

Trastornos de la conducta alimentaria: una mirada desde la diabetes. Parte 2: diagnóstico precoz y tratamiento

Eating disorders: a diabetes perspective. Part 2: early diagnosis and treatment

Alcira Blanco^{1,2}, Judith Sarli^{1,3}, Guillermo Azueta^{1,4}, Juan Carlos Bauchi^{1,5}, Laura Soledad Díaz^{1,6},
Olguita Vera^{1,7}, Olga Escobar^{1,8}

RESUMEN

La coexistencia entre la diabetes mellitus (DM) y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) representa un desafío clínico creciente, con implicancias significativas en el pronóstico metabólico, la adherencia terapéutica y la calidad de vida de quienes la padecen. Si bien existen múltiples estudios de cada entidad por separado, el abordaje de ambas condiciones combinadas ha sido escasamente explorado en la práctica médica cotidiana, lo cual retrasa su detección y abordaje oportuno. El presente artículo tiene como objetivo brindar una revisión actualizada sobre los factores de riesgo compartidos, las particularidades clínicas y las señales de alerta que pueden orientar al equipo de salud en la identificación temprana de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón como trastornos más frecuentes en personas con DM y como una forma de manifestación específica en aquellas con DM1 denominada "diabulimia". Asimismo, se propone una mirada integral que contemple tanto las dimensiones metabólicas como psicoemocionales, destacando la importancia del abordaje interdisciplinario para prevenir complicaciones y mejorar los resultados en salud. Para ello, se realizó una revisión de la literatura científica de los últimos 15 años, en poblaciones de ambos sexos y de todas las edades, tomada a partir de las bases de datos de PubMed, Cochrane, Embase, Scielo y Google Scholar, priorizando metaanálisis, guías, consensos oficiales, revisiones y estudios originales.

Palabras clave: diabetes mellitus; trastornos de la conducta alimentaria; detección precoz; riesgo metabólico; abordaje interdisciplinario.

ABSTRACT

The coexistence of diabetes mellitus (DM) and eating disorders (EDs) represents a growing clinical challenge, with significant implications for metabolic prognosis, treatment adherence, and quality of life. While numerous studies exist on each condition separately, the combined approach to both has been scarcely explored in daily medical practice, delaying their detection and timely intervention. This article aims to provide an updated review of shared risk factors, clinical features, and warning signs that can guide healthcare teams in the early identification of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder as the most frequent disorders in people with DM and as a specific manifestation in those with type 1 diabetes known as "diabulimia." Furthermore, it proposes a comprehensive perspective that considers both metabolic and psycho-emotional dimensions, highlighting the importance of an interdisciplinary approach to prevent complications and improve health outcomes. To this end, a review of the scientific literature of the last 15 years was carried out, in populations of both sexes and all ages, taken from the PubMed, Cochrane, Embase, Scielo and Google Scholar databases, prioritizing meta-analyses, guidelines, official consensuses, reviews and original studies.

Key words: diabetes mellitus; eating disorders; early detection; metabolic risk; interdisciplinary approach.

- ¹ Comité de Aspectos Psicosociales de la Sociedad Argentina de Diabetes, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
- ² Médica especialista en Endocrinología y Metabolismo, especialista en Diabetes (Sociedad Argentina de Diabetes, SAD), Medicina del Estrés, colaboradora Docente del Curso Superior de Especialista en Cardiología del Distrito IV de la Provincia de Bs. As, miembro titular de la SAD y de la Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo (SAEM), miembro del departamento de PINE y de Medicina Integral de SAEM, Provincia de Buenos Aires, Argentina
- ³ Médica especialista en Endocrinología y Metabolismo, especialista en Medicina del Estilo de Vida, Maestría en Psiconeuroinmunoendocrinología, *Coach* ontológico, miembro titular de la Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo (SAEM), miembro del departamento de PINE y Medicina Integral de SAEM, Centro Cardio-Reno-Metabólico del Hospital Central de Pilar, Provincia de Buenos Aires, Argentina
- ⁴ Especialista Jerarquizado en Clínica Médica y en Endocrinología con calificación agregada en Diabetología (Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires IX Distrito), miembro Adherente de la Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo (SAEM), Provincia de Buenos Aires, Argentina
- ⁵ Especialista Consultor en Endocrinología, especialista jerarquizado en Clínica Médica, calificado en Diabetología, Magister en Psiconeuroinmunoendocrinología, miembro de la Federación Argentina de Sociedades de Endocrinología (FASEN), de la Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo (SAEM) y de la Asociación Médica de Bahía Blanca (AMBB), exjefe del Servicio de Endocrinología del Hospital Naval Puerto Belgrano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
- ⁶ Licenciada en Enfermería, Educadora en Diabetes, *Coach* Organizacional y Ejecutiva, Profesora de la Licenciatura en Enfermería en la Universidad Nacional de La Rioja, La Rioja, Argentina
- ⁷ Médica especialista en Endocrinología, miembro de la Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo (SAEM) y de la Federación Argentina de Sociedades de Endocrinología (FASEN)
- ⁸ Médica especialista en Endocrinología, consultorio particular, miembro de la Federación Argentina de Sociedades de Endocrinología (FASEN), San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

Contacto de la autora: Judith Sarli
E-mail: majusarli@yahoo.com.ar
Fecha de trabajo recibido: 28/6/2025
Fecha de trabajo aceptado: 22/1/2026

Conflictos de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la *American Diabetes Association* (ADA) incorporó, como parte de las guías de tratamiento y estilo de vida, los factores psicológicos, entre los que se incluyen fundamentalmente el estrés, la depresión y la ansiedad, y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)³.

Los TCA, según la definición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM5), son una seria y compleja condición de salud mental que impacta en la relación del individuo con la comida y su imagen corporal. Se clasifican en: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón (TA), pica, trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos (*avoidant/restrictive food intake disorder*, ARFID), trastornos de la conducta alimentaria o de la ingestión de alimentos especificados (*other specified eating or feeding disorder*, OSFED), y trastorno alimentario y de la ingesta de alimentos no especificado (*unspecified feeding or rating disorder*, UFED).

La AN, la BN y el TA son las manifestaciones más frecuentes de los TCA en personas con DM, con una prevalencia entre dos y tres veces mayor que en la población general. En la DM1 se describe, además, una conducta frecuente en la práctica

clínica conocida como diabulimia, caracterizada por la reducción u omisión intencional de la dosis de insulina con el objetivo de perder peso. Si bien no está oficialmente reconocida formalmente por el DSM-5, la evidencia publicada señala un aumento de su prevalencia y un significativo impacto clínico. En estas manifestaciones se centrará el análisis de la presente revisión^{1,4,12,15}.

Según datos epidemiológicos publicados en estudios multicéntricos, los TCA (definidos por el DSM5) conforman un conjunto de patologías mentales de alta prevalencia, que varía según el tipo de TCA, la edad, el sexo y los factores demográficos, y que afectan al 1-6% de la población general, con aparición a edades más tempranas y una tasa de mortalidad del 5%^{1,2}. Estas se presentan con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, con una proporción 4:1(1).

Debido a la coincidencia de factores fisiológicos, psicológicos y conductuales, los TCA presentan mayor prevalencia en personas con DM, y viceversa, lo que complejiza el manejo clínico y el pronóstico de ambas entidades^{1-3,5}. Sin embargo, esta comorbilidad continúa siendo subdiagnosticada y abordada de manera fragmentada en la práctica clínica, lo que se asocia a un impacto ne-

gativo sobre el control metabólico y la aparición temprana de complicaciones.

En este contexto, el objetivo de la presente revisión fue describir las variables involucradas en la relación entre la DM y los TCA, identificar los signos de alarma y los factores de riesgo, y analizar los diferentes enfoques propuestos para su detección precoz y abordaje terapéutico a fin de aportar herramientas que faciliten su reconocimiento y manejo en la práctica clínica.

Prevalencia

La coexistencia de la DM y los TCA se asocia a una prevalencia significativamente mayor de TCA en personas con DM en comparación con la población general sin esta enfermedad. Los estudios multicéntricos más recientes reportan los siguientes hallazgos^{1,2,15,19}:

En adolescentes con DM1, del 7-9% se les diagnosticó algún tipo TCA; si se agregan las formas subclínicas, el porcentaje alcanza el 40%. Las formas más comunes son la BN, la AN y la diabulimia, seguidas del TA. Por otro lado, se observa un marcado aumento de los síntomas asociados a los TCA que llegaría hasta un 50% según la edad, el sexo y el contexto poblacional de las personas con DM1. En un estudio multicéntrico, utilizando métodos de *screening* validados, la prevalencia de diabulimia fue del 21% al 27% en mujeres jóvenes, mientras que las formas subclínicas llegaron al 40%. En este rango etario fue más frecuente en mujeres con una proporción 3:1^{4,5,15}.

En la DM2 la prevalencia del diagnóstico de los TCA varía entre el 7% y el 20%, siendo más frecuente el TA que la BN. Por otro lado, el 20% de

las personas con TA coexiste con DM2, y el 45% con prediabetes y obesidad, mientras la AN y la diabulimia se encuentran en menor medida que en la DM1⁹; es más frecuente en adultos de edad media con una relación mujer-hombre de 2:1⁶.

Asimismo, se ha observado una aparición más temprana de las complicaciones micro y macrovasculares, incluso un aumento de la mortalidad en personas con DM y TCA asociados^{1,2}. Los estudios también evidencian una marcada asociación con otras manifestaciones psicológicas, como el estrés, la ansiedad y la depresión, que contribuyen a una evolución clínica irregular y dificultan el adecuado control metabólico^{2,3}.

Se debe tener en cuenta que un número significativo de personas con DM presenta a lo largo de la vida conductas alimentarias desordenadas que requieren diferenciarlas de los TCA formalmente establecidos. Esta distinción depende de factores individuales de vulnerabilidad, del entorno familiar y social, y de la coexistencia de otros trastornos psicológicos¹.

Etiología y fisiología de los TCA y la diabetes

Las causas de los TCA son complejas y multifactoriales, y varían en cada individuo. Como se mencionó anteriormente, intervienen factores genéticos, epigenéticos, ambientales, socioculturales y psicológicos que influirán en la fisiología de la conducta alimentaria en diferentes áreas, ya sea centrales como periféricas, neuronales, hormonales y no hormonales. Estos factores pueden clasificarse en: predisponentes, precipitantes y de mantenimiento (Tabla 1)⁷. Conocerlos resulta clave para favorecer su detección en las personas con DM².

Factores predisponentes	Factores precipitantes	Factores de mantenimiento
Socioculturales: incentivos hacia la restricción calórica, presión social por cánones estéticos, baja autoestima	Ambientales: estrés en la vida perinatal, desarrollo o vida adulta, eventos adversos como pérdida de un ser querido, problemas familiares, conflictos sexuales	Biológicos: malnutrición, alteraciones en neurotransmisores, retraso en el vaciamiento gástrico
Familiares: sobreexigencia, sobreprotección, evitación de conflictos que generan inseguridad y falta de control	Estado nutricional/mental: efectos negativos del estado de malnutrición y alteraciones psicológicas que agravan la susceptibilidad al TCA	Familiares y sociales: dinámica familiar disfuncional, aislamiento social
Otros físicos: obesidad, sobrepeso o alteraciones corporales		Aspectos autoinmunes: asociación de AN con enfermedades autoinmunes (DM1), mayor riesgo de TCA en hijos de padres con trastornos autoinmunes
Neuroendocrinos: alteraciones secundarias a la enfermedad		Hallazgos genéticos: asociación de TCA con genes que regulan neurotransmisores (serotonina), neuromoduladores (BDNF), hormonas (estrógenos, ghrelina)
Psicológicos: inestabilidad emocional, ansiedad, depresión (causa o consecuencia del TCA)		Estudios GWAS vinculan AN con características psiquiátricas (TOC, depresión), metabólicas (resistencia a la insulina, metabolismo lipídico) y antropométricas (IMC bajo, masa grasa baja)
Individuales	Psicopatología grave: ausencia de desencadenantes específicos que indica una psicopatología subyacente más severa	Conductuales: actividad física excesiva, cogniciones anoréxicas persistentes
Genéticos: variaciones en la regulación emocional, recompensa, metabolismo energético y apetito	Variaciones de peso: cambios significativos (ganancia o pérdida) como desencadenantes en individuos susceptibles	Genéticos: heredabilidad significativa (AN: 32%-76%; BN: 28%-83%; TA: 39%-45%). Factores ambientes no compartidos tienen mayor influencia que los compartidos

Elaborada a partir de referencia 7.

TCA: trastorno de la conducta alimentaria; AN: anorexia nerviosa; DM1: diabetes mellitus tipo 1; BDNF: brain-derived neurotrophic factor; GWAS: genome-wide association study; IMC: índice de masa corporal; TOC: trastorno obsesivo compulsivo; BN: bulimia nerviosa; TA: trastorno por atracón

Tabla 1: Factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria y la diabulimia.

Diagnóstico y factores de riesgo

La literatura coincide que para realizar un correcto diagnóstico de las personas que presentan la combinación de DM y TCA sería necesario que el equipo de salud tenga en cuenta:

- La anamnesis y el examen físico. Deben ser exhaustivos para corroborar signos de alarma y factores de riesgo que lleven al paciente a conductas con implicancias en el área de salud.
- Evaluar hábitos alimentarios y actividad física.
- Examinar el compromiso de la persona con la DM.
- Explorar las dificultades psicológicas (imagen corporal, falta de manejo del atracón) a través de test específicos.

Anamnesis

Se requiere el conocimiento de los factores de riesgo y los signos de alarma para diferenciar episodios conductuales aislados o la presencia de algún trastorno alimentario aun en sus formas subclínicas.

El comienzo de los síntomas de los TCA difiere entre los distintos tipos de DM. Ciertos factores de riesgo, como el alto índice de masa corporal

(IMC) o la insatisfacción corporal, se asocian con ambos tipos de DM^{2,8,12}.

Factores de riesgo

- Edad. En la DM1 ocurre más frecuentemente en adolescentes y adultos jóvenes en forma de diabulimia, BN y AN, y en la DM2 es más común en adultos de edad media en formas de TA y BN. En los adultos mayores, los trastornos cognitivos y psicológicos dificultan el diagnóstico y se manifiestan como AN^{10,11}.
- Sexo. Las mujeres presentan mayor predisposición que los hombres en una proporción 3:1 o 2:1. Es importante evaluar las alteraciones menstruales (oligo o amenorrea)
- Características antropométricas. El mecanismo fisiopatológico y etiológico determina que los pacientes con DM1 tiendan a un fenotipo caracterizado por disminución del IMC, que puede llegar a grados de desnutrición, mientras que en la DM2 predomina una tendencia a un IMC elevado asociado a otras comorbilidades del síndrome metabólico. Por otro lado, es frecuente la recuperación de peso al inicio de la enfermedad haciéndose

más flexible al tratamiento y provocando un círculo vicioso que perpetúa la enfermedad.

- Tratamiento de la DM. Es clave evaluar el excesivo cuidado y control del plan alimentario, la composición y el peso corporal. Las personas con DM1 tienden a omitir o disminuir la dosis de insulina, la ingesta de alimentos o saltar comidas a fin de disminuir de peso, mientras que en la DM2 es más frecuente la presencia de atracones y mecanismos compensatorios de vómitos, laxantes y actividad física excesiva.

- Cambios psicológicos y de comportamiento. Existe una relación directa con el diagnóstico de DM. En la DM1 se observa la presencia de estrés en el momento del diagnóstico, secundario al miedo a las complicaciones, la muerte y a sentirse marginado del círculo social, lo que provoca mayor aislamiento y tendencia a la depresión. Con la evolución de la enfermedad se agregan conductas como la falta de control, característica de la ingesta de alimentos que provoca fluctuaciones glucémicas con episodios de descompensaciones como hipoglucemias o cetoacidosis diabética (CAD). En la DM2, la obesidad y la prediabetes, las características alimentarias y los atracones, además de la dificultad de no poder controlarlas, producen mayor ansiedad y depresión.

- Entorno familiar del paciente. Es más frecuente en niños y adolescentes con falta de atención o sobreprotección.

- Antecedentes familiares de TCA^{1,2}.

Signos de alarma

Hay que tener en cuenta las características conductuales y clínicas que permitan sospechar la presencia de un TCA. A continuación, se describen según el tipo de DM.

- **DM1.** Se ha mencionado que las formas más frecuentes son la AN, la BN y la diabulimia, y en menor medida el TA¹². Sus características son:

- Pérdida o ganancia de peso.
- HbA1c por encima de los objetivos establecidos. Grandes fluctuaciones de glucemia sin motivo aparente (hipo e hiperglucemia) o controles glucémicos que no se relacionan con la HbA1c.

- Varias internaciones por mal control glucémico ya sea por CAD, hipoglucemias severas, y en adultos mayores, coma hiperosmolar.

- Olvidos del tratamiento como omisión o disminución de la dosis de insulina u otro tratamiento, y de controles glucémicos.

- Infecciones urinarias o genitales a repetición.
- Síntomas como caída del cabello, piel seca, mucosas pálidas y lesiones de las mucosas.

- En mujeres en edad fértil y en niñas y adolescentes, son frecuentes las alteraciones menstruales.

- Atención médica errática.

- Cambios del estado de ánimo, introspección, baja autoestima, ansiedad y angustia.

- Ideas distorsionadas sobre la comida, el peso y la imagen corporal.

- Preocupación excesiva por cambios de hábitos alimentarios.

- Aislamiento social.

- **DM2.** La forma más frecuente es el TA, aunque puede haber BN, AN y otras formas menos comunes¹³. Sus características son:

- Ingesta de grandes cantidades de comida y atracones por pérdida del control del apetito.

- Pueden usar métodos compensatorios como vómitos, purgas, diuréticos, etc.

- Controles médicos aislados.

- Sueño alterado con tendencia a comidas nocturnas.

- Aislamiento social (vergüenza y culpa).

- Diarreas y vómitos

- Aumento de peso.

- Pueden o no tener fluctuaciones de glucemia.

- Biomarcadores del síndrome metabólico: los parámetros antropométricos, metabólicos, nutricionales e inmunológicos serían marcadores de riesgo cardiovascular (CV) y mortalidad.

- La HbA1c no muestra grandes modificaciones.

- Mayor prevalencia de factores de riesgo CV y complicaciones de la DM, que podrían conducir a una mortalidad más temprana.

Examen físico y métodos diagnósticos

Luego de tener en cuenta los factores de riesgo y de alarma descriptos, el examen físico y test de *screening* validados son útiles para diferenciar la presencia de algún trastorno alimentario^{2,4}.

Evaluación clínico-nutricional

Son importantes las medidas antropométricas (peso, talla, IMC, circunferencia de cintura [CC], relación CC, evaluación de masa muscular) y el examen físico general (piel, faneras, mucosas), así como la evaluación del aparato cardiovascular (frecuencia cardíaca, tensión arterial a descartar hipertensión arterial o hipotensión ortostática), respiratorio, digestivo y endocrinológico (amenorreas,

insuficiencia suprarrenal, etc.). Asimismo, deben contemplarse las características alimentarias y el manejo de la medicación.

Screening y diagnóstico

Los estudios disponibles describen múltiples test de *screening* para los TCA, pero por el momento no existe un método específico que contemple las particularidades cuando los TCA se asocian a la DM. A ello se suma que el personal de salud cuenta con escaso tiempo para realizar la evaluación diagnóstica y, por otro lado, los pacientes tienden a ocultar sus conductas o no asisten a las consultas⁴. Los instrumentos de *screening* más frecuentemente utilizados y fáciles para realizar en la práctica clínica, especialmente en pacientes con DM1, son: el *Diabetes Eating Problem Survey Revised* (DEPS-R, validado y recomendado por la ADA en niños y adolescentes)^{14,15}, el *modified Sick Control One Fat Food* (mSCOFF), el *Pediatric Scales Quality Life* (PEDsQL) y el *Diabetes Quality of Life of Young survey* (DQOLY), entre otros^{12,15,19}.

De acuerdo con la literatura, los instrumentos más utilizados son el DEPS-R, de 16 preguntas, con un valor de positividad mayor de 20 puntos, y el mSCOFF, de 5 preguntas, con un valor positivo mayor de 2^{1,12}. Estos resultados orientan a la posible presencia de un TCA en pacientes con DM1 y permiten la derivación del paciente al equipo de Psicología para una evaluación más exhaustiva y su abordaje terapéutico. Asimismo, en la DM2 se lo ha utilizado en conjunto con el *Eating Disorder Examination-Questionnaire* (EDE-Q) considerado el método estándar^{1,4,6}.

A continuación, se detalla el cuestionario mSCOFF.

- 1) ¿Tienes la sensación de estar enfermo porque sientes el estómago tan lleno que te resulta incómodo?
- 2) ¿Has recientemente perdido más de 14 libras (6 kg) en un período de 3 meses?
- 3) ¿Crees que estás excedido de peso cuando los otros te ven delgado?
- 4) ¿Alguna vez te aplicaste menos insulina u omitiste la dosis?
- 5) ¿Podrías decir que la comida domina tu vida?

Las respuestas se clasifican en sí (1) y no (0). El score da positivo cuando el valor es ≥ 2 sugiriendo un trastorno de la conducta alimentaria.

Evolución

Los TCA constituyen patologías de difícil manejo cuya morbilidad se triplica cuando coexisten con la DM¹⁶.

Son patologías con recaídas frecuentes, como lo describe un estudio de 22 años de seguimiento en el que se detectó que entre los 9 a 10 años, solo el 50% de los pacientes se había recuperado¹⁷.

Finalmente, los estudios de investigación señalan que, para mejorar el pronóstico, es fundamental que el paciente reconozca ambas enfermedades y cuente con un equipo multidisciplinario que lo acompañe, lo cual resulta clave para prevenir las recaídas.

Tratamiento

Las revisiones sobre el abordaje terapéutico de ambas enfermedades enfatizan las siguientes pautas:

- El tratamiento debe ser individualizado.
- Se requiere de un equipo multidisciplinario que incluya médicos nutricionistas, psicoterapeutas, profesores de educación física y de manejo del estrés, además de especialistas en salud mental.
- Prevención a través de los signos de alarmas y factores de riesgo de los TCA.
- Empleo de test o inventarios psicológicos para la evaluación y seguimiento de los TCA.
- Terapias psicológicas individuales y grupales e intervención de la familia y el círculo social.

Ante el crecimiento global de ambas condiciones, distintos organismos internacionales han publicado herramientas destinadas a consensuar estrategias de detección temprana y mejor manejo de los pacientes.

El *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), en sus guías de 2017 (NG17 y NG69), se centró en el tratamiento y seguimiento de las personas con DM1 que presenten además un TCA^{5,20}. Estas recomendaciones incluyen:

- Plan alimentario con $\leq 40\%$ de hidratos de carbono (HC) y dosis reducidas de insulina en pacientes con omisión de insulina, junto con la medición sistémica de cetonas.
- Incrementar de manera gradual la dosis de insulina para mejorar los niveles de glucemia y evitar descompensaciones.
- Ajustar la distribución de los HC y la dosis de insulina conjuntamente para prevenir un aumento rápido de peso, así como episodios de hipo e hiperglucemia.
- Brindar educación diabetológica acerca de las

complicaciones agudas y crónicas derivadas de la omisión de insulina.

- Realizar *screening* psicológico periódico para el diagnóstico y seguimiento, y detección temprana de las recaídas.

Estas recomendaciones, sobre todo la primera, deberían considerarse de orientación para abordar el tratamiento, pero es menester adaptarlas a cada persona, valorándolas en su contexto clínico y cultural¹⁸.

Por su parte, la ADA en 2022 publicó lineamientos dirigidos a alertar al personal de salud sobre la necesidad de prevenir, diagnosticar y tratar los TCA en personas con DM³. Sus principales recomendaciones son:

- Reevaluar el tratamiento en pacientes que presenten signos o síntomas de TCA.
- Utilizar instrumentos de *screening* validados para el diagnóstico.
- Observar cambios de peso y fluctuaciones glucémicas como señales de alerta.
- Evaluar conductas relacionadas con la inges-

ta (restricción, atracones, métodos purgativos, omisión de comidas o exceso de ejercicio) y la medicación (disminución u omisión de insulina).

- Considerar los efectos de ciertos tratamientos sobre el apetito y la ingesta calórica.

- Tener en cuenta que en la DM1 los TCA suelen asociarse más al distrés psicológico, mientras que en la DM2 se relacionan con mayor frecuencia a trastornos psiquiátricos como ansiedad y depresión, lo que empeora tanto el pronóstico como la adherencia al tratamiento^{16,17}.

En síntesis, NICE enfatiza la regulación nutricional y el manejo médico de la insulino-terapia en contexto de TCA, mientras que la ADA pone el acento en la detección temprana, el uso de herramientas de *screening* y el abordaje integral de los factores psicológicos. Ambas guías coinciden en destacar la importancia de un enfoque interdisciplinario que integre aspectos metabólicos, emocionales y conductuales para optimizar la evolución clínica (Tabla 2).

	NICE (2017)	ADA (2022)
Objetivo principal	Manejo clínico y nutricional en pacientes con DM1 y TCA	Detección temprana y enfoque interdisciplinario integral
Plan alimentario	≤ 40 % HC en casos de omisión de insulina (con cetonas)	No especifica %, pero considera ajustes según síntomas y conducta alimentaria
Insulinoterapia	Incremento gradual para evitar hipo/hiperglucemia	Reevaluación del tratamiento si hay signos o síntomas de TCA
Distribución de HC y peso	Ajustes conjuntos para prevenir aumento de peso rápido y fluctuaciones glucémicas	Observación de cambios de peso y glucemia como señales de alerta
Educación diabetológica	Información sobre riesgo de omisión de insulina y sus complicaciones	Incluye evaluación de conductas alimentarias y de medicación (omisión, purgación, atracones, etc.)
Herramientas psicosociales	<i>Screening</i> psicológico para diagnóstico y prevención de recaídas	Uso de instrumentos validados para el <i>screening</i> de TCA
Factores psicológicos/adversidad	—	En DM1: TCA asociados a distrés. En DM2: prevalencia mayor de ansiedad y depresión, alterando el tratamiento
Enfoque general	Ajuste nutricional-terapéutico clínico	Detección activa y abordaje holístico (psico-metabólico)

Elaborada a partir de referencia 5.

NICE: National Institute for Health and Care Excellence; ADA: American Diabetes Association; DM1/2: diabetes mellitus tipo 1/2;

TCA: trastornos de la conducta alimentaria; HC: hidratos de carbono;

Tabla 2: Comparación de las recomendaciones de NICE 2017 y ADA 2022.

Hasta el momento, en la DM2 no se han encontrado guías ni recomendaciones específicas para el manejo y tratamiento de esta problemática; sin embargo, varios autores coinciden en algunos puntos que deberían ser considerados⁴:

- Primera fase: a) compromiso de la persona con el tratamiento; b) exploración de las alteraciones psicológicas y emocionales que gatillen dificultades en la estabilidad de la alimentación; c)

educación diabetológica y evaluación de complicaciones; d) terapia psicológica individual, grupal y familiar, y manejo del estrés; e) informar al paciente que la normalización de la conducta alimentaria es previa a la disminución del peso y evitar poner énfasis en las expectativas de pérdida de peso.

- Segunda fase: todo lo mencionado en la fase 1 y comenzar con el objetivo del manejo del peso supervisado por un nutricionista.

Como concepto a tener en cuenta, la HbA1c constituye un importante marcador en la evolución de los pacientes con DM1, así como en aquellos con DM2 que no presentan valores significativos de descompensación^{4,18}.

DISCUSIÓN

La evidencia revisada confirma que la coexistencia entre la DM y los TCA es frecuente, subdiagnosticada y se asocia a un significativo impacto negativo sobre el control metabólico y la aparición precoz de las complicaciones. A pesar de la creciente evidencia disponible, su abordaje conjunto continúa siendo limitado en la práctica clínica habitual.

Los estudios analizados indican una mayor prevalencia de los TCA en personas con DM, particularmente en adolescentes y adultos jóvenes con DM1, donde predominan conductas restrictivas y la omisión deliberada de insulina, y en adultos con DM2 y obesidad, en quienes el TA es la presentación más frecuente. Estos hallazgos sugieren la existencia de factores de vulnerabilidad compartidos, vinculados a la interacción entre aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales.

En la DM1, el tratamiento intensivo con insulina, el control estricto de la ingesta y el impacto emocional del diagnóstico pueden favorecer el desarrollo y la persistencia de conductas alimentarias desadaptativas, como la diabulimia, entidad clínicamente relevante por sus graves consecuencias metabólicas, aunque no reconocida formalmente en el DSM-5.

En la DM2, la coexistencia de los TCA, la obesidad y los trastornos afectivos contribuye a una menor adherencia terapéutica y a un control glucémico subóptimo, que no siempre se refleja adecuadamente en los marcadores bioquímicos habituales, lo que plantea la necesidad de ampliar la evaluación clínica más allá de los parámetros bioquímicos tradicionales.

La revisión pone de manifiesto la escasez de herramientas de *screening* validadas específicamente para personas con DM, especialmente en contextos latinoamericanos, así como la limitada implementación sistemática de los instrumentos actualmente disponibles. En este contexto, la anamnesis dirigida, el examen físico, la evaluación de los parámetros de laboratorio y la identificación de los signos de alarma y de los factores de riesgo continúan siendo fundamentales en la práctica clínica para sospechar la presencia de un TCA y

orientar la derivación oportuna a evaluación psicológica. En concordancia con ello, las guías internacionales coinciden en destacar la importancia de un abordaje interdisciplinario, aunque con énfasis en variables según el contexto asistencial.

CONCLUSIONES

La coexistencia entre la DM y los TCA representa un desafío clínico relevante que requiere ser considerado de manera sistemática en el seguimiento de las personas con DM. La identificación temprana de conductas alimentarias desadaptativas y de factores de riesgo psicológicos resulta central para prevenir el deterioro del control metabólico y la aparición de complicaciones.

El abordaje de esta comorbilidad debe ser interdisciplinario, integrando la evaluación médica, nutricional y psicológica, con especial atención a los grupos de mayor vulnerabilidad. La falta de herramientas diagnósticas específicas validadas y de guías adaptadas al contexto local pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la investigación clínica y el desarrollo de recomendaciones consensuadas que faciliten la detección y el seguimiento oportunos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dxiewa M, Banka B, Heber Mt and Piatkowka- Chmiel I. Eating disorders and diabetes: facing the dual challenge. *Nutrients*. 2023;15(18):3955, doi: 103390/nu15183955.
2. Chad-Friedman E, Clary L, Jhe G. Disrder eating in adolescents with type 1 Diabetes: risk factors and screening recomendations. *Current Opinion Pediatric*. 2024;36:351-357.
3. American Diabetes Association. Professional Practice Committee. Facilitanting positive health behaviors and well-being to inprove health outcomes. *Standars of Care in Diabetes 2024*. *Diabetes Care*. 2024;47(Suppl.1):S77-S110.
4. Winston A. Eating disorder and diabetes. *Curr Diabetes Reports*. 2020;20(8):32.
5. Allan J. Diabetes and eating disorders. Update to the NICE guidelance. *Journal of Diabetes Nursing*. 2017;21(3):103-107.
6. Salvia M, Rtholz M, Gragen K, Quatromoni P. Managing type 2 diabetes or prediabetes and binge eating disorder: a qualitative study of patient's perceptions and live experiences. *Journal of Eating Disorders*. 2022;10(1):148-159.
7. Steiger H, Booij L. Eating disorders, heredity and enviromental activation. Getting epigenetic concepts into practice. *J Clin Med*. 2020;9(5):1332-1344.
8. Lazo C, Durán Agüero S. The effect of diabetes mellitus diagnosis and its complication with eating disorders. *Rev Chil Nutr*. 2019;46(3):352-360.
9. Nip A, Reboussin D, Bellatore A, Mayer-Davis E. Disorder eating bahavieiors in youth and young adults with type 1 or type 2 diabetes receiving insulin iherapy.The search for diabetes in Youth Study. *Diabetes Care* 2019;42:859-866.
10. Simmons A, Mc Mahon L, Crosbie V, Lynsdsey Carlson. A multidisciplinary team approach to screening, assessment and early intervention for young people with type 1 diabetes and desordered eating disorder. *Clin Child Psychol Psychiatric*. 2021;26(3): 629-642.

11. Nieto-Martínez R, González-Rivas JP, Medina-Inojosa J, ¿Florez H. Are eating disorder risk factor for type 2 diabetes? A systematic review and meta-análisis. *Curr Diab Rep.* 2017;17(12):138.
12. Candler T, Murphy R, Pigott A, Gregory J. Fifteen-minute consultation: diabulimia and disordered eating in childhood diabetes. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2018 Jun;103(3):118-123.
13. Chevinsky J, Wadden T, Chao A. Binge eating disorder in patients with type 2 diabetes. Diagnosis and management challenges. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2020 Apr 14;13:1117-1131.
14. Markowitz J, Buttler D, Volkening L. Brief screening tool for disordered eating in diabetes. *Diabetes Care.* 2010;33(3):495-500.
15. Niemela P, Moykkynen E, Rintamäki RM. Prevalence of eating disorder symptoms in people with insulin-dependent diabetes. A systematic review and meta-analysis. *Eating Behaviour.* 2024;53:101863.
16. Ghramil E. Longitudinal association of depressive symptoms, binge eating and quality of life with cardiovascular risk factor in young adults with youth-onset type 2 diabetes: The Today 2 Study. *Diabetes Care.* 2022;45:1073-1081.
17. Papellbaum M, Oliveira Moreira R, Ferreira-Coutinho W, Kupfer R. Does binge eating matter for glycaemic control in type 2 diabetes patients? *Journal of Eating Disorders.* 2019;7(30).
18. Tan J, Johns G. The Welsh eating disorder service review, Scottish eating disorder service 2021 and recommendations of best practice in comorbid eating disorder and diabetes. *Clin Child Psychology and Psychiatry.* 2021;26(3):595-605.
19. Dean YE, Motawea KR, Aslam M, Loayza-Pintado JL, et al. Association between type 1 diabetes mellitus and eating disorders: a systematic-review and meta-analysis. *Endocrinol Diabetes Metab.* 2024;7(3): e473.
20. Hart M, Pursey K, Samra C. Low carbohydrate diets in eating disorders and type 1 diabetes. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2020;26(3):643-655.