

Comportamiento clínico y enfoque terapéutico de los trastornos alimentarios en personas con diabetes mellitus tipo 1

Clinical Behavior and Therapeutic Approach of Eating Disorders in People with Type 1 Diabetes Mellitus

José Hernández Rodríguez^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-5811-5896>

Loraine Ledón Llanes² <https://orcid.org/0000-0001-6051-030X>

¹Instituto Nacional de Endocrinología. La Habana, Cuba.

²Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición “Salvador Zubirán”, Departamento de Biología de la Reproducción. Ciudad de México, México.

*Autor para la correspondencia: pepehdez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El comportamiento clínico de la diabetes mellitus tipo 1 y el enfoque terapéutico de los trastornos de la conducta alimentaria se complejizan cuando estos coinciden en una misma persona.

Objetivo: Describir algunos aspectos del comportamiento clínico y enfoque terapéutico de los trastornos de la conducta alimentaria en personas con diabetes mellitus tipo 1.

Métodos: Se realizó una búsqueda de literatura relevante sobre el tema en el primer semestre de 2019. Se utilizaron como buscadores de información científica a Pubmed y a Google Académico. Como criterios iniciales de elegibilidad, se evaluaron artículos de revisión, de investigación y páginas Web que, en general, tenían menos de 10 años de publicados, en idioma español, portugués e inglés, y que hicieran referencia específicamente al tema de estudio a través del título. Fueron excluidos los artículos que no cumplieron con estas condiciones. Esto permitió el estudio de 65 artículos, de los cuales 33 fueron referenciados.

Conclusiones: El comportamiento clínico de los trastornos de la conducta alimentaria en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 combina síntomas y signos propios de ambas dolencias. Ambas entidades nosológicas se deben prevenir, pesquisar, diagnosticar e

intervenir desde los servicios de atención primaria de salud, a través de una perspectiva interdisciplinaria. El tratamiento endocrinológico, unido a la terapia individual, la psicoeducación relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria, la terapia familiar y un plan de tratamiento integral para la salud mental son imprescindibles desde el primer nivel de atención.

Palabras claves: trastornos de la conducta alimentaria; diabetes mellitus; diabulimia; omisión/restricción/mal uso de insulina, bulimia.

ABSTRACT

Introduction: The clinical behavior of type 1 diabetes mellitus and the therapeutic approach to eating disorders become more complex when they coincide in the same person.

Objective: To describe some aspects of the clinical behavior and therapeutic approach of eating disorders in people with type 1 diabetes mellitus.

Methods: A search of relevant literature on the subject was carried out in the first semester of 2019. We used, as search engines for scientific information, *Pubmed* and *Google Scholar*. As initial eligibility criteria, we evaluated review articles, research articles, and web pages which, in general, were published less than 10 years ago, in Spanish, Portuguese and English, and which made, in their titles, specific reference to the topic of the study. Articles that did not meet these conditions were excluded. This allowed the study of 65 articles, of which 33 were referenced.

Conclusions: The clinical behavior of eating disorders in patients with type 1 diabetes mellitus combines symptoms and signs typical of both conditions. Both nosological entities must be prevented, screened, diagnosed and intervened, starting in primary health care services, through an interdisciplinary perspective. Endocrinological treatment, together with individual therapy, eating disorders–related psychoeducation, family therapy, and a comprehensive treatment plan for mental health are essential, starting in the first level of care.

Keywords: eating disorders; diabetes mellitus; diabulimia; insulin omission/restriction/misusage; bulimia.

Recibido: 22/09/2019

Aceptado: 24/01/2020

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen perturbaciones de la salud mental caracterizada por un comportamiento anómalo frente a la ingesta alimentaria y una obsesión por el control del peso corporal, acompañado de distorsión en la percepción de la imagen corporal.⁽¹⁾ Su etiología es multifactorial y en ella se imbrican factores genéticos, biológicos, psicológicos, ambientales, sociales y culturales, que actúan como factores predisponentes, desencadenantes o mantenedores, entre los que se destacan: la dieta restrictiva, el estrés, los periodos de crisis y los sucesos adversos.^(2,3)

Los principales TCA son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN), el trastorno alimentario por atracón (TAA), y otros desórdenes alimentarios no especificados.^(3,4,5) Ellos tienen una gran prevalencia, sobre todo, entre jóvenes y adolescentes de países desarrollados, y su prevención y tratamiento constituyen un reto para la atención sanitaria en general,⁽²⁾ y en particular para el primer nivel de atención.

En la AN existe una distorsión de la imagen corporal que conlleva una pérdida de peso voluntaria, mientras que en la BN existen episodios regulares de atracones, como en el TAA, con la diferencia de que en la BN aparecen conductas compensatorias. Ejemplo de esto último es el abuso de laxantes, el vómito auto-inducido o la manipulación medicamentosa, entre otras medidas, para evitar el aumento de peso.^(3,5,6,7)

El vocablo “diabulimia” (combinación de dos palabras, diabetes y bulimia) es una expresión utilizada para describir lo que se considera como una enfermedad única de las personas con diabetes mellitus (DM), que debe ser distinguida de otros subtipos de TCA.⁽⁸⁾ En este caso, omitir o reducir las dosis de insulina indicada (como conducta compensatoria posterior a un atracón), constituye la vía para evitar la ganancia de peso corporal.^(4,6) Sin embargo, la “diabulimia” no es una categoría diagnóstica reconocida,^(3,9) por lo cual los autores del presente artículo consideramos que, a la luz del conocimiento actual, resulta más pertinente referirse a los “TCA en personas con DM”, término que a la vez que incluye el manejo del tratamiento de insulina con fines de pérdida de peso, engloba también otras manifestaciones de TCA que se pueden presentar en esta población.

La etiología de los TCA en personas con DM es multifactorial, con factores tanto genéticos como culturales y ambientales influyentes en esta condición de salud.⁽⁷⁾ Los pacientes con DM sufren de un distrés psicológico importante, lo que se relaciona con el carácter crónico

del padecimiento, además de aspectos neuroendocrinos particulares.⁽¹⁰⁾ Las modificaciones en diversas áreas de vida que demanda la convivencia con la esta enfermedad, y la responsabilidad que se exige del paciente en relación con el cuidado de su salud, en términos de dieta, ejercicios, toma de medicamentos y monitoreo de la glucosa, prevención de eventos de hipoglucemia, entre otros eventos, pueden agravar esta dolencia y predisponer al desarrollo de un TCA,^(2,3,11,12) sobre todo si se padece una DM tipo 1 (DM1).

Las preocupaciones con la apariencia física, la aceptación social y el sentimiento de pérdida de autonomía en personas con DM1, especialmente aquellas diagnosticadas durante la pubertad y la adolescencia, pueden favorecer la aparición de un TCA.^(7,13) La forma como se maneja la información existente sobre la enfermedad, el momento de comunicar el diagnóstico y, fundamentalmente, el tratamiento de la DM constituyen desafíos para los profesionales de la salud, en especial para el equipo básico de salud en el primer nivel de atención, pues pueden influir en la incidencia de los TCA.⁽¹⁴⁾

El mantener un control glucémico óptimo para prevenir complicaciones de la DM es fundamental para las personas con DM1, especialmente para los adolescentes que mantienen estilos de vida cada vez más ocupados en sociedades muy competitivas,⁽⁴⁾ lo cual se hace mucho más difícil si el paciente tiene un TCA. Asimismo, se precisa de una comprensión de esta problemática de salud a partir del desarrollo de investigaciones que permitan identificar a las personas que la expresan, así como conocer lo complejo de sus factores de riesgo.

Es menester lograr una mayor divulgación sobre el presente tema entre los proveedores de salud en los tres niveles de atención, en particular en la atención primaria de salud, en las personas con DM, sobre todo las de tipo 1, así como en la comunidad en general. Por lo antes referido y la importancia del tema que aquí se aborda, el presente artículo tiene como propósito describir algunos aspectos del comportamiento clínico y el enfoque terapéutico de los TCA en personas con DM1, a partir de una revisión de la literatura científica sobre la temática.

Métodos

Se realizó una búsqueda de literatura relevante sobre el tema en el primer semestre de 2019. Se utilizaron como buscadores de información científica a Pubmed y a Google Académico. La estrategia de búsqueda incluyó los siguientes términos como palabras claves: “trastornos

de la conducta alimentaria”, “diabetes mellitus”, “diabulimia”, “omisión/restricción/mal uso de insulina”, “bulimia”. Se evaluaron artículos de revisión, de investigación y páginas Web que, en general, tenían menos de 10 años de publicados, en idioma español, portugués e inglés, y que hicieran referencia específicamente al tema de estudio a través del título. Una vez identificados los artículos de interés, se consideraron como criterios de elección para la presente revisión: 1) que examinaran la problemática de los TCA en personas con DM1; y 2) que abordaran la temática a través de cualquier metodología de investigación (cuantitativa, cualitativa, investigación operativa, otras). Fueron excluidos los artículos que no cumplieron con estas condiciones. Esto permitió el estudio de 65 referencias bibliográficas, de las cuales 33 se citaron en el presente artículo.

Desarrollo

Los adultos con DM1 se encuentran en mayor riesgo de presentar un TCA en comparación con sus pares sin DM.⁽¹⁵⁾ La prevalencia de los TCA en personas con DM1 es variable y depende de los criterios utilizados para su diagnóstico y de las características de la muestra. Su aparición se relaciona con una interacción compleja de factores como: el uso y la distribución de la insulina a lo largo del día, los valores de la glucemia, las emociones y la imagen corporal, los que puede afectar el cuidado de la DM y de la salud mental del sujeto.⁽¹⁶⁾ En general, los TCA son más comunes en jóvenes entre 15 y 30 años de edad, particularmente en mujeres,^(8,17) y son reconocidos como un problema significativo para el manejo clínico de la DM1.⁽¹⁸⁾

Algunos elementos acerca del comportamiento clínico de los TCA en personas con DM1

Los profesionales de la salud deben pensar en el diagnóstico de un TCA ante niños, adolescentes y adultos jóvenes con DM1 que presenten alguno o varios de los siguientes comportamientos clínicos:^(4,6,19,20)

- Hiperglucemia sintomática con la presencia de síntomas y signos clásicos de descontrol glucémico, lo que puede propiciar las admisiones repetidas de estos pacientes en cuerpo de guardia, por presentar cetoacidosis diabética.

- Síntomas físicos como: el detrimento y variabilidad del peso corporal, la reducción del grosor del cabello, mareos, dolor abdominal o cefalea, así como amenorrea en una mujer pubescente.
- Limitado monitoreo de la glucosa o rechazo a realizarse el auto-monitoreo. Aumento inexplicable de los valores de la hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}), como resultado de descontrol glucémico, secundario a uso inadecuado o insuficiente de la insulina.
- Rasgos de comportamiento no habituales como:
 - Aislamiento durante la realización de las actividades habituales.
 - Patrones y hábitos nutricionales y de alimentación inusuales, como comer comidas de forma errática y en cantidades superiores a lo esperado (atracones), a menudo saltándose el desayuno. No comer en familia con la frecuencia esperada.
 - No tener su insulina disponible en las comidas (en los casos de tratamiento con dosis múltiples de insulina) o evitación de su aplicación.
 - Administración de insulina en secreto y/o usar sitios de inyección inapropiados.
 - Manifestar gran interés en la forma y el peso corporales, o la práctica del ejercicio de manera excesiva.

Asimismo, otros elementos a tener en cuenta son:⁽⁷⁾

- Inicio temprano de complicaciones diabéticas.
- Negarse a la evaluación del peso corporal en el servicio de salud.
- Pérdida de citas médicas para la atención de la DM.
- Cambios en el apetito y conteo obsesivo de las calorías (más de lo requerido para una ingesta efectiva de carbohidratos).
- Síntomas de depresión o ansiedad.
- Imagen corporal distorsionada.

En las personas con DM1 que presentan “diabulimia”, la omisión/reducción del uso de la insulina conduce a que se desencadenen ciertos efectos fisiopatológicos, entre ellos, niveles elevados de la glucemia, lo cual facilita la pérdida de glucosa por la orina; en esta situación el organismo no puede hacer uso de ella y mucho menos almacenarla.^(4,6) Conjuntamente, la disminución de la capacidad del cuerpo para usar la glucosa como energía, trae aparejada

la movilización y uso de los depósitos de grasas y proteínas, así como la pérdida de peso.⁽²¹⁾ El descontrol glucémico, a su vez, puede ocasionar importantes problemas de salud a corto, mediano y largo plazo.⁽²²⁾

Las personas que padecen de un TCA y una DM1, combinan síntomas y signos de ambas dolencias. A pesar de su sufrimiento mental, generalmente, evitan el apoyo de familiares, amigos y la ayuda profesional. En ellos aparece el deterioro de las relaciones interpersonales y ponen en riesgo su desarrollo profesional o laboral, incluso su seguridad financiera.⁽²³⁾

Como datos de interés a considerar, estos pacientes pueden ocultar los resultados de sus glucemias y de sus HbA_{1c} cuando estas aumentan. El número de hospitalizaciones por aparición de complicaciones agudas de su DM1 también crece, a pesar de lo cual suelen no alarmarse y se mantienen desmotivados ante las medidas orientadas para mejorar su cuidado personal.^(4,6,19)

El manejo de la dieta y el tratamiento con insulina se entorpece en estos casos, por problemas de apariencia y aceptación social, especialmente en aquellas personas cuya DM1 se diagnostica durante la adolescencia.⁽⁶⁾ Ello promueve un comportamiento particular que se caracteriza por comer en exceso en respuesta a su angustia emocional (en los casos de BN y TAA), así como medirse el peso corporal de manera frecuente. Al detectar el aumento de peso, o incluso para evitarlo, evaden usar insulina (diabulimia), en lugar de hacer ejercicio o dieta para controlarlo.

El malestar que les provoca este escenario se manifiesta a través de sentimientos de vergüenza, disminución de la autoestima, angustia y depresión, que pueden llegar a la ideación suicida,^(6,19,24) acompañado de síntomas y signos de descontrol glucémico. Al no existir buen control glucémico, en estas personas aparecen síntomas de forma temprana, que incluyen poliuria, polidipsia, debilidad y pérdida de peso como resultado de la hiperglucemia,^(6,17,22,25) y la deficiencia de insulina puede conducir a un peligroso cuadro de cetoacidosis diabética, el cual combina hiperglucemia con acidosis metabólica y cetonemia, que incluso puede amenazar la vida del paciente.^(4,25)

También es muy importante considerar la alta correlación existente entre la presencia de DM, la depresión y el distrés psicológico, los cuales generan afectaciones múltiples tanto en la salud física como mental, y pueden favorecer además la presencia y mantenimiento de un TCA, con sus respectivos efectos nocivos sobre el manejo de la enfermedad, el cumplimiento del tratamiento y los indicadores de salud.⁽¹⁰⁾

Del mismo modo, a mediano y largo plazo, las complicaciones micro y macro vasculares de la DM se pueden hacer evidentes, expresadas fundamentalmente en enfermedad

cardiovascular, neuropatía, retinopatía y nefropatía diabética.^(8,21,25,26) Cuando un TCA es comórbido a la DM1, los resultados del tratamiento tienden a ser desfavorables, por lo que se incrementa el riesgo de complicaciones y la mortalidad aumenta. En general se produce un franco deterioro de la salud física y mental del paciente.^(4,21,27)

El manejo temprano de los TCA en personas con DM1 resulta esencial, pero requiere de un diagnóstico previo.⁽⁷⁾ En particular, en los individuos que poseen un riesgo incrementado de desarrollar un TCA, como por ejemplo aquellos con sociopatías o con trastornos afectivos, la evaluación y el diagnóstico precoz son trascendentales. Este puede realizarse, bien mediante la sospecha clínica o a través del cribado sistemático con cuestionarios validados, de ahí la utilidad del uso de instrumentos de pesquisa específicos para personas con DM1, que permitan identificar la presencia de los TCA, más que utilizar instrumentos validados para TCA específicos, los que pueden sobreestimar o subestimar la presencia del trastorno.⁽⁴⁾

La identificación temprana y oportuna de los TCA en personas con DM1 se hace más factible a partir de la colaboración del equipo especializado en DM y del equipo de salud mental de la Atención primaria de salud, ya que siempre se requerirá de una investigación más profunda por un profesional de la salud mental que confirme el diagnóstico.^(4,28,29,30) A esto se sumaría la participación del binomio médico-enfermero de la familia de la APS, como representantes de la primera línea de combate para el cuidado de las personas con DM.

Se debe ser cuidadoso con los diagnósticos errados de TCA en personas con DM1, en los que el uso de la insulina podría ser olvidado más que omitido deliberadamente. Además, existen personas a quienes por su estilo de vida les resulta difícil insertar rutinas y hábitos específicos, y otras personas en las que el control glucémico se hace muy difícil de lograr. Finalmente, se debe tener en cuenta excluir en estos casos las causas orgánicas,⁽⁴⁾ para de esta forma evitar errores diagnósticos que puedan entorpecer la evolución y tratamiento adecuado de estas personas.

Algunos elementos acerca del enfoque terapéutico de los TCA en personas con DM1

La detección temprana de un TCA en un sujeto con DM1 permite tratar de forma precoz ambas enfermedades y así evitar los efectos deletéreos e irreversibles que estas pueden causar.⁽³⁰⁾ Por ello, el equipo de salud debe trabajar en aquellos procesos y aspectos

psicosociales que pueden poner en riesgo a una persona con DM de desarrollar un TCA, tales como el sobredimensionamiento de la imagen, la forma y el peso corporales, como vías de alcanzar reconocimiento social, o la reproducción de estigmas sociales con base al estado de salud.⁽⁴⁾

El hecho de que la presencia de un TAC esté rodeado de secreto, vergüenza y estrés, más en las personas con DM1 que tienen la exigencia de cumplimentar de manera estricta el tratamiento con insulina y las indicaciones dietéticas, entre otras medidas, hace difícil que los sujetos refieran esta problemática de forma espontánea.⁽⁴⁾ El equipo de salud, en interacción con el paciente y su familia, debe identificar a los pacientes en riesgo de desarrollar este tipo de trastornos y les debe proveer de apoyo psicológico y físico; asimismo, les debe brindar ayuda para el manejo de las comorbilidades y en particular de la DM1.⁽¹⁷⁾ Por la complejidad de esta situación, es evidente la relevancia que tiene sostener un enfoque interdisciplinario y preventivo para el manejo de los TCA en personas con DM1, lo cual mejora los resultados a largo plazo.^(7,15)

Este enfoque debe contextualizarse en los diferentes aspectos psicosociales relacionados con el proceso de vivir con DM. Entre ellos se describen diferentes fases o momentos, tales como:⁽³¹⁾

- Los antecedentes de trastornos de salud mental previos a la convivencia con la DM.
- El proceso de diagnóstico y el proceso de aprendizaje de automanejo sistemático de la enfermedad.
- El proceso de afrontamiento.
- Las etapas de transición que pueden afectar el manejo de la DM.
- La evolución de la enfermedad e inicio de complicaciones.
- El envejecimiento y su impacto en el control y progresión de la misma.

A ellos se debe añadir la consideración de dimensiones tales como el género, la etnia y/o grupo social de pertenencia, el estatus socioeconómico del paciente, la accesibilidad a instituciones e información de salud, el contexto y dinámica familiar, entre otros; todos los cuales generan particularidades específicas en la manifestación de la problemática de los TCA en personas con DM1, y por ello demandan de una atención personalizada.

La terapéutica no debe basarse en la medicación psicotrópica como tratamiento único o primario en lo que respecta a los TCA. Es preferible valorar la necesidad de otras

intervenciones que apoyen cambios favorables en la alimentación y el peso corporal, revirtiendo los efectos psicológicos de la malnutrición.⁽³²⁾ El diagnóstico y el tratamiento de los TCA en personas con DM1 resultan difíciles para el proveedor de atención médica debido, en ocasiones, a la falta de un diagnóstico aceptable y a una presentación vaga de los síntomas.⁽⁵⁾

Como parte del tratamiento de estas personas, en particular cuando la DM1 se asocia a una BN, se sugiere tomar una serie de medidas y a su vez, muchas de ellas son de utilidad en el tratamiento de otros TAC. Para lograr un correcto manejo clínico de las personas con ambos padecimientos, TAC y DM1, se deben considerar los siguientes aspectos.^(6,9,14,19,33)

- La prevención es fundamental:
 - Se debe tener disponible un equipo multidisciplinario para promover el adecuado tratamiento de la DM1 desde un enfoque biopsicosocial, educativo y participativo.
 - Resulta esencial la identificación temprana de una enfermedad mental subyacente, así como pesquisar a tiempo a aquellos sujetos en riesgo de padecer un TCA.
 - Trabajar con la familia como un factor esencial para evitar la aparición de los TCA en las personas con DM1.

- En las personas con DM1 en quienes se diagnostique un TCA:
 - Lograr la detección y tratamiento temprano de los TAC, lo que contribuye a solucionar problemas futuros.
 - El objetivo inicial del tratamiento debe ser mantener el control glucémico y evitar la cetoacidosis diabética.
 - Se debe revisar la educación diabetológica del paciente, con el objetivo de potenciar su autocuidado con respecto a la auto-inyección, el conteo de carbohidratos y la corrección de dosis con su insulina.
 - La terapia individual debe ser priorizada para abordar las dificultades personales.

- La psicoeducación relacionada con los TCA debe dirigirse a favorecer los procesos de reestructuración de una imagen corporal y autoestima favorables en el paciente.
- Se debe explorar a fondo la presencia de depresión y posible ideación suicida y actuar en consecuencia.
- La terapia familiar se debe organizar de forma tal que se analice la dinámica familiar y la necesidad de establecer límites.
- En general, un plan de tratamiento integral para la salud mental es esencial.
- La aplicación de terapia cognitiva conductual dirigida al TCA podría ser beneficiosa.

Se insiste en que cualquier medida, en este sentido, debe ir acompañada de un riguroso tratamiento endocrinológico basado fundamentalmente en la aplicación de dietoterapia, acorde a las necesidades nutricionales del paciente, ejercicio físico controlado por personal especializado de ser posible, educación diabetológica y la administración de insulina, utilizando de preferencia dosis múltiples de análogos de insulina o, en su defecto, insulina humana convencional.⁽²⁵⁾ Todo esto, encaminado a lograr el mejor control glucémico posible, lo cual repercutirá de forma favorable en la evolución de la DM1 y del TCA.^(4,17,25) La efectividad de cualquier tratamiento debe incluir tanto el monitoreo de la Hemoglobina glucosilada (HAb_{1c}) como del Índice de masa corporal (IMC).^(4,25) Los pacientes deben ser estimulados a realizar cambios lentos para disminuir su nivel de glucosa en sangre, quizás aumentando la insulina en pequeñas cantidades por semana,⁽¹⁷⁾ si su condición clínica lo aconseja.

Dos elementos fundamentales del tratamiento son la estimulación de la adherencia a la administración de insulina y la normalización de las conductas alimentarias, lo cual precisa ser manejado de forma mancomunada y en alianza entre el sujeto y el equipo de salud.⁽⁸⁾ Es indispensable que la persona con DM1 y un TCA esté completamente involucrada en todas las decisiones relacionadas con el cuidado y manejo de su DM y salud en general.⁽⁴⁾

Puede ser productivo combinar el trabajo individual con el grupal, junto con otras personas con DM1 y TCA y miembros del equipo de salud. Se ha demostrado la importancia de sentirse miembro de un grupo social para recuperarse de padecimientos como los TCA: el apoyo recibido de un grupo con identidad compartida constituye parte clave del proceso de recuperación.⁽⁹⁾ La provisión de recursos psicológicos para manejar los síntomas y afrontar los retos asociados con la recuperación se basa en el conocimiento en primera persona de la problemática de salud, lo cual facilita la interacción con quienes desconocen las

particularidades y complejidad de este proceso nosológico.⁽⁹⁾ Se recomiendan las terapias familiares y cognitivo-conductuales,⁽¹⁵⁾ siempre sobre la base del conocimiento y consentimiento del sujeto con DM como expresión de una perspectiva de respeto a sus derechos, y como enfoque terapéutico de manejo apropiado de estresores que puedan empeorar las manifestaciones del TAC.

Conclusiones

Las señales de alerta a tener en cuenta como parte del trabajo preventivo y del diagnóstico de un TAC en pacientes con DM1 son muchas, y entre ellas se describen: los niveles incrementados de HAb_{1c}, historia de cetoacidosis, frecuentes hospitalizaciones debido a tratamiento irregular, y/o la pérdida de peso corporal o su no suficiente ganancia a pesar de la ingesta de alimentos.

La omisión o restricción deliberada de insulina -como conducta compensatoria-, en los casos de “diabulimia”, produce un alto riesgo de complicaciones relacionadas con la DM y se corresponde con aumento de la mortalidad y de las vulnerabilidades psicosociales y el deterioro de la salud mental. Este fenómeno debe ser visto desde el enfoque de los TCA en el contexto específico de convivencia con la DM.

Los TCA deben prevenirse, pesquisarse, diagnosticarse e intervenir desde los servicios de la APS, y se debe favorecer la comprensión, manejo y seguimiento de los mismos desde una perspectiva interdisciplinaria. El tratamiento endocrinológico que prioriza la educación diabetológica, con el objetivo de potenciar el autocuidado, la terapia individual y la psicoeducación relacionada con TCA, así como otras medidas del tipo de la terapia familiar y un plan de tratamiento integral para la salud mental son esenciales.

Referencias bibliográficas

1. Ortiz LM, Aguiar C, Samudio GC, Troche A. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: ¿una patología en auge? *Pediatría (Asunción)*. 2017;44(1):37-42.
2. Dueñas Y, Murray M, Morell B, Murjani HS, Jiménez A. Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica: una patología en auge. *Nutr Hosp*. 2015;32(5):2091-97.
3. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5.thed. [DSM-5])*. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.

4. Chelvanayagam S, James J. What is diabulimia and what are the implications for practice? *Br J Nurs.* 2018;27(17):980-86.
5. Nicolau J, Masmiquel L. Eating disorders and diabetes mellitus. *Endocrinol Nutr* 2015;62(7):297-9.
6. Kınık MF, Gönüllü FV, Vatansever Z, Karakaya I. Diabulimia, a Type I diabetes mellitus-specific eating disorder. *Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi.* 2017 [acceso: 04/04/2019];52(1):46-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5396822/>
7. Nicolau J, Masmiquel L. Eating disorders and diabetes mellitus. *Endocrinol Nutr.* 2015;62(7):297-299.
8. Treasure J, Kan C, Stephenson L, Warren E, Smith E, Heller S, Ismail K. Developing a theoretical maintenance model for disordered eating in Type 1 diabetes. *Diabet. Med.* 2015 [acceso: 02/08/2019];32(12):1541-5. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/dme.12839>
9. Hastings A, McNamara N, Allan J, Marriott M. The importance of social identities in the management of and recovery from 'Diabulimia': A qualitative exploration. *Addictive Behaviors Reports.* 2016 [acceso: 15/12/2019];4:78-86. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S235285321630044X>
10. Tareen RS, Tareen K. Psychosocial aspects of diabetes management. *Transl Pediatr* 2017;6(4):383-396.
11. Ledón L. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Rev Cubana Endocrinol.* 2012;23(1):76-97.
12. Martyn-Nemeth P, Quinn L, Hacker E, Park H, Kujath AS. Diabetes distress may adversely affect the eating styles of women with type 1 diabetes. *Acta Diabetol.* 2014;51(4):683-6.
13. Ruth-Sahd LA, Schneider M, Haagen B. Diabulimia. What it is and how to recognize it in critical care. *DIMENS CRIT CARE NURS.* 2009;28(4):147-53.
14. Lazo C, Durán S. Efecto del diagnóstico de la diabetes mellitus y su complicación con los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev. chil. nutr.* 2019 [acceso: 24/08/2019];46(3). Disponible: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000300352>
15. Nip ASY, Reboussin BA, Dabelea D, Bellatorre A, Mayer-Davis EJ, AR Kahkoska, *et al.* Disordered Eating Behaviors in Youth and Young Adults With Type 1 or Type 2 Diabetes Receiving Insulin Therapy: The SEARCH for Diabetes in Youth Study. *Diabetes*

Care 2019 [acceso: 02/08/2019]:1-8. Disponible en: <https://scihub.tw/https://doi.org/10.2337/dc18-2420>

16. Davidson J. Diabulimia: how eating disorders can affect adolescents with diabetes. *Nurs Stand*. 2014;29(2):44-9.

17. Torjesen I. Diabulimia: the world's most dangerous eating disorder. *BMJ*. 2019 [acceso: 18/03/2019];364:1982-3. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/364/bmj.1982>

18. Merwin RM, Dmitrieva NO, Honeycutt LK, Moskovich AA, Lane JD, Zucker NL, *et al*. Momentary predictors of insulin restriction among adults with type 1 diabetes and eating disorder symptomatology. *Diabetes Care*. 2015;38(11):2025-32.

19. Leith CD, Sujay K. Diabulimia: an easily missed diagnosis?. *British Journal of Diabetes*. 2018;18(4):167-70.

20. Juruć A, Kubiak M, Wierusz-Wysocka B. Psychological and medical problems in prevention and treatment of eating disorders among people with type 1 diabetes. *Clinical Diabetology*. 2016;5(1):26-31.

21. De Paoli T, Rogers PJ. Disordered eating and insulin restriction in type 1 diabetes: A systematic review and testable model. *Eat Disord*. 2018;26(4):343-60.

22. Wisting L, Frøisland Dh, Skrivarhaug T, Dahl-Jørgensen K, Rø Ø. Disturbed eating behavior and omission of insulin in adolescents receiving intensified insulin treatment. *Diabetes Care*. 2013;36(11):3382-7.

23. LeBlance H. Eating disorders among girls and woman in Canada. Report of the Standing Committee on the Status of Women. 41st Parliament, Second Session. House of Commons Chamere DEC Communes Canada. 2014 [acceso: 02/04/2019]. Disponible en: <https://novascotia.cmha.ca/wp-content/uploads/2018/01/Eating-Disorders-Among-Girls-and-Women-in-Canada-.pdf>

24. Barlow DH, Durand VM. *Abnormal psychology: An integrative approach*. (7th ed.). Belmont, CA: Wadsworth/Cengage Learning; 2013.

25. Díaz Díaz Oscar, Orlandi González N. Manual para el diagnóstico y tratamiento del paciente diabético a nivel primario de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2017 [acceso: 02/04/2019];36(2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/manual_diag_ttmo_paciente_diabetico/indice_p.htm

26. Nezami L, Abiri F, Kheirjoo E. Bulimia in Diabetic Patients: A Review on Diabulimia. *Iranian Journal of Diabetes & Obesity (IJDO)*. 2018;10(2):102-5.

27. Markowitz JT, Alleyn CA, Phillips R, Muir A, Young-Hyman D, Laffel LMB. Disordered eating behaviors in youth with type 1 diabetes: Prospective pilot assessment

following initiation of insulin pump therapy. *Diabetes Technology & Therapeutics*. 2013;15(5):428-33.

28. Falcão MA, Francisco R. Diabetes, eating disorders and body image in young adults: an exploratory study about “diabulimia”. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2017;22(4):675-82.

29. Pinhas O, Hamiel U, Levy Y. Eating disorders in adolescents with type 1 diabetes: challenges in diagnosis and treatment. *World journal of diabetes*. 2015;6(3):517-26.

30. Labora JJ. El cuerpo y los trastornos de la conducta alimentaria: los imaginarios sociales del cuerpo de los profesionales de la salud. *Sociología y Tecnociencia*. 2018;8(2):112-30.

31. Young-Hyman D, de Groot M, Hill-Briggs F, Gonzalez JS, Hood K, Peyrot M. Psychosocial Care for People With Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2016;39(12):2126-40.

32. Hernández VM, Cabrera Z. Recomendaciones Básicas para el Abordaje de Pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Ciencia y Humanismo en la Salud*. 2014;1(1):28-39.

33. Olmsted MP, Daneman D, Rydall AC, Lawson ML, Rodin G. The effects of psychoeducation on disturbed eating attitudes and behavior in young women with type 1 diabetes mellitus. *Int J Eat Disord*. 2002;32(2):230-9.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

José Hernández Rodríguez: Concepción, recolección y análisis de los datos, elaboración del artículo.

Loraine Ledón Llanes: Recolección y análisis de los datos, elaboración del artículo.

Los autores estuvimos de acuerdo con la versión final del manuscrito.