

Trastornos de la conducta alimentaria: una mirada desde la diabetes. Parte 1: generalidades

Eating disorders: a diabetes perspective. Part 1: general overview

María Belén Avila¹, Alcira T. Blanco², Judith Sarli³

RESUMEN

La pandemia de COVID-19 provocó un impacto considerable en la salud mental y física, exacerbando los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), especialmente en las personas con diabetes mellitus (DM). La DM, en cualquiera de sus tipos, plantea desafíos específicos en el manejo de la alimentación, los niveles de glucemia y el tratamiento farmacológico, lo que puede contribuir al desarrollo o agravamiento de comportamientos alimentarios alterados. En personas con DM1, la bulimia nerviosa, la anorexia nerviosa y la evitación/restricción de alimentos son los trastornos alimentarios más comunes, mientras que, en la DM2, los episodios de atracones sin conductas compensatorias son más prevalentes.

Con el objetivo de sintetizar la evidencia reciente sobre la intersección entre la DM y los TCA, precisando definiciones diagnósticas (DSM-5 como referencia principal), terminología clínica y consideraciones de evaluación e intervención interdisciplinaria, se realizó una revisión narrativa focalizada de literatura indexada y documentos normativos. Se priorizaron revisiones, guías y artículos originales relevantes de DM y TCA publicados en los últimos años.

De esta manera, este artículo se propone examinar la relación entre los TCA y la DM, destacando cómo los trastornos alimentarios pueden complicar el manejo de la enfermedad, aumentar el riesgo de complicaciones y crear un ciclo vicioso de mal manejo. Se propone una distinción entre los comportamientos alimentarios alterados, que son más comunes, pero no necesariamente clínicamente significativos, y los TCA diagnosticables que requieren atención especializada. Además, se discuten los factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento que influyen en el desarrollo de los trastornos, y la importancia de una intervención temprana y coordinada que incluya tanto el tratamiento médico de la DM como el apoyo psicológico. Las intervenciones recomendadas incluyen la educación sobre la imagen corporal, la terapia cognitivo-conductual y el apoyo familiar, con un enfoque interdisciplinario para mejorar el bienestar y el control de la DM en estas personas.

Palabras clave: diabetes; trastornos de la conducta alimentaria; alimentación desordenada; salud mental; abordaje integral.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic had a considerable impact on mental and physical health, exacerbating eating disorders (EDs), especially in people with diabetes mellitus (DM). DM, in any of its types, presents specific challenges in managing food intake, blood glucose levels, and pharmacological treatment, which can contribute to the development or worsening of maladaptive eating behaviors. In people with type 1 DM, bulimia nervosa, anorexia nervosa, and food avoidance/restriction are the most common eating disorders, while in type 2 DM, binge eating episodes without compensatory behaviors are more prevalent. With the aim of synthesizing recent evidence on the intersection between DM and EDs, clarifying diagnostic definitions (DSM-5 as the main reference), clinical terminology, and considerations for interdisciplinary assessment and intervention, a focused narrative review of indexed literature and normative documents was conducted. Relevant reviews, guidelines, and original articles on diabetes mellitus (DM) and EDs published in recent years were prioritized.

This article aims to examine the relationship between EDs and DM, highlighting how eating disorders can complicate disease management, increase the risk of complications, and create a vicious cycle of mismanagement. A distinction is proposed between disordered eating behaviors, which are more common but not necessarily clinically significant, and diagnosable EDs that require specialized care. Furthermore, predisposing, precipitating, and maintaining factors that influence the development of these disorders are discussed, along with the importance of early and coordinated intervention that includes both medical treatment for DM and psychological support. Recommended interventions include body image education, cognitive behavioral therapy, and family support, with an interdisciplinary approach to improve well-being and diabetes control in these individuals.

Key words: diabetes; eating disorders; disordered eating; mental health; comprehensive approach.

¹ Profesora Nacional del Educación Física, Lic. en Psicología y en Alto Rendimiento Deportivo, Educadora Certificada en Diabetes, Comité Científico de la Federación Argentina de Diabetes y *Task Force* de la Federación Internacional de Diabetes Región SACA, Miembro del Comité de Aspectos Psicosociales de la Sociedad Argentina de Diabetes, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

² Especialista en Endocrinología y Metabolismo, especialista en Diabetes, Medicina del Estrés, Colaboradora Docente del Curso Superior de Especialista en Cardiología del Distrito IV de la Provincia de Bs As, Miembro del Departamento de PINE y Medicina Integral de SAEM, Miembro del Comité de Aspectos Psicosociales de la Sociedad Argentina de Diabetes, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

³ Hospital Central Pilar, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Judith Sarli

E-mail: majusarli@yahoo.com.ar

Fecha de trabajo recibido: 20/5/2025

Fecha de trabajo aceptado: 18/11/2025

Conflictos de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

INTRODUCCIÓN

Sin dudas la pandemia de COVID-19 ha impactado en la vida de todas las personas del mundo. Conforme pasan los años, continuamos encontrando evidencia de sus consecuencias. En relación a la diabetes mellitus (DM), se evidencia un aumento de casos tanto para la DM1^{1,2} como para la DM2³. El ámbito correspondiente a la salud mental, por su parte, ha recibido un impacto demoledor: la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe *Mental health in the times of COVID-19*, comunicó que la prevalencia de trastornos de salud mental se duplicó durante la pandemia⁴. Hay una mirada más profunda especialmente en relación a los trastornos de la ansiedad y depresión que han aumentado entre el 25 y el 27%^{5,6}, y de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) que lleva un registro de prevalencia de un 2,4% de la población general^{7,8,9}. El estrés, la incertidumbre y el aislamiento auspiciaron los cambios en las rutinas de alimentación, sueño e higiene mental sembrando un terreno fértil para el despertar de un posible trastorno mental.

La situación puede agravarse aún más cuando se pone de relieve la relación que existe entre la DM y los TCA. El seguimiento riguroso de pautas dietéticas específicas, la vigilancia constante de los niveles de glucosa en sangre y la gestión adecuada de los medicamentos son fundamentales para el manejo de la DM. Sin embargo, estas exigencias pueden, en algunos casos, favorecer una relación conflictiva o disfuncional con la alimentación y la imagen corporal. Esta tensión puede manifestarse en actitudes negativas hacia la comida, como una percepción obsesiva o restrictiva, que impacta en el bienestar emocional, físico y social. Por otro lado, los comportamientos alimentarios alterados (CAA), como los episodios de atracones o el uso de purgas, pueden interferir gravemente

en el control de la glucemia. Estas prácticas no solo dificultan el adecuado control metabólico de la DM, sino que también incrementan el riesgo de complicaciones asociadas, y crean un círculo vicioso que afecta tanto la evolución de la enfermedad como su tratamiento.

Trastornos de la conducta alimentaria

En personas diagnosticadas con DM1 y un trastorno alimentario, la DM suele presentarse antes del desarrollo del trastorno alimentario^{10,11}. Sin embargo, en la DM2, la relación suele ser inversa: un trastorno alimentario, como los atracones, podría contribuir al desarrollo de la enfermedad^{12,13}. En los pacientes con DM1, la bulimia nerviosa es el trastorno alimentario más frecuente; se caracteriza por episodios de atracones seguidos de conductas inadecuadas para controlar el peso; pero posiblemente lo sea por el hecho de que la diabulimia no es considerada un TCA y muchas veces se interpreta como un subtipo de bulimia nerviosa¹⁰.

La anorexia nerviosa -definida, entre otros criterios, por restricción de ingesta con pérdida ponderal significativa, miedo intenso a ganar peso y alteración en la percepción de la imagen corporal- se asocia con una tasa de mortalidad notablemente alta¹⁴.

Por su parte, el trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos (*avoidant/restrictive food intake disorder*, ARFID) es el que cierra la lista de los más frecuentes. Por otro lado, en personas con DM2 son más comunes los atracones sin comportamientos compensatorios, así como el síndrome de alimentación nocturna, que implica despertarse durante la noche para ingerir alimentos.

Empero, no es lo mismo una persona (con o sin DM) que tiene una alimentación desordenada que otra con un TCA. Es preciso, entonces, diferenciar entre un TCA y una alimentación desordenada.

La *alimentación desordenada* no es un diagnóstico clínico en sí mismo, sino un término más amplio que describe patrones alimentarios irregulares o problemáticos que no cumplen los criterios diagnósticos para un TCA. Entre las manifestaciones más frecuentes se incluyen las dietas restrictivas o extremas, el salteo o evitación de ciertas ingestas, la exclusión reiterada de grupos de alimentos, el incumplimiento sistemático de horarios de comida, episodios ocasionales de atracones o el uso esporádico de laxantes. Aunque estas conductas pueden no ser tan graves como las de un TCA diagnosticado, pueden evolucionar hacia un trastorno completo si no se abordan adecuadamente. La alimentación desordenada también puede tener efectos negativos en la salud física y mental, pero suele ser menos persistente y no implica el mismo nivel de disfunción¹⁵.

Por su parte, un TCA es una condición clínica diagnosticable que se caracteriza por patrones persistentes y graves de comportamientos alimentarios anormales, los cuales tienen un impacto significativo en la salud física, psicológica y social cuyas clasificaciones pueden encontrarse en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

En el DSM-5¹⁶, los TCA tienen un enfoque más dimensional que sus versiones anteriores al desplegarse en un *continuum* de síntomas en vez de en categorías rígidas. Este enfoque permite graduar la severidad según las características clínicas y la frecuencia/intensidad de los síntomas. A diferencia de ediciones previas, el DSM-5 elimina subtipos de bulimia nerviosa, pero mantiene en la anorexia nerviosa dos presentaciones clínicas: tipo restrictivo y tipo con atracones/purgas. Asimismo, el trastorno por atracón (TA) se incorpora como una entidad diagnóstica independiente, lo que amplía la comprensión y delimitación de estos cuadros.

Los TCA y de la ingesta de alimentos se agrupan en una misma categoría diagnóstica y poseen las siguientes entidades específicas: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), TA, ARFID, pica y trastorno de rumiación. Además, el Manual contempla dos categorías residuales: otros trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos “especificados” (cuando se cumple gran parte de los criterios de un trastorno específico, pero no todos, y el clínico especifica la razón) y trastorno de la conducta alimentaria o de la in-

gesta de alimentos “no especificados” (cuando el clínico opta por no detallar el motivo por el cual no se cumplen los criterios completos).

Los criterios de la AN incluyen la restricción de ingesta con respecto a los requerimientos, lo que conduce a una pérdida de peso significativa. Ya no se refiere a un porcentaje de peso. También se ha quitado la especificación de las amenorreas, aunque sucede frecuentemente. Lo que cobra capital importancia son los criterios que implican los aspectos mentales, como el miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamientos que eviten la ganancia de peso a pesar de un peso significativamente bajo, y la alteración de la percepción del peso y de la imagen corporal.

Para la BN se valoran episodios recurrentes de atracones definidos como ingestas de una cantidad de alimentos claramente superior a la que la mayoría de las personas comería en situaciones similares, en un período discreto de tiempo, acompañados de sensación de pérdida del control. Se observan, además, conductas compensatorias recurrentes para evitar el aumento de peso (vómitos autoinducidos, uso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno o ejercicio excesivo). La frecuencia mínima para el diagnóstico es al menos una vez por semana durante 3 meses. En el DSM-5, lo que previamente se denominaba “bulimia nerviosa no especificada”, se clasifica como otros trastornos de la conducta alimentaria o de la ingestión de alimentos especificados (*other specified eating or feeding disorders*, OSFED); por ejemplo, BN de baja frecuencia y/o de duración limitada¹⁶.

La “diabulimina” no constituye una entidad diagnóstica para el DSM-5; la omisión internacional de insulina como método de control ponderal puede conceptualizarse dentro de BN, CAA u OSFED, según el patrón clínico y los criterios presentes.

En relación con el ARFID, surge la preferencia restringida o escasa diversidad en la elección de alimentos, generalmente asociada a dificultades sensoriales o experiencias negativas previas. Existe desinterés hacia la comida, rechazo basado en las propiedades sensoriales de los alimentos y en la preocupación por posibles efectos negativos de consumirlos, particularmente en relación a la glucemia. Lo fundamental es distinguir si esa evitación impide o no cubrir los requerimientos nutricionales. Por ejemplo, las personas que llevan una alimentación vegetariana no necesariamente tienen un TCA.

Y respecto de la pica, que es la ingesta de sustancias no alimenticias, puede estar asociada a la AN en tanto herramienta para mitigar el hambre que se siente por no comer alimentos y comer, por ejemplo, papel, que no aporta calorías. En el grupo de otros especificados, el clínico indica qué criterio no se cumple (p. ej., BN de baja frecuencia), mientras que en no especificados no se consigna el motivo de la no completitud de los criterios.

En los TA/CAA existen episodios recurrentes de atracones que se caracterizan por comer en un corto período de tiempo cantidades de comida francamente por encima de la mayoría de lo que la gente comería en las mismas circunstancias; se trata de una sensación de pérdida de control. Los atracones se asocian con tres o más de las siguientes características: comer más rápido de lo normal, comer hasta sentir disconfort y plenitud, comer grandes cantidades de alimentos sin hambre, comer sin compañía por sentimiento de vergüenza debido a la cantidad de comida ingerida, sentimiento de disgusto con uno mismo, depresión o culpa, marcada angustia relacionada con los episodios de atracón. El período estipulado es una vez por semana durante 3 meses. Se diferencia en que no hay comportamientos compensatorios asociados. Lo distintivo es el sentimiento de culpa, de vergüenza y malestar, siendo el motor para realizarlos a escondidas y en soledad. Cabe señalar que los TA son más frecuentes en personas con DM2, aunque no necesariamente tienen que ser personas con obesidad o sobrepeso, sino que también puede darse en personas con DM normopeso.

Existen otros trastornos que no se encuentran clasificados en el DSM-5, pero que suelen utilizarse muy frecuentemente en ámbitos académicos y clínicos:

- *Diabulimia*. Restricción deliberada de insulina que resulta en la pérdida de peso.
- *Ortorexia*. Obsesión por la comida saludable.
- *Vigorexia*. Obsesión por un cuerpo musculoso y excesiva preocupación por el entrenamiento físico.

La definición de diabulimia aún no está del todo establecida y produce distintas limitaciones que generan confusión. La otra aclaración es que no siempre que se omite la aplicación de insulina tiene que ver con un TCA, sino que puede existir otro tipo de dificultad para la aplicación de insulina, como fobia a las agujas, miedo a las inyecciones o temor a la hipoglucemia, entre otros.

Factores intervinientes

Desde hace tiempo circula la frase que reza: “No se enferma el que quiere sino el que puede” haciendo una invitación a la exploración de los factores predisponentes (crean la base de vulnerabilidad), los factores precipitantes (actúan como “gatillo”) y los factores de mantenimiento (perpetúan los síntomas y dificultan la recuperación) de un trastorno.

• *Factores predisponentes*. Se pueden desglosar en: socioculturales (estereotipo de belleza en delgadez), familiares (sobreexigencia, sobreprotección, evitación de conflictos), neuroendocrinos (relación directa con alteraciones secundarias), psicológicos (inestabilidad emocional, ansiedad y depresión), físicos (sobrepeso y obesidad) y genéticos (antecedentes familiares de TCA). Diferentes estudios demostraron que variantes genéticas y cambios epigenéticos en las vías relacionadas con el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) y la señalización de glucocorticoides se han asociado con TCA y DM^{17,18}.

• *Factores precipitantes*. Se clasifican en estresores agudos, eventos traumáticos y cambios significativos. Se incluyen, entre otros, transiciones vitales relevantes, la pérdida de un ser querido, ruptura de pareja, rechazo social, el propio diagnóstico y/o tratamiento de la DM, dietas restrictivas, presión social, estrés y otros problemas psicológicos. Estos factores se vinculan con procesos epigenéticos, en particular, la metilación del ADN en sitios CpG que pueden modular la expresión de genes relacionados con el eje del estrés, la sensibilidad a la insulina, la señalización del apetito y los circuitos de recompensa/emoción^{17,18}. Dichas modificaciones pueden influir en las vías metabólicas y neuroconductuales relevantes para la obesidad y la DM2, y pueden ocurrir en etapas preconcepcionales, prenatales y posnatales (infancia y adultez). La intervención terapéutica puede atenuar o revertir parcialmente estos efectos^{17,18}.

• *Factores de mantenimiento*. Se encuentran los cognitivos (creencias disfuncionales), conductuales (hábitos desadaptativos y aislamiento social), psicológicos (culpabilidad), biológicos (alteraciones neuroquímicas persistentes), metabólicos (restricciones calóricas y alteraciones hormonales), sociales (falta de apoyo social y/o conflictos familiares crónicos) y contextuales (situaciones de estrés continuo).

Algunos estudios proponen considerar algunos factores de riesgo como la edad (DM1 en la ado-

lescencia y la adultez joven mientras que la DM2 en adultos), el sexo (las mujeres siguen teniendo una mayor predisposición y los hombres consultan menos), las alteraciones menstruales (aunque dejó de ser criterio diagnóstico puede ser un síntoma de TCA), la desnutrición, la obsesión por el tratamiento de la DM, especialmente en cuanto a lo nutricional, los cambios en el comportamiento, los antecedentes familiares de TCA y un entorno sobreprotector o desatención^{10,12}.

Comportamientos alimentarios alterados

Los CAA son comunes en personas con DM1 y, en algunos casos, pueden mejorar el control de la glucemia, lo que dificulta su detección. Las personas con DM y sus familias a menudo no los consideran problemáticos ni asociados a un trastorno alimentario. La omisión de insulina se observa con frecuencia como un problema de adherencia. Además, los hábitos alimentarios pueden parecer normales cuando se omite insulina con el objetivo de perder peso, y la imagen corporal rara vez se aborda durante las consultas. Las fluctuaciones de peso suelen interpretarse como parte del control de la DM y no como un indicio de CAA.

Por todo ello, es que la literatura sugiere vigilar como signos de alarma la preocupación persistente por la comida y el peso (pensamientos intrusivos sobre calorías, reglas rígidas de alimentación), así como el temor intenso a los niveles elevados de glucemia y sus consecuencias. También resultan indicativos la distorsión de la imagen corporal y la insatisfacción ponderal, la adopción de métodos extremos para controlar el peso (saltarse ingestas, ejercicio excesivo, vómitos autoinducidos y/o uso de laxantes o diuréticos), la manipulación de la insulina (omisión intencional o reducción de dosis para influir en el peso o en la glucemia), la presencia de atracones, el retiro de situaciones sociales que impliquen comer y la tendencia al aislamiento.

En el plano psicosocial, deben considerarse cambios de humor o malestar emocional (ansiedad, depresión, irritabilidad) vinculados con la comida, la imagen corporal o el control metabólico de la DM, junto con un deterioro del funcionamiento (asistencia y rendimiento escolar, desempeño laboral, relaciones interpersonales) y síntomas depresivos (ánimo bajo, fatiga, pobre concentración, alteraciones del sueño). Finalmente, constituyen señales clínicas de alerta la pérdida o ganancia ponderal sin explicación, una hemoglobina glicosilada por encima de objetivos, fluctuaciones glucémicas no jus-

tificadas, discordancia entre registros de glucemia y HbA1c, internaciones por cetoacidosis diabética, hipoglucemias severas, olvidos en los controles o aplicaciones, infecciones urinarias o genitales recurrentes, caída del cabello, piel y mucosas secas o pálidas, alteraciones menstruales y una vinculación errática con los equipos de salud^{11,10,11,17}.

Enfoque terapéutico

La *American Diabetes Association* (ADA)¹⁹ sugiere que los proveedores de salud consideren evaluar los síntomas de angustia por DM, depresión, ansiedad, conductas alimentarias desordenadas y capacidades cognitivas utilizando herramientas estandarizadas y validadas apropiadas para la edad en la primera visita, en intervalos periódicos, y cuando haya un cambio en la enfermedad, el tratamiento o las circunstancias de vida. Se recomienda incluir a los cuidadores y miembros de la familia en esta evaluación. Particularmente los profesionales de salud deben considerar reevaluar el régimen de tratamiento de las personas con DM que presenten síntomas de comportamientos alimentarios desordenados, un trastorno alimentario o patrones de alimentación interrumpidos, especialmente cuando la hiperglucemia y la pérdida de peso no se explican por comportamientos autoinformados relacionados con la dosificación de medicamentos, el plan de alimentación y la actividad física. Además, se recomienda revisar el régimen médico para identificar posibles efectos relacionados con el tratamiento sobre el hambre o la ingesta calórica.

Cuando el equipo de DM detecta comportamientos alimentarios alterados y preocupaciones relacionadas con la imagen corporal, puede remitir al paciente para una evaluación psicológica más completa. Es importante analizar los datos obtenidos durante el proceso de detección, incluyendo el alcance, la duración y la intensidad de las preocupaciones con el fin de definir la vía de derivación más adecuada. Y, por su parte, reevaluar el tratamiento de la DM, explorar y tomar en cuenta las conductas relacionadas con la ingesta de alimentos y la medicación, y trabajar mancomunadamente con profesionales de la salud mental.

Para lograrlo de una manera eficiente se propone una capacitación de los profesionales de la salud acerca de las complicaciones asociadas: trabajar sobre los factores de riesgo, las señales de advertencia y detección, tanto de los trastornos alimentarios como de los comportamientos

alimentarios alterados, las oportunidades para la intervención temprana, el manejo a largo plazo de esta población y la importancia de la comunicación y el trabajo conjunto¹⁰.

Un enfoque terapéutico debe incluir la prevención de factores que favorecen el trastorno, como la educación sobre la imagen corporal y la disminución de estigmas; la intervención rápida frente a los factores desencadenantes, como la gestión del estrés y el acompañamiento en momentos de crisis; y el tratamiento de los factores que perpetúan el trastorno mediante terapia cognitivo-conductual, apoyo nutricional y acompañamiento familiar. Simmons et al. aseguran que las intervenciones tempranas ante comportamientos alimentarios alterados en jóvenes con DM1 incluyen la capacitación del equipo de salud, el cribado sistemático con instrumentos específicos, criterios claros de derivación y evaluaciones conjuntas entre los equipos de DM y TCA, favoreciendo la identificación precoz y el acceso oportuno a psicoterapia y apoyos adecuados¹⁰. Además, proponen que las intervenciones familiares pueden ser una parte importante del tratamiento de jóvenes con DM1 y TCA.

A modo de conclusión queda fundamentado que el alineamiento terminológico, el cribado sistemático y la coordinación interdisciplinaria son pilares para optimizar el control metabólico y el bienestar psicosocial en personas con DM y TCA.

BIBLIOGRAFÍA

- Hernández-Herrero M, Terradas-Mercader P, Latorre-Martínez E, Feliu-Rovira A, Rodríguez-Zaragoza N, Parada-Ricart E. New diagnoses of type 1 diabetes mellitus in children during the COVID-19 pandemic. Regional multicenter study in Spain. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2022 Nov;69(9):709-714. Spanish. doi: 10.1016/j.endinu.2021.12.003.
- Hirschler V, Molinari C, Krochik G, Prieto M, et al. Debuts de diabetes mellitus tipo 1 en niños antes, durante y después de la pandemia de COVID-19. Estudio multicéntrico. *Rev Soc Arg Diab* 2024;58(1):14-22. doi: 10.47196/diab.v58i1.749.
- Li R, Shen M, Yang Q, Fairley CK, Chai Z, McIntyre R, et al. Global diabetes prevalence in COVID-19 patients and contribution to COVID-19-related severity and mortality. A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care.* 2023 Apr 1;46(4):890-897. doi: 10.2337/dc22-1943.
- Organización Mundial de la Salud. Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia. 2022. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354393/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-spa.pdf?sequence=1>.
- Organización Mundial de la Salud. La pandemia de COVID-19 aumenta en un 25% la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo. Comunicado de prensa. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>.
- Minano-Garrido EJ, Catalán-Matamoros D, Gómez-Conesa A. Anorexia nervosa after the COVID-19 pandemic. New challenges for physiotherapy. *Fisioterapia.* 2023 March-April;45(2):71-3. Spanish. doi: 10.1016/j.ft.2022.12.002.
- Devoe D, Han A, Anderson A, Katzman DK, Patten SB, Soumbasis A, Flanagan J, Paslakis G, Vyver E, Marcoux G, Dimitropoulos G. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *Int J Eat Disord.* 2023 Jan;56(1):5-25. doi: 10.1002/eat.23704.
- Minano-Garrido EJ, Catalán-Matamoros D, Gómez-Conesa A. Anorexia nervosa after the COVID-19 pandemic. New challenges for physiotherapy. *Fisioterapia.* 2023 March-April;45(2):71-3. Spanish. doi: 10.1016/j.ft.2022.12.002.
- Murray-Hurtado M, Rivada AM, Pestano-García S, Ramallo-Fariña S. Influencia de la pandemia por COVID-19 en la incidencia de trastornos de la conducta alimentaria. *Anales de Pediatría* 2024;101(1):21-28. doi: 10.1016/j.anpedi.2024.04.013.
- Simmons A, McMahon L, Crosbie V, Carlson L. A multidisciplinary team approach to screening, assessment and early intervention for young people with type 1 diabetes and disordered eating behaviour. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2021 Jul;26(3):629-642. doi: 10.1177/13591045211013872.
- Candler T, Murphy R, Pigott A, Gregory JW. Fifteen-minute consultation. Diabulimia and disordered eating in childhood diabetes. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2018 Jun;103(3):118-123. doi: 10.1136/archdischild-2017-312689.
- Nieto-Martínez R, González-Rivas JP, Medina-Inojosa JR, Florez H. Are eating disorders risk factors for type 2 diabetes? A systematic review and meta-analysis. *Curr Diab Rep.* 2017 Nov 22;17(12):138. doi: 10.1007/s11892-017-0949-1.
- Chevinsky JD, Wadden TA, Chao AM. Binge eating disorder in patients with type 2 diabetes: diagnostic and management challenges. *Diabetes Metab Syndr Obes* 2020 Apr 14;13:1117-1131. doi: 10.2147/DMSO.S213379.
- Dziwina M, Bańka B, Herbet M, Piątkowska-Chmiel I. Eating disorders and diabetes: facing the dual challenge. *Nutrients* 2023 Sep 12;15(18):3955. doi: 10.3390/nu15183955.
- Neumark-Sztainer D, et al. Striving to prevent obesity and other weight-related problems in adolescent girls: The New Moves approach. En: O'Dea JA, Eriksen M (eds), *Childhood Obesity Prevention: International Research, Controversies and Interventions.* Oxford, 2010. doi: 10.1093/acprof:oso/9780199572915.003.0024.
- American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.* 2014, 5ª Edición.
- Steiger H, Booij L. Eating disorders, heredity and environmental activation: getting epigenetic concepts into practice. *J Clin Med.* 2020 May 3;9(5):1332. doi: 10.3390/jcm9051332.
- Duncan L, Yilmaz Z, Gaspar H, Walters R, Goldstein J, Anttila V, Bulik-Sullivan B, Ripke S; Eating Disorders Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium; Thornton L, Hinney A, Daly M, Sullivan PF, Zeggini E, Breen G, Bulik CM. Significant locus and metabolic genetic correlations revealed in genome-wide association study of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry.* 2017 Sep 1;174(9):850-858. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.16121402.
- American Diabetes Association Professional Practice Committee; 5. Facilitating behavior change and well-being to improve health outcomes. *Standards of Medical Care in Diabetes* 2022. *Diabetes Care* 2022; 45 (Suppl1): S60-S82. doi: 10.2337/dc22-S005.