

EL ROL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL

EN LA INTERVENCIÓN EN EL TDAH

Francisco de los Santos

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la edad infantil. Se caracteriza por un nivel de impulsividad, actividad y atención no adecuados a la edad de desarrollo.

Desde que hace más de un siglo, en 1902 George Still, en su artículo publicado en la revista "The Lancet", describiera a un grupo de 43 niños con síntomas similares a lo que hoy en día se diagnosticaría como TDAH, hasta hoy con la reciente publicación del Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, ha ido modificando tanto su nombre como los criterios diagnósticos.

Existen numerosos estudios de prevalencia que sin duda son un claro indicador de todo el camino que nos falta por recorrer hasta entender el trastorno, Así encontramos datos tan dispares como una prevalencia del 0,78 % en Hong-Kong en contraste con el 17,8% de Alemania.

Estos datos pueden deberse por un lado a los factores genéticos, sociales y culturales que condicionan el desarrollo y evolución del trastorno, pero también a la gran variabilidad en lo que a la evaluación y al diagnóstico se refiere, así por ejemplo, la CIE-10 exigía para el diagnóstico que se dieran el mismo sujeto, a la vez, unos determinados comportamientos de hipercinesia, inatención e impulsividad (lo que ha dado una prevalencia de entre un 1 y un 2% en Europa), sin embargo en EE.UU, en el que se utiliza el manual de Diagnóstico DSM IV (ahora el V), los resultados en ocasiones han sido de un 20% de la población escolar.

En España comenzamos a encontrar algunos estudios que muestran una prevalencia en torno al 4-8 %, llegando en algún caso a hablar del 12%.

Entre estos estudios destacamos el 6,6% en la población de Castilla y León (8,97% en varones frente al 4,17 del sexo femenino), el 4-6% de los niños y niñas entre 6-15 años de Sevilla (valorados con DSM-II-R), el 1-2% de Navarra o el 3% de Valencia (valorado con el test de Conners).

Esta realidad se vuelve todavía más compleja si cabe, cuando hablamos de comorbilidades, Jensen *et al.* (2001) encontraron que más del 85% de los pacientes

presentaban al menos una comorbilidad y cerca del 60% tenían al menos dos comorbilidades, otros estudios hablan de un 50% con al menos una comorbilidad.

Existen estudios que describen afecciones comórbidas, cómo los trastornos de aprendizaje (hasta el 39% en lectura y el 30% en cálculo), Trastorno del Desarrollo de la Coordinación (hasta el 47 %), Trastornos del Desarrollo del habla y trastornos expresivos (hasta el 54%), Trastornos generalizados del desarrollo (hasta el 26%), Trastorno de tics, Abuso de sustancias, trastorno del sueño, ansiedad, etc.

Así mismo, no debemos olvidar que el TDAH es un problema neurofisiológico y por tanto neuropsicológico, así diversos estudios indican que la población con TDAH presenta alteraciones en distintos componentes de funciones ejecutivas (inhibición de respuesta, planificación, etc), un déficit motivacional y un modelo cognitivo-energético de regulación (Sergeant, 2005).

Por tanto cuando hablamos de TDAH hablamos de un trastorno complejo y multifactorial, cuyos criterios diagnósticos han ido cambiando hasta hace apenas unos meses y cuya prevalencia fluctúa en función de estos criterios diagnósticos, la cultura o el momento histórico en el que nos encontremos.

Ante esta realidad surge una pregunta: ¿Por dónde empezamos a intervenir?.

La Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes publicada por el ministerio de sanidad, Política Social e Igualdad en su edición del 2010, indica que “La combinación de tratamientos farmacológicos y psicológicos ejerce efectos inmediatos en los síntomas del TDAH mediante la utilización de la medicación, así como efectos de larga duración mediante el desarrollo de estrategias y habilidades cognitivas y de Comportamiento”

Recomendando como terapias efectivas, el tratamiento psicológico con entrenamiento cognitivo-conductual, tratamiento psicopedagógico y el tratamiento farmacológico (metilfenidato y la atomoxetina), rechazando otras terapias por no haber evidenciado científicamente su eficacia.

No son tan taxativas otras guías o estudios en países como Gran Bretaña, EE.UU. o Australia.

Este último país en el documento “Australian Guidelines on Attention Deficit Hyperactivity Disorder(ADHD)” de Junio de 2009 afirma que para el abordaje de las dificultades de motricidad fina “La terapia ocupacional y / o evaluación de la fisioterapia son necesarios, especialmente para los niños más pequeños que tienen

problemas con la función motora , la escritura y organización espacial de su esquema corporal. Algunos datos de Australia indican que alrededor del 50 % de los niños con TDAH puede cumplir los criterios para el Trastorno de Coordinación del Desarrollo, mientras que un 30 % adicional puede tener algún grado de problemas motores, por lo que la Terapia ocupacional también puede tener un papel en la prestación de apoyo para la intervención...”

“La terapia ocupacional y / o evaluación de fisioterapia también pueden ser considerados para los niños con dificultades de procesamiento sensorial, puesto que se ha sugerido que un mal procesamiento sensorial puede contribuir a la perfil de comportamiento de los niños con ADHD, existiendo una superposición en las conductas descritas para los trastornos de modulación sensorial sobre Déficit de Atención e Hiperactividad”

Este y otros documentos y estudios en diversos países, dejan clara la necesidad de incluir dentro del equipo multidisciplinar de apoyo a las personas con TDAH y sus familias la figura del Terapeuta Ocupacional.

En conclusión podemos afirmar que cada niño con TDAH tiene una constelación única de problemas y muchas áreas funcionales se pueden ver afectadas. Por lo tanto, es importante adoptar un enfoque de evaluación multidimensional con el fin de determinar cómo el TDAH está afectando al desarrollo del niño y su rendimiento en las diferentes áreas de ocupación.

El terapeuta Ocupacional debe ser una de las figuras de referencia en la intervención de muchas de las dificultades que encuentran las personas con TDAH, siendo especialmente significativa su aportación en tres áreas específicamente afectadas, *las funciones ejecutivas* y su reflejo en el desempeño en actividades de la vida diaria, *las Dificultades de Procesamiento/modulación Sensorial* (que interfieren significativamente en las habilidades para inhibirse, mantener un ajustado nivel de alerta y atención y otras características específicas del niño/a con TDAH) y *las dificultades motrices (incluidas las habilidades manipulativas)*, presentes según algunos estudios en más de un 85% de los niños y niñas diagnosticados de TDAH.

El reto está en demostrar al resto de la comunidad científica, que nuestro trabajo es riguroso y científico, que nuestra disciplina debe formar parte de los programas de intervención y que el desempeño de la persona con TDAH va más allá del ámbito

clínico o educativo y afecta a cualquier actividad de su vida diaria, desde atarse unos zapatos a saltar en paracaídas.