

Conductas alimentarias anómalas en pacientes diabéticos

Ricardo V. García-Mayor

Fundación Biomédica. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Perpetuo Socorro, Vigo

INTRODUCCIÓN

Las conductas alimentarias anómalas (CAA) se definen como conductas peligrosas encaminadas a perder o controlar el peso corporal. Cursan con un importante componente de obsesión, que puede llegar a dominar la vida del que la padece. En el espectro de las CAA se incluyen hábitos o conductas aisladas, como el hacer frecuentemente dietas para perder peso, los vómitos provocados ocasionales, la toma de laxantes o diuréticos y, en el caso de los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1), omitir o disminuir la dosis de insulina; los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), enfermedades psiquiátricas bien definidas, como la anorexia nerviosa (AN) o la bulimia nerviosa (BN); y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE), en los que se incluyen casos con AN o BN en los que falta algún criterio diagnóstico.

Los pacientes que omiten las dosis de insulina pueden ser incluidos en los grupos de BN cuando esta práctica ocurre después de una ingesta abundante de comida, como una conducta compensatoria, o en el de TCANE cuando la omisión de insulina ocurre después de la ingesta de una cantidad normal de comida. Recientemente, han sido incluidos en el manual estadístico y diagnóstico de las enfermedades psiquiátricas de la Sociedad Americana de Psiquiatría (última edición [DSM-V]) los trastornos por atracón (TPA). También se consideran las formas leves, en las que la frecuencia o intensidad de la sintomatología es menor que la presentada en los cuadros bien establecidos. Las CAA son más frecuentes en adolescentes y adultos jóvenes, y afectan especialmente al sexo femenino.

Por otra parte, el debut de la DM1 y el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) son acontecimientos que los pacientes perciben como muy negativos y que les cambia la vida, siendo necesaria una adaptación psicológica correcta (más importante en los DM1). Cuando la adaptación no es óptima, surgen innumerables problemas en el futuro, entre

ellos, los trastornos psíquicos. Es bien conocido que los diabéticos padecen depresión o ansiedad con más frecuencia que los no diabéticos.

La concurrencia de DM1 y CAA es previsible, ya que ambas entidades afectan con mayor frecuencia a mujeres jóvenes y tienen consecuencias devastadoras en los pacientes, con deterioro del control metabólico y aparición precoz de complicaciones microangiopáticas. El manejo de estos pacientes es muy complejo. El motivo de la presente revisión es informar al colectivo médico, de una forma sencilla, sobre la problemática de los pacientes con DM y CAA.

EPIDEMIOLOGÍA

En diabéticos tipo 1

Como se ha mencionado previamente, los datos disponibles indican que las CAA y los TCA afectan principalmente a mujeres adolescentes¹. En la tabla 1 se resumen los datos de la literatura sobre su prevalencia en diabéticos tipo 1.

Como se puede apreciar en la tabla 1, predominan las CAA aisladas y, entre los TCA, los TCANE, de forma simi-

Tabla 1. Prevalencia de CAA y TCA en diabéticos tipo 1

Formas clínicas	Globalmente	Chicas	Chicos
CAA	16,9 %	14,9-49,4 %	–
AN	0,0-1,8 %	0,27 %	–
BN	0,0-5,8 %	1,23-13,3 %	–
TCANE	7 %	5,3 %	1,7 %
Manipulación insulina		3,1-35,6 %	

AN: anorexia nerviosa; BN: bulimia nerviosa; CAA: conductas alimentarias anómalas; TCA: trastornos de la conducta alimentaria; TCANE: trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

lar a lo que ocurre en la población general en nuestro país². También es relativamente frecuente la manipulación de las dosis de insulina para perder peso; es una anomalía específica de personas con diabetes.

Dado que tanto las CAA como los TCA son relativamente frecuentes en jóvenes no diabéticos, la pregunta inmediata es si los diabéticos padecen con más frecuencia estas anomalías que los no diabéticos. Los estudios epidemiológicos realizados en los años 80 mostraron resultados conflictivos. Esto se debió a que los estudios tenían una pequeña muestra de pacientes, no tenían grupos de control y, sobre todo, no constaban en el material y métodos los criterios utilizados para el diagnóstico de los pacientes. Estudios posteriores, con una metodología más rigurosa, mostraron una prevalencia significativamente mayor de CAA y TCA en diabéticas jóvenes en comparación con sus contemporáneas no diabéticas. En la tabla 2 se pueden ver los resultados de un metaanálisis de ocho estudios.

Al combinar los resultados de estos estudios, se observa una significativa mayor prevalencia de TCA y formas leves de TCA en diabéticos comparados con los controles: OR 1,99 y 1,78, respectivamente.

Podemos concluir que los trastornos más frecuentes en adolescentes diabéticas son conductas aisladas, como la manipulación de las dosis de insulina, la práctica frecuente de dietas para perder peso sin llegar a la frecuencia o intensidad como para ser considerado un TCA. Entre estos, los más

frecuentes son los trastornos de la conducta alimentaria no especificados y las formas leves de TCA.

Una vez establecida la mayor prevalencia de CAA en adolescentes y jóvenes diabéticas, la pregunta es: ¿cuál es el motivo para ello? Se ha explicado por el hecho de que las pacientes con DM1 perciben restricción de su alimentación, lo que condiciona estrés. Está demostrado que, en personas susceptibles, esto es suficiente para desarrollar una CAA. Otra causa es que, en la adolescencia, las niñas con sobrepeso o preocupación por el peso tienen mayor riesgo para desarrollar TCA. Otro factor es el aumento marcado de peso que experimentan estas pacientes al comenzar la insulino-terapia, que les causa siempre preocupación y, en algunos casos, obsesión. Asimismo, se ha demostrado en estudios controlados que las adolescentes diabéticas tienen problemas de comunicación y confianza con sus padres. Estos factores son suficientes para explicar las diferencias con sus contemporáneas, que también tienen una estimable prevalencia de estos trastornos.

Un hecho contrastado es el que la prevalencia de CAA y TCA se mantiene durante años en los estudios longitudinales³.

En diabéticos tipo 2

Los datos disponibles indican que la prevalencia de TCA está entre el 2,5 % y el 40 %, siendo la forma clínica predominante el trastorno por atracón^{4,5}. En un estudio sobre una muestra amplia de DM2 jóvenes, se observó que un 6 % tenían trastorno por atracón y un 20 % formas leves de TPA. El grupo de pacientes con estas anomalías tenía una elevada prevalencia de obesidad extrema⁶. En un estudio reciente, llevado a cabo por nuestro grupo, con diseño de casos y controles, observamos una prevalencia de TCA de 7,1 % frente a 2,9 %, $p < 0,05$, en el grupo de diabéticos mayores de 40 años y el grupo control, respectivamente. Con respecto a las CAA, los resultados fueron de 36,5 % frente a 20 % para los grupos DM2 y control, respectivamente⁷.

DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico de CAA o TCA en DM1, es necesario que los profesionales que tratan a estas pacientes tengan presente que tienen alto riesgo de desarrollar CAA, sobre todo las que tienen sobrepeso o preocupación excesiva por su aspecto físico. También han de saber que es una de las causas de mal control metabólico.

Tabla 2. Prevalencia y formas leves de TCA en diabéticos tipo 1 y controles

	TCA	Formas leves de TCA		
		Controles	DM1	Controles
Fairburn et al., 1991	DM1			
Peveler et al., 1992	11 %	7,5 %	-	-
Striegel-Moore et al., 1992	0 %	0 %	33 %	24 %
Vila et al., 1993	8 %	0 %	35 %	4 %
Mannucci et al., 1995	8 %	6 %	33 %	22 %
Vila et al., 1995	8 %	2 %	6,5 %	1,7 %
Engstrom et al., 1999	7 %	0 %	-	-
Jones et al., 2000	10 %	4,5 %	13,8 %	7,7 %
Media	6,5 %	2,5 %	24,26 %	11,88 %

DM1: diabetes mellitus tipo 1; TCA: trastornos de la conducta alimentaria.

El diagnóstico de CAA expresado en conductas aisladas se basa en una anamnesis cuidadosa, en el sentido de detectar el hábito alimentario negativo y en el grado en que este domina al paciente. En el caso de los TCA, los pacientes tienen que cumplir los criterios diagnósticos previamente establecidos en el DSM; para ello, se emplean entrevistas estructuradas o semiestructuradas y cuestionarios psicológicos específicos para cada entidad, validados para la población en estudio.

CONSECUENCIAS DE LA ASOCIACIÓN DE DIABETES MELLITUS Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS ANÓMALAS

Diabetes mellitus tipo 1 y conductas alimentarias anómalas

Existe un espectro en la severidad de los hábitos alimentarios anómalos. Algunos de ellos no tendrían la mayor relevancia en personas sin DM, pero sí la tienen directamente en el control metabólico de los pacientes con DM1; por ejemplo, la práctica de hacer frecuentes dietas por períodos cortos de tiempo.

El clásico estudio de Rydall et al.³ demostró un aumento significativo en el valor medio de la hemoglobina glucosilada en jóvenes diabéticas con CAA, comparándolas con las que no tenían CAA. La coexistencia de DM1 y CAA o TCA es una de las causas de cetoacidosis recurrente. Este hecho se debe tener presente ante un paciente que presente episodios de cetoacidosis frecuentes, sobre todo si son niñas diabéticas. Pero no solo el deterioro del control metabólico es la consecuencia de esta peligrosa asociación, sino que también está descrito el aumento de la incidencia y prevalencia de complicaciones microangiopáticas, concretamente la retinopatía diabética³ (figura 1).

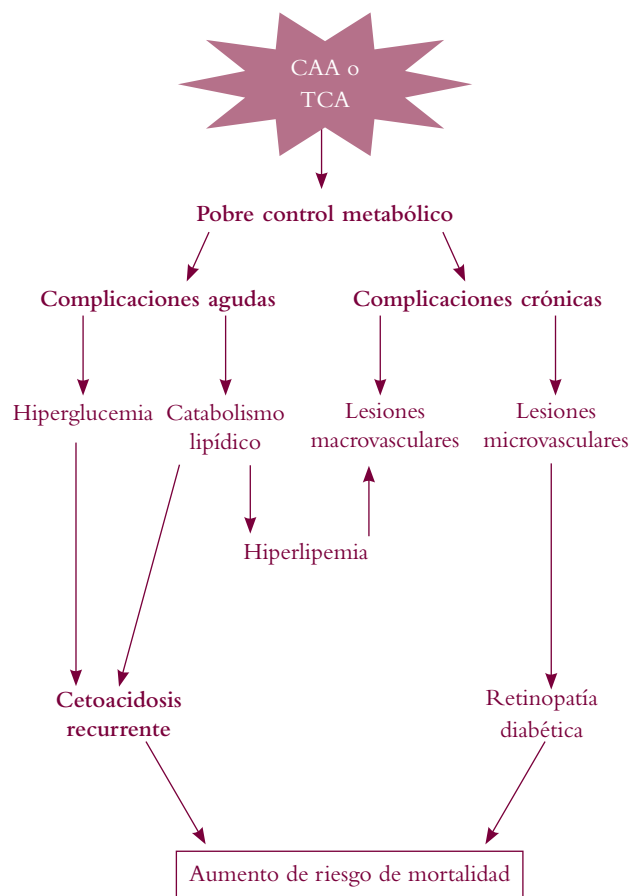
Diabetes mellitus tipo 2 y conductas alimentarias anómalas

Además del deterioro del control metabólico, esta comorbilidad se asocia con desarrollo de obesidad mórbida, sobre todo en pacientes jóvenes con DM2⁶.

TRATAMIENTO

A pesar de que se ha investigado muy poco acerca del tratamiento de las CAA y los TCA en pacientes con DM1, se

Figura 1. Consecuencias de la asociación de DM1 y CAA o TCA



CAA: conductas alimentarias anómalas; DM1: diabetes mellitus tipo 1; TCA: trastornos de la conducta alimentaria.

considera que lo ideal es tratar a estos pacientes tan complejos en unidades multidisciplinarias o interdisciplinarias, con la concurrencia de un diabetólogo o especialista en endocrinología y nutrición, profesionales de la salud mental, psiquiatra y psicólogo, educador en DM y nutricionista.

Como veremos a continuación, el tratamiento de estos pacientes tiene varios componentes.

Psicoterapia

Existen varias modalidades de psicoterapia que pueden ser utilizadas para tratar pacientes con TCA. Ha demostrado su eficacia en el manejo de la BN, TCANE y TPA la psicoterapia cognitivo-conductual⁸; sin embargo, no existen ensayos clínicos que hayan determinado la mejor forma de psicoterapia para pacientes que padezcan la comorbilidad DM y CAA o TCA.

Manejo de la diabetes

Se aconseja, sobre todo al comienzo de la terapia, que los regímenes alimentarios sean menos rígidos y, en el caso de los DM1, que la insulino terapia sea flexible con el fin de que los pacientes no estén mucho tiempo involucrados en el manejo de su enfermedad, ya que el estar pendientes de la alimentación y la medicación, especialmente la insulina, produce estrés y dificulta su tratamiento^{9,10}. Una vez que los resultados de la psicoterapia se van notando y el estado psíquico mejora, se puede ir optimizando gradualmente el tratamiento. Puede ser de utilidad emplear insulinas con mejor perfil sobre el peso corporal, como la insulina glargina.

En el aspecto educativo

En este aspecto, como es obvio, es importante enseñar a los pacientes a incorporar la DM en su vida, y no lo contrario. También puede ser útil informar a los pacientes de que el aumento marcado de peso tras la instauración de la insulino terapia es debido a la retención de líquidos, y no al aumento de grasa. Se recomienda utilizar aparatos que midan la composición corporal

PREVENCIÓN

La prevención tiene varios componentes. En primer lugar, tratar precozmente los problemas de adaptación psicológica y de aceptación de la enfermedad que ocurren ante el conocimiento de que se padece una enfermedad

de por vida, sobre todo en pacientes jóvenes con DM1. Existen distintas técnicas psicoterápicas que han demostrado ser eficaces en estos casos: psicoeducación, terapia familiar, etc. Otro aspecto es el diagnóstico precoz de las CAA o los TCA; para ello, los profesionales que atienden a estos pacientes deben tener un alto índice de sospecha ante cualquier persona con preocupación por su peso corporal o excesiva preocupación por su estética, y recordar que los trastornos psíquicos son una causa de mal control metabólico. Hay que evitar regímenes dietéticos o de insulina muy rígidos y que tengan al paciente muy pendiente de su enfermedad durante mucho tiempo, sobre todo poco después del debut de la misma. Sería aconsejable hacer una prueba psicológica en los pacientes sospechosos de padecer una CAA o un TCA¹¹.

CONCLUSIONES

Las CAA y los TCA afectan con mayor frecuencia a adolescentes o adultos jóvenes, edad a la que suele debutar la DM1. La comorbilidad de ambas entidades da lugar a cuadros complejos y difíciles de manejar cuando están muy evolucionados, por lo que es importante el diagnóstico precoz. El tratamiento de estos pacientes requiere un equipo compuesto por especialistas en salud mental, diabetología, nutrición y educadores en DM; debería haber un equipo con estas características al menos en cada comunidad autónoma. En el caso de los DM2 que tengan asociada CAA o TCA, la consecuencia más negativa en el aumento de peso redundaría en el control metabólico. El tipo de psicoterapia para ellos es similar al empleado en los DM1, aunque con otros objetivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Mayor RV, Larrañaga A. Inadequate coping attitudes, disordered eating behaviours and eating disorders in type 1 diabetic patients. In: Type 1 diabetes: complications, pathogenesis and alternative treatments. Liu CP, ed. Rijeka (Croatia): Intech Open Access Publisher; 2011. pp 95-118.
2. Larrañaga A, Docet MF, García-Mayor RV. High prevalence of eating disorders not otherwise specified in North-Western Spain: A population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:1669-73.
3. Rydall AC, Rodin GM, Olmsted MP, Devenyi RG, Daneman D. Disordered eating behavior and microvascular complications in Young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1997;336:1849-54.
4. Mannucci E, Tesi F, Ricca V, Pierazzuoli E, Barciulli E, Moretti S, et al. Eating behaviours in obese patients with and without type 2 diabetes mellitus. *Int J Obes* 2002;26:848-53.
5. Menghin LF, Spadola J, Flores H. Prevalence and associations of binge eating disorder in a multiethnic population with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2006;29:2760.
6. Today Study Group. Binge eating, mood and quality of life in youth with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2011;34:858-60.
7. Larrañaga A, García Soidán FC, García-Mayor RV. Eating disorders and food anomalous behaviors rates in type 2 diabetics. 49th Annual Meeting of EASD. Barcelona, September 23-27, 2013.
8. Larrañaga A, Docet MF, Fluiters E, Fernández Sastre JL, García-Mayor RV. Comparative study of cognitive behavioral

psychotherapy and nutritional support in patients with different types of eating disorders. *Med Clin (Barc)* 2013 Sep 11. [Epub ahead of print]

9. Stewart TM, Williamson DA, White MA. Rigid VS. Flexible dieting: association with eating disorder symptoms in non-obese women. *Appetite* 2002;38:39-44.
10. Goebel-Fabbri AE. Disturbed eating behaviors and eating disorders in type 1 diabetes: clinical significance and treatment recommendations. *Curr Diab Rep* 2009;9:133-9.
11. Larrañaga A, Docet MF, García-Mayor RV. Disordered eating behaviors in type 1 diabetic patients. *W J Diabetes* 2011;15:189-95.