

Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria

Depressive disorder, social anxiety and its prevalence in eating disorders

Rosa Behar A.¹, Mónica Barahona I.², Bernardita Iglesias M.² y Dunny Casanova Z.³

Background: There is substantial evidence about comorbidity between eating disorders, depression and social anxiety. **Aim:** To compare the presence of social anxiety and depression and its prevalence in eating disordered patients and normal subjects. **Subjects and Methods:** A structured clinical interview, the Eating Attitudes Test (EAT-40), the Eating Disorder Inventory (EDI), the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) and the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) were administered to 54 patients that fulfilled the DSM-IV diagnostic criteria for eating disorders and to 54 normal female students. **Results:** Patients with eating disorders ranked significantly higher on the EAT-40 and on the EDI and its factors, including comorbidity scales ($p < 0.001$). Prevalence of social anxiety was significantly higher in eating disordered patients (40.7% versus 3.7%) ($p < 0.001$), particularly among anorexics (66.6%) ($p < 0.001$) and 14.8% of the eating disordered patients ranked within the severe range ($p < 0.001$). The risk for moderate to very severe social anxiety was 5.5 times higher among them. Prevalence of depressive symptoms was significantly higher in eating disordered patients (18.5% versus 0%) ($p < 0.001$), specially among anorexics (66.6%) ($p < 0.001$) and 18.5% of the eating disordered patients ranked within the severe or very severe range ($p < 0.001$). The risk for moderate to very severe depression was 23.7 times higher among them. **Conclusions:** Depressive and/or social anxiety disorders and their prevalence rates are confirmed according to the evidence in eating disordered patients, mainly among patients suffering from anorexia nervosa.

Key words: Eating disorders, comorbidity, prevalence, depressive disorder, social anxiety disorder. *Rev Chil Neuro-Psiquiat 2007; 45 (3): 211-220*

Recibido: 4 de octubre de 2007

Aceptado: 17 de diciembre de 2006

¹ Médico Psiquiatra, Profesora Titular, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso.

² Médico Residente, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso.

³ Licenciado en Ciencias y Bioestadístico, Profesor Titular del Departamento de Salud Pública, Universidad de Valparaíso.

Sin conflictos de interés.

Introducción

Existe una contundente evidencia de la coexistencia de trastorno depresivo y fobia social en los pacientes alimentarios que parece jugar un importante papel en su discapacidad social¹⁻⁷.

Strober y Katz⁸, señalan que entre 25% y 80% de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) presentan alta prevalencia de depresión en la Escala de Hamilton⁹. En otro estudio, 40,7% de los pacientes con anorexia nerviosa y 23,6% de aquellos con bulimia nerviosa tuvieron puntajes en rangos moderada o severamente depresivos en dicho instrumento¹⁰. La frecuencia de sintomatología compatible con depresión en la anorexia nerviosa varía del 20% al 100%⁹⁻¹³; en bulímicas fluctúa entre 11%¹⁴ hasta 100%¹⁴⁻¹⁶ y la de un trastorno depresivo mayor entre 30% a 60%¹⁷.

Por otra parte, se ha constatado que en la anorexia nerviosa la prevalencia de la fobia social oscila entre 48% y 59%¹⁸⁻²¹. Schwalberg *et al*²² encontraron que en pacientes bulímicas, la fobia social era uno de los diagnósticos más frecuentes de acuerdo al DSM-III-R. Aparece en 1/5 de los pacientes con anorexia nerviosa, es 10 veces más frecuente que en el resto de las muestras y en un estudio alemán de pacientes con bulimia nerviosa, se detectó que la mitad de los casos presentaba síntomas que cumplían criterios de fobia social²³. Los hallazgos apoyan una transmisión compartida entre los trastornos alimentarios y estas comorbilidades, sin embargo, la naturaleza de esta diátesis permanece desconocida²⁴.

El objetivo de esta investigación es establecer si en mujeres jóvenes se encuentran relacionadas estas patologías, comparando la presencia de depresión y de fobia social, entre portadoras y no portadoras de un TCA.

Material y Métodos

Diseño muestral. Para nuestro objetivo, la comparación de presencia de depresión y de fobia social entre sujetos con y sin trastorno de la

Tabla 1. Tamaños de muestra estimados por el método de Fleiss según comorbilidades fobia social y depresión

Comorbilidad	Tamaño de muestra (n)
Ansiedad social	
Toda	31
Sólo marcada o severa	48
Depresión	
Toda	18
Sólo moderada o severa	20

conducta alimentaria, la efectuamos mediante un estudio muestral de prevalencia, con preestratificación de estos dos grupos, para asegurar en las muestras, un número adecuado de sujetos de cada grupo.

El tamaño de muestra determinado para este estudio, fue el mayor que se calculó entre los necesarios para encontrar una diferencia significativa al 5%, con potencia del 80%, por el método de Fleiss²⁵, al comparar la prevalencia de cada una de las dos comorbilidades (fobia social y depresión), entre una muestra piloto de 54 mujeres sin TCA y otra de igual número de mujeres con TCA. El mayor tamaño calculado, fue el necesario para obtener una diferencia significativa al comparar la prevalencia de ansiedad social marcada o severa, entre las con y sin TCA. Este tamaño fue de 48 sujetos en cada grupo (Tabla 1). Como ese número era menor que 54, decidimos conservar el de las muestras piloto como tamaño definitivo, ya que satisfacía con creces las necesidades de tamaño para todas las demás comparaciones.

Selección de las muestras

a) La muestra del grupo con TCA, se seleccionó al azar y comprendió las 54 primeras pacientes de sexo femenino, que consultaron entre junio de 2004 y agosto de 2005, en el policlínico externo del Hospital del Salvador (Valparaíso), en el Servicio Médico y Dental de Alumnos de la

Universidad de Valparaíso, en el Servicio de Atención de Alumnos de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso y en la práctica privada de los autores, todas las cuales satisficieron los criterios diagnósticos para trastornos de la conducta alimentaria según el DSM-IV²⁶, al menos durante un año previo al estudio.

b) La muestra del grupo sin TCA, también seleccionada al azar, comprendió las 54 primeras estudiantes universitarias de sexo femenino, contactadas en los locales de estudio de las carreras de Medicina y Odontología de la Universidad de Valparaíso y de la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad de Playa Ancha, en junio de 2005. Se excluyeron aquellas que habían presentado antecedentes de una patología alimentaria, o la presentaban al momento de esta investigación.

Procedimientos. A todas las sujetos de las muestras, se les administró una entrevista estructurada confeccionada por los autores y la versión traducida al español y validada de los siguientes instrumentos (Tabla 2): EAT-40 (Test de Actitudes Alimentarias)²⁷, el EDI (Inventario de Desórdenes Alimentarios)²⁸, la LSAS (Escala de Ansiedad Social de Liebowitz)^{29,30} y la HDRS (Escala de Hamilton para Depresión)⁹. Los sujetos en su totalidad respondieron voluntariamente y con consentimiento informado los instrumentos citados. El período de esta investigación se prolongó por el tiempo necesario hasta lograr un tamaño de la muestra adecuado para la exploración. Estos se aplicaron, por una sola vez en cada sujeto para ser contestados en un lapso de aproximadamente 45 minutos en forma individual y durante una única jornada. Las coau-

Tabla 2. Descripción de instrumentos

Test de actitudes alimentarias (*Eating attitudes test*) (EAT-40)

- 40 preguntas autoaplicables que evalúan características psicológicas y/o conductuales compatibles con trastornos de la conducta alimentaria, distribuidas en 3 factores: 1) Dieta, 2) Control oral y 3) Bulimia y preocupación por el alimento
- Cada respuesta tiene valores entre 0 a 3 puntos
- Puntaje ≥ 30 indica patología alimentaria clínicamente presente o encubierta

Inventario de desórdenes alimentarios (*Eating disorders inventory*) (EDI)

- 64 preguntas autoaplicables en 8 ítems que evalúan características nucleares psicológicas y/o conductuales de los trastornos de la conducta alimentaria: 1) Motivación por la delgadez, 2) Consciencia interoceptiva, 3) Bulimia, 4) Insatisfacción corporal, 5) Sensación de inutilidad, 6) Temor a la madurez, 7) Perfeccionismo y 8) Desconfianza interpersonal
- Cada respuesta tiene valores entre 0 a 3 puntos

Escala de ansiedad social de Liebowitz (*Liebowitz Social Anxiety Scale*) (LSAS)

- 24 ítems que evalúan rango de interacción social y rendimiento en situaciones que pueden ser temidas y/o evitadas
- Cada respuesta tiene valores entre 0 a 3 puntos
- Puntaje máximo 144 puntos: (hasta 55), moderada (de 56 a 65), marcada (de 66 a 80), severa (de 81 a 95) y muy severa (> 95)

Escala de Hamilton para depresión (*Hamilton Depression Rating Scale*) (HDRS)

- 17 ítems heteroaplicables que evalúan ánimo depresivo, síntomas vegetativos y cognitivos de depresión y de ansiedad comórbida
- Proporciona síntomas de depresión según el DSM-IV, excepto hipersomnia, apetito aumentado y concentración/indecisión
- La puntuación de las respuesta oscila entre 0 a 2 ó 0 a 4, aumentando la severidad con mayor puntaje
- Puntajes < 8 indican ausencia de depresión o depresión mínima, leve (8 a 17), moderada (18 a 25) y severa (> 25)

toras entrevistadoras (MB y BI) recibieron entrenamiento previo de parte de la autora principal (RB) mediante cursos y seminarios, como parte de su formación en la especialidad de psiquiatría.

1. La entrevista estructurada incluyó los datos de edad, peso actual, talla, peso ideal y preguntas basadas en los criterios diagnósticos del DSM-IV²⁶ para TCA, lo que permitió pesquisar y/o confirmar la presencia de esta patología en los grupos comparativos.
2. El Test de Actitudes Alimentarias (*Eating Attitudes Test*), EAT-40²⁷.
3. El Inventario de Desórdenes Alimentarios (*Eating Disorders Inventory*), EDI²⁸. En este análisis no se consideró en su ponderación global un rango de corte y en consecuencia se analizó cada ítem en forma independiente.
4. La Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (*Liebowitz Social Anxiety Scale*), LSAS^{29, 30}.
5. La Escala de Hamilton para Depresión (*Hamilton Depression Rating Scale*), HDRS⁹.

Análisis estadístico

a) **Descripción de grupos:** La descripción de cada grupo, con o sin TCA, se hizo mediante:

- Promedios y desviaciones estándar, para las variables cuantitativas (edad, talla, peso actual, IMC [Índice de Masa Corporal], peso ideal, EAT-40, EDI y sus 8 ítems), escala LSAS y escala HDRS.
- Prevalencias de ansiedad social (PASX) y de depresión (PDX) en sus distintos grados, mediante los cuocientes:

$$\bullet \text{ PASX} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de sujetos con ansiedad social en grado X}}{\text{N}^\circ \text{ de sujetos del grupo}} \bullet 100$$

$$\bullet \text{ PDX} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de sujetos con depresión en grado X}}{\text{N}^\circ \text{ de sujetos del grupo}} \bullet 100$$

- Estimaciones por intervalo de confianza del 95% [IC95%], para estas prevalencias, usando el método de aproximación cuadrática de Fleiss²⁵.

Nota: Los grados de las escalas de ansiedad social y de depresión, son los detallados en Pro-

cedimientos: 5 grados para la primera y 4 para la segunda.

b) Comparación entre grupos:

- Comparaciones de todas las variables cuantitativas: con test t de Student, entre los grupos con y sin TCA.
- Comparaciones de prevalencias entre estos dos grupos, con cálculo de riesgo relativo, uso de test χ^2 y de proporciones independientes.
- Comparaciones de prevalencias entre cada subgrupo de trastorno alimentario y las sin trastorno, con uso de prueba exacta de Fisher, por tratarse de grupos más pequeños.

Resultados

Las 54 sujetos con TCA se distribuyeron en los trastornos siguientes: 6 anoréxicas restrictivas, cuyo rasgo principal era la disminución de la ingestión alimentaria; 3 anoréxicas compulsivo-purgativas que recurrían regularmente a "comilonas" y/o purgas durante sus episodios de anorexia; 16 bulímicas purgativas, las cuales además de presentar "comilonas", se inducían regularmente el vómito y/o usaban laxantes, 1 bulímica no purgativa y 28 pacientes con TCA subclínicos (no especificados), que no reunían los requisitos diagnósticos para los síndromes alimentarios completos.

Todas las sujetos del grupo sin TCA eran estudiantes universitarias a niveles bajo y medio. El 68,5% de las integrantes del grupo con TCA poseía también esa educación que, sumada al 5,6% que exhibía una técnica, hacía un 74,1% de educación superior. Las restantes con TCA, se repartían: 18,5% en educación media y sólo un 7,4% con básica. Así, la diferencia en nivel educacional se centró sólo en la educación básica y en esto, ambos grupos no difirieron significativamente. En cuanto a estado civil, también es similar en ambos grupos, siendo la mayoría solteras (90,7% versus 98,2%).

Entre los grupos sin TCA y con TCA no hubo diferencias estadísticamente significativas para

peso actual, talla, IMC y peso ideal. Sólo la edad mostró una diferencia significativa ($p = 0,02$), aunque el promedio era sólo un año superior en las con TCA (Tabla 3). Esta homogeneidad de las variables de base en los dos grupos clínicos, permite suponer que no intervendrán en las diferencias que se puedan establecer para las variables usadas como indicadores de TCA.

Los promedios de todas las variables indicadoras de trastorno alimentario, EAT-40, EDI y sus ítems, fueron muy superiores en el grupo con TCA ($p < 0,001$), lo que era esperable, puesto que colaboraron a efectuar el diagnóstico clínico de esa patología. Se observó además que las variables que evaluaban comorbilidad, hacían también diferencias estadísticamente significativas en la misma dirección que las anteriores ($p < 0,001$) (Tabla 3).

La severidad de la depresión, medida por la escala HDRS de Hamilton, fue significativamente mayor en el grupo con TCA que en el sin TCA ($p < 0,001$), observándose en particular, una prevalencia de depresión severa de 18,5% (IC 95%: 9,7% a 31,9%) en el primer grupo contra 0 en el segundo ($p < 0,001$), siendo 23,7 veces mayor el riesgo de depresión moderada a severa en las con TCA que en las sin TCA (Tabla 4).

También, las prevalencias de depresión moderada a severa, observadas en anorécticas, bulímicas y con TCA subclínico, fueron significativamente superiores a las del grupo sin TCA ($p < 0,001$), con riesgos relativos que disminuían desde 30,8 en anorécticas, a 26,2 en bulímicas y a 19,8 en las con TCA subclínico (Tabla 4).

La severidad de la ansiedad social, medida por la escala LSAS de Liebowitz, fue significativamente

Tabla 3. Promedios y desviaciones estándar de cada variable en los grupos con y sin TCA y significación estadística de la diferencia entre grupos

	Con trastorno de la conducta alimentaria (n = 54)		valor p	Sin trastorno de la conducta alimentaria (n = 54)	
	\bar{x}	DE		\bar{x}	DE
Edad (años)	22,4	2,48	0,020 *	21,4	1,82
EAT-40	51,2	20,87	< 0,001 *	13,4	7,56
EDI	90,4	30,88	< 0,001 *	30,3	18,37
Motivación por la delgadez	15,9	4,49	< 0,001 *	3,4	4,07
Consciencia interoceptiva	13,7	7,00	< 0,001 *	2,3	3,18
Bulimia	8,9	5,59	< 0,001 *	2,8	2,42
Insatisfacción corporal	15,2	7,17	< 0,001 *	6,3	6,07
Sentimientos de ineficiencia personal	9,3	7,75	< 0,001 *	1,5	3,04
Temores a la madurez	11,8	7,55	< 0,001 *	4,8	4,02
Perfeccionismo	10,5	4,32	< 0,001 *	7,1	4,06
Desconfianza interpersonal	5,1	4,74	< 0,001 *	2,0	3,01
Peso actual (kg)	63,0	15,29	0,16	59,5	10,35
Talla (mt)	1,6	0,08	0,79	1,6	0,06
IMC (kg/mt ²)	24,1	5,10	0,08	22,7	3,22
Peso ideal (kg)	53,1	8,44	0,23	54,9	6,44
HDRS	16,6	9,08	< 0,001 *	5,7	4,60
LSAS	50,5	27,63	< 0,001 *	26,2	17,09

\bar{x} = Promedio; DE = Desviación estándar; * = Diferencia estadísticamente significativa, al test t de Student; IMC = Índice de masa corporal; HDRS = Escala de depresión de Hamilton; LSAS = Escala de ansiedad social de Liebowitz

Tabla 4. Prevalencia de depresión según severidad, en cada grupo y subgrupo de trastorno de la conducta alimentaria

HDRS	Severidad	sin TCA		con TCA		AN		BN		TCA subclínico	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 – 7	Normal	36	66,7	9	16,7	3	33,3	1	5,9	5	17,9
8 – 17	Leve	17	31,5	22	40,7	1	11,1	8	47,1	13	46,4
18 – 25	Moderada	1	1,8	13	24,1	1	11,1	6	35,3	6	21,4
26 y +	Severa	0		10	18,5	4	44,4	2	11,8	4	14,3
Total		54		54		9		17		28	

HDRS = Escala de depresión de Hamilton; AN = Anorexia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa; TCA = Trastorno de la conducta alimentaria

Tabla 5. Prevalencia de ansiedad social según severidad en cada grupo y subgrupo de trastorno alimentario

LSAS	Severidad	sin TCA		con TCA		AN		BN		TCA subclínico	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
55 y menos	Normal	50	92,6	32	59,3	3	33,3	9	52,9	20	71,4
56 a 65	Moderada	2	3,7	8	14,8	1	11,1	3	17,6	4	14,3
66 a 80	Marcada	2	3,7	6	11,1	3	33,3	1	5,9	2	7,1
81 a 95	Severa	0		4	7,4	2	22,2	1	5,9	1	3,6
Más de 95	Muy severa	0		4	7,4	0		3	17,6	1	3,6
Total		54		54		9		17		28	

LSAS = Escala de ansiedad social de Liebowitz; AN = Anorexia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa; TCA = Trastorno de la conducta alimentaria

mayor en el grupo con TCA que en el sin TCA (40,7% versus 7,4%) ($p < 0,001$), siendo la prevalencia de ansiedad social severa a muy severa, de 14,8% (IC95%: 7,1% a 27,7%) en el primer grupo, contra 0 en el segundo ($p < 0,001$), siendo 5,5 veces mayor el riesgo de ansiedad social a cualquier nivel (moderada a muy severa) cuando había TCA que cuando no lo había (Tabla 5).

También, las sin TCA mostraron prevalencia de ansiedad social a cualquier nivel, significativamente menores a las de mujeres anorécticas ($p < 0,001$), bulímicas ($p < 0,001$) y con TCA subclínico ($p = 0,02$), disminuyendo el riesgo relativo de ésta, desde 8,7% en anorécticas, a 6,4% en bulímicas y a 3,9% en las con TCA subclínico (Tabla 5).

Discusión

La prevalencia de "alto rango" de depresión, 25% a 80% en trastornos alimentarios, mencionado por Strober y Katz⁸, es algo superior a la prevalencia "severa" que estimamos al 95% en este estudio, entre 9,7% y 31,9%. Sin embargo, la prevalencia en rangos moderado a severo en las anorécticas y bulímicas, fue superior a los publicados por Herzog¹⁰ (55,5% y 47,1% versus 40,7% y 23,6% respectivamente). Cabe destacar que en nuestras pacientes, el riesgo de desarrollar una depresión moderada a severa fue 23,7 veces mayor que las mujeres sin desórdenes alimentarios.

Rosenvinge y Moulant³¹, observaron la asociación de peor pronóstico en la anorexia ner-

viosa cuando el paciente presentaba un trastorno depresivo en el seguimiento, fenómeno que debemos estimar en nuestras pacientes. En los desórdenes alimentarios, la depresión suele manifestarse asociada a la anorexia, el insomnio, la tristeza, el aislamiento, el llanto, la anhedonia, los problemas de autoconcepto, incluyendo la auto-crítica que se extiende desde la autoestima hasta la imagen corporal, acompañada de culpa, vergüenza y desesperanza³²⁻³⁶, hecho que análogamente ocurre con las pacientes de este estudio, particularmente reflejado en los altos puntajes alcanzados en los ítems del EDI, tales como insatisfacción corporal y sentimientos de ineficacia personal que expresan distorsión de la silueta corporal minusvalía e inseguridad respectivamente. Al respecto, Edelstein y Yager³⁷ señalan que los síntomas depresivos suelen ser secundarios, ocasionados por la pérdida ponderal y la situación de estrés constante en que viven estas pacientes y que conllevan sentimientos de fracaso, inutilidad e infravaloración.

El hallazgo de prevalencia de fobia social de 40,7% en las pacientes alimentarias coincide con los rangos señalados por varios autores^{18,21,23}. No obstante, nuestras pacientes anorécticas obtuvieron una cifra superior a la encontrada por Steere et al²³ (66,6% versus 20%). Se destaca el riesgo 5,5 veces mayor para presentar ansiedad social a moderada a muy severa cuando existía un desorden alimentario. Las manifestaciones centrales de fobia social en los cuadros alimentarios son el temor a las situaciones sociales que impliquen el comer y a que el propio cuerpo sea sometido a escrutinio por los demás, con miedo a hablar, a sonrojarse, a comer o beber en público y a hacer el ridículo, por sentimientos abrumadores de baja autoestima, rechazo a su figura y menosprecio de sí mismas³⁸⁻⁹, rasgos exhibidos por nuestras pacientes en los altos puntajes que obtuvieron en los factores del EDI, tales como conciencia interoceptiva; es decir, la falta de capacidad para identificar las propias emociones y sensa-

ciones, y, desconfianza interpersonal, una dificultad para establecer relaciones cercanas. La mejoría del estado mental y el notable restablecimiento del comportamiento social que produce la normalización del peso corporal y de los hábitos alimentarios, contribuyen en gran medida a considerar que dichos síntomas de ansiedad aparecen como consecuencia directa del trastorno alimentario primario⁴⁰.

De este modo, el sentido de autoestima, la apariencia externa y la vergüenza son las características principales de la ansiedad social presente en los cuadros alimentarios³⁹, pudiendo convertirse en un verdadero obstáculo en la búsqueda de un tratamiento efectivo en estas pacientes⁴⁰, contexto que el clínico sensible siempre deberá tener presente para lograr un óptimo desenlace evolutivo.

Limitaciones

- El tamaño pequeño de los subgrupos de desórdenes alimentarios restringió la exploración más exhaustiva de subtipos clínicos.
- No se consideró la coexistencia de otras comorbilidades, tanto físicas como psicopatológicas, ni la influencia del tratamiento efectuado.

Implicancias

- Se confirma la presencia de comorbilidad depresiva y de ansiedad social con sus respectivas prevalencias en pacientes con patologías alimentarias, principalmente en las anorécticas
- Su detección debe considerarse rutinariamente en cualquier evaluación médica general, ya que su presencia afecta el manejo terapéutico, curso y pronóstico del trastorno alimentario

Agradecimientos

Los autores agradecen a todas aquellas personas que prestaron su valiosa colaboración en esta investigación, sin la cual no habría podido realizarse.

Resumen

Antecedentes: Existe considerable evidencia sobre la comorbilidad entre trastornos de la conducta alimentaria, depresión y fobia social. **Objetivo:** Comparar la presencia de ansiedad social y depresión y sus prevalencias, en mujeres con y sin patologías alimentarias. **Sujetos y Métodos:** Se administró una entrevista clínica estructurada, el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI), la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) y la Escala de Hamilton para Depresión (HDRS) a 54 pacientes que satisficieron los criterios diagnósticos según el DSM-IV para trastornos de la conducta alimentaria y a 54 estudiantes sin problemas alimentarios. **Resultados:** Los puntajes de todos los indicadores, incluidas las escalas de comorbilidad, fueron más altos en las pacientes ($p < 0,001$). La prevalencia de ansiedad social fue significativamente mayor en las pacientes alimentarias (40,7% versus 3,7%) ($p < 0,001$), particularmente en las anorécticas (66,6%) ($p < 0,001$) y el 14,8% de las pacientes con patologías alimentarias obtuvo puntajes en los rangos severo o muy severo ($p < 0,001$). El riesgo de presentar ansiedad social moderada a muy severa en las pacientes alimentarias fue 5,5 veces mayor. La prevalencia de síntomas depresivos fue significativamente mayor en las pacientes alimentarias (18,5% versus 0%) ($p < 0,001$), especialmente en las anorécticas (66,6%) ($p < 0,001$) y 18,5% de las pacientes con trastornos alimentarios obtuvo puntajes en el rango severo ($p < 0,001$). El riesgo de presentar depresión moderada a muy severa en las pacientes alimentarias fue 23,7 veces mayor. **Conclusiones:** Se confirma la presencia y la prevalencia de trastornos depresivos y de ansiedad social en los desórdenes alimentarios según la evidencia, principalmente en las pacientes portadoras de anorexia nerviosa.

Palabras clave: trastorno alimentario, estudio de prevalencia; enfermedad depresiva.

Referencias

1. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (Revision) 2000; 157: 1-39.
2. Swift W, Andrews D, Barklage N. The relationship between affective disorder and eating disorders: A review of the literature. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 290-9.
3. Godart N, Flament M, Curt F, Perdereau F, Lang F, Venisse J, *et al.* Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: a DSM-IV controlled study. *Psychiatry Res* 2003; 117(3): 245-58.
4. Godart N, Perdereau F, Curt F, Lang F, Venisse J, Halfon O, *et al.* Predictive factors of social disability in anorexic and bulimic patients. *Eat Weight Disord* 2004; 9 (4): 249-57.
5. Toner B, Garfinkel P, Garner D. Affective and anxiety disorders in the long-term follow-up of anorexia nervosa. *Int J Psychiatry Med* 1988; 18: 357-64.
6. Hinrichsen H, Waller G, Van Gerko K Social anxiety and agoraphobia in the eating disorders: Associations with eating attitudes and behaviors. *Eat Behav* 2004; 5(4): 285-90.
7. Kaye W, Bulik C, Thornton L, Barbarich N, Masters K. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2004; 161 (12): 2215-21.
8. Strober M, Katz J. Do eating disorders and affective disorders share a common etiology? A dissenting opinion. *Int J Eat Disord* 1987; 6: 171-80.
9. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Social Clin Psychology* 1967; 6: 278-96.
10. Herzog D. Are anorexic and bulimic patients

- depressed? *Am J Psychiatry* 1984; 141: 1594-97.
11. Herscovici C, Bay L. Anorexia nervosa y bulimia. Amenazas a la autoestima. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1990.
 12. Kennedy S, Kaplan A, Garfinkel P, Rockert W, Toner B, Abbey S. Depression in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Discriminating depressive symptoms and episodes. *J Psychosom Res* 1994; 38: 773-82.
 13. Halmi K, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J. Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatr* 1991; 48: 712-18.
 14. Hatsukami D, Eckert E, Mitchell J, Pyle R. Affective disorder and substance abuse in women with bulimia. *Psychological Medicine* 1984; 14: 701-4.
 15. Cooper P, Fairburn C. Depressive symptoms of bulimia nervosa. *Br J Psychiatr* 1986; 148: 268-74.
 16. Stern S, Dixon K, Nemzer E, Lake M, Sansone R, Smeltzer D, *et al.* Affective disorder in the families of women with normal weight bulimia. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 1224-7.
 17. Fornari V, Kaplan M, Sandberg D, Matthews M, Skolnick N, Katz J. Depressive and anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1992; 12: 21-9.
 18. Herzog D, Nussbaum K, Marmor A. Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatric Clin North Am* 1996; 19: 843-59.
 19. Godart N, Flament M, Lecrubier Y, Jeammet P. Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Co-morbidity and chronology of appearance. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 38-45.
 20. Brewerton T, Lydiard R, Herzog D, Brotman A, O'neil P, Ballenger J. Comorbidity of axis I psychiatric disorders in bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 77-80.
 21. Bulik C, Sullivan P, Fear J, Joyce P. Eating disorders and antecedent anxiety disorders: A controlled study. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 101-7.
 22. Schwalberg M, Barlow D, Alger S, Howard L. Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Abnorm Psychol* 1992; 101: 675-81.
 23. Steere J, Butler G, Cooper P. The anxiety symptoms of bulimia nervosa: A comparative study. *Int J Eat Disord* 1990; 9 (3): 293-301.
 24. Keel P, Klump K, Miller K, Mcgue M, Iacono W. Shared transmission of eating disorders and anxiety disorders. *Int J Eat Disord* 2005; 38 (2): 99-105.
 25. Fleiss J. Statistical methods for rates and proportions. 2nd edition. New York: John Wiley & Sons; 1981.
 26. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
 27. Garner D, Olmstead M, Bohr I, Garfinkel P. The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982; 12: 871-8.
 28. Garner D, Olmstead M, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983; 2: 15-34.
 29. Fresco D, Coles M, Heimberg R, Liebowitz M, Halmi S, Stein M, *et al.* The Liebowitz social anxiety scale: A Comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychol Med* 2001; 31: 1025-35.
 30. Bobes J, Bad X, Luque A, García M, González M, Dal-Re R. Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medicina Clínica* 1999; 112, 14: 530-8.
 31. Rosenvinge J, Moulund S. Outcome and prognosis of anorexia nervosa. A retrospective study of 41 subjects. *Br J Psychiatr* 1990; 156: 92-8.
 32. Geist R, Davis R, Heinmaa M. Binge/purge symptoms and comorbidity in adolescents with eating disorders. *Can J Psychiatry* 1998; 43: 507-12.
 33. Behar R, Arriagada M, Casanova D. Trastornos de la conducta alimentaria y trastornos afectivos: Un estudio comparativo. *Rev Méd Chile* 2005; 133: 1407-14.
 34. Behar R. Relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos afectivos: Una revisión de la evidencia. *Trastor ánimo* 2006; 2(1): 44-53.

35. Piran N, Kennedy S, Garfinkel P, Owens M. Affective disturbance in eating disorders. *J Nerv Ment Dis* 1985; 173 (7): 395-400.
36. Silberg J, Bulik C. The developmental association between eating disorders symptoms and symptoms of depression and anxiety in juvenile twin girls. *J Child Psychol Psychiatry* 2005; 46 (12): 1317-26.
37. Edelstein C, Yager J. Eating disorders and affective disorders. In: Yager J, Gwirstman HE, Edelstein CK, editors. *Special problems in managing eating disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1992. pp. 15-50.
38. Chinchilla A. *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas y atracones*. Barcelona: Masson; 2003.
39. Grabhorn R, Stenner H, Kaufbold J, Overbeck G, Stangier U. Shame and social anxiety in anorexia and bulimia nervosa. *Z Psychosom Med Psychother* 2005; 51(2): 179-93.
40. Goodwin R, Fitzgibbon M. Social anxiety as a barrier to treatment for eating disorders. *Int J Eat Disord* 2002; 32 (1): 103-6.

Correspondencia:

Rosa Behar A.
Departamento de Psiquiatría
Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile
Casilla 92-V
Valparaíso
Fono/Fax: (56) (32) 2508550
E-mail: rositabehar@vtr.net