



Diabetes y trastornos de la conducta alimentaria. Revisión bibliográfica

Diabetes and eating disorders. Bibliographic review

Autora: María Victoria Martín Jiménez* (1).

Tutor: Carlos Huerga Domínguez (2).

*** Dirección de contacto:** vickyjm97@gmail.com

Grado en Enfermería. Escuela Universitaria de Osuna.

Resumen

Introducción. La diabetes mellitus y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades que pueden coexistir a la vez. La diabetes mellitus es la enfermedad endocrina que más afecta a los jóvenes. Tiene un tratamiento dietético estricto y ciertas limitaciones en la vida de los pacientes, pudiendo provocar un rechazo hacia la enfermedad y baja autoestima, dando lugar a comportamientos alimentarios alterados o a trastornos de la conducta alimentaria. **Objetivos.** Realizar una revisión bibliográfica para establecer la relación entre la diabetes mellitus y los TCA, así como su tratamiento. **Metodología.** Se realizó una búsqueda en las bases de datos de Ciencias de la Salud PubMed, Dialnet, MEDES, y SciELO, utilizándose como herramientas de búsqueda descriptores obtenidos en DeCS (Descriptores de la Ciencia de la Salud) y los operadores booleanos “AND”, “OR” y “NOT”. **Resultados.** Se incluyeron para la revisión bibliográfica un total de 10 artículos en inglés y español, publicados entre 2004 y 2020, ya que cumplían los criterios de inclusión. **Discusión.** El tratamiento de ambas enfermedades es esencial para minimizar las complicaciones y riesgos, por ello, un equipo multidisciplinar con conocimientos y aptitudes es fundamental para tratar ambas enfermedades tanto por separadas como juntas y/o detectar signos de alarma antes de que estas lleguen a más.

Palabras clave

Diabetes Mellitus; Trastornos de la Conducta Alimentaria; Diabulimia; Signos; Tratamiento.

Abstract

Introduction. Diabetes mellitus and eating disorders are diseases that can coexist at the same time. Diabetes mellitus is the endocrine disease that most affects young people. It is characterized by strict dietary treatment and certain limitations in the lives of patients, which can cause a rejection of the disease and low self-esteem, leading to altered eating behaviors or eating disorders. **Objectives.** To carry out a bibliographic review to establish the relationship between diabetes mellitus and eating disorders, as well as their treatment. **Methodology.** A search was carried out in the PubMed, Dialnet, MEDES, and SciELO Health Sciences databases, using descriptors obtained in DeCS (Descriptors of Health Sciences) and the Boolean operators “AND”, “OR” and “NOT”. **Results.** A total of 10 articles in English and Spanish, published between 2004 and 2020, were included for the bibliographic review, since they met the inclusion criteria. **Discussion.** The treatment of both diseases is essential to minimize complications and risks, therefore, a multidisciplinary team with knowledge and skills is essential to treat both diseases both separately and together and/or detect warning signs before they become more serious.

Keywords

Mellitus Diabetes; Eating Disorder; Diabulimia; Signs; Treatment.

INTRODUCCIÓN

Trastornos de la conducta alimentaria y diabetes mellitus (TCA y DM)

Las enfermedades crónicas suelen ser un factor que origina trastornos de la conducta alimentaria, sobre todo en mujeres jóvenes y adolescentes. La diabetes mellitus es una enfermedad en la cual, el control del peso y la alimentación son partes fundamentales del tratamiento. La disminución de peso al inicio de la enfermedad, el aumento de peso cuando se comienza con el tratamiento insulínico y jóvenes que presentan resistencia a la insulina asociada al sobrepeso son aspectos de la diabetes mellitus que facilitan la tendencia a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (1).

Se estima que entre un 11,5 % y un 27,5 % de adolescentes con Diabetes Mellitus tipo 1 sufren de TCA, siendo más frecuente el Trastorno por Atracón (TA) y la Bulimia Nerviosa (BN). También, se ha establecido un TCA no especificado y con gran importancia en este tema, conocido como diabulimia. Los TCA en la diabetes mellitus tipo 2 son menos prevalente que en la diabetes tipo 1, esto se debe a que la diabetes mellitus tipo 2 se diagnostica a edades más tardías, pero no deja de ser un factor desencadenante de los trastornos de la conducta alimentaria, ya que actualmente comienza a aparecer en edades más tempranas. La asociación entre la diabetes mellitus tipo 2 y los TCA están relacionados por el aumento de prevalencia de la obesidad. El TA es el TCA más frecuente en la diabetes mellitus tipo 2 (2).

Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

“Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un conjunto de enfermedades psiquiátricas con manifestaciones físicas relacionadas con el peso y la imagen corporal con graves complicaciones físicas y psicológicas; constituyen alteraciones severas en la ingesta de los alimentos en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que repercuten negativamente en los ámbitos físicos y psicológicos” (3).

Entre los factores predisponentes para desarrollar un TCA nos encontramos: factores socioculturales, individuales, familiares y biológicos. Los factores desencadenantes son los conocidos como “factores gatillo”, que provocan un TCA en personas con predisposición a padecerlo. Estos factores pueden ser estresores, dietas, control de peso, pérdidas de familiares, divorcio de padres y enfermedades crónicas (4).

Los TCA más asociados a la diabetes mellitus son la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN), los Trastornos por Atracón (TA) y la Diabulimia. La Anorexia Nerviosa (AN) se caracteriza por una limitación de la ingesta energética, que conlleva a un bajo peso corporal, miedo a ganar peso y por una distorsión de la imagen corporal. La AN se puede clasificar como restrictiva y compulsiva/purgativa. La AN restrictiva consiste en que el paciente con AN no presenta episodios de sobre ingesta, vómito autoinducido o uso de laxantes. En la AN com-

pulsiva/purgativa, el paciente recurre a atracones, vómitos inducidos por él mismo y uso de laxantes. Los signos y síntomas presentes en la AN son presión arterial baja, anemia, mareos, arritmias, caída de pelo, dolor abdominal, frío, fatiga, lanugo, cefaleas, calambres, amenorrea en mujeres y piel seca. La AN tiene un gran índice de mortalidad, que puede ser por desnutrición, desequilibrio electrolítico y suicidio (4).

La Bulimia Nerviosa (BN) se caracteriza por la presencia de episodios frecuentes de atracones, que van seguidos de fuertes sentimientos de culpa, los cuales conducen a la realización de acciones compensatorias, como la inducción al vómito, el uso de laxantes y el ejercicio intenso. Su factor de mantenimiento se puede definir como un circuito de restricción-atracón-purga. Podemos clasificar la BN en purgativa y no purgativa. En la BN purgativa, el paciente recurre al vómito, uso de laxantes, diuréticos o enemas en exceso, mientras que en la BN no purgativa, el paciente realiza ejercicio físico intenso o ayuna. En definitiva, se diferencian en la utilización de distintas conductas compensatorias. Las características clínicas de la BN son los problemas dentales, callos en las manos, amenorrea o alteración en el ciclo menstrual, desgarró esofágico, arritmias, rotura gástrica y desequilibrios electrolíticos. Los pacientes con BN suelen ser más impulsivos que los pacientes que padecen AN, y son más propensos a conductas autolesivas (4).

El Trastorno por Atracón (TA) se puede describir como una conducta de episodios de atracones que se caracteriza por una ingesta excesiva de alimentos en poco tiempo y por la pérdida de control de esa ingesta, seguido de sentimientos de culpa, pero sin realizar ninguna conducta compensatoria como en la BN. Los atracones se producen como mínimo una vez a la semana durante tres meses y está asociado a la obesidad, aunque sus factores desencadenantes suelen ser la ansiedad, restricción alimentaria, soledad, aburrimiento e ingesta de alcohol (5,6).

La diabulimia es considerada como un trastorno de la conducta alimentaria que sufren los pacientes con diabetes tipo 1, y se caracteriza por la omisión parcial o total de las dosis de insulina con el fin de no aumentar de peso. Entre un 20-40% de jóvenes varían las dosis de insulina para controlar su peso corporal dando lugar a un mal control glucémico, a una mayor aparición de complicaciones de la diabetes mellitus, aumentando las tasas de hospitalización y de mortalidad y disminuye la esperanza de vida (2,7).

Justificación

La diabetes mellitus y los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades complejas que afectan cada vez más a la población. Existe mucha información sobre ellas y se sabe cuáles son los tratamientos adecuados, pero existe escasa información sobre el tratamiento cuando una persona sufre ambas enfermedades. La asociación de ambas enfermedades aumenta los riesgos de sufrir las complicaciones de la diabetes mellitus, disminuyendo la calidad de vida de los pacientes.

Sobre la diabetes, existen diversos manuales y guías, y es uno de los temas más tratados en enfermería, pero ¿sabemos realmente el peligro que tiene un paciente con diabetes de desarrollar un TCA?, ¿Sabemos cómo identificarlo y tratarlo?, ¿Se tiene en cuenta que la diabetes es un factor para desarrollar algún tipo de TCA o diabulimia? Durante esta revisión bibliográfica se ha recabado información sobre este tema, para ayudar a toda enfermera y otros profesionales sanitarios a que tengan la máxima información y herramientas para abordarlo.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Establecer la relación existente entre la diabetes mellitus y los trastornos de la conducta alimentaria.

Objetivos específicos

- Determinar los trastornos de conducta alimentaria más relacionado con la diabetes.
- Recabar información /signos sobre cómo detectar un TCA en un paciente con diabetes mellitus.
- Conocer los signos de alarma que indiquen que el paciente esté desarrollando un TCA.
- Explicar el tratamiento más adecuado de los comportamientos del trastorno alimentario en pacientes con diabetes.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de la literatura bibliográfica con respecto a la asociación de diabetes mellitus y trastornos de la conducta alimentaria entre los días 4 de diciembre de 2021 y 24 de febrero de 2022. Se ha utilizado bases de datos de Ciencias de la Salud (PubMed, Dialnet, MEDES, y SciELO).

Español	Inglés
Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus
Trastorno de la Conducta Alimentaria	Eating Disorder
Anorexia Nerviosa	Anorexia Nervosa
Diabulimia	Diabulimia

Tabla 1. Términos de búsqueda (Fuente: elaboración propia).

Estrategia de búsqueda

Para realizar la estrategia de búsqueda se utilizaron palabras claves y los operadores booleanos “AND”, “OR” y “NOT” como herramientas para determinar los descriptores utilizados en las bases de datos (tabla 1).

Fases de la búsqueda

La búsqueda se ha dividido en dos fases:

- La primera fase de la revisión bibliográfica ha consistido en elaborar los objetivos de la revisión.
- La segunda fase de la revisión bibliográfica ha consistido en la búsqueda de artículos en las bases de datos PubMed, Dialnet, MEDES y SciELO. Para ello, se ha utilizado descriptores (tabla 1) que nos ha ayudado a encontrar los artículos más convenientes para realizar la revisión bibliográfica siguiendo unas series de criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- **Fecha de publicación:** artículos publicados entre 2004 y 2022.
- **Idiomas:** Artículos en inglés y español.
- **Tipos de artículos:** estudios descriptivos, explicativos o revisiones bibliográficas.
- **Temática:** artículos basados sobre la asociación de diabetes y trastornos de la conducta alimentaria y, sobre su tratamiento.

Criterios de exclusión

- **Temática:** se han descartado todos los artículos que mencionan la obesidad y prevención de riesgos.

RESULTADOS

Flujograma

Tras aplicar las estrategias de búsqueda (tabla 1) se obtuvieron 432 artículos de las bases de datos PubMed, Dialnet, MEDES y SciELO. Se excluyeron 353 después de aplicar los criterios de selección, ya que los artículos descartados fueron publicados antes de 2004 o estaban redactados en idiomas que no eran inglés ni español. Tras el descarte obtuvimos 69 artículos, 57 de ellos pertenecen a PubMed, 14 a Dialnet, 6 a SciELO y 2 a MEDES.

Finalmente, se realizó una lectura crítica de los artículos seleccionados y se descartaron 59 por estar repetidos en las bases de datos utilizadas o por no tratar exactamente sobre la temática de la revisión bibliográfica.

A continuación (figura 1), se encuentra una representación gráfica de los artículos encontrados, descartados y seleccionados durante este proceso.

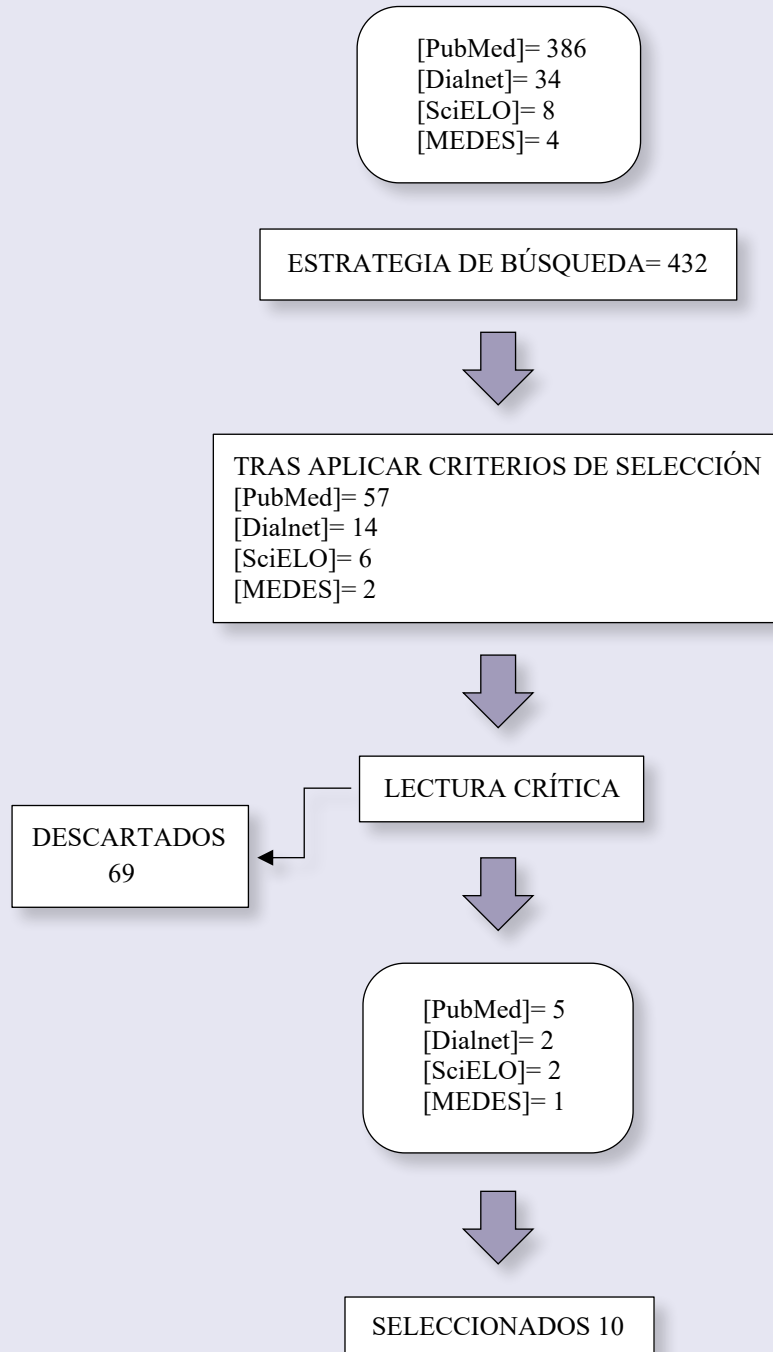


Figura 1. Flujograma (Fuente: elaboración propia).

DISCUSIÓN

Trastornos de la Conducta Alimentaria y diabetes

Existe una mayor prevalencia de sufrir un TCA en adolescentes mujeres con enfermedades crónicas como la diabetes. La diabetes es una enfermedad en la cual el peso y la dieta son factores importantes, y esto puede provocar una insatisfacción corporal y baja autoestima pudiendo derivar a un TCA. La omisión de la insulina conocida como diabulimia es la forma más común que utilizan los pacientes que padecen DM1 para conseguir la pérdida de peso, que da lugar a un nivel elevado de hemoglobina glicosilada y un mal control metabólico, contribuyendo al desarrollo de complicaciones microvasculares. Los TA suele ser la forma más habitual de TCA en pacientes con DM2 (1,8,9).

Todos los autores coinciden en que la diabulimia es un trastorno que no está diagnosticado, pero cada vez es más normalizado utilizar este término entre las sociedades de psicología y psiquiatría. Hernández Rodríguez et al en su artículo se refieren a la diabulimia como “TCA en personas con DM”, ya que el vocablo no está aún diagnosticado (10).

Anthony P. Winston, en su artículo asegura que los TCA son frecuentes tanto en la diabetes mellitus tipo 1 como en la diabetes mellitus tipo 2, siendo más frecuente en la DM1. También, son comunes comportamientos de conductas alimentarias que no llegan a ser trastornos diagnosticados, como los atracones, las restricciones dietéticas y los vómitos inducidos (2).

Guiada Toni et al en su artículo “Eating Disorders and Disordered Eating Symptoms in Adolescents with Type 1 Diabetes” dividen en dos grupos a los pacientes con diabetes y trastornos alimentarios. El primer grupo son pacientes con diabetes y TCA diagnosticados como la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) o Trastorno por atracón (TA), y el otro grupo consiste en pacientes con diabetes y comportamientos alimentarios alterados como el vómito inducido, restricción dietética, toma de laxantes y diuréticos, atracones y realización de ejercicio físico excesivo. Este último grupo puede derivar a un TCA diagnosticado (11).

El artículo “Diabetes tipo 1 y trastornos del comportamiento” menciona que Takii et al clasifican a los pacientes con TCA y DM1 en tres grupos. En el primer grupo los pacientes combinan la restricción de la insulina con otros comportamientos como el uso de laxantes y/o el vómito autoinducido que conducen a graves problemas psicológicos y complicaciones crónicas. El segundo grupo no omite insulina, pero sí realiza otras acciones compensatorias que también provocan complicaciones crónicas frecuentes. Y, por último, el tercer grupo se caracteriza por personas que solo omiten la insulina (8).

Factores de riesgo

La diabetes es un factor de riesgo para el desarrollo de un TCA o de comportamientos alimentarios alterados, ya que puede hacer sentir al paciente que no tiene control sobre su cuerpo, generándole ansiedad por ello y por las complicaciones que puede tener la enfermedad a corto y largo plazo, creando la necesidad de tener el control en otras áreas de su vida como en la alimentación y el peso (2).

Sara Sánchez menciona en su artículo que la pubertad es otro factor de riesgo, debido a que en esta etapa es común el sobrepeso, sobre todo en niñas con DM1. También, considera que otros factores de riesgo son la sensación de hambre debido a las hipoglucemias, la dieta que realizan para el tratamiento nutricional de la diabetes, el aumento de masa corporal por el tratamiento insulínico, el mal empleo de la insulina y las dietas con recuento de hidratos de carbono (12).

Varios artículos coinciden en que los factores de riesgo de la diabetes para desarrollar un TCA son ser mujer, un índice de masa corporal (IMC) alto, factores socioculturales y familiares, y la realización de dietas estrictas antes de la diabetes (2,13,14).

Autores de otros artículos utilizados explican más detalladamente otros factores de riesgo existente en pacientes con DM1. El aumento de peso que se produce al principio del tratamiento con insulina puede suponer una insatisfacción corporal y una disminución de la autoestima del paciente, pudiendo controlar el peso con la omisión o sobredosisificación de la insulina. El tratamiento de la diabetes también puede ser un factor de riesgo, ya que este conlleva un estricto control glucémico, el cual se consigue mediante una dieta adecuada y ejercicio. Esta parte fundamental del tratamiento puede provocar una obsesión del paciente sobre estos aspectos logrando unas conductas inadecuadas (1,8,9).

Síntomas y comportamientos clínicos

Conocer los síntomas y comportamientos clínicos es importante para detectar a tiempo al paciente con diabetes mellitus que puede estar sufriendo un TCA o comportamientos alimentarios alterados. Puede ser beneficioso para los profesionales de la salud y familiares de estos para tratarlo cuanto antes y minimizar los riesgos y las complicaciones.

Todos los artículos utilizados para la revisión bibliográfica afirman que los síntomas y comportamientos más comunes que pueden indicar un TCA en pacientes con diabetes son el mal control glucémico, el aumento de episodios de cetoacidosis, el incremento de valores de HbA1c y complicaciones crónicas y agudas de inicio temprano.

Navarro-Falcón et al. en su artículo “Trastornos de la Conducta Alimentaria y Diabetes Mellitus: Tratamiento nutricional” enumeran una serie de signos de alarmas (tabla 2) que puede orientar a los profesionales de la salud a sospechar de un TCA en pacientes con diabetes (9).

• Pérdida o aumento de peso sin justificación.	• Mal control del tratamiento
• Aumento de hemoglobina glicosilada	• Retraso en el desarrollo de caracteres sexuales secundarios y ciclos menstruales irregulares
• Frecuentes ingresos por mal control metabólico	• Pérdida de cabello y piel seca
• Frecuentes episodios de complicaciones agudas como cetoacidosis diabética o hipoglucemias	• Realización de ejercicio físico de forma excesiva y cambios en el estado de ánimo
• Oscilaciones en los valores glucémicos	• Valores glucémicos que no se corresponden con los valores de HbA1c.
• Excusas frecuentes de olvidos de la toma de insulina que puede significar la omisión de esta	• Ideas equivocadas entre el peso, la comida y la imagen corporal.
• Infecciones de orina reiteradas	• Alteraciones en la dieta

Tabla 2. Signos de alarma que puede indicar el desarrollo de un TCA (Fuente: elaboración propia).

Otros síntomas y comportamientos que añaden Hernández Rodríguez et al. son el aislamiento social, la existencia de miedo y rechazo a pesarse, no asistir a las revisiones médicas, conteo de calorías y distorsión de la imagen corporal (10)

Pelagia Tsakona et al en su caso clínico de una paciente con diabetes y AN, señala otros signos que pueden ayudar a identificar AN, como un bajo IMC, y valores deficientes de micronutrientes como el zinc y la vitamina D siendo las más frecuentes, seguidas del cobre, selenio y vitamina B1(13).

Herramientas para diagnosticar un TCA en DM

Diagnosticar un TCA o comportamientos alimentarios alterados en pacientes con diabetes mellitus es muy complejo, ya que los síntomas y comportamientos pueden pasar desapercibidos creyendo que son síntomas propios de la diabetes. Sara Sánchez sugiere que es conveniente realizar un screening en mujeres jóvenes con diabetes para realizar el diagnóstico precoz y minimizar las complicaciones (12).

Muñoz Calvo et al y Navarro-Falcón et al. mencionan en sus artículos que la herramienta clínica más usada para diagnosticar un TCA en diabetes es el cuestionario EAT (Eating Attitudes Test), aunque Navarro-Falcón et al. destacan que este cuestionario no es óptimo para el diagnóstico, ya que no contienen preguntas relacionadas con la restricción de la insulina (8,9).

Navarro-Falcón et al dan a conocer que Markowitz et al. aprobaron en 2010 el “The Diabetes Eating Problem Survey” (DEPS-R) que consiste en un test de 10 minutos para determinar un TCA en pacientes con diabetes tipo 1, aunque este test no es útil para diagnosticar un TCA en pacientes con diabetes tipo 2. También, destaca que Meneghini et al aconsejaron en su estudio utilizar el “Questionnaire of Eating and Weight Patterns” (QEW) como test de cribaje para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (9).

Según Guiada Toni et al, el m-SCOFF es un cuestionario muy utilizado para detectar un TCA o desorden alimentario en pacientes con diabetes tipo 1. Consta de 5 elementos y se puede realizar en una visita de seguimiento y muestra validez. M. Navarro -Falcón añade en su artículo que el m-SCOFF es una escala modificada del cuestionario SCOFF (Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire), a la cual se le añadió la pregunta “¿Alguna vez te has puesto menos insulina de la que te tocaba?”(9,11).

Tratamiento para la diabetes y TCA

Todos los autores de los artículos seleccionados proponen que el equipo que lleve a cabo el tratamiento de pacientes con diabetes y un TCA o trastornos alimentarios alterados, debe ser multidisciplinario formado por diabetólogo pediatra, una enfermera especializada, un dietista, un psicólogo y un psiquiatra.

Objetivos del tratamiento

Muñoz Calvo et al. consideran que los objetivos del tratamiento irán orientados a mejorar la situación nutricional, tratar las complicaciones médicas, evitar recaídas e intentar transformar la idea que tiene el paciente sobre la obsesión con la imagen corporal (8).

Navarro-Falcón et al. añaden en su artículo la importancia de conseguir la confianza del paciente y familiares como parte fundamental del tratamiento. Como medidas generales para el tratamiento proponen indagar sobre el inicio de la enfermedad, la dieta que realizan, los tamaños de las raciones y la frecuencia de los alimentos consumidos para determinar la dosis de insulina adecuada para el paciente (9).

Por otra parte, Guiada Toni et al. sugieren que las intervenciones realizadas durante el tratamiento deben estar centradas en la mejora de la autoestima, asesoramiento nutricional y terapia familiar (11).

Coleman et al. indican como parte fundamental del tratamiento el apoyo psicológico, tratando aspectos como la preocupación por el peso y el aspecto físico, traumas del pasado, los sentimientos respecto a la diabetes y la relación de apoyo de los pacientes (15).

Tratamiento dietético-nutricional

Navarro-Falcón et al. y Sara Romero proponen ideas similares en cuanto al tratamiento nutricional. Sugieren que el tratamiento debe ser progresivo. Para ello, el paciente debe recibir una adecuada educación nutricional y conseguir que realice un uso adecuado de la insulina. Los objetivos tienen que ser reales en cuanto al peso, los valores de glucemia y de hemoglobina glicosilada. También, destacan la importancia de hablar con el paciente y familiares sobre las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes, siendo imprescindible que el paciente comprenda la necesidad de mejorar (9,12).

Navarro-Falcón et al. hacen mención en su artículo a unas propuestas óptimas para el tratamiento dietético de paciente con DM1 o DM2 y TCA (tabla 3).

<ul style="list-style-type: none"> • Dietas menos rígidas, individualizadas y flexibles para evitar el abandono del tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> • En pacientes obesos con DM2 y TCA el objetivo principal será disminuir los síntomas del TCA y no la pérdida de peso
<ul style="list-style-type: none"> • Reeducación nutricional y fomentar 5 comidas al día
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar registros de purgas, uso de laxantes, restricción de insulina, sentimientos respecto a la insulina, control glucémico y cantidad de insulina usada

Tabla 3. Tratamiento dietético-nutricional
(Fuente: elaboración propia basada en "Trastornos de la Conducta Alimentaria y Diabetes Mellitus: Tratamiento nutricional", por M. Navarro-Falcón et al, 2020, Revista Journal of Negative & No Positive Results, Volumen 5 Numero 9 pp 1040-1058.).

Tratamiento insulínico

Gussinyé et al. consideran la individualización del tratamiento insulínico según el estilo de vida del paciente. Aparte sugieren fomentar la costumbre de hacer ejercicio físico, de realizar una dieta equilibrada y apropiada para la diabetes y, el uso adecuado de la insulina, informando al paciente sobre los efectos y complicaciones que tiene la omisión de la insulina (1)

Tratamiento psicológico

Según Guida Toni et al., la terapia cognitivo- conductual, la psicoterapia individualizada y en grupo, educación familiar y del paciente consideran que son los aspectos más importantes del tratamiento psicológico (11)

Mandana Moosavi et al. corroboran lo mencionado por Guida Toni et al. En su caso clínico exponen que la paciente asistió a sesiones grupales e individuales donde fue orientada e informada sobre su trastorno. Finalmente, la paciente tuvo más información sobre su trastorno, y un control razonable de su diabetes y formas en las que puede realizar una dieta saludable y equilibrada en la que puede mantener un peso estable. Después de su alta en el hospital, sigue en consulta de forma ambulatoria con un endocrino y psiquiatra. Su familia también recibió orientación e información sobre las enfermedades (14).

Muñoz Calvo et al. consideran la terapia cognitivo-conductual como la intervención más favorable para la AN, y la psicoterapia para la BN, junto con la psicoeducación del paciente, logrando una mejora (8).

Tratamiento psicofarmacológico

No se ha encontrado en la revisión medicación específica para tratar un TCA o un comportamiento desordenado, pero Muñoz Calvo et al. hacen una referencia sobre el tratamiento de la BM, explicando que los fármacos más utilizados son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina por acción antidepressiva e ideas obsesivas y por la aportación de saciedad y plenitud (8).

Limitaciones

Debido a la falta de investigación sobre la asociación entre diabetes y TCA, y su tratamiento, no se ha podido realizar una revisión bibliográfica más completa. Por ello, se han utilizado artículos publicados desde 2004, ya que hay pocos artículos sobre el tema.

Otro inconveniente ha sido la dificultad de acceder a los textos completos de algunos artículos.

Las investigaciones futuras sobre este tema deberían enfocarse al tratamiento conjunto de ambas enfermedades y no por separado, ya que la mayoría de las investigaciones de las patologías se han estudiado de forma independiente.

Conclusiones

1. La relación existente entre las conductas alimentarias y la diabetes es un tema que no está suficientemente investigado, pero gracias a los artículos ya existentes podemos observar que ambas enfermedades están muy asociadas.
2. Podemos dividir en dos grupos a los pacientes con diabetes mellitus y TCA. El primer grupo son pacientes con TCA diagnosticados como la AN, BN y TA, y el segundo grupo son pacientes con diabetes y conductas alimentarias alteradas como la diabulimia.
3. El cuestionario m-SCOFF es la herramienta para diagnosticar TCA más repetida por los autores de los artículos utilizados para esta revisión. Otros autores apuntan a que sería conveniente realizar un screening en mujeres jóvenes para una detección temprana.

4. Podemos concluir que los signos y síntomas que pueden alertar a los profesionales de la salud de que el paciente con diabetes puede estar sufriendo un TCA o comportamientos alimentarios alterados son: mal control glucémico por parte del paciente, frecuentes ingresos por cetoacidosis diabética, aumento de valores de HbA_{1c} y pérdida de peso.
5. Un tratamiento efectivo para tratar la diabetes y TCA debe ser llevado a cabo por un equipo multidisciplinar, el cual, debe estar compuesto por psicólogos, psiquiatras, dietistas, diabetólogos, nutricionistas y enfermeras.
7. Sancanuto C. Factores psicosociales en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y su implicación en el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios [tesis doctoral]. Murcia: Escuela internacional de doctorado, Universidad Católica de Murcia; 2017.
8. Muñoz MT, Arguinzoniz L. Diabetes tipo 1 y trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Española de Pediatría* [revista en internet]. 2010 [acceso 21 de enero 2022]; 66(3): [236/243]. Disponible en: <http://www.ergon.es>
9. Navarro M, Jáuregui I, Herrero G. Trastornos de la Conducta Alimentaria y Diabetes Mellitus: Tratamiento nutricional. *Journal of Negative & No Positive Results* [revista en internet]. 2020 [acceso 10 de marzo 2022]; 5(9): [1040/1058]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n9/2529-850X-jonnpr-5-09-1040.pdf>
10. Hernández J, Ledón L. Comportamiento clínico y enfoque terapéutico de los trastornos alimentarios en personas con diabetes mellitus tipo 1. *Revista Cubana de Medicina General* [revista en internet]. 2020 [acceso 10 de marzo 2022]; 36(2): [1/15]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000200012

DATOS AUTORES

- (1) Grado en Enfermería. Escuela Universitaria de Osuna.
- (2) Escuela Universitaria de Osuna.

Recibido: 18/10/2022. Aceptado: 19/05/2023.

Versión definitiva: 19/06/2023

BIBLIOGRAFÍA

1. Gussinyé S, García N, Gussinyé M, Bargadà M, Bielsa A, Tomàs J, et al. Trastornos de la conducta alimentaria en la diabetes mellitus tipo 1. Revisión bibliográfica. *Endocrinología y Nutrición* [revista en internet]. 2004 [acceso 23 de diciembre 2021]; 51(6): [374/379]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-trastornos-conducta-alimentaria-diabetes-mellitus-S157509220474629X>
2. Winston AP. Eating Disorders and Diabetes. *Current Diabetes Reports* [revista en internet]. 2020. [acceso 23 de diciembre 2021]; 20(8): [31/36]. Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s11892-020-01320-0>
3. Lazo C, Durán S. Efecto del diagnóstico de la diabetes mellitus y su complicación con los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Nutrición* [revista en internet]. 2019 [acceso 31 de enero 2022]; 46(3): [352/360]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182019000300352&lng=es&nrm=iso&t-ling=es
4. Weinstein M [Internet]. 2016. Studylib. [consultado 24 de abril 2022]. Disponible en: <https://studylib.es/doc/4739274/trastornos-alimentarios-y-de-la-ingesti%C3%B3n-de-los-alimentos>
5. Jiménez MI, Dávila M. Psicodiabetes. *Avances de Psicología Latinoamérica* [revista en internet]. 2007 [acceso 29 de enero 2022]; 25(1): [126/146]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242007000100012
6. Fernández B [Internet]. 2022. Psicólogos Madrid Centro. ACM. [consultado 29 de enero 2022]. Disponible en: <https://www.psicologosmadrid-acm.com/aspectos-psicologicos-la-diabetes/>
7. Sancanuto C. Factores psicosociales en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y su implicación en el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios [tesis doctoral]. Murcia: Escuela internacional de doctorado, Universidad Católica de Murcia; 2017.
8. Muñoz MT, Arguinzoniz L. Diabetes tipo 1 y trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Española de Pediatría* [revista en internet]. 2010 [acceso 21 de enero 2022]; 66(3): [236/243]. Disponible en: <http://www.ergon.es>
9. Navarro M, Jáuregui I, Herrero G. Trastornos de la Conducta Alimentaria y Diabetes Mellitus: Tratamiento nutricional. *Journal of Negative & No Positive Results* [revista en internet]. 2020 [acceso 10 de marzo 2022]; 5(9): [1040/1058]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n9/2529-850X-jonnpr-5-09-1040.pdf>
10. Hernández J, Ledón L. Comportamiento clínico y enfoque terapéutico de los trastornos alimentarios en personas con diabetes mellitus tipo 1. *Revista Cubana de Medicina General* [revista en internet]. 2020 [acceso 10 de marzo 2022]; 36(2): [1/15]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000200012
11. Toni G, Berioli M, Cerquiglini L, Ceccarini G, Grohmann U, Pincipi N et al. Eating disorders and disordered eating symptoms in adolescents with type 1 diabetes. *Nutrients* [revista en internet]. 2017 [acceso 4 de diciembre 2021]; 9(8): [1/10]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/nu9080906>
12. Sánchez S. Tratamiento dietético- nutricional en trastornos de la conducta alimentaria con diabetes mellitus [tesis doctoral]. Sevilla: Curso de especialización Evaluación y Tratamiento Dietético-Nutricional en los Trastornos de la Conducta Alimentaria, Universidad de Pablo de Olavide; 2014.
13. Tsakona P, Dafoulis V, Vamvakis A, Kosta K, Mina S, Kitsatis I, et al. The Synergistic Effects of a Complementary Physiotherapeutic Scheme in the Psychological and Nutritional Treatment in a Teenage Girl with Type 1 Diabetes Mellitus, Anxiety Disorder and Anorexia Nervosa. *Children* [revista en internet]. 2021 [acceso 23 de diciembre]; 8(6): [1/10]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34070247/>
14. Moosavi M, Kreisman S, Hall L. Intentional Hypoglycemia to Control Bingeing in a Patient with Type 1 Diabetes and Bulimia Nervosa. *Canadian Journal of Diabetes* [revista en internet]. 2015 [acceso 28 de diciembre]; 39(1): [16/17]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25282003/>
15. Coleman SE, Caswell N. Diabetes and eating disorders: an exploration of “Diabulimia”. *BMC Psychology* [revista en internet]. 2020 [acceso 28 de diciembre 2021]; 8(101): [1/7]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00468-4>