



I Congreso Virtual Internacional de Psicología

del 15 marzo al 14 de abril de 2017

DIABULIMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Carmen Blanco Sánchez

carmen.blanco.sanchez@telefonica.net

INTRODUCCIÓN

La diabulimia es un acrónimo de diabetes y bulimia. Es un trastorno alimentario en el que el paciente omite inyectarse insulina o se administra dosis inferiores a las requeridas con el fin de perder peso. Cuando la persona con DM 1 se administra la insulina adecuadamente, la glucosa transportada por el torrente sanguíneo obtenida de los alimentos puede entrar en los tejidos del cuerpo y allí entonces se usa como fuente de energía o se almacena. Sin la insulina necesaria, la glucosa se acumula en la sangre y se expulsa a través de la orina. El resultado es la pérdida de peso.

Existe una fuerte evidencia de las graves consecuencias en el organismo que conlleva la unión de la DM 1 con un TCA, incrementándose hasta tres veces las complicaciones asociadas a la DM no controlada: infecciones, daños renales que pueden degenerar en diálisis, retinopatía que puede llegar a producir ceguera, pie diabético, neuropatías...

Este grave deterioro del organismo relativo al descontrol glucémico mantenido en el tiempo, va acompañado también de los daños que se asocian a los TCA: falta de menstruación, crecimiento y desarrollo lento si se da en la adolescencia, problemas gástricos, dentales, de la piel, etc.

Además, el riesgo de mortalidad se triplica y se reduce significativamente la esperanza de vida, siendo la edad media de muerte los 45 años.

Algunos síntomas comunes de la enfermedad suelen ser:

- **Hemoglobina glicosilada consistentemente alta**

Le sirve al médico para determinar cómo ha sido el control glucémico de una persona con diabetes en los últimos tres meses. Por esta razón se recomienda hacer esta prueba cada tres meses y una ventaja es que no se requiere estar en ayuno para hacerla.

- **Hospitalizaciones frecuentes por cetoacidosis diabética (CAD)**

No obstante, algunos pacientes sólo manipulan la insulina de acción rápida y siguen administrándose la insulina basal, por lo que pueden no experimentar la CAD.

- **Resultados poco fiables de los controles de la glucemia o ausencia de estos**

Pueden manipular tiras reactivas, decir que olvidaron el glucómetro, etc.

DIABULIMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

- **Menstruaciones irregulares o inexistentes**
- **Fluctuaciones de peso inexplicables**
- **Preocupación excesiva por su peso e insatisfacción con su imagen corporal**
Independientemente de su peso real (que puede ser bajo, alto o normal), pueden pesarse varias veces al día y si ven algún aumento, omitir insulina y comidas.
- **Patrones de alimentación irregular**
Pueden restringir alimentos, saltarse comidas, eliminar los dulces para perder peso. Estas restricciones pueden ir seguidas de una intensa sobreingesta (atracción), lo que les genera sentimiento de culpa, de fracaso y aumenta su ansiedad. Para compensar el atracón, vuelven limitar su ingesta y/o evitar la insulina. El ciclo vicioso se repite. El objetivo de las personas con diabulimia es bajar de peso y, aunque algunos pueden mostrar pérdida de peso en un período de tiempo, la conducta alimentaria errática ralentiza el metabolismo y es infrecuente que la pérdida de peso se mantenga duradera ocurre.
- **Malestar al tener que ponerse insulina ante otras personas**
- **Acopio de alimentos**
La falta de insulina impide la nutrición adecuada y esto genera hambre. Los pacientes pueden acaparar alimentos y comerlos en los momentos que sienten hambre y no la controlan. Esto les puede generar culpa, sentimientos de fracaso, de pérdida de control, vergüenza y ansiedad.
- **Falta de conciencia del problema y de constancia en las citas con profesionales**
- **Depresión, ansiedad, cambios de humor y/o fatiga**

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 43 años, casada y con tres hijos: varón de 17, varón de 13 y niña de 9 años. Trabaja de maestra de un colegio, relata tener problemas de la conducta alimentaria desde que inicia la adolescencia, hace 10 años debuta con diabetes, a temporadas ha tenido clínica ansiosa depresiva siendo tratada farmacológicamente con isrs. Por su médico de cabecera.

MOTIVO DE CONSULTA

La deriva su médico de cabecera por presentar clínica ansiosa-depresiva y precisar la baja laboral con sentimientos de culpa hacia sus responsabilidades laborales y hacia su familia porque no desea que la vean apática en casa, siendo a veces incapaz de realizar las tareas domésticas. Paralelamente el endocrino realiza un parte de interconsulta al salir de un ingreso hospitalario por su descompensación en la diabetes, el endocrino sugiere que tiene falta de control para seguir la dieta que a un paciente diabético le corresponde. Tienen sospecha de que puede estar algún patrón alterado de la conducta alimentaria.

DIABULIMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

ANTECEDENTES PERSONALES

Desde la adolescencia refiere tener sobrepeso, insatisfacción corporal y muchas oscilaciones en el estado de ánimo, reconoce haber tenido desde entonces etapas de restricción alimentaria voluntaria y otras de atracones con vómitos desde los 15 años, siempre cursando con sobrepeso.

ANTECEDENTES FAMILIARES

No presenta antecedentes familiares en cuanto a salud mental.

ENFERMEDAD ACTUAL

Diabulimia, la paciente presenta atracones de "alimentos prohibidos para su diabetes" sin vómitos, como método compensatorio utiliza el ayuno y la omisión del suministro de la insulina para poder controlar su peso. Tiene ingresos frecuentes en el hospital en endocrinología debido a la descompensación que presenta de su diabetes. Como consecuencia presenta bajo estado de ánimo, siendo consciente del daño que puede estar causando a su familia.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Índice de masa corporal de 24

EXPLORACIÓN FUNCIONES PSÍQUICAS

La paciente al inicio de la psicoterapia presenta muy poca conciencia de enfermedad, no comenta hasta la quinta entrevista el incumplimiento de la insulina y lo hace al preguntarle sobre ello, su única demanda es la ayuda para no presentar atracones y no subir de peso.

Se observa distorsión de la imagen corporal, así como insatisfacción importante de su imagen. Presenta rasgos de personalidad obsesivos en cuanto a la limpieza en su casa, en sus tareas laborales y en sus relaciones familiares, como consecuencia tiene problemas de funcionamiento con su pareja presentando evitaciones importantes para realizar actividades en familia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial fue de trastorno por atracón simplemente con comorbilidad con la diabetes.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Diabulimia, al presentar atracones sin vómito y utilizar la supresión de insulina como método compensatorio cuando ingiere más de lo que la paciente considera.

DIABULIMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

TRATAMIENTO, TERAPIAS APLICADAS

La paciente acude también a psiquiatría dentro de la misma unidad de salud mental, dónde se le pauta el topiramato para ayudar a controlar impulsos.

Por otro lado se aborda el control de la ingesta desde la orientación cognitivo-conductual:

- Autorregistro de alimentación (frecuencia, tipo y cantidad de alimento ingerido por día) y actividad física diaria.
- Se obtiene línea base de las horas y los días para poder programar atracones.
- Análisis funcional de los estímulos que le llevan a desencadenar hiperingesta.
- Se aplica control de EE.
- Se observa que la actividad física es nula y se realiza planning de actividades para evitar quedarse sola en casa (para realizar atracones) y se introduce una hora al día de actividad física.
- Se aplica terapia racional emotiva de Ellis para que la paciente aprenda a realizar cambios de pensamiento asociado a su imagen corporal.
- Se realiza reestructuración cognitiva a cerca de las complicaciones que la enfermedad de la diabetes le puede ir causando.

EVOLUCIÓN

La paciente fue evolucionando favorablemente en los siguientes 5 meses, fue capaz de ir reduciendo las hiperingestas y los atracones, pudo introducir en su rutina actividad física, como consecuencia fue mejorando el estado de ánimo y reducir los pensamientos obsesivos, fue mejorando e incrementando las relaciones familiares .Fue capaz de administrarse de forma correcta la insulina.

Tras estos 5 meses la paciente de se fue de viaje con su familia, a raíz de discusiones con su pareja durante el viaje y de cambios en los patrones alimentarios, la paciente sufre recaída importante de toda la clínica inicial, dónde vuelve a precisar ingreso hospitalario por parte de endocrinología. Tras el alta hospitalaria, debido a las complicaciones de la diabetes (retinopatía) decidimos derivarla a la unidad de trastornos del comportamiento alimentario, desde el principio la paciente se negaba a acudir a la UTCA. , pero debido a los problemas de salud que presenta en esta recaída consideramos que la paciente precisa un mayor control tanto en la alimentación como en la administración de la insulina, en hospital de día de la utca se lo pueden ofrecer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bachle C et al (2016). Disordered eating and insulin restriction in youths receiving intensified insulin treatment: Results from a nationwide population-based study. Int J Eat Disord., 4

DIABULIMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

2. Gussinyé S, García-Reyna N, Gussinyé M, Bargada M, Bielsa A, Tomas J, et al. Trastornos de la conducta alimentaria en la diabetes mellitus tipo 1. Revisión bibliográfica. *Endocrinol Nutr.* 2004;51(6):374-9.
3. Bolaños P. Diabetes y trastornos de la conducta alimentaria: «Utilización» de la insulina. *Trastornos de la conducta alimentaria.* 2009;9:998-1005.
4. Anne C, Rydall, M.Sc., Gary M, Rodin MD., Marion P. Disordered eating behavior and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *The new England Journal of Medicine;* 1997; 336 1849-1854.
5. Wing RR, Nuwalk MP, Marcus MD, Koeske R, Firegol D. Subclinical eating disorders and glycemic control in adolescents with type I diabetes. *Diabetes Care;* 1986: 162-167.