

**Desiré Ruiz Aranda.**

Profesora titular de Psicología en la Universidad Loyola (Sevilla).



Relación saludable con la alimentación:

entre el equilibrio nutricional y el riesgo de restricciones extremas

Históricamente, la alimentación en diabetes se ha abordado desde un modelo prescriptivo y normativo, centrado casi exclusivamente en el control glucémico. Sin embargo, en los últimos años,

las guías internacionales han enfatizado que el manejo nutricional es una intervención compleja, que impacta no solo en los parámetros metabólicos, sino también en la adherencia, la salud mental y la calidad de vida de las personas (1) (2).

Cuando hablamos de relación con la alimentación, no nos referimos únicamente al patrón dietario, sino a un constructo biopsicosocial que incluye cogniciones, emociones y conductas en torno a la comida. No se trata solo de nutrientes, sino también de emociones, pensamientos y hábitos. En personas con diabetes, este constructo se ve particularmente influido por autocontrol de la glucosa, la medicalización de la comida y el énfasis en resultados numéricos.

Variables como perfeccionismo, ansiedad y la presión por cumplir la 'dieta perfecta' influyen directamente en cómo comemos. Además de estos factores de riesgo específicos, desde un modelo transdiagnóstico, la regulación emocional y el perfeccionismo son dos variables centrales que explicarían la vulnerabilidad a los trastornos de la conducta alimentaria (3). El perfeccionismo se entiende como un rasgo de personalidad multidimensional caracterizado por la búsqueda de la perfección, el establecimiento de estándares de rendimiento excesivamente altos y una autoevaluación extremadamente crítica. En la población general, el perfeccionismo ha sido identificado como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), y también se considera un predictor de resultados adversos en el tratamiento de estos trastornos.

En las personas con diabetes, la presión por parte de los equipos médicos y la familia para alcanzar objetivos glucémicos a veces inalcanzables, la evitación de ciertos alimentos y la mayor atención a los cambios de peso son factores que contribuyen al desarrollo de estándares rígidos en torno a la alimentación y el peso. Además, esta búsqueda de control absoluto suele relacionarse con la adopción de dietas cada vez más restrictivas, que, lejos de mejorar el bienestar, pueden desencadenar importantes consecuencias psicológicas. Entre ellas, se encuentran la sensación de pérdida de control, el desarrollo de una relación negativa con la comida y la aparición de un ciclo constante de restricción y descontrol. En diabetes, el perfeccionismo no solo busca hacerlo bien, busca no equivocarse nunca. Todo esto puede derivar en desmotivación y abandono de los cuidados, así como en

una elevada carga mental asociada a la gestión permanente de la enfermedad. En conjunto, estas experiencias terminan afectando significativamente la calidad de vida y aumentando la vulnerabilidad al desarrollo o mantenimiento de un TCA. En personas con diabetes, la presencia de trastornos de la conducta alimentaria es significativamente más frecuente que en la población general, con una prevalencia aproximadamente el doble. En la adolescencia, etapa especialmente vulnerable por los cambios físicos, emocionales y sociales, se estima que alrededor del 7 % puede presentar un trastorno de la conducta alimentaria, lo que adquiere especial relevancia por el impacto que tiene en un periodo crítico del desarrollo y de instauración de hábitos de autocuidado.

La co-ocurrencia de diabetes y trastornos de la conducta alimentaria se asocia a un peor control glucémico, con mayor variabilidad de la glucosa y mayor dificultad para mantener un tratamiento estable en el tiempo (4) (5). Además, esta combinación se relaciona con un incremento de las tasas de complicaciones, tanto agudas como crónicas, así como con un aumento de la morbilidad y la mortalidad. Esto subraya la importancia de la detección precoz y del abordaje integral, ya que no se trata solo de un problema metabólico, sino también conductual y emocional que requiere una intervención coordinada. Comprender y tener en cuenta estas variables es esencial para promover hábitos sostenibles.

Una alimentación saludable en diabetes no debe entenderse como un proceso de restricción estricta, sino como un enfoque basado en el equilibrio, la flexibilidad y la adaptación a las necesidades individuales. Esto implica alejarse de reglas rígidas y centrarse en patrones alimentarios que puedan mantenerse en el tiempo sin generar una relación conflictiva con la comida. El objetivo no es comer perfecto, sino comer de forma sostenible y de manera que pueda integrarse de forma realista en la vida cotidiana de la persona con diabetes.

Dentro de este enfoque, adquieren especial importancia la regularidad en las ingestas, la variedad de alimentos y la

educación terapéutica. Mantener cierta consistencia en los horarios, incluir diferentes grupos de alimentos y comprender cómo estos afectan a la glucemia permite a la persona con diabetes tomar decisiones más informadas y ajustadas a su realidad diaria. Este cambio también implica dejar de buscar la perfección en la alimentación y aceptar que un enfoque "suficientemente bueno" puede ser más realista y efectivo a largo plazo. No se trata de hacerlo todo impecable, sino de construir hábitos que puedan mantenerse incluso en contextos variables, sin que los pequeños desajustes supongan un abandono del proceso. Para ello, es clave normalizar los errores, entendiendo que forman parte del aprendizaje y no un fallo de la persona. A la vez, resulta fundamental trabajar la flexibilidad cognitiva, es decir, la capacidad de adaptarse, reajustar decisiones y evitar pensamientos rígidos que dificulten la adherencia.

Este enfoque se beneficia de un abordaje multidisciplinar, en el que la nutrición y la psicología trabajan de forma conjunta. La alimentación no se entiende solo desde lo nutricional, sino también desde la conducta, las emociones y los hábitos, lo que permite un acompañamiento más completo. Desde esta perspectiva, la adherencia real no se construye desde la perfección, sino desde la sostenibilidad.

Las guías actuales de la American Diabetes Association y la European Association for the Study of Diabetes han supuesto un cambio importante en la forma de entender el manejo de la diabetes en la práctica clínica. En sus recomendaciones más recientes, ambas instituciones coinciden en desaconsejar enfoques rígidos, uniformes o excesivamente prescriptivos en la alimentación y el autocuidado, ya que estos modelos no reflejan la variabilidad real de los pacientes ni su contexto de vida. En su lugar, promueven estrategias centradas en la toma de decisiones compartidas, donde la persona con diabetes participa activamente en la construcción de su plan terapéutico, y en la integración explícita de la salud mental como parte del abordaje global de la enfermedad.

Este cambio de paradigma está directamente alineado con lo que se ha ex- ➤



» puesto previamente: el paso de un modelo basado en el control estricto a otro basado en el autocuidado flexible. La evidencia muestra que los modelos más rígidos, aunque pueden parecer eficaces a corto plazo, suelen asociarse con peor adherencia a medio y largo plazo, mayor frustración y una relación más conflictiva con la alimentación. Por el contrario, los enfoques flexibles permiten adaptarse a situaciones reales de la vida cotidiana, incorporando variabilidad sin interpretarla como un fracaso, lo que favorece la continuidad del tratamiento y reduce la carga psicológica asociada a la diabetes. Además, los modelos de abordaje flexible se han relacionado de forma consistente

con mejores resultados en términos de adherencia terapéutica, mayor sostenibilidad de los cambios en el estilo de vida y mejores resultados psicosociales. Esto incluye menor ansiedad relacionada con la alimentación, mayor sensación de autoeficacia y una mejor calidad de vida percibida. Importante destacar que estos beneficios no se consiguen a costa del control glucémico, sino que pueden lograrse manteniendo objetivos metabólicos adecuados cuando el tratamiento se individualiza y se adapta al contexto del paciente.

En este sentido, la flexibilidad no debe interpretarse como falta de estructu-

ra, sino como una forma más realista y efectiva de estructurar el tratamiento. Implica reconocer que la diabetes no se maneja en un entorno ideal, sino en la vida real, donde influyen factores emocionales, sociales, laborales y culturales. Por ello, la toma de decisiones compartidas se convierte en un elemento clave, ya que permite ajustar las recomendaciones clínicas a lo que es viable y significativo para cada persona.

En coherencia con el enfoque previamente descrito, este modelo también refuerza la necesidad de integrar la salud mental dentro del manejo rutinario de la diabetes, y no como un aspecto secundario. La »

UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN DIABETES NO DEBE ENTENDERSE COMO UN PROCESO DE RESTRICCIÓN ESTRICTA, SINO COMO UN ENFOQUE BASADO EN EL EQUILIBRIO, LA FLEXIBILIDAD Y LA ADAPTACIÓN A LAS NECESIDADES INDIVIDUALES

»

evaluación del bienestar emocional, la detección de malestar relacionado con la alimentación y la coordinación entre profesionales de la nutrición y la psicología se convierten en elementos esenciales para un abordaje completo. En definitiva, las guías actuales no solo actualizan recomendaciones técnicas, sino que consolidan un cambio de paradigma hacia un modelo más centrado en la persona.

Desde la práctica clínica, este cambio de enfoque tiene implicaciones directas en cómo se acompaña a las personas con diabetes. No se trata únicamente de transmitir pautas nutricionales, sino de evaluar de forma sistemática la relación que el paciente establece con la alimentación, cómo toma decisiones en el día a día y qué nivel de rigidez o culpa aparece en torno a la comida. En este contexto, el lenguaje que se utiliza cobra una importancia central. Es fundamental evitar un enfoque moralizante que clasifique los alimentos como “buenos” o “malos”, ya que este tipo de mensajes puede favorecer la culpa, la restricción excesiva o la pérdida de flexibilidad. Un lenguaje más respetuoso y realista facilita una relación más saludable con la alimentación y mejora la

adherencia a largo plazo. También resulta clave detectar de forma precoz señales de riesgo, como una preocupación excesiva por la comida, rigidez marcada en las decisiones alimentarias o malestar emocional asociado a la ingesta. Identificar estos aspectos a tiempo permite intervenir antes de que se consoliden patrones más problemáticos y mejora el pronóstico del tratamiento. El abordaje interdisciplinario no debe entenderse como un complemento opcional, sino como una necesidad clínica. La combinación de nutrición y psicología permite trabajar no solo los aspectos metabólicos, sino también los conductuales y emocionales, que influyen de forma directa en la adherencia y en el bienestar del paciente.

En la práctica, construir un enfoque más humano y seguro implica ofrecer educación nutricional sin moralizar los alimentos, acompañar desde la interdisciplinariedad, utilizar un lenguaje respetuoso y realista, y dar permiso explícito para la flexibilidad. En definitiva, el cuidado en diabetes no puede separarse de la salud mental, ya que ambas dimensiones forman parte del mismo proceso terapéutico y se condicionan mutuamente. **D**

CONCLUSIONES

- La evidencia muestra que los modelos flexibles mejoran la adherencia, la sostenibilidad del tratamiento y el bienestar psicológico sin empeorar el control glucémico.
- En la práctica clínica, es clave pasar del control estricto al autocuidado flexible, evitando mensajes moralizantes y promoviendo una relación saludable con la alimentación.
- El abordaje de la diabetes debe ser interdisciplinario, integrando nutrición y salud mental como partes inseparables del tratamiento.

REFERENCIAS

- 1.- American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of care in diabetes—2025. *Diabetes Care*. 2025;48(Suppl 1):S1-S350.
- 2.- ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Psychological care of children and adolescents with type 1 diabetes. *Pediatr Diabetes*. 2022;23(7):1373-1438.
- 3.- Ruiz-Aranda D, Luque A, Russo F, Fenollar-Cortés J. Sociocultural attitudes toward appearance and attitudes toward eating in adolescents with type 1 diabetes: the importance of perfectionism. *Pediatr Diabetes*. 2025;2025:9993342. doi:10.1155/pedi/9993342. PMID:40303945; PMCID:PMC12016973.
- 4.- Hanlan ME, Griffith J, Patel N, et al. Eating disorders and disordered eating in type 1 diabetes: prevalence and clinical impact. *Curr Diab Rep*. 2013;13(3):346-53.
- 5.- Peterson CM, Fischer S, Young-Hyman D. Topical review: a comprehensive risk model for disordered eating in youth with type 1 diabetes. *J Pediatr Psychol*. 2015;40(4):385-90. doi:10.1093/jpepsy/psu106. PMID:25502449; PMCID: PMC4425840.