la formulación clínica, sino que también funciona como agente activo en la implementación de pautas, apoyos y estrategias de regulación fuera del espacio terapéutico. En este sentido, los abordajes basados en principios conductuales han mostrado mejores resultados cuando las personas cuidadoras participan de manera consistente y comprenden la lógica de las intervenciones propuestas (Evans et al., 2014; Wolraich et al., 2019).

La escuela, por su parte, constituye un contexto central de observación, evaluación e intervención. Muchas de las dificultades asociadas a la comorbilidad, como los problemas para seguir consignas, sostener la atención, respetar turnos, regular la conducta frente a exigencias académicas o interactuar adecuadamente con pares, se manifiestan con especial claridad en el ámbito escolar. Por ello, la articulación entre tratamiento y escuela resulta fundamental para garantizar coherencia en los objetivos, continuidad en las estrategias y mayor validez ecológica de los cambios observados. Desde una lógica cognitivo-conductual, la intervención conjunta niño/a-familia-escuela no debe entenderse como un efecto espontáneo del tratamiento, sino como un proceso que necesita ser planificado, monitoreado y sostenido en los diferentes contextos en los que el niño/a se desenvuelve (Evans et al., 2014).

La coordinación entre familia, escuela y espacio terapéutico permite, además, construir un entorno más predecible y menos contradictorio para el niño/a. Cuando los adultos significativos

comparten criterios sobre qué conductas priorizar, qué apoyos ofrecer y cómo responder ante determinadas dificultades, aumentan las probabilidades de que las habilidades entrenadas se consoliden y se transfieran a situaciones naturales. Esto es particularmente importante en perfiles comórbidos, en los que la variabilidad conductual suele ser alta y las dificultades pueden intensificarse ante contextos poco estructurados, sobrecargados o inconsistentes. De allí que la intervención no deba centrarse únicamente en el niño/a, sino también en la organización del ambiente y en las prácticas de acompañamiento de quienes forman parte de su entorno cotidiano (Wolraich et al., 2019).

En este marco, la estrategia de intervención conjunta puede pensarse como uno de los objetivos centrales de la intervención y no como una etapa posterior. Trabajar sobre habilidades de autorregulación, organización, adaptación social o manejo emocional solo adquiere pleno sentido clínico cuando esos logros pueden sostenerse más allá de la sesión terapéutica. Por ello, la incorporación activa de familia y escuela constituye, así, un fundamento imprescindible para un abordaje estructurado, contextualizado y funcionalmente orientado en la comorbilidad TEA-TDAH (Evans et al., 2014; Wolraich et al., 2019).

Objetivo

Analizar y describir un caso clínico con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en una niña de 10 años, así como diseñar y aplicar un plan de intervención cognitivo-conductual específico para su abordaje clínico psicológico.

Metodología

Diseño

El presente trabajo se desarrolló a partir de un diseño de caso único de medidas repetidas, asociado a una intervención cognitivo-conductual integrada. Este tipo de diseño permite examinar la evolución de una paciente mediante la comparación entre una fase inicial de evaluación y una fase posterior de intervención, sin recurrir a procedimientos de retirada del tratamiento. Según Losada et al. (2022), los diseños de caso único permiten estudiar una unidad individual en la que el propio sujeto funciona como referencia de comparación, y el diseño sin retirada resulta especialmente aplicable cuando no es posible o no es adecuado suspender la intervención. En este caso, la elección del diseño se justifica por tratarse de una intervención clínica individualizada, desarrollada en un contexto natural y orientada al seguimiento del cambio terapéutico.

La elección de un diseño de caso único se fundamenta en su utilidad para articular investigación y práctica clínica, especialmente cuando se trabaja con problemáticas complejas del neurodesarrollo y con intervenciones individualizadas. En este marco, el interés no radica en la generalización estadística de los resultados, sino en la posibilidad de describir con precisión el funcionamiento inicial de la paciente, monitorear su evolución terapéutica y valorar cambios clínicamente significativos a partir de indicadores definidos previamente (Roussos, 2007).

En este estudio, la evaluación del progreso se realizó mediante instrumentos estandarizados y registros conductuales administrados en distintos momentos del proceso terapéutico. Esta estrategia permitió comparar el funcionamiento de la paciente antes, durante y al finalizar la intervención, integrando información proveniente de contextos naturales como el hogar y la escuela. De este modo, el diseño adoptado posibilitó una lectura longitudinal del cambio clínico, coherente con una perspectiva multimodal y transdiagnóstica del abordaje.

Caso y contexto

Se trabajó con el caso clínico de una niña de 10 años y 1 mes de edad, derivada por su psicóloga tratante para evaluación por conductas de desatención e hiperactividad. En el informe proporcionado por la profesional tratante se refieren antecedentes evolutivos y clínicos relevantes: nacimiento a las 36 semanas por cesárea, con un peso de 2.830 kilogramos; dificultades en la succión durante los primeros meses de vida; y particularidades en el desarrollo madurativo, entre ellas adquisición tardía del lenguaje. En el área escolar, la paciente requirió maestra de apoyo en 2.º, 3.º y 4.º grado, y presentó dificultades en el área de literatura. Asimismo, cuenta con certificado de discapacidad desde el 27 de febrero de 2015, con diagnóstico consignado como Trastorno Generalizado del Desarrollo.

Dado que la categoría Trastorno Generalizado del Desarrollo corresponde a una clasificación diagnóstica previa al DSM-5 y no constituye una categoría vigente en el DSM-5-TR, en el presente trabajo se realizó una reformulación conceptual del caso desde la categoría actual de Trastorno del Espectro Autista. Esta reformulación no se plantea como un nuevo diagnóstico independiente del certificado de discapacidad, sino como una actualización nosográfica y clínica necesaria para analizar el caso según la clasificación diagnóstica vigente.

La conceptualización del caso como TEA se sostuvo en la convergencia entre los antecedentes evolutivos informados, el diagnóstico histórico consignado como Trastorno Generalizado del Desarrollo y los hallazgos clínicos observados durante la evaluación. En particular, los resultados de la SRS-2 y la CCC-2 aportaron información sobre dificultades en la respuesta social, la comunicación pragmática y la reciprocidad social; el BRIEF-2 permitió caracterizar dificultades en flexibilidad, control emocional, inhibición y organización conductual; y la observación clínica, junto con los informes familiares y escolares, permitió identificar dificultades en la adaptación a cambios, la regulación conductual y la participación en contextos cotidianos.

En relación con los tratamientos previos, la paciente realizó tratamiento fonoaudiológico - indicado por médico Otorrinolaringólogo- hasta noviembre de 2017 y recibió medicación indicada por neurólogo, con risperidona, desde 2016 hasta mayo de 2018, con un intervalo de tres meses durante ese año. Posteriormente, el tratamiento farmacológico fue suspendido por indicación médica. No se contó con historia clínica médica completa ni con documentación detallada sobre los fundamentos de dicha decisión, aspecto que constituye una limitación para reconstruir de manera exhaustiva la trayectoria diagnóstica y terapéutica previa.

La presente intervención fue desarrollada en el Centro de Día Pehuén de la ciudad de Neuquén Capital.

Instrumentos

Para la evaluación diagnóstica inicial y el seguimiento del progreso terapéutico se seleccionó un conjunto de instrumentos estandarizados, coherente con un enfoque multimodal y transdiagnóstico. La elección se orientó a valorar procesos funcionales compartidos entre el TEA y el TDAH, priorizando dimensiones como la autorregulación atencional y conductual, las funciones ejecutivas, la regulación emocional, la comunicación social, el funcionamiento adaptativo y el desempeño académico. La administración de los instrumentos se organizó de manera longitudinal, con el propósito de registrar cambios a lo largo de la intervención y de integrar información procedente de distintos contextos naturales, especialmente el hogar y la escuela.

La sintomatología vinculada con la autorregulación atencional y conductual se evaluó mediante el SNAP-IV, en sus versiones para padres y docentes, instrumento derivado de la escala de Swanson, Nolan y Pelham y utilizado para valorar síntomas de inatención, hiperactividad-impulsividad y conductas oposicionistas (Swanson, 1992). Este instrumento fue seleccionado por su sensibilidad para medir cambios en inatención, hiperactividad-impulsividad y conductas oposicionistas. Se administró en tres momentos del tratamiento: al inicio, en la evaluación intermedia correspondiente a la sesión 12 y al finalizar la intervención en la sesión 24. Esta frecuencia permitió estimar la evolución de los síntomas y comparar la estabilidad del cambio en contextos diferentes. La escala SNAP-IV se presenta habitualmente como una revisión del cuestionario de Swanson, Nolan y Pelham e incluye ítems vinculados con los criterios DSM para TDAH.

Por otra parte, el funcionamiento emocional y conductual se valoró mediante el *Child Behavior Checklist* (CBCL) y el *Teacher Report Form* (TRF), pertenecientes al sistema ASEBA, desarrollados por Achenbach y Rescorla (2001). Estos instrumentos fueron administrados al inicio y al cierre del proceso terapéutico. Su inclusión respondió al objetivo de valorar problemas internalizantes y externalizantes, así como dificultades de regulación emocional y conductual asociadas tanto a la impulsividad como a la rigidez cognitiva. De manera complementaria, se utilizaron registros conductuales semanales completados por padres y docentes para monitorear episodios de desregulación emocional, berrinches, conductas disruptivas, abandono de tareas y dificultades de adaptación a normas y cambios. El funcionamiento ejecutivo se evaluó mediante el Behavior Rating Inventory of Executive Function, Second Edition (BRIEF-2), de Gioia et al. (2015), en sus versiones para padres y docentes. Este instrumento fue administrado al inicio del tratamiento, en una instancia intermedia y al finalizar la intervención. Su inclusión permitió valorar, a partir de la observación conductual en contextos cotidianos, cambios en inhibición, memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva, planificación/organización y control emocional, dimensiones centrales para el

abordaje integrado del TEA y el TDAH y directamente vinculadas con los objetivos terapéuticos propuestos.

Por su parte, el desempeño académico funcional se valoró a partir de informes escolares, observación clínica y registros funcionales vinculados con la atención en tareas, el seguimiento de consignas, la finalización de actividades y la permanencia en situación de aprendizaje. Esta decisión permitió considerar el desempeño escolar como un indicador funcional asociado a la autorregulación atencional y conductual, sin asumir una medición estandarizada específica de los procesos de lectura o escritura.

La evaluación de la comunicación social se realizó mediante dos instrumentos complementarios. En primer lugar, se utilizó el *Children's Communication Checklist – Second Edition* (CCC-2), de Bishop (2003), destinado a valorar aspectos estructurales y pragmáticos del lenguaje. Este instrumento fue utilizado para examinar dimensiones como la coherencia conversacional, la iniciación comunicativa, el uso del contexto y las dificultades pragmáticas, altamente relevantes en perfiles con TEA y comorbilidad atencional. En segundo lugar, se empleó la *Social Responsiveness Scale – Second Edition* (SRS-2), de Constantino y Gruber (2012), orientada a evaluar la gravedad de los rasgos del espectro autista en contextos naturales. Esta escala examina cognición social, comunicación social, motivación social, conductas repetitivas y regulación socioemocional mediante cuestionarios dirigidos a padres o docentes.

Finalmente, el funcionamiento adaptativo se evaluó mediante el *Adaptive Behavior Assessment System, Third Edition* (ABAS-3), de Harrison y Oakland (2015), y la *Vineland Adaptive Behavior Scales, Third Edition* (Vineland-3), de Sparrow et al. (2016), con el objetivo de valorar la evolución de la paciente en áreas como comunicación, socialización, autonomía personal y desempeño cotidiano general. Estos instrumentos permitieron complementar las medidas específicas de síntomas y funciones ejecutivas con una apreciación más amplia del impacto del tratamiento sobre el funcionamiento real de la niña en sus contextos habituales.

Plan de evaluación del progreso terapéutico

El plan de evaluación del progreso se estructuró a partir de un modelo multimodal y transdiagnóstico, coherente con las necesidades clínicas de la paciente y con los lineamientos actuales de la terapia cognitivo-conductual aplicada a los trastornos del neurodesarrollo. Su finalidad fue registrar el cambio clínico a lo largo del tratamiento, establecer criterios objetivos de mejoría y orientar los ajustes terapéuticos necesarios durante la intervención. Para ello, se priorizó la evaluación de procesos funcionales compartidos entre el TEA y el TDAH, particularmente la

autorregulación atencional y conductual, las funciones ejecutivas, la regulación emocional, la comunicación social, el funcionamiento adaptativo y el desempeño académico funcional.

La evaluación se organizó de manera longitudinal, lo que permitió comparar el funcionamiento de la paciente en distintos momentos del tratamiento y valorar la estabilidad de los cambios observados. Esta organización incluyó una evaluación inicial, una instancia intermedia y una evaluación final, según la naturaleza de cada instrumento y de los procesos clínicos monitoreados. Además, se integró información procedente de contextos naturales, especialmente el hogar y la escuela, con el fin de obtener una apreciación ecológicamente válida del desempeño cotidiano de la niña.

En relación con la sintomatología atencional y conductual, el seguimiento se orientó a detectar cambios en inatención, hiperactividad-impulsividad, oposicionismo, desregulación emocional, conductas disruptivas y dificultades de adaptación a normas y cambios. Para ello, se combinaron cuestionarios estandarizados para padres y docentes con registros conductuales semanales, lo que permitió monitorear la evolución de estas manifestaciones en distintos contextos y no solo en el espacio terapéutico. Esta estrategia resultó especialmente relevante dado que uno de los objetivos del tratamiento fue promover la generalización de logros hacia la vida cotidiana.

Por otra parte, el plan de evaluación contempló el seguimiento de procesos neuropsicológicos y funcionales más amplios, particularmente las funciones ejecutivas, la comunicación social, el funcionamiento adaptativo y el desempeño académico funcional. Este último fue valorado mediante informes escolares, observación clínica y registros de desempeño en tareas, considerando indicadores como atención sostenida, seguimiento de consignas, finalización de actividades y permanencia en tarea. En este sentido, la valoración del cambio no se limitó a la reducción de síntomas, sino que incluyó el impacto de la intervención sobre habilidades vinculadas con la autonomía, la planificación, la flexibilidad, la pragmática del lenguaje y la participación escolar.

Plan de intervención

A partir de la evaluación inicial y de la formulación clínica del caso, se diseñó un plan de intervención cognitivo-conductual integrado, orientado al abordaje de los procesos funcionales compartidos entre TEA y TDAH. La intervención se organizó en función de objetivos terapéuticos observables, operativizables y clínicamente relevantes, priorizando la autorregulación atencional y conductual, las funciones ejecutivas, la regulación emocional, la comunicación social, la flexibilidad cognitiva y la autonomía funcional. Esta lógica permitió articular el tratamiento con las principales

áreas de interferencia detectadas en la vida cotidiana de la paciente y con los criterios definidos para el seguimiento del progreso.

El plan terapéutico se estructuró en 24 sesiones individuales de frecuencia semanal (una vez por semana) y con una duración total de seis meses, distribuidas en seis módulos secuenciales, junto con instancias paralelas de trabajo con padres y con la escuela. El criterio organizador del tratamiento fue la construcción progresiva de habilidades adaptativas y de autorregulación en contextos clínicamente significativos. En este sentido, la intervención fue pensada desde un modelo integrado y transdiagnóstico, evitando una separación entre síntomas de TEA-TDAH y focalizando en los mecanismos que generan mayor impacto funcional sobre el desempeño escolar, familiar y social de la niña.

El Módulo 1, correspondiente a las sesiones 1 a 3, estuvo orientado a la psicoeducación y al establecimiento de objetivos terapéuticos integrados. Se trabajaron de manera adaptada al nivel de comprensión de la niña los conceptos de atención, impulsividad, autorregulación conductual y emocional, y comunicación social, utilizando materiales visuales, ejemplos concretos y metáforas. Asimismo, se explicitaron las interacciones entre las dificultades atencionales vinculadas al TDAH y los desafíos en flexibilidad y comunicación social asociados al TEA. Durante este módulo se definieron objetivos funcionales y observables, se implementó un sistema de refuerzo positivo articulado entre hogar y escuela, se establecieron reglas de sesión claras y visualmente apoyadas, y se inició un registro diario de conductas para monitorear atención, impulsividad, regulación emocional y respuestas sociales.

El Módulo 2, correspondiente a las sesiones 4 a 8, se centró en el entrenamiento en atención, control inhibitorio y funciones ejecutivas. Se trabajaron estrategias de focalización y sostenimiento atencional mediante tareas estructuradas y progresivas, incorporando ejercicios de espera de turnos, control de impulsos, retención de consignas y seguimiento de secuencias. A su vez, se incluyeron actividades orientadas al entrenamiento de la inhibición conductual y de la memoria de trabajo a través de juegos cognitivos estructurados. Estas propuestas se complementaron con la implementación, por parte de padres y docentes, de apoyos visuales, segmentación de tareas y consignas breves, con el propósito de favorecer la autorregulación conductual y el desempeño funcional en los contextos naturales de la niña.

El Módulo 3, desarrollado entre las sesiones 9 y 12, se orientó a la regulación emocional y a la tolerancia a la frustración. En esta etapa se trabajó el reconocimiento de emociones propias y ajenas, la identificación de situaciones desencadenantes de desregulación y el aprendizaje de estrategias de afrontamiento adaptativas frente a la frustración, la espera y los cambios no anticipados. El foco estuvo puesto en disminuir la intensidad y frecuencia de las respuestas

emocionales disruptivas y en ampliar el repertorio conductual disponible ante demandas del entorno que previamente generaban crisis o respuestas desajustadas.

El Módulo 4, correspondiente a las sesiones 13 a 16, abordó habilidades sociales y comunicación pragmática autorregulada. Se trabajó sobre reciprocidad social, respeto de turnos conversacionales, adecuación del lenguaje al contexto, comprensión de claves sociales y regulación de la conducta en intercambios con pares y adultos. Este módulo fue especialmente relevante dado que la paciente presentaba dificultades tanto en la comunicación social como en la consistencia conductual necesaria para sostener interacciones ajustadas, por lo que el entrenamiento se orientó a promover respuestas más reguladas y funcionales en escenarios interpersonales cotidianos.

El Módulo 5, desarrollado entre las sesiones 17 y 20, se focalizó en la resolución de problemas y en la flexibilidad cognitivo-conductual. Se entrenaron habilidades de pensamiento flexible para afrontar cambios, imprevistos y variaciones en las rutinas, trabajando conjuntamente la impulsividad característica del TDAH y la rigidez cognitiva asociada al TEA. Para ello se utilizaron situaciones cotidianas del hogar y de la escuela como contextos de práctica guiada, promoviendo alternativas de respuesta más adaptativas frente a escenarios previamente vividos como desorganizantes o frustrantes.

El Módulo 6, correspondiente a las sesiones 21 a 24, estuvo destinado a la consolidación, generalización y promoción de la autonomía funcional. En esta etapa se revisaron los logros alcanzados en atención, autorregulación emocional, comunicación social y flexibilidad cognitiva, y se ajustaron las estrategias terapéuticas de acuerdo con el nivel de funcionamiento logrado. Además, se planificó la autonomía progresiva de la niña mediante la transferencia de habilidades a contextos naturales y la disminución gradual de apoyos. Como cierre del tratamiento, se elaboró un plan de prevención de recaídas conductuales y emocionales.

De manera complementaria, se realizaron ocho encuentros paralelos con padres, orientados a la psicoeducación sobre TEA y TDAH desde un modelo integrado, al entrenamiento en manejo conductual y emocional, a la aplicación consistente de refuerzos, al establecimiento de límites claros y predecibles, y al monitoreo sistemático del progreso. Asimismo, se desarrollaron cuatro encuentros con la escuela, destinados a orientar adaptaciones de aula, segmentación de tareas, uso de apoyos visuales, estrategias para regular la conducta en clase e intercambio permanente con el equipo psicopedagógico. De este modo, el plan de intervención no se limitó al espacio terapéutico individual, sino que incorporó activamente a los contextos naturales de la paciente como condición para la generalización y mantenimiento del cambio.

Procedimiento

El proceso clínico se desarrolló en el Centro de Día Pehuén de la ciudad de Neuquén Capital, bajo modalidad presencial. A continuación, se solicitó a ambos padres el consentimiento para que la paciente participara de la investigación.

En una primera etapa se realizó la evaluación inicial del caso, que incluyó la recopilación de antecedentes clínicos, evolutivos, escolares y terapéuticos, junto con la administración de los instrumentos previstos para establecer la línea de base. Asimismo, se integró información aportada por padres y docentes, con el propósito de construir una caracterización clínica del funcionamiento de la paciente en sus contextos naturales.

A partir de los resultados obtenidos en esta instancia se elaboró la formulación clínica del caso y se diseñó el plan de intervención cognitivo-conductual integrado. Posteriormente, se inició la implementación del tratamiento, organizado en 24 sesiones individuales distribuidas en seis módulos secuenciales, complementadas con encuentros paralelos con padres y con la escuela.

Durante el desarrollo de la intervención se realizó un seguimiento continuo del progreso terapéutico mediante observación clínica, registros conductuales e instrumentos administrados en distintos momentos del proceso. En la sesión 12 se efectuó una evaluación intermedia orientada a monitorear cambios en la autorregulación atencional y en el funcionamiento ejecutivo, mientras que al finalizar el tratamiento se llevó a cabo una evaluación de cierre para comparar el funcionamiento inicial y final de la paciente.

De este modo, el procedimiento articuló secuencialmente evaluación inicial, formulación clínica, intervención, monitoreo intermedio y reevaluación final, en coherencia con el diseño de caso único adoptado y con el objetivo de analizar la evolución terapéutica de la paciente a lo largo del tratamiento (véase Tabla 1).

Tabla 1

Organización de intervención terapéutica

Objetivo terapéutico	Indicadores observables	Instrumentos de evaluación	Criterios de éxito
Mejorar la autorregulación atencional y conductual	Mayor permanencia en tarea, disminución de interrupciones e impulsividad	SNAP-IV (padres y docentes), registros conductuales	Reducción $\geq 30\%$ en puntajes SNAP-IV y aumento sostenido del tiempo en tarea

Fortalecer funciones ejecutivas	Inhibición, memoria de trabajo, planificación y flexibilidad.	BRIEF-2.	Descenso ≥ 1 DS en índices clínicos y mejora en escalas de metacognición.
Favorecer la regulación emocional	Menor frecuencia e intensidad de berrinches, mayor tolerancia a la frustración.	CBCL/TRF, registros de episodios.	Disminución $\geq 40\%$ de episodios de desregulación.
Mejorar la comunicación social funcional	Respeto de turnos, adecuación comunicativa, reciprocidad social.	CCC-2, SRS-2.	Mejora en escalas pragmáticas y descenso de puntajes clínicos.
Incrementar flexibilidad cognitiva y adaptación	Mayor tolerancia a cambios, reducción de rigidez conductual.	BRIEF-2, observación clínica.	Respuestas adaptativas ante cambios en $\geq 70\%$ de situaciones.
Favorecer autonomía y funcionamiento adaptativo.	Rutinas, autocuidado, responsabilidad escolar.	ABAS-3 / Vineland-3.	Incremento ≥ 1 nivel descriptivo en áreas adaptativas.
Facilitar el desempeño académico mediante mayor autorregulación	Mayor permanencia en tarea, mejor seguimiento de consignas, finalización de actividades escolares y organización del trabajo escolar	Informes escolares, observación clínica y registros funcionales de tarea	Mejora en informes docentes, mayor permanencia en tarea, mejor seguimiento de consignas y aumento en la finalización de actividades escolares
Consolidar estrategias parentales consistentes.	Uso de refuerzos, límites claros, reducción de conflictos.	Checklist parental, entrevistas.	Cumplimiento $\geq 80\%$ de las estrategias acordadas.

Optimizar el ajuste escolar mediante coordinación interdisciplinaria.	Implementación de apoyos y adaptaciones.	Informes docentes.	Aplicación sostenida de adaptaciones y reportes de mejora.
---	--	--------------------	--

Nota. TEA = Trastorno del Espectro Autista; TDAH = Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; SNAP-IV = *Swanson, Nolan and Pelham Rating Scale*; BRIEF-2 = *Behavior Rating Inventory of Executive Function, Second Edition*; CBCL = *Child Behavior Checklist*; TRF = *Teacher Report Form*; CCC-2 = *Children's Communication Checklist, Second Edition*; SRS-2 = *Social Responsiveness Scale, Second Edition*; ABAS-3 = *Adaptive Behavior Assessment System, Third Edition*; Vineland-3 = *Vineland Adaptive Behavior Scales, Third Edition*. Los criterios de éxito fueron definidos como indicadores clínicos operativos para el seguimiento del progreso terapéutico y no como puntos de corte diagnósticos. DS = desviación estándar.

Aspectos éticos

El presente trabajo se desarrolló respetando los principios éticos propios de la investigación y de la intervención clínica en psicología, especialmente aquellos vinculados con el resguardo de la dignidad, la privacidad, la confidencialidad, la autonomía y el bienestar de la paciente. En este sentido, se tomaron como referencia la *Declaración de Helsinki*, que establece principios éticos para la investigación médica con seres humanos, incluyendo el respeto por las personas, la protección de su salud, sus derechos y su dignidad (Asociación Médica Mundial [AMM], 2024), y el *Código de Ética* de la Federación de Psicólogos de la República Argentina, que orienta el ejercicio profesional de la psicología a partir de principios de responsabilidad, competencia, confidencialidad, consentimiento informado y resguardo de los derechos de las personas (Federación de Psicólogos de la República Argentina [FePRA], 2013).

Asimismo, se incorporó como fundamento ético el consentimiento informado, entendido como un proceso orientado a garantizar el respeto por la autonomía, la libre determinación, la integridad física y psíquica, la dignidad y los derechos de las personas involucradas en prácticas clínicas o investigativas. Losada (2014) plantea que el consentimiento informado ocupa un lugar central tanto en la psicología clínica como en la investigación psicológica, dado que contribuye a reconocer al consultante como sujeto de derechos y a favorecer su participación en las decisiones vinculadas con su salud, su tratamiento y el uso de la información que aporta. Desde esta perspectiva, el consentimiento informado implica brindar información clara, adecuada, comprensible y previa respecto de los objetivos, procedimientos, beneficios, posibles riesgos, alternativas y alcances de la intervención o investigación, así como también garantizar la posibilidad de retirar la autorización en cualquier momento del proceso (Losada, 2014).

Dado que el trabajo se centró en el análisis de un caso clínico correspondiente a una niña menor de edad, se contó con el consentimiento informado de sus adultos responsables para el uso académico de la información clínica. Esta decisión se fundamenta en que, cuando la persona no se encuentra en condiciones legales o evolutivas de otorgar por sí misma el consentimiento pleno, este debe ser solicitado a sus representantes legales, procurando igualmente resguardar su bienestar, su intimidad y su participación posible de acuerdo con su nivel de comprensión. En este caso, la participación y el tratamiento de la información se organizaron de acuerdo con el principio de protección de personas en situación de especial vulnerabilidad, procurando que el análisis del caso no implicara perjuicio, exposición innecesaria ni afectación del proceso terapéutico.

La identidad de la paciente fue resguardada mediante el uso del seudónimo “Juana”, evitando la inclusión de datos personales, institucionales o contextuales que pudieran permitir su identificación. Asimismo, la información clínica, familiar, escolar y terapéutica fue presentada únicamente con fines académicos y de análisis profesional, procurando conservar la pertinencia metodológica de los datos sin exponer aspectos innecesarios de la vida privada de la niña o de su familia. Esta decisión se vincula con el deber ético de confidencialidad y con la necesidad de explicitar el uso que se hará de los datos aportados, especialmente cuando se emplean con fines académicos, de investigación, de tesis o de comunicación profesional (Losada, 2014).

El trabajo con la paciente se desarrolló en el marco de una intervención clínica orientada a favorecer su bienestar psicológico, su autorregulación conductual y emocional, su funcionamiento adaptativo y su participación en los contextos familiar, escolar y social. En consecuencia, las decisiones metodológicas adoptadas no implicaron la suspensión, retiro o modificación arbitraria del tratamiento con fines exclusivamente investigativos, sino que se organizaron de manera compatible con las necesidades clínicas de la paciente y con el principio de no maleficencia. El uso académico del caso se realizó preservando la continuidad del proceso terapéutico y evitando que la producción del trabajo generara riesgos adicionales para la niña o su familia.

Además, se resguardó la confidencialidad de la información aportada por la familia, la escuela y los registros clínicos utilizados para el seguimiento del caso. Los datos fueron analizados de manera integrada y anónima, sin identificar a las personas intervinientes ni a las instituciones vinculadas. De este modo, el presente trabajo procuró articular el valor formativo y académico del análisis de caso con el respeto por los derechos de la paciente, la protección de su intimidad, el consentimiento de sus adultos responsables y la responsabilidad ética propia del ejercicio profesional en psicoterapia infanto-juvenil.

Resultados

Evaluación inicial

En la evaluación inicial, la paciente presentó dificultades clínicamente significativas en la autorregulación atencional y conductual, en el funcionamiento ejecutivo, en la comunicación social y en el funcionamiento adaptativo. En el SNAP-IV, los puntajes obtenidos a partir del informe de padres y docentes se ubicaron en rangos elevados tanto para inatención como para hiperactividad-impulsividad. En la línea de base, se observó un puntaje promedio de 2.6 en inatención y 2.4 en hiperactividad-impulsividad, mientras que en los reportes de los docentes se hallaron puntajes promedio de 2.4 y 2.2, respectivamente, lo que indicó la presencia de dificultades persistentes en ambos contextos (véase Tabla 2).

Tabla 2

SNAP-IV – Puntajes promedio por subescala (0–3)

Informante	Momento	Inatención	Hiperactividad–Impulsividad
Padres	Inicial	2.6	2.4
Padres	Intermedio	1.8	1.7
Padres	Final	1.4	1.3
Docentes	Inicial	2.4	2.2
Docentes	Intermedio	1.9	1.8
Docentes	Final	1.5	1.4

Nota. Los puntajes corresponden al promedio de los ítems de cada subescala, con un rango posible de 0 a 3. Valores más altos indican mayor frecuencia o intensidad de síntomas informados por cada tipo de informante. La evaluación intermedia corresponde al punto medio del proceso terapéutico y la evaluación final al cierre de la intervención.

En relación con las funciones ejecutivas, el BRIEF-2 mostró puntajes T elevados en inhibición, control emocional, memoria de trabajo, flexibilidad y planificación/organización. El Índice Global Ejecutivo alcanzó un valor de 75 en la evaluación inicial, lo que ubicó el desempeño en un rango clínicamente comprometido. Estos resultados fueron coherentes con la observación clínica y con la información aportada por padres y docentes acerca de dificultades para inhibir respuestas, sostener metas, tolerar cambios y organizar la conducta cotidiana (véase Tabla 3).

En el plano emocional y conductual, el CBCL y TRF mostraron puntajes elevados en problemas externalizantes y problemas atencionales. En la evaluación inicial, los puntajes T fueron de 68 y 72 en el CBCL para externalizantes y problemas atencionales, respectivamente, y de 66 y 70 en el TRF para esas mismas escalas (véase Tabla 4). De manera convergente, los registros conductuales de padres y docentes mostraron episodios frecuentes de desregulación emocional, berrinches, conductas disruptivas, abandono de tareas y dificultades de adaptación a normas y cambios.

En cuanto a la comunicación social, la CCC-2 y la SRS-2 mostraron un compromiso importante del lenguaje pragmático y de la reciprocidad social. El puntaje global de comunicación en la CCC-2 fue de 54, mientras que la SRS-2 alcanzó un puntaje T de 78, compatible con una afectación significativa en el área social (véase Tabla 5). Por su parte, el funcionamiento adaptativo evaluado mediante ABAS-3 y Vineland-3 se ubicó por debajo de lo esperado para la edad en comunicación, autonomía personal y socialización, con un índice adaptativo general de 70. En el área académica, los informes docentes y la observación clínica inicial señalaron dificultades en la permanencia en tarea, el seguimiento de consignas y la finalización de actividades escolares. Estas dificultades se observaron especialmente en situaciones que requerían control atencional sostenido, organización de la conducta y regulación de la impulsividad. En conjunto, la evaluación inicial delimitó una línea de base con afectación en múltiples dominios funcionales (véanse Tablas 5 y 6).

Evolución durante la intervención y evaluación intermedia

Durante la primera mitad del tratamiento comenzaron a observarse cambios en la organización conductual y en la adaptación de la paciente al espacio terapéutico. En los primeros módulos mostró mayor adhesión a las reglas de sesión, mejor tolerancia a la estructura y una disminución de conductas disruptivas durante las actividades propuestas. De manera convergente, los registros de padres y docentes indicaron una leve mejora en la permanencia en tarea cuando se utilizaban apoyos visuales y consignas breves. En esta etapa, los cambios fueron inicialmente más notorios en el plano clínico y conductual que en los puntajes estandarizados.

A lo largo del módulo centrado en atención, control inhibitorio y funciones ejecutivas se evidenció un incremento progresivo en la capacidad de focalización atencional y una reducción de conductas impulsivas. En el ámbito escolar, los docentes informaron mayor capacidad para completar tareas breves y menor interferencia conductual durante actividades estructuradas. Estos cambios funcionales fueron consistentes con las variaciones observadas posteriormente en la evaluación intermedia, especialmente en los indicadores vinculados con inhibición y memoria de trabajo.

En la evaluación intermedia, el SNAP-IV mostró un descenso de los puntajes promedio en ambas subescalas, tanto en padres como en docentes. En los padres, la inatención descendió de 2.6 a 1.8 y la hiperactividad-impulsividad de 2.4 a 1.7. En los docentes, los puntajes pasaron de 2.4 a 1.9 en inatención y de 2.2 a 1.8 en hiperactividad-impulsividad. Estos datos indicaron una mejoría relevante en la autorregulación atencional y conductual durante la primera mitad del tratamiento (véase Tabla 2).

En el BRIEF-2 también se observó una disminución de los puntajes T en las escalas de inhibición, control emocional, memoria de trabajo y flexibilidad. La inhibición descendió de 72 a 66, el control emocional de 74 a 65, la memoria de trabajo de 70 a 66 y la flexibilidad de 73 a 68, mientras que el Índice Global Ejecutivo pasó de 75 a 68 (véase Tabla 3). Aunque los valores aún permanecían elevados, la tendencia fue favorable. Asimismo, los registros conductuales semanales mostraron una reducción en la frecuencia e intensidad de episodios de desregulación emocional y un aumento en el uso espontáneo de estrategias de autocontrol trabajadas en sesión.

Evaluación final

En la evaluación final se observaron mejoras clínicamente significativas en múltiples dominios del funcionamiento. En el SNAP-IV, los puntajes finales descendieron de manera sostenida en ambas subescalas y en ambos informantes. En los padres, la inatención se redujo a 1.4 y la hiperactividad-impulsividad a 1.3, mientras que en los docentes los puntajes finales fueron de 1.5 y 1.4, respectivamente. Esta evolución fue consistente con una reducción de las dificultades en autorregulación atencional y conductual respecto de la línea de base (véase Tabla 2).

El BRIEF-2 mostró también una disminución progresiva de los puntajes T en todos los índices relevados. Al finalizar la intervención, la inhibición descendió a 61, el control emocional a 60, la memoria de trabajo a 62, la flexibilidad a 63 y la planificación/organización a 61. El Índice Global Ejecutivo se redujo a 63, mostrando una mejora sostenida respecto de la evaluación inicial, aunque todavía con cierto compromiso relativo en comparación con el rango esperado para la edad (véase Tabla 3).

En el área emocional y conductual, el CBCL y el TRF evidenciaron descensos en las escalas de externalizantes y problemas atencionales. En la evaluación final, los puntajes T fueron de 60 y 62 en el CBCL, y de 59 y 61 en el TRF, lo que indicó una disminución respecto de la línea de base (véase Tabla 4). De manera convergente, los registros de padres y docentes mostraron menor frecuencia de berrinches, reducción de conductas oposicionistas y mayor tolerancia a la frustración frente a situaciones imprevistas o cambios de rutina.

En la comunicación social, la CCC-2 mostró un aumento del puntaje global de comunicación de 54 a 68, mientras que la SRS-2 descendió de 78 a 64, sugiriendo una mejoría en la comunicación pragmática y en la severidad de las dificultades sociales observadas en contextos naturales (véase Tabla 5). Asimismo, el funcionamiento adaptativo mostró mejoras en todas las áreas consideradas: comunicación pasó de 72 a 82, autonomía personal de 70 a 80, socialización de 68 a 79 e índice adaptativo general de 70 a 81 (véase Tabla 6). En el área académica, los informes docentes y los registros funcionales indicaron progresos en la atención durante las tareas, la finalización de consignas, la permanencia en actividades escolares estructuradas y la organización del trabajo escolar. Estos cambios permitieron observar una mejora en el desempeño académico funcional, aunque no se cuenta con puntajes estandarizados pre y post intervención que permitan afirmar cambios específicos en procesos de lectura o escritura (véase Tabla 7).

Tabla 3

BRIEF-2 – Puntajes T (M = 50, DE = 10)

Índice	Inicial	Intermedio	Final
Inhibición	72	66	61
Control emocional	74	65	60
Memoria de trabajo	70	66	62
Flexibilidad	73	68	63
Planificación/organización	69	65	61
Índice Global Ejecutivo	75	68	63

Nota. M = media; DE = desviación estándar. Los puntajes T tienen una media normativa de 50 y una desviación estándar de 10. Valores más altos indican mayor compromiso percibido en las funciones ejecutivas evaluadas. Los puntajes se presentan con fines de seguimiento clínico del cambio entre la evaluación inicial, intermedia y final.

Tabla 4
CBCL / TRF – Puntajes T

Escala	Inicial	Final
CBCL – Externalizantes	68	60
CBCL – Problemas atencionales	72	62
TRF – Externalizantes	66	59
TRF – Problemas atencionales	70	61

Nota. CBCL = Child Behavior Checklist; TRF = Teacher Report Form. Los puntajes corresponden a puntuaciones T. Valores más altos indican mayor presencia de problemas emocionales, conductuales o atencionales informados por padres en el CBCL y por docentes en el TRF. Los valores se presentan con fines de seguimiento clínico del cambio entre la evaluación inicial y la evaluación final.

Tabla 5
CCC-2 y SRS-2 – Puntajes globales

Instrumento	Inicial	Final
CCC-2 (GCC)	54	68
SRS-2 (T)	78	64

Nota. CCC-2 = *Children's Communication Checklist, Second Edition*; GCC = *General Communication Composite*; SRS-2 = *Social Responsiveness Scale, Second Edition*; T = puntaje T. En la CCC-2, puntajes más altos en el GCC indican mejor desempeño comunicativo global. En la SRS-2, puntajes T más altos indican mayor severidad de dificultades en la respuesta social. Los valores se presentan con fines de comparación clínica entre la evaluación inicial y la evaluación final.

Tabla 6
Funcionamiento adaptativo – ABAS-3 / Vineland-3

Área	Inicial	Final
Comunicación	72	82
Autonomía personal	70	80
Socialización	68	79
Índice adaptativo general	70	81

Nota. ABAS-3 = *Adaptive Behavior Assessment System, Third Edition*; Vineland-3 = *Vineland Adaptive Behavior Scales, Third Edition*. Los puntajes corresponden a indicadores de funcionamiento adaptativo en las áreas

seleccionadas. Valores más altos indican mayor nivel de habilidades adaptativas en comunicación, autonomía personal, socialización y funcionamiento adaptativo general. Los valores se presentan con fines de comparación clínica entre la evaluación inicial y la evaluación final.

Tabla 7

Indicadores funcionales del desempeño académico antes y después de la intervención

Indicador académico funcional	Evaluación inicial	Evaluación final
Permanencia en tarea	Dificultades frecuentes para sostener la actividad sin redirección adulta	Mayor permanencia en tareas breves y estructuradas
Seguimiento de consignas	Requería reiteración frecuente de instrucciones y apoyo adulto	Mejor respuesta a consignas breves y segmentadas
Finalización de actividades	Abandono frecuente de tareas o finalización parcial	Mayor proporción de actividades completadas
Organización del trabajo escolar	Dificultades para iniciar, ordenar y sostener la secuencia de trabajo	Mejor organización con apoyos visuales y guía externa
Interferencia conductual durante tareas	Conductas impulsivas o disruptivas interferían con la actividad escolar	Menor interferencia conductual durante actividades estructuradas

Nota. Los indicadores corresponden a información cualitativa proveniente de informes docentes, observación clínica y registros funcionales de tarea. No se presentan puntajes estandarizados de lectura y escritura, por lo que los cambios deben interpretarse como avances en el desempeño académico funcional asociado a la autorregulación atencional y conductual, y no como evidencia de modificación específica en procesos lectores o escritores medidos mediante pruebas psicopedagógicas.

Síntesis del cambio clínico

La comparación entre la evaluación inicial, la evaluación intermedia y la evaluación final mostró una evolución favorable en los dominios evaluados. Los cambios se observaron tanto en los puntajes de las escalas administradas como en los registros clínicos y en los informes aportados por padres y docentes.

En el área de autorregulación atencional y conductual, los puntajes del SNAP-IV disminuyeron de manera progresiva entre la evaluación inicial y la evaluación final. En el informe de padres, la inatención descendió de 2.6 a 1.4 y la hiperactividad-impulsividad de 2.4 a 1.3. En el

informe docente, la inatención pasó de 2.4 a 1.5 y la hiperactividad-impulsividad de 2.2 a 1.4. Estos cambios se acompañaron de una mayor permanencia en tarea, menor abandono de actividades y reducción de conductas impulsivas en contextos estructurados.

En relación con las funciones ejecutivas, el BRIEF-2 evidenció una disminución de los puntajes T en las escalas de inhibición, control emocional, memoria de trabajo, flexibilidad y planificación/organización. El Índice Global Ejecutivo pasó de 75 en la evaluación inicial a 68 en la evaluación intermedia y a 63 en la evaluación final. La evolución de estos puntajes fue concordante con los registros clínicos, en los que se observó mayor tolerancia a la estructura de las sesiones, mejor respuesta a consignas breves y mayor uso de apoyos visuales para organizar la conducta.

En el plano emocional y conductual, los puntajes del CBCL y del TRF mostraron descensos en las escalas de problemas externalizantes y problemas atencionales. En el CBCL, los problemas externalizantes descendieron de 68 a 60 y los problemas atencionales de 72 a 62. En el TRF, los problemas externalizantes pasaron de 66 a 59 y los problemas atencionales de 70 a 61. Estos resultados fueron consistentes con los informes de padres y docentes, quienes registraron menor frecuencia de berrinches, reducción de conductas oposicionistas y mayor tolerancia frente a cambios o situaciones imprevistas.

En el área de comunicación social, la CCC-2 mostró un aumento del puntaje global de comunicación, que pasó de 54 a 68, mientras que la SRS-2 descendió de 78 a 64. Estos cambios indicaron una evolución favorable en los indicadores vinculados con comunicación pragmática, reciprocidad social y participación en intercambios comunicativos.

El funcionamiento adaptativo también mostró variaciones positivas entre la evaluación inicial y la evaluación final. Los puntajes aumentaron de 72 a 82 en comunicación, de 70 a 80 en autonomía personal, de 68 a 79 en socialización y de 70 a 81 en el índice adaptativo general. Estos resultados fueron acompañados por registros de mayor autonomía en rutinas cotidianas, mejor respuesta a demandas del entorno y mayor participación en actividades familiares y escolares.

En el área académica, los cambios se observaron principalmente en indicadores funcionales informados por la escuela y registrados durante el proceso clínico: mayor atención en tareas, mejor seguimiento de consignas, incremento de la permanencia en actividad y mayor finalización de trabajos escolares. Estos avances deben interpretarse como mejoras en el desempeño académico funcional asociadas a la autorregulación atencional y conductual, y no como evidencia de cambios específicos en procesos de lectura o escritura medidos mediante pruebas estandarizadas.

Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos muestran que la intervención cognitivo-conductual integrada produjo cambios específicos en los dominios que habían sido identificados como problemáticos en la evaluación inicial: autorregulación atencional y conductual, funcionamiento ejecutivo, regulación emocional, comunicación social y funcionamiento adaptativo. La reducción de los indicadores de inatención e hiperactividad-impulsividad, la disminución del compromiso ejecutivo, el descenso de conductas disruptivas y episodios de desregulación emocional, junto con los avances en comunicación pragmática, socialización y autonomía cotidiana, muestran una evolución funcional del caso. La comorbilidad TEA-TDAH suele implicar la interacción entre dificultades de atención, impulsividad, rigidez cognitiva, alteraciones pragmáticas, desregulación emocional y problemas de adaptación en distintos contextos (APA, 2022; Artigas-Pallarés, 2003; Mulas et al., 2018; Townes et al., 2023). En este caso, los cambios registrados en distintos dominios permiten comprender la evolución clínica como un proceso integrado, más que como la modificación aislada de síntomas independientes.

La disminución de los indicadores de inatención e hiperactividad-impulsividad informada por padres y docentes adquiere relevancia porque evidencia cambios en los dos contextos en los que las dificultades se habían manifestado inicialmente: el hogar y la escuela. Este aspecto se vincula con los criterios clínicos del TDAH, definido por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo y que debe observarse en más de un contexto (APA, 2022). En el caso analizado, la reducción de dichos indicadores permite inferir una mejora en procesos centrales para el desempeño cotidiano, como la atención sostenida, el control inhibitorio y la organización de la conducta frente a demandas ambientales. Estas dimensiones suelen encontrarse afectadas en niños/as con TDAH y adquieren especial relevancia cuando se combinan con dificultades de flexibilidad, comunicación social y adaptación contextual propias de perfiles comórbidos (Barkley, 2015; Townes et al., 2023; Willcutt et al., 2005).

Además, la intervención implementada abordó estas dificultades mediante condiciones externas de regulación, tales como reglas claras, apoyos visuales, consignas breves, segmentación de tareas y refuerzos positivos. Estas estrategias resultan pertinentes para el caso porque no se limitaron a reducir síntomas atencionales, sino que organizaron el ambiente para favorecer respuestas más ajustadas en situaciones estructuradas. La formulación cognitivo-conductual permite analizar las relaciones entre antecedentes, respuestas y consecuencias, y orientar el tratamiento hacia las condiciones concretas en las que la conducta se produce y se mantiene (Barkley, 2015). Por ello, la mejora observada en la permanencia en tarea, la respuesta a consignas y la reducción de

conductas impulsivas puede interpretarse como un avance en la autorregulación funcional de la paciente en sus contextos cotidianos.

La disminución del compromiso ejecutivo observada luego de la intervención se expresó en procesos vinculados con inhibición, memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva y planificación. Estas dimensiones suelen encontrarse afectadas en niños/as con TDAH y también adquieren relevancia en perfiles comórbidos TEA-TDAH, por su incidencia en la organización de rutinas, la anticipación de consecuencias, la tolerancia a cambios y la conducta dirigida a metas (Barkley, 2015; Townes et al., 2023; Willcutt et al., 2005). En el caso analizado, la mejora en estos procesos puede comprenderse en relación con el entrenamiento en atención, control inhibitorio, organización conductual, flexibilidad y resolución de problemas implementado durante la intervención. Sin embargo, los avances no implican una normalización plena del funcionamiento ejecutivo, sino una reducción de la interferencia funcional y un fortalecimiento de habilidades adaptativas, considerando que los trastornos del neurodesarrollo suelen presentar dificultades persistentes en distintos grados (APA, 2022; Ubillús, 2024).

En el plano emocional y conductual, la disminución de berrinches, conductas oposicionistas y episodios de desregulación puede comprenderse a partir de la interacción entre impulsividad, inflexibilidad y baja tolerancia a la frustración. En la comorbilidad TEA-TDAH, la rigidez conductual y cognitiva asociada al TEA puede combinarse con la baja inhibición propia del TDAH, incrementando la probabilidad de respuestas emocionales intensas frente a cambios, esperas, límites o situaciones imprevistas (Artigas-Pallarés, 2003; Mulas et al., 2018). Asimismo, la desregulación emocional constituye una dimensión clínicamente significativa en ambos cuadros, especialmente cuando se presentan de manera conjunta (Terol-Sánchez et al., 2023). En este caso, los cambios observados no expresan solo una disminución de conductas disruptivas, sino una mayor capacidad de la paciente para modular sus respuestas frente a demandas que previamente resultaban desorganizantes.

Los avances en comunicación social y reciprocidad deben diferenciarse de una lectura restringida a la adquisición de reglas conversacionales. El TEA se caracteriza por dificultades persistentes en la comunicación e interacción social, junto con patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades (APA, 2022). Cuando coexiste con TDAH, la impulsividad, la distractibilidad y la baja consistencia conductual pueden interferir en la posibilidad de sostener intercambios ajustados con pares y adultos (Lord et al., 2018; Mulas et al., 2018). En investigaciones sobre intervención en habilidades sociales en niños con TEA, se ha señalado la importancia de considerar la generalización de habilidades y la participación de adultos significativos en los contextos cotidianos (Dekker et al., 2014). En el caso analizado, la mejora en comunicación pragmática y respuesta social puede interpretarse en relación con dos procesos trabajados durante

la intervención: el entrenamiento específico en habilidades sociales y el fortalecimiento de la autorregulación conductual y emocional necesaria para sostener intercambios más ajustados.

Los avances en comunicación, autonomía personal, socialización e índice adaptativo general muestran que los cambios no quedaron restringidos al espacio terapéutico. El TEA y el TDAH pueden afectar la participación escolar, la vida familiar, la autonomía cotidiana y los vínculos con otros, especialmente cuando las dificultades atencionales, comunicativas y autorregulatorias se presentan de manera combinada (APA, 2022; Barkley, 2015; Ubillús, 2024). A su vez, la Clasificación Internacional del Funcionamiento permite comprender estas dificultades no solo como síntomas individuales, sino también como limitaciones en la actividad, restricciones en la participación y barreras contextuales que inciden sobre el desempeño cotidiano (World Health Organization, 2001). En el caso analizado, la mejora adaptativa sugiere que algunas habilidades trabajadas durante la intervención comenzaron a transferirse hacia contextos naturales, particularmente en la autonomía, la socialización y la respuesta a demandas del entorno.

En el área académica, los progresos observados en el desempeño académico funcional se produjeron junto con mejoras en atención sostenida, seguimiento de consignas, control inhibitorio, permanencia en tarea y organización conductual. Este patrón concuerda con los resultados de Langberg et al. (2012), quienes observaron efectos favorables de intervenciones dirigidas a habilidades de organización, planificación y cumplimiento de tareas escolares en estudiantes con TDAH. En el caso analizado, dado que la intervención no estuvo dirigida a un tratamiento psicopedagógico específico, los avances académicos funcionales pueden comprenderse en relación con la mejora de las condiciones autorregulatorias necesarias para sostener el trabajo escolar. Al mismo tiempo, la presencia de cambios informados por padres y docentes constituye un dato clínicamente relevante, ya que indica que la evolución no se limitó al espacio terapéutico. En el tratamiento psicosocial de niños y adolescentes con TDAH, el entrenamiento conductual para padres, el manejo conductual del aula, las intervenciones con pares y el entrenamiento en organización cuentan con respaldo empírico como componentes relevantes de intervención (Evans et al., 2014). En el caso analizado, la participación de la familia y la escuela permitió sostener estrategias de regulación, adaptar demandas, utilizar apoyos visuales, segmentar tareas y reforzar conductas funcionales en contextos cotidianos. Por ello, los cambios observados pueden comprenderse como resultado de un abordaje coordinado entre espacio terapéutico, hogar y escuela, y no como efecto exclusivo de las sesiones individuales.

La integración de los cambios observados en atención, inhibición, flexibilidad, regulación emocional, comunicación social y adaptación cotidiana refuerza la necesidad de abordar la comorbilidad TEA-TDAH desde una formulación clínica centrada en procesos funcionales

compartidos. Esta posición es coherente con los desarrollos que señalan que estos perfiles requieren considerar la interacción entre síntomas, contextos y demandas adaptativas, en lugar de intervenir los diagnósticos de manera fragmentada (Barkley, 2015; Townes et al., 2023; Willcutt et al., 2005). En la paciente analizada, la mejoría no se expresó en un único dominio, sino en una reducción de la interferencia conductual y emocional sobre la vida cotidiana, acompañada por un aumento de recursos adaptativos en el hogar, la escuela y el espacio terapéutico.

Referencias

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families. University of Vermont, Dept. of Psychiatry. <https://www.nctsn.org/measures/child-behavior-checklist-ages-15-5>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Aragón, A., Vetere, G., Argañaraz, M., & Musich, F. (2023). Epidemiology of autism spectrum disorder in Buenos Aires, Argentina: Insights from unique disability ID issuance trends [Preprint]. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2023.07.08.23292383>
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36(1), S68–S78. <https://doi.org/10.33588/rn.36S1.2003003>
- Asociación Médica Mundial. (2024, octubre). *Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para la investigación médica con participantes humanos*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>
- Bakker, L., Rubiales, J., y Paneiva, J. (2023, enero). *¿Qué sabemos de TDAH?*. CONICET. <https://www.conicet.gov.ar/que-sabemos-de-tdah/>
- Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). The Guilford Press.
- Bikic, A., Reichow, B., McCauley, S., Ibrahim, K., & Sukhodolsky, D. (2017). Meta-analysis of organizational skills interventions for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 52, 108–123. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.12.004>
- Bishop, D. (2003). *The Children's Communication Checklist, CC2* (2nd ed.). Pearson Assessment.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *2020 community report on autism*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Constantino, J. N., & Gruber, C. P. (2012). *Social Responsiveness Scale—Second Edition (SRS-2)*. Western Psychological Services.
- Cortese, S., Kelly, C., Chabernaud, C., Proal, E., Di Martino, A., Milham, M., & Castellanos, F. (2012). Toward systems neuroscience of ADHD: A meta-analysis of 55 fMRI studies. *American Journal of Psychiatry*, 169(10), 1038-1055. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11101521>
- Dekker, V., Nauta, M., Mulder, E., Timmerman, M., & Bildt, A. (2014). A randomized controlled study of a social skills training for preadolescent children with autism spectrum disorders:

- Generalization of skills by training parents and teachers? *BMC Psychiatry*, 14, Article 189. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/189>
- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2014). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies* (3rd ed.). The Guilford Press.
- Evans, S., Owens, J., & Bunford, N. (2014). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(4), 527–551. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.850700>
- Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 24(4), 562–575. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0>
- Forte, S., Escandell, M., y Castro, J. (2014). Nuevas formas de abordaje del proceso diagnóstico del TEA después del DSM-5. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 1(1), 243–250. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v1.367>
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2015). *Behavior Rating Inventory of Executive Function, Second Edition (BRIEF-2)*. Psychological Assessment Resources.
- Harrison, P. L., & Oakland, T. (2015). *Adaptive Behavior Assessment System (3rd ed.)*. Western Psychological Services.
- Langberg, J., Epstein, J., Becker, S., Girio-Herrera, E., & Vaughn, A. (2012). Evaluation of the Homework, Organization, and Planning Skills intervention for middle school students with attention-deficit/hyperactivity disorder as implemented by school mental health providers. *School Psychology Review*, 41(3), 342–364. <https://doi.org/10.1080/02796015.2012.12087514>
- Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-Vanderweele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *The Lancet*, 392(10146), 508–520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31129-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2)
- Losada, A. V. (2014). Uso en investigación y psicoterapia del consentimiento informado. En B. Kerman y M. R. Ceberio (Comps.). *En búsqueda de las ciencias de la mente. Investigación en psicología sistémica, cognitiva y neurocientífica* (pp. 159–167). Ediciones Universidad de Flores.
- Losada, A., Zambrano, C., y Marmo, J. (2022). Clasificación de Métodos de investigación en Psicología. *Psicología Unemi*, 6(11), 13-31. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss11.2022pp13-31p>
- McCrossin, R. (2022). Finding the true number of females with autistic spectrum disorder by estimating the biases in initial recognition and clinical diagnosis. *Children*, 9(2), 272. <https://doi.org/10.3390/children9020272>
- Modabbernia, A., Velthorst, E., & Reichenberg, A. (2017). Environmental risk factors for autism: An evidence-based review of systematic reviews and meta-analyses. *Molecular Autism*, 8, 13. <https://doi.org/10.1186/s13229-017-0121-4>

- Molina, J., Orgilés, M., y Servera, M. (2022). El TDAH en la etapa preescolar: Una revisión narrativa. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 9(3), 6. https://www.revistapcna.com/sites/default/files/2238_0_0.pdf
- Mulas, F., y Roca, P. (2018). Concordancias entre los trastornos del espectro del autismo y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 66(Supl. 1), S91–S96. <https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/bts01s091.pdf>
- Napoli, S., Vitale, M., Urinovsky, M., Fassero, M., Buján, L., Molina, J., Rodríguez, E., & Schiariti, V. (2024). Functional assessment of children and adolescents with autism spectrum disorder in Argentina: ICF-ASD multicenter study. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 122(5), e202310171. <https://doi.org/10.5546/aap.2023-10171.eng>
- Organización Mundial de la Salud. (2025, septiembre). *Autismo*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders#>
- Polanczyk, G., Salum, G., Sugaya, L., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Quinn, P., & Madhoo, M. (2014). A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: uncovering this hidden diagnosis. *Prim Care Companion CNS Disord*, 16(3), 27250. <https://www.psychiatrist.com/pcc/review-attention-deficit-hyperactivity-disorder-women/>
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica: Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261-270. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921790006.pdf>
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Saulnier, C. A. (2016). *Vineland Adaptive Behavior Scales (3rd ed.)*. Pearson.
- Swanson, J. M. (1992). *School-based assessments and interventions for ADD students*. KC Publishing.
- Terol-Sánchez, L., Navarro, I., Collado, J., y Torrecillas, M. (2023). El desarrollo emocional en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad: una revisión sistemática. *Revista de Discapacidad, Clínica y Neurociencias*, 10(1), 51–67. <https://doi.org/10.14198/DCN.24670>
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(1), 3-16. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x>
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994-e1001. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3482>

- Townes, P., Liu, C., Panesar, P., Devoe, D., Lee, S., Taylor, G., Arnold, P., Crosbie, J., & Schachar, R. (2023). Do ASD and ADHD have distinct executive function deficits? A systematic review and meta-analysis of direct comparison studies. *Journal of Attention Disorders*, 27(14), 1571–1582. <https://doi.org/10.1177/10870547231190494>
- Ubillús, G. (2024). Trastorno del espectro autista (TEA): un problema importante por atender. *Horizonte Médico*, 24(1), 1–4. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2024.v24n1.00>
- Vega, G. (2024). Impacto del TDAH en el aprendizaje de estudiantes en edad escolar: una revisión sistemática. *Revista San Gregorio*, 1(57), 199-219. <https://doi.org/10.36097/rsan.v1i57.2329>
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1336-1346. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.02.006>
- Wolraich, M., Hagan, J. Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., Evans, S., Flinn, S., Froehlich, T., Frost, J., Holbrook, J., Lehmann, C., Lessin, H., Okechukwu, K., Pierce, K., Winner, J., Zurhellen, G., & Subcommittee on Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactive Disorder. (2019). Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 144(4), e20192528. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. World Health Organization.