



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca

Grado en Enfermería

Curso Académico 2017 / 2018

TRABAJO FIN DE GRADO

**Trastornos de la Conducta Alimentaria en pacientes
con Diabetes Mellitus Tipo 1**

Autora: Luz Suárez Sánchez

Directora: Ana Isabel Sieso Sevil



ÍNDICE

1.	RESUMEN	3
2.	ABSTRACT	4
3.	INTRODUCCIÓN.....	5
3.1.	JUSTIFICACIÓN	8
4.	OBJETIVOS	8
4.1.	General:	8
4.2.	Específicos:	8
5.	METODOLOGÍA.....	9
6.	DESARROLLO	11
6.1.	Herramientas de cribado y diagnóstico.	11
6.2.	Consecuencias.	13
6.3.	Tratamiento.....	13
6.4.	Cuidados de enfermería.....	15
6.5.	Factores de riesgo.	15
7.	CONCLUSIONES.....	17
8.	AGRADECIMIENTOS	18
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	19
10.	ANEXOS	27
10.1.	ANEXO I.....	27
10.2.	ANEXO II	30
10.3.	ANEXO III	31



1. RESUMEN

Introducción. La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad crónica que conlleva un cese absoluto en la producción de insulina, de elevada morbimortalidad. Los pacientes con DM1 tienen más del doble de riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria (TCA) respecto a las personas no diabéticas, y es común que omitan dosis de insulina para perder peso.

Objetivos. Como objetivo principal se plantea realizar una revisión narrativa sobre la coexistencia de la DM1 y los TCA. Como objetivos específicos: conocer las herramientas de cribado y diagnóstico, las consecuencias, el tratamiento, los cuidados de enfermería y los factores de riesgo en estos pacientes.

Metodología. Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos e instituciones oficiales. Los criterios de inclusión son: artículos en español e inglés, de los últimos 5 años, gratuitos. Como criterios de exclusión: editoriales o casos clínicos y estar disponible solo el resumen.

Desarrollo. Existen herramientas de cribado para detectar TCA en pacientes con DM1, una asociación con graves consecuencias. Como tratamiento, se contempla un planteamiento flexible y un equipo multidisciplinar que integre a la familia. No existe información sobre los cuidados enfermeros en estos pacientes. Hay varios factores de riesgo para desarrollar TCA en personas con DM1.

Conclusiones. Hay escasa información en español sobre este tema. Dada su importancia, es necesario desarrollar programas de prevención en atención primaria, donde la enfermera tiene un papel importante dentro del equipo multidisciplinar que trata a personas con DM1.

Palabras clave. Diabetes, tipo 1, trastorno conducta alimentaria, epidemiología, España.



2. ABSTRACT

Introduction. Type 1 diabetes mellitus (T1DM) is a chronic illness characterized by the body's inability to produce insulin, resulting in a high morbidity and mortality rate. Eating disorders (ED) are more than twice as common in patients with T1DM as in their non-diabetic peers. Omitting insulin doses in order to lose weight is a common behaviour among these patients.

Objectives. The main goal is to conduct a narrative review on the coexistence of T1DM and ED. Secondary objectives are learning the available diagnostic and screening tools and knowing the consequences, treatment, nursing interventions and risk factors involved.

Methods. A narrative review was conducted in several databases and official institutions. The inclusion criteria are: articles in Spanish and English, published in the last 5 years, for free. As exclusion criteria: editorials or cases reports and only abstract available.

Results. There are screening tools to detect ED in patients with T1DM, an association with serious consequences. There was general agreement that a multidisciplinary, family inclusive and less rigid approach to treatment is important. There is no information on nursing interventions for these patients. There are several risk factors to develop ED in people with T1DM.

Discussion. There is a lack of information in Spanish about this topic. Given the importance of this proven comorbidity, it is necessary to develop prevention programs in primary care. Nurses should play an important role as part of a multidisciplinary team treating patients with T1DM.

Keywords. Diabetes, type 1, eating disorder.

3. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) comprende un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia secundaria a un defecto absoluto o relativo en la secreción de insulina, que se acompaña de alteraciones en el metabolismo de lípidos y proteínas, lo que conlleva una afectación microvascular y macrovascular en diferentes órganos.

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1), anteriormente denominada diabetes mellitus insulino dependiente o juvenil, consiste en la destrucción de las células β del páncreas, la cual conduce a una deficiencia absoluta de insulina¹, por lo que el tratamiento diario con inyecciones de insulina es necesario para la supervivencia. Es una enfermedad autoinmune que, a diferencia de la diabetes mellitus tipo 2, no se puede prevenir. Del 7% al 12% de personas diagnosticadas con DM tiene DM1².

Se dispone de mucha más información sobre la incidencia de la DM1 que sobre su prevalencia³. A nivel mundial, la mayor incidencia corresponde a Europa, en los países nórdicos, con la máxima cifra de 57,2/100.000 habitantes-año en Finlandia². En España, una revisión bibliográfica del año 2014 sobre la epidemiología de la DM1 en menores de 15 años, estimó una incidencia media de 17,69 casos/100.000 habitantes-año⁴. Las estimaciones de la OMS en el año 2000, para la población menor de 20 años, suponen una prevalencia del 0,03% en todo el mundo, y del 0,1% en los países desarrollados. En España disponemos sólo de estudios locales, con prevalencias entre el 0,08% y el 0,2%³.

La DM es una enfermedad crónica con una elevada morbimortalidad. Las personas con esta enfermedad corren un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud potencialmente letales, disminuyendo su calidad de vida. El mal control de la enfermedad puede agravar estas complicaciones, resultando en hospitalizaciones frecuentes y muerte prematura. Unos niveles de glucemia persistentemente altos causan lesiones vasculares generalizadas, que afectan al corazón, la vista, los riñones y los nervios. Por ello, la diabetes es una de las principales causas de enfermedad

cardiovascular, ceguera, insuficiencia renal y amputación de miembros inferiores².

El perfil psicológico del paciente con diabetes está asociado a mayores tasas de depresión y menor percepción de calidad de vida. Los pacientes con DM1 deben llevar a cabo modificaciones en sus hábitos de vida, como la monitorización de glucosa en sangre, la regulación de la insulina y el control del ejercicio y la alimentación. Este estricto condicionamiento de las pautas alimentarias puede llevar a los pacientes a obsesionarse con su dieta, lo que puede conducir al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA)⁵.

Los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Algunos de estos trastornos son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa⁶, y suelen debutar en la adolescencia, principalmente en mujeres⁵.

Las primeras referencias a la coexistencia entre la DM1 y los TCA se remontan a los años ochenta, en investigaciones con resultados conflictivos debido al uso de muestras reducidas, metodologías diferentes y terminologías subjetivas⁷.

Una revisión sistemática del año 2013 indicó que los pacientes con DM1 tienen más del doble de riesgo de presentar TCA respecto a aquellos que no padecen diabetes (7% y 2.8%, respectivamente)⁸.

El comienzo con el tratamiento con insulina, vital para las personas con DM1, conlleva una rápida recuperación ponderal debido a que esta hormona provoca que las células absorban glucosa y esta sea almacenada en el cuerpo en forma de grasa. Esto puede conducir a la omisión de voluntaria de las inyecciones de insulina para adelgazar, ya que su ausencia provoca hiperglucemia y la consecuente pérdida de glucosa en orina⁹. La restricción u omisión de la insulina con el objetivo de perder peso es conocido como "diabulimia" (por la unión de los términos diabetes y bulimia), aunque se

trata de un término coloquial, no clínico o académico⁷. Se ha demostrado que la prevalencia de este comportamiento se incrementa con la edad: hasta un 34% (16-22 años) y un 40% (19-30 años) de mujeres con DM1 omiten dosis de insulina con el objetivo de perder peso¹⁰.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), encontramos variaciones a la hora de conceptualizar esta práctica, ya que en la anterior edición (DSM-IV-TR) se nombra y en el actual DSM-V no aparece explícitamente.

En el DSM-IV-TR, la omisión de insulina aparece nombrada bajo el criterio de bulimia nerviosa: "*Los sujetos con diabetes mellitus y bulimia nerviosa pueden suprimir o disminuir la dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos ingeridos durante los atracones*"¹¹.

En cambio, en el DSM-V no aparece especificada. A pesar de ello, la esta práctica se podría encasillar en dos categorías: como característica compensatoria inadecuada de la bulimia nerviosa (criterio D) o como un comportamiento del trastorno de purga, componente de "otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado"⁶ (Anexo I).

En la última década ha habido un creciente interés por esta patología dual, por lo que se han desarrollado herramientas diseñadas específicamente para detectar TCA en personas con DM1, ya que los instrumentos utilizados en la población general (EAT, SCOFF, EDI...) no resultan apropiadas para valorar a personas con diabetes, por varias razones. Por un lado, el tratamiento de la diabetes requiere un recuento continuo de las raciones de los hidratos de carbono ingeridas. Los cuestionarios utilizados en la población general pueden malinterpretar este énfasis de atención prestada a la comida, adecuado en una persona con diabetes, como un comportamiento alimentario de riesgo. Por otro lado, estas herramientas no valoran aspectos que se presentan únicamente en personas con DM1, como la restricción u omisión de insulina. Uno de estos cuestionarios es el *Diabetes Eating Problem Survey* (DEPS)¹² y otro, de más reciente aparición, es el mSCOFF¹³.

3.1. JUSTIFICACIÓN

La asociación de la DM1 con los TCA está suscitando un creciente interés en los últimos años. La DM1 es una enfermedad crónica que acarrea importantes problemas de salud, que a su vez pueden verse agravados por un mal control de la misma, lo que supone una disminución de la calidad de vida de estos pacientes. Por otro lado, los TCA son patologías mentales de etiología multifactorial que afectan a la salud física y emocional, dejando secuelas irreversibles en el desarrollo del adolescente.

La gravedad de esta asociación y la poca información en español sobre la misma me han llevado a realizar una revisión bibliográfica que recopile información actualizada sobre esta patología.

La enfermería, que ya se ocupa de las tareas de apoyo y educación del paciente con DM1, podría tener un papel clave en la detección temprana de comportamientos indicativos de TCA en estos pacientes.

4. OBJETIVOS

4.1. General:

- Realizar una revisión narrativa sobre la coexistencia de los TCA y la DM1.

4.2. Específicos:

- Conocer la información que existe sobre las herramientas de cribado y los signos clínicos para detectar TCA en pacientes con DM1.
- Identificar las consecuencias de la asociación de la DM1 y los TCA.
- Averiguar las opciones de tratamiento que se han desarrollado hasta la fecha en pacientes con DM1 y TCA.
- Determinar los cuidados de enfermería más importantes en los pacientes con DM1 y TCA.
- Identificar los factores de riesgo para el desarrollo de TCA en los pacientes con DM1.

5. METODOLOGÍA

Esta revisión bibliográfica se ha centrado en artículos científicos que tratan los trastornos de la conducta alimentaria en pacientes con diabetes mellitus tipo 1.

Las búsquedas han sido electrónicas casi en su totalidad (artículos originales, revisiones bibliográficas, estudios cualitativos, un atlas y una guía de práctica clínica). También se han empleado manuales en soporte papel (DSM IV-TR y DSM-V), utilizándose un total de 45 artículos.

Se han empleado varios criterios de inclusión y exclusión (Tabla 1).

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - En español o en inglés - Artículos gratuitos - Publicados en los últimos 5 años* 	<ul style="list-style-type: none"> - Casos clínicos y editoriales - Artículos a los que solo se pueda acceder al resumen
<p>*A excepción de los artículos (3), (7), (11), (12), (19), (20), (25-29), (34-37), (45); de más de 5 años de antigüedad. Por su repercusión e importancia se han incluido por ser claves para el desarrollo del trabajo.</p>	

La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo de diciembre de 2017 a marzo de 2018, revisándose diversas bases de datos: Science Direct, Scopus, Alcorze y PubMed (Tabla 2); además de instituciones oficiales como la Sociedad Española de la Diabetes y la American Diabetes Association (Tabla 3).

En la recopilación de la información necesaria se han utilizado varios términos de búsqueda, combinados mediante el operador booleano *AND*:

1. En español: diabetes, tipo 1, trastorno conducta alimentaria, epidemiología, España.
2. En inglés: diabetes, type 1, eating disorder.

Tabla 2: bases de datos empleadas en la búsqueda bibliográfica.

Base de datos	Palabras clave	Artículos encontrados	Artículos utilizados
Science Direct	"diabetes" [AND] "trastorno" [AND] "conducta" [AND] "alimentaria"	56	3 (5), (7), (9)
	"diabetes" [AND] "eating" [AND] "disorder"	1554	2 (20), (31)
	"diabetes" [AND] "type 1" [AND] "eating" [AND] "disorder"	1284	5 (8), (16), (24), (32), (38)
	"epidemiología" [AND] "diabetes" [AND] "tipo 1" [AND] "España"	122	2 (3), (4)
Scopus	"diabetes" [AND] "eating" [AND] "disorder"	2171	7 (14), (17), (21), (29), (39), (40), (42)
	"diabetes" [AND] "type 1" [AND] "eating" [AND] "disorder"	617	1 (10)
Alcorze	"diabetes" [AND] "type 1" [AND] "eating" [AND] "disorder"	2059	6 (22), (28), (33), (37), (43), (44)
PubMed	"diabetes" [AND] "eating" [AND] "disorder"	269	3 (18), (19), (23)
	"diabetes" [AND] "type 1" [AND] "eating" [AND] "disorder"	50	6 (12), (15), (25), (26), (36), (41)

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3: instituciones oficiales empleadas en la búsqueda bibliográfica.

Institución	Palabras clave	Artículos utilizados
American Diabetes Association (ADA)	"Diabetes" [AND] "type 1" [AND] "eating disorder"	6 (13), (27), (30), (34), (35), (45)
Sociedad Española de Diabetes (SED)	*Se accedió a través de la sección "Publicaciones oficiales"	2 (1), (2)

Fuente: elaboración propia.

6. DESARROLLO

6.1. Herramientas de cribado y diagnóstico.

El diagnóstico precoz de TCA en personas con DM1 es esencial ya que la combinación de ambas patologías está asociada a un incremento en la tasa de morbilidad¹⁴, por lo que se deben combinar herramientas de cribado con la observación de una serie de signos clínicos.

Una de las herramientas específicas para detectar TCA en personas con DM1 es el *Diabetes Eating Problem Survey* (DEPS), validado en una muestra de mujeres adultas y compuesto por 28 ítems.

A raíz de la necesidad de adaptar la encuesta a la edad pediátrica y a la nueva era de insulinoterapia intensiva, un estudio validó y actualizó el DEPS, dando lugar a su versión resumida, el DEPR-S: *Diabetes Eating Problem Survey - Revised*. En el estudio participaron 112 adolescentes de ambos sexos, dando lugar a una escala con 16 ítems. Para obtener el resultado se suman todas las puntuaciones: a mayor puntuación, mayor riesgo de trastornos alimentarios, estableciendo el punto de corte por encima de los 20 puntos¹². El DEPR-S demostró tener una excelente consistencia interna y validez de constructo al ser revisado en un estudio con una muestra de 770 niños y adolescentes¹⁵.

En 2017, el DEPS y el DEPR-S se tradujeron y validaron al español, denominándose Encuesta de Problemas alimentarios en Diabetes (EPAD) y Encuesta de Problemas alimentarios en Diabetes Resumida (EPAD-R), respectivamente¹⁶ (Anexo II). El DEPS-R ha sido validado a otros idiomas como el italiano¹⁷ y el turco¹⁸.

Otra herramienta de reciente creación es el mSCOFF, un cuestionario de 5 ítems que puede ser rápidamente administrado durante una visita clínica rutinaria. Está basado en el SCOFF¹⁹, el cual fue validado y traducido al español²⁰. El cuestionario mSCOFF es idéntico al anterior salvo la última pregunta (¿diría que la comida domina su vida?), que reemplaza por otra: ¿alguna vez se ha puesto menos insulina de la que debería? El test se considera positivo con una o más respuestas afirmativas¹³ (Anexo III).

Además del cribado mediante cuestionarios como los nombrados anteriormente, para el diagnóstico adicional de TCA en sujetos con DM1, estos se deben complementar con la observación de signos de alarma (Tabla 4).

Tabla 4: signos y síntomas clínicos presentes en los pacientes con DM1 y TCA.

Factores físicos	Factores comportamentales	Factores cognitivos
<ul style="list-style-type: none"> - Pobre control metabólico (HbA_{1c} >7%)^{14,21,23,24} - Episodios recurrentes de hipoglucemia^{14,21,23} (debidos al uso de laxantes, vómitos, ayuno). - Episodios recurrentes de cetoacidosis^{14,21} (debidos a la omisión de insulina, atracones) 	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia irregular a las citas médicas^{14,21-23} - Negarse a ser pesado^{14,21,23} - Tendencia al vegetarianismo^{14,23} - Cálculos sistemáticos de las calorías de los alimentos^{14,21-23} 	<ul style="list-style-type: none"> - Autoestima baja^{21,22,24,25} - Ánimo deprimido, ansiedad^{21,22} - Preocupación por la apariencia física^{14,21,22,23,25}

6.2. Consecuencias.

El riesgo de enfermedad arterial y de complicaciones microvasculares en personas con diabetes está relacionado con un inadecuado control metabólico a lo largo del tiempo. La hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) ha demostrado ser un buen índice del control metabólico (<7% es la cifra objetivo)¹. En términos generales, la HbA_{1c} es mayor en pacientes con diabetes y TCA comparado con los diabéticos tipo 1 sin TCA comórbido^{12,26,27-33}.

Los TCA en pacientes con DM1 están asociados a un peor control metabólico y episodios más frecuentes de cetoacidosis^{32,33}. También suponen un mayor riesgo de complicaciones microvasculares relacionadas con la diabetes²⁶⁻²⁸, entre ellas la nefropatía^{28,34} y la retinopatía^{26,28,33}; así como un mayor riesgo de complicaciones macrovasculares, como el pie diabético³⁴. Además, un estudio de seguimiento durante 28 años señaló que estos pacientes son hospitalizados más frecuentemente y durante más tiempo que aquellos diabéticos tipo 1 sin ningún TCA diagnosticado³³.

Varios estudios han documentado un incremento en el riesgo de muerte entre los pacientes con DM1. La tasa de mortalidad por 1.000 habitantes/año a los 10 años de seguimiento fue de 2,2 para las mujeres con DM1; del 7,3 para las mujeres con anorexia nerviosa, y del 34,6 para aquellas con anorexia nerviosa y DM1 coexistentes³⁵. Respecto a la restricción de insulina, un estudio de seguimiento de 11 años demostró un riesgo de mortalidad 3.2 veces mayor en mujeres con DM1 que llevaban a cabo esta práctica. La edad media de muerte fue más temprana entre las mujeres que restringían las dosis de insulina, a los 45 años, comparada con los 58 años en aquellas con un adecuado uso de la insulina³⁴.

6.3. Tratamiento.

El tratamiento precoz para estos pacientes es importante porque a medida que avanza el TCA, más difícil es de tratar²². Las intervenciones deben ir encaminadas, por un lado, a conseguir unos niveles de glucosa en

sangre adecuados reajustando las dosis y estableciendo una terapia de nutrición adecuada y, por otro lado, se debe tratar la psicopatología de base mediante tratamiento psicológico³⁶. Algunos pacientes pueden requerir hospitalización médica o psiquiátrica. Además, se deben llevar a cabo test de laboratorio y pesos rutinarios de los pacientes en las visitas médicas³⁷.

Existen varias opciones de tratamiento psicológico para los TCA, como la terapia de familia y la psicoterapia individual o de grupo. Sin embargo, no hay estudios que demuestren la modalidad de psicoterapia más adecuada para las personas con TCA añadido a la DM1 de base²³.

Un metaanálisis del año 2017 llevado a cabo sobre seis estudios demostró que las intervenciones psicológicas realizadas en pacientes con DM1 y trastornos alimentarios no consiguieron una mejora en el control glucémico y los síntomas de TCA. Entre estas actuaciones se encontraba la terapia cognitivo-conductual (TCC), que aplicada a estos pacientes, consiste en enseñar habilidades cognitivas y emocionales para controlar los pensamientos relacionados con TCA que interrumpían el manejo de la diabetes³⁸.

Cabe destacar que, según un estudio realizado en el Hospital Bellvitge de Barcelona, los adolescentes con DM1 y TCA tienen una menor motivación a cambiar sus hábitos alimentarios, una menor tolerancia a la frustración y menor perseverancia. Estas características explican las elevadas tasas de abandono (79%) y peores resultados tras el tratamiento basado en la TCC que se llevó a cabo en estos pacientes³⁹. En la misma línea, otro estudio realizado en un hospital de día que basaba su tratamiento en la TCC en terapia de grupo, señaló unos resultados peores que en las personas con TCA y sin diabetes. De los 37 participantes, solo el 18,8% tuvo un buen resultado tras el tratamiento, el 43,8% un resultado intermedio y el 37,5% un pobre resultado⁴⁰.

Un único estudio que trabajó con una muestra de 29 mujeres demostró un resultado positivo con un tratamiento basado también en la TCC. Se realizaron 2-3 sesiones por semana de terapia individual, 1-2 sesiones de

familia y grupos terapéuticos diarios. Con estas intervenciones se consiguió una reducción en los niveles de HbA_{1c} y en los síntomas de TCA⁴¹.

Son varios los artículos que recalcan la importancia de la participación de la familia y coinciden en la necesidad de un equipo multidisciplinar para el tratamiento de estos pacientes^{22,23,36,42}, que incluya enfermeras con formación en salud mental, psicólogos, nutricionistas, psiquiatras y endocrinólogos^{23,36}.

Las intervenciones psicológicas deben ir encaminadas a mejorar la autoestima y la insatisfacción con el cuerpo²³, además de promover a largo plazo la aceptación de la diabetes como enfermedad crónica²².

Para tratar a los pacientes con dicha comorbilidad, es importante un planteamiento menos rígido de la terapia de nutrición y el régimen de insulina. Esto es, mantener una dieta más flexible y comenzar con dosis bajas de insulina para aumentarlas gradualmente. Las dosis más altas de esta hormona se asocian con la ganancia de peso y pueden provocar episodios de hipoglucemia, que conducen a un consumo excesivo de calorías. Por ello, establecer objetivos de glucosa en sangre realistas ayuda a promover la motivación del paciente y disminuye el riesgo de recaída o abandono del tratamiento^{14,36,37}.

6.4. Cuidados de enfermería.

Hasta la fecha no hay estudios específicos que señalen los cuidados de enfermería más adecuados para estos pacientes. En algunos de los artículos revisados, se nombra a la enfermera como parte del equipo multidisciplinar pero no se concretan las intervenciones que debe llevar a cabo para la recuperación de pacientes con esta doble patología.

6.5. Factores de riesgo.

La etiología de los TCAs es multifactorial, y se atribuye a una serie de factores genéticos, ambientales y culturales (Tabla 5).

Tabla 5: Factores de riesgo para el desarrollo de TCA.

Característica	Factor de riesgo
Edad	Adolescencia ⁴³
Sexo	Femenino ^{21-23,43}
Percepción del propio cuerpo	Insatisfacción con el cuerpo ^{23,43} , preocupación por la apariencia física ²¹
Características psicológicas	Depresión ^{14,21} , ansiedad ^{14,23} , baja autoestima ^{14,22} , perfeccionismo ^{14,22}
Apoyo de la familia	Familia disfuncional ¹ , preocupación de la familia sobre el peso ^{14,32} , TCA maternal ²³

Muchos de los factores de riesgo anteriormente descritos están presentes en las personas con DM1: la adolescencia, el momento de mayor riesgo para la aparición de los TCA, es también la época en la que debuta la DM1. Además, hay una mayor incidencia de problemas psicológicos en las personas diabéticas.

A esto se le añaden una serie de aspectos propios del tratamiento de la DM1 que pueden conducir al desarrollo de TCA en los sujetos vulnerables. En primer lugar, la pérdida de peso al inicio de la enfermedad y el consecuente aumento cuando se inicia el tratamiento insulínico intensivo, puede causar sentimientos negativos acerca de la apariencia física. En segundo lugar, la sensación de hambre asociada a las hipoglucemias puede llevar a episodios de atracones, lo que genera sentimientos de culpa que pueden derivar en ayunos o vómitos. Además, estos pacientes precisan restricciones en la dieta y un control estricto de las porciones de alimentos ingeridas, provocando una excesiva obsesión por la alimentación. Por último, tienen la posibilidad de disminuir u omitir dosis de insulina como método de control de peso^{7,10}.

Hay dos estudios que se refieren concretamente a los factores de riesgo para la restricción de insulina. El primero identifica como precipitantes el aumento en la ansiedad y culpabilidad con uno mismo antes de comer, la percepción de romper la dieta, la tendencia a sentirse avergonzado de su

alimentación y el sentirse molesto o querer evitar pensar en la diabetes⁴⁴. El segundo nombra como factores de riesgo el miedo a ganar peso y los problemas con el autocuidado de la diabetes⁴⁵.

7. CONCLUSIONES

Tanto la DM1 como los TCA son patologías muy conocidas por separado, pero su coexistencia es un fenómeno sobre el cual hay poca información, especialmente en español.

Los pacientes con DM1 tienen más del doble de riesgo de presentar TCA respecto a las personas no diabéticas, pudiendo ser detectados mediante cuestionarios específicos y una serie de signos clínicos. Un gran porcentaje omite dosis de insulina para adelgazar, una práctica que se ha de conocer ya que comporta graves consecuencias para la salud.

Las opciones de tratamiento disponibles para estos pacientes son inespecíficas, aunque los artículos coinciden en varios aspectos: la necesidad de formar un equipo multidisciplinar, que integre a la familia y un planteamiento menos rígido en la terapia de nutrición y las dosis de insulina.

El profesional de enfermería tiene un papel importante en cuanto a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En este sentido, una temprana intervención en los pacientes recién diagnosticados con DM1 podría minimizar el riesgo de aparición de TCA, realizando tareas de educación sanitaria, promoviendo la adherencia al tratamiento y detectando comportamientos de riesgo. Dado que el debut de la enfermedad se da en la adolescencia, la enfermera/o de pediatría sería el primer profesional en realizar esta labor.

La falta de información en cuanto a las intervenciones de enfermería pone en evidencia la necesidad de fomentar el desarrollo de programas de prevención para la aparición de esta doble patología en el ámbito de la atención primaria, en el que la enfermería tiene un papel fundamental dentro del equipo multidisciplinar que trata a pacientes con DM1.



8. AGRADECIMIENTOS

Gracias a Anabel, directora de este trabajo, por sus consejos e implicación.

A mi madre, por su infinito apoyo.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [citado 2 feb 2018]. Guía de práctica clínica sobre diabetes mellitus tipo 1. Disponible en: http://www.sediabetes.org/modulgex/workspace/publico/modulos/web/docs/apartados/446/050717_104250_2135229626.pdf
2. International Diabetes Federation. Atlas de la diabetes. [Internet]. 8ª Ed. Bruselas: International Diabetes Federation; 2017 [citado 2 feb 2018]. Disponible en: <http://www.diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html>
3. Ruiz-Ramos M, Escolar-Pujolar A, Mayoral-Sánchez E, Laureano FC, Fernández-Fernández I. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. Gac Sanit [Internet]. 2006 [citado 4 feb 2018]; 20(1): 15-24. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391110671562X>
4. Conde Barreiro S, Rodríguez Rigual M, Bueno Lozano G, López Siguer JP, González Pelegrín B, Rodrigo Val MP, Compés Dea ML. Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 1 en menores de 15 años en España. An Pediatr [Internet]. 2014 [citado 4 feb 2018]; 81(3). Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/epidemiologia-diabetes-mellitus-tipo-1/articulo/S1695403313005298/>
5. Sancañuto C, Tébar FJ, Jiménez-Rodríguez D, Hernández-Morante JJ. Factores psicosociales en la diabetes mellitus tipo 1 y su relación con el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios en la infancia y la adolescencia. Av Diabetol [Internet]. 2014 [citado 8 feb 2018]; 30(5): 156-162. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9443/science/article/pii/S1134323014000866>
6. Wonderlich SA, Attia E, Becker AE, Bryant-Waugh R, Hoek HW, Kreipe RE, et al. Trastornos de la conducta alimentaria. En: American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 329-354.



7. Gussinyé S, García-Reyna N, Gussinyé M, Bargadá M, Bielsa A, Tomás J et al. Trastornos de la conducta alimentaria en la diabetes mellitus tipo 1. *Endocrinol Nutr* [Internet]. 2004 [citado 8 feb 2018]; 51(6): 379-384. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9443/science/article/pii/S157509220474629X>
8. Young V, Eiser C, Johnson B, Brierley S, Epton T, Elliott J, et al. Eating problems in adolescents with type 1 diabetes: a systematic review with meta-analysis. *Diabet. Med.* [Internet]. 2013 [citado 1 mar 2018]; 30: 189-198. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1464-5491.2012.03771.x>
9. Nicolau J, Masmiquel L. Trastornos de la conducta alimentaria y diabetes mellitus. *Endocrinol Nutr* [Internet]. 2015 [citado 8 feb 2018]; 62(7): 297-299. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9443/science/article/pii/S2173509315001026>
10. Pinhas-Hamiel O, Levy-Shraga Y. Eating disorders in adolescents with type 2 and type 1 diabetes. *Curr Diab Rep* [Internet]. 2013 [citado 1 mar 2018]; 13: 289-297. Disponible en: <https://link.springer.com.roble.unizar.es:9443/article/10.1007%2Fs11892-012-0355-7>
11. Walsh BT, Garfinkel P, Halmi KA, Mitchell J, Wilson GT. Trastornos de la conducta alimentaria. En: American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 2003. p. 653-666.
12. Markowitz JT, Butler DA, Volkening LK, Antisdell JE, Anderson BJ, Laffel LMB. Brief screening tool for disordered eating in diabetes: Internal consistency and external validity in a contemporary sample of pediatric patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. 2010 [citado 6 mar 2018]; 33(3):495-500. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20032278>



13. Zuijdwijk CS, Pardy SA, Dowden JJ, Dominic AM, Bridger T, Newhook LA. The mSCOFF for screening disordered eating in pediatric type 1 diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. 2014 [citado 26 mar 2018]; 37(2): 26-27. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/37/2/e26>
14. Pinhas-Hamiel O, Hamiel U, Levy-Shraga Y. Eating disorders in adolescents with type 1 diabetes: Challenges in diagnosis and treatment. *World J Diabetes* [Internet]. 2015 [citado 6 mar 2018]; 6(3):517-526. Disponible en: <http://www.wjgnet.com/1948-9358/full/v6/i3/517.htm>
15. Wisting L, Froisland DH, Skriverhaug T, Dahl-Jorgensen K, Ro O. Psychometric properties, norms, and factor structure of the Diabetes Eating Problem Survey-Revised in a large sample of children and adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. 2013 [citado 6 mar 2018]; 36: 2198-2202. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23536586>
16. Sancauto C, Jiménez-Rodríguez D, Tébar FJ, Hernández-Morante JJ. Traducción y validación de un cuestionario para la detección de trastornos del comportamiento alimentario en pacientes con diabetes mellitus. *Med Clin* [Internet]. 2017 [citado 15 feb 2018]; 148(12): 548-554. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9443/science/article/pii/S0025775317300386>
17. Pinna F, Diana E, Sanna L, Deiana V, Manchia M, Nicotra E, et al. Assessment of eating disorders with the diabetes eating problems survey – revised (DEPS-R) in a representative sample of insulin-treated diabetic patients: a validation study in Italy. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017 [citado 21 feb 2018]; 17: 262. Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1434-8>

18. Atik Altinok Y, Ozgur S, Meseri R, Ozen S, Darcan S, Goksen D. Reliability and validity of the Diabetes Eating Problem Survey in Turkish children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* [Internet]. 2017 [citado 21 feb 2018]; 9(4): 323-328-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5785638/>
19. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* [Internet]. 1999 [citado 19 feb 2018]; 319(7223): 1467-1468. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28290/>
20. Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res* [Internet]. 2005 [citado 19 feb 2018]; 59(2): 51-55. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9443/science/article/pii/S0022399904005409?rdoc=1&fmt=high&origin=gateway&docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ffb>
21. Racicka E, Bryńska A. Eating disorders in children and adolescents with type 1 and type 2 diabetes – prevalence, risk factors, warning signs. *Psychiatr. Pol* [Internet]. 2015 [citado 31 mar 2018]; 49(5): 1017-1024. Disponible en: http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_5_2015/ENGver1017Racicka_PsychiatrPol2015v49i5.pdf
22. Philpot U. Eating disorders in Young people with diabetes: development, diagnosis and management. *J Diabetes Nurs* [Internet]. 2013 [citado 31 mar 2018]; 17(6): 228-232. Disponible en: http://www.thejournalofdiabetesnursing.co.uk/media/content/_master/3349/files/pdf/jdn17-6-228-32.pdf
23. Toni G, Berioli MG, Cerquiglini L, Ceccarini G, Grohmann U, Principi N, et al. Eating disorders and disordered eating symptoms in adolescents with type 1 diabetes. *Nutrients* [Internet]. 2017 [citado 7 mar 2018]; 9(8): 906. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5579699/>

24. Eilander MMA, de Wit M, Rotteveel J, Aanstoot HJ, Bakker-van Waarde WM, Houdijk ECAM, et al. Disturbed eating behaviours in adolescents with type 1 diabetes. How to screen for yellow flags in clinical practice? *Pediatr Diabetes* [Internet]. 2017 [citado 7 mar 2018]; 18(5): 376-383. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/pedi.12400>
25. Olmsted MP, Colton PA, Daneman D, Rydall AC, Rodin GM. Prediction of the onset of disturbed eating behaviour in adolescent girls with type 1 diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. 2008 [citado 20 feb 2018]; 31(1): 1978-1982. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2551638/>
26. Rydall AC, Rodin GM, Olmsted MP, Devenyi RG, Daneman D. Disordered eating behaviour and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* [Internet]. 1997 [citado 12 feb 2018]; 336(26): 1849-1854. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9197212>
27. Peveler RC, Bryden KS, Neil AW, Fairburn CG, Mayou RA, Dunger DB, et al. The relationship of disordered eating habits and attitudes to clinical outcomes in young adult females with type 1 diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. 2005 [citado 12 feb 2018]; 28(1): 84-88. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/28/1/84>
28. Takii M, Uchigata Y, Tokunaga S, Amemiya N, Kinukawa N, Nozaki T, et al. The duration of severe insulin omission is the factor most closely associated with the microvascular complications of type 1 diabetic females with clinical eating disorders. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2008 [citado 12 feb 2018]; 41(3): 259-264. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.20498>
29. Jones JM, Lawson ML, Daneman D, Olmsted MP, Rodin G. Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. *BMJ* [Internet]. 2000 [citado 12 feb 2018]; 320:1563-1556. Disponible en: <https://www.bmj.com.roble.unizar.es:9443/content/320/7249/1563>

30. Wisting L, Froisland DH, Skrivarhaug T, Dahl-Jorgensen K, Ro O. Disturbed eating behaviour and omission of insulin in adolescents receiving intensified insulin treatment. *Diabetes Care* [Internet]. 2013 [citado 18 feb 2018]; 36(11): 3382-3387. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/36/11/3382>
31. Doyle EA, Quinn AM, Ambrosino JM, Weyman K, Tamborlane WV, Jastreboff AM. Disordered eating behaviors in emerging adults with type 1 diabetes: a common problem for both men and women. *J Pediatr Health Care* [Internet]. 2016 [citado 18 feb 2018]; 31(3): 327-333. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9443/science/article/pii/S0891524516302929>
32. Bächle C, Stahl-Pehe A, Rosenbauer J. Disordered eating and insulin restriction in youths receiving intensified insulin treatment: results from a nationwide population-based study. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2016 [citado 25 feb 2018]; 49(2): 191-196. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.22463>
33. Scheuing N, Bartus B, Berger G, Haberland H, Icks A, Knauth B, et al. Clinical characteristics and outcome of 467 patients with a clinically recognized eating disorder identified among 52,215 patients with type 1 diabetes: a multicenter german/austrian study. *Diabetes Care* [Internet]. 2014 [citado 25 feb 2018]; 37(6): 1581-1589. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/37/6/1581>
34. Goebel-Fabbri AE, Fikkan J, Franko DL, Pearson K, Anderson BJ, Weinger K. Insulin restriction and associated morbidity and mortality in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. 2008 [citado 26 feb 2018]; 31(3): 415-419. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/31/3/415>.
35. Nielsen S, Emborg C, Molbak AG. Mortality in concurrent type 1 diabetes and anorexia nervosa. *Diabetes Care* [Internet]. 2002 [citado 26 feb 2018]; 25(2): 309-312. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/25/2/309.full.pdf>

36. Larrañaga A, Docet M, García-Mayor R. Disordered eating behaviours in type 1 diabetic patients. *World J Diabetes* [Internet]. 2011 [citado 2 abr 2018]; 2(11): 189-195. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3215768/>
37. Goebel-Fabbri AE. Disturbed eating behaviors and eating disorders in type 1 diabetes: clinical significance and treatment recommendations. *Curr Diab Rep* [Internet]. 2009 [citado 2 abr 2018]; 9:133. Disponible en: <https://link.springer.com.roble.unizar.es:9443/article/10.1007%2Fs11892-009-0023-8>
38. Clery P, Stahl D, Ismail K, Treasure J, Kan C. Systematic review and meta-analysis of the efficacy of interventions for people with Type 1 diabetes mellitus and disordered eating. *Diabet Med* [Internet]. 2017 [citado 4 mar 2018]; 34(12): 1667-1675. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/dme.13509>
39. Custal N, Arcelus J, Agüera Z, Bove F, Wales J, Granero R, et al. Treatment outcome of patients with comorbid type 1 diabetes and eating disorders. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2014 [citado 4 mar 2018]; 14(1). Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-14-140#?>
40. Colton PA, Olmsted MP, Wong H, Rodin GM. Eating disorders in individuals with type 1 diabetes: case series and day hospital treatment outcome. *Eur Eat Disorders Rev* [Internet]. 2015 [citado 8 mar 2018]; 23(4): 312-317. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/erv.2365>
41. Dickens LY, Haynos AF, Nunnemaker S, Platka-Bird L, Dolores J. Multidisciplinary residential treatment of type 1 diabetes mellitus and co-occurring eating disorders. *Eat Disord* [Internet]. 2015 [citado 8 mar 2018]; 23 (2):134-143. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4326542/>



42. Macdonald P, Kan C, Stadler M, De Bernier GL, Hadjimichalis A, Le Coguic AS, et al. Eating disorders in people with type 1 diabetes: experiential perspectives of both clients and healthcare professionals. *Diabet Med* [Internet]. 2017 [citado 22 mar 2018]; 35(2): 223-231. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/dme.13555>
43. Hanlan ME, Griffith J, Patel N, Jaser SS. Eating disorders and disordered eating in type 1 diabetes: prevalence, screening, and treatment options. *Curr Diab Rep* [Internet]. 2013 [citado 22 mar 2018]; 13(6): 909-916. Disponible en: <https://link.springer.com.roble.unizar.es:9443/article/10.1007%2Fs11892-013-0418-4>
44. 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* [Internet]. 2015 [citado 20 mar 2018]; 38(11): 2025-2032. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/38/11/2025>
45. Goebel-Fabbri AE, Anderson BJ, Fikkan J, Franko DL, Pearson K, Weinger K. Improvement and emergence of insulin restriction in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. 2011 [citado 20 mar 2018]; 34(3): 545-550. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/34/3/545>

10. ANEXOS

10.1. ANEXO I

DSM-V: Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.	
Nombre	Criterios diagnósticos
Pica	<p>A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes.</p> <p>B. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.</p> <p>C. El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.</p> <p>D. Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental o afección médica, es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.</p>
Trastorno de rumiación	<p>A. Regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.</p> <p>B. La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica.</p> <p>C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.</p> <p>D. Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional.</p>
Trastorno de la evitación/restricción de la ingestión de alimentos	<p>A. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños). 2. Deficiencia nutritiva significativa. 3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos vía oral. 4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial. <p>B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.</p> <p>C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.</p> <p>D. El trastorno alimentario no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno alimentario se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.</p>

Anorexia nerviosa	<p>A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.</p> <p>C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.</p>
Bulimia nerviosa	<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ingestión, en un periodo determinado de una cantidad de alimentos claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio. <p>B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.</p> <p>C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p> <p>D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.</p> <p>E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.</p>
Trastorno de atracones	<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ingestión, en un periodo determinado de una cantidad de alimentos claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio. <p>B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado. <p>C. Malestar intenso respecto a los atracones.</p> <p>D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p> <p>E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.</p>

<p>Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anorexia nerviosa atípica: Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal. 2. Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses. 3. Trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para el trastorno por atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses. 4. Trastorno por purgas: Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómito autoprovocado; uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones. 5. Síndrome de ingestión nocturna de alimentos: Episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingestión de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingestión. La ingestión nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. Causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingestión alterado no se explica mejor por el trastorno por atracón u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno médico o a un efecto de la medicación.
<p>Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado</p>	<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría del trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).</p>

Fuente: Attia E, Becker AE, Bryant-Waugh R, Hoek HW, Kreipe RE, Marcus MD, et al. Trastornos de la conducta alimentaria. En: American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 329-354.

10.2. ANEXO II

Cuestionario EPAD (Encuesta de Problemas Alimentarios en Diabetes) y EPAD-R (Encuesta de Problemas Alimentarios en Diabetes Resumida)

1. Controlar mi diabetes es muy importante para mí.
2. Se me olvida ponerme la insulina.
3. Antes de hacer ejercicio, como carbohidratos para evitar un bajón.
4. Cuando mi azúcar en sangre está bajo, como algo inmediatamente.
5. Cuando mi azúcar en sangre está alto, me pongo una dosis extra de insulina.
6. Me pongo menos insulina de lo que mi médico me dice.
7. Hago ejercicio para controlar mi azúcar en sangre.
8. Como a escondidas, cuando no hay nadie cerca.
9. Compruebo mi nivel de azúcar en sangre con menos frecuencia de la que me indica el médico.
10. Me siento cómodo comiendo con gente.
11. Ajusto mi dosis de insulina según los resultados de mis controles de azúcar en sangre.
12. Me gusta tener cetonas en la orina porque eso significa que estoy quemando grasa.
13. Perder peso es un objetivo importante para mí^a.
14. Me salto las comidas y/o aperitivos^a.
15. Otras personas me dicen que mi forma de comer está fuera de control^a.
16. Cuando como demasiado, no me pongo suficiente insulina para cubrir la comida^a.
17. Como más estando a solas que cuando estoy con otros^a.
18. Siento que es difícil perder peso y controlar mi diabetes, al mismo tiempo^a.
19. Evito comprobar mi azúcar en sangre cuando pienso que está fuera de rango^a.
20. Me provocho el vómito^a.
21. Intento mantener mi azúcar en sangre alto para bajar de peso^a.
22. Intento comer hasta el punto de tener cetonas en la orina^a.
23. Me siento gordo/a cuando me pongo toda la insulina^a.
24. Otras personas me dicen que cuide más mi diabetes^a.
25. Después de comer demasiado, me salto mi siguiente dosis de insulina^a.
26. Siento que mi forma de comer está fuera de control^a.
27. Alterno entre comer muy poco y comer grandes cantidades^a.
28. Preferiría estar delgado/a que tener un buen control de mi diabetes^a.

Cada ítem se puntúa con la escala de 6 puntos de Likert (0=nunca; 1=rara vez; 2=a veces; 3=a menudo; 4=normalmente; 5=siempre).

^a Ítems que forman parte de la EPAD-R.

Fuente: Sancañudo C, Jiménez-Rodríguez D, Tébar FJ, Hernández-Morante JJ. Traducción y validación de un cuestionario para la detección de trastornos del comportamiento alimentario en pacientes con diabetes mellitus. Med Clin [Internet]. 2017 [citado 8 feb 2018]; 148 (12): 548–554. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9443/science/article/pii/S0025775317300386>



10.3. ANEXO III

Cuestionario mSCOFF.

1. ¿Tiene la sensación de estar enfermo/a porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo?
2. ¿Está preocupado/a porque siente que tiene que controlar cuánto come?
3. ¿Ha perdido recientemente más de 6 kg en un período de tres meses?
4. ¿Cree que está gordo/a aunque otros digan que está demasiado delgado/a?
5. ¿Alguna vez se ha puesto menos insulina de la que debería?

Fuente: Zuijdwijk CS, Pardy SA, Dowden JJ, Dominic AM, Bridger T, Newhook LA. The mSCOFF for screening disordered eating in pediatric type 1 diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. 2014 [citado 26 mar 2018]; 37(2): 26-27. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/37/2/e26>



Universidad
Zaragoza

