

**Olga Sanz Font**

Psicóloga general sanitaria.
Experta en diabetes

DIABULIMIA: todo un reto para su sospecha y abordaje por la familia y el equipo diabetológico

El incremento de los trastornos de conducta alimentaria ha sido muy rápido en las últimas décadas. Cada año, en España, hay dos mil quinientos nuevos casos de anorexia y seis mil de bulimia. Estos trastornos afectan especialmente a las mujeres jóvenes y tienden a ser enfermedades que se cronifican en el tiempo, con necesidad de tratamientos largos, conllevando un importante sufrimiento personal y familiar.

En el caso de las personas con diabetes tipo 1 (DM1), especialmente si son mujeres jóvenes, el riesgo de desarrollar trastornos de la alimentación es el doble que en la población general sin diabetes. Un estudio mostró que más de la mitad de las adolescentes con diabetes tipo 1 con índice de masa corporal de obesidad tenían un comportamiento alimentario desordenado. Lo varones también pueden desarrollar trastornos alimentarios. El 16% de los niños con diabetes tipo 1, tienen un trastorno de conducta alimentaria en comparación con 1 de cada 400 jóvenes sin diabetes.

¿POR QUÉ? LA DIABETES EN SÍ MISMA CONDICIONA UNA ESPECIAL ATENCIÓN SOBRE LA PROPIA IMAGEN CORPORAL Y LA ALIMENTACIÓN. QUIZÁ, ESTA HIPERFOCALIZACIÓN HACIA ESTOS ASPECTOS CONDICIONA O HACE MÁS FACTIBLE EL DESARROLLO DE ESTOS TRASTORNOS.

Hay que tener en cuenta que cuando una persona debuta con diabetes tipo 1, aumenta de peso pues viene de una situación de hiperglucemias sostenidas con cuerpos cetónicos que en muchos casos le ha hecho perder peso, por lo que pueden asociar insulina a aumento de peso.

Cuando las personas con diabetes padecen además un trastorno de la alimentación se da una situación de altísima gravedad, ya que suele llevar a hiperglucemias mantenidas o grandes oscilaciones glucémicas (de hiperglucemia a hipoglucemia o viceversa) con las consiguientes con-



secuencias para la salud a medio y largo plazo. La anorexia nerviosa es 7 veces más mortal en personas con diabetes tipo 1 que en la población general. La diabulimia, aunque no es reconocido por el DSM_V, es el trastorno alimentario más peligroso.

Es frecuente que las personas con DM1 y con este tipo de trastornos de la alimentación manipulen sus dosis de insulina, incluso llegan a dejar de ponérsela, ya que, al provocar hiperglucemia y cetosis en el organismo, se produce una bajada rápida de peso y del apetito. A este tipo de trastorno de alimentación se le llama diabulimia y es exclusivo de las personas que padecen diabetes.

RIESGOS PARA LA PERSONA QUE PADECE DIABULIMIA

Padecer diabulimia lleva a graves consecuencias en el organismo. Se incrementa hasta tres veces las complicaciones crónicas asociadas a la diabetes no controlada:

como son las oculares, renales, gastroparesia, pérdida ósea y sistema nervioso periférico, propias de un mal control metabólico sostenido.

Este deterioro del organismo relativo al descontrol glucémico mantenido en el tiempo, va acompañado también de los daños que se asocian a los trastornos de conducta alimentaria como: falta de menstruación, deshidratación, crecimiento y desarrollo lento si se da en la adolescencia, problemas gástricos, dentales, de la piel, etc.

Además, el riesgo de mortalidad se triplica, reduciéndose significativamente la esperanza de vida.

¿CUÁLES SON LAS SEÑALES DE QUE LA PERSONA QUE PADECE DIABULIMIA?

Muchas veces el trastorno puede pasar inadvertido, no presentándose necesariamente conductas como la restricción ali-

MUCHAS VECES EL TRASTORNO PUEDE PASAR INADVERTIDO, NO PRESENTÁNDOSE NECESARIAMENTE CONDUCTAS COMO LA RESTRICCIÓN ALIMENTARIA, LOS VÓMITOS NI EXCESIVO EJERCICIO





» mentaria, los vómitos ni excesivo ejercicio. Además, el paciente no suele tener conciencia de su problema y los profesionales y familia pueden interpretar los síntomas como los de un paciente con diabetes “rebelde” que no sigue el tratamiento, sin tener en cuenta el problema psicológico de base.

No obstante, las siguientes manifestaciones podrían ponernos en pista para sospechar la existencia de un trastorno de la conducta alimentaria:

- Evita las situaciones sociales que acontecen en torno a la mesa.
- Rápida pérdida de peso
- Detección de dosis de insulina perdida, tasas basales suspendidas en las infusiones de insulina
- Valores muy altos de hemoglobina glucosilada.
- Cambios en el humor (irritabilidad).
- Negación del problema alimentario.
- Aumento de las situaciones de tensión familiar.
- Aislamiento familiar y de amigos.
- Frecuentes episodios de hipoglucemias y/o hiperglucemias.
- Ansiedad respecto a los controles de peso (rechazo o compulsión por hacerlo).
- Demanda habitual por cambios en el plan de alimentación.
- Episodios de atracones de comida.
- A pesar de la pérdida de peso, continúa percibiéndose “gordo/a”.
- Cocina para todos, pero no come lo que ha preparado.
- Alteraciones en el sueño y en su capacidad de concentración.
- Hospitalizaciones frecuentes por cetoacidosis diabética.
- Manipulación en los controles de la glucemia o ausencia de estos.
- Menstruaciones irregulares o inexistentes.
- Fluctuaciones de peso inexplicables.
- Falta de concentración
- Preocupación excesiva por su peso e insatisfacción con su imagen corporal.
- Malestar al tener que ponerse insulina ante otras personas.
- Acumular y esconder alimentos.
- Falta de conciencia del problema.
- Depresión, ansiedad.
- Cansancio excesivo.
- Patrones de alimentación

irregular. Pueden restringir alimentos o saltarse comidas para perder peso, estas restricciones pueden ir seguidas de una sobreingesta (atracción), lo que les genera sentimiento de culpa y aumenta su ansiedad. Para compensar el atracón, vuelven limitar su ingesta y/o evitar la insulina, repitiéndose así el proceso.

Estas manifestaciones son orientativas, pero si tiene sospecha de que una persona cercana o usted misma puede sufrir un problema alimenticio, consulte con el especialista para que le ayude sobre los pasos a seguir.

¿CÓMO ABORDAR EL PROBLEMA?

El primer paso para afrontar el problema es identificarlo y aceptarlo. Desde la cercanía del profesional, es importante señalar los riesgos que tiene su conducta tanto a corto como a largo plazo, sin juzgarle y recordándole que puede confiar en el experto y en su ayuda.

Emplear un lenguaje positivo hacia el cuerpo, la creación de una cultura saludable en torno a los alimentos y la supervisión atenta son especialmente importantes para este grupo de alto riesgo.

**DESDE LA CERCANÍA DEL PROFESIONAL,
ES IMPORTANTE SEÑALAR LOS RIESGOS QUE TIENE
SU CONDUCTA TANTO A CORTO COMO A LARGO PLAZO,
SIN JUZGARLE Y RECORDÁNDOLE QUE PUEDE CONFIAR
EN EL EXPERTO Y EN SU AYUDA**

Es necesario que el paciente sea atendido por un equipo multidisciplinar formado por: endocrinólogo o pediatra-diabetólogo, educador en diabetes, psiquiatra y psicólogo conocedores de los trastornos de conducta alimentaria y la diabetes. La detección precoz del problema facilitará una positiva evolución.

La ayuda del experto le facilitará trabajar en dos objetivos clave en éste problema: control de glucemia y peso saludable. Se han de negociar metas pequeñas y alcanzables, siempre será un trabajo gradual para asegurar la motivación del paciente. **D**

BIBLIOGRAFÍA

- I. *The importance of social identities in the management of and recovery from 'Diabulimia': A qualitative exploration.* Amy Hastings, Niamh McNamara, Jacqueline Allan, Mike Marriott. *Addict Behav Rep.* 2016 Dec; 4: 78–86.
- II. *Understanding antagonism and synergism: A qualitative assessment of weight management in youth with Type 1 diabetes mellitus.* Anna R. Kahkoska, Madison E. Watts, Kimberly A. Driscoll, Franziska K. Bishop, Paul Mihos, Joan Thomas, Jennifer R. Law, Nina Jain, Elizabeth J. Mayer-Davis. *Obes Med.* 2018 Mar; 9: 21–31
- III. *Associations between self-reported diabetes mellitus, disordered eating behaviours, weight/shape overvaluation, and health-related quality of life.* Danilo Dias Santana, Deborah Mitchison, David Gonzalez-Chica, Stephen Touyz, Nigel Stocks, Jose Carlos Appolinario, Gloria Valeria da Veiga, Phillipa Hay. *J Eat Disord.* 2019; 7: 3
- IV. *The 'Most Dangerous Eating Disorder': Diabulimia in T1D.* Jessica Sparks Lilley, MD. *Medscape & Endocrine Society* December 17, 2019
- V. *Treatment outcome of patients with comorbid type 1 diabetes and eating disorders.* Nuria Custal, Jon Arcelus, Zaida Agüera, Francesca I Bove, Jackie Wales, Roser Granero, Susana Jiménez-Murcia, Isabel Sánchez, Nadine Riesco, Pino Alonso, José M Crespo, Nuria Virgili, Jose M Menchón, Fernando Fernandez-Aranda. *BMC Psychiatry.* 2014; 14: 140
- VI. *Disordered eating behaviour in young adults with type 1 diabetes mellitus.* S. Keane, M. Clarke, M. Murphy, D. McGrath, D. Smith, N. Farrelly, S. MacHale. *J Eat Disord.* 2018; 6: 9.

ENLACES DIGITALES

- www.diabetes.co.uk/diabetes-and-diabulimia.html
www.nhs.uk/conditions/diabetes-type1/Pages/Introduction.aspx
www.nationaleatingdisorders.org/diabulimia-5
www.diabetes.co.uk/diabetes-complications/ketonuria.html
www.fundaciondiabetes.org/general/articulo/30/diabetes-y-trastornos-alimentarios-hablemos-de-diabulimia