

Funcionamiento ejecutivo en el Trastorno Bipolar Pediátrico: un estudio piloto

Camprodon Rosanas, E.; Batlle Vila, S.; Estrada i Prat, X; Duñó Ambrós, L.; Aceña Díaz, M.; Marrón Cerdón, Magda; Martín López, L.M.

Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) Sant Martí Sud. Unitat Trastorn Bipolar Pediàtric Litoral. Instituto de Neuropsiquiatria y Adicciones (INAD)- Parc de Salut Mar (Hospital del Mar)

Introducción/Antecedentes

El trastorno bipolar pediátrico (TBP) es un trastorno psiquiátrico grave que comparte sintomatología con el trastorno por déficit de atención hiperactividad (TDAH) generando controversia en la diferenciación de los dos trastornos. Una forma de discriminarlos sería poder encontrar un perfil neurocognitivo específico para el TBP. En el perfil neurocognitivo de pacientes con TB se han reportado, tanto en niños como adultos, principalmente déficits en: atención, funciones ejecutivas, aprendizaje verbal, memoria visual, inhibición de respuesta y velocidad de procesamiento. Se desconoce de forma clara si estas deficiencias son distintas a las observadas en el TDAH o si son formas más graves de las mismas alteraciones. Algunos estudios, informan de perfiles neurocognitivos parecidos entre los TDAH y los TB con una mayor afectación en los TDAH.

Hipótesis y Objetivos

1. Determinar el perfil neuropsicológico de los pacientes con TBP de nuestra unidad.
2. Estudiar las diferencias de los perfiles neuropsicológicos entre los paciente con TBP, TDAH y otros trastornos.
3. Determinar el perfil de las escalas de la Child Behavior Checklist (Achenbach) de los pacientes con TBP.

Material y Métodos

Participantes: 24 pacientes distribuidos según diagnóstico en tres grupos TBP (N=8), TDAH (N=8) y otros trastornos psiquiátricos (N=8) emparejados por edad y sexo. Diagnosticados en el Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) Sant Martí Sud (Barcelona) (Tabla 1).

Instrumentos: Escala de Weshler de inteligencia para niños IV (WISC-IV). Child Behavior Checklist (Achenbach). Test de Atención D2.

Análisis de los datos: Se ha realizado el estudio de los descriptivos por grupos de diagnóstico y pruebas de comparación de medianas a través del análisis de la varianza (ANOVA). Estudio Post-hoc de las puntuaciones significativas.

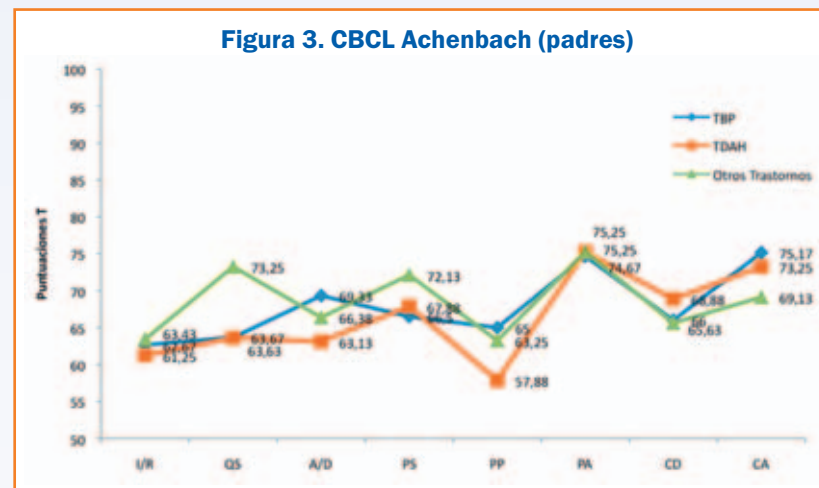
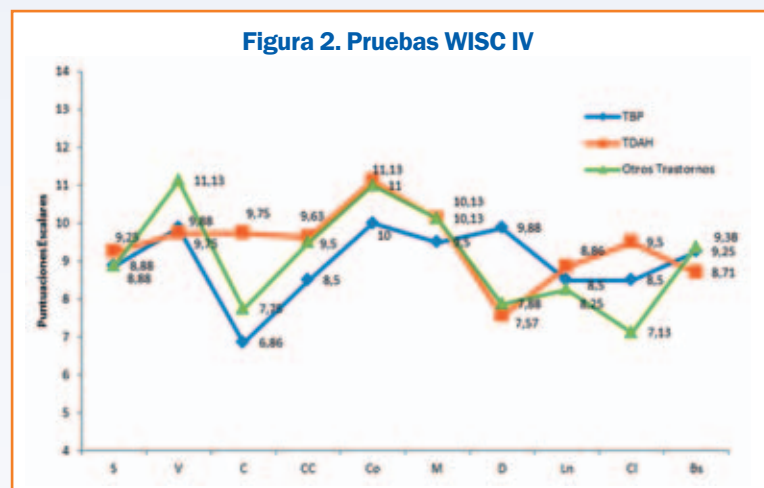
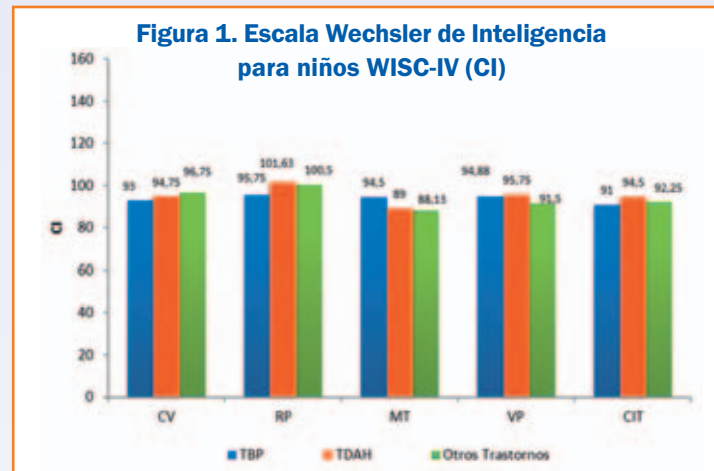
Tabla 1. Descriptivos de la muestra (N=24)

	TBP (N=8)	TDAH (N=8)	Otros trastornos psiquiátricos (N=8)
Sexo			
Niños (%)	75%	75%	75%
Niñas (%)	25%	25%	25%
Edad Media (DS)	10 (1,9)	9,75 (1,7)	10 (1,9)

Resultados

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los perfiles neuropsicológicos básicos de la WISC IV entre los grupos (Figura 1 y 2).

De forma más específica, los pacientes con TBP obtienen peores puntuación en la sub-escala Comprensión (M=6,86) comparados con los pacientes TDAH (M=9,75) ($p<0,053$) y con los afectados por otros trastornos psiquiátricos (M=7,75) ($p<0,724$) (Figura 2). Se hallan diferencias estadísticamente significativas entre los errores de comisiones del test de atención d2 del grupo de pacientes con TBP (M=10,6) y los pacientes TDAH (M=75,75) ($p<0,000$) y el grupo con TDAH y otros trastornos psiquiátricos (M=20) ($p<0,003$). En el perfil de la CBCL de Achenbach destacan puntuaciones medias T mayores en las dimensiones de ansiedad/depresión (M=69,33), problemas de pensamiento (M=65) y conducta agresiva (M=75,17) del grupo TBP respecto a los TDAH y al grupo con otros trastornos psiquiátricos si bien estas no son estadísticamente significativas (Figura 3).



Conclusiones

1. En la misma línea que otros estudios, TDAH y TBP no presentan diferencias en los perfiles neuropsicológicos básicos en las escalas de Wechsler.
2. Tal y como vienen reportando estudios previos, en el funcionamiento ejecutivo del TBP, parece hallarse más comprometida la comprensión verbal y la impulsividad.
3. Los pacientes con TBP presentan más síntomas de ansiedad, depresión y conductas agresivas en relación a los sujetos que no están afectados de TBP.

Limitaciones del estudio: es necesario replicar los resultados con una muestra más amplia de sujetos e incluir pruebas neuropsicológicas más específicas.

Referencias esenciales

- Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE, Bhangoo RK, Pine DS. (2003). Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *The American Journal of Psychiatry*. Ma160(3):430-7.
- McCarthy J, Arresses D, McGlashan A, Rappaport B, Kraseki K, Conway F, Mule C, Tucker J. (2004). Sustained attention and visual processing speed in children and adolescents with bipolar disorder and other psychiatric disorders. *Psychol Rep*; 95:39- 47
- Doyle AE, Willcutt EG, Seidman LJ, et al. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder endophenotypes. *Biol. Psychiatry*. 57:1324-1335.
- Schenkel SL, West AE, Jacobs R, Sweeney JA, Pavuluri MN. (2012) Cognitive dysfunction is worse among pediatric patients with bipolar disorder Type I than Type II. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53:7, 775-781.