

Comorbilidad con ansiedad y depresión en una población pediátrica con trastornos de la conducta alimentaria

OSCAR ZÚÑIGA PARTIDA* Y EDITH PADRÓN SÓLOMON**

RESUMEN

Se realizó un estudio en 139 sujetos de población pediátrica, con el fin de determinar la prevalencia de ansiedad y depresión con trastornos de la conducta alimentaria (TCA). La presencia de ansiedad y depresión fue mayor en pacientes con bulimia y anorexia nerviosa, concluyéndose que la comorbilidad de estos trastornos es alta en población pediátrica con TCA. El tratamiento y detección oportunos de esta comorbilidad mejora el pronóstico de los pacientes con TCA. PALABRAS CLAVE: comorbilidad, ansiedad, depresión, anorexia, bulimia.

ABSTRACT

ANXIETY AND DEPRESSION COMORBIDITY IN A PAEDIATRIC POPULATION WITH EATING DISORDERS. We studied a population of 139 paediatric subjects to determine the prevalence of anxiety and depression in children and adolescents with eating disorders. We found that the presence of anxiety and depression was higher amongst patients with bulimia and anorexia nervosa, and thus concluded that the comorbidity of these disorders is high in paediatric subjects with eating disorders. The appropriate detection and treatment of this comorbidity improves the prognosis of patients with eating disorders. KEY WORDS: comorbidity, anxiety, depression, anorexia, bulimia.

RESUM

COMORBILITAT AMB ANSIETAT I DEPRESSIÓ EN UNA POBLACIÓ PEDIÀTRICA AMB TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA. Es va realitzar un estudi en 139 subjectes de població pediàtrica, amb la finalitat de determinar la prevalença d'ansietat i depressió amb trastorns de la conducta alimentària (TCA). La presència d'ansietat i depressió va ser major en pacients amb bulímia i anorèxia nerviosa, amb la conclusió que la comorbilitat d'aquests trastorns és alta en població pediàtrica amb TCA. El tractament i detecció oportuns d'aquesta comorbilitat millora el pronòstic dels pacients amb TCA. PARAULES CLAU: comorbilitat, ansietat, depressió, anorèxia, bulímia.

La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) son trastornos psiquiátricos caracterizados por una preocupación alterada acerca de la ingesta de alimentos, el control del peso y la imagen corporal. Su curso generalmente es crónico, con altos niveles de comorbilidad física y psicológica (Halmiton, 1993; Pamela, et al, 2005). Por lo que respecta a la AN, las características esenciales consisten en el rechazo a mantener un peso corporal

mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Si la AN se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso (por ejemplo mientras que el sujeto crece en altura). Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal. En niñas que ya hayan presentado la menarquía, la ame-

*Psiquiatra de niños y de adolescentes. Instituto Jalisciense de Salud Mental. Av. Zoquiapan No. 1000-A, Col. Zoquiapan, Zapopan, Jalisco (México).

**Médica. Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. Av. San Buenaventura No. 86, Col. Belisario Domínguez, CP. 14080, Deleg. Tlalpan, México, D.F.

Correspondencia: drozup@hotmail.com

norrea es indicadora de una disfunción fisiológica. En niñas prepuberales la AN puede retrasar la aparición de la menarquía (Whitaker et al, 1989; Guerlingoff et al, 2003).

Las características esenciales de la BN consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Los atracones se caracterizan por una rápida ingesta de alimento, acompañándose de sensación de falta de control (Kaye et al, 2004).

Epidemiología

La prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes se ha incrementado durante los últimos 50 años (Halvorsen et al, 2005). La prevalencia de AN es de 0,5% a 1% y la relación de mujeres a hombres es de 10: 1, mientras que la prevalencia de la BN es de 1 a 3% (Ericsson et al, 1996; American Psychiatry Association, 2000). La AN puede comenzar en la niñez y casi siempre aflora en la adolescencia y adultez temprana. Hay un mayor riesgo de AN entre familiares de primer grado. La tasa de concordancia entre gemelos monocigotos es significativamente mayor que para gemelos dicigotos. Aproximadamente un tercio de los pacientes con AN desarrollarán bulimia nerviosa. La mortalidad a corto plazo es relativamente baja, 1 a 5%, aunque la mortalidad a largo plazo asciende al 20%, y casi la mitad corresponden a suicidio (Crisp et al, 1987; Luca et al, 1991).

Etiología

La patogénesis de los TCA permanece aún confusa. Los conceptos etiológicos actuales son multidimensionales con factores biológicos, psicológicos y familiares involucrados (Fairburn and Beglin, 1990; Steinhausen and Neurmarker, 2003, Watkins et al, 2005). También ha crecido el interés en la necesidad de incluir una perspectiva del desarrollo para identificar patrones de continuidad y discontinuidad en los procesos adaptativos y desadaptativos durante el crecimiento del ser humano (Childress et al, 1993; Kotler and Walsh, 2000; Zonneville et al, 2004).

Comorbilidad

Los TCA tienen una alta comorbilidad con trastornos psiquiátricos. La comorbilidad psiquiátrica puede incrementar la gravedad, cronicidad y la resistencia al tratamiento, además de predecir una pobre recuperación y

una pobre respuesta de los trastornos comórbidos al tratamiento, esto probablemente se deba al efecto del estado nutricional y al curso de la enfermedad de los pacientes. Se ha estipulado que la comorbilidad de los TCA puede tener implicaciones genéticas, debido a que la regulación del apetito, la selección de alimentos y las conductas alimentarias están moduladas y parcialmente determinadas neurobiológicamente por el mismo sistema de neurotransmisores envueltos en otros trastornos psiquiátricos. Además, muchos trastornos mentales también se presentan con alteraciones en el apetito y la alimentación (Leichner et al, 1986).

En la AN, la psicopatología específica de la alimentación frecuentemente se relaciona con síntomas de ansiedad y depresión. Más aun, es frecuente que después de remitir la sintomatología del trastorno de alimentación, queden síntomas residuales de ansiedad y depresión en los pacientes con TCA hasta por lo menos tres años posteriores (Ward et al, 2000, Drewett and Shaw, 2002; Blisset et al, 2007). Existe evidencia que indica la asociación entre psicopatología preexistente y el desarrollo de un TCA. Patton et al. (1999) estudió una cohorte de 2.032 adolescentes durante tres años y encontró que la morbilidad psiquiátrica era un predictor importante para desarrollar un TCA.

Depresión. La anorexia y la depresión comparten una serie de alteraciones biológicas, como son: I) Hipersecretismo asociado a una excreción excesiva de hormona liberadora de corticotropina, II) una disfunción de los neurotransmisores (niveles bajos de noradrenalina y serotonina) y III) una supresión anormal de dexametasona. Sin embargo, la naturaleza precisa de estas relaciones y la manera en que se desarrollan permanece poco clara, y en niños y adolescentes esta asociación ha recibido poca atención. Más aun, la relación temporal entre TCA y depresión permanece poco clara. En la base que brinda la evidencia sobre los mecanismos etiológicos diferentes, parece poco probable que ambos trastornos tuvieran inicios simultáneos, y más difícil sería determinar si algún trastorno es predictor de la aparición del otro, ya que algunos estudios reportan a los TCA como predictores de depresión y viceversa (Naomi, 2008).

Usualmente, la comorbilidad de depresión y TCA excede la comorbilidad con cualquier otro trastorno del eje I. La distimia se ha relacionado más que la depresión con la BN (Pérez and Joiner, 2003). Estudios familiares, han demostrado una relación entre AN y un riesgo

familiar compartido para la depresión, con una prevalencia de depresión en familiares de primer grado de pacientes anoréxicos de un 22% (Silberg and Bulik, 2005). Se ha reportado, también, que un 20 a 98% de los pacientes con TCA padecen algún trastorno afectivo (Drewett, 2007). La frecuencia de sintomatología compatible con la depresión en la anorexia nerviosa varía del 20% al 100%; en pacientes con BN fluctúa entre 11% hasta 100% y la de un trastorno depresivo mayor entre 30% a 60% (Behar y Barahona, 2007). La asociación entre depresión y el inicio de un TCA en estudios longitudinales ha sido ampliamente demostrada (Rojo et al, 2006; Godart and Perdereau, 2007). La depresión asociada a AN ha mostrado transmisión familiar independiente, pero este puede no ser el caso de la BN (Corcos and Guilbaud, 2000). Holtkamp et al. (2005) encontraron en 17 pacientes anoréxicas, que después de tres años de remitidos los síntomas de la conducta alimentaria, persistían los síntomas de tipo depresivo.

Se ha mencionado que la sintomatología depresiva puede ser consecuencia de la misma desnutrición, mejorando cuando se logra ganancia ponderal (López, 2001). Sin embargo, aun no existe un consenso al respecto, considerándose además que la malnutrición puede intensificar una serie de síntomas como la depresión, la ansiedad y las obsesiones, sintomatología que es más frecuente al inicio de la AN. Estos síntomas disminuyen con la ganancia de peso, pero no desaparecen, considerándose por ende que esta sintomatología está ligada a la AN por sí misma. También se ha reportado que aquellos pacientes que presentan conductas purgativas tienen una tendencia mayor a presentar sintomatología depresiva que aquellos que presentan conductas puramente restrictivas (García, 2004).

Ansiedad. Los pacientes con TCA frecuentemente exhiben síntomas de ansiedad. Aquellos con AN a menudo presentan obsesiones y compulsiones no relacionadas con preocupación por la comida (lavarse las manos, contar, obsesiones fóbicas). Las mujeres jóvenes con BN tienen miedo a relacionarse, aunque ellas justifican este miedo a conocer nuevas personas o a participar en reuniones sociales debido a que quieren ocultar sus conductas alimentarias alteradas. Los estudios publicados que examinan la prevalencia de trastornos de ansiedad (TA) en sujetos con TCA son heterogéneos en cuanto a su metodología y sus resultados.

En general, la alta comorbilidad entre TCA y TA a

sido demostrada, con rangos de prevalencia para trastorno de ansiedad generalizada dos o tres veces mayores que los reportados en la comunidad. Numerosos estudios han demostrado que en la mayoría de los casos, el inicio de un TA precede a la aparición de AN y de la BN. Incluso, se sugiere que la ansiedad durante la niñez es el camino previo para llegar a la aparición de AN y BN. Estudios previos sugieren que padecer un TCA exacerba la sintomatología asociada a la ansiedad (Godart et al, 2000). En pacientes con BN se ha observado que la frecuencia de los atracones y los vómitos autoinducidos están directamente correlacionados con la gravedad de la ansiedad presente (Schwalberg et al, 1992).

La frecuencia de antecedente de trastorno por ansiedad de separación en sujetos con TCA ha sido poco investigada, probablemente porque este trastorno es difícil de diagnosticar de manera retrospectiva. A pesar de esto, el trastorno por ansiedad de separación o algunos de sus síntomas se hallaron en la mitad de las pacientes anoréxicas y en más de la mitad de las pacientes bulímicas en un estudio realizado por Wittchen y Essau con más de 50 sujetos participantes (1993).

La prevalencia a lo largo de la vida de TA en pacientes con TCA ha sido reportada de 33 a 72% en pacientes con AN y de 55% en pacientes con BN (Godart and Flament, 2002). Kaye (2004) encontró en un estudio con 672 sujetos con TCA, un riesgo del 64% a lo largo de la vida para padecer un trastorno de ansiedad (Blinder et al, 2006).

Curso natural y pronóstico

El curso de la AN es variable. Algunos pacientes se recuperan completamente después del episodio inicial. Otros desarrollan un curso fluctuante de pérdida y ganancia de peso, mientras algunos permanecen en un deterioro crónico. El suicidio se ha reportado en un 5% de los pacientes crónicos con AN. La mortalidad estimada es del 3% al 10% (Herzog et al, 1993). Las complicaciones médicas que se dan en la AN se presentan en la secreción de hormona de crecimiento, hipogonadismo hipotalámico, hipoplasia ósea, anormalidades estructurales en el cerebro, disfunción cardíaca y alteraciones gastrointestinales, sin embargo, el problema más serio se da en el crecimiento de los adolescentes con AN, el cual se ve reducido.

Los pacientes con BN tienen un curso variable, la mayoría de las veces fluctuante entre conductas purgati-

vas y atracones. La BN generalmente aparece durante la adolescencia tardía. Es común que los atracones aparezcan en el contexto de una dieta estricta. Una vez identificado este trastorno, los pacientes buscan ayuda terapéutica y generalmente se muestran motivados, pero cuando las conductas purgativas inician y son reforzadas, pueden resultar demasiado resistentes al cambio. Aun cuando los pacientes presentan variaciones en el peso, raramente alcanzan un peso tan bajo como el que se da en la AN (Tomasik et al, 2004; Zúñiga y Robles, 2006).

Material y métodos

Se estudió a una población con edades comprendidas entre los 7 y 17 años de edad, los cuales acudían por primera vez a consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, de la Ciudad de México. Todos los pacientes y sus padres o tutores firmaron un consentimiento informado autorizando su participación en el estudio. A todos los sujetos se les aplicó la entrevista introductoria, la sección de tamizado y el suplemento de TCA de la K-SADS-PL-MX para determinar si el paciente cumplía con los criterios diagnósticos del DSM-IV para TCA. También se aplicaron las escalas de Birleson para depresión en adolescentes (CDRS) (Birmarher and Khetarphal, 1999) y de ansiedad para niños y adolescentes (SCARED) (De la Peña et al, 1996). Todos aquellos participantes que fueron capaces de leer, comprender y completar los cuestionarios de manera adecuada se incluyeron en el estudio.

Del total de la muestra se formaron tres subgrupos con el fin de realizar análisis de varianza para obtener la relación de estos diagnósticos con ansiedad y depresión: pacientes con diagnóstico de BN, con AN y sin diagnóstico de TCA.

Instrumentos

K-SADS-PL-MX (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children- Present and Lifetime (6-18 Years, Kiddie-SADS-PL). Es una entrevista diagnóstica semiestructurada diseñada para evaluar episodios actuales y pasados de psicopatología en niños y adolescentes de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-III-R y DSM-IV. Se administra entrevistando al/os padre(s), al niño/adolescente y finalmente se completan los sumarios clínicos que incluyen las fuentes posibles de información (escuela, expediente clínico,

otros familiares, etc.).

Esta entrevista constituye un instrumento adecuado para evaluar la psicopatología de niños y de adolescentes transversal y longitudinalmente. Fue traducida y adaptada al español por Ulloa (2006) demostrando propiedades psicométricas similares a la versión en inglés.

Escala de Birleson para Depresión en Adolescentes (CDRS, Children Depression Rating Scale). Esta es la primera escala validada en México en población adolescente para medir la depresión. La utilización del CDRS como prueba diagnóstica presentó una sensibilidad de 87% y una especificidad de 74% cuando el punto de corte fue 14. El valor alfa de Cronbach fue de 0,85. El análisis factorial explicó con un solo elemento el 28,8% de la varianza. Esta escala puede ser utilizada de manera amplia en investigaciones clínicas y epidemiológicas para la depresión de los adolescentes (Invarsson, 1994; James and Overtholser, 1995).

Autoreporte de ansiedad en adolescentes (SCARED, Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders). Se diseñó a partir de criterios del DSM IV para trastornos de ansiedad. Esta escala contempla los siguientes trastornos: trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social y fobia escolar. La intensidad de los síntomas se valora del 0 al 2. La escala tiene cinco factores: somatización-pánico, ansiedad generalizada, ansiedad de separación, fobia social y fobia escolar; los coeficientes alfa de Cronbach para estos factores fueron de 0,74 a 0,89 (Birleson, 1987; Troisi et al, 2006).

Resultados

Descripción de la muestra. Para los datos sociodemográficos de edad, sexo e índice de masa corporal (IMC) ver la Taula 1. En cuanto al grado académico de la población presentó una media $6,4 \pm 0,4$ (1-12) años de estudio.

Ansiedad y depresión en pacientes sin trastorno del comportamiento alimentario, con anorexia nerviosa y con bulimia nerviosa. La media de puntaje en el CDRS en los pacientes sin diagnóstico de TCA fue de $7,8 \pm 4,2$ (4 - 25); en los pacientes con AN fue de $22,0 \pm 2,9$ (18 - 26) y en los pacientes con BN fue de $24,9 \pm 3,2$ (17 - 28). El análisis de varianza con los subgrupos clínicos mostró una $F = 152$, $G1 = 2$ ($p = 0,01$), tal como aparece en la Tabla 1.

La media de puntaje en el SCARED en los pacientes

sin diagnóstico de TCA fue de $13,6 \pm 10,1$ (1-49); en los pacientes con AN fue de $26 \pm 6,9$ (20 - 38), y en los pacientes con BN la media fue de $31,6 \pm 8,4$ (14 - 41). El análisis de varianza con los subgrupos clínicos mostró una $F = 18,86$, $Gl = 2$ ($p = 0,01$) (Ver Tabla 1).

Discusión

Es importante mencionar que la población pediátrica es por mucho distinta a la adulta, y más a edades tempranas, donde las etapas del desarrollo diversifican el significado y comprensión de la imagen corporal, la alimentación, la ansiedad y la depresión.

Como en población adulta, la ansiedad y depresión son trastornos comórbidos de los TCA en población pediátrica (Maloney et al, 1989). Esta comorbilidad altera negativamente el pronóstico de estos pacientes, por lo cual es importante identificar tempranamente y tratar trastornos depresivos o ansiosos en este grupo de pacientes, con el fin de lograr una mejor evolución del padecimiento.

Dado que el objetivo principal de esta investigación era estudiar la comorbilidad de los TCA en población pediátrica, en especial con ansiedad y depresión, nosotros esperábamos encontrar al igual que los hallazgos referidos en publicaciones previas (Lenoir y Silber, 2006), una correlación positiva en la comorbilidad con estos trastornos.

Los puntajes obtenidos en las escalas SCARED y CDRS de ansiedad y depresión, fueron significativamente más altos en aquellos sujetos con un TCA. Esto coincide de igual manera con lo referido en la literatura internacional (Alessi et al, 1989; Holtkamp et al, 2005). El ANOVA de los AN, BN y sin TCA con los instrumentos de ansiedad y depresión también fue estadísticamente significativa. Sin embargo, la evolución de estos trastornos parece no ser paralela, precediendo casi siempre la aparición de los trastornos afectivos y de ansiedad a la aparición de los TCA. Una limitación importante de este estudio, es el hecho de que la muestra haya sido obtenida en un medio hospitalario, lo cual podría hacer sobrestimar la comorbilidad de los trastornos por ansiedad y depresión con los TCA.

Conclusiones

A nuestro saber, este es el primer estudio realizado en

población pediátrica portadora de TCA, incluyendo sujetos con edades menores de 12 años, con el fin de determinar la comorbilidad con la ansiedad y la depresión. Los hallazgos encontrados demostraron que la presencia de estos dos trastornos acompaña a los TCA de forma frecuente, con las implicaciones clínicas que esto supone.

Agradecimientos

A la Dra. Rosa Elena Ulloa Flores, Investigadora del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, por la asesoría recibida para la realización de este estudio.

Bibliografía

- ALESSI N E, KRAHN D, BREHM D (1989). *Prepubertal Anorexia Nervosa and Major Depressive Disorder*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 28(3):380-384. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4 ed. text revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- BEHAR A, BARAHONA M (2007). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 45(3): 211-220.
- BLINDER B, CUMELLA E, SANTHARA V (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68:454-462.
- BLISSET J, MEYER C, HAYCRAFT E (2007). Maternal mental health and child feeding problems in a non-clinical group. *Eating Behavior*, 8:311-318.
- BIRLELSON D (1987). The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self rating scale: a research report. *Journal of Clinical Child Psychology*, 42:861-865.
- BIRMARHER B, KHETARPHAL S (1999). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale Construction and psychometric Characteristics. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:545-549.
- CORCOS M, GUILBAUD O (2000). Alexithymia and Depression in Eating Disorders. *Psychiatry Research*, 93: 263-266.
- CRISP A H, LACEY J H, CRUTCHFIELD M (1987). Clomipramine and "drive" in people with anorexia ner-

vosa: an inpatient study. *British Journal of Psychiatry*, 150:355-358.

CHILDRESS A C, BREWERTON T D, HODGES E L (1993). The kids' Eating Disorder Survey (KEDS): A Study of Middle School Students. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32:843-50.

DE LA PEÑA F, LARA M C, CORTES J (1996). Traducción al español y validez de la Escala de Birlson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. *Salud Mental*, 19:17-23.

DREWETT E, SHAW H E (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53: 985-993.

DREWETT R F (2007). The social facilitation of food intake. *Archives of Disorder of Children*, 92:377.

ERICSSON M, POSTON W H, FOREYT J A (1996). Common biological pathways in eating disorder and obesity. *Addictive Behavior*, 21:733-743.

FAIRBURN C G, BEGLIN S J (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147:401-408.

GARCÍA A (2004). Anorexia and depression: Depressive Comorbidity in Anorexic Adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 7 (1) 40-52.

GODART N, FLAMENT M, PERDEREAU F, JEAMMET P (2002). Comorbidity between anxiety disorders and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 32: 253-270

GODART N, FLAMENT Y, LECRUBIER P (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: comorbidity and chronology of appearance, *European Psychiatry*, 15:38-45.

GODART N, PERDEREAU F, REIN Z, BERTHOZ S, WALLIER J, JEAMMET P, FLAMENT M F (2007). Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 97: 37-49.

GUERLINGOFF M, GROSS G, BACKMUND G (2003). Eating disorder therapy concepts with a preventive goal. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12: 72-73.

HAMILTON J (1993). Eating disorders in child and adolescents. *Nurse Practice*, 32: 45-48.

HALVORSEN I, AMDERSEN A, HEYERDALL S (2005). Girls with anorexia nervosa as young adults. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14:397-406.

HERZOG D B, SACKS N R, SELLER M B (1993).

Patterns comorbidity in treatment seeking anorectics and bulimics. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32:835-842.

HOLTKAMP K, MULLER B, HEUSSEN N (2005). Depression, anxiety, and obsessionality in long-term recovered patients with adolescent-onset anorexia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14:106-110.

INVARSSON T (1994). The Birlson Depression Self Rating (DSRS). Clinical Evaluation in a Adolescent Inpatient Population. *Journal of Affective Disorders*, 32: 115-125.

JAMES C, OVERHOLSER D (1995). Children's Depression Rating Scale-Revised: Development of a Short Form. *Journal of Clinical Psychology*, 24: 221.

KAYE W H, DEVLIN B, BARBARICH N (2004). Genetic analysis of bulimia nervosa: Methods and simple description. *International Journal of Eating Disorders*, 35: 556-570.

KAYE W, BULLIK C, THORNTON L (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161:2215-2221.

KOTLER L A, WALSH B T (2000). Eating disorders in children and adolescents: pharmacological therapies. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9:108-116.

LEICHNER P, ARNETT J, RALLO J S (1986). An epidemiologic study of maladaptive eating attitudes in a Canadian school age population. *International Journal of Eating Disorders*, 6:969-982.

Lenoir, Melissa y Silber, Tomas J. Anorexia nervosa en niños y adolescentes (Parte 1): criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. *Arch. Argent. Pediatr.*, mayo/jun. 2006, vol.104, no.3, p.253-260.

LÓPEZ G I (2001). Comorbilidad en los trastornos de la conducta alimentaria. En E. García-Camba (Ed.), *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (p. 157-169). Barcelona: Masson.

LUCA A R, BEARD C M, O'FALLON W M (1991). Fifty-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: a population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 148:917-922.

MALONEY M J, MC GUIRE J B, DANIELS S R (1989). Dieting Behavior and eating attitudes in children. *Pediatrics*, 84:482-489.

NAOMI R, MARMORSTEIN N, RANSON K (2008). Prospective Associations Between Depressive Symp-

toms. *International Journal of Eating Disorders*, 41: 118-123.

PAMELA K. KEEL P, KELLY L (2005). Shared Transmission of Eating Disorders and Anxiety Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38: 99-105.

PATTON G C, SELZER R, COFFEY C (1999). Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *British Journal of Medicine*, 318:765-768.

PEREZ M, JOINER T (2003). Is Major Depressive Disorder or Dysthymia More Strongly Associated with Bulimia Nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 36: 55-61.

ROJO L, CONESA L, BERMUDEZ O (2006). Influence of stress in the onset of eating disorders: data from a two stage epidemiologic controlled study. *Psychosomatic Medicine*, 68:628-635.

SCHWALBERG M Y, BARLOW D H, ALGER S A (1992). Comparison of bulimics, obsesses, binge eaters, social phobics and individuals with panic disorders on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101: 4675-81.

STEINHAUSEN H C, NEURMARKER K J (2003). Eating disorders at the beginning of 21 century. *European Child of Adolescent Psychiatry*, 12:1-3.

SILBERG J L, BULIK C M (2005). The developmental association between eating disorders symptoms and symptoms of depression and anxiety in juvenile twin girls. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 46(12):1317-1326.

TOMASIK P J, SZTEFKO K, STARZYK J (2004). Cholecystokinin, Glucose dependent insulinotropic peptide and glucagon-like peptide 1 secretion in children with anorexia nervosa and simple obesity. *Journal of*

Pediatric Endocrinology Metabolic, 17:1623-1631.

TROISI A, DI LORENZO G, ALZCINI S (2006). Body dissatisfaction in women with eating disorders: relationship to early separation anxiety and insecure attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68:449-453.

ULLOA R E (2006). Estudio de fiabilidad interevaluator de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34:36-40.

WARD A, RAMSEY R, TREASURE J (2000). Attachment patterns in eating disorders: past in the present. *International Journal of Eating Disorders*, 28:370-376.

WATKINS B, FRAMPTON I, LASK B (2005). Reliability and Validity of the Eating Disorder Examination: A Preliminary Investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 38:183-187.

WHITAKER A, DAVIES M, SHAFFER D (1989). The struggle to be thin: A survey of anorexic and bulimic symptoms in a non-referred adolescent population. *Psychological Medicine*, 19: 143-163.

WITTCHEN H U, ESSAU C A (1993). *Epidemiology of anxiety disorders*. In: Michels R, ed. Psychiatry. Philadelphia: J. B Lippincott, 1-23.

ZONNEVILLE M J, GOOZEEN S H, KETTENIS P T (2004). Emotional functioning in adolescent anorexia nervosa patients. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13:28-34.

ZÚÑIGA P O, ROBLES G R (2006). Validez de constructo y consistencia interna del Cuestionario de Trastorno por Atracón en población mexicana con obesidad. *Psiquis*, 15:126-134.

Comorbilidad con ansiedad y depresión en una población pediátrica con trastornos...

Tabla 1. Análisis estadístico de la muestra y análisis de varianza con rotación varimax

	<i>Anorexia Nerviosa</i>	<i>Bulimia Nerviosa</i>	<i>Sin Trastorno del Comportamiento Alimentario</i>	<i>Estadística (ANOVA, Chi cuadrada)</i>	<i>P</i>
<i>Sexo</i>	Fem. = 9 Masc. = 1	Fem. = 14 Masc. = 4	Fem. = 75 Masc. = 36	X ² = 3,407 Gl = 2	0,182
<i>Edad en años</i>	13,4 ± 2,6 (11-17)	12,5 ± 1,6 (11-15)	12,5 ± 2,5 (7 - 17)	F = 0,542 Gl = 2	0,582
<i>IMC</i>	16,1 ± 0,4 (15,5 -16,8)	22,1 ± 2,2 (19,9 - 24,9)	20,5 ± 2,8 (15,3 - 30,4)	F= 10,92 Gl = 2	0,001
<i>CDRS</i>	22,0 ± 2,9 (18 - 26)	24,9 ± 3,2 (17 - 28)	7,8 ± 4,2 (4 - 25)	F = 152,03 Gl = 2	0,001
<i>SCARED</i>	26 ± 6,9 (20 - 38)	31,6 ± 8,4 (14 - 41)	13,6 ± 10,1 (1 - 49)	F= 18,86 Gl = 2	0,001

Fem. Femenino

Masc. Masculino

IMC. Índice de masa corporal

CDRS. Children Depression Rating Scale

SCARED. Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders