INTENTANT DIFERENCIAR CATEGORIES: COMPORTAMENT DE L'ESCALA COMPOSTA DE MATUTINITAT EN NENS BIPOLARS I NENS TDAH

Estrada Prat, X[1]; Álvarez Guerrico, I[2]; Camprodon Rosanas, E[1]; Batlle Vila, S[1]; Martín López, LM[3]; Pérez Solá, V[4]; Romero Cela, S[5]

[1]Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD), Parc de Salut Mar, Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) Sant Martí, Barcelona.
[2]Departament de Neurologia i Neurofisiologia Clínica (Unitat del Son), Hospital del Mar, Parc de Salut Mar, Barcelona.
[3]INAD, Parc de Salut Mar, CSMIJ Ciutat Vella, Barcelona. [4]INAD, Hospital del Mar, Parc de Salut Mar, Barcelona.
[5]Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil, Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Paraules clau: Composite Scale of Morningness, bipolar disorder, attention deficit hyperactivity disorder

INTRODUCCIÓ

La etiopatogènia del Trastorn Bipolar Pediàtric (TBP) encara és desconeguda tot i que se li atribueix una base biològica. L'insomni és un símptoma prevalent tant en els trastorns afectius com en el TDAH. Mecanismes endògens, anomenats marcapassos (*pacemakers*), es sincronitzen amb cicles medio-ambientals, principalment amb el de la llum-foscor. La dimensió matutí-vespertí és un *continuum* on els diferents individus poden classificar-se des del cronotip matutí extrem fins el cronotip vespertí extrem. Els diferents cronotips s'han associat amb diferències inter-personals en el rendiment acadèmic, laboral o esportiu, els trets temperamentals i amb el risc per a desenvolupar psicopatologia. L'escala composta de matutinitat (*Composite Scale of Morningness*, CSM) és una escala auto-aplicada, validada al castellà, de 13 ítems, que es puntuen de 1-5 o de 1-4 en la que es poden obtindré uns valors mínims de 13 (cronotip vespertí extrem) i fins a 55 (cronotip matutí extrem). **Hipòtesi:** El grup bipolar presentarà un cronotip de major vespertinitat que el grup TDAH. **Objectiu:** Estudi del comportament de l'escala CSM en els grups bipolar i TDAH. Estudi de la relació de l'escala CSM amb les variables psicopatològiques.

MÈTODE

Participants: 17 pacients del Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil Sant Martí (TBP, n= 9; $TDAH_{sc}$, n= 8); edat compresa entre els 7-17 anys (*M*= 12.24; *DE*= 3.308); el grup $TDAH_{sc}$ no presenta comorbilitat mentre que només el 7.7% del grup bipolar (1 subjecte) està lliure de comorbilitat; el 100% del grup bipolar estava en tractament psicofarmacològic en el moment de la video-polisomnografia nocturna (v-PSGN) mentre que només ho estaven el 50% dels nens $TDAH_{sc}$. **Instruments: 1.-** Valoració del son: *Sleep Disturbance Scale for Children* (SDSC) per descartar trastorns primaris del son i v-PSGN; i **2.-** Valoració psicopatològica: *Child Depression Inventory* (CDI), *Child Mania Rating Scale* (CMRS), *Children's Manifest Anxiety Scale Revised* (CMAS-R). **Procediment:** *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime version* (K-SADS-PL) per a establir el diagnòstic i les comorbilitats. **Anàlisi:** Realització dels descriptius de la mostra (**Taula 1**). Es va procedir a l'anàlisi de comparació de mitjanes (U de Mann-Whitney).

Taula 1. Descriptius de la mostra: puntuació de l'escala composta de matutinitat i de les variables psicopatològiques

DIAGNÒSTIC	GÈNERE	EDAT	CSM[1]	CDI[2]	CMRS[3]	CMAS-R[4]
TBP[5]	M	14	18	19	26	7
TBP	M	10	30	20	32	23
TBP	M	7	43	25	33	13
TBP	F	17	23	15	11	10
TBP	M	12	31	17	29	19
TBP	F	16	31	31	26	21
TBP	M	8	40	9	17	5
TBP	M	17	30	14	24	10
TBP	F	16	15	41	19	25
$TDAH_{sc}$[6]	M	13	34	5	17	13
$TDAH_{sc}$	M	13	22	11	4	2
$TDAH_{sc}$	M	13	39	8	7	6
$TDAH_{sc}$	M	15	33	22	14	5
$TDAH_{sc}$	M	8	23	11	33	22
$TDAH_{sc}$	M	10	38	5	3	16
$TDAH_{sc}$	M	10	37	8	19	25
$TDAH_{sc}$	F	9	16	23	20	22

[1]*Composite Scale of Morningness*; [2]*Child Depression Inventory* (puntuació total); [3]*Child Mania Rating Scale* (puntuació total); [4]*Children's Manifest Anxiety Scale Revised* (puntuació total); [5]Trastorn Bipolar Pediàtric; [6]TDAH sense comorbilitat

RESULTATS

No es varen detectar diferències estadísticament significatives en la distribució de les mitjanes de l'escala CSM entre els grups TBP i TDAH (p= 0.673) tot i que sí varen detectar-se diferències entre els grups amb les escales CDI i CMRS (p= 0.035 i p= 0.046 respectivament). Tampoc es va trobar cap relació entre les puntuacions de l'escala CSM i les obtingudes en les escales CDI, CMRS ni CMAS-R. No obstant, sí que es va observar una tendència d'una major presència de simptomatologia depressiva en el cronotip vespertí respecte al matutí (p= 0.074).

CONCLUSIONS

En aquest estudi, de tamany mostral petit, no ha estat possible establir una relació entre un diagnòstic i un cronotip concret. No obstant, podria ser encara més interessant, cercar una relació entre una esfera psicopatològica (depressió, mania o ansietat) i el cronotip matutí o vespertí. La simptomatologia depressiva, maníaca o ansiosa probablement impacti més directament sobre l'escala CSM que no pas un diagnòstic específic. D'altre banda, la comorbilitat és freqüent en la població infanto-juvenil, el que en dificultaria el poder-ne relacionar directament el trastorn principal amb el cronotip. Més assajos són necessaris per l'estudi de la relació entre les variables psicopatològiques i la dimensió matutí-vespertí. **Limitacions:** Efecte farmacològic en tots dos grups i de la comorbilitat en el grup bipolar. És necessari incloure un grup control sa i augmentar el tamany de la mostra.

BIBLIOGRAFIA

- Talbot L. S., Stone S., Gruber J., Hairston I. S., Eidelman P., Harvey A. G. (2012). A test of the bidirectional association between sleep and mood in Bipolar Disorder and Insomnia. Journal of Abnormal Psychology, 121 (1), 39-50.
- Adan A., Caci H., Prat G. (2005). Reliability of the Spanish version of the Composite Scale of Morningness. European Psychiatry, 20, 503-509.

L'autor principal de l'estudi no presenta conflicte d'interessos

INAD Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions

Parc de Salut MAR Barcelona