

PROCESO DIAGNÓSTICO DEL Síndrome Pediátrico de Hiperactividad

En un niño o adolescente con hiperactividad, ¿Cuáles son los diferentes pasos del proceso diagnóstico?

El proceso diagnóstico de un paciente con hiperactividad o que se sospeche padezca de síndrome pediátrico de hiperactividad, requiere de:

1. Diagnóstico básico de disfunción cerebral o de otro desorden cognoscitivo crónico subyacente (síndrome de abstracción baja, oligofrenia, inmadurez neuropsicológica.
2. Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR o de otro sistema diagnóstico Equivalente.
3. Diagnóstico multidimensional
4. Diagnóstico diferencial o etiológico y
5. Diagnóstico de la comorbilidad.

Este proceso puede completarse de manera más eficiente y completa con la evaluación neuropsicológica.

¿No son los criterios diagnósticos del DSM IV-TR suficientes para el diagnóstico de hiperactividad en niños y adolescentes?

NO. El DSM IV-TR sólo cubre el 20% del proceso diagnóstico.

Esto es así porque el DSM IV TR no considera los factores etiológicos:

- No toma en cuenta los desórdenes cognoscitivos subyacentes.
- No incluye la comorbilidad y especialmente porque
- No analiza las múltiples dimensiones clínicas de la **hiperactividad pediátrica**.

Tampoco da claves adecuadas para el diagnóstico de hiperactividad o los problemas de atención o para el **diagnóstico diferencial** de estos signos.

Dimensiones Clínicas del Síndrome Pediátrico De Hiperactividad

¿Cuáles son las dimensiones clínicas del síndrome pediátrico de hiperactividad?

Incluyen :

1. Hiperactividad
2. Inatención & Distractibilidad
3. Impulsividad & Temeridad
4. Labilidad afectiva
5. Control motor deficiente
6. Disfunción Cerebral
7. .Desórdenes comórbidos

¿Cuáles son las características clínicas de la hiperactividad propia del síndrome pediátrico de hiperactividad?

La hiperactividad suele ser el signo más prominente del cuadro clínico.

Por definición, siempre es crónica (mayor de seis meses) y puede incluso haberse iniciado en la vida intrauterina.

Mejora en la clínica o en la entrevista individual y empeora en presencia de otras personas y en el aula de clases.

Debe distinguirse de la actividad del niño **sobreactivo** que juega por toda la casa y luego reposa. El niño **hiperactivo** se está moviendo aún cuando está en reposo.

Hay un aumento en la frecuencia de actividades motoras (conductas motoras dirigidas o con propósito). Esto la distingue de la agitación, en la cual las conductas motoras no tienen finalidad.

A pesar de las múltiples actividades, raramente se completa alguna de ellas en una sola secuencia. Cuando logran completarse son hechas en forma apresurada o con poco cuidado o nitidez.

El paciente presenta incapacidad de **controlar sus movimientos corporales** aún cuando se le pida, se le ordene o se le solicite que los controle por un corto tiempo (un minuto).

Corre o salta en lugares o momentos inadecuados.

Se sube a los muebles.

Aún cuando la actividad pareciera ser normal, la repite de manera excesiva o inapropiada (abre la puerta de la clínica, toma o juega con objetos ajenos, abre gavetas o libreros, se esconde cuando no debe).

No puede jugar con calma.

Hay alerta exagerada.

Invade el espacio de los demás (intrusión geográfica).

No reconoce límites geográficos o sociales.

Habla en exceso.

Hiperactividad del desorden BIPOLAR

¿Cómo se manifiesta clínicamente la hiperactividad pediátrica del desorden bipolar?

Es **episódica**. Inicialmente. El paciente puede estar alegre o jocosos pero rápidamente puede tornarse disfórico.

Hay tendencia a la agresividad, la destructividad o la violencia.

Son más comunes las rabietas.

Puede acompañarse de gritos, insultos o amenazas.

Hay más conducta oculta, durante la cual puede planear o hacer bromas pesadas, dañar la propiedad ajena o hacer travesuras costosas.

No mejora aún durante la entrevista individual.

COELLO CORTÉS Ramiro. Anotaciones Clínicas sobre Disfunción Cerebral Pediátrica. Parte 8. Rev. Electrónica de Medicina Neuropsicológica.