



ORIGINAL

## Prevalencia del trastorno por atracón en una muestra clínica de obesos

A. Cebolla<sup>a,b,\*</sup>, C. Perpiñá<sup>b,c</sup>, E. Lurbe<sup>b,d</sup>, J. Alvarez-Pitti<sup>b,d</sup> y C. Botella<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Universitat Jaume I, Castellón, España

<sup>b</sup> Ciber, Fisiopatología Obesidad y Nutrición, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

<sup>c</sup> Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universitat de Valencia, Valencia, España

<sup>d</sup> Unidad de Riesgo Cardiovascular Infantil, Servicio de Pediatría, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

Recibido el 19 de mayo de 2011; aceptado el 25 de noviembre de 2011

Disponible en Internet el 10 de febrero de 2012

### PALABRAS CLAVE

Adolescentes;  
Niños;  
Obesidad;  
Prevalencia;  
Psicopatología;  
Trastornos de la  
conducta Alimentaria

### Resumen

**Introducción:** El trastorno por atracón se caracteriza por presencia de episodios de sobreingesta recurrentes en un periodo corto, acompañados de pérdida de control. Este trastorno es el más frecuente de entre todos los trastornos de la conducta alimentaria en población obesa, tanto en adultos como en niños.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio fue obtener datos prevalencia del trastorno por atracón en una muestra de niños y adolescentes obesos, usuarios de una unidad de pediatría especializada en el tratamiento de la obesidad infantil.

**Material y métodos:** Se contó con una muestra 70 niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 9 y los 16 años, con una edad media de 12 años, que acudían a una unidad de pediatría en el Hospital General de Valencia. Para llevar a cabo la evaluación se utilizaron los siguientes instrumentos: entrevista diagnóstica para trastorno por atracón (SCID-IV), la escala de trastorno por atracón infantil (C-BED) y el cuestionario de patrones de ingesta y peso (QEWP).

**Resultados:** Tras la evaluación, el 6% de la muestra clínica fue diagnosticada con trastorno por atracón siguiendo los criterios establecidos por el DSM-IV-TR, y un 14% manifestaban formas subclínicas de dicho diagnóstico.

**Conclusiones:** Los resultados van en la línea de estudios previos que resaltan la necesidad de evaluar este tipo de trastornos en unidades especializadas en el tratamiento de la obesidad.

© 2011 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [acebolla@psb.uji.es](mailto:acebolla@psb.uji.es) (A. Cebolla).

**KEYWORDS**

Adolescent;  
Children;  
Eating disorders;  
Obesity;  
Prevalence;  
Psychopathology

**Prevalence of binge eating disorder among a clinical sample of obese children****Abstract**

*Introduction:* Binge eating disorder is characterised by the presence of recurrent binge eating episodes in a short period of time, accompanied by loss of control. This disorder is the most frequent of all eating disorders in obese people, both adults and children.

*Objective:* The objective of this study was to obtain prevalence data for binge eating disorder in a sample of obese children who attended a paediatric unit specialised in the treatment of childhood obesity.

*Material and methods:* A sample included 70 children and adolescents aged 9 to 16, with a mean age of 12 years attending a paediatric clinic in the General Hospital of Valencia. The following tools were used in the assessment: Diagnostic Interview for Binge Eating Disorder (SCID-IV), Binge Eating Disorder Scale Child (C-BED) and Questionnaire of eating patterns and weight (QEWP).

*Results:* After the assessment, 6% of the clinical sample was diagnosed with binge eating disorder according to criteria established by the DSM-IV-TR, and 14% showed subclinical forms of the disorder.

*Conclusions:* The results are in line with previous studies that highlight the necessity of assessing these disorders in units specialised in the treatment of obesity.

© 2011 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

La obesidad infantil está actualmente considerada como un problema de salud pública en claro ascenso; de hecho, es el trastorno infantil más común en Europa (con porcentajes que van desde el 10% de Eslovaquia hasta el 36% de Italia) según informa la Asociación Europea para el Estudio de la Obesidad<sup>1</sup>. En España, el 19,7% de los chicos y el 17,4% de las chicas con edades comprendidas entre los 2 y los 17 años tienen sobrepeso, y el 9,3% de los chicos y el 8,8% de las chicas tienen obesidad<sup>2</sup>. El índice de masa corporal (IMC) en niños de 13 años de edad ha pasado de 18,4 kg/m<sup>2</sup> en 1984 a 20,4 en 1992, y a 21,1 en el periodo de 1998-2000. Especialmente en la adolescencia, el IMC es un potente predictor de obesidad en la edad adulta<sup>3</sup>.

La literatura especializada muestra cómo determinadas características psicopatológicas tienen un papel relevante en la etiología y el mantenimiento de la obesidad, tanto en adultos como en niños. La obesidad ha sido tradicionalmente relacionada con mayores niveles de depresión, ansiedad, baja autoestima o trastornos alimentarios<sup>4</sup>. Dentro de estos últimos, el trastorno por atracón (TA) es el más común entre población obesa tanto adulta como infantil<sup>5,6</sup>. Según el DSM-IV-TR<sup>7</sup> el TA, está englobado dentro de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE). Se caracteriza por presencia de atracones recurrentes en un corto periodo, de una cantidad de comida superior a la que la mayoría de las personas podría consumir en el mismo tiempo y en circunstancias similares, y se acompañan de sensación de pérdida del control sobre la ingesta. La frecuencia de los atracones debe ser de al menos 2 días a la semana, durante los últimos 6 meses. Los episodios de atracón van acompañados de un profundo malestar y no deben asociarse a estrategias compensatorias inadecuadas (p. ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo), puesto que se podría confundir con un diagnóstico de bulimia nerviosa. Así pues, hay dos elementos fundamentales en el TA, la pérdida de control y la sobreingesta, siendo estas características al presentarse

conjuntamente las que definen, desde un punto de vista clínico, los atracones «objetivos».

Marcus y Kalarchian<sup>5</sup> plantean una relectura de los criterios para el diagnóstico de TA en niños (véase la tabla 1), dado que muchos de los criterios son difícilmente aplicables a esta población y contribuye a que este diagnóstico se produzca raramente en niños<sup>8</sup>. La investigación ha mostrado que de los dos elementos fundamentales del TA (sobreingesta y pérdida de control sobre el comer) es la pérdida de control el elemento fundamental tanto en adultos<sup>9</sup> como en niños<sup>5</sup>. Por otra parte, comer en ausencia de hambre,

**Tabla 1** Criterios modificados para el diagnóstico de trastorno por atracón infantil, según Marcus y Kalarchian<sup>5</sup>

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por 1 y 2:
  1. Procurarse comida en ausencia de hambre (p. ej., después de una comida completa)
  2. Sensación de perder el control en el comer (p. ej., «cuando comienzo a comer, no puedo parar»)
- B. Los atracones se asocian a uno o más de los siguientes:
  1. Procurarse comida en respuesta a emociones negativas (p. ej., tristeza, aburrimiento, desasosiego)
  2. Procurarse comida como recompensa
  3. Ocultar o esconder comida
- C. Los síntomas persisten en un periodo de 3 meses
- D. La ingesta no se asocia con un uso regular de conductas compensatorias inapropiadas (p. ej., purgarse, probar y escupir, ejercicio excesivo) y no ocurre exclusivamente durante el curso de una AN o BN

comer para modular emociones fuertes o negativas y comer en secreto o escondido han demostrado también ser correlatos de atracones, objetivos o no, en niños<sup>10</sup>. Por tanto, parece esencial valorar estos aspectos a la hora de evaluar la presencia de TA y sus formas subclínicas.

La literatura especializada ha puesto de manifiesto que los niños que informan de episodios de pérdida de control tienen tipos de obesidad más grave y mayores síntomas de depresión y ansiedad. Además, se ha comprobado que son estos niños los que tienen mayores dificultades y necesitan tratamientos de pérdida de peso más largos que aquellos que tienen solo episodios de sobreingesta<sup>11</sup>.

En resumen, la prevalencia de este trastorno en la población infantil obesa en búsqueda de tratamiento para perder peso y que presente ocurrencia de atracones clínicamente significativos parece ser un dato importante para su identificación y correcto tratamiento. El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia del TA infantil siguiendo los criterios establecidos en el DSM-IV y también criterios subclínicos en una muestra de niños obesos y con sobrepeso usuarios de una unidad de pediatría especializada en el tratamiento de la obesidad infantil.

## Material y Métodos

### Participantes

Se seleccionó una muestra de 70 niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 9 y los 16 años, con una edad media de 12,26 (DT  $\pm$  1,9). El 52,9% eran niños ( $n = 37$ ). Los criterios de inclusión fueron estar en tratamiento de pérdida de peso en la unidad y no tener ninguna enfermedad médica o trastorno psiquiátrico (psicosis, trastorno depresivo mayor, abuso de sustancias, etc.) grave. Por grupos de edad, el 54,3% tenía de 9 a 12 años y el 45,7 de 13 a 16 años. Respecto del nivel socioeconómico, la mayoría (55,7%) procedía de clase media (tabla 2). La muestra fue seleccionada entre los usuarios de la Unidad de Pediatría del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, unidad de referencia en el tratamiento de la obesidad infantil y enfermedades asociadas en la Comunitat Valenciana. Los participantes acudían a la unidad de pediatría buscando un tratamiento de pérdida de peso.

**Tabla 2** Datos sociodemográficos de la muestra

	n	%
<i>Sexo</i>		
Chicos	37	52,9
Chicas	33	47,1
<i>Grupos de edad</i>		
9 a 12	38	54,3
13 a 16	32	45,7
<i>Estatus socioeconómico</i>		
Bajo o medio bajo	21	30
Medio	39	55,7
Medio alto/alto	9	12,9

## Medidas e instrumentos

Los datos antropométricos fueron medidos mediante un estadiómetro electrónico calibrado TANITA BC 418 MA (Holtain, Crymych, Reino Unido), y el peso era medido cercano a 0,1 kg con calibración digital (Scale-Tronix, Wheaton, IL, EE. UU.). Se calculó la puntuación z del IMC (IMCz) para cada participante. Las puntuaciones IMCz corresponden a las tablas de percentiles de crecimiento y permiten el seguimiento del peso relativo de un niño desde la infancia hasta la adolescencia. El tipo de obesidad fue calculado ajustando el IMC para el sexo y la edad. Los participantes se clasificaron como obesos (superior al percentil 95) o sobrepeso (entre los percentiles 85-95), con una puntuación z-score  $\geq 2$ <sup>12</sup>. Los datos normativos fueron extraídos de las tablas de crecimiento validadas en población española<sup>13</sup>.

- Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (SCID-IV): entrevista diseñada para el diagnóstico de los trastornos del eje I del DSM-IV-TR<sup>7</sup>. La validez y la fiabilidad de este instrumento han sido validadas en múltiples estudios<sup>14</sup>.
- Escala de trastorno por atracón infantil (C-BEDS, *Children's Binge Eating Disorder Scale*<sup>15</sup>): entrevista diseñada para la evaluación del trastorno por atracón en niños, compuesta por seis preguntas, con modelo de respuesta «sí» y «no». Las respuestas a este cuestionario permiten clasificar a los niños y adolescentes en dos grupos en función de si han tenido o no algún episodio de pérdida de control en la ingesta (sin acompañarse necesariamente de sobreingesta).
- Cuestionario de patrones de ingesta y peso, versión adolescentes (QEWPA, *The Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Adolescent Version*)<sup>16,17</sup>: las respuestas a este cuestionario permiten clasificar a los niños y adolescentes en tres grupos: aquellos que en los últimos 6 meses han presentado episodios de sobreingesta, los que han presentado pérdida de control junto con sobreingesta, es decir episodios de atracón, y por último, aquellos que no han presentado comer alterado de ningún tipo. Este cuestionario ha mostrado buena validez convergente cuando se correlaciona con otras medidas de comer alterado y síntomas de depresión<sup>16</sup>.

## Procedimiento

Para que los niños entraran en el estudio sus padres tenían que firmar un consentimiento informado para llevar a cabo la evaluación y participación en este estudio. La evaluación se realizó durante una visita ambulatoria al hospital. La entrevista clínica fue realizada por psicólogos clínicos. La muestra de participantes se dividió en «grupo TA», en el caso de que cumplieran criterios diagnósticos según DSM-IV-TR, «grupo de TA subclínico» en caso de que no los cumplieran y se ajustaran a las indicaciones de Marcus y Kalarchian<sup>5</sup>. En caso de recibir un diagnóstico oficial de TA, los niños eran derivados a una unidad de salud mental para su tratamiento. Este estudio fue aprobado por el comité ético del Hospital General Universitario de Valencia.

**Tabla 3** Porcentaje de niños obesos con trastorno por atracón y formas subclínicas

	Sobrepeso/obesidad clínica (n = 70)	
	n	%
<i>Entrevista clínica (SCID-TA)</i>		
Trastorno por atracón según criterios del DSM-IV-TR	4	6
Trastorno por atracón según criterios establecidos por Marcus y Kalarchian (2003)	9	12,9
Trastorno por atracón subclínico	9	12,9
<i>Cuestionario de patrones de ingesta y peso, versión adolescentes (QEWP)<sup>16</sup></i>		
Presencia de sobreingesta (SI)	13	18,6
Presencia atracones (PCSI)	11	15,7
No presencia de comer desorganizado (NCD)	46	64,7
<i>Escala de trastorno por atracón infantil (C-BEDS)<sup>15</sup></i>		
Presencia de pérdida de control (sin implicar sobreingesta) (PC)	31	47,7
Sin presencia de pérdida de control (NPC)	34	52,3

## Resultados

El IMC z-score de la muestra total fue de 2,05 (DT=0,34). El 55,1% tenía sobrepeso (n=39) y el 44,9% tenía obesidad (n=31). El 6% (n=4) cumplió criterios para el diagnóstico de TA siguiendo según las directrices del DSM-IV siendo la mitad niños, (n=2). Sin embargo, al utilizar los criterios establecidos por Marcus y Kalarchian en su revisión<sup>5</sup>, este porcentaje creció hasta el 12,9% (n=9), exactamente lo mismo que si utilizamos criterios subclínicos, de los cuales el 66,7% eran niños (n=6) y el 33,3% eran niñas (n=3) (tabla 3).

Respecto de los datos obtenidos mediante cuestionarios, los resultados del cuestionario QEWP-A indicaron que el 18,6% (n=13) de los niños informaron de haber tenido episodios objetivos de sobreingesta, sin pérdida de control. Si además se contempla que el episodio de sobreingesta se hacía con pérdida de control, es decir presencia de atracones «objetivos», los resultados muestran que el 15,7% (n=11) de los niños con sobrepeso/obesidad clínica presentaban de estos episodios.

También se evaluó la presencia de episodios de pérdida de control sin tener en cuenta la sobreingesta (PC), a través del cuestionario C-BEDS. Los resultados indicaron que el 47,7% (n=31) de los niños evaluados han tenido alguna vez en su vida algún episodio de pérdida de control al comer.

## Discusión

El objetivo del presente trabajo fue aportar datos de prevalencia sobre la presencia de atracones y TA en población obesa infantil que acude en busca de tratamiento a una unidad de pediatría. El porcentaje de niños diagnosticados de

TA ha sido ligeramente inferior al encontrado por otros autores en similares condiciones<sup>16,17</sup>. Tal y como indican Marcus y Kalarchian<sup>5</sup>, al flexibilizar el número de criterios y adaptar el diagnóstico a las características de los niños, el porcentaje de niños diagnosticados de TA se eleva. Los resultados respecto a la prevalencia de episodios de pérdida de control también van en la línea de los resultados encontrados en estudios similares, aunque ligeramente inferiores<sup>11</sup>. Hay varias razones por las que se puede explicar una menor prevalencia de TA infantil en esta muestra, como el hecho de ser más pequeños<sup>11</sup>, o tener menor IMC<sup>11,17</sup>. Hace falta una mayor revisión y posteriores estudios para clarificar esas hipótesis, sobre la menor prevalencia.

Los porcentajes que la literatura científica ha encontrado de presencia de TA entre los niños en población general están sobre el 1%<sup>17</sup>, aunque entre poblaciones en búsqueda de tratamiento por obesidad, el rango oscila entre el 9,3<sup>18</sup> y el 17%<sup>9</sup>. En cambio, el trastorno subclínico de comer en exceso y pérdida de control es mucho más común sobre todo entre aquellos niños y adolescentes<sup>19</sup> con estimaciones que van del 20<sup>20</sup> al 30%<sup>6,21</sup> en pacientes en tratamiento por pérdida de peso. En cambio, si atendemos exclusivamente a la presencia de episodios de pérdida de control sobre el comer, el porcentaje puede elevarse hasta el 31% de niños obesos que ha tenido episodios de pérdida de control al comer<sup>9,22</sup>.

Dada la alta prevalencia de este trastorno entre niños obesos y con sobrepeso en tratamiento por pérdida de peso, es fundamental que este sea evaluado de forma adecuada por parte de los clínicos que tratan este tipo de pacientes, entre otras cosas, porque los pacientes con TA suelen tener dificultades para adaptarse al tratamiento, y presentar un nivel de fracasos en el tratamiento superior<sup>23</sup> al de niños sin TA. Como Braet et al.<sup>24</sup> comentan, es más probable encontrar características psicopatológicas en grupos de niños con obesidad o sobrepeso que buscan tratamiento porque debido a la presencia de estos síntomas muchos padres tienen dificultades para manejar la obesidad de sus hijos; la búsqueda de ayuda hospitalaria puede ser una forma de afrontar este problema.

Para finalizar con una implicación práctica para el manejo y la clínica de este tipo de niños, los autores del presente estudio recomiendan a los pediatras que estén especializados en el tratamiento de la obesidad infantil el uso de las tres primeras preguntas del cuestionario QEWP<sup>16</sup> (tabla 4) para su evaluación o primer cribado. En el caso de

**Tabla 4** Preguntas de cribado para la detección precoz del trastorno por atracón infantil

1. Durante los últimos 6 meses, ¿has comido alguna vez lo que la mayoría de la gente, como tus amigos, pensaría que era una cantidad realmente grande de comida?
2. ¿Has comido alguna vez una cantidad realmente grande de comida en un plazo corto de tiempo (2 h o menos)?
3. Cuando comías una cantidad realmente grande de comida, ¿has sentido alguna vez que no ibas a ser capaz de parar de comer? ¿Sentiste que no podías controlar lo que comías ni la cantidad?

responder positivamente a estas tres preguntas, se debería derivar al paciente a una unidad de salud mental para su evaluación, diagnóstico y tratamiento conjunto. La detección precoz de estos casos en los que la obesidad es comórbida a un TA es esencial, ya que ello conlleva una complejidad diferente a la hora de plantear un tratamiento de obesidad infantil, tanto en sus formas clínicas completas como subclínicas.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

CIBERobn es una iniciativa ISCIII.

## Bibliografía

- Baker JL, Farpoue-Lambert NJ, Nowicka P, Pietrobelli A, Weiss R. Evaluation of the Overweight/Obese child-Practical tips for the primary health care provider. Recommendations from the childhood obesity task force of the European Association for the study of obesity. *Obes Facts*. 2010;3:131-7.
- Encuesta Nacional de Salud (ENS) [Internet]. Madrid: Ministerio de Salud y Consumo, 2006 [consultado 2/2/2011]. Disponible en: <http://www.ine.es>
- Guo SS, Wu W, Chumlea WC, Roche AF. Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. *Am J Clin Nutr*. 2002;76:653-8.
- Eremis S, Cetin N, Tamar M, Bukusoglu N, Akdeniz F, Goksen D. Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents. *Pediatr Int*. 2004;46:296-301.
- Marcus MD, Kalarchian MA. Binge eating in children and adolescents. *Int J Eat Disor*. 2003;34:47-57.
- Eddy K, Tanofsky-Kraff M, Thompson-Brenner H, Herzog DB, Brown TA, Ludwig DS. Eating disorder pathology among overweight treatment-seeking youth: clinical correlates and cross-sectional risk modeling. *Behav Res Ther*. 2007;45:2360-71.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, text revision. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
- Stice E, Presnell K, Spangler D. Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation. *Health Psychol*. 2002;21:131-8.
- Morgan CM, Yanovski SZ, Nguyen TT, McDuffie J, Sebring NG, Jorge MR, et al. Loss of control over eating, adiposity, and psychopathology in overweight children. *Int J Eat Disor*. 2002;31:430-41.
- Perpiñá C, Cebolla A, Botella C, Lurbe E, Torró MI. Emotional eating scale for children and adolescents: Psychometric characteristics in a Spanish sample. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2011;40:424-33.
- Glaser DR, Tanofsky-Kraff M, Eddy KT, Yanovski SZ, Theim KR, Mirch MC, et al. Binge eating in overweight treatment-seeking adolescents. *J Pediatr Psychol*. 2007;32:95-105.
- Weiss R, Dziura J, Burgert TS, Tamborlane WV, Taksali SE, Yeckel CW, et al. Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *N Engl J Med*. 2004;350:2362-74.
- Sobradillo B, Aguirre A, Aresti U, Bilbao A, Fernandez-Ramos C, Lizárraga A, et al. *Curvas y tablas de crecimiento (estudios longitudinal y transversal)*. Bilbao:Fundación Faustino Orbeagozo Eizaguirre; 1988.
- Segal DL, Hersen M, Van Hasselt VB. Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R: an evaluation review. *Compr Psychiatry*. 1994;35:316-27.
- Shapiro JR, Woolson SL, Hamer RM, Kalarchian MA, Marcus MD, Bulik CM. Evaluating binge eating disorder in children: Development of the children's binge eating disorder scale (C-BEDS). *Int J Eat Disor*. 2007;40:82-9.
- Johnson WG, Grieve FG, Adams CD, Sandy J. Measuring binge eating in adolescents: Adolescent and parent versions of the questionnaire of eating and weight patterns. *Int J Eat Disor*. 1999;26:301-14.
- Johnson WG, Kirk AA, Reed AE. Adolescent version of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns: reliability and gender differences. *Int J Eat Disor*. 2001;29:94-7.
- Tanofsky-Kraff M, Yanovski SZ, Wilfley DE, Marmarosh C, Morgan CM, Yanovski JA. Eating-disordered behaviors, body fat, and psychopathology in overweight and normal-weight children. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72:53-61.
- Johnson WG, Rohan KJ, Kirk AA. Prevalence and correlates of binge eating in White and African American adolescents. *Eat Behav*. 2002;3:179-89.
- Isnard P, Michel G, Felut M, Vila G, Falissard B, Naja W, et al. Binge eating and psychopathology in severely obese adolescents. *Int J Eat Disor*. 2003;34:235-43.
- Decaluwe V, Braet C, Fairburn CG. Binge eating in obese children and adolescents. *Int J Eat Disor*. 2003;33:78-84.
- Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M, Perry C. Correlates of unhealthy weight control behaviors among adolescent girls and boys: Implications for the primary prevention of disordered eating. *Health Psychol*. 2003;22:88-98.
- De Panfilis C, Cero S, Dall'Aglio E, Salvatore P, Torre MT, Maggini C. Psychopathological predictors of compliance and outcome in weight-loss obesity treatment. *Acta Biomed*. 2007;78:22-8.
- Braet C, Mervielde I, VADEREYCKEN W. Psychological aspects of childhood obesity: a controlled study in a clinical sample. *J Pediatr Psychol*. 1997;22:59-71.