

**CONDICIONANTES GENÉTICOS, NUTRICIONALES Y AMBIENTALES DEL  
CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

**2018-2019**

**TRABAJO FIN DE MÁSTER:**

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON  
TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA**

BELLIDO BEL, Teresa

MIR Psiquiatría

Tutores: Dra. De la Cámara y Dra. Samper

# FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA

**Autor:**

Teresa Bellido Bel, con DNI 73019561N

**Tutores:**

Dra. Concepción de la Cámara con DNI 13122473F

Dra. Pilar Samper con DNI 17851169H

**Línea de investigación:**

Crecimiento y desarrollo. Enfermedades crónicas en Pediatría. Medioambiente, hábitos de vida y salud infanto-juvenil. Metodología de la investigación durante el desarrollo humano.

**Centro de realización del trabajo:**

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza

## RESUMEN:

**Introducción y antecedentes:** Los TCA y la depresión aparecen con frecuencia de forma comórbida y suponen un problema de salud pública por el gran número de casos existentes. Los estudios destinados a investigar esta asociación cuentan con metodologías heterogéneas y existe una carencia de resultados unificados, tratamientos estandarizados y programas de prevención destinados a estas dos entidades.

**Objetivos:** Estudiar el perfil clínico-epidemiológico de pacientes con TCA y depresión, investigando los factores que pueden influir en su aparición comórbida mediante la comparación de grupos. Con esto se pretenden identificar factores de riesgo para plantear estrategias terapéuticas y programas de prevención.

**Metodología:** Se ha realizado un estudio retrospectivo de 75 pacientes (edades comprendidas entre 9 y 17 años), atendidos en la UTCA del HCULB de Zaragoza y un análisis descriptivo de los resultados obtenidos a través del cumplimiento de una batería de test (N=46): SPM, CEDI II, MACI, EPQ, BELL, STAIC, RSE, EAT-40, BITE, BSQ, CIMEC, ABOS y ADHDRS IV.

**Resultados:** Encontramos diferencias significativas en la frecuencia de la depresión entre los grupos con y sin conductas purgativas ( $p=0.038$ ) y con relaciones armónicas y disarmónicas familiares ( $p=0.012$ ), [IC del 95%].

**Conclusiones:** Podemos considerar las conductas purgativas y la disarmonía familiar como factores de riesgo de desarrollar depresión, por lo que en nuestra práctica clínica diaria será adecuada su identificación temprana.

**Palabras clave:** Trastornos de Conducta Alimentaria; Depresión; Anorexia Nerviosa; Bulimia Nerviosa; Perfil clínico-epidemiológico; Factores sociodemográficos; Suicidio; Cuidadores.

## ABSTRACT:

**Introduction and context.** Eating disorders and depression frequently appear in a comorbid manner and pose a public health problem due to the large number of existing cases. Studies aimed at investigating this association have heterogeneous methodologies and there is a lack of unified results, standardized treatments and prevention programs for these two conditions.

**Objectives:** The objective is to study the clinical-epidemiological profile of patients with eating disorders and depression, investigating the factors that can influence their comorbid appearance by comparing groups and identify risk factors to propose therapeutic strategies and prevention programs.

**Methodology:** A retrospective study of 75 patients (ages between 9 and 17 years old), treated at the UTCA of the HCULB of Zaragoza has been carried out followed by a descriptive analysis of the results obtained from a variety of tests (N=46): SPM, CEDI II, MACI, EPQ, BELL, STAIC, RSE, EAT-40, BITE, BSQ, CIMEC, ABOS y ADHDRS IV.

**Results:** Significant differences in the frequency of depression have been found between groups with and without purgative behaviors ( $p = 0.038$ ) and with family harmonic and disharmonic relationships ( $p = 0.012$ ), [95% CI].

**Conclusions:** We can consider purgative behaviors and family disharmonies as risk factors for developing depression, so in our daily clinical practice, early identification will be appropriate.

**Keywords:** Eating Disorders; Depression; Nervous Anorexia; Bulimia Nervosa; Clinical-epidemiological profile; Sociodemographic factors; Suicide; Caregivers.

## ABREVIATURAS

- ABOS: La Escala de Observación de Conducta Anoréxica para Padres y Pareja
- ADHDRS IV: The ADHD Rating Scale IV
- AN: Anorexia Nerviosa
- BELL: Cuestionario de Adaptación para Adolescentes
- BITE: Bulimia Test of Edimburg
- BN: Bulimia Nerviosa
- BSQ: Cuestionario de la Figura Corporal (Body Shape Questionnaire)
- CEDI II: Cuestionario Español para la Depresión Infantil II
- CI: Capacidad Intelectual
- CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades – 10
- CIMEC: Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal (Questionnaire of Influences on Body Shape Model)
- DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5
- EAT-40: Eating Attitudes Test 40 reactivos
- EPQ: Cuestionario de personalidad de Eysenck-Revisado (EPQ-R) o Junior (EPQJ, de 10 a 14 años).
- HC: Historia Clínica
- HCULB: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
- MACI: Inventario Clínico para Adolescentes de Millon
- NCS-R: National Comorbidity Survey Replication
- NEDA: National Eating Disorders Association
- OTCAIAE: Otros Trastornos de la Conducta Alimentaria o de la Ingesta de Alimentos Especificado.
- RSE: Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale)
- SPM: Sensory Processing Measure o Standard Progressive Matrices Sets
- STAIC: State-Trait Anxiety Inventory for Children (Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en Niños)
- TA: Trastorno de Atracones
- TCA: Trastorno de Conducta Alimentaria
- TCANE: Trastorno de Conducta Alimentaria No Especificado
- TDAH: Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad
- TDM: Trastorno Depresivo Mayor
- TEC: Terapia Electro-Convulsiva
- UTCA: Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria

## ÍNDICE

1. Introducción y antecedentes.....	p.1
1.1. Depresión.....	p.1
1.2. Trastorno de Conducta Alimentaria.....	p.4
1.3. Comorbilidad psiquiátrica entre ambas entidades nosológicas.....	p.7
1.4. Revisión bibliográfica y cuerpo teórico.....	p.9
2. Justificación del tema elegido.....	p.10
3. Objetivos e hipótesis.....	p.11
3.1. Objetivos.....	p.11
3.2. Hipótesis.....	p.11
4. Metodología.....	p.12
4.1. Material y métodos.....	p.12
4.2. Trabajo de campo.....	p.13
4.3. Análisis estadístico.....	p.15
4.4. Variables a estudio.....	p.15
4.5. Aspectos éticos y legales.....	p.16
5. Resultados y análisis.....	p.16
5.1. Estudio retrospectivo en muestra de TCA.....	p.16
5.2. Análisis descriptivo de batería de test.....	p.28
6. Discusión.....	p.35
6.1. Discusión de los resultados.....	p.35
6.2. Indicaciones para futuras investigaciones.....	p.37
6.2.1. Suicidio.....	p.37
6.2.2. Tratamiento.....	p.38
6.2.3. Cuidadores y psicopatología.....	p.41
6. Consideraciones finales, conclusiones y recomendaciones.....	p.42
7. Bibliografía y referencias.....	p.44

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. Depresión:

La depresión es un trastorno de la afectividad que conlleva una claudicación de la vitalidad a nivel físico y psicológico. Se caracteriza por la presencia de ánimo deprimido y anhedonia, así como por alteraciones en la esfera instinto-vegetativa con pérdida de apetito y mal descanso nocturno, alteraciones en la actividad psicomotora, aparición de anergia y sentimientos de culpabilidad e infravaloración de uno mismo, quejas mnésicas y pensamientos rumiativos sobre la muerte. Esta sintomatología, que se mantiene durante la mayor parte del día, crea un deterioro en la vida del sujeto a nivel de diferentes áreas vitales (social, laboral, familiar etc.) <sup>1</sup>.

La depresión puede debutar en cualquier momento de la vida del ser humano, pero las manifestaciones clínicas van a variar según el rango de edad en el que aparezca. Por ello es necesario adaptar las formas de evaluación del trastorno a las características individuales de cada paciente <sup>2,3</sup>. Asimismo, existen diferencias en la epidemiología entre adultos y niños <sup>4,5</sup>.

En el niño existen varias diferencias con respecto a la depresión del adulto:

- El inicio de la enfermedad suele ser insidioso y de evolución crónica y menos episódica que en adultos <sup>2,3</sup>.
- A nivel del humor, destacan la irritabilidad y disforia.
- Como antecedentes familiares de interés encontramos la bipolaridad, el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno por consumo de sustancias.
- Los síntomas somáticos asociados son más frecuentes que en adultos, y principalmente encontramos dolor abdominal, náuseas y cefalea.
- La asociación de síntomas psicóticos no es frecuente, pudiendo aparecer delirios en la etapa de la adolescencia.
- La ideación autolítica entre niños y adolescentes se ve igualada, y en estos últimos, encontramos un 3% que han consumado el suicidio (x6 con respecto a la población general).
- Va a haber mayor comorbilidad con otras patologías psiquiátricas, con mayor frecuencia ansiedad, trastorno exteriorizados, TDAH, consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. Estas asociaciones están posteriormente descritas.

La fisiopatología de esta enfermedad continúa siendo desconocida a pesar de las diferentes hipótesis que se han ido presentando a lo largo de la historia. Como posible etiología de la depresión, encontramos la genética (antecedentes familiares, como padres depresivos), los acontecimientos vitales estresantes (sobre todo en adolescentes), una menor respuesta de la hormona de crecimiento (GH) por hipoglucemias por posible alteración del sistema serotoninérgico, niveles de cortisol elevados, un menor volumen amigdalino o la hipoactividad de sistemas monoaminérgicos de gratificación. Asimismo, el dolor crónico puede ser la base de problemas en la salud mental de niños y adultos <sup>5</sup>. La revisión de *Vinall et al.* demostró una neurobiología compartida (genes, hormonas, conexiones cerebrales etc.) entre la psicopatología y el dolor, con factores comunes (mal descanso nocturno, fallos cognitivos) que contribuyen al desarrollo y el mantenimiento de ambas entidades <sup>6</sup>. *Adams et al.* realizaron un estudio transversal en 214 personas con problemas mentales, investigando la prevalencia de traumas en su infancia, con resultados del 95% de la muestra con al menos una adversidad en su infancia. La discriminación diaria y el estrés crónico se asociaron de forma significativa con la depresión <sup>7</sup>.

Aunque su existencia en la infancia fue negada hasta el siglo XX, la depresión es una patología frecuente en esta etapa de la evolución humana. En niños, su prevalencia se estima en torno al 10% (menos en prepúberes, más en el fin de la adolescencia), y existe un predominio en el sexo masculino, si bien las cifras son muy similares <sup>4</sup>.

En una revisión sistemática realizada por Kessler y Bromet, se estima una prevalencia puntual global del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) de alrededor del 5%, así como una incidencia anual de aproximadamente un 3% <sup>4,5,8,9</sup>. La duración media de un episodio de estas características es de alrededor de 30 semanas. En EEUU y Europa Occidental la prevalencia a lo largo de la vida es de entre el 10 y el 20% en la población general <sup>4,5</sup>.

Según datos publicados por la OMS en marzo de 2018, la depresión afecta a más de 30 millones de personas a nivel mundial, encontrándose estas cifras en aumento. Las tasas de suicidio son de aproximadamente 800 000 casos al año, constituyendo así la segunda causa de muerte en la población de entre 15 y 29 años de edad. Por todo ello, en una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2013 se decidió una respuesta coordinada entre países para hacer frente al problema de los trastornos mentales <sup>5</sup>.

Se trata de una patología infratratada, pues más del 50% de los casos con depresión, alcanzando esta cifra el 90% en algunas zonas geográficas, no reciben tratamiento por

diversas causas como serían la ausencia de recursos y de personal cualificado del ámbito de la medicina, la estigmatización de las enfermedades mentales, el infradiagnóstico o los frecuentes errores en el diagnóstico etc <sup>5</sup>.

De forma general, podemos decir que existen diferencias en la aparición y el curso de la depresión que permiten realizar una clasificación del trastorno en:

- El Trastorno de Depresión Mayor (TDM) se define según unos criterios diagnósticos específicos del DSM-5 <sup>10</sup>, donde el núcleo del trastorno se encuentra en el ánimo deprimido y/o en la pérdida de placer, y se acompaña de al menos otros 4 síntomas, durante un periodo de tiempo determinado y junto a un grado de deterioro funcional. De acuerdo con el sistema de clasificación DSM-5, existen diferentes tipos de TDM:

- La *depresión ansiosa* se caracteriza por la presencia de síntomas de tipo inquietud, preocupación excesiva, tensión o angustia. Tendencia a responder más lentamente y menos efectivamente frente al tratamiento farmacológico antidepressivo.

- La *depresión mixta* mezcla lo previamente descrito con ánimo hipertímico, ideas de grandiosidad, verborrea, aceleración del pensamiento, aumento de energía, disminución de la necesidad de sueño, conductas de riesgo, teniendo un mayor riesgo de presentar un Trastorno Bipolar.

- La *depresión melancólica* se caracteriza por una incapacidad de sentir placer o un aplanamiento afectivo ante las experiencias positivas, junto con desánimo, falta de esperanza, melancolía o vacío vital. Tendencia al empeoramiento matutino, al despertar precoz, a la pérdida de peso y a las alteraciones psicomotoras con retraso o aceleración.

- En la *depresión atípica* aparece una capacidad de responder temporalmente ante experiencias positivas, hipersomnia e hiperfagia, sensibilidad al rechazo e intensa astenia física.

- La *depresión con síntomas psicóticos* se acompaña de alucinaciones o delirios habitualmente congruentes con el estado de ánimo. Con frecuencia asocia alteraciones cognitivas significativas, siendo el tratamiento de elección la Terapia Electro-Convulsiva (TEC) y la asociación de antidepressivos y antipsicóticos.

- En la *depresión catatónica*, la principal característica son las anomalías en el movimiento y conducta con presencia de estupor, alteraciones posturales, estereotipias y manierismos, negativismo, ecolalia y ecopraxia.
- La *depresión del periparto* se caracteriza por su aparición en el embarazo o las 4 semanas postparto.
- En la *depresión estacional* encontramos episodios depresivos recurrentes que coinciden con una época particular del año, especialmente el otoño o invierno.

El DSM-5 enumera otras categorías dentro de los trastornos depresivos como serían el trastorno de disregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos, el trastorno depresivo por afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado <sup>5, 8</sup>.

## 1.2. Trastorno de Conducta Alimentaria:

En cuanto a los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), los motivos por los que se puede presentar una ingesta de alimentos escasa pueden corresponder a dos grandes causas, la primera, por patologías de base orgánica que intervengan en el proceso de la alimentación (como por ejemplo podría suceder en una infección, en patología digestiva, en la anemia, con la toma de fármacos o tóxicos etc.), pero como segunda etiología deberemos considerar un grupo de causas de base psicógena o funcional, al que se refiere nuestro trabajo. Estos últimos comprenden diversas entidades que tienen en común la alteración de la imagen corporal junto con alteraciones en los patrones de ingesta. Por otra parte, debemos tener en cuenta que, en función de cada grupo de edad, las causas de una mala alimentación varían, por ejemplo, las causas psicógenas predominan en edades como edad de párvulos <sup>4</sup>.

Los TCA pueden suponer una forma de expresión de situaciones de conflicto, de manera que puede intervenir en el carácter y personalidad futura del niño, así como en su estado nutricional <sup>11</sup>.

Su etiología, como muchas enfermedades mentales, es multifactorial, siendo muchas de sus causas aún desconocidas. Numerosos estudios hacen hincapié en los factores socioculturales como la globalización, occidentalización, modernización y migración, que contribuyen a una elevación del riesgo de sufrir estos trastornos en sujetos

vulnerables, con una sociedad centrada en el culto al cuerpo. En el estudio de *Barcaccia et al.*, realizado en 301 adolescentes entre 14 y 19 años del sur de Italia para evaluar la relación entre la exposición a los medios como la televisión (TV) y la insatisfacción corporal, mediante la realización de 4 inventarios (el Inventario de trastornos alimentarios-2, la Prueba de incomodidad corporal, el Inventario de depresión de Beck y el Inventario de ansiedad) se pudo concluir que la TV se relaciona con los problemas de conducta alimentaria en adolescentes, de manera que se sienten identificados con personajes públicos y tienden a compartir dichos pensamientos con sus amigos <sup>12</sup>.

En relación a la etiología del trastorno, también se han estudiado factores psicológicos de la infancia, eventos psicobiográficos conflictivos como el acoso escolar, características de la personalidad (perfeccionismo) o influencias genéticas como posibles etiologías. *Amour et al.* encontraron una asociación significativa entre los antecedentes de abuso infantil y abuso sexual en 4.206 mujeres y los patrones irregulares de ingestas y la aparición de depresión entre otros <sup>13</sup>.

Los TCA pueden aparecer a diferentes edades, en distintas etapas de la vida o poblaciones, si bien prevalecen en mujeres jóvenes. Su incidencia se considera subestimada ya que más del 50% de los sujetos afectados por estos trastornos evitan los servicios sanitarios según datos de la National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), siendo aún más infradetectedos los casos masculinos <sup>4</sup>. El National Eating Disorders Association (NEDA) ha estudiado la prevalencia y frecuencia de este problema a nivel de Europa, Inglaterra y Estado Unidos mediante la revisión de estudios, y basándose en una revisión de la literatura (*Hoek y Van Hoek, 2003*) refieren que entre el 0.3% y el 0.4% de las mujeres jóvenes y el 0.1% de los hombres jóvenes sufrirán Anorexia Nerviosa (AN), el 1% de las mujeres jóvenes y el 0.1% de los hombres presentarán Bulimia Nerviosa (BN) <sup>14</sup>. Asimismo, mediante la revisión de un estudio realizado por Hudson et al. a 9.282 sujetos americanos se encontró que en las mujeres, 0.9%, 1.5% y 3.5% había padecido AN, BN y TA respectivamente en algún momento de su vida, y en hombres, esas cifras resultaban del 0.3%, 0.5% y 2% respectivamente. Se reflejan cifras de 20 millones de mujeres y 10 millones de hombres en Estado Unidos con TCA en algún momento de sus vidas <sup>15</sup>.

Respecto al diagnóstico, ha habido un cambio en los criterios diagnósticos de estas patologías, suprimiéndose la necesidad de amenorrea en AN y la frecuencia de atracones en la BN <sup>4,16-18</sup>. En el DSM-5 aparecen las categorías de AN (restrictiva o purgativa con atracones), la BN, el Trastorno de Atracones (TA) y los Otros Trastornos

de la Conducta Alimentaria o de la Ingesta de Alimentos Especificado (OTCAIAE), siendo estos dos últimos el antiguo Trastorno de Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE) <sup>10</sup>, diagnóstico que se ha empleado en este trabajo.

- La AN se describe como una restricción de la ingesta, con un peso inferior al mínimo normal (en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado), un miedo a engordar y la presencia de dismorfofobia <sup>10</sup>. Existen los subtipos restrictivo (pérdida ponderal secundaria a dieta, ayuno y/o ejercicio) y purgativo (episodios recurrentes de atracones o purgas en los tres últimos meses).

Se estima una prevalencia del 0-9% en mujeres adultas, y 0.3% en hombres adultos y adolescentes de ambos sexos. Su gravedad viene determinada por el Índice de Masa Corporal (IMC).

En la mayoría de los casos, su inicio se encuentra en la adolescencia pospuberal. Según datos del National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), su evolución dura menos que la BN, aunque ambas entidades cuentan con un 20-33% de pacientes con evolución crónica <sup>4,17</sup>.

Se cree que puede existir una hiperactividad en los circuitos neuronales del miedo, evidenciada a través de estudios de neuroimagen, al presentar estímulos relacionados con las comidas. Esta patología se caracteriza por un peso corporal bajo y un temor a engordar, con asociación habitualmente de conductas que interfieran en el aumento de peso. Es frecuente la dismorfofobia, y atracones o purgas que a menudo no se identifican.

- La BN consiste en episodios recurrentes de atracones y compensaciones inapropiadas recurrentes al menos una vez por semana durante tres meses y una autoevaluación influida por el peso <sup>10</sup>. Supone un trastorno más frecuente, con una prevalencia en torno al 1.5% en mujeres adultas, 0.5% en hombres adultos y 0.9% en adolescentes hombres y mujeres. Del mismo modo que la AN, suele debutar en la adolescencia pospuberal tardía. A diferencia de la AN, la neuroimagen de estos sujetos propone una hipoactivación de los circuitos de recompensa y una alteración de nivel de la red neuronal sobre el control de los impulsos. Esta entidad se caracteriza por episodios de atracones alternados con conductas compensatorias dirigidas a interferir en la ganancia de peso.
- A parte de estas dos grandes entidades, nos encontramos también los TA y los OTCAIAE, así como los trastornos en la ingesta de alimentos como serían la pica o el trastorno evitativo o restrictivo. En nuestro trabajo se han empleado

los diagnósticos de AN, BN y el antiguo TCANE, pues son las entidades empleadas por los clínicos a la hora de la recogida de los datos.

Existen múltiples riesgos orgánicos derivados de este problema puesto que es frecuente su asociación con graves problemas médicos concomitantes, algunos de ellos suponen situaciones graves que requieren ingreso hospitalario. Destacan la hipotensión, osteopenia y arritmias en anorexia, las alteraciones electrolíticas en paciente que vomitan o emplean laxantes <sup>4,15</sup>. El riesgo de mortalidad en TCA es elevado, respondiendo a estas graves complicaciones médicas como a la tasa de suicidio, que por ejemplo en el caso de la AN es 18 veces superior a la de la población general <sup>4</sup>.

Asimismo, parece que los TCA se asocian a enfermedades mentales concomitantes. La NCS-R reflejó que la mayoría de sujetos que respondieron al estudio tenían antecedentes psiquiátricos (94.5% de personas con BN tenían otra enfermedad psiquiátrica asociada) <sup>4,15</sup>. *Ulfvebrand S et al. Investigaron en 11.588 adultos la comorbilidad existente entre TCA y otras enfermedades psiquiátricas, mediante la realización de entrevistas semiestructuradas y la entrevista SEDI sobre el Trastorno de la Alimentación a estos pacientes, encontrando que un 71% de los pacientes con TCA asociaba otro diagnóstico en el eje I, más comúnmente la ansiedad (53%) y era más evidente en mujeres con atracones compulsivos y hombres con BN* <sup>18</sup>.

Es por ello que es necesario un abordaje multidisciplinar, desde los servicios de Pediatría y Psiquiatría, para tratar estos problemas de forma coordinada y completa.

### 1.3. Comorbilidad psiquiátrica entre ambas entidades nosológicas:

Otro objeto de estudio y, el tema principal de nuestro trabajo, ha sido la comorbilidad entre la depresión y los TCA. La AN y la BN se asocian con frecuencia a la depresión <sup>17</sup>, pero muchas veces no conocemos la direccionalidad de esta relación, es decir si son los TCA los que derivan en depresión, o es a raíz de padecer este trastorno en el afecto que se inician los desórdenes alimenticios.

Por un lado, es conocido que los pacientes con TCA tienen mayores tasas de depresión. Se ha relacionado la anhedonia con la AN, pero desconociendo si se trata

de un síntoma depresivo secundario a la desnutrición o si por el contrario es una característica propia de este trastorno alimenticio. *Boehm et al.* concluyeron que la incapacidad de experimentar placer era un rasgo característico de la AN, puesto que su frecuencia incluso aumentaba a corto y largo plazo durante la recuperación ponderal <sup>19</sup>.

El análisis de cohorte prospectivo basado en registros nacionales de *Gundel et al.* en 475.213 mujeres y 484.813 hombres nacidos entre 1990 y 2007 reflejó que las mujeres que fueron diagnosticadas de trastorno de ansiedad y TCA en su adolescencia tenían un riesgo absoluto y relativo sustancialmente superior de padecer depresión en su edad adulta <sup>20</sup>.

La investigación de *Lewinson et al.* realizada en 196 pacientes adultos con BN y depresión, con el fin de analizar la forma en que los síntomas de ambas entidades podían interactuar y reforzarse entre sí, encontró que las sensaciones físicas, como por ejemplo los cambios en la sensación del hambre y saciedad, ejercen de síntomas puente entre la BN y la depresión y ansiedad <sup>21</sup>. Otro estudio realizado a 52 pacientes con depresión y BN típica encontró como trastornos afectivos comórbidos más comunes a la distimia y el Trastorno Bipolar II, siendo lo menos típico las depresiones unipolares recurrentes <sup>22</sup>.

Pueden existir factores de riesgo comunes a ambas patologías y que faciliten un desarrollo comórbido de las mismas. Un estudio descriptivo transversal mediante encuestas a 2.747 mujeres universitarias encontró que las pacientes que habían sufrido abuso sexual y desórdenes alimentarios contaban con mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva y somática <sup>23</sup>. *Gander et al.* investigaron el apego y eventos traumáticos en la infancia en la depresión y AN, encontrando mayores niveles de abusos y negligencias en la infancia de los sujetos con depresión <sup>24</sup>.

Por otra parte, y como ya se ha descrito anteriormente, cuando la depresión se instaura en un sujeto pueden aparecer alteraciones en la esfera nutricional y provocar así un trastorno en la conducta alimentaria con tendencia a la hiporexia o anorexia y en menor frecuencia a la hiperorexia (depresión atípica). Existen algunos estudios que han investigado esta relación, como el de *Puccio et al.*, que en 189 adolescentes de Melbourne (49.5% de ellos varones) pretendió buscar una relación bidireccional entre los problemas alimentarios y la ansiedad y depresión que mostró que la depresión es un factor de riesgo para las preocupaciones alimentarias <sup>25</sup>.

*Puccio et al.* realizaron una revisión sistematizada de 42 estudios sobre la relación entre depresión y la alimentación patológica, de los cuales se seleccionaron 30, evidenciando que la alimentación patológica es un factor de riesgo para depresión y la depresión era un factor de riesgo para la alimentación patológica <sup>26</sup>.

*Fewell et al.* concluyeron que la depresión predecía a la sintomatología de los desórdenes alimentarios con una  $p < 0.5$  en una muestra de 423 pacientes de ambos sexos ingresados y estudiados durante un año <sup>27</sup>.

*Maganto et al.* compararon la depresión en dos grupos, uno sin riesgo de presentar un TCA y otro con riesgo, encontrando en el grupo sin riesgo de forma significativa una puntuación más alta en parámetros de autoestima y felicidad, y más baja en depresión y ansiedad, sentimientos de ira, y variables relacionados con el peso percibido <sup>28</sup>. Se realizó una encuesta a 3.278 adolescentes finlandeses con una media de edad de 15 años, y a los dos años se re-entrevistó a 2.070 de ellos, resultando la AN autoinformada a los 15 años una predicción de la depresión autoinformada a los 17 años. La depresión autoinformada a los 15 años predijo que no se buscaría tratamiento para los síntomas de la AN durante el período de seguimiento <sup>29</sup>.

#### 1.4. Revisión bibliográfica y cuerpo teórico

La depresión supone uno de los trastornos mentales más perjudiciales para la salud a nivel mundial y aparece en numerosas ocasiones en edades tempranas.

Por separado, la depresión y los TCA han sido ampliamente estudiados y encontramos un gran número de estudios y ensayos en las bases de datos científicas. Sin embargo, y a pesar de que los desórdenes alimentarios y el estado de ánimo deprimido constituyen factores de riesgo concurrentes el uno para el otro, esta asociación ha sido poco estudiada.

Carecemos de resultados de estudios efectivos sobre la depresión en los niños y adolescentes con o sin TCA, debido a que se tienden a extrapolar los resultados de los hallazgos obtenidos en estudios de la población adulta. Sin embargo, existen diferencias importantes entre ambos grupos etarios, por tanto, resulta de enorme relevancia clínica describir las características de la depresión en la muestra de población infanto-juvenil.

Por otro lado, muchos de los estudios realizados sobre la asociación de depresión y TCA han empleado técnicas metodológicas dispares poco específicas (poblaciones diferentes, disparidad en el método diagnóstico, no unanimidad de los criterios de inclusión, edades distintas etc.), con resultados por tanto poco homogéneos. Además, todavía no se conocen muchas de las causas de los TCA, atribuyendo su etiología a factores socioculturales, biológicos y psicológicos. Es por ello que con este trabajo se pretenden analizar los factores sociodemográficos de una cohorte de pacientes con TCA valoradas y tratadas en nuestro Hospital. Por tanto, es difícil reflejar conclusiones solventes.

Con la revisión de los artículos para la ejecución del trabajo, hemos objetivado que tanto la depresión infantil como los TCA se encuentran infradiagnosticados e infratratados, lo que lleva a la encronización de ambas entidades y un empeoramiento en su pronóstico. Para solventar este problema, son necesarios programas de screening, de prevención y de intervención temprana, que deben de ser la base de investigaciones futuras. Asimismo, sería interesante encontrar factores etiológicos comunes a ambas patologías sobre los que poder trabajar.

## 2. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA ELEGIDO

Los pacientes con TCA habitualmente reciben una asistencia coordinada por parte de los servicios de Pediatría y Psiquiatría, junto con otros servicios como Endocrinología y Nutrición, entre otros, por la complejidad clínica y la comorbilidad somática y psiquiátrica de este grupo de pacientes, desde un abordaje multidisciplinar.

En la actualidad, nos encontramos ante un problema de salud pública por la alta prevalencia e incidencia de estos trastornos a nivel mundial, comentadas anteriormente.

Además, existe un incremento del número de casos de pacientes con TCA a nivel mundial ya que se ve influenciado por la occidentalización y la migración. Habitualmente afecta a adolescentes, siendo esta etapa de la vida de gran vulnerabilidad que rompe la línea psicobiográfica del paciente y de su entorno, sin olvidar la influencia social de los grupos de iguales.

Por tanto, al tratarse de un tema de gran actualidad y que coordina diversas especialidades clínicas que abordan un problema de salud pública, consideramos de interés su realización.

### 3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

#### 3.1. Objetivos

El objetivo general del presente trabajo es realizar un estudio de los factores socio-demográficos que influyen en la aparición de depresión de forma comórbida a un TCA. Con esto, se pretenden encontrar factores de riesgo de depresión en los sujetos que sufren TCA y poder aplicar los resultados a nuestra práctica clínica habitual.

Asimismo, conocer la posible asociación de diversos factores epidemiológicos a estudio con la aparición de un Trastorno de la esfera afectiva compatible con Depresión, en nuestra muestra de estudio.

Investigar acerca de la depresión en general, y en especial cuando aparece a edades tempranas y en pacientes con TCA.

Otro objetivo es realizar una revisión crítica sobre la metodología de recogida de datos en las consultas y la homogeneidad de la misma.

#### 3.2. Hipótesis

La principal hipótesis del actual trabajo es que encontramos mayores tasas de depresión en los pacientes con TCA que en la población general.

Como hipótesis secundarias, dentro de los pacientes con diagnóstico de TCA, aquellos con factores socio-demográficos negativos padecerán más depresión que los que no cuenten con dichos factores de riesgo.

## 4. METODOLOGÍA:

### 4.1. Material y métodos

Para la ejecución de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en la literatura actual mediante las búsquedas de bibliografía científica actualizada en las bases de datos Pubmed, Cochrane, WHOICTRP y UpToDate y mediante la revisión de manuales científicos específicos de Psiquiatría general e infanto-juvenil, así como en la literatura actual.

La búsqueda bibliográfica realizada se puede dividir en dos grandes grupos, que serían la depresión en la edad infanto-juvenil general, y los trastornos de conducta alimentaria y la depresión en esa etapa vital, de modo que nos ha permitido realizar una comparación entre ambos grupos y nos ha aportado los datos necesarios para la génesis de las hipótesis.

Para las búsquedas en la red informática, se emplearon filtros a modo de criterios de inclusión, homogéneos para todas las búsquedas, que fueron una fecha de publicación dentro de los últimos 5 años (2013 en adelante) y que los artículos fueran referentes a los seres humanos, acotando así los resultados y obteniendo finalmente un total de 70 artículos. Todos los estudios han sido revisados y cumplen las características metodológicas exigidas. Los artículos finalmente empleados han sido leídos e incorporados al trabajo como base bibliográfica y como apoyo para la realización de las hipótesis de trabajo.

A continuación, se presentan los métodos de búsqueda bibliográfica de una forma y más detallada:

- En la base de datos Pubmed se realizó la búsqueda de “*epidemiology [ti] AND childhood depression*” obteniendo 42 resultados, que tras la aplicación de los filtros detallados anteriormente, resultaron 11 artículos. Se descartaron 9 tras la revisión de los títulos y abstracts, para finalmente analizar 2 artículos. También se realizó la búsqueda de “*epidemiology AND childhood depression [ti]*” y se obtuvieron 32 estudios, y tras la aplicación de los filtros y el descarte de 2 estudios que no se encontraban disponible, obtuvimos 1 artículo final.

- En Cochrane, con la búsqueda de “*depression infantil*” se obtuvieron 15 estudios pero tras la aplicación de los criterios de inclusión para nuestra revisión bibliográfica ninguno resultó de interés. Con la búsqueda de “*salud infantil→ salud mental→depresión*” obtuvimos 13, que tras la revisión de títulos y abstracts fueron

finalmente 4 los artículos revisados. Todos ellos hacen referencia a la terapia de la depresión en niños.

- En la World Health Organization International Clinical Trials Registry Platform (WHO ICTRP) se utilizó la recopilación de datos epidemiológicos de actualidad.

En cuanto a la búsqueda de bibliografía más específica para el desarrollo del trabajo, referente a los TCA, se realizó nuevamente una búsqueda de artículos actuales:

- En la base de datos Pubmed, con la siguiente metodología: “(*depression [MeSHMajorTopic]*) AND *eating disorders*”→ 1294→ filtros→ 306→ (se añadió filtro de la edad desde el nacimiento a los 18 años) resultando la búsqueda en “*depression [MeSHMajorTopic]*) AND *eating disorders* AND “last 5 years”[PDat] AND Humans [Mesh] AND (infant [MeSH] OR child [MeSH] OR adolescent [MeSH])”→ 139 resultados. Tras la revisión de títulos y resúmenes, se seleccionaron un total de 51 artículos.

Asimismo, se han ido revisando otros 12 artículos que hemos ido estudiando conforme progresaba el trabajo, que se han especificado de igual forma en la bibliografía.

#### 4.2. Trabajo de campo

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica como base de conocimiento científico para el desarrollo del trabajo, se procedió a la recogida de datos para la obtención de las variables que se pretendían estudiar con la realización de una base de datos en el programa estadístico SPSS.

Para ello se ha estudiado el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes menores de 18 años vinculados a la red de salud mental pública de Psiquiatría Infanto-juvenil en seguimiento con un Psiquiatría de la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza (HCULB) durante los años 2016 y 2017, con criterios diagnósticos de entidad nosológica referida a la esfera descrita, tales como AN, BN, TCANE, y/o sobrepeso/obesidad, comparados con sujetos con la misma condición clínica que padezcan además, un cuadro afectivo conceptualizado como un Episodio depresivo.

Se trata de un estudio retrospectivo a lo largo de dos años. Se seleccionó ese periodo de tiempo al ser el que mayor homogeneidad presentaba en la recogida de datos, y al disponer de una batería de test pasados a los pacientes que nos aportaron

datos cuantitativos sobre algunas variables, que no estaban disponibles en años más actuales.

Se decidió seleccionar los pacientes atendidos por un mismo profesional para asegurar la homogeneidad de los resultados, si bien al frente de esta Unidad están dos psiquiatras, teniendo la mayor carga asistencial el especialista seleccionado para la elaboración del trabajo. Este dispositivo garantiza un seguimiento y control estrecho a los pacientes con TCA, contando con consultas individuales con Psiquiatría, personal de enfermería, comedor supervisado entre otros servicios.

En la UTCA del HCULB, en el año en el año 2016, de los 43 pacientes atendidos por nuestro especialista se han analizado 35 casos y en 2017, de 48 pacientes, hemos podido realizar el estudio de 40. Las pérdidas han sido debidas a la no disponibilidad de algunas historias o al no cumplimiento de criterios de inclusión (estar diagnosticados de una TCA, <18 años, haber visto atendido por nuestro profesional para garantizar homogeneidad en los resultados, haber acudido a la consulta en los años 2016 o 2017) (**tabla 1**).

**Tabla 1:** Método de selección de la muestra del estudio:

<b>Año 2016</b>	<b>NUESTRO PROFESIONAL</b>	<b>REVISADOS</b>	<b>PERDIDOS</b>	<b>MOTIVOS</b>
<b>ENERO</b>	4	2	2	-1 no cumple criterios de inclusión -1 no disponibilidad de HC
<b>FEBRERO</b>	5	5	0	
<b>MARZO</b>	5	4	1	- 1 no cumple criterios de inclusión
<b>ABRIL</b>	2	2	0	
<b>MAYO</b>	8	8	0	
<b>JUNIO</b>	2	2	0	
<b>JULIO</b>	5	3	2	- 2 no disponibilidad de HC
<b>AGOSTO</b>	3	2	1	- no disponibilidad de HC
<b>SEPTIEMBRE</b>	3	2	1	- no disponibilidad de HC
<b>OCTUBRE</b>	1	0	1	- no disponibilidad de HC
<b>NOVIEMBRE</b>	3	3	0	
<b>DICIEMBRE</b>	2	2	0	
	43	<b>35</b>	8	- 6 no disponibilidad de HC - 2 no cumplen criterios de inclusión

<b>Año 2017</b>	<b>NUESTRO PROFESIONAL</b>	<b>REVISADOS</b>	<b>PERDIDOS</b>	<b>MOTIVOS</b>
<b>ENERO</b>	8	7	1	- 1 no cumple criterios de inclusión
<b>FEBRERO</b>	3	3	0	
<b>MARZO</b>	6	4	2	- 2 no disponibilidad de HC
<b>ABRIL</b>	2	1	1	- 1 no cumple criterios de inclusión

MAYO	3	3	0	
JUNIO	3	3	0	
JULIO	2	2	0	
AGOSTO	3	1	2	- 2 no disponibilidad de HC
SEPTIEMBRE	5	5	0	
OCTUBRE	7	5	2	- 1 no cumple criterios inclusión - 1 no disponibilidad de HC
NOVIEMBRE	3	3	0	
DICIEMBRE	5	3	2	- 2 no cumplen criterios de inclusión
	50	<b>40</b>	10	- 5 HC no disponibles - 5 no cumplen criterios inclusión

Del total de 75 casos estudiados, 40 de ellos habían respondido y cumplimentado la batería de test que se realiza a los pacientes en las consultas de la UTCA, por lo que hemos podido realizar un subanálisis con la muestra disponible.

#### 4.3. Análisis estadístico

Para el análisis de los datos, se ha empleado el estadístico Chi Cuadrado mediante el cual hemos realizado comparaciones de variables cualitativas independientes. Para el cálculo de una variable cuantitativa, se ha empleado el estadístico t-student.

#### 4.4. Variables a estudio

En este trabajo, exponemos como variable principal la depresión (si/no), frente a otras 17 factores estudiados (edad, sexo, IMC, IMC normal/patológico, amenorrea secundaria/no, tipo de amenorrea, subtipos de TCA, atracones si/no, purgas si/no, padres juntos/separados, relaciones en núcleo familiar, hermanos si/no, acoso escolar, rendimiento académico, autolesiones si/no, ingresos hospitalarios si/no, dismorfofobia si/no).

En la base de datos creada se han tenido en cuenta otros factores, cuyos resultados no se han reflejado por carecer de significación estadística e interés para el actual trabajo (ejercicio o hiperactividad, conductas compensatorias, posición en fratria).

#### 4.3. Aspectos éticos y legales:

Para la ejecución del actual trabajo se han respetado las normas éticas y legales en relación a la confidencialidad y anonimidad de los datos empleados.

### 5. RESULTADOS Y ANÁLISIS

#### 5.1. Estudio retrospectivo en muestra de TCA

Se pretenden estudiar los factores socioculturales que influyen en la depresión en pacientes con TCA.

Se ha analizado una muestra de 75 pacientes con TCA, atendidos en las consultas de nuestra UTCA por la misma especialista.

La media de edad de nuestra muestra es de 14.7, con un rango de edad comprendido entre 9 y 17 años.

Respecto al sexo, encontramos 6 pacientes varones (8% de la muestra) frente a 69 mujeres (92% de la muestra).

De los 75 sujetos estudiados, 42 presentan depresión detectada por el especialista en algún grado, lo que corresponde al 56% de la muestra, es decir un porcentaje superior al estimado en la población infantil general).

El IMC medio de muestra es de 19.21 (peso dentro de la normalidad), con una DE de 4.03 (15.18-23.24). El IMC más bajo es de 13.52 (delgadez extrema) y el IMC máximo es de 35.18 (obesidad tipo II).

A continuación se exponen los resultados obtenidos mediante el análisis de las diferentes variables estudiadas:

##### 1. Edad:

Se ha realizado una comparación de la frecuencia de depresión entre dos grupos de **edad** (G1 de 9 a 13 años, N=48; G2 de 14 a 18 años, N=27)

- $H_0$ : la frecuencia de depresión es igual en ambos grupos de edad
- $H_1$ : la frecuencia de depresión no es igual en ambos grupos de edad

Mediante la realización de un estadístico  $\chi^2$  obtenemos los siguientes resultados (**tabla 2**):

**Tabla 2:** Comparación de la depresión entre dos subgrupos de edades:

subgrupos de edad \* depresión [columna%]

SUBGRUPO DE EDAD	DEPRESIÓN		TOTAL
	no	si	
9 a 13 años	30.30%	16.67%	22.67%
14 a 18 años	69.70%	83.33%	77.33%
Total	100.00%	100.00%	100.00%

Los resultados obtenidos no son estadísticamente significativos con una  $p=0.161$  ( $p>0.05$ ) por tanto no podemos rechazar la hipótesis nula.

## 2. Sexo:

Vamos a estudiar la frecuencia de depresión en función del **sexo** (el sexo femenino constituye el G1 con  $N=69$  y el sexo masculino es el G2 con  $N=6$ )

- $H_0$ : la frecuencia de depresión es igual en ambos géneros
- $H_1$ : la frecuencia de depresión no es igual en ambos géneros

Mediante la realización de un estadístico  $\chi^2$  obtenemos los siguientes resultados (**tabla 3**):

**Tabla 3:** Comparación de la depresión entre grupos de diferente sexo

sexo\* depresión [columna%]

SEXO	DEPRESIÓN		TOTAL
	no	si	
Femenino	87.88%	95.24%	92.00%
Masculino	12.12%	4.76%	8.00%
Total	100.00%	100.00%	100.00%

Los resultados obtenidos no son estadísticamente significativos con una  $p=0.244$  ( $p>0.05$ ) por tanto no podemos rechazar la hipótesis nula y sería necesario recoger más casos para obtener un resultado significativo, así como una muestra más homogénea con un mismo número o similar de paciente de ambos sexos.

### 3. IMC:

A continuación, se decide analizar si la depresión se relaciona con el **IMC** de los pacientes, teniendo en cuenta que los pacientes con menor IMC se encuentran más graves.

Para ello, al tratarse el IMC de una variable cuantitativa, hemos empleado el estadístico t-student, con el cual podemos comparar dos medias de población entre una variable cuantitativa y otra cualitativa. Encontramos los siguientes resultados (**tabla 4**):

**Tabla 4:** Estadísticas de grupos comparando la presencia de depresión en función del IMC:

depresión		N	Media	Desviación Estándar	Err. Est. Media
IMC	no	33	18.61	3.88	.68
	si	42	19.69	4.13	.64

Los resultados reflejados no son estadísticamente significativos con una  $p=0.254$  ( $p>0.05$ ) por tanto no podemos rechazar la hipótesis nula.

### 4. IMC (normal vs patológico):

Ahora se intenta comparar la frecuencia de depresión en un grupo con **IMC** normal (sabiendo que se considera normal cuando se encuentra entre puntuaciones de 18.5 y 24.9) (G1 N=45) y uno con IMC patológico (inferior a 18.5 o superior a 24.9) (G2 N=30) mediante el análisis de  $\chi^2$ , con lo que obtenemos (**tabla 5**):

- $H_0$ : la frecuencia de depresión es igual en ambos grupos de IMC
- $H_1$ : la frecuencia de depresión no es igual en ambos grupos de IMC

**Tabla 5:** Comparación de la depresión entre grupos de IMC normal y patológico

subgrupos IMC \* depresión [columna%]

SUBGRUPO DE IMC	DEPRESIÓN		TOTAL
	no	si	
Normal	69.70%	52.38%	60.00%
Patológico	30.30%	47.62%	40.00%

Total	100.00%	100.00%	100.00%
-------	---------	---------	---------

Con los resultados obtenidos, no encontramos el nivel de significación estadística necesario con una  $p = 0.129$  ( $p > 0.05$ ) por tanto no podemos rechazar la hipótesis nula.

#### 5. Amenorrea:

Se decide comparar la depresión entre el grupo sin **amenorrea** (G1 N=43 y el grupo con amenorrea secundaria (G2 N=21). Suprimimos los pacientes varones (N=6) y con amenorrea primaria (N=5), por tanto, analizamos a 64 pacientes (**tabla 6**):

- $H_0$ : la frecuencia de depresión es igual en ambos grupos
- $H_1$ : la frecuencia de depresión no es igual en ambos grupos

**Tabla 6:** Comparación de la depresión entre grupos con y sin amenorrea

amenorrea \* depresión [columna%]

AMENORREA	DEPRESIÓN		TOTAL
	no	si	
No	61.54%	71.05%	67.19%
Secundaria	38.46%	28.95%	32.81%
Total	100.00%	100.00%	100.00%

Los resultados obtenidos no son estadísticamente significativos con una  $p=0.426$  ( $p > 0.05$ ) por tanto no podemos rechazar la hipótesis nula. La amenorrea es un signo médico que va asociado al bajo IMC.

#### 6. Situación de amenorrea detallada:

Realizamos el mismo análisis, dividiendo la muestra en varios grupos (sin amenorrea, amenorrea primaria, amenorrea secundaria y varones) (**tabla 7**):

- $H_0$ : la frecuencia de depresión es igual en los distintos grupos
- $H_1$ : la frecuencia de depresión no es igual en los distintos grupos

**Tabla 7:** Comparación de la depresión según la presencia o no de amenorrea y el tipo amenorrea \* depresión [columnas %]

AMENORREA	DEPRESIÓN		TOTAL
	no	si	
No	48.48%	64.29%	57.33%
Amenorrea primaria	6.06%	7.14%	6.67%
Amenorrea secundaria	30.30%	26.19%	28.00%
Varones	15.15%	2.38%	8.00%
Total	100.00%	100.00%	100.00%

No podemos rechazar la hipótesis nula por obtener un resultado no estadísticamente significativo (p de 0.194, superior a 0.05).

#### 7. Subtipos de TCA:

A continuación, vamos a comparar la frecuencia de la depresión entre los diferentes **subtipos de TCA** establecidos por el especialista que valoró a nuestros pacientes (AN, BN, TCANE, sobrepeso/obesidad, que cuentan con 37, 8, 24 y 5 pacientes respectivamente) (**tabla 8**):

- $H_0$ : la frecuencia de depresión es igual en todos los grupos
- $H_1$ : la frecuencia de depresión no es igual en todos los grupos

**Tabla 8:** Comparación de la depresión según el subtipo de TCA

subtipos de TCA\* depresión [columna%]

Subtipos de TCA	DEPRESIÓN		TOTAL
	no	si	
Anorexia nerviosa			
Bulimia nerviosa	53.13%	45.24%	48.65%
Trastorno de conducta alimentaria no especificado	3.13%	21.43%	13.51%
Obesidad	40.63%	23.81%	31.08%
Total	3.13%	9.52%	6.76%
	100.00%	100.00%	100.00%

Los resultados obtenidos no son estadísticamente significativos con una p de 0.058 ( $p > 0.05$ ) por tanto no podemos rechazar la hipótesis nula. A pesar de no ser significativo, podríamos rechazar la hipótesis nula con un intervalo de confianza del 94.2% (1-0.058) y encontrar una mayor frecuencia de depresión en el grupo de AN en nuestra muestra (45.24%).

#### 8. Atracones:

Estudiamos la frecuencia de depresión en dos grupos en función de si no realizan conductas de **atracones** (G1 N=46) o si lo hacen (G2 N=29) (**tabla 9**).

- $H_0$ : la frecuencia de depresión es igual en ambos grupos
- $H_1$ : la frecuencia de depresión no es igual en ambos grupos

**Tabla 9:** Comparación de la depresión entre grupos con y sin atracones

atracones \* depresión [columna%]

Atracones	DEPRESIÓN		TOTAL
	no	si	
No	69.70%	54.76%	61.33%
Si	30.30%	45.24%	38.67%
Total	100.00%	100.00%	100.00%

Los datos no resultan estadísticamente significativo al tener un  $p < 0.05$  (0.187) por tanto no podemos rechazar la hipótesis nula.

#### 9. Purgas:

Estudiamos la frecuencia de depresión en dos grupos en función de si no realizan conductas de **purgas** (G1 N=47) o si lo hacen (G2 N=28) (**tabla 10 y tabla 11**).

- $H_0$ : la frecuencia de depresión es igual en ambos grupos
- $H_1$ : la frecuencia de depresión no es igual en ambos grupos

**Tabla 10:** Comparación de la depresión entre grupos con y sin purgas

purgas \* depresión [columna%]

purgas	DEPRESIÓN		TOTAL
	no	si	
No	75.76%	52.38%	62.67%
Si	24.24%	47.62%	37.33%
Total	100.00%	100.00%	100.00%

**Tabla 11:** Pruebas Chi-cuadrado en el diagnóstico de depresión entre grupos con y sin conductas purgativas

Estadístico	Valor	df	Sig. Asint. (2-colas)	Sig. Exact. (2-tailed)	Sig. Exact. (1-tailed)
Chi-cuadrado de Pearson	4.32	1	.038		
Razón de semejanza	4.32	1	.035		
Prueba exacta de Fisher				.054	.032
Corrección de continuidad	3.38	1	.066		
Asociación Lineal-by-Lineal	4.26	1	.039		
N de casos válidos	75				

Con estos resultados, podemos rechazar la  $H_0$  al 95% de confianza, pues hemos obtenido una  $p < 0.05$  ( $p = 0.038$ ) y por tanto existe evidencia estadísticamente significativa para concluir que la frecuencia de depresión entre los dos grupos es distinta. En el grupo con conductas purgativas, el 71.43% presentan depresión.

#### 10. Cohesión matrimonial

Posteriormente se pretende estudiar la frecuencia de depresión en un grupo con **padres** separados (G1 N= 11) y otro grupo con padres casados (G2 N=63) (1 paciente perdido) (**tabla 12**):

- $H_0$ : la frecuencia de depresión es igual en ambos grupos
- $H_1$ : la frecuencia de depresión no es igual en ambos grupos

**Tabla 12:** Comparación de la depresión entre grupos con padres juntos y separados

padres juntos \* depresión [columna%]

Padres juntos	DEPRESIÓN		TOTAL
	no	si	
No	12.50%	16.67%	14.86%
Si	87.50%	83.33%	85.14%
Total	100.00%	100.00%	100.00%

El resultado no es estadísticamente significativo con una  $p = 0.618$  ( $p > 0.05$ ) por tanto no podemos rechazar la hipótesis nula. Con este análisis, parece que la depresión aparece independientemente de la situación en la que se encuentre el matrimonio en el núcleo familiar.

#### 11. Núcleo familiar:

Analizamos la relación entre la depresión en TCA y las **relaciones con la familia**. Para ello, estudiamos la variables principal (depresión) entre dos grupos, un grupo con relaciones armónicas en el núcleo familiar (G1, N=64) y un grupo con problemas en las relaciones (G2, N=11) (**tabla 13 y tabla 14**).

- $H_0$ : la frecuencia de depresión es igual en ambos grupos
- $H_1$ : la frecuencia de depresión no es igual en ambos grupos

**Tabla 13:** Comparación de la depresión entre grupos con relaciones familiares armónicas y disarmónicas

relaciones armónicas en núcleo familiar\* depresión [columna%]

Relaciones armónicas en núcleo familiar	DEPRESIÓN		TOTAL
	no	si	
No	3.03%	23.81%	14.67%
Si	96.97%	76.19%	85.33%
Total	100.00%	100.00%	100.00%

**Tabla 14:** Pruebas Chi-cuadrado de la depresión entre grupos con relaciones familiares armónicas y disarmónicas

Estadístico	Valor	df	Sig. Asint.	Sig. Exact.	Sig. Exact.
-------------	-------	----	-------------	-------------	-------------

			(2-colas)	(2-tailed)	(1-tailed)
Chi-cuadrado de Pearson	6.38	1	.012		
Razón de semejanza	7.46	1	.006		
Prueba exacta de Fisher				.018	.011
Corrección de continuidad	4.82	1	.028		
Asociación Lineal-by-Lineal	6.29	1	.012		
N de casos válidos	75				

Con estos resultados, podemos rechazar la  $H_0$  al 95% de confianza, pues hemos obtenido una  $p < 0.05$  ( $p = 0.012$ ) y por tanto existe evidencia estadísticamente significativa para concluir que la frecuencia de depresión entre los dos grupos es distinta. De los pacientes con relaciones disarmónicas y problemas con su núcleo familiar, el 90.91 % están diagnosticados de depresión. Sin embargo, entre los pacientes con relaciones armónicas con sus familias, la frecuencia de depresión aun así es del 50%.

## 12. Hermanos:

Comparamos ahora la frecuencia de depresión entre un grupo sin **hermanos** (G1 N=20) y otro con hermanos (G2 N=55) (**tabla 15**):

- $H_0$ : la frecuencia de depresión es igual en ambos grupos
- $H_1$ : la frecuencia de depresión no es igual en ambos grupos

**Tabla 15:** Comparación de la depresión entre grupos con y sin hermanos

hermanos\* depresión [columna%]

Hermanos	DEPRESIÓN		TOTAL
	no	si	
No	30.30%	23.81%	26.67%
Si	69.70%	76.19%	73.33%
Total	100.00%	100.00%	100.00%

Los resultados no son estadísticamente significativos ( $p$  de 0.528,  $< 0.005$ ) por tanto no podemos rechazar la  $H_0$ .

### 13. Acoso escolar:

Vamos a estudiar la frecuencia de la depresión entre el grupo sin antecedentes de bullying (con adecuada vida social, G1 N=12 y el grupo con antecedentes de **acoso escolar** (G2 N=63) (**tabla 16**):

- $H_0$ : la frecuencia de depresión es igual en ambos grupos
- $H_1$ : la frecuencia de depresión no es igual en ambos grupos

**Tabla 16:** Comparación de la depresión entre grupos con y sin acoso escolar

vida social \* depresión [columna%]

Vida Social	DEPRESIÓN		TOTAL
	no	si	
Bien	84.85%	83.33%	84.00%
Acoso escolar	15.15%	16.67%	16.00%
Total	100.00%	100.00%	100.00%

Los resultados no son estadísticamente significativos con una  $p = 0.859$  ( $p > 0.05$ ) por tanto no podemos rechazar la hipótesis nula y son necesarios más casos para poder llegar a alguna conclusión.

### 14. Rendimiento académico:

Realizamos el análisis de la frecuencia de depresión en un grupo con buen **rendimiento académico** (G1 N=63) y otro con sujetos que han repetido algún curso (G2, N= 12) (**tabla 17**)

- $H_0$ : la frecuencia de depresión es igual en ambos grupos
- $H_1$ : la frecuencia de depresión no es igual en ambos grupos

**Tabla 17:** Comparación de la depresión entre grupos que han repetido o no curso académico

rendimiento académico \* depresión [columna%]

Rendimiento académico	DEPRESIÓN		TOTAL
	no	si	

Bien	87.88%	80.95%	84.00%
Repetidor de curso	12.12%	19.05%	16.00%
Total	100.00%	100.00%	100.00%

Los resultados no son estadísticamente significativos con una  $p = 0.859$  ( $p > 0.05$ ) por tanto no podemos rechazar la hipótesis nula y son necesarios más casos para poder llegar a alguna conclusión.

#### 15. Ingresos hospitalarios por TCA:

A continuación comparamos la frecuencia de depresión entre un grupo que no ha precisado **ingresos hospitalarios** en Psiquiatría Infanto-Juvenil (o planta de Pediatría con seguimiento estrecho por parte de Psiquiatría) y un grupo que sí que ha ingresado alguna vez en el hospital por este motivo (**tabla 18**):

- $H_0$ : la frecuencia de depresión es igual en ambos grupos
- $H_1$ : la frecuencia de depresión no es igual en ambos grupos

**Tabla 18:** Comparación de la depresión entre grupos con y sin ingresos por TCA

ingresos por TCA\* depresión [columna%]

Ingresos por TCA	DEPRESIÓN		TOTAL
	no	si	
No	75.76%	57.14%	65.33%
Si	24.24%	42.86%	34.67%
Total	100.00%	100.00%	100.00%

Los resultados no son estadísticamente significativos puesto que tenemos una  $p$  de 0.093 ( $p > 0.05$ ), de tal manera que no podemos rechazar la hipótesis nula.

#### 16. Autolesiones:

Ahora compararemos la frecuencia de depresión entre un grupo sin conducta **autolesivas** y otro grupo con antecedente de haberse infligido autolesiones (**tabla 19**):

- $H_0$ : la frecuencia de depresión es igual en ambos grupos
- $H_1$ : la frecuencia de depresión no es igual en ambos grupos

**Tabla 19:** Comparación de la depresión entre grupos con y sin autolesiones

autolesiones\* depresión [columna%]

Autolesiones	DEPRESIÓN		TOTAL
	no	si	
No	84.85%	76.19%	80.00%
Si	15.15%	23.81%	20.00%
Total	100.00%	100.00%	100.00%

Los resultados no son estadísticamente significativos puesto que tenemos una  $p > 0.05$  ( $p$  de 0.352), de tal manera que no podemos rechazar la hipótesis nula.

17. Dismorfofobia o insatisfacción corporal:

Por último, compararemos la frecuencia de depresión entre un grupo sin **dismorfofobia** o distorsión de la imagen corporal y otro grupo que sufre este trastorno (**tabla 20**):

- $H_0$ : la frecuencia de depresión es igual en ambos grupos
- $H_1$ : la frecuencia de depresión no es igual en ambos grupos

**Tabla 20:** Comparación de la depresión entre grupos con y sin dismorfofobia

dismorfofobia\* depresión [columna%]

Dismorfofobia	DEPRESIÓN		TOTAL
	no	si	
No	48.48%	30.95%	38.67%
Si	51.52%	69.05%	61.33%
Total	100.00%	100.00%	100.00%

Los resultados no son estadísticamente significativos puesto la  $p$  resulta  $> 0.05$  ( $p=0.122$ ), de tal manera que no podemos rechazar la hipótesis nula.

## 5.2. Análisis descriptivo de batería de test

A continuación, se expone una revisión descriptiva de los resultados obtenidos en la batería de 13 test (SPM, CEDI II, MACI, EPQ, BELL, STAIC, RSE, EAT-40, BITE, BSQ, CIMEC, ABOS y ADHDRS IV) cumplimentada por 46 sujetos (N=40) de los 75 de nuestra muestra, que corresponde a un 61.3% del total de nuestra muestra.

Los test suponen herramientas de utilidad, eficientes y baratas, que pueden servir de screening para valoraciones posteriores más completas por un especialista.

Para ello, se realiza una breve definición de la función de cada test y sus objetivos de estudio y baremación, y se reflejan y analizan los resultados de algunos de los test anteriormente descritos con mayor interés para el trabajo.

### 1. SensoryProcessingMeasure o Standard Progressive Matrices Sets (SPM):

- Es una variante del test de Raven-Matrices Progresivas aplicable desde los 6 años hasta la edad adulta. Consiste en un test psicométrico para medir el nivel de inteligencia, que consta de 60 problemas repartidos en 5 series de 12 elementos cada una. La puntuación máxima es de 60. La media de puntos en la población general es de 47. Se convierte el resultado a CI (capacidad intelectual).
- A través del SPM encontramos una capacidad intelectual media de 102, que corresponde a un CI promedio. El 24.5% de los sujetos se encuentran por encima del CI promedio.

### 2. Cuestionario Español para la Depresión Infantil II (CEDI II):

- Valora síntomas depresivos durante la infancia y adolescencia (entre los 11 y 16 años). Consta de 16 ítems con 4 posibilidades cada uno, de los cuales uno refleja la normalidad, otros dos la severidad del síntoma y un cuarto el trastorno dentro del síndrome depresivo más significativo a nivel clínico.
- Con el CEDI II podemos observar que 7 pacientes de los 44 encuestados no sufren ningún tipo de depresión. Dentro de los pacientes que sí que presentan puntuaciones correspondientes a depresión en el test, 7 corresponden al grado de depresión ligera, 5 al grado de moderada, 4 al grado de moderada-severa y 20 sufren depresión severa. Podemos observar que 7 pacientes de los 43 encuestados no sufren ningún tipo de depresión. Los resultados, en comparación con los diagnósticos del especialista en Psiquiatría, están descritos con mayor detalle a continuación (**tabla 21**):

**Tabla 21:** Depresión (CEDI II vs diagnóstico clínico) en función de la CI obtenida en SPM

GRADO	CI	Nº PACIENTES	%	Depresión
1	Intelectualmente superior	2	4.35	- Según diagnóstico clínico: <b>50%</b> (1 de 2) - Según diagnóstico CEDI II: <b>50%</b> (1 de 2) * 1 ausencia de depresión (clínico coincide) * depresión severa (clínico coincide)
2	Por encima del promedio	10	21.74	- Según diagnóstico clínico: <b>50%</b> (5 de 10) - Según diagnóstico test CEDI II: <b>90%</b> (9 de 10) * 1 ausencia de depresión (clínico coincide) * 1 depresiones subclínica (clínico no coincide) * 2 depresiones ligeras (clínico no coincide) * 1 depresión moderada (clínico coincide) * 3 depresiones moderada-severas (clínico coincide en 3) * 2 depresiones severas (clínico coincide en 1) Las depresiones diagnosticadas por test como subclínica y ligeras por el clínico son consideradas como ausencia de depresión. Hay una discordancia entre el diagnóstico de ausencia de depresión por el especialista y depresión severa en test en un caso.
3	Promedio	29	63.04	- Según diagnóstico clínico: 41 % (11 pacientes de 27) - Según diagnóstico test CEDI II: 2 datos perdidos: 93% (25 de 27 pacientes): * 3 ausencia de depresión (clínico coincide en 2) * 4 depresiones ligeras (clínico coincide en 1) * 4 depresión moderada (clínico coincide en 3) * 1 depresiones moderada-severas (clínico coincide) * 15 depresiones severas (clínico coincide en 12)  Discrepancia diagnóstica entre clínico y test en cuatro casos (ausencia de depresión vs depresión severa en tres casos y depresión moderada en otro). Nuevamente, de 4 casos de depresión ligera según test, 3 están catalogados como ausencia de depresión por el especialista. En un caso, el psiquiatra diagnostica de depresión y el test refleja un resultado de ausencia de depresión
4	Por debajo del promedio	2	4.35	- Según diagnóstico clínico: <b>100%</b> (2 de 2) - Según diagnóstico test CEDI II: <b>100%</b> (2 de 2) * 2 depresiones severas (clínico coincide en las 2)
5	Con déficit intelectual	3	6.52	- Según diagnóstico clínico: <b>67%</b> (2 de 3) - Según diagnóstico test CEDI II: <b>100%</b> (3 de 3) * 1 depresión subclínica (clínico coincide) * 1 depresiones ligeras (clínico no coincide) * 1 depresiones severas (clínico coincide) Et test diagnostica una depresión ligera cuando el clínico no realiza diagnostico de depresión, como hemos observado en otros casos.

Tras comparar los diagnósticos de depresión entre el especialista en Psiquiatría y el resultado obtenido mediante el test CEDI II, podemos observar que con esta última herramienta encontramos más casos de depresión (en 7 depresiones subclínicas o ligeras según refleja el test, el clínico no objetiva depresión). Los test pueden servir como un complemento de apoyo a lo que el especialista objetiva, pero las decisiones diagnósticas y terapéuticas finales se basan en el razonamiento del profesional que atiende al paciente.

### 3. Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI)

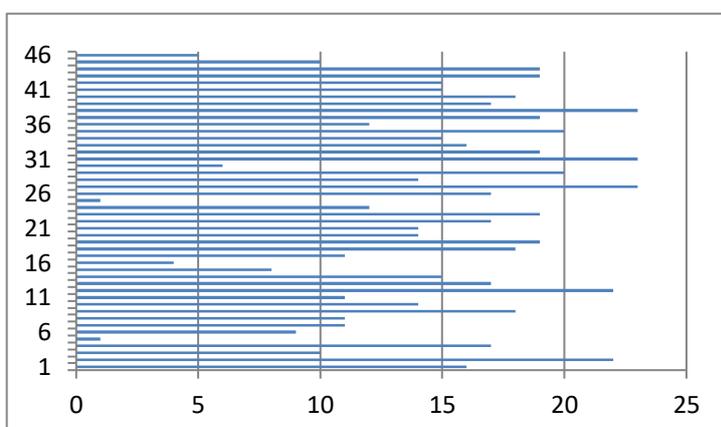
- Evalúa las características de la personalidad y los síndromes clínicos (del DSM IV) en sujetos de entre 13 y 19 años. Cuenta con tres grandes áreas: características de personalidad, preocupaciones expresadas y síndromes clínicos.
- Nuestros resultados mediante esta herramienta no son heterogéneos entre los sujetos, al consistir en definiciones de características de la personalidad muy amplias, por lo que no ha sido de utilidad para relacionarlas con la aparición de depresión.

### 4. Cuestionario de personalidad de Eysenck-Revisado (EPQ-R):

- Es un test que evalúa la extraversión-intraversión (E), la estabilidad-neuroticismo (N), la normalidad-psicoticismo (P) y la sinceridad o veracidad (L o V) mediante afirmaciones definidas que deben ser contestadas con "sí" o "no". La escala E consta de 23 ítems, las puntuaciones altas reflejan una personalidad excitable, impulsiva, sociable, con poca sensibilidad y optimista. Por el contrario, si se puntúa bajo en esta escala los sujetos se caracterizan por ser previsores, introvertidos, desconfiados, tranquilos, con baja tendencia a la agresividad. La escala N está constituida por 24 ítems, puntajes altos indican cambios frecuentes en el humor, con elevados niveles de ansiedad y sintomatología psicósomática, y por el contrario las puntuaciones bajas revelan estabilidad emocional. La escala P está formada por 32 ítems y mide características de personalidad tales como la falta de empatía, la crueldad, la tendencia a los conflictos. Por último, la escala L o V, compuesta por 21 ítems, mide el grado de veracidad de las respuestas. En la versión Junior (EPQJ), que se aplica de 10 a 14 años, también se evalúa la conducta antisocial (CA) (**tabla 22, gráfico 1, gráfico 2**):

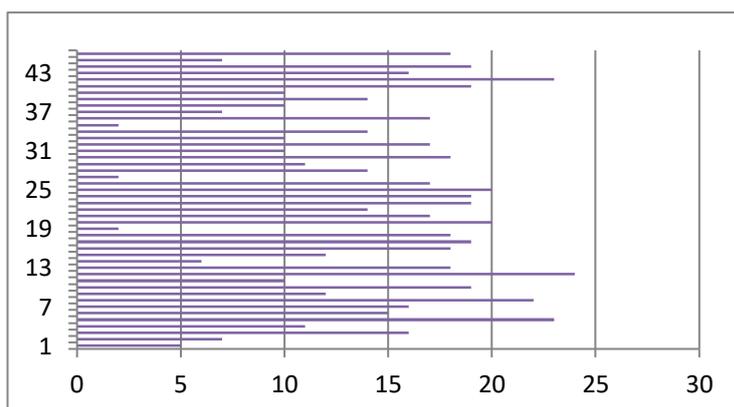
**Tabla 22:** Características de la personalidad en función de la puntuación obtenida en EPQ-R

DIMENSIONES	Puntuaciones bajas caracterizan a una persona como...	Puntuaciones altas caracterizan a una persona como...	
<b>Extraversión</b>	reservada, discreta, socialmente inhibida	sociable, activa, animada	<b>E</b>
<b>Emotividad (Neuroticismo)</b>	relajada, poco preocupada y estable	aprensiva, ansiosa y con humor deprimido	<b>N</b>
<b>Dureza (Psicoticismo)</b>	altruista, empática y convencional	impulsiva, creativa y poco socializada	<b>P</b>
<b>Escala L</b>	sincera, inconformista	poco sincera, conformista	<b>L</b>



**Gráfico 1:** Escala extraversión-intraversión (E), sobre 23, encontramos la siguiente distribución:

39 pacientes superan la puntuación de 10.



**Gráfico 2:** Escala estabilidad-neuroticismo (N), sobre 24 puntos:

38 pacientes puntúan más de 10.

La escala de normalidad-psicoticismo (P) se divide en leve (puntuaciones de 0 a 6), moderada (de 7 a 17) y severa (de 18 a 32). Encontramos 36 leves, 10 moderados y 0 severos.

En la escala de sinceridad o veracidad (L o V) del test, los resultados entre 14 y 21 son fiables. Encontramos únicamente 12 fiables (26%).

A pesar de que las respuestas de la encuesta parecen no ser válidas según la escala de sinceridad, por los resultados obtenidos nuestra muestra tiene hacia la personalidad sociable, activa, impulsiva, el humor deprimido y la ansiedad, y la mayoría de los casos tiene una personalidad altruista y empática, no encontrando ningún sujeto con rasgos de psicoticismo severo.

*Porter et al.* trataron de relacionar la propensión a la vergüenza y la tendencia a la autocrítica, con la depresión y los TCA, en una muestra de 186 jóvenes, encontrando una relación significativa <sup>30</sup>.

*Mason et al.* centraron sus investigaciones en los rasgos de personalidad, en este caso la tendencia a la evitación social y un apego inseguro, en 204 mujeres con BN, encontrando asociaciones significativas entre esos rasgos, la BN y la depresión <sup>31</sup>.

*Drieberg et al.* describieron en 231 mujeres con una media de edad de 14 años y medio, que la ansiedad y depresión funcionan como mediadores entre el perfeccionismo y los TCA, así como una relación recíproca donde los trastornos de la alimentación actúan como mediadores entre el perfeccionismo y la depresión y ansiedad <sup>32</sup>.

Todo esto ya lo recogieron Shafran, Cooper y Fairburn en 2002, en un modelo de perfeccionismo, refiriendo que “el perfeccionismo elevado refleja un sesgo atencional que opera para brindar mayor atención a la información negativa que a la información positiva”. El estudio realizado por *Howell et al.* <sup>33</sup>, reflejó, de igual forma que el de *Svaldi et al.* <sup>34</sup>, que los sujetos muy perfeccionistas mostraban una preferencia atencional a la información negativa <sup>33</sup>.

##### 5. Cuestionario de Adaptación para Adolescentes Bell (BELL)

- Tiene como objetivo estudiar, a través de 140 ítems, cómo el adolescente afronta diferentes situaciones de su entorno vital, es decir la adaptación familiar (principalmente con padres y familia general), social (establecimiento y mantenimiento

de relaciones afectivas y control de tareas propias de la edad), emocional (grado de reconocimiento de sentimientos propios y de los demás, para un manejo adecuado de los mismos) y la salud (ausencia de enfermedad y buena situación sanitaria y nutricional) <sup>35</sup>.

- Encontramos los siguientes resultados: La mayoría de los pacientes tienen una adaptación familiar mala, una adaptación social entre normal y no satisfactoria, una adaptación de salud mala y una adaptación emocional mala (**tabla 23**):

**Tabla 23:** Resultado obtenidos en el Test de Bell en nuestra muestra:

TEST DE BELL					
ADAPTACIÓN					
	FAMILIAR	SOCIAL	SALUD	EMOCIONAL	TOTAL
EXCELENTE	3	4	0	3	0
BUENA	4	5	6	5	5
NORMAL	11	13	10	9	5
NO SATISFACTORIA	8	<b>14</b>	8	10	7
MALA	<b>17</b>	7	<b>19</b>	<b>14</b>	<b>21</b>
TOTAL	43	43	43	41	38

6. State-TraitAnxietyInventoryforChildren (Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en Niños) (STAIC):

- Mediante esta encuesta se pretende estudiar la ansiedad en el sujeto. La ansiedad estado es cómo el niño se siente en un momento determinado, y la ansiedad rasgo es cómo se siente de forma general <sup>36</sup>.

7. Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE):

- Consiste en un test psicométrico cuya función es estudiar la forma en la que las personas se valoran subjetivamente a sí mismas. Consta de 10 ítems que puntúan entre 0 y 3, y cada uno de ellos consiste en una afirmación sobre la satisfacción con uno mismo y la valía personal. Si se obtiene un puntuación final inferior a 15 esto es indicativo de una mala autoestima.

- Hemos obtenido la valoración de la autoestima de 42 pacientes (4 datos perdidos), resultando 14 pacientes con autoestima media-normal y 28 con autoestima baja (1:2).

#### 8. Eating Attitudes Test – 40 (EAT-40)

- Cuenta con 40 preguntas autoaplicables para evaluar características psicológicas y conductas compatibles con TCA. Se estudian los factores de dieta, el control oral y la bulimia y preocupación por el alimento. Si se obtienen puntuaciones superiores a 30 indican la existencia de patología a nivel de la alimentación clínicamente presente.

- Hemos obtenido los siguientes resultados de 43 pacientes (3 datos perdidos).

- Riesgo elevado: 27, 19 de ellos con depresión según el psiquiatra (70.3%).
- Riesgo medio: 7, 4 de ellos con depresión según el psiquiatra (57.2%).
- Riesgo bajo: 9, 3 de ellos con depresión según el psiquiatra (33.4%).

Estos datos parecen indicar una tendencia de que a mayor riesgo de TCA, mayor depresión diagnosticada por el especialista <sup>37</sup>.

#### 9. El Bulimia Test of Edimburg (BITE)

- Pretende buscar síntomas bulímicos (si puntúa más de 20, alta probabilidad de sufrirlos), la intensidad de los mismos (entre 5 y 10 la severidad es significativa, por encima de 10 indica gravedad) y su evolución durante el tratamiento <sup>37</sup>.

- Obtenemos 7 pacientes con puntuaciones superiores a 20. De estos, 5 tienen el diagnóstico establecido de BN. Existe un 71.4% de concordancia entre diagnóstico clínico y test.

#### 10. El Body Shape Questionnaire (Cuestionario de la Figura Corporal) (BSQ)

- Cuenta con 34 ítems con el fin de evaluar actitudes respecto a la imagen corporal en el último mes. El test se divide en las escalas de insatisfacción corporal, miedo a engordar, baja estima por la apariencia y deseo de perder peso <sup>38</sup>.

- De 43 pacientes que respondieron a este test, 14 presentan puntuaciones por encima del punto de corte, y 10 de ellas tiene diagnóstico de depresión.

#### 11. El Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal (CIMEC)

- Analiza las actitudes frente a la pérdida ponderal, la ansiedad en relación con la figura corporal, las influencias interpersonales, la influencia de modelos corporales ideales, la influencia de modelos sociales, la influencia de la publicidad y la preocupación por estar delgado <sup>38</sup>.

- De los 43 pacientes respondedores de la encuesta, 31 pacientes tienen una afectación del modelo estético corporal según el test y de ellos 22 están diagnosticados de depresión, es decir el 71%.

#### 12. La Escala de Observación de Conducta Anoréxica para Padres y Pareja (ABOS):

- evalúa a los familiares de los pacientes sobre sus conocimientos acerca de la sintomatología. Si la puntuación es igual o superior a 19, existe, con una alta probabilidad, enfermedad con alteraciones significativas <sup>37, 38</sup>.

- No podemos analizar los datos por la no realización de esta encuesta en muchos de los pacientes (23 pacientes no tienen el test completado, lo que supone la mitad la muestra).

#### 13. ADHD Rating Scale IV (ADHDRS IV):

-Es un cuestionario que cuenta con 18 ítems para valorar el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad inherente al TDAH <sup>39</sup>.

- Mediante el test ADHDRS IV hemos obtenido el resultado de 38 pacientes que lo cumplimentaron (8 datos perdidos o test no realizado), donde vemos 29 sin presentar signos de TDAH, y 9 que si que los presentan. Dentro de este último grupo, 6 corresponden a un subtipo inatento y 3 a un subtipo combinado. 8 de los 9 pacientes tienen diagnóstico de depresión (el 88.9%).

## 6. DISCUSION

### 6.1. Discusión de los resultados

Se ha realizado una comparación de los resultados obtenidos en nuestro análisis con el conocimiento del que disponemos en la literatura actual.

Respecto a la amenorrea, a pesar de que ya no forma parte de los criterios diagnóstico para la AN en los nuevos manuales <sup>14</sup>, es frecuente encontrarnos ante esta situación en pacientes con dicho diagnóstico por una disfunción gonadal secundaria al bajo peso (en nuestra muestra, 21 pacientes presentan amenorrea secundaria, lo que supone el 28% de la muestra). La amenorrea se asocia a la desmineralización ósea. Un estudio transversal en 168 mujeres con diferentes tipos de AN (según criterios del DSM-IV, DSM-5 y AN atípica) demostró una baja densidad ósea por la pérdida de masa magra, por lo que se recomienda la realización de densitometría ósea en pacientes con antecedentes o presencia de un bajo peso corporal <sup>40</sup>.

En cuanto a los resultados obtenidos en el grupo de sobrepeso y obesidad, faltan estudios acerca de esta patología en adolescentes y sobre la adicción a la comida. *Fox et al.* encontraron que los pacientes con depresión tenían 3.5 veces más probabilidad de tener obesidad que la muestra sin depresión (odds ratio [OR]= 3.5,  $p=0.038$ ) <sup>41</sup>. *Borisenkov et al.*, realizaron un estudio acerca de la adicción a los alimentos en 1.144 estudiantes: 4.5% de la muestra presentaba este problema, siendo mayor en los pacientes que presentaban depresión moderada o severa ( $p<0.000$ ), sobrepeso y obesidad ( $p<0.002$ ), en el sexo femenino ( $p<0.038$ ) y entre los 17 y 18 años ( $p<0.007$ ) <sup>42</sup>. De nuestros 5 pacientes con diagnóstico de sobrepeso u obesidad, 4 presentan depresión (80%), 4 son mujeres y 3 tienen 17 años (el resto 14 y 10 años), no se ha registrado la adicción a la comida.

Respecto a los atracones, es decir, comer de forma excesiva y con pérdida de control, un estudio longitudinal en 1906 niños relacionó de forma positiva la impulsividad (tendencia actuar de forma precipitada ante momentos de angustia y usar la comida para mejorar este estado) con la depresión y los atracones a temprana edad <sup>43</sup>. *Masin et al.* revelaron la asociación entre la sensación objetiva de comer en exceso y la pérdida de control ante la comida durante la juventud (18-28 años) con un futuro deterioro psicosocial en la edad adulta <sup>44</sup>.

Otro punto a discutir es que tradicionalmente se han considerado las familias de los pacientes con TCA como rígidas, con falta de comunicación y de satisfacción en las relaciones. *Fisher et al.* indagaron en las relaciones familiares de pacientes con TCA, mediante las escalas de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar IV, encontrando que la mayoría de los 44 pacientes estudiados y sus familiares reflejaron resultados saludables en las relaciones pero, un alto número de padres y pacientes con depresión expresaron insatisfacción <sup>45</sup>.

En un estudio sobre las emociones expresadas por las familias hacia sus hijos con TCA o depresión, se reflejó que las madres con varios hijos se mostraban menos cálidas. Por tanto, la presencia de hermanos ejerce un efecto sobre las emociones de los padres de hijos con estas patologías, aunque faltan estudios al respecto <sup>46</sup>.

A nivel social, *Duarte et al.* consideran que la intimidación de los compañeros aumenta los sentimientos de vergüenza hacia el propio cuerpo, apareciendo enfado y hostilidad hacia uno mismo. Estos sentimientos incrementan los síntomas depresivos y la psicopatología de la alimentación en los adolescentes <sup>47</sup>. *Marco et al.* encontraron una asociación positiva entre el acoso cibernético y la psicopatología y depresión en pacientes con TCA <sup>48</sup>.

Durante la recogida de datos llama la atención un gran número de pacientes interesados en profesiones relacionadas con la salud, que requieren un estudio exigente durante el colegio e instituto (observamos que el 84% de nuestros pacientes tienen un buen rendimiento escolar). En un estudio descriptivo transversal en estudiantes de medicina y enfermería reflejó un alto riesgo de presentar TCA <sup>49</sup>.

*Laporta et al.* analizó que, de 204 pacientes atendidos en una UTCA, el grupo con BN mostró la mayor insatisfacción corporal mediante la realización de encuestas. Los sujetos con más insatisfacción corporal mostraron asimismo peor autoestima, más síntomas depresivos, más desórdenes alimenticios y mayor influencia sobre los modelos estéticos corporales <sup>50</sup>. En nuestra muestra, 46 pacientes (61.33%) presentaron dismorfofobia o insatisfacción corporal. De ellos, el 63.04% estaban diagnosticados de depresión. La mitad de la muestra con diagnóstico de BN (50%) estaba diagnosticada de depresión, un porcentaje inferior a los diagnosticados de AN (64.83% presentaban dismorfofobia) y TCANE (62.50%), y superior al grupo de obesidad y sobrepeso (40%). El estudio de *Sharpe et al., 2018* quiso investigar si los síntomas depresivos y la insatisfacción corporal, propios de los TCA, eran factores que se refuerzan el uno al otro o si bien uno es factor de riesgo para el otro, concluyendo que en las mujeres de su muestra, la insatisfacción corporal predecía la depresión mientras que la direccionalidad en los hombres fue la inversa <sup>51</sup>. Un ensayo realizado en un grupo de pacientes con AN (N=12) y otro sin ese diagnóstico (N=12), demostró, mediante la inducción de cambios negativos en el estado de ánimo, que el grupo con AN desviaba la atención a la parte que menos apreciaban de su cuerpo con una frecuencia y duración de mirada significativamente superior al grupo control. Por tanto, un estado de ánimo deprimido puede contribuir al agravamiento y la persistencia de una alteración de la imagen corporal en pacientes con AN <sup>34</sup>.

## 6.2. Investigaciones futuras

Durante la elaboración de este trabajo hemos podido concluir una necesidad de proseguir en los estudios y de fomentar futuras investigaciones puesto que, como ya se ha reflejado en anteriores partes del presente estudio, carecemos de información sólida acerca de varias cuestiones que han sido tratadas.

A continuación, se exponen tres temas que hemos ido encontrando en la bibliografía empleada, y que pueden ser una fuente importante de investigaciones posteriores:

### 6.2.1. Suicidio:

Contamos con poca investigación acerca del suicidio en estos pacientes, si bien se conoce que el número de casos es elevado, suponiendo uno de las principales muertes en adolescentes (tanto el suicidio por depresión, como el suicidio en TCA y las muertes en TCA por causas orgánicas). *Lian et al.* estudiaron en 8.746 adolescentes chinos de 20 colegios distintos, en los años 2012 y 2013, la asociación entre AN y suicidio, y la interacción entre AN y depresión, resultando la AN un predictor del suicidio en esa muestra, y un factor influyente en la depresión<sup>52</sup>. Los pacientes con desórdenes alimenticios encuentran dificultades en la identificación y descripción de sus sentimientos. *Alpaslan et al.* relacionaron en 381 estudiantes en Turquía la alexitimia propia de estos pacientes con una mayor probabilidad de suicidio<sup>53</sup>.

Se puede emplear herramientas como el test CDI, que en el estudio prospectivo de *Watson et al.* mediante la recogida de datos de 1000 sujetos en el registro del Proyecto de Ayuda para Esbozar Trastorno de la Alimentación Pediátrica (HOPE), demostró ser de utilidad para la identificación de depresión e ideación autolítica mediante las variaciones en las puntuaciones<sup>54</sup>.

Se identificaron rasgos de personalidad en dos muestras de sujetos con BN (problemas en la identidad, desregulación de las emociones, depresión, ansiedad, apego inseguro) como factores predisponentes para los intentos de suicidio. Se encontró que la depresión tenía la asociación más fuerte con el suicidio<sup>55</sup>.

Es importante por tanto valorar la ideación suicida en los pacientes que atendemos en nuestras consultas y que sufren estos trastornos.

### 6.2.2. Tratamiento

Como en muchas otras patologías psíquicas, no existe un tratamiento estandarizado, sino que, encontramos diferentes estrategias terapéuticas en la depresión y en los TCA. Además, existe un infradiagnóstico, pues no disponemos de adecuadas herramientas de screening para la población de riesgo y no todos los sujetos que necesitan tratamiento lo reciben. Según los resultados que refleja cada estudio, se recomiendan distintas líneas terapéuticas.

La depresión y los TCA comparten factores de riesgo y son propios de la adolescencia, por lo que mediante programas de prevención en la escuela-instituto se puede alcanzar un amplio público. Hasta el momento, no existen programas destinados a alcanzar ambas entidades conjuntamente. Un estudio controlado aleatorizado sobre un programa de intervención de la ansiedad, depresión y los factores de riesgo de los TCA. Sin obtener respuestas significativas de mejoría tras la intervención. Por lo tanto, es necesaria más investigación para identificar los factores a abordar y las dosis óptimas para hacer que la difusión de estos programas sea efectiva<sup>56</sup>. Las intervenciones deberán adaptarse a la etapa vital de la adolescencia y edad adulta temprana, momentos clave en el desarrollo del ser humano, y deberán incluir un enfoque en la insatisfacción corporal<sup>57</sup>.

Para realizar un adecuado screening de estas patologías, la NEDA cuenta con una herramienta online para la detección de estos trastornos (de 71.362 participantes, el 86.3% dio un resultado positivo para un TCA, y el 85.9% no había recibido tratamiento especializado)<sup>58</sup>.

Un reconocimiento temprano de estos síntomas puede reducir la necesidad de atención psiquiátrica urgente como sería a través de ingresos en Unidades de Hospitalización de Agudos en Psiquiatría<sup>59</sup>.

La NICE considera de gran importancia la escucha activa de los pacientes, para detectar alteraciones en el estado de ánimo, pues muchas veces no son evidentes en entrevistas superficiales.

*Harrington et al.* defendían la terapia familiar en la AN y la psicoterapia breve en la BN y destacaba las mejores respuestas ante terapias multidisciplinares<sup>17</sup>. El estudio de *Levinson et al.*, mencionado con anterioridad, sugiere la terapia de exposición como tratamiento en BN, ante el miedo a engordar<sup>21</sup>. *Twohig et al.* sugieren el tratamiento residencial para los TCA, mostrando una mejoría en el IMC, la gravedad del TCA, la depresión, la ansiedad y en la calidad de vida de una muestra estudiada de 250 pacientes<sup>60</sup>. El estudio de *Calugi et al.*, tuvo como objeto comparar los efectos inmediatos y a largo plazo de una terapia cognitivo-conductual en pacientes 63 con AN con (60,3%) y sin haber presentado episodios depresivos mayores, obteniendo mejoría significativa en el peso, la psicopatología general y el trastorno alimentario, independientemente de si habían presentado depresión o no. Se concluyó que la depresión no debe emplearse para predecir el éxito o la falta del mismo de un tratamiento<sup>61</sup>.

Los servicios de salud pública destinados a la reducción de peso en personas con obesidad o sobrepeso, podrían integrar mensajes que aborden asimismo los trastornos de la esfera afectiva y las conductas purgativas y así disminuir los posibles efectos adversos sobre los TCA <sup>62</sup>.

A nivel farmacológico, los psicofármacos no son el tratamiento de primera línea en los pacientes con TCA. En una revisión retrospectiva de 86 pacientes se encontró una sobremedicación de estos pacientes (45.3% de ellos tomaban al menos un fármaco, el 38.4% un antidepresivo) <sup>63</sup>.

Por otro lado, una mala alimentación, propia de los TCA, se ha relacionado con el inicio y mantenimiento de la depresión, considerando que algunos nutrientes pueden ejercer de biomarcadores de la depresión. Varios estudios recientes han demostrado la existencia de mediadores de los cambios de humor, que actúan también a nivel intestinal (IGF-1, NPY, BDNF, grelina, leptina, CCK, GLP-1, AGE, el metabolismo de la glucosa y de la microbiota). Con esto podemos deducir que algunos alimentos saludables se asocian de forma inversa con el riesgo de presentar depresión, y que patrones alimentarios poco saludables se relacionan con mayor depresión en estudios longitudinales. Algunos fármacos empleados para trastornos endocrino-metabólicos (pioglitazona, metformina, exenatida, atorvastatina, antibióticos gramnegativos) también han mostrado cierto potencial para tratar la depresión en los primeros ensayos clínicos controlados aleatorios. Se debería incluir en el tratamiento de la depresión, y como estrategias de prevención, intervenciones dietéticas y mejoras en el estilo de vida <sup>64</sup>, usando la nutrición como medida complementaria en algunos trastornos psiquiátricos propios de la edad infantil, como por ejemplo la ingesta de ácidos grasos, típica de la Dieta Atlántica. Así, la Fundación Dieta Atlántica refleja esta alternativa o tratamiento complementario en patologías como el TDAH, Trastorno del Desarrollo, Depresión o Esquizofrenia. En depresión infantil, existe un estudio piloto prometedor ya que indica que los  $\omega$ -3 podrían tener beneficios terapéuticos en la depresión infantil<sup>65</sup>. Asimismo, la dieta vegetariana (baja en omega-3) se ha asociado con depresión <sup>66</sup>.

.En Cochrane hemos encontrado varias estrategias terapéuticas diferentes a la psicoterapia y los psicofármacos. Una revisión de ensayos clínicos que emplean psicoterapia y psicofármacos con el fin de evitar recaídas y recurrencias de Episodios Depresivos Mayores o Distimia en niños y adolescentes, reflejó que los antidepresivos reducen con poca frecuencia el riesgo de recurrencias. Los estudios son heterogéneos

y dificultan su comparación. Son necesarios más ensayos clínicos para explorar el tratamiento adecuado en un futuro <sup>67</sup>. Se han propuesto otras terapias alternativas frente a la depresión, como la danza <sup>68</sup>, ejercicio <sup>69</sup>, musicoterapia <sup>70</sup>, y, a pesar de encontrar datos que indican beneficios en la depresión, existen pocos estudios lo que limita las conclusiones y puede ser fuente de investigaciones futuras.

En conclusión, se conoce poco sobre el tratamiento idóneo en estos trastornos, existiendo múltiples propuestas terapéuticas pero con pocos ensayos realizados. Continúa habiendo mucho infradiagnóstico e infratratamiento, por lo que investigaciones futuras podrían centrarse en elaborar herramientas de screening adecuadas y destinadas a la población de riesgo, consensuar estrategias terapéuticas unificadas y destinadas asimismo a la prevención de recurrencias y recaídas garantizando un adecuado seguimiento de estos sujetos, así como implementar entre los jóvenes programas de prevención, psicoeducación y concienciación efectivas.

### 6.3.3. Cuidadores y psicopatología

Otro punto a tener en cuenta a la hora de realizar nuestras intervenciones es la familia, y en especial los cuidadores de estos pacientes. Varios estudios han demostrado que el estado de ánimo de estos influye en el de sus hijos, y viceversa. Por tanto, debemos intentar prevenir, o al menos detectar, sintomatología depresiva en ambas partes para evitar que esta ejerza una influencia en el otro.

Ser cuidador de un paciente con enfermedad mental supone una fuente de estrés crónico. *Schwarte et al.* evidenciaron que los padres de pacientes con AN sufrían elevados niveles de depresión, y que tratar este problema podría tener una influencia positiva en los enfermos <sup>71</sup>. El estudio de *Hicks et al.* encontró mayores niveles de depresión y ansiedad que los adolescentes ( $p=0.000$ )<sup>72</sup>. *Rienecke et al.* revelaron que los padres de hijos con BN o Episodio Depresivo Mayor se mostraban más críticos que aquellos con hijos diagnosticados de AN. Las familias con relaciones armónicas mostraron mayor calidez y menos criticismo. Por tanto, el estado familiar influye en las emociones expresadas y debe tenerse en cuenta en investigaciones futuras <sup>73</sup>. El estudio de *White et al.* también encontró relación entre el estado afectivo paterno y los beneficios en las patologías de sus descendientes, reflejando que la expresividad familiar aumentó la autoestima de los hijos <sup>74</sup>.

De forma inversa, la psicopatología materna se asocia con perfiles de mala adaptación en los niños. *Bould et al.* revisaron la relación de las enfermedades mentales en padres asociadas a TCA en sus descendientes, encontrando que la depresión, la ansiedad, los trastornos de personalidad y el trastorno bipolar en padres suponen factores de riesgo para el desarrollo de TCA en sus hijos <sup>75</sup>. El estudio longitudinal de *Cimino et al.* sugiere la importancia de tener en consideración los perfiles psicológicos de los padres de nuestros pacientes <sup>76</sup>.

Todos estos hallazgos deberán tenerse en cuenta a la hora de crear programas de intervención para ayudar a los cuidadores y familiares de nuestros pacientes a hacer frente a esta situación, y revertir el riesgo de enfermar, fomentando una adecuada salud mental, beneficiosa tanto para ellos como para sus hijos. Son por tanto necesarias más investigaciones sobre las intervenciones terapéuticas.

## 7. CONSIDERACIONES FINALES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Nuestro principal objetivo ha sido estudiar posibles factores de riesgo en TCA de padecer depresión, habiendo encontrado dos factores que influyen en la presencia de esta patología del ánimo en nuestra muestra, con un IC del 95%: la frecuencia de depresión en el grupo con conductas purgativas y sin estas conductas fue diferente, apareciendo un 71.43% de depresión en sujetos con TCA y purgas con un nivel de significación estadística de  $p=0.038$ . Estos resultados son afines a los que encontramos en la literatura. Asimismo, la frecuencia de depresión entre los grupos con relaciones armónicas familiares o problemas en el núcleo familiar resultó distinta, con un 90.91% de depresión ( $p=0.012$ ) cuando existían dificultades en la dinámica familiar. Existen estudios al respecto con resultados dispares, y si bien tradicionalmente se creía que las familias de las personas con TCA eran estrictas y rígidas, otros estudios demuestran dinámicas adecuadas y, por ejemplo, en nuestra muestra, la mayoría de los pacientes consideraban sus relaciones familiares como armónicas.

Podemos emplear estos hallazgos en nuestra práctica clínica, teniéndolos en cuenta a la hora de valorar sintomatología depresiva y en cuanto a la prevención de la misma, enfatizando la importancia de una detección de la Depresión en los pacientes con

TCA, resaltando la relevancia de un correcto y temprano diagnóstico de esta patología para evitar un proceso encronizado y con intensificaciones recidivantes del trastorno, y las complicaciones y comorbilidades que ello conlleva, así como, la necesidad de un adecuado tratamiento basado en la mejor evidencia científica disponible en el momento actual.

Para el resto de factores estudiados no hemos alcanzado la significación estadística, por lo que podemos concluir la necesidad de incrementar nuestra muestra en una investigación futura para valorar si la ausencia de asociación entre los diferentes factores se ha podido ver influida por el limitado tamaño muestral.

Asimismo, concluimos la frecuente relación entre la depresión y los TCA, y la necesidad de investigaciones futuras para crear programas de screening adecuados, herramientas que faciliten al profesional la identificación de estas entidades en sus pacientes, programas de prevención destinados al público en riesgo (adolescentes, juventud) y estudios homogéneos sobre el tratamiento más efectivo. También se deberá abordar el problema a nivel de la sociedad actual, que presenta un culto por el cuerpo y una gran influencia por los patrones estéticos corporales, mediante la psicoeducación.

Como consideración final, sería interesante reflejar que a la hora de la realización del trabajo se han encontrado algunas limitaciones, para hacer algunas reflexiones al respecto. Existieron dificultades en la recogida de los datos de los pacientes al no disponer de todas las historias clínicas, incluso tras pedir las a los archivos del hospital. Asimismo, hubo que eliminar varias variables del análisis por no disponer de suficientes datos al tratarse de un estudio retrospectivo y al no haberse realizado un recogida sistematizada de dichos datos en todas las visitas. En muchos de los casos estudiados no aparecían tampoco los resultados de la batería de test, por tanto no se ha podido realizar un análisis en todos los pacientes, y se ha decidido realizar un subanálisis con la N disponible (46 de los 75 pacientes).

## 8. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

1. Rojo Rodes JE, Cirera Costa E. Interconsulta psiquiátrica. Barcelona: Masson; 1997.
2. Castro-Fornieles J, Toro J. Psiquiatría de la infancia y de la adolescencia. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 8ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2015. p. 500-619.
3. Pediatric unipolar depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. UptoDate [Internet]. Disponible en: [[https://www.uptodate-com.mhdoct.a17.csinet.es/contents/pediatric-unipolar-depression-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis?search=epidemiolog%C3%ADa%20de%20la%20depresi%C3%B3n%20en%20la%20infancia&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate-com.mhdoct.a17.csinet.es/contents/pediatric-unipolar-depression-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis?search=epidemiolog%C3%ADa%20de%20la%20depresi%C3%B3n%20en%20la%20infancia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)].
4. Thomas JJ, Mickley DW, Derenne JJ, Klibanski A, Murray HB, Eddy KT. Trastorno de la conducta alimentaria: evaluación y tratamiento. En: Stern TA, Fava M, Wilens TE, Rosenbaum JF. Tratado de Psiquiatría Clínica. Massachusetts General Hospital. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2017. p. 412-427.
5. Depresión. WHOICTRP [Internet]. Disponible en: [<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>].
6. Vinall J, Pavlova M, Asmundson G, Rasic N, Noel M. Mental Health Comorbidities in Pediatric Chronic Pain: A Narrative Review of Epidemiology, Models, Neurobiological Mechanisms and Treatment. Children (basel). 2016; 3(4):40.
7. Adams RE, Ritter C, Bonfine N. Epidemiology of trauma: Childhood adversities, neighborhood problems, discrimination, chronic strains, life events, and daily hassles among people with a severe mental illness. Psychiatry Research. 2015; 230(2) 609-615
8. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. Annu Rev Public Health. 2013; 34:119-138.
9. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Vos T et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. PsycholMed. 2013; 43(3):471-481

10. American Psychiatric association. Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. 1ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2013.
11. Cordesa-García JJ, Galán-Gómez E. Trastorno de la conducta alimentaria, En: Cruz M, Brines J, Carrascosa A et al. Manual de Pediatría. 3ª ed. Madrid: Ergon; 2013. p. 998-1002.
12. Barcaccia B, Balestrini V, Salianni AM, Baiocco R, Mancini F, Schneider BH. Dysfunctional eating behaviors, anxiety, and depression in Italian boys and girls: the role of mass media. *Braz J Psychiatry*. 2018; 40(1):72-77
13. Armour C, Müllerová J, Fletcher S, Lagdon S, Burns CR, Robinson M et al. Assessing childhood maltreatment and mental health correlates of disordered eating profiles in a nationally representative sample of English females. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016; 51(3):383-393
14. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2003; 34(4):383-396.
15. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007; 61(3):348-358.
16. Eating disorders: overview of prevention and treatment. UpToDate [Internet]. Disponible en: [[https://www.uptodate.com/contents/eating-disorders-overview-of-prevention-and-treatment?search=depression%20en%20anorexia&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/eating-disorders-overview-of-prevention-and-treatment?search=depression%20en%20anorexia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)]
17. Harrington BC, Jimerson M, Haxton C, Jimerson DC. Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am Fam Physician*. 2015; 91(1):46-52.
18. Ulfvebrand S, Birgegård A, Norring C, Högdahl L, Von Hausswolff-Juhlin Y. Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Res*. 2015; 230(2):294-299.
19. Boehm I, Flohr L, Steding J, Holzapfel L, Seitz J, Roessner V et al. The Trajectory of Anhedonic and Depressive Symptoms in Anorexia Nervosa: A Longitudinal and Cross-Sectional Approach. *Eur Eat Disord Rev*. 2018; 26(1):69-74.

20. Gundel LK, Pedersen CB, Munk-Olsen T, Dalsgaard S. Longitudinal association between mental disorders in childhood and subsequent depression - A nation wide prospective cohort study. *J Affect Disord.* 2018; 227:56-64
21. Levinson CA, Zerwas S, Calebs B, Forbush K, Kordy H, Watson H et al. The core symptoms of bulimia nervosa, anxiety, and depression: A network analysis. *J Abnorm Psychol.* 2017; 126(3):340-354.
22. Grachev VV. The affective pathology in patients with adolescent bulimia nervosa. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova.* 2017; 117(3):16-21.
23. Bulgin D, Frederick Amar A. The Relationship Between Sexual Violence and Disordered Eating. *Issues Ment Health Nurs.* 2016; 37(7):493-500.
24. Gander M, Sevecke K, Buchheim A. Disorder-specific attachment characteristics and experiences of childhood abuse and neglect in adolescents with anorexia nervosa and a major depressive episode. *Clin Psychol Psychother.* 2018; 25(6):894-906
25. Puccio F, Fuller-Tyszkiewicz M, Youssef G, Mitchell S, Byrne M, Allen N et al. Longitudinal Bi-directional Effects of Disordered Eating, Depression and Anxiety. *Eur Eat Disord Rev.* 2017; 25(5):351-358.
26. Puccio F, Fuller-Tyszkiewicz M, Ong D, Krug I. A systematic review and meta-analysis on the longitudinal relationship between eating pathology and depression. *Int J Eat Disord.* 2016; 49(5):439-454.
27. Fewell LK, Levinson CA, Stark L. Depression, worry, and psychosocial functioning predict eating disorder treatment outcomes in a residential and partial hospitalization setting. *Eat Weight Disord.* 2017; 22(2):291-301
28. Maganto C, Garaigordobil M, Kortabarria L. Eating Problems in Adolescents and Youths: Explanatory Variables. *Span J Psychol.* 2017;19:E81
29. Ranta K, Väänänen J, Fröjd S, Somaa R, Kaltiala-Heino R, Marttunen M. Social phobia, depression and eating disorders during middle adolescence: longitudinal associations and treatment seeking. *Nord J Psychiatry.* 2017; 71(8):605-613.
30. Porter AC, Zekowitz RL, Cole DA. The unique associations of self-criticism and shame-proneness to symptoms of disordered eating and depression. *Eat Behav.* 2018; 29:64-67.

31. Mason TB, Lavender JM, Wonderlich SA, Crosby RD, Joiner TE, Mitchell JE et al. The role of interpersonal personality traits and reassurance seeking in eating disorder symptoms and depressive symptoms among women with bulimia nervosa. *Compr Psychiatry*. 2016; 68:165-171.
32. Drieberg H, McEvoy PM, Hoiles KJ, Shu CY, Egan SJ. An examination of direct, indirect and reciprocal relationships between perfectionism, eating disorders symptoms, anxiety, and depression in children and adolescents with eating disorders. *Eat Behav*. 2019; 32:53-59.
33. Howell JA, McEvoy PM, Grafton B, Macleod C, Kane RT, Anderson RA et al. Selective attention in perfectionism: Dissociating valence from perfectionism-relevance. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2016; 51:100-108.
34. Svaldi J, Bender C, Caffier D, Ivanova V, Mies N, Fleischhaker C et al. Negative Mood Increases Selective Attention to Negatively Valenced Body Parts in Female Adolescents with Anorexia Nervosa. *PLoS One*. 2016; 11(4): e0154462.
35. Gómez-Ramírez RP, De la Iglesia G. Psychometric Properties of the Bell Adolescent Adaptation Questionnaire in Bogota Population. *Evaluar*. 2017; 17(2):47-66.
36. Castrillón Moreno DA, Borrero Copete PE. Validación del inventario de ansiedad estado - rasgo (staic) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. *Acta colombiana de psicología* 13. 2005; 8(1) 79-90.
37. Olesti Baiges M, Piño IMoreso JL, Martín Vergara N. Prevalence of anorexia nervosa, bulimia nervosa and other eating disorders in adolescent girls in reus (Spain). 2008; 68(1): 18-23
38. Bolaños Rios P. Questionnaires, inventories and scales. *Trastornos de la Conducta Alimentaria* 18. 2013;1981-2007
39. Ramos C, Pérez-Salas C. Psychometric properties: ADHD Rating Scale IV self-report. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. 2016; 54(1): 9-18.

40. Schorr M, Thomas JJ, Eddy KT, Dichtel LE, Lawson EA, Meenaghan E et al. Bone density, body composition, and psychopathology of anorexia nervosa spectrum disorders in DSM-IV vs DSM-5. *Int J Eat Disord*. 2017; 50(4):343-351.
41. Fox CK, Gross AC, Rudser K, Foy AM, Kelly AS. Depression, Anxiety, and Severity of Obesity in Adolescents: Is Emotional Eating the Link? *Clin Pediatr (Phila)*. 2016; 55(12):1120-1125.
42. Borisenkov MF, Tserne TA, Bakutova LA. Food addiction in Russian adolescents: Associations with age, sex, weight, and depression. *Eur Eat Disord Rev*. 2018; 26(6):671-676.
43. Pearson CM, Zapolski TC, Smith GT. A longitudinal test of impulsivity and depression pathways to early binge eating onset. *Int J Eat Disord*. 2015; 48(2):230-237.
44. Mason TB, Heron KE. Do depressive symptoms explain associations between binge eating symptoms and later psychosocial adjustment in young adulthood? *Eat Behav*. 2016; 23:126-130.
45. Fisher M, Bushlow M. Perceptions of family styles by adolescents with eating disorders and their parents. *Int J Adolesc Med Health*. 2015; 27(4):443-449.
46. Rienecke RD, Sim L, Lock J, Le Grange D. Patterns of expressed emotion in adolescent eating disorders. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016; 57(12):1407-1413.
47. Duarte C, Pinto-Gouveia J, Rodrigues T. Being bullied and feeling ashamed: Implications for eating psychopathology and depression in adolescent girls. *J Adolesc*. 2015; 44:259-268.
48. Marco JH, Tormo-Irun MP, Galán-Escalante A, González-García C. Is Cybervictimization Associated with Body Dissatisfaction, Depression, and Eating Disorder Psychopathology? *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2018; 21(10):611-617.
49. Vijayalakshmi P, Thimmaiah R, Gandhi S, BadaMath S. Eating Attitudes, Weight Control Behaviors, Body Image Satisfaction and Depression Level Among Indian Medical and Nursing Undergraduate Students. *Community Ment Health J*. 2018; 54(8):1266-1273.

50. Laporta-Herrero I, Jáuregui-Lobera I, Barajas-Iglesias B, Santed-Germán MA. Body dissatisfaction in adolescents with eating disorders. *Eat Weight Disord.* 2018; 23(3):339-347.
51. Sharpe H, Patalay P, Choo TH, Wall M, Mason SM, Goldschmidt AB et al. Bidirectional associations between body dissatisfaction and depressive symptoms from adolescence through early adulthood. *Dev Psychopathol.* 2018; 30(4): 1447-1458.
52. Lian Q, Zuo X, Mao Y, Luo S, Zhang S, Tu X et al. Anorexia nervosa, depression and suicidal thoughts among Chinese adolescents: a national school-based cross-sectional study. *Environ Health Prev Med.* 2017; 22(1):30.
53. Alpaslan AH, Soylu N, Avci K, Coşkun KŞ, Kocak U, Taş HU. Disordered eating attitudes, alexithymia and suicide probability among Turkish high school girls. *Psychiatry Res.* 2015; 226(1):224-229.
54. Watson HJ, Egan SJ, Limburg K, Holles KJ. Normative data for female adolescents with eating disorders on the Children's Depression Inventory. *Int J Eat Disord.* 2014; 47(6):666-670.
55. Pisetsky EM, Wonderlich SA, Crosby RD, Peterson CB, Mitchell JE, Engel SG et al. Depression and Personality Traits Associated With Emotion Dysregulation: Correlates of Suicide Attempts in Women with Bulimia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2015; 23(6):537-544.
56. Johnson C, Burke C, Brinkman S, Wade T. Effectiveness of a school-based mindfulness program for transdiagnostic prevention in young adolescents. *Behav Res Ther.* 2016; 81:1-11.
57. Junne F, Zipfel S, Wild B, Martus P, Giel K, Resmark G et al. The relationship of body image with symptoms of depression and anxiety in patients with anorexia nervosa during outpatient psychotherapy: Results of the ANTOP study. *Psychotherapy (Chic).* 2016; 53(2):141-151.
58. Fitzsimmons-Craft EE, Balantekin KN, Graham AK, Smolar L, Park D, Mysko C, Funk B et al. Results of disseminating an online screen for eating disorders across the U.S.: Reach, respondent characteristics, and unmet treatment need. *Int J Eat Disord.* 2019; 52(6):721-729.

59. Hamilton MJ, Watson HJ, Egan SJ, Hoiles KJ, Harper E, McCormack J et al.. Brief report: Correlates of inpatient psychiatric admission in children and adolescents with eating disorders. *J Adolesc.* 2015; 41:105-108
60. Twohig MP, Bluett EJ, Cullum JL, Mitchell PR, Powers PS, Lensegrav-Benson T et al. Effectiveness and clinical response rates of a residential eating disorders facility. *Eat Disord.* 2016; 24(3):224-239.
61. Calugi S, El Ghoch M, Conti M, Dalle Grave R. Depression and treatment outcome in anorexia nervosa. *Psychiatry Res.* 2014; 218(1-2):195-200.
62. Da Luz FQ, Sainsbury A, Mannan H, Touyz S, Mitchison D, Girosi F et al. An investigation of relationships between disordered eating behaviors, weight/shape overvaluation and mood in the general population. *Appetite.* 2018; 129:19-24.
63. Mizusaki K, Gih D, LaRosa C, Richmond R, Rienecke RD. Psychotropic usage by patients presenting to an academic eating disorders program. *Eat Weight Disord.* 2018; 23(6):769-774.
64. Lang UE, Beglinger C, Schweinfurth N, Walter M, Borgwardt S.. Nutritional aspects of depression. *Cell Physiol Biochem.* 2015;37(3):1029-1043.
65. Tojo R, Leis R. Dieta atlántica. Papel clave de los productos de la pesca y agricultura para la salud y el bienestar del feto al anciano. *Imposio Nacional de Ciencia, Pescado y Salud*; 2011.
66. Hibbeln JR, Northstone K, Evans J, Golding J. Vegetarian diets and depressive symptoms among men. *J Affect Disord.* 2018; 225:13-17.
67. Cox GR, Fisher CA, De Silva S, Phelan M, Akinwale OP, Simmons MB et al. Interventions for preventing relapse and recurrence of a depressive disorder in children and adolescents (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 11. Art. No.: CD007504.
68. Meekums B, Karkou V, Nelson EA. Dance movement therapy for depression (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 2. Art. No.: CD009895.

69. Larun L, Nordheim LV, Ekeland E, Hagen KB, Heian F. Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD004691.
70. Aalbers S, Fusar-Poli L, Freeman RE et al. Music therapy for depression (Review) *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 11. Art. No.: CD004517.
71. Schwarte R, Timmesfeld N, Dempfle A, Spreen M, Ket JCF, Vink AC et al. Expressed Emotions and Depressive Symptoms in Caregivers of Adolescents with First-Onset Anorexia Nervosa-A Long-Term Investigation over 2.5 Years. *Eur Eat Disord Rev.* 2017; 25(1):44-51.
72. Hicks White AA, Snyder A. Examining youth and caregiver reports of depression and anxiety in families seeking eating disorder treatment. *Eat Disord.* 2018; 26(4):326-342.
73. Bould H, Koupil I, Dalman C, DeStavola B, Lewis G, Magnusson C. Parental mental illness and eating disorders in offspring. *Int J Eat Disord.* 2015; 48(4):383-391.
74. Rienecke RD, Sim L, Lock J, Le Grange D. Patterns of expressed emotion in adolescent eating disorders. *J Child Psychol Psychiatry.* 2016; 57(12):1407-1413.
75. White J, Shelton KH, Elgar FJ. Prospective associations between the family environment, family cohesion, and psychiatric symptoms among adolescent girls. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2014; 45(5):544-554.
76. Cimino S, Cerniglia L, Paciello M. Mothers with depression, anxiety or eating disorders: outcomes on their children and the role of paternal psychological profiles. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2015; 46(2):228-236.