



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**INFLUENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN LA DIABETES**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA**

AUTORA: DANIELA CAROLINA LOZANO PÉREZ

DIRECTOR: GEOVANNY GENARO REIVÁN ORTIZ PHD

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFLUENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

ALIMENTARIA EN LA DIABETES

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL

TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA

AUTORA: DANIELA CAROLINA LOZANO PÉREZ

DIRECTOR: GEOVANNY GENARO REIVÁN ORTIZ PHD

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Daniela Carolina Lozano Pérez portadora de la cédula de ciudadanía N.º **0106652530**. Declaro ser el autor de la obra: "**Influencia de los trastornos de la conducta alimentaria en la diabetes**", sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 04 de marzo de 2024



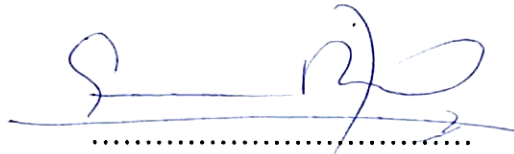
F:.....

Daniela Carolina Lozano Pérez

C.I. 0106652530

CERTIFICADO

Yo **Geovanny Genaro Reivan Ortiz, Ph.D.**, con cedula de identidad N° **0103687398** en calidad de director del trabajo de titulación con el tema: **“Influencia de los trastornos de la conducta alimentaria en la diabetes”** certifico que el presente trabajo fue desarrollado por **Daniela Carolina Lozano Pérez** bajo mi supervisión.



.....
Geovanny Genaro Reivan Ortiz, Ph.D.
DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Agradecimiento

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por la vida, la salud y la familia, pues estos juntos han permitido que culmine mi carrera universitaria con éxito.

Agradezco infinitamente a mis padres quienes para mi han tenido apoyo y amor incondicional, además de ser mi sustento para llevar a cabo este logro en mi vida y poder formarme como una profesional.

Gracias a mi pareja y a mi hijo quienes han sido mi motor principal y me han respaldado en cada proyecto y decisión.

Finalmente, un agradecimiento especial para mi tutor de tesis Dr. Geovanny Reiván por la ayuda y asesoramiento.

Daniela Carolina Lozano Pérez

Dedicatoria

Dedicó este trabajo de titulación a mis padres quienes con sus acciones me han enseñado el verdadero significado de amor, de superación y sobre todo de resiliencia.

Dedicó también a mi pareja por acompañarme en este proceso universitario, por ser apoyo, paciencia, comprensión y celebrar cada logro conmigo.

Finalmente, dedico a mi hijo quien desde su llegada ha replanteado y cambiado mi significado de vida y me ha enseñado acerca del amor incondicional y la relevancia del bien actuar.

Daniela Carolina Lozano Pérez

Contenido

Resumen	8
Abstract	9
Introducción	10
Objetivos	12
Método	13
Desarrollo	14
Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)	14
Trastornos de Conducta Alimentaria y su Clasificación	16
Anorexia Nerviosa	16
Bulimia Nerviosa	17
Trastorno por atracón	18
Trastorno de Pica	19
Trastorno de Rumiación	19
Trastorno de evitación/ restricción	19
Diabulimia	20
Otro trastorno específico de la alimentación (OSFED)	20
➤ Trastorno de purga	20
➤ Síndrome de alimentación nocturna	20
➤ Anorexia nerviosa atípica	20
➤ Bulimia nerviosa subclínica	20
➤ Vigorexia	20
Trastornos de alimentación no especificados	21
Bulimarexia	21
Ortorexia	21
Pregorexia	21
Trastorno alimentario relacionado con el sueño	22
Diabetes	22
Diabetes mellitus tipo 1	23
Diabetes mellitus tipo 2	24
Otros estados hiperglucémicos	24
Criterios clínicos de la diabetes	25
Trastornos de la Conducta Alimentaria y su relación con la Diabetes	25
Trastornos de la Conducta Alimentaria, sus tipos y relación con la Diabetes	28
Conclusión	30
Bibliografía	31

Resumen

La Diabetes Mellitus representa una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucemia, presenta desafíos complejos, especialmente en la intersección con trastornos alimentarios. Esta revisión bibliográfica, examinó cómo los trastornos alimentarios impactan en la diabetes. Se encontró que el manejo estricto de la insulina y la precisión en la alimentación pueden desencadenar trastornos comórbidos en la alimentación, vinculándose a comportamientos como la diabulimia, anorexia, atracones, entre otros. Estos hallazgos resaltan la necesidad de enfoques terapéuticos integrados y personalizados que aborden tanto la diabetes como los trastornos alimentarios de manera conjunta, destacando la importancia de equipos multidisciplinarios en el cuidado de la salud. La detección temprana y la educación para profesionales y pacientes se vuelve crucial para prevenir mayores complicaciones. Este estudio subraya la relevancia de la integración de la salud mental y nutricional en el tratamiento de la diabetes, apoyando la necesidad de políticas de salud pública que promuevan un enfoque integral y abogando por una mayor investigación en intervenciones específicas para pacientes con estas comorbilidades.

Palabras clave: Diabetes mellitus, trastornos alimentarios, comorbilidad, manejo nutricional, tratamiento psicológico.

Abstract

Diabetes Mellitus represents a chronic metabolic disease characterized by high blood glucose levels and presents complex challenges, especially at the intersection with eating disorders. This literature review examined how eating disorders impact diabetes. It was found that strict insulin management and precision in eating can cause comorbid eating disorders, being linked to behaviors such as diabulimia, anorexia, and binge eating, among others. These findings highlight the need for integrated and personalized therapeutic approaches that address both diabetes and eating disorders together, highlighting the importance of multidisciplinary teams in healthcare. Early detection and education for professionals and patients become crucial to prevent further complications. This study showed the relevance integrating mental and nutritional health in treating diabetes, supporting the need for public health policies that promote a comprehensive approach and advocating for further research into specific interventions for patients with these comorbidities.

Keywords: Diabetes mellitus, eating disorders, comorbidity, nutritional management, psychological treatment.

Introducción

La Diabetes Mellitus constituye una patología crónica de naturaleza metabólica, caracterizada por una elevación persistente de la glucemia, resultado de deficiencias en la producción o función de la insulina (Falcao & Francisco, 2017). Las complicaciones a largo plazo de la enfermedad incluyen deterioros retinianos, nefropatías, neuropatías, enfermedades cardiovasculares, disminución de la perfusión en extremidades, hepatopatía no alcohólica e impotencia sexual, así como una mayor susceptibilidad a infecciones con pronósticos desfavorables (Chait & Den-Hartigh, 2020).

Globalmente, la prevalencia de la diabetes mellitus es significativa tanto en naciones desarrolladas como en desarrollo (Bayked et al., 2022). En el año 2019, se catalogó como la sexta causa principal de mortalidad. Aproximadamente 422 millones de personas en todo el mundo padecen de diabetes, con una mortalidad anual atribuida de 1,5 millones (Organización Panamericana de Salud, 2023).

La Diabetes Mellitus tipo 2, predominante en la población adulta, se desarrolla por una resistencia a la insulina o una insuficiencia en su producción (Afiat et al., 2020). Por otro lado, la Diabetes Mellitus tipo 1, común en etapas juveniles, se distingue por una producción insuficiente o nula de insulina por parte del páncreas (Paschou et al., 2017). La diabetes gestacional, que afecta aproximadamente a 1 de cada 6 embarazadas, se manifiesta generalmente en el último trimestre gestacional y está asociada con un aumento en la resistencia a la insulina (Choudhury & Rajeswari, 2021; McIntyre et al., 2019).

Subtipos de diabetes como la Maturity Onset Diabetes of Youth (MODY) (Tosur & Philipson, 2022); la Flatbush (Shankar et al., 2022), y Lipodistrofia (Vilar & Santini, 2018) están asociados con la diabetes mellitus tipo 2, mientras que la Diabetes Autoinmune Latente en Adultos (LADA) guarda relación con la Diabetes tipo 1 (Carlsson, 2019). A pesar de su menor reconocimiento público, estos subtipos de diabetes revisten importancia clínica, impactando el organismo de manera similar a la DM1 y DM2. Por ende, en cuanto al manejo de esta patología, es crucial el control glucémico, que trasciende la administración farmacológica y enfatiza la importancia de un cambio en el estilo de vida del paciente. Esto incluye la actividad física y la adherencia a un plan nutricional. Parte esencial de este plan es la evaluación del Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula dividiendo el peso en kilogramos del individuo por el cuadrado de su altura en metros. Este índice ayuda a determinar la categoría de peso del paciente y guía las recomendaciones dietéticas y de ejercicio, siendo fundamental para el manejo efectivo de la diabetes (Ojo, 2019; Rasmussen et al., 2020)."

En concordancia con lo expuesto, parte del régimen alimenticio, es evitar el consumo recurrente de hidratos de carbono, cloruro sódico, colesterol y ácidos grasos no esenciales como los saturados; con el fin de minimizar las enfermedades cardíacas, tensión arterial alta y dislipidemia (Ojo, 2019). Similarmente, en gestantes diabéticas la nutrición debe ser adecuada pero no indebidamente restrictiva pues debe asegurar el desarrollo apropiado del bebé y de la madre (Rasmussen et al., 2020). La dieta recomendada implica una ingestión balanceada de macronutrientes y micronutrientes, con un aporte proteico del 10 al 20% del Valor Calórico Total o también denominado VCT, grasas saturadas y poliinsaturadas limitadas a un 10% y monoinsaturadas hasta un 20% del VCT. Adicionalmente, una ingesta de carbohidratos entre el 40 y 60% del valor energético total, una ingesta de sodio inferior a 3000 mg diarios y un consumo de fibra de 25 a 35 gramos por día (Taoreed et al., 2020).

Según la literatura, las personas con diabetes enfrentan un riesgo 2,4 veces mayor de desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en comparación con aquellas que no padecen la enfermedad. Esta situación se agrava por la necesidad de calcular diariamente las dosis de insulina (relación insulina/carbohidratos y sensibilidad a la insulina), así como por el meticuloso monitoreo y cálculo de la ingesta alimentaria, especialmente de carbohidratos. Un exceso en estas precauciones puede desencadenar un TCA, lo que, a largo plazo, afectaría negativamente el control metabólico (Oldham & Sempre, 2021).

Respecto a este tema, estudios indican que aproximadamente entre el 30 y el 40% de las mujeres jóvenes con diabetes tipo 1 han omitido o modificado la administración de insulina con el fin de perder peso, fenómeno conocido como Diabulimia. Otro estudio informó acerca de una mujer con bulimia y diabetes tipo 1 que se administraba dosis más altas de insulina para evadir los atracones de comida, provocando cuadros mantenidos y repetidos de hipoglucemia (Navarro et al., 2021). Una situación similar se observa en pacientes con diabetes tipo 2, donde se ha encontrado relación con el Síndrome del Comedor Nocturno, los Trastornos por Atracón y otros desórdenes alimentarios no especificados, los cuales no están incluidos en el CIE-10 ni en el DSM-5 por ser poco conocidos (Nip et al., 2019).

En Latinoamérica, la investigación sobre las variables que relacionan los TCA con la diabetes es escasa. A nivel global los estudios sobre la diabetes mellitus tipo 1 muestran una fuerte relación con la diabulimia y, en menor medida, con síntomas de anorexia y bulimia, no obstante, no se encuentran más estudios que vinculen la diabetes tipo 1 con los otros trastornos especificados o no especificados. Por otra parte, la diabetes mellitus tipo 2 relacionada a los

desórdenes alimenticios ha recibido menos atención, sin embargo, se ha podido evidenciar relación con el síndrome del comedor nocturno, el trastorno por atracón y en menor grado con la ortorexia.

El objetivo de esta investigación es profundizar en el conocimiento sobre la influencia de los TCA en la diabetes. Destacando conductas que podrían ser evidenciadas en pacientes potenciales acorde a la sintomatología y a un posible diagnóstico, aspectos que serán detallados a lo largo de este estudio. Asimismo, esta investigación aspira a ser una fuente teórica confiable que ofrezca enfoques preventivos frente a las patologías mencionadas.

De igual manera, se busca detallar los tipos de trastornos alimentarios especificados y no especificados, destacando que estos últimos no se describen en manuales diagnósticos como el DSM-5 y el CIE-10. El DSM-5, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría en 2013, es un libro de referencia profesional sobre salud mental y trastornos cerebrales, siendo la nomenclatura más aceptada para la clasificación de trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2013). Similarmente, el CIE-11 es una clasificación global de enfermedades y otros problemas de salud, que también es útil como la principal base de comparabilidad estadística sobre causas de mortalidad y morbilidad a nivel mundial (World Health Organization, 2019; BMC Medical Informatics and Decision Making, 2020). Adicionalmente, en este estudio de carácter bibliográfico, se definirán y describirán los subtipos de la diabetes tipo 1 y 2, así como su diagnóstico, sus complicaciones, y la relación existente entre la TCA y la diabetes.

Objetivos

Objetivo General:

- Detallar la influencia de los trastornos de la conducta alimentaria y la diabetes mediante una revisión bibliográfica.

Objetivos específicos

- Definir los trastornos de la conducta alimentaria y los subtipos.
- Caracterizar diabetes, su cuadro clínico y sus tipos.
- Describir la asociación entre los trastornos de la conducta alimentaria y diabetes.

Método

Diseño

Para el presente trabajo de titulación se realizó una revisión bibliográfica, que incluye una orientación cualitativa y descriptiva.

Estrategia de búsqueda

Se hizo uso de fuentes de investigación científica de la biblioteca virtual de la Universidad Católica de Cuenca, tales como: Web of Science, Scopus además de Pubmed y Google Académico, se seleccionaron estudios que abordaron el tema de este trabajo de titulación y se tomaron en cuenta estudios publicados desde el año 2017 hasta la fecha actual, para la búsqueda se usó los operadores booleanos AND, OR, NOT. Las palabras claves que se usaron fueron las siguientes: diabetes mellitus, trastornos alimentarios, comorbilidad, manejo nutricional, tratamiento psicológico.

Criterios de inclusión:

Para la presente revisión bibliográfica se realizó la búsqueda de artículos en bases de datos como Web of Science, Pubmed, Scopus, Google Académico, libros, conferencias, y se consideraron criterios de inclusión como:

- a) Artículos publicados en inglés desde el año 2017 hasta la actualidad.
- b) Investigaciones que analicen la influencia de trastornos de la conducta alimentaria en pacientes con diabetes, en una muestra de 14 a 65 años.
- c) Estudios que utilicen muestras clínicas de acuerdo con los síntomas de los trastornos de conducta alimentaria acorde a los criterios del manual estadístico diagnóstico de los trastornos mentales (APA, 2014).
- d) Estudios que informaron una medida de fiabilidad y validez aceptable en sus instrumentos

Criterios de exclusión

- a) Investigaciones cuya muestra hayan incluido participantes menores de 14 años.
- b) Estudios que no evalúen los trastornos de conducta alimentaria en pacientes con diabetes
- c) Estudios que presentan ausencia de componentes fundamentales de búsqueda
- d) Estudios cuya característica de diseño metodológico sea: Carta al editor, conferencia o posters científicos, congresos, estudios cualitativos y estudios de caso.

Extracción de datos

Para la elección de los artículos se utilizaron procedimientos estándar que permitirán analizar y extraer la información necesaria para la presente revisión bibliográfica, los datos recolectados fueron de población femenina adulta, diabetes, diabetes gestacional, trastornos de conducta alimentaria.

Procedimiento para análisis de datos

Se revisarán los objetivos, metodología, resultado y discusión de cada estudio incluido en la revisión bibliográfica.

Desarrollo

Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Los TCA son afecciones psicológicas y orgánicas complicadas, se distinguen porque la persona afectada mantiene una relación poco saludable con la comida (OMS, 2020), rigiéndose a un control estricto sobre la ingesta de los alimentos, pudiendo distinguirse conductas como la restricción total o parcial de alimentos, acciones purgativas, atracones de comida, entre otras. Todas estas son llevadas a cabo como consecuencia de pensamientos distorsionados acerca de su silueta corporal y su peso (APA, 2020).

Modelo Sociocultural: Los TCA, más que simples alteraciones en la conducta alimentaria, están profundamente arraigados en el tejido sociocultural. Este modelo subraya cómo los estándares de belleza y las expectativas sociales, especialmente en las culturas occidentales, juegan un papel crucial en el desarrollo de estos trastornos. Según un estudio, aunque se reconoce la importancia de los factores sociales, estos a menudo se relegan en el tratamiento de los TCA. Los estudios basados en entrevistas con profesionales de la salud muestran que, mientras algunos consideran los aspectos socioculturales como centrales en el tratamiento, otros los han ignorado. Se revela una desconexión entre la comprensión de las construcciones culturales de feminidad y los trastornos relacionados con la alimentación y el cuerpo. Por lo tanto, esta observación llama a una mayor atención a los factores socioculturales para una interpretación y tratamiento más efectivos de los TCA (Purkiewicz et al., 2021).

Modelo Cognitivo-Conductual: Este modelo proporciona un marco para entender cómo los pensamientos y comportamientos distorsionados contribuyen a los TCA. Desarrollada a lo largo de tres décadas, integra conceptos como sesgos cognitivos, emociones negativas, atracones y comportamientos compensatorios. La investigación respalda la

efectividad de esta teoría en la comprensión y tratamiento de los TCA. Destaca que patrones de pensamiento y comportamiento problemáticos son fundamentales en estos trastornos, ofreciendo implicaciones clave para su tratamiento y prevención. Esta teoría sirve como base para la clasificación psiquiátrica, la evaluación y el tratamiento de los TCA (Martín et al., 2021).

Modelo Biomédico: Aborda diversos tipos de TCA, como la anorexia nerviosa, desde una perspectiva integradora, considerando factores biológicos, psicológicos y sociales. Propone que múltiples factores, incluyendo predisposiciones genéticas o experiencias, sistemas de procesamiento y regulación emocional disfuncionales, creencias autodestructivas y mecanismos fisiológicos mal adaptativos, juegan un rol en el mantenimiento de los TCA. Por ejemplo, una perspectiva alterada respecto a la comida, una disminución de los niveles de serotonina o una alteración del eje hipofisario-gonadal podrían ser influenciados por el desarrollo de algún trastorno. Por lo tanto, este modelo aborda la necesidad de tratar factores fisiológicos y psicológicos intrínsecos para mejorar el bienestar de los pacientes, proponiendo un marco que puede ser aplicado en varios modelos de tratamiento (Munro et al., 2017).

El modelo cognitivo conductual y sociocultural, son los que presentan mayor auge y discusión por parte de los especialistas puesto que su análisis permite un abordaje eficiente de los TCA. A pesar de ello, se debe destacar el carácter multifactorial de los, influenciado por diversas variables y contextos. De hecho, según expertos, los factores de riesgo son un entrecruzamiento entre causas genéticas, ambientales, psicológicas y físicas. Un ejemplo que ilustra este argumento, son los cánones de belleza instaurados por la cultura occidental, donde la imagen de una mujer rubia, delgada, y de tez blanca, se relaciona con la prosperidad, prestigio, y aceptación social (Purkiewicz et al., 2021).

De acuerdo con la bibliografía, se puede indicar que estas patologías son más recurrentes en el grupo etario de adolescentes y adultos jóvenes predominando en el sexo femenino; sin embargo, se ha encontrado casos en las que niños y adultos mayores también se han mostrado afectados. Como consecuencia de estos desórdenes alimenticios aparecen otras enfermedades, particularmente disfunciones endocrinas, anemia, complicaciones cardíacas, daños cerebrales, hipertensión, diabetes, síntomas gastrointestinales, entre otras. (Martín et al., 2021).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) exhibe que en el año 2019 alrededor de 14 millones de individuos sufrían trastornos alimentarios, de los cuales 3 millones eran niños

y adolescentes. Esto coadyuve con la bulimia, que se asocia el aumento de las probabilidades de consumo de drogas, abuso de sustancias, problemas de salud, y suicidio; por su parte, la anorexia nerviosa puede inducir a una muerte anticipada resultante de los problemas médicos o recurrir a actos tentativos contra la propia vida (Martín et al., 2021).

Trastornos de Conducta Alimentaria y su Clasificación

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5), en la sección de Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos, se indica que los TCA se caracterizan por una alimentación inadecuada que interfiere en el desarrollo normal del individuo, deteriorando su funcionamiento psicosocial y físico. Además, es relevante que la conducta alimentaria se desarrolle en un contexto donde dicha alimentación no es considerada normativa (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Anorexia Nerviosa

La anorexia nerviosa suele desarrollarse durante la adolescencia y es más prevalente en el sexo femenino. Se caracteriza, en términos generales, por un peso excesivamente bajo, intensa preocupación por ganar peso, percepción distorsionada de la forma corporal, negación de la gravedad del bajo peso, esfuerzos constantes para evitar el aumento de peso, y una preocupación obsesiva por la ingesta de alimentos. Los individuos con anorexia nerviosa a menudo desarrollan comportamientos obsesivos y compulsivos, como dividir la comida en pequeños pedazos o utilizar siempre los mismos utensilios (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Existen dos subtipos de anorexia nerviosa:

La Anorexia No Purgativa o Restrictiva: Los individuos se privan de ingerir alimentos con el objetivo de perder peso, también suelen realizar actividad física de manera compulsiva (Gilon et al., 2018). Por otro lado, la Anorexia Purgativa o de Atracones, consiste en que los sujetos ingieren grandes cantidades de alimentos en lapsos breves de tiempo y posteriormente recurren a autoinducirse el vómito o usar productos laxantes o diuréticos. Estas acciones se conocen como purga (Gilon et al., 2018).

Los criterios diagnósticos detallados de la anorexia nerviosa, según el DSM-5, son los siguientes:

Los criterios diagnósticos del DSM-5 para la anorexia nerviosa incluyen:

- **A.** Restricción significativa de la ingesta calórica que lleva a un peso corporal bajo para la edad, sexo, desarrollo y salud física.
- **B.** Miedo intenso a ganar peso o comportamiento que interfiere en el aumento de peso a pesar del bajo peso.
- **C.** Alteración en la auto-percepción del peso o constitución, influencia indebida del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal.
 - **Tipo restrictivo:** Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito auto provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.
 - **Tipo con atracones/purgas:** Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito auto provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Se ha verificado que a largo plazo la anorexia afecta a la densidad mineral ósea, provocando osteopenia, tensión arterial baja, frecuencia cardiaca por debajo del rango normal, temperatura corporal muy disminuida, ausencia de la menstruación por ende infertilidad, constipación, pérdida de tejido muscular, crecimiento de vello en todo el cuerpo. Cabe señalar que la anorexia produce un desequilibrio en el eje hipotálamo-pituitario causante de amenorrea hipotalámica, asimismo surge un desequilibrio en el eje hipotálamo- pituitario- suprarrenal que desencadena que el cortisol, hormona de estrés, se produzca en exceso; también surge una resistencia a la hormona GH, hormona del crecimiento (Poterasu et al., 2020).

Bulimia Nerviosa

Este tipo de trastorno alimenticio es más frecuente que la anorexia nerviosa, suele iniciar alrededor de los 17 a 45 años aproximadamente; se distingue por que usualmente el individuo afectado ingiere abundante comida en lapsos breves de tiempo, frecuentemente pierde el control durante los atracones, lo que genera que la persona autoinduzca el vómito para impedir el incremento de peso (bulimia purgativa) o emplea diuréticos y laxantes (bulimia no purgativa) buscando el mismo fin (Mohajan & Kumar, 2023).

Como es propio de esta patología la restricción alimenticia y ejercicio físico abundante están presentes; en este TCA al igual que en la anorexia nerviosa se presencia el temor al incremento de peso, sin embargo, la diferencia entre estos dos es que en la anorexia nerviosa el individuo se encuentra bajo los rangos normales de peso mientras que en la bulimia el individuo habitualmente se encuentra en el rango de peso normal o un poco de sobrepeso. Se observa que la bulimia nerviosa comúnmente se muestra con reflujo gástrico, deshidratación grave, inestabilidad en la cantidad de electrolitos y desequilibrio hormonal (Georgii et al., 2022).

Cabe considerar que para que la afección sea considerada como bulimia, los atracones deben ser recurrentes, y deben cumplir con las siguientes características: La ingesta de alimentos debe ser en un tiempo determinado y la cantidad de alimentos debe ser exuberante, asimismo, la persona debe tener la impresión de que ha perdido el control de lo que consume y de la cantidad; además de esto deben estar presentes las conductas purgativas, estos episodios deben ocurrir por lo menos 1 vez a la semana durante un trimestre; existe la percepción distorsionada de la forma de su cuerpo; esta enfermedad no se origina únicamente dentro de la anorexia nerviosa (Jain & Yilanli, 2023).

Trastorno por atracón

Usualmente el trastorno por atracón inicia en la adolescencia, se particulariza por ingerir grandes cantidades de alimentos en lapsos pequeños de tiempo, suelen perder la capacidad para controlarse durante estos episodios. Se distingue de la bulimia y de la anorexia nerviosa porque los atracones no son acompañados de comportamientos compensatorios y tampoco siguen dietas restrictivas, sin embargo, si acompaña los sentimientos de culpabilidad (Hilbert, 2018).

Conforme al manual DSM-5, los criterios diagnósticos para el trastorno de atracón incluyen conductas repetitivas de atracones con sensación de pérdida de control; los atracones suelen presentarse de la siguiente manera: Ingestión en tiempos demasiado cortos, comer en exceso hasta causar indigestión, consumir alimentos aun cuando no siente hambre, aislarse para comer por vergüenza (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

A consecuencia de este trastorno de conducta alimentaria se aumenta la probabilidad de que en el individuo se origine sobrepeso y se eleve el nivel de glucosa en el torrente sanguíneo, esto puede conducir a patologías cardíacas o ataques cerebrovasculares. El manejo del trastorno por atracón no debe estar direccionado a bajar de peso sino a reducir las conductas de atracón (Marzilli et al., 2018).

Trastorno de Pica

El rasgo característico de este trastorno es que la persona afectada ambiciona ingerir elementos no alimenticios, generalmente suele ser transitoria en los niños y mujeres embarazadas, no obstante, en individuos con déficit intelectual supone un grave riesgo por las complicaciones que se derivan; estas complicaciones suelen presentarse con infecciones intestinales, deficiencias nutricionales e intoxicación; la geofagia, pagofagia y amilofagia son los tipos de pica más recurrentes (Rajput et al., 2020).

Siguiendo los criterios del DSM – 5, para que la acción de pica sea considerada como un trastorno debe cumplir con que el consumo de los elementos no nutritivos sea repetitivo por un tiempo mínimo de un mes, que el consumo afecte al desarrollo apropiado del individuo y que este tipo de alimentación no sea parte de la cultura, finalmente, si esta conducta acompaña a una patología mental se debe prestar especial atención pues puede agravarse (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Por su parte, la intervención para el trastorno de pica se enfoca en disminuir el contacto del individuo con los elementos ambicionados combinando con la suplementación alimenticia (Kennedy et al., 2018).

Trastorno de Rumiación

Las conductas de este trastorno incluyen reflujo voluntario, acción de regurgitar los alimentos ingeridos con anterioridad, masticarlos nuevamente y luego tragarlos o escupirlos, durante mínimo un mes; la regurgitación no es causada por problemas orgánicos y no se producen únicamente durante la anorexia, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y restricción; la consecuencia del trastorno es perder peso al grado de desnutrición (Murray et al., 2019).

Trastorno de evitación/ restricción

Es habitual en los infantes, no obstante, puede permanecer hasta la adultez, las causas más comunes suelen ser la disminución del deseo de comer, aborrecimiento hacia las texturas, olores, etc. Además, este criterio clínico viene acompañado de la disminución considerable de peso, adicción a suplementos nutritivos, interrupción significativa del funcionamiento psicosocial; debemos tener en cuenta que las regurgitaciones no se pueden atribuir a una afección médica (Hay, 2020).

Estos tres últimos trastornos (pica, rumiación y restricción) no se encuentran clasificados dentro de Otros trastornos de alimentación especificados pues no cumplen con la preocupación sobre el peso y la imagen corporal.

Diabulimia

La bibliografía indica que los individuos que presentan diabetes I exhiben mayor probabilidad de desarrollar desórdenes alimenticios que personas sanas; las personas diabéticas conocen que las altas dosis de insulina provocan aumento de peso, por tal motivo de manera consciente los afectados deciden no colocarse todas las dosis de insulina que requieren con la finalidad de disminuir el peso o evadir el aumento, a este fenómeno se le conoce como diabulimia (Ferrero et al., 2021).

Otro trastorno específico de la alimentación (OSFED)

Constan aquí los trastornos alimentarios que no obedecen a todos los criterios clínicos de alguna de la clasificación anterior, sin embargo, si cumplen con comportamientos purgativos, atracones, y restricción calórica, inquietud por la forma de la silueta corporal y peso (Jenkins et al., 2021).

Se evidencian aquí:

➤ **Trastorno de purga**

La patología se distingue por no presentar episodios de glotonería, pero si conductas de depuración para controlar el peso mediante laxantes, vómito, actividad física exagerada; sus consecuencias se igualan a las de la bulimia nerviosa (Palanikumar & Prathipa, 2023).

➤ **Síndrome de alimentación nocturna**

Ingerir alimentos en grandes cantidades después de despertar es la singularidad de esta afección; se relaciona con las alteraciones del sueño y el tratamiento es comparable al del trastorno por atracón (McCuen et al., 2017).

➤ **Anorexia nerviosa atípica**

La afección es semejante a la anorexia nerviosa, no obstante, la anorexia nerviosa atípica se caracteriza por que la persona mantiene un Índice de Masa Corporal apropiado; el tratamiento es idéntico a la anorexia nerviosa (Palanikumar & Prathipa, 2023).

➤ **Bulimia nerviosa subclínica**

Presenta conductas similares a la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, no obstante, no cumple con todos los criterios para ser catalogada como B.N o trastorno por atracón (McCuen et al., 2017).

➤ **Vigorexia**

Conocida también como Anorexia Inversa, debido a que la persona siente que su cuerpo no es lo suficientemente musculoso causando vergüenza en el individuo, en consecuencia busca

aumentar de peso especialmente en musculatura, va de la mano con los trastornos alimenticios pues siguen dietas estrictas para conseguir su objetivo e ingieren sustancias que ayudan a elevar el funcionamiento del organismo, de la misma manera, el tiempo que invierten en el gimnasio causa que no realice otras actividades de la vida cotidiana (Silva et al., 2021).

Trastornos de alimentación no especificados

Esta denominación se utiliza cuando el paciente no cumple completamente los criterios para uno de los diagnósticos descritos y no se requiere mayor aclaración.

Bulimarexia

Este trastorno alimenticio se lo presenta en individuos que particularmente presentan atracones de comida para después realizar conductas, ayunos largos, consumo de laxantes o de anfetaminas, diferenciándose de la anorexia nerviosa por la mayor presencia de atracones que la inanición (Seubert & Virdi, 2019). Los autores mencionan que la principal distinción que predomina en la bulimarexia es que las personas que presentan este trastorno no se ven limitadas en realizar sus labores cotidianas y raramente requieren hospitalización (Seubert & Virdi, 2019).

Ortorexia

El término ortorexia proviene de las palabras griegas “ortos=normal” y “orexia=apetito” y es un trastorno relativamente nuevo que no ha sido incluido en el CIE-11 ni en el DSM-5, además, se trata de un trastorno de características obsesivas de eliminar comida altamente procesada o que contengan aditivos que no compartan un óptimo criterio nutricional (Gortat et al., 2021). La particularidad de la Ortorexia es la obsesión por alimentarse exclusivamente con alimentos sanos, llegando a excluir totalmente la comida que no sea saludable (Mróz & Korek, 2020). La marcada preocupación por el consumo de alimentos estrictamente denominados como saludables puede plasmar una atención obsesiva en práctica de dietas rigurosas conllevando a problemas comórbidos como complicaciones psicológicas, angustia y malestares significativos en las diferentes áreas cotidianas (Awad et al., 2021).

Pregorexia

Lo característico de este trastorno alimentario es que se origina durante el embarazo, las mujeres afectadas comúnmente disminuyen el consumo de alimentos calóricos, realizan ejercicio excesivo y consumen laxantes para controlar el aumento de peso. Por consiguiente, se puede mencionar que las personas que padecen sintomatología asociada con la pregorexia se describen como individuos que tienden a llevar un extremo control de su peso en etapa de gestación colocando en riesgo su vida y la seguridad del no nacido (Geronditis et al., 2022).

Asimismo, la autora considera que el embarazo no es el momento más adecuado para la realización de una dieta, catalogando a este como el periodo de más demanda nutricional, asegurando que una ganancia de peso sano durante esta etapa rodea desde los 10 a 25 kilogramos (Mroz & Korek, 2020).

Trastorno alimentario relacionado con el sueño

El trastorno alimenticio relacionado con el sueño “Sleep-related eating disorder (SRED)” se caracteriza por reiterados episodios de ingesta alimentaria durante el periodo de sueño. El autor menciona un consumo de alimentos fuera de control preferentemente alimentos de alto grado calórico e incluso objetos tóxicos o no aptos para el consumo. Por lo general los pacientes con un diagnóstico de SRED no tienen el control de reconocimiento del total de sus episodios. menciona que el nivel de conciencia durante los episodios es parcial y en algunos casos va relacionado estrechamente con sonambulismo. establece que a diferencia del síndrome del comedor nocturno donde no existe pérdida de la conciencia y la ingesta se produce cien por ciento lúcido, sin embargo, en el trastorno alimentario relacionado con el sueño el episodio no es recordado el día siguiente (Cho et al., 2020).

Diabetes

La diabetes mellitus es una patología autoinmune grave e irrevocable que envuelve el área metabólica y genética, se asocia a la segregación insuficiente de la hormona insulina, producida por el páncreas o a una deficiente acción de la misma (Olatunji et al., 2021) el rol de la insulina es regular el azúcar en la sangre transportándola hacia las células para posteriormente convertirse en energía o acumularse como lípidos o carbohidratos y luego ser usado como combustible para que el organismo pueda cumplir sus funciones (Evans et al., 2017), debido al déficit en la labor de esta hormona emerge una excedencia de glucosa en el torrente circulatorio que se conoce como hiperglucemia lo que se traduce a diabetes (Greenway et al., 2022).

Se puede señalar tres tipos de diabetes: diabetes tipo1 dependientes de la insulina o de inicio temprano; diabetes tipo 2 se distingue por no depender de la insulina (Chatterjee et al., 2017) y aparecer en la adultez y diabetes gestacional que suele manifestarse en los tres últimos meses de embarazo aproximadamente (Dugan & Crawford, 2019). A nivel global la cifra de

muerres por diabetes fue de 1,5 millones; cabe destacar que, en Latinoamérica, en el año 2019, la diabetes cobró 284,049 vidas. Según la (Organización Panamericana de Salud, 2023), del porcentaje total de personas con diabetes el 95% padecían diabetes tipo 2 y aproximadamente 9 millones de individuos padecían diabetes tipo 1, además 1 de cada 6 mujeres sufren diabetes gestacional.

Diabetes mellitus tipo 1

La diabetes mellitus tipo 1 se establece como la destrucción autoinmune de las células Beta, lo que desemboca en la falta de segregación de insulina; por tanto, el tratamiento se fundamenta en la sustitución de insulina por insulina exógena.

Las complicaciones derivan en enfermedades vasculares, alteraciones en las arterias y daños en los nervios, estos daños se relacionan al manejo glucémico, es decir, un buen manejo retrasa las complicaciones, dando la oportunidad de que el paciente diabético mejore su calidad de vida (Syed, 2022).

Generalmente para la aparición de la diabetes tipo 1 se requiere de que en un individuo que esté predispuesto genéticamente intervenga un elemento activador no conocido que desprende una reacción autoinmunitaria que se encarga de acabar con las células Beta pertenecientes al páncreas, como producto de esta destrucción de células se pierde la capacidad de producir insulina; como primer indicador de que este proceso está ocurriendo se presenta la hiperglucemia en ayunas y luego las manifestaciones propias de la diabetes (Katsarou et al., 2017)

Hasta el momento no se conocen todas las causas del desarrollo de la patología, pero se puede identificar que por lo menos intervienen factores relacionados a la genética, ambiente y autoinmunidad.

El desarrollo de la diabetes mellitus tipo 1 consta de 6 fases: 1) Predisposición genética; 2) factor desencadenante; 3) respuesta autoinmune, emisión normal de insulina; 4) reducción de células Beta, emisión disminuida de insulina; 5) reducción clínica con pocas células presentes, emisión reducida de insulina con niveles de azúcar en sangre anormal y se encuentran péptidos C (aminoácido segregado por el páncreas junto a la insulina en las mismas cantidades), ; 6) diabetes clínica con nula presencia de células Beta, en esta fase ya no hay liberación de insulina, se desencadena la hiperglucemia y ya no se encuentra en Péptido C (Paschou et al., 2017)

La Diabetes Autoinmune Latente en Adultos (LADA) se considera como un subtipo de diabetes tipo 1 por ser semejante en algunos aspectos como los anticuerpos, pero se distingue por ser de desarrollo lento en los adultos, comúnmente presenta síndrome metabólico, un anticuerpo GAD (anticuerpos contra el ácido glutámico descarboxilasa) y mayor labor de células Beta (Hoogwerf, 2020).

Diabetes mellitus tipo 2

Se define como la disminución gradual de la segregación de insulina debido a la pérdida de células Beta, lo que origina resistencia a esta hormona, esta última está estrechamente relacionada con la obesidad, sedentarismo y componentes genéticos (Eizirik et al., 2020)

Las variantes de la Diabetes mellitus tipo 2 son:

MODY (Maturity onset diabetes of youth): Diabetes de inicio en la madurez de la juventud, se trata de una modalidad determinada por un único gen, de tipo no autoinmune, comúnmente se desarrolla antes de los 30 años. Estos genes (MODY) se relacionan con la insuficiencia o la resistencia a la insulina (Tosur & Philipson, 2022).

Flatbush: Estos pacientes exponen hiperglucemia acompañada de cetoacidosis (exceso de ácidos en el torrente sanguíneo), una vez que la hiperglucemia es controlada la cetosis ocurre con menos frecuencia, comúnmente los afectados son hombres negros de edad media, con exceso de peso u obesidad moderada y tienen antecedentes familiares de diabetes tipo 2 (Shankar et al., 2022).

Lipodistrofia: Se definen como genéticas o adquiridas, estas dos formas pierden grasa de manera general o parcial debido a la resistencia a la insulina recurrentemente se relaciona con triglicéridos altos (Vilar & Santini, 2018).

Otros estados hiperglucémicos

Desordenes endocrinos: el síndrome de Cushing y acromegalia se relacionan con la hiperglucemia, así mismo, la pancreatitis crónica y pancreatitis aguda recurrente crónica, fibrosis quística y cáncer de páncreas se asocian con la diabetes (Hoogwerf, 2020).

Diabetes inducida por medicamentos: Muchos medicamentos pueden contribuir a la hiperglucemia, incluidos los glucocorticoides, las estatinas, los agentes psicotrópicos y los fármacos inmunomoduladores (Hoogwerf, 2020).

Criterios clínicos de la diabetes

Para verificar si una persona tiene diabetes, es necesario realizar alguna de las pruebas existentes que arrojarán valores que ayudarán al diagnóstico. Entre estas pruebas se encuentra la A1c, que cuantifica el porcentaje promedio de azúcar en la sangre y se distingue por no requerir ayuno ni ingestión de bebidas; un valor igual o mayor a 6.5% se considera indicativo de diabetes. Otra prueba es la Glucosa Plasmática en Ayunas (FPG), que se debe realizar en la mañana sin haber comido ni bebido nada por lo menos 8 horas antes del test; un resultado igual o mayor a 126 mg/dl se diagnostica como diabetes (Katulanda et al., 2019).

La tercera prueba es el Test de Tolerancia Oral a la Glucosa (OGTT), donde el individuo consume una bebida azucarada especial y se miden los niveles de glucosa antes y después de dos horas de la ingesta. Si el resultado es igual o mayor a 200 mg/dl después de las dos horas, se diagnostica como diabetes. El último examen es la Prueba Aleatoria de Glucosa Plasmática, que se realiza en cualquier momento cuando se presenten síntomas marcados de diabetes. Una cifra igual o mayor a 200 mg/dl indica diabetes (Harreiter & Roden, 2019).

Es conveniente mencionar que cualquier prueba seleccionada para el diagnóstico de diabetes debe realizarse en dos días consecutivos para confirmar resultados y asegurar una detección eficaz (American Diabetes Association, 2021).

Como se mencionó anteriormente, la diabetes mellitus se manifiesta clínicamente con síntomas como micción excesiva, sed intensa, polifagia, pérdida de peso, disminución de la visión y agotamiento (Coleb & Florez, 2020). Entre las complicaciones clínicas, se pueden desarrollar enfermedades cardíacas y obesidad. La nefropatía es un factor significativo de mortalidad en esta patología (Prattley et al., 2020), y la toxicidad del azúcar puede causar lesiones neuronales. La tiroides y el páncreas también pueden verse afectados, y las infecciones hepáticas son recurrentes. En el sistema reproductor femenino, la diabetes puede causar dificultades sexuales y reproductivas, asociándose la diabetes tipo 1 con alteraciones menstruales y la tipo 2 con el Síndrome de Ovario Poliquístico (Ochmann et al., 2023)."

Trastornos de la Conducta Alimentaria y su relación con la Diabetes

El estudio "Diabetes and disordered eating behaviours in a community-based sample of Australian adolescents" (Pursey et al., 2020) en su investigación utilizó una muestra de 4854 adolescentes entre 11 a 19 años con una edad media de 14,4 años, de la cual el 47% fueron

varones y el resto fue conformado por mujeres. Se realizó un autoinforme vía telemática dentro del cual incluía: datos sociodemográficos, de filiación y antropométricos; además del cuestionario Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q).

Esta publicación proporciona evidencia observacional de que los adolescentes, especialmente las mujeres con diabetes tipo 1, enfrentan tasas más altas de comportamientos alimentarios desordenados comparados con sus pares sin diabetes. Este artículo halló que las conductas como vómitos autoinducidos, uso de laxantes y dietas extremas eran significativamente más frecuentes en adolescentes con diabetes. Además, el 17% de estos jóvenes reportaron una restricción frecuente de insulina, lo que está asociado con una mayor frecuencia de comportamientos alimentarios desordenados.

En línea con las observaciones de Falcão & Francisco (2017), el estudio sugiere que la disconformidad con la imagen corporal y el mayor índice de masa corporal (IMC) en individuos con diabetes son factores que contribuyen a la adopción de estos comportamientos desordenados. Esto resalta la complejidad que enfrentan los jóvenes con diabetes, no solo en términos de manejo de su enfermedad, sino también en su relación con la alimentación y la percepción de su cuerpo, subrayando la importancia de un enfoque individualizado en el tratamiento y el manejo de la enfermedad, tal como lo recomienda la American Diabetes Association (ADA) (Pursey et al., 2020; American Diabetes Association, 2023).

Específicamente en los individuos con Diabetes tipo 1, el sexo, la edad, el índice de masa corporal (IMC), inconformidad con la parte física, las redes de apoyo, los problemas propios y el régimen alimenticio de la diabetes tipo 1, componen los factores importantes para desarrollar TCA (Toni et al., 2017).

En el contexto de la American Diabetes Association (ADA) enfocada en planes de alimentación individualizados, el estudio "Evaluation of a novel eating disorder prevention program for young women with type 1 diabetes: A preliminary randomized trial" (2023) es relevante. Este estudio evaluó un programa de prevención de trastornos alimentarios enfocado en disminuir las preocupaciones sobre la imagen corporal, reducir la patología alimentaria y mejorar el control glucémico.

El estudio en mención contó con 280 participantes quienes recibieron seis sesiones semanales de una hora de duración, ya sea del Diabete Body Project (DBP) o de sesiones educativas sobre diversos trastornos alimentarios y sus complicaciones; diabetes e imagen corporal; efectos de las dietas en la sangre; glucosa y el riesgo de complicaciones. Los

investigadores rastrearon los cambios a lo largo del tiempo en las creencias sobre el cuerpo ideal, la insatisfacción corporal, la patología alimentaria específica de la diabetes y los cambios en los síntomas de los trastornos alimentarios inmediatamente después, seis meses después, un año después y dos años después del estudio en comparación con el inicio del estudio

Se encontró que el programa adaptado disminuyó significativamente los factores de riesgo y los síntomas de trastornos alimentarios. Este hallazgo respalda la importancia de enfoques personalizados en el tratamiento y la nutrición para pacientes con diabetes, alineándose con las recomendaciones de la ADA (American Diabetes Association, 2023; Pursey et al., 2020; Dyson et al., 2018; Nip et al., 2019; Stice et al., 2023).

Este cambio hacia un enfoque dietético personalizado se ha instaurado en vista del aumento de casos de trastornos alimenticios en pacientes diabéticos quienes seguían las dietas únicas que prohibían la ingesta de grasas y carbohidratos para evitar la obesidad y mejorar la resistencia a la insulina especialmente en los individuos con diabetes tipo 2. A pesar de que las dietas nutricionales han sido flexibilizadas para estos pacientes, aún deben atender en cierta medida los alimentos que consumen, las porciones y las horas de comida (American Diabetes Association, 2023). Para ejemplificar, en personas diabéticas con peso normal; del VCT de la dieta el 10 al 20% deben corresponder a la ingesta de proteínas; del 30 al 40% corresponden a las grasas; el porcentaje de los hidratos de carbono se debe ajustar entre un 40 a 60%. El aporte de sodio exige un valor por debajo de 3.000mg/día y de fibra se requiere un consumo de 25 a 35g/día (Pursey et al., 2020).

En esta perspectiva, los pacientes diabéticos tienen más probabilidad de desarrollar desórdenes alimenticios que quienes no poseen esta patología, en parte debido a la angustia que causa la alimentación controlada que la diabetes demanda ejercer y al cálculo de insulina que requieren aplicarse diariamente. Esta angustia está relacionada a una peor conducta alimentaria y de actividad física. El estudio "Are Eating Disorders Risk Factors for Type 2 Diabetes? A Systematic Review and Meta-analysis" revela que trastornos como el trastorno por atracón y la bulimia nerviosa pueden incrementar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, lo cual resalta la complejidad de la relación entre la diabetes y los trastornos alimentarios (Nip et al., 2019; Dyson et al., 2018; Nieto-Martínez et al., 2017).

Las principales señales de alerta de que los pacientes diabéticos han desarrollado algún tipo de TCA son: disminución o aumento de peso injustificado, alta hemoglobina glicada (HbA1c), internamientos hospitalarios por cetoacidosis o hipoglucemia complicada,

variaciones bruscas de glucosa, negligencia en la aplicación de insulina y monitoreo de glucosa, menstruaciones irregulares, alopecia, xerosis, ansiedad excesiva por el régimen nutricional, episodios de glotonería, distorsiones cognitivas acerca del peso, la silueta corporal y de los alimentos, y variación en el estado de ánimo (Dyson et al., 2018).

Trastornos de la Conducta Alimentaria, sus tipos y relación con la Diabetes

Como se precisó anteriormente, los diabéticos tienen más probabilidad de desarrollar conductas disfuncionales en la alimentación que sus pares no diabéticos, en la diabetes tipo 1 estas conductas pueden ser episodios de glotonería, purga, o planes alimenticios para reducir el peso. En la población diabética tipo 1 femenina suele ocurrir la omisión voluntaria de las dosis de insulina, fenómeno conocido como Diabulimia, la omisión ocasiona hiperglucemia y esta a su vez provoca pérdida no compensada de agua, disminución considerable y rápida de grasa y masa muscular, es conveniente indicar que con el tiempo este comportamiento resulta en dificultades graves en la salud tales como: daño neurológico, retinopatía diabética y lo cual representa mayor amenaza de muerte (Harris et al., 2020).

De acuerdo con el autor, con relación a la conducta alimentaria, no todos los individuos con diabetes tipo 1 restringen las dosis de insulina, en su lugar pueden tener síntomas ligados a la anorexia o bulimia nerviosa, no obstante, estos dos últimos no han sido ampliamente estudiados (Delamater & Marrero, 2020). También se ha observado conductas donde el paciente diabético se administra deliberadamente más dosis de insulina con la finalidad de provocar hipoglucemia y de esta manera excusar la ingesta de alimentos ricos en hidratos de carbono y de dulces (Goebel-Fabbri et al., 2019)

Por otra parte, Shakeri y su equipo, mediante una revisión sistemática hallaron que el Síndrome del comedor nocturno y trastorno por atracón son más habituales en personas adultas con diabetes mellitus tipo 2 (Shakeri et al., 2022).

Un punto para aclarar es que los individuos con trastorno por atracón son más propensos a desarrollar diabetes tipo 2, debido a que en estos episodios los alimentos ingeridos son altamente calóricos lo que conduce a hiperinsulinemia, resistencia a la insulina, alteración del manejo de la glucemia, cambios en la adiposidad e incremento de cortisol (Harris et al., 2020).

Investigaciones señalan que el índice de masa corporal elevado, inquietud por el peso y la figura, autoconcepto negativo y estado depresivo son factores predictores para el desarrollo de conductas alimentarias desordenadas en pacientes diabéticos, especialmente de Diabulimia

(Goebel-Fabbri et al., 2019). Con referencia a la diabulimia, se denomina así a la omisión de la administración de insulina con el objetivo de disminuir de peso (Coleman & Caswell, 2020).

A pesar de que la diabulimia no consta dentro del CIE-10 y del DSM -5, se han observado criterios con los que se puede detectar a esta patología, estos incluyen la pérdida de peso acelerada y continua, internamientos a menudo como consecuencia de una excedencia de ácidos en el torrente sanguíneo, niveles altos de azúcar en la sangre y de hemoglobina glicosilada y como criterio clave para el diagnóstico de diabulimia es que el sujeto coloque especialmente su foco de atención en los alimentos y en su imagen corporal (Toni et al., 2017).

Los individuos que desarrollan diabulimia son más propensos a sufrir cetoacidosis originada por los altos porcentajes de azúcar en la sangre, la carencia de insulina y el incremento de hormonas que resiste a la acción de la insulina, cuando esto ocurre las células pierden la facultad de convertir la glucosa en energía, para compensar la carencia energética el organismo quema la grasa para obtener la energía por lo que el paciente va reduciendo su peso (Falcão & Francisco, 2017).

Dentro de los factores que pueden desencadenar patología en pacientes diabéticos, se destacan los rasgos de personalidad, edad de diagnóstico, sentimientos de agrado al bajar de peso, tendencia a ganar peso, episodios recurrentes de hipoglucemia, uso estricto de insulina y dieta (Delamater & Marrero, 2020). Dentro de este orden de ideas, la diabulimia interfiere en el control que requiere el paciente diabético facilitando el desarrollo de enfermedades propias de la diabetes como daños en los vasos sanguíneos de la retina, anomalías en el riñón, cetonas en la sangre que puede conducir a estado de coma o muerte (Winston, 2020).

Oberle (2017), en su investigación expone que Barbanti fue el primero en identificar la ortorexia en personas con diabetes tipo 2 que presenten o no exceso de peso, producto del dilema entre el imperativo de adquirir una alimentación saludable y el miedo intenso en el ámbito psicosocial relacionado con las limitaciones dietéticas aconsejadas y voluntarias que en algunos casos se derivan en desórdenes alimenticios (Oberle & Lipschuetz, 2017).

Falcao indica que la insistencia por parte de los nutricionistas para que los pacientes diabéticos mantengan un plan dietético es un aspecto de amenaza para desarrollar desórdenes alimenticios, como consecuencia de esto, los pacientes no se alimentan acorde a su sensación de apetito y saciedad aunado a esto hay una focalización primordial en los alimentos y en el valor calórico que implica limitar cierta clase de alimentos (Falcao & Francisco, 2017).

Conclusión

Tras el análisis de este estudio en donde se ha detallado la influencia de los TCA en la diabetes a través de una revisión bibliográfica; se deduce que, los trastornos alimentarios en los pacientes con diabetes se desglosan en dos categorías. La primera categoría agrupa los trastornos de alimentación identificados, en otras palabras, patologías especialmente definidas por signos y síntomas y la segunda categoría incluye síntomas de alimentación alterados no especificados.

Es importante considerar que los factores para el desarrollo de desórdenes alimenticios en la diabetes radican en la angustia por el incremento de peso, la sensación de ausencia de control, las limitaciones en la dieta, el cálculo de hidratos de carbono y la administración de insulina suponen también un riesgo adicional para desencadenar trastornos de alimentación.

Se puede sustentar que la Diabetes Mellitus tipo 1 se asocia con la diabulimia y manifestaciones relacionadas con la anorexia y bulimia nerviosas. Así mismo, se afirma que los individuos con diabetes tipo 1 se suministraban más inyecciones de insulina con el objetivo de generar una disminución de azúcar en la sangre para así poder justificar el consumo de dulces y carbohidratos. Consecuentemente se alegaba que una paciente con diabetes tipo 1 y bulimia se inyectaba más dosis de insulina con el propósito de evitar los atracones de comida.

A diferencia de la tipo 1, la Diabetes Mellitus tipo 2 presenta comorbilidad con el síndrome del comedor nocturno y el trastorno por atracón. Al mismo tiempo, se manifiesta que la ortorexia también está vinculada a esta patología.

En conclusión, este estudio proporciona un marco valioso para futuras investigaciones y prácticas clínicas, subrayando la importancia de un enfoque holístico en el tratamiento de la diabetes que integre tanto el manejo médico como el apoyo psicológico. Las implicaciones de estos hallazgos son significativas en términos teóricos, prácticos y metodológicos, destacando la necesidad de un enfoque integrado en la atención de la salud que considere tanto aspectos físicos como psicológicos, e impulsando una revisión de las estrategias actuales en la atención de pacientes con estas comorbilidades. Además, estos resultados subrayan la importancia de la educación y la concientización en la gestión de la diabetes, tanto para profesionales de la salud como para pacientes. Por ende, proporciona un marco valioso para futuras investigaciones y prácticas clínicas.

Bibliografía

- Afiat, B., Nofri, R., Adi, T., & Rovina, R. (2020). Type 2 Diabetes and its Impact on the Immune System. *Current Drug Research Reviews*, 16(5). <https://doi.org/10.2174/1874473710666200309164532>
- Alcántara, T. (2021). Diabetes tipo 2 y trastorno por atracón. CAIPaDi. Recuperado de <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/departamentos/CAIPaDi/boletines/BoletinFEBRERO2021.html>
- American Diabetes Association. (2021). About Diabetes. Recuperado de <https://diabetes.org/search?keywords=Diagnostico>
- American Diabetes Association. (2023). Food and Nutrition. Recuperado de <https://diabetes.org/food-nutrition/food-and-diabetes>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- APA. (2020, febrero 25). Eating disorders: How psychotherapy can help people recover. Recuperado de <https://www.apa.org/topics/eating-disorders/recovery>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ta ed.).
- Bayked, E., Workneh, B., & Kahissay, M. (2022). Sufferings of its consequences; patients with Type 2 diabetes mellitus in North-East Ethiopia, A qualitative investigation. *Heliyon*. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e08453>
- Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., & Davis, G. C. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: Results from the Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 902-907. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.156.6.902>
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 339-376. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735803000333?via%3Dihub>
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735803000333?via%3Dihub>
- Chait, A., & Den-Hartigh, L. (2020). Adipose Tissue Distribution, Inflammation and Its Metabolic Consequences, Including Diabetes and Cardiovascular Disease. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 7, 22. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2020.00022>
- Chatterjee, S., Khunti, K., & Davies, M. (2017). Type 2 diabetes. *Lancet*, 389(10085), 2239-2251. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30058-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30058-2)

- Choudhury, A., & Rajeswari, D. (2021). Gestational diabetes mellitus - A metabolic and reproductive disorder. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 133, 110917. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2020.110917>
- Coleb, J., & Florez, J. (2020). Genetics of diabetes mellitus and diabetes complications. *Nature Reviews Nephrology*, 16(7), 377-390. <https://doi.org/10.1038/s41581-020-0278-5>
- Coleman, S., & Caswell, N. (2020). Diabetes and eating disorders: an exploration of 'Diabulimia'. *BMC Psychology*, 8, 98. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00468-4>
- Delamater, A., & Marrero, D. (2020). *Behavioral Diabetes: Social Ecological Perspectives for Pediatric and Adult Populations*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-33286-0>
- Dugan, J., & Crawford, J. (2019). Managing gestational diabetes. *JAAPA*, 32(11), 41-45. <https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000578760.60265.e0>
- Dyson, P. A., Twenefour, D., Breen, C., Duncan, A., Elvin, E., Goff, L.,..... Watson, K. (2018). Diabetes UK evidence-based nutrition guidelines for the prevention and management of diabetes. *Diabetic Medicine*, 35(5), 541-547. <https://doi.org/10.1111/dme.13603>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796799001230?via%3Dihub>
- Eizirik, D., Pasquali, L., & Cnop, M. (2020). Pancreatic β -cells in type 1 and type 2 diabetes mellitus: different pathways to failure. *Nature Reviews Endocrinology*, 16(7), 349-362. <https://doi.org/10.1038/s41574-020-0355-7>
- Evans, M., Chubb, B., & Gundgaard, J. (2017). Cost-effectiveness of Insulin Degludec Versus Insulin Glargine in Adults with Type 1 and Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Medical Economics*, 20(9), 930-937. <https://doi.org/10.1007/s13300-017-0236-9>
- Falcaõ, A. M., & Francisco, R. (2017). Diabetes, eating disorders, and body image in young adults: an exploratory study about "diabulimia." *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(2), 275-282. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0406-9>
- Ferrero, R., García, A., & Gonzales, A. (2021). Diabulimia: An updated perspective. *Journal of Clinical Medicine Research*, 13(12), 635-640. <https://doi.org/10.14740/jocmr4621>
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Guilford Press.

- Georgii, C., Eichin, K., Richard, A., Schnepper, R., Naab, S., Voderholzer, U., ... Blecher, J. (2022). I change my mind to get better: Process tracing-based microanalysis of food choice processes reveals differences between anorexia nervosa and bulimia nervosa during inpatient treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 112, 152276. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152276>
- Geronditis, A., Grammatikopoulou, M., Tzimos, C., Gkiouras, K., Taousani, E., Athanasiadis, L., & Goulis, D. (2022). Effectors of Pregorexia and Emesis among Pregnant Women: A Pilot Study. *Nutrients*, 14(24), 5275. <https://doi.org/10.3390/nu14245275>
- Gilon, T., Hamdan, S., Bar, Y., Lazarov, A., Enoch, A., Dubnov, G., ... Stein, D. (2018). Different attention bias patterns in anorexia nervosa restricting and binge/purge types. *European Eating Disorders Review*, 26(3), 204-214. <https://doi.org/10.1002/erv.2593>
- Goebel-Fabbri, A., Copeland, P., Touyz, S., & Hay, P. (2019). EDITORIAL: Eating disorders in diabetes: Discussion on issues relevant to type 1 diabetes and an overview of the Journal's special issue. *Journal of Eating Disorders*, 7(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0256-0>
- Greenfield, M. (2023). Number of adults with diabetes worldwide from 2010 to 2021 (in millions). Statista. <https://es.statista.com/estadisticas/702299/adultos-con-diabetes-a-nivel-mundial/>
- Greenway, F., Loveridge, B., Grimes, R., Tucker, T. A., Hepford, S., Fontenot, J., Lakey, J. (2022). Physiologic Insulin Resensitization as a Treatment Modality for Insulin Resistance Pathophysiology. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(3), 1884. <https://doi.org/10.3390/ijms23031884>
- Haas, L., Stargardt, T., Schreyögg, J., & Omboni, S. (2016). Impact of moderate wine consumption on cardiovascular diseases: from epidemiological evidence to mechanisms of action. *Current Pharmaceutical Design*, 22(1), 68-74. <https://doi.org/10.2174/1381612822666151102152124>
- Hackett, A., Steptoe, A., & Bogaert, A. (2016). Insulin Sensitivity and Cardiovascular Stress Responses in Gynecological Endocrine Disorders. *Psychosomatic Medicine*, 78(6), 657-667. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000325>
- Hajira, B., & Nair, R. (2018). Impact of Diabetes Mellitus and Insulin Resistance on Gynecological Disorders. *Journal of Endocrinology and Diabetes Mellitus*, 6(3), 99-103. <https://doi.org/10.15406/jedm.2018.06.00168>
- Hamidi, M. S., Corey, K. E., & Ioannou, G. N. (2017). Lifetime Trends in the Incidence of Cirrhosis and Hepatitis C Virus Infection From an Organ Donor Screening Program. *Journal of Hepatology*, 66(1), 281-288. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2016.08.014>

- Hawkes, N. (2017). End of the “Diabulimia” for Patients with Diabetes Mellitus. *The American Journal of Medicine*, 130(2), e57. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2016.09.006>
- Hayes, A., Burton, A., Bartlett, D., & King, T. (2021). The Impact of Preoperative Diet or Exercise on Body Composition, Body Mass, and Surgical Outcomes. *Journal of the American College of Surgeons*, 232(4), S198-S199. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2021.07.1169>
- Hepp, U., & Milos, G. (2019). Diabulimia: Early detection and risk factors in a nationwide online survey with patients suffering from type 1 diabetes mellitus. *International Journal of Eating Disorders*, 52(1), 15-25. <https://doi.org/10.1002/eat.22959>
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (2020). Cognitive and Cognitive- Behavioral Therapies. In M. J. Hilsenroth, D. L. Segal, & C. M. Stern (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment, Volume 2: Personality Assessment* (pp. 129-142). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119438454.ch8>
- Holmen, T. L., Barrett-Connor, E., Clausen, J., & Holmen, J. (2017). Physical Exercise, Sports, and Musculoskeletal Pain Among Norwegian Adolescents. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 49(8), 1615-1622. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001267>
- Hwang, I., & Kang, H. S. (2016). Quality of Life in Adolescents With Primary Dysmenorrhea: Effect of Educational Program. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(5), 514-520. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2016.03.011>
- Jansson-Fröjmark, M., & Lindblom, K. (2017). A bidirectional relationship between anxiety and depression, and insomnia? A prospective study in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 97, 13-19. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.03.001>
- Jayakody, K., Gunadasa, S., & Hosker, C. (2017). Exercise for anxiety disorders: systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 51(5), 367-376. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096832>
- Jirásek, I. (2018). History of psychosomatic and psychovegetative research in Czechoslovakia. In G. Capellari, A. De Leo, & M. De Bernardi Borsiere (Eds.), *Psychotherapy and Psychosomatics* (pp. 55-61). Karger Publishers. <https://doi.org/10.1159/000166931>
- Johansson, S. (2017). Childhood Exposure to Air Pollution and Cognitive Outcomes. *Environmental Health Perspectives*, 125(7), 767-773. <https://doi.org/10.1289/EHP139>
- Johnson, S. B., & Blum, R. W. (2016). Stress and Adolescent Development. In *Handbook of Adolescent Health Psychology* (pp. 153-166). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-32458-2_8
- Johnson, T. P., & Booth, A. (2018). *Internet Surveys as a Methodological Tool for Social Scientists*. Sage Publications.

- Karam, E. G., Andrews, B., Bromet, E., Petukhova, M., Ruscio, A. M., Salamoun, M., ... & Kessler, R. C. (2010). The role of criterion A2 in the DSM-IV diagnosis of post-traumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 68(5), 465-473. [https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223\(10\)00426-9/fulltext](https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223(10)00426-9/fulltext)
- Karbach, J., & Verhaeghen, P. (2014). Aging and executive control: Reports of a demise greatly exaggerated. *Current Directions in Psychological Science*, 23(31), 169-174. <https://doi.org/10.1177/0963721414524817>
- Kessler, R. C., & Üstün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 93-121. <https://doi.org/10.1002/mpr.168>
- Kirschbaum, C., Pirke, K. M., & Hellhammer, D. H. (1993). The 'Trier Social Stress Test'—A tool for investigating psychobiological stress responses in a laboratory setting. *Neuropsychobiology*, 28(1-2), 76-81. <https://doi.org/10.1159/000119004>
- Klein, J. B., Jacobs, R. H., & Reinecke, M. A. (2007). Cognitive- Behavioral Therapy for Adolescent Depression: A Meta-Analytic Investigation of Changes in Effect Size Estimates. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1403-1413. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31814b192>
- Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Roberts, A. L., Martin, L. T., Kubzansky, L., Harrington, H., & Caspi, A. (2009). Childhood IQ and adult mental disorders: a test of the cognitive reserve hypothesis. *The American Journal of Psychiatry*, 166(1), 50-57. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08030343>
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. M. (2018). *Abnormal Psychology*. Wiley.
- Kuper, H., Adami, H. O., & Trichopoulos, D. (2000). Infections as a major preventable cause of human cancer. *Journal of Internal Medicine*, 248(3), 171-183. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2796.2000.00742.x>
- Lahey, B. B., Applegate, B., Hakes, J. K., Zald, D. H., Hariri, A. R., & Rathouz, P. J. (2012). Is There a General Factor of Prevalent Psychopathology During Adulthood?. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 971-977. <https://doi.org/10.1037/a0028355>
- Levenson, M. R., Kiehl, K. A., & Fitzpatrick, C. M. (1995). Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(1), 151-158. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.1.151>

- Lichtenstein, P., Yip, B. H., Björk, C., Pawitan, Y., Cannon, T. D., Sullivan, P. F., & Hultman, C. M. (2009). Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. *The Lancet*, *373*(9659), 234-239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60072-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60072-6)
- Liu, J. (2011). Childhood externalizing behavior: Theory and implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *24*(2), 93-107. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2011.00276.x>
- Loomans, E. M., Van der Stelt, O., Van Eijsden, M., Gemke, R. J., Vrijkotte, T. G., & Van den Bergh, B. R. (2011). Antenatal maternal anxiety is associated with problem behaviour at age five. *Early Human Development*, *87*(8), 565-570. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2011.03.005>
- Ma, J., Xiao, L., Yang, Z., Ni, X., & Yang, Y. (2015). The effect of parental migration on children's school performance in rural China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *12*(1), 241-258. <https://doi.org/10.3390/ijerph120100241>
- McElroy, E., Shevlin, M., Elklit, A., Hyland, P., & Murphy, J. (2018). Prevalence and predictors of Axis I disorders in a large sample of treatment-seeking victims of sexual abuse and incest. *European Journal of Psychotraumatology*, *9*(1), 1425575. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1425575>
- Milne, B. J., Caspi, A., Crump, R., Poulton, R., Rutter, M., Sears, M. R., & Moffitt, T. E. (2009). The validity of the family history screen for assessing family history of mental disorders. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, *150B*(1), 41-49. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.30788>
- Molendijk, M. L., Hoek, H. W., Brewerton, T. D., Elzinga, B. M., Phaf, R. H., & Ford, J. D. (2017). The assessment of resilience in the aftermath of trauma. *Psychiatric Clinics*, *40*(2), 359-370. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.01.006>
- Munro, C., Randell, L., & Lawrie, S. M. (2017). An Integrative Bio- Psycho-Social Theory of Anorexia Nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(1), 1-21. [doi:10.1002/cpp.2047](https://doi.org/10.1002/cpp.2047).
- Nieto-Martínez, R., González-Rivas, J. P., Medina-Inojosa, J. R., & Florez, H. (2017). Are Eating Disorders Risk Factors for Type 2 Diabetes? A Systematic Review and Meta-analysis. *Current Diabetes Reports*, *17*(12), 138. <https://doi.org/10.1007/s11892-017-0949-1>.
- Olf, M. (2017). Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: an update. *European Journal of Psychotraumatology*, *8*(sup4), 1351204. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1351204>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*,

129(1),52-73. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0033-2909.129.1.52>

- Palm, K. M., & Follette, V. M. (2011). The roles of behavioral inhibition, shame, and guilt in PTSD. *Journal of Anxiety Stress and Coping*, 24(6), 651-664. <https://doi.org/10.1080/10615806.2011.577392>
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 46-59. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2000.tb06784.x>
- Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., & Grant, B. F. (2011). Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress
- Purseley, K. M., Hay, P., Bussey, K., Trompeter, N., Lonergan, A., Pike, K. M., Mond, J., & Mitchison, D. (2020). Diabetes and disordered eating behaviours in a community-based sample of Australian adolescents. *Journal of Eating Disorders*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-020-0282-y>
- Ruscio, A. M., Weathers, F. W., King, L. A., & King, D. W. (2002). Male war-zone veterans' perceived relationships with their children: The importance of emotional numbing. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 351-357. <https://doi.org/10.1023/A:1020191911562>
- chnurr, P. P., & Green, B. L. (2004). *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress*. Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10756-000>
- Shalev, A. Y., Ankri, Y. L., & Israeli-Shalev, Y. (2019). Measuring and predicting trauma-related psychopathology. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1599475. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1599475>
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 32(2), 122-138. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735811001875?via%3> Dithub
- Van Hooff, M., McFarlane, A. C., Baur, J., Abraham, M., & Barnes, D. J. (2009). The stressor Criterion-A1 and PTSD: A matter of opinion? *Journal of Anxiety Disorders*, 23(1), 77-86.
- Weathers, F. W., Keane, T. M., & Davidson, J. R. (2001). Clinician-administered PTSD scale: A review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety*, 13(3), 132-156. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.1029>
- Yehuda, R., McFarlane, A. C., & Shalev, A. Y. (1998). Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biological Psychiatry*, 44(12), 1305-1313.

Zlotnick, C., Franklin, C. L., & Zimmerman, M. (2002). Does “subthreshold” posttraumatic stress disorder have any clinical relevance? *Comprehensive Psychiatry*, 43(6), 413

Daniela Carolina Lozano Pérez portadora de la cédula de ciudadanía **N.º 0106652530**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación "**Influencia de los trastornos de la conducta alimentaria en la diabetes**" de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 04 de marzo de 2024



F:.....

Daniela Carolina Lozano Pérez

C.I. 0106652530