COMPORTAMIENTO DE LA ESCALA COMPUESTA DE MATUTINIDAD RESPECTO A LAS DIMENSIONES PSICOPATOLÓGICAS EN UNA MUESTRA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISTINTOS TRASTORNOS MENTALES

Estrada Prat, X.[1]; Álvarez Guerrico, I.[2]; Batlle Vila, S.[1]; Camprodon Rosanas, E.[3]; Martín López, L. M.[4]; Pérez Solá, V.[5]; Romero Cela, S.[6]

[1]Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD), Parc de Salut Mar, Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) Sant Martí-La Mina, Barcelona. [2]Departament de Neurologia i Neurofisiologia Clínica (Unitat del Son), Hospital del Mar, Parc de Salut Mar, Barcelona. [3]Servei de Psiquiatria i Psicologia. Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, Esplugues de Llobregat, Barcelona. [4]INAD, Parc de Salut Mar, CSMIJ Ciutat Vella, Barcelona. [5]INAD, Hospital del Mar, Parc de Salut Mar, Barcelona. [6]Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil, Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Palabras clave: Composite Scale of Morningness, bipolar disorder, attention deficit hyperactivity disorder

INTRODUCCIÓN

El insomnio es un síntoma prevalente tanto en los trastornos afectivos como en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Mecanismos endógenos, llamados marcapasos (*pacemakers*), se sincronizan con ciclos medio-ambientales, principalmente con el de luz-oscuridad. La dimensión matutinidad-vespertinidad es un *continuum* en el que podemos identificar sujetos desde un cronotipo matutino extremo hasta un cronotipo vespertino extremo. Los distintos cronotipos se han asociado a diferencias interpersonales en el rendimiento académico, laboral o deportivo, a rasgos temperamentales y a riesgo para el desarrollo de psicopatología (especialmente el cronotipo vespertino se ha asociado con la aparición de síntomas depresivos). La escala compuesta de matutinidad (*Composite Scale of Morningness*, CSM) es una escala autoaplicada, validada al castellano y de 13 ítems con valores de 1-5 o 1-4 puntos en la que se puede obtener una puntuación mínima de 13 puntos (cronotipo vespertino extremo) y hasta de 55 (cronotipo matutino extremo). En un trabajo previo, no detectamos diferencias estadísticamente significativas en la distribución de las puntuaciones medias de la escala CSM entre los grupos bipolar (TBP) y TDAH sin comorbilidad (p= 0.633). **Objetivo:** Una de las limitaciones del estudio fue la elevada comorbilidad presente en el grupo TBP con lo que concluímos que, tal vez, sería más adecuado explorar la relación existente entre las distintas dimensiones psicopatológicas (depresión, manía y ansiedad) y el tipo de cronotipo al que perteneciera el sujeto.

MÉTODO

Participantes: 30 niños y adolescentes (7 niñas) diagnosticados de distintos trastornos mentales (20 TDAH, 5 trastornos de ansiedad i 5 trastornos de conducta)reclutados desde el Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil Sant Martí-la Mina de la ciudad de Barcelona; edad comprendida entre los 7-17 años (M= 12.23; DE= 2.95). **Procedimiento: 1.** Valoración del cronotipo: CSM y **2.** Valoración psicopatológica: Kiddie Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime version (K-SADS-PL) para establecer el diagnóstico y las posibles comorbilidades existentes y las escalas Child Depression Inventory (CDI), Child Mania Rating Scale (CMRS) y Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS-R) para la obtención de la severidad de las dimensiones depresiva, maníaca y ansiosa respectivamente. **Análisis:** Realización de los descriptivos de la muestra. Se procedió al análisis de comparación de medianas (U de Mann-Whitney) y se estudiaron los resultados significativos (p <0.05) (Tabla 1).

Tabla 1. Descriptivos de la muestra: puntuación de la *Composite Scale of Morningness* y de las escalas psicopatológicas:

Estadísticos descriptivos Cronotipo vespertino

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
CDI	5	11	41	22.80	11.100
CMRS	5	4	26	15.80	8.729
CMAS	5	2	25	15.20	10.085
N válido (por lista)	5				

Estadísticos descriptivos Cronotipo medio

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
CDI	25	5	31	14.04	7.015
CMRS	25	3	33	18.76	8.724
CMAS	25	5	25	14.40	5.788
N válido (por lista)	25				

No hay Cronotipo matutino en la muestra; CSM: *Composite Scale of Morningness*; CDI: *Child Depression Inventory*; CMRS: *Child Mania Rating Scale*; CMAS: *Children's Manifest Anxiety Scale*

Correlaciones

		CDI	CMRS	CMAS	CSM_PT
CSM_PT	Correlación de Pearson	-.458*	-.020	-.212	1
	Sig. (bilateral)	.011	.915	.261	
	N	30	30	30	30

*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas)

CSM_PT: *Composite Scale of Morningness*_Puntuación Total; CDI: *Child Depression Inventory*; CMRS: *Child Mania Rating Scale*; CMAS: *Children's Manifest Anxiety Scale*

RESULTADOS

No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de las puntuaciones medias de las escalas CDI, CMRS y CMAS entre los grupos cronotipo vespertino y medio (p= 0.065, p= 0.627 y p= 0.666 respectivamente). Cabe destacar que ningún sujeto de la muestra presentó un cronotipo matutino. No se detectó correlación entre las puntuaciones de la escala CSM y las puntuaciones de las escalas CMRS y CMAS aunque sí con la escala CDI (p= 0.011).

CONCLUSIONES

En el presente estudio no ha sido posible establecer una relación entre las escalas psicopatológicas y un cronotipo concreto. No obstante, creemos necesario destacar el hecho que ningún sujeto de la muestra presentara un cronotipo matutino. Los resultados del presente estudio confirman la relación existente entre los cronotipos vespertinos y la presencia de sintomatología afectiva de tipo depresivo a pesar de un tamaño muestral pequeño y considerando que sólo 5 sujetos presentaron un cronotipo vespertino. Por lo tanto, creemos necesario aumentar el número de sujetos con cronotipo vespertino y estudiar la relación de este cronotipo con las distintas escalas psicopatológicas, especialmente con la sintomatología afectiva. **Limitaciones:** Efecto farmacológico. Tamaño muestral pequeño.

BIBLIOGRAFÍA

- Lee K., Lee H. K., Jhung K., Park J. Y. (2017). *Relationship between chronotype and temperament/character among university students.* Psychiatry Research, 251:63-68.
- Au J. & Reece J (2017). *The relationship between chronotype and depressive symptoms: A meta-analysis*. Journal of Affective Disorders, 218:93-104.
- 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.

Los autores del estudio no presentan conflictos de interés que pudieran afectar al resultado del mismo

INAD Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions

Parc de Salut MAR Barcelona