

R. Escobar Giraldo
J.M. Haro Abad
J. Castro
J. Toro

Sintomatología depresiva en adolescentes anoréxicas y depresivas

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil

Correspondencia:

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil
Rosellón 161. 08036 Barcelona

Depressive symptoms in adolescents with major depression or anorexia nervosa

RESUMEN

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno del comportamiento alimentarios que frecuentemente se asocia a síntomas depresivos. En ocasiones puede resultar particularmente difícil determinar si un adolescente que presenta pérdida de peso tiene una AN o una depresión. En el presente trabajo se realiza una descripción del perfil de respuesta del Children's Depression Inventory (CDI) de los pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa y se compara con el de pacientes deprimidos. Se ha estudiado un total de 55 pacientes mujeres, 31 con anorexia nerviosa y 24 con depresión mayor según criterios DSM-III-R. La puntuación media total del CDI fue del 16,2 en las pacientes con anorexia y de 26,6 en las deprimidas. Esta diferencia es significativa al nivel de $p < 0,001$. Se discute el perfil de respuesta del instrumento en los dos grupos y los factores que influyen en la validez de los resultados.

PALABRAS CLAVE

Anorexia nerviosa; Depresión; Clinical depression inventory (CDI).

ABSTRACT

Anorexia nervosa (AN) is an eating disorder often associated to depressive symptoms. Occasionally it can be very difficult to differentiate AN from a depression if the adolescent has weight loss. This article describes the results obtained from the Children's Depression Inventory (CDI) of AN patients and is compared with the results of major depression patients. A total of 55 girls, 31 cases of AN and 24 cases of major depression (DSM III-R criteria) were studied. The CDI mean total-score was 16.2 for AN and 26.6 for major depression. The difference is significant ($p < 0.001$). Findings about inventory results in both groups and validity of the results are discussed.

KEY WORDS

Anorexia nervosa; Depression; Clinical depression inventory (CDI).

236 INTRODUCCIÓN

La *anorexia nerviosa* (AN) es un trastorno del comportamiento alimentario que empieza en la mayoría de los casos en la adolescencia aunque su inicio puede darse desde la prepubertad hasta el comienzo de la tercera década⁽¹⁾. Algunos estudios de comorbilidad psiquiátrica han asociado la AN con depresión mayor, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos de la personalidad⁽²⁾. Los pacientes con AN a menudo presentan sintomatología depresiva como tristeza, reducción de intereses, autoestima baja, retraimiento social, llanto frecuente, insomnio, etc.⁽³⁾, encontrándose tasas de prevalencia vida de depresión en comorbilidad con AN que varían desde 36%⁽⁴⁾ hasta 69%⁽⁵⁾.

En ocasiones puede resultar particularmente difícil determinar si un adolescente que presenta pérdida de peso tiene una AN o una depresión. Así, muchos cuadros de anorexia nerviosa son diagnosticados inicialmente como depresiones, llegando incluso a recibir tratamiento farmacológico. Esto es particularmente importante si consideramos que la clínica depresiva puede deberse a la pérdida ponderal y mejorar con la recuperación de peso.

Existen diversos instrumentos, para la medición de síntomas depresivos en población infantil, como la *CDS* (Children's Depression Scale) de Lang y Tisher, la *CDRS* (Children's Depression Rating Scale) de Poznanski y la *CDI* (Children's Depression Inventory) de Maria Kovacs⁽⁶⁾. El CDI es un instrumento autoadministrado para niños hasta de 16 años que evalúa sintomatología depresiva. Consiste en 27 ítems puntuados de 0 a 2 en función del síntoma depresivo. Este instrumento se originó a partir de una modificación del BDI (Beck Depression Inventory) y la versión final fue realizada en 1977 y publicada en 1982. El CDI ha sido ampliamente utilizado en múltiples investigaciones publicadas y ha mostrado una buena validez y fiabilidad^(7,8). En España han sido valoradas las propiedades psicométricas de este instrumento por Polaino y Domènech, encontrándose que diferencia significativamente entre niños con depresión mayor y niños con sintomatología de trastorno distímico⁽⁹⁾. Sin embargo la utilización de este instrumento en pacientes con anorexia nerviosa no se ha descrito en la literatura. En el presente trabajo se realiza una descripción del perfil de respuesta del CDI de los pacientes con

diagnóstico de anorexia nerviosa y se compara con el de pacientes deprimidos. Se pretende verificar si el CDI es un instrumento útil para diferenciar la sintomatología depresiva de pacientes anoréxicos y depresivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha estudiado un total de 55 pacientes mujeres atendidas en la Sección de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona. Treinta y una de esos casos eran chicas diagnosticadas de anorexia nerviosa según criterios DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987). Las 24 restantes eran pacientes con un diagnóstico de depresión mayor siguiendo los criterios del mismo manual.

Las pacientes seleccionadas habían completado el CDI durante el período en que se diagnosticó el trastorno. Aquéllas cuyo CDI estaba incompleto al faltar alguna respuesta o algunos ítems estaban contestados de manera doble fueron excluidas previamente. Debido a que cada ítem del CDI puede ser puntuado 0, 1 o 2, se decidió considerar en este estudio sólo aquellas respuestas puntuadas con 2. Se estableció un criterio de positividad para evaluar cada ítem individualmente, estableciéndose el valor máximo ("2"), considerándose las respuestas de 0 y 1 como de referencia.

La edad media de las pacientes anoréxicas fue de 14,5 ($\pm 1,3$) años y la de las pacientes deprimidas de 13,3 ($\pm 1,8$) años. Esta diferencia de edad era significativa con una $p < 0,01$. Debido a esto, comparamos la puntuación total del CDI dentro del grupo de pacientes deprimidas las mayores de 12 años respecto a las menores, encontrándose una puntuación media de 24,7 y de 29,8 respectivamente. Esta diferencia no resultó estadísticamente significativa.

La altura media de las pacientes anoréxicas era de 160,3 ($\pm 7,5$) cm, el peso medio de 40,8 ($\pm 7,5$) kilos y la pérdida ponderal media fue del 22%.

El análisis estadístico se realizó mediante la comparación de medias con la prueba *t* de Student para las variables continuas. Para las variables discretas se construyeron tablas de contingencia, empleándose la prueba exacta de Fisher.

Se emplearon siempre pruebas de hipótesis bilaterales. Se empleó el programa estadístico SAS.

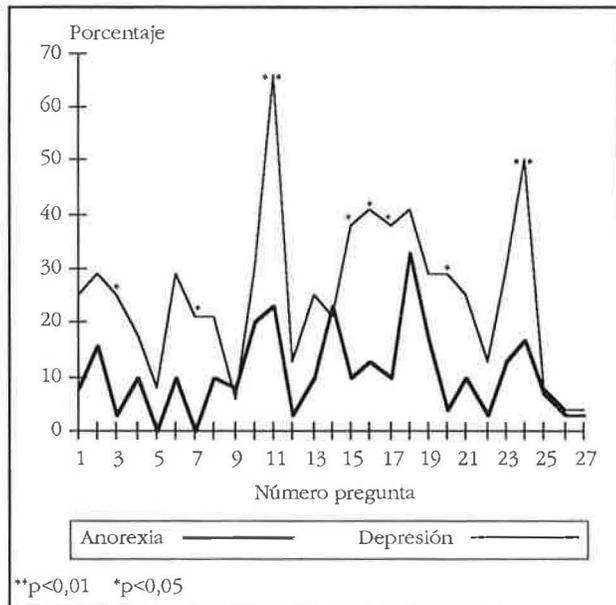


Figura 1. Porcentajes de pacientes anoréxicas y depresivas que han puntuado "2" en cada uno de los ítems del CDI.

RESULTADOS

La puntuación media total del CDI fue de 16,2 en las pacientes con anorexia y de 26,6 en las depresivas. Esta diferencia es significativa al nivel de $p < 0,001$.

La figura 1 muestra el perfil de las respuestas en el CDI con puntuación máxima en los dos grupos de pacientes. Para cada ítem se determinó la significación estadística entre el porcentaje de respuestas de cada grupo. Las respuestas que más significativamente diferencian ambos grupos desde un punto de vista estadístico ($p < 0,01$) fueron (Tabla 1): (a) "Las cosas me preocupan siempre", contestada positivamente por el 66,7% de las pacientes depresivas frente al 22,6% de las pacientes con anorexia; y (b) "Nunca podré ser tan bueno como los otros niños", señalada por el 50% de las pacientes depresivas y por sólo el 16,1% de las anoréxicas.

Existe otro grupo de seis ítems cuyo diferente porcentaje de respuesta entre los dos grupos resulta significativo al nivel de 0,05. Éstos son: "Todo lo hago mal", "Me odio", "Siempre tengo que esforzarme para ponerme a hacer los deberes", "Tengo problemas para dormir cada noche", "Estoy cansado siempre", "Me siento solo siempre".

Algunas respuestas llamaron la atención por ser puntuadas de manera similar entre los dos grupos de pacientes. Éstas son: "Me quiero matar", "Soy feo", "Nadie me quiere", "Nunca hago lo que se me dice", y "Me peleo siempre". Todas ellas tuvieron puntuaciones bajas. Ninguna de las respuestas fue significativamente más alta en el grupo de los anoréxicos.

DISCUSIÓN

El resultado de este trabajo refleja que ante un cuestionario específico de sintomatología depresiva como es el CDI, las pacientes anoréxicas se diferencian claramente de las pacientes depresivas.

Las respuestas "Nunca podré ser tan bueno como los otros niños", "Todo lo hago mal", y "Me odio", marcan diferencias entre el grupo de pacientes anoréxicas y el de depresivas, mostrando cómo la autoimagen negativa de las anoréxicas está centrada principalmente en el grupo y no en características psicológicas y emocionales como en el grupo de depresivas.

El perfeccionismo obsesivoide de las pacientes con AN las lleva a estudiar intensamente. Pese a ello este grupo de pacientes no tiene conciencia de esfuerzo excesivo, puntuando menos en "Siempre tengo que esforzarme para ponerme a hacer los deberes" respecto a las depresivas.

Además en la AN, la hiperactividad y el grado importante de desnutrición no se perciben como fatiga, en forma contraria a lo que aparece en las pacientes depresivas como se aprecia en la respuesta "Estoy cansado siempre".

A pesar de que las anoréxicas presentan frecuentemente un aislamiento progresivo no se quejan de soledad, inversamente a lo ocurrido con las depresivas ("Me siento solo siempre"). Este perfil de respuestas parece indicar la escasa conciencia de las anoréxicas en lo que no está en su ciclo de preocupación básica: Cuerpo/peso/alimento.

Es importante señalar que la diferencia de edad significativa entre los dos grupos de pacientes pudiera constituir un factor distorsionador de los resultados. Sin embargo el hecho de que no existan diferencias significativas entre los pacientes mayores y menores de 12 años en el grupo de depresivas indica que este efecto, de producirse, es de escasa magnitud.

242 Comparación grupos A, B y C

En el grupo A los porcentajes son similares a los totales, mientras que en el C el 70% de las niñas están incluidas en la categoría de depresión (leve o moderada). Por tanto, podríamos decir que a medida que la edad de ingreso es mayor, aumenta el porcentaje de depresión, aunque las diferencias halladas no son significativas.

Discusión de los resultados

Ya habíamos visto que la privación familiar es, para muchos autores, uno de los factores de riesgo importantes en la aparición de depresiones infantiles^(11, 12, 16).

Los resultados obtenidos en este estudio concuerdan totalmente con las conclusiones a las que han llegado autores como Bowlby^(4, 8), Polaino-Lorente y cols.⁽¹⁴⁾, Alan Scroufe⁽¹⁾, o Niessen⁽¹³⁾, en cuanto a que existe un mayor índice de depresión en aquellas niñas que en algún momento de su vida han sido separadas de sus familias.

CONCLUSIONES

Tras el análisis de los resultados obtenidos, podemos concluir que:

1. El nivel de depresión es significativamente más alto en las niñas tuteladas, con relación a las que no sufren privación familiar.
2. Observamos porcentajes progresivamente mayores de depresión a medida que la edad de ingreso en los centros es más alta, aunque las diferencias no son significativas.

Lo que no podemos afirmar, tras ver los resultados obtenidos, es si las diferencias son causadas por la separación familiar en sí, o por el hecho de que estas niñas provienen de familias desunidas, con problemas de alcoholismo, prostitución, patología psiquiátrica..., en las que los malos tratos son frecuentes, y en las que se observa una gran carencia afectiva.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Alan Scroufe L. Appraisal: Bowlby's contribution to Psychoanalytic Theory and Developmental Psychology; Attachment: Separation: Loss. *S Child Psychol Psychiat* 1986;27(6):841-849.
- 2 Almqvist F. Sex differences in adolescent psychopathology. *Acta Psychiatr Scand* 1986;73:295-306.
- 3 Beck AT. *Depression: Clinical experimental and Theoretical aspects*. Harper and Row, 1967.
- 4 Bowlby J. *Maternal Care and Mental Health*. World Health Organization. Geneva, 1951.
- 5 Bowlby J. *Cuidado maternal y amor*. Fondo de Cultura Económica. México, 1972.
- 6 Bowlby J. *El vínculo afectivo*. Paidós. Buenos Aires, 1976.
- 7 Bowlby J. *La pérdida afectiva*. Paidós. Buenos Aires, 1983.
- 8 Bowlby J. *La separación afectiva*. Paidós. Buenos Aires, 1985.
- 9 Brown G, Harris T, Bifulco A. Long-Term effects of early Loss of Parent. En: Rutter M, Izard C, Read P, eds. *Depression in Young People*. New-York. Guilford Press, 1986:252-296.
- 10 Chess A, Thomas A. Infant Bonding: Mystique and Reality. *Amer J Orthopsychiat* 1982;52(2).
- 11 Kashani JH, Carlson GA. Seriously Depressed Preschoolers. *Am J Psychiatry* 1987;144:348-350.
- 12 Livingston R, Nugent H, Rader L, Smith R. Family Histories of Depressed and Severely Anxious Children. *Am J Psych* 1985;142:1497-1499.
- 13 Niessen G. *El niño depresivo* Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1983.
- 14 Polaino Lorente A y cols. *Las depresiones infantiles*. Morata. Madrid, 1988.
- 15 Rodríguez Sacristán y cols. Sistemas objetivos de medida: experiencias con el inventario español de depresiones infantiles. (C.E.D.I) modificado de Kovaks y Beck. *Rev de Neuropsiq Infantil* 1984;2:65-74.
- 16 Velilla Picazo JM y cols. Algunos factores de la depresión del niño y del adolescente. *Comunicación Psiquiátrica* 1981;3:121-139.
- 17 Watson J. *Psychological Care of the Infant and Child*. Norton. New York, 1928.