

**Gemma Peralta Pérez.**

Psicóloga Clínica. MentBarcelona.

Miembro del grupo GET de la SED y del Grupo de Psicología de la SEEDO.

Profesora asociada UAB. Grado Psicología.



Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes con DM1

La Diabulimia

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad crónica en la que la alimentación constituye uno de los pilares fundamentales del tratamiento. Su diagnóstico, especialmente cuando ocurre durante la adolescencia o el inicio de la edad adulta, conlleva un importante impacto psico-

lógico. Este impacto se relaciona con la percepción de pérdida de autonomía, la necesidad de adherirse a pautas terapéuticas estrictas y las repercusiones sobre la autoestima. En este contexto, se ha observado un aumento en la incidencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en personas con DM1.

Los TCA engloban un grupo de trastornos caracterizados por conductas alimentarias alteradas y persistentes, asociadas a una preocupación excesiva por el peso, la imagen corporal o la ingesta, que afectan significativamente a la salud física y psicológica. En el caso de la DM1, la etiología de estos trastornos es multifactorial, incluyendo factores genéticos, culturales y ambientales. La presión sociocultural hacia la delgadez, junto con la exposición constante a ideales corporales poco realistas, contribuye a la insatisfacción con la imagen corporal. A su vez, el contexto de abundancia alimentaria en las sociedades desarrolladas favorece la aparición de ciclos de dietas restrictivas que suelen fracasar, generando frustración y afectación emocional.

El propio tratamiento de la DM1 introduce factores de riesgo específicos para

el desarrollo de TCA. Tras el inicio de la insulino terapia, es habitual observar una recuperación rápida del peso corporal, lo que puede inducir, en algunos pacientes, a la omisión voluntaria de insulina con el objetivo de perder peso mediante la eliminación de glucosa por la orina. Asimismo, el miedo a las hipoglucemias puede llevar a patrones alimentarios desadaptativos, como el aumento de la ingesta de hidratos de carbono o episodios de sobreingesta. El control continuo de la alimentación, necesario para mantener un adecuado control glucémico, puede derivar en conductas obsesivas que favorecen el desarrollo de estos trastornos.

La coexistencia de TCA y DM1 se asocia con un deterioro del control metabólico y un aumento del riesgo de complicaciones tanto microvasculares como

macrovasculares. Además, se observan alteraciones en la identidad personal, percepciones negativas de la enfermedad y dificultades en la dinámica familiar, lo que complica aún más el manejo clínico. A pesar de su relevancia, el diagnóstico de los TCA en pacientes con DM1 resulta complejo, debido tanto a la tendencia de los pacientes a ocultar los síntomas como a la falta de formación específica entre los profesionales sanitarios.

FACTORES DE RIESGO

En cuanto a los factores de riesgo, el inicio de los TCA suele situarse entre los 12 y los 25 años, coincidiendo con etapas clave en el desarrollo de la identidad y la autonomía personal. No obstante, en la actualidad se observa la necesidad de prestar atención a edades más tempranas, entre los 8 y 11 años. »

TABLA: Factores de riesgo asociados a los TCA

CATEGORÍA	FACTORES	DESCRIPCIÓN
Factores biológicos y genéticos	Predisposición genética	Mayor probabilidad de desarrollar un TCA en presencia de antecedentes familiares.
	Alteraciones neurobiológicas	Disfunciones en neurotransmisores como serotonina y dopamina, relacionadas con el apetito, el estado de ánimo y la recompensa.
	Cambios hormonales	La pubertad y las fluctuaciones hormonales influyen en la percepción corporal y el apetito, especialmente en adolescentes.
	Factores metabólicos	Tendencia biológica al control rígido del peso o al aumento del apetito ante situaciones de estrés.
Factores psicológicos	Perfeccionismo	Búsqueda de control absoluto sobre el cuerpo y la alimentación.
	Baja autoestima	El valor personal se vincula a la imagen corporal y el peso.
	Dificultades en la regulación emocional	Uso de restricción o atracones para manejar ansiedad o malestar.
	Distorsión de la imagen corporal	Percepción alterada del propio cuerpo, previa al inicio del TCA.
	Alta autoexigencia y necesidad de control	Elevada exigencia personal; el control actúa como mecanismo defensivo.
	Experiencias traumáticas o de abuso	Incrementan el riesgo de desarrollar TCA.
	Historia de acoso o burlas	Experiencias negativas relacionadas con la imagen corporal.
Factores socioculturales	Presión estética y cultural	Idealización de la delgadez como sinónimo de éxito y aceptación social.
	Redes sociales y medios de comunicación	Exposición a modelos irreales que generan comparación y baja autoestima.
	Entornos críticos con el peso	Comentarios o control excesivo sobre la alimentación en familia o entorno social.
	Modelos familiares disfuncionales	Sobreprotección, control excesivo o conflictos familiares.
	Factores de rendimiento	Contextos deportivos o artísticos que favorecen la restricción alimentaria.

LA COEXISTENCIA DE TCA Y DM1 SE ASOCIA CON UN DETERIORO DEL CONTROL METABÓLICO Y UN AUMENTO DEL RIESGO DE COMPLICACIONES TANTO MICROVASCULARES COMO MACROVASCULARES. ADEMÁS, SE OBSERVAN ALTERACIONES EN LA IDENTIDAD PERSONAL, PERCEPCIONES NEGATIVAS DE LA ENFERMEDAD Y DIFICULTADES EN LA DINÁMICA FAMILIAR, LO QUE COMPLICA AÚN MÁS EL MANEJO CLÍNICO

» El tratamiento de la DM1 puede influir de manera significativa en la aparición de TCA. La alimentación está condicionada por múltiples factores externos, como los niveles de glucemia, la dosis de insulina o la actividad física, lo que puede interferir con las señales internas de hambre y saciedad. Además, la necesidad de realizar un control detallado de los hidratos de carbono puede favorecer la aparición de conductas rígidas y obsesivas. La coincidencia en la edad de aparición de la DM1 y los TCA incrementa la probabilidad de que ambas condiciones coexistan.

DIABULIMIA

Dentro de los TCA asociados a la DM1, destaca la denominada **diabulimia**, caracterizada por la omisión o reducción intencionada de la insulina con el objetivo de perder peso. Los endocrinólogos-pediatras Stuart Brink y Harold Starkman acuñaron el término diabulimia en un artículo publicado en 1998. Según el DSM-5 y la 10.^a edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), esta afección se considera dentro de «Otros trastornos especificados de alimentación», no como una entidad aparte, a pesar de las graves consecuencias que acarrearán estos comportamientos. Aunque no hay consenso en los criterios diagnósticos, en 2020 *The Royal College of Psychiatrists* de Inglaterra y Gales propuso los 3 siguientes: a) un intenso miedo a ganar peso y/o a aumentar la insulina, b) la restricción u

omisión de la administración de insulina y/o restricción de carbohidratos, y c) los dos criterios anteriores junto con una importante repercusión en la salud física y mental.

Cabe destacar que diferentes estudios muestran que no hay evidencia sólida que relacione la diabulimia con el uso de diuréticos, pastillas o ejercicio físico excesivo. La diabulimia requiere una detección precoz y un abordaje multidisciplinar, dado el elevado riesgo de complicaciones graves.

Entre los principales **factores de riesgo de la diabulimia** se encuentran el sexo femenino, un IMC elevado, HbA1c elevada y un peor control glucémico, así como un aumento rápido de peso tras el diagnóstico o el inicio del tratamiento con insulina.

En el ámbito psicológico y emocional, la insatisfacción corporal, el distress por la diabetes, la ansiedad y la depresión son variables relacionadas con el desarrollo de TCA en personas con DM1. Asimismo, la necesidad de control, la culpa, la baja autoeficacia y la fatiga de autorregulación contribuyen tanto a la aparición como al mantenimiento de estas conductas. Además, también se asocia con la adolescencia tardía, una trayectoria más larga con la diabetes y un bajo nivel socioeconómico.

En el ámbito familiar, los conflictos, la presión por el control metabólico y las relaciones negativas con los profesionales actúan como factores agravantes.

Por el contrario, la resiliencia se identifica como un factor protector que puede atenuar el riesgo de desarrollar TCA.

Los estudios mencionan que a menudo existen dificultades en la detección precoz de la diabulimia, ya que esta suele confundirse con una baja adherencia al tratamiento de la DM1. La falta de reconocimiento clínico específico y la ausencia de protocolos estandarizados dificultan el diagnóstico.

La herramienta de detección más utilizada es el cuestionario DEPS. También se emplean otras herramientas adaptadas como el EDI-3 para la DM1 y el mSCOFF, una modificación del cuestionario SCOFF diseñada para personas con diabulimia.

En relación con las intervenciones y estrategias preventivas, diferentes estudios coinciden en la necesidad de un abordaje multidisciplinar con profesionales especializados que integre la psicología, la diabetología y la educación nutricional. Las intervenciones más recomendadas son aquellas que incluyen programas de psicoeducación, tanto a nivel individual como familiar, intervenciones basadas en la disonancia cognitiva y la autocompasión. Además, se destaca el trabajo con la imagen corporal, la reintroducción progresiva de la insulina para ir consiguiendo los objetivos terapéuticos y el tratamiento del trauma y del distress en la diabetes. **D**

FACTORES DE RIESGO		
METABÓLICOS Y CLÍNICOS	PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES	FAMILIARES Y RELACIONALES
IMC elevado o aumento de peso rápido después del debut o de inicio del tratamiento con insulina.	Insatisfacción corporal y preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal.	Conflictos familiares frecuentes.
HbA1c elevada.	Ansiedad y depresión.	Nivel socioeconómico bajo.
Control glucémico deficiente.	Necesidad de control y miedo a la pérdida de control de la diabetes.	Presión excesiva por el control metabólico.
Manipulación de la insulina.	Distress por la diabetes.	Antecedentes familiares con DM1.
Mayor nº de años de convivencia con la DM1.	Fatiga de autorregulación.	Dinámicas familiares centradas en el control de peso o alimentación.
Presencia de complicaciones agudas o crónicas asociadas a la DM1.	Perfeccionismo y elevada autoexigencia.	Mala relación o falta de confianza con los profesionales sanitarios.
Tratamientos basados en múltiples dosis de insulina.	Baja autoestima y baja autoeficacia.	Percepción de falta de apoyo emocional.
Ser mujer.	Vivencias adversas previas.	

Principales factores de riesgo de la diabolimia

CONCLUSIONES

Los TCA en pacientes con DM1 constituyen una problemática compleja que resulta de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales y propios del tratamiento de la enfermedad. La detección precoz, la evaluación integral y el abordaje multidisciplinar son fundamentales para prevenir complicaciones y mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Propper Lewinsohn, T., Gillon Keren, M., Shalitin, S., Elran Barak, R., Yackobovitch Gavan, M., Fayman, G., David, M., Liberman, A., Phillip, M., & Oron, T. (2023). Disordered eating behaviours in adolescents with type 1 diabetes can be influenced by their weight at diagnosis and rapid weight gain subsequently. *Diabetic Medicine*, 40(11), e15166. <https://doi.org/10.1111/dme.15166>

2.- Nicolau, J., & Masmiquel, L. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria y diabetes mellitus. *Endocrinología y Nutrición*, 62(7), 297–299. <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2015.06.005>

3.- Zhou, M., Wang, H., Yu, J., Luo, D., Zhu, M., Zhang, M., Xu, J., & Yang, T. (2023). Diabetes distress and disordered eating behaviors in youth with type 1 diabetes: The mediating role of self-regulatory fatigue and the moderating role of resilience. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00838-4>

4.- Poos, S., Faerovitch, M., Pinto, C., Jamalkhani, N., Chaudhri, F., Khan, S., Lo, D. F., McGowan, K., & Martin, A. (2023b). The role of diabetes distress in Diabulimia. *Journal Of Eating Disorders*, 11(1), 213. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00924-7>

5.- Eisenberg, M. H., Lipsky, L. M., Dempster, K. W., Liu, A., & Nansel, T. R. (2016). I should but I can't: Controlled motivation and self-efficacy are related to disordered eating behaviors in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Adolescent Health*, 59(5), 537–542. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.008>

6.- Niemelä, P. E., Leppänen, H. A., Voutilainen, A., Möykkynen, E. M., Virtanen, K. A., Ruusunen, A. A., & Rintamäki, R. M. (2024). Prevalence of eating disorder symptoms in people with insulin dependent diabetes: A systematic review and meta analysis. *Eating Behaviors*, 53, 101863. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2024.101863>

7.- Toni, G., Berioli, M. G., Cerquiglini, L., Ceccarini, G., Grohmann, U., Principi, N., & Esposito, S. (2017). Eating disorders and disordered eating symptoms in adolescents with type 1 diabetes. *Nutrients*, 9(8). <https://doi.org/10.3390/nu9080906>

8.- Jones, C. J., Read, R., O'Donnell, N., Wakelin, K., John, M., Skene, S. S., Stewart, R., Hale, L., Cooke, D., Kanumakala, S., & Satherley, R. (2023). PRIORITY Trial: Results from a feasibility randomised controlled trial of a psychoeducational intervention for parents to prevent disordered eating in children and young people with type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 41(4), e15263. <https://doi.org/10.1111/dme.15263>

9.- Alcoverro Almerge, J. (2026). Valoració de la Detecció i Factors de Risc de la Diabulímia en Adolescents amb Diabetis Tipus 1. [trabajo de fin de grado, UAB]

10.- Alonso González, M., & Asensio González, M. (2025). Diabulimia. *Revista Diabetes*. <https://www.revistadiabetes.org/wp-content/uploads/Diabulimia.pdf>.