

Trastornos de la conducta alimentaria en diabetes

Blanca Liliana Rodríguez González¹

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Banco de Sangre

Para citar este artículo:

Rodríguez-González, Fátima. *Trastornos de la conducta alimentaria en diabetes*.
Revista Acta de Ciencia en Salud, 2016; 1(1): p. 18-24.

Resumen:

Recibir el diagnóstico de Diabetes Mellitus pone en riesgo, el desarrollo normal psicológico del paciente y del ciclo de evolución familiar, cuyas consecuencias serán evidentes en el nivel de personalidad y el desempeño familiar. El diagnóstico a una edad temprana de vida como se da en la mayoría de casos el caso de la DM tipo 1, representa un importante problema a nivel psicológico, ya que es en esta etapa donde la preocupación por el peso y la imagen corporal se vuelve prominente a tal grado que repercute en el autoestima directamente. Muchas personas con Diabetes se enfrentan a una lucha constante con su peso, antes del padecimiento, las personas con diabetes que tienen un mal control metabólico, suelen bajar de peso no intencional debido a la naturaleza de la condición, pero lo recuperan en cuanto se inicia

el tratamiento; se logra un buen control de sus niveles de glucosa, además algunos fármacos como la insulina pueden producir incremento en el peso corporal, un gran aumento de peso en un corto periodo de tiempo puede tener un efecto negativo en la imagen corporal y el autoestima de algunas personas con diabetes tipo 1, y sentirse incapaces de controlar su peso, lo que en algunos jóvenes puede ocasionar conductas compensatorias para tratar de regresar ese control sobre su peso, una de las conductas es la omisión o reducción de su dosis de insulina lo que ocasiona pérdida de peso, asociada a complicaciones a corto plazo, tales como la cetoacidosis y largo plazo acelera el desarrollo de complicaciones crónicas propias de la diabetes.

1. Introducción

En la actualidad, la alimentación ha tomado un importante significado en el entorno social, ahora no solo se toma como respuesta a una necesidad biológica sino que también responde a factores culturales, psicológicos y económicos,¹ la importancia que le da el ser humano y la relación con el ambiente,

desarrolla diversos significados que influyen en las emociones, esto tiene un vínculo directo con la promoción de la salud. Las enfermedades crónicas están en aumento y constituyen un importante problema público de salud.² La creciente de la incidencia y la prevalencia de las enfermedades crónicas se debe

en parte a los servicios médicos de salud, ya que han aumentado las expectativas de vida de los jóvenes con alguna enfermedad crónica. Sin embargo, recibir el diagnóstico de alguna enfermedad crónica en especial Diabetes Mellitus pone en riesgo, el desarrollo normal psicológico del paciente y del ciclo de evolución familiar, cuyas consecuencias serán evidentes en el nivel de personalidad y el desempeño familiar.²⁻³ diversos estudios han mostrado que este tipo de cambios en la conducta representan un peligro para la salud de las personas y en casos extremos se podría convertir en factor de riesgo para el desarrollo de algún trastorno del comportamiento alimentario (TCA), como anorexia nerviosa, bulimia o trastornos por atracón.

1. Diabetes mellitus

La diabetes mellitus (DM) es un grupo de enfermedades metabólicas que se caracterizan por el aumento de la glucosa en la sangre (hiperglucemia), resultante de la alteración de la secreción de insulina, la acción que tiene la insulina, o ambas.^{3,4,5} La insulina es una proteína producida por el páncreas que ayuda al cuerpo a utilizar o almacenar la glucosa de la comida. Esta proteína transforma el azúcar, el almidón y otros compuestos que se obtiene de los alimentos en energía para la realización de diversos procesos metabólicos. La deficiente acción de la insulina proviene de la secreción inadecuada o la disminución de la respuesta de los tejidos a la insulina en uno o más puntos en la compleja vía de la acción hormonal. De acuerdo con la Asociación Americana de Diabetes “el deterioro de la secreción de insulina y los defectos de la acción insulínica suelen coexistir en el mismo paciente, y no está establecido cuál de las anormalidades es la causa principal de la hiperglucemia, si es que actúan por sí solas”.⁴ La hiperglucemia produce una serie de manifestaciones como son poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso y a veces visión borrosa.⁶

La DM se divide en dos categorías: la DM tipo 1, cuya causa es la deficiencia absoluta de la producción de insulina en las células β del páncreas. Es un proceso autoinmune, que se lleva a cabo en los islotes pancreáticos con y por marcadores genéticos, este tipo de diabetes representa del 5% al 10 % de los casos de diabetes; y la DM tipo 2, que es considerada como la

más frecuente con un porcentaje de 90%-95% de la población diabética,^{4,5} causada por una combinación de resistencia a la insulina y una respuesta de secreción compensatoria de insulina inadecuada. En esta categoría, durante un lapso prolongado y antes de que la DM sea detectada y aparezcan síntomas clínicos, puede haber un grado de hiperglucemia suficiente para causar alteraciones patológicas y funcionales en los diferentes tejidos diana.⁴ Los pacientes que son diagnosticados con esta enfermedad están sometidos a una serie de factores que generan estrés, dado por las modificaciones drásticas de los estilos de vida, los hábitos de cuidado que deben llevar y enfrentamiento de complejas técnicas de tratamiento y control, lo cual deviene en evidente e importante riesgo de inestabilidad de su salud mental.^{2,7}

El diagnóstico a una edad temprana de vida como se da en el caso de la DM tipo 1, representa un importante problema a nivel psicológico, ya que es en esta etapa donde la preocupación por el peso y la imagen corporal se vuelve prominente a tal grado que repercute en el autoestima directamente.⁸ El presente trabajo se enfoca al desarrollo de una anormal conducta alimentaria asociada a la diabetes mellitus, que involucra a los niños y jóvenes y a las técnicas compensatorias utilizadas para el control de peso.

2. Trastornos de la alimentación y diabetes.

La realización de varias investigaciones sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), arroja resultados importantes sobre la prevalencia de ellos en la actualidad. Los TCA son procesos psicopatológicos que desarrollan grandes anormalidades en las actitudes y comportamientos de los individuos en la ingestión de alimentos, cuya alteración es causada por la percepción corporal y miedo al aumento de peso.⁹ La Asociación Americana de Psicología (APA) reconoce como TCA en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Association Disorders (DSM-IV), a la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCA-NE) y trastorno por atracón; son enfermedades que se desarrollan por una serie de factores desencadenantes, entre ellos: alteraciones en el entorno familiar, una baja autoestima, relaciones

sociales, factores culturales, publicidad y posible susceptibilidad genética, en donde la apariencia física representa una obsesión por la figura delgada y la cantidad de comida que es consumida.^{10,11,12} Los trastornos además, tiene una alta tasa de comorbilidades medicas un alto índice de mortalidad, y representa la primer causa de muerte entre los trastornos psiquiátricos.⁶

Algunos estudios realizados por investigadores mencionan que la adolescencia es la etapa de mayor riesgo para el desarrollo de una patología alimentaria debido a la cantidad de cambios que se experimentan, la presencia de DM1 en la adolescencia podría ser un factor de riesgo para TCA; a pesar de ser un tema de debate desde su aparición de los primeros informes sobre esta asociación a comienzos de la década de 1970.⁸ Hay numerosos estudios en relación con esta alteración conductual que relaciona DM1 y TCA. Se ha podido observar, que un aumento del índice de masa corporal (IMC), desde la adolescencia a la edad adulta, se asocia con niveles más altos de preocupación por la forma y el peso y una dieta más restrictiva, sobre todo, en las mujeres.¹³

Se observa que el grado de ansiedad respecto a la imagen corporal es estadísticamente mayor en pacientes con DM.¹⁰ En los adolescentes con diabetes surgen multi factores relacionados con la imagen corporal, la autonomía, la rebeldía, la baja autoestima y los problemas familiares; varios de estos pacientes presentan conducta anormales: omisión de insulina y/o reducción de la dosis de insulina para controlar el peso, hace más vulnerables a los adolescentes para presentar un TCA.^{6,10,14,15} El importante papel de la insulina en la DM hace que las mujeres adolescentes sea una población de alto riesgo para padecer este tipo de conductas y trastornos.

3. Complicaciones de la Diabetes mellitus

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el 2012 (ENSANUT), actualmente se estima que 347 millones de personas en el mundo viven con diabetes, y durante los últimos 10 años, el número de personas que padecen diabetes en México se ha incrementado y es considerada como la principal causa de muerte en el país, se identifican 4.6 millones

de adultos mexicanos con diabetes, es decir, el 9.2 % de los adultos en México han recibido ya un diagnóstico de Diabetes, y se dice que el total de personas con diabetes podrían ser casi el doble de acuerdo con la evidencia previa sobre los porcentajes de las personas que no conocen su condición.¹⁶ por lo que presentan complicaciones como retinopatía, neuropatías, nefropatía y cardiopatías.

Las complicaciones a corto plazo son variadas y letales. Sin insulina que estimule el transporte y metabolismo de la glucosa, las células entran en un estado catabólico en el que las proteínas musculares se hidrolizan para generar aminoácidos y así usarse como energía al igual que las grasas acumuladas en el tejido adiposo.^{17, 18} Esto estimula el consumo aumentado de alimentos (polifagia), después de este no va a ser capaz de utilizar por lo que hay una pérdida de peso asociado a la degradación de tejido muscular y adiposo y posteriormente se estimula la glucogenolisis y gluconeogénesis con lo que se empeora la hiperglucemia.¹⁷ Al no existir un control de la hiperglucemia se desencadena una cetoacidosis. La cetoacidosis diabética se debe a la deficiencia relativa o absoluta de insulina ya el exceso de hormonas reguladoras, que se caracteriza por una hiperglucemia generalmente mayor de 250 mg/dl, cetonuria y pH en sangre > 7.2. Se acompaña de deshidratación, debilidad, aliento cetónico, hiperventilación, dolor abdominal y puede provocar coma o muerte.¹⁹

Los acontecimientos que siguen a la ingestión de los hidratos de carbono en el diabético, reflejan lo que sucede en el metabolismo en ausencia de insulina. La falta de tratamiento adecuado de insulina en personas con diabetes puede conducir a muchos efectos físicos dañinos como los mencionados anteriormente.

En los diabéticos tipo 1, la utilización de insulina es esencial, ya que existe una producción nula de insulina de las células β , lo cual hace que tengan que recibir inyecciones de insulina varias veces al día; muchos diabéticos se enfrentan a una lucha constante con su peso, antes del diagnóstico, las personas suelen bajar de peso no intencional debido a la naturaleza de la condición. Se sospecha que para algunos pacientes es gratificante sentir que bajaron de peso, sin embargo, una vez diagnosticados,

y colocado el régimen de insulina, los pacientes tienden a recuperar el peso y los fluidos perdidos, a veces ganando considerablemente más peso del que había perdido antes de que empezaran el tratamiento.² Un gran aumento de peso en un corto periodo de tiempo puede tener un efecto negativo en la imagen corporal y la autoestima de algunas personas con diabetes tipo 1, y sentirse incapaces de controlar su peso.²⁰

Es importante mencionar, que este tipo de actitudes y comportamientos no son considerados como alguna consecuencia o complicación de la enfermedad, pero la asociación de alguna anomalía en la conducta alimentaria y el diagnóstico de DM en especial del tipo 1, logro que se desarrollaran varias investigaciones para determinar la gravedad y la prevalencia de este tipo de comportamientos.

Para las personas con DM tipo 1 la restricción de insulina es un tipo de trastorno único, que es utilizado para inducir la pérdida de peso lo cual lleva a que un porcentaje de mujeres con DM tipo 1, en promedio un 30 % aproximadamente admitan la restricción de insulina para el control de peso²¹. Un publicado recientemente por Goebel-Fabbri, A. et al.²² Con 11 años de seguimiento, para determinar si la restricción de insulina aumenta la morbilidad y la mortalidad de las mujeres diabéticas, con una muestra de 234 mujeres, se encontró que 71 mujeres (30 %) informaron restricción de insulina al inicio del estudio, 26 mujeres murieron durante el seguimiento, reportando la omisión de insulina más frecuentemente, obteniendo como resultado que la restricción de insulina transporta el triple aumento en el riesgo de mortalidad, este informe arroja a la luz sobre lo que se conoce en la prensa popularmente como “diabulimia”.

4. Diabulimia

Diabulimia no es una condición médica reconocida, sin embargo, es el termino que se ha utilizado en la prensa y en la literatura para describir: a la omisión o restricción de la insulina para el control de peso, y se refiere específicamente a la omisión de la insulina y no incluye algún otro tipo de trastorno de la alimentación,^{2, 8,15}

Las personas con diabetes tipo 1, que padecen este trastorno de la conducta alimentaria suelen saltar o restringir las dosis de insulina de su tratamiento, debido al conocimiento adquirido al darse cuenta que si se administraban menos insulina perdían peso, lo que conllevaría a un descontrol en la hiperglucemia desencadenado glucosuria, lo que sería utilizada como purga²³. Aunque poca investigación se ha llevado a cabo sobre este tipo de conductas, es de gran importancia que se desarrolle un foco de alerta para este tipo de casos; es fácil demostrar una alteración en el seguimiento del tratamiento de una persona con diabetes, elevaciones inexplicables en la hemoglobina A1C (HbA1C)², valores y problemas frecuentes de cetoacidosis debe plantear inquietudes sobre problemas específicos en la restricción de la insulina²¹, pérdida de peso, ejercicio intenso en exceso, falta de marcas de pinchazos en los dedos, falta de prescripción de cambio en los medicamentos, amenorrea en caso de las mujeres y registros de glucosa que no coincidan con el valor de la hemoglobina A1c²².

Las consecuencias de una reducción de insulina aumentan el riesgo cetoacidosis, que además de la acidosis metabólica puede producir deshidratación, pérdida de tejido muscular, se eleva el riesgo a desarrollar infecciones y fatiga. Si este comportamiento continua, puede provocar problemas a largo plazo como insuficiencia renal, enfermedades vasculares y más frecuentemente retinopatía^{23,24}.

5. Prevalencia de Diabulimia

La falta de investigación sobre este tema pone en duda la validez de las complicaciones que desencadenan un comportamiento como este, pero las investigaciones que se han realizado reportan una significativa importancia de estas conductas, por ejemplo, Markowitz, J¹⁴. Y sus colaboradores encontraron que las mujeres con diabetes son 4,8 veces más propensas a tener sobre peso y obesidad que las no diabéticas lo que aumenta la prevalencia a padecer algún tipo de trastorno de la alimentación o conductas alteradas en relación a la administración de dosis insulínica.

En la revisión de la literatura en una recopilación de trastornos de la conducta alimentaria en diabetes,

Gussinye, N., et al¹⁰ encontró que hay un marcado incremento en la omisión de la insulina, y menciona que un estudio longitudinal practicado a 76 adolescentes, 43 chicas y chicos con DM1. En el primer periodo del estudio se demostró que el 6.5 % de las chicas omiten la insulina y al cabo de 8 años el mal uso de la insulina había aumentado un 30 % en las mismas pacientes.

No obstante la prevalencia se balancea mas a la frecuencia en mujeres de sufrir algún TCA con diagnostico de diabetes, como lo menciona Neumark-Sztainer., et al.²⁵ En el cual observaron que las prácticas de control de peso son estadísticamente mayor en mujeres con diabetes que en varones con diabetes; entre las mujeres, el 10.3 % por ciento informó saltar las dosis de insulina y el 7.4 reporto administrarse menos insulina para el control de peso, y solo un hombre informo que llevaba a cabo alguna de esas conductas.

6. Tratamiento

La identificación a tiempo de la restricción de insulina o la omisión o cualquiera de los trastornos alimentarios adicionales, brinda una gran pauta para el tratamiento.⁸ también se pueden plantear métodos para hacer frente a las dificultades específicas de la diabetes, interrogar sobre algún miedo a la hipoglucemia, la aguja, ansiedad, problemas psicológicos, miedo al sobre peso, tener una imagen distorsionada, por lo que es importante hacer una evaluación completa al momento de dar un diagnostico. Es importante brindar una enseñanza completa de las consecuencias y los cambios físicos que representan un diagnostico con Diabetes Mellitus, argumentar las preocupaciones físicas, psicológicas y emocionales de los pacientes.

De acuerdo a ADA (American Dietetic Association)²⁶, la intervención de la nutrición, incluido el asesoramiento nutricional debe realizarse por un profesional de la nutrición registrado, ya que es un componente esencial del equipo de tratamiento de los pacientes con diabetes. Se requiere comprender las complejidades de los alteradores endocrinos, tales como los factores epidemiológicos.

Terapias psicológicas basadas en la evidencia en el contexto de un equipo multidisciplinario, aunque no existen especificaciones de directrices para el tratamiento de la diabetes y los trastornos de la alimentación, sin embargo, la posición por defecto para el tratamiento de las personas que presentan dos condiciones complejas tiene que ser un enfoque de equipo multidisciplinario que integre el conocimiento de la diabetes y los trastornos alimentarios. Las prioridades iniciales de tratamiento son para estabilizar la alimentación y eliminar cualquier purga comportamiento, que en el caso de diabulimia en la que existe una omisión de insulina.

7. Conclusión

Con todo lo descrito anteriormente, se puede valorar la importancia de prestar una especial atención a las personas con diabetes, sobre todo en aquellos que modifican el IMC, con el fin de prevenir alguna conducta compensatoria y disminuir el riesgo de complicaciones. Se requiere atender a las preferencias y a las motivaciones personales, así como estimular la práctica de deporte, el aprendizaje nutricional y el buen manejo de la insulina. Un punto muy importante que puede ser crucial para prevenir diabulimia es el de dar a conocer abiertamente, de un manera profesional, los efectos de la omisión de la insulina, no sólo de la pérdida de peso, sino de las consecuencias nocivas de esta conducta. Es un tema preocupante que la restricción de insulina en personas con DM1 sea más común de lo que se creería. Además al asociar los trastornos alimentarios y el control metabólico alterado puede contribuir a un mayor riesgo de complicaciones microvasculares en mujeres jóvenes con diabetes y los trastornos alimentarios. Cabe destacar que aunque no está definido esta conducta como trastorno formalmente la omisión de insulina si es reconocido como un comportamiento de purga en los criterios DSM-IV.

Además los equipos de cuidado deben tener un alto índice de sospecha de la presencia de trastornos de la alimentación y tener confianza para hacer preguntas relacionadas con los pensamientos, los sentimientos y la elección de alimentos, problemas de peso y el impacto en la gestión de la diabetes. El

equipo debe tener acceso a una diabetes profesional de salud mental especializada calificado para ofrecer terapias psicológicas para que las dificultades puedan abordarse como un aspecto integral de la gestión de la diabetes.

Referencias

- [1] Franco, K., Diaz, F., Lopez, A., Aguilera, V., y Valdez, E. (2010). Conductas de riesgo y sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios del Sur de Jalisco, México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 1 102 -111.
- [2] Quick, V., et al. (2013). Chronic Illness and Disordered Eating: A Discussion of the Literatura 1,2. *American Society for Nutrition. Adv. Nutr.* 4: 277–286. doi:10.3945/an.112.003608.
- [3] Zuñiga, F., et al. (2009). Diabetes Mellitus Tipo 1 y Psiquiatría Infanto-Juvenil. *Rev. Chil Pediatr*; vol.80 (5): 467-474
- [4] American Diabetes Association. (2012). Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus (I). *Diabetes Care*; 35 (Supp 1).
- [5] Jiménez, M. and Dávila, M. (2007). Psicodabetes. *Avances en psicología Latinoamericana*, 25 (1), 126-143
- [6] Figueroa, A., et al. (2010). Seguimiento a 3 años del control metabólico en pacientes con diabetes tipo 1 con trastornos de la conducta alimentaria y sin ellos. *Argent Pediatr*; 108(2):000-000 / 130
- [7] CAMERON, F. et al. (2007). Routine Psychological Screening in Youth With Type 1 Diabetes and Their Parents. *DIABETES CARE. ADA S t a t e m e n t*, VOLUME 30, NUMBER 10.
- [8] Shaban, C. (2013). Diabulimia: mental health condition or media hyperbole?. *Practical diabetes*, 30 (3), 104-105^a
- [9] Chavez, E., et al. (2012). Eating behaviors and eating disorders symptomatology in nutrition students. *Mexican Journal of Eating Disorders*. Vol. 3 29-37.
- [10] Gussinye, N., et al. (2004). Trastornos de la Conducta Alimentaria en la Diabetes tipo 1. *Revisión Bibliográfica. Endocrino/Nutricion*; vol 51(6):374-9.
- [11] Carretero, A., et al. (2009). Relevancia de Factores de Riesgo, Psicopatología alimentaria, Insatisfacción Corporal y Funcionamiento Psicológico en paciente con TCA. *Clinica y Salud*. Vol. 20, num. 2, pp. 145-157.
- [12] Hernández, V., Trava, M., Bastarrachea, R., and Laviada, H. (2003). Trastornos bioquímicos y metabólicos de la bulimia nerviosa y la alimentación compulsiva. *Salud Mental*, Vol. 26. num. 3, pp. 9-15.
- [13] American Diabetes Association. Binge Eating, Mood, and Quality of Life in Youth with Type 2 Diabetes. *DIABETES CARE*, Vol. 34, APRIL 2011. Disponible en: care.diabetesjournals.org
- [14] Markowitz, J. (2009). Self-reported history of overweight and its relationship to disordered eating in adolescent girls with Type 1 diabetes. *NIH. Diabet Med.*; 26(11): 1165–1171.
- [15] HASKEN, J., et al. (2010). Diabulimia and the Role of School Health Personnel. *Journal of School Health; American School Health Association*. Vol. 80, No. 10
- [16] Hernández, M., y Gutiérrez, J. Diabetes mellitus: la urgencia de reforzar la respuesta en políticas públicas para su prevención y control. Instituto Nacional de Salud Pública. ENSANUT 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx>
- [17] Mataix, J. *Tratado de Nutrición y Alimentación. Situaciones Fisiológicas y Patológicas II*. 1ra ed. Barcelona: Océano/ergo; 2008.
- [18] Gal, B., López, M. Martín, A., Prieto, J., (2007). *Base de la fisiología*. (2da ed.). España: Tebar.
- [19] Frank, E., Céspedes, H., Moreno, L., Medina, R., and Campins, J., (2005). Cetoacidosis Diabética como causa de ingreso en UTIPP. *Ciencias Holguín*, vol. XI, núm. 1, pp. 1-10, Cuba.

[20] Weinger, K., and Beverly, E. (2010). Barriers to Achieving Glycemic Targets: Who Omits Insulin and Why? *DIABETES CARE*, Volume 33, Number 2

[21] Goebel- Fabbri, A. (2008). Diabetes and Eating Disorders. *Journal of Diabetes Science and Technology*. Volume 2, Issue 3, May

[22] Goebel-Fabbri, A., Fikkan, J., Franko, D., Pearson, K., Anderson, B., and Weinger, K. (2008). Insulin Restriction and Associated Morbidity and Mortality in Women with Type 1 Diabetes. *DIABETES CARE*, volume 31, number 3, march

[23] Larrañaga, A. and Garcia, R. (2011). Disordered eating behaviors in type 1 diabetic patients. *World J Diabetes* 2011 November 15; 2(11): 89-195. Disponible en : <http://www.wjgnet.com/1948-9358office>.

[24] Hernandez, A., Tirado, O., Rivas, M., Licea, M., and Maciquez, E. (2001). Factores de riesgo en el desarrollo de la retinopatía Diabética. *Revista Cubana de Oftalmología*: 24(1):86-99. Disponible en : <http://scielo.sld.cu>

[25] Neumark-Sztainer, D., Patterson, J., Mellin, A., Ackard, D., Utter, J., Story, M., and Sockalosky, J. (2002). weight control practices and disordered eating behaviors among adolescent females and males with type 1 diabetes. *DIABETES CARE* 25:1289–1296.

[26] American Dietetic Association. (2011). Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders, vol. 111 (8), 1236-1241. Disponible en: www.eatright.org/positions.