

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CARRERA DE NUTRICIÓN

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Nutrición*

**MANEJO NUTRICIONAL PARA EL
TRASTORNO POR ATRACÓN EN
ADULTOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA, 2016-
2021**

CRISTINA BOZA ROJAS

Mayo, 2022.

Tabla de contenido

ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE FIGURAS	6
INDICE DE CUADROS.....	7
AGRADECIMIENTO	8
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
Antecedentes del problema	12
Delimitación del problema	20
Justificación	20
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	21
1.3.1 Objetivo general	21
1.3.2 Objetivos específicos	22
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES.....	22
Alcances de la investigación	22
Limitaciones de la investigación	22
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	23

2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	24
2.1.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria	24
2.2.1 Trastorno por Atracón	30
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	42
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	43
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	43
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO	43
3.3.1 Población	44
3.3.2 Muestra	44
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	45
3.4 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	46
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	48
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	48
3.7 PLAN PILOTO (VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO)	50
3.8 REVISIÓN SISTEMÁTICA	51
3.8.1 Procedimiento de recolección de datos	51
3.9 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS	53
3.10 ANÁLISIS DE DATOS	55
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	56
4.1 RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	57
4.1.1 Características principales de los artículos elegibles	57
4.1.2 Estudios incluidos en la investigación.....	59

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	72
5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	73
5.1.1 Manejos nutricionales	76
5.1.2 Comparación de los manejos nutricionales.....	82
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	84
6.1 CONCLUSIONES	85
6.2 RECOMENDACIONES.....	87
BIBLIOGRAFÍA	88
BIBLIOGRAFÍA	89
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	100
ANEXOS.....	102
ANEXO 1. Instrumento	102
ANEXO 2. Plan Piloto	102
ANEXO 3. Artículos elegibles para esta revisión sistemática	103
ANEXO 4. Declaración jurada.....	105
ANEXO 5. Carta de aprobación tutora.....	106
ANEXO 6. Carta de aprobación lectora.....	107
ANEXO 7. Carta de autorización para la publicación total electrónica	108

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Comparación de personas con TA con obesidad, personas con TA sin obesidad y personas sin TA con obesidad.....	36
Tabla 2. Principales comorbilidades médicas del trastorno por atracón.	39
Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión.	45
Tabla 4. Operacionalización de las variables.	48
Tabla 5. Ejemplos de las palabras claves utilizadas para la búsqueda de estudios.....	52
Tabla 6. Estudios incluidos en la revisión sistemática: título, autor(es), año de publicación y base de datos.....	59
Tabla 7. Estudios incluidos en la revisión sistemática: título, tamaño y características de la muestra, manejo nutricional y resultados.	61
Tabla 8. Principales resultados obtenidos según el manejo nutricional de los artículos elegibles.....	70

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo de la información de la revisión sistemática según la metodología PRISMA.....	47
Figura 2. Proceso de selección de los datos.....	54
Figura 3. Características de los artículos elegibles.	58
Figura 4. Manejos nutricionales y cantidad de artículos que lo utilizaron.	69

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Criterios diagnósticos para el trastorno por atracón según el DSM-5.	33
--	-----------

AGRADECIMIENTO

A mis papás, que siempre están para mí cuando los he necesitado; los que nunca han dejado de creer en mí y de apoyarme en lo que me proponga; los que me inspiran a querer ser una mejor persona y profesional. Sin ellos no sería la persona que soy ahora. Gracias de corazón, por tanto.

A mi familia, en general, por acompañarme en todo este proceso y ser un apoyo incondicional. Sé que nunca dudaron que podría lograrlo.

A mis amigas que, sin esperarlo, construimos una amistad genuina y han sido mis cómplices en todas nuestras metas, sueños y aventuras. Gracias por tantas risas y, por hacer mi etapa universitaria una de las más bonitas. Siempre ocuparán un espacio de mi corazón.

A todos los profesores que me ayudaron y me enseñaron; que hicieron que me enamorará aún más de la nutrición; y, que me inspiran a realizar esta profesión con vocación. Y, por último, gracias a mi tutora, por la paciencia, por las enseñanzas y por la guía.

Este logro, es gracias a todos ustedes.

RESUMEN

Introducción: El trastorno por atracón es un trastorno de la conducta alimentaria, el cual el número de casos va en aumento. Sin embargo, fue aceptado como un TCA hasta el 2013, por lo que las investigaciones que estudien su manejo nutricional son escasos. **Objetivo general:** Determinar el manejo nutricional para el trastorno por atracón en adultos mediante una revisión sistemática en el 2016-2021. **Metodología:** Revisión sistemática tipo cualitativa, con artículos entre el 2016 y 2021. Se buscaron estudios que fueran en personas entre los 18 a 65 años de edad. Los artículos se obtuvieron mediante diferentes bases de datos utilizando palabras claves específicas. **Resultados y discusión:** En total se seleccionaron 36 artículos, de los cuales solo 8 cumplieron con los criterios de inclusión. La mitad de los estudios fueron ensayos clínicos y la otra mitad ensayos tipo teórico. Se obtuvo como resultados 5 manejos nutricionales diferentes para TA: educación nutricional (4 artículos), dieta cetogénica muy baja en calorías (1 artículos), dieta cetogénica normo calórica (1 artículo), dieta mediterránea (1 artículo) y alimentación consciente (1 artículo). Si bien son manejos nutricionales muy diferentes, la mayoría tiene como objetivo disminuir o eliminar los síntomas del TA, ya sea mediante educación nutricional, disminuyendo un macronutriente (carbohidratos) o calorías o bien, reactivando las señales de hambre y saciedad, así como la concientización de las emociones al comer. **Conclusiones:** La educación nutricional puede ser el manejo nutricional por excelencia, al ser el más estudiado y utilizado. Sin embargo, las investigaciones sobre este tema son limitadas, por lo que se debe de indagar más para poder establecer cuál es la mejor forma de abarcar este trastorno alimentario. **Palabras claves:** Trastornos de la conducta alimentaria, dietoterapia, atracones, terapia nutricional, trastorno alimentario compulsivo.

ABSTRACT

Introduction: Binge eating disorder is an eating behavior disorder, the number of cases of which is increasing. However, it was accepted as an ED until 2013, and hence researches on this topic are scarce. **General objective:** Determine the nutritional management for binge eating disorder in adults thru a systematic review in 2016-2021. **Methodology:** Qualitative systematic review, with articles between 2016 and 2021. We searched for studies that were in people between 18 and 65 years of age. The articles were obtained through different databases using specific key words. **Results and discussion:** A total of 36 articles were selected, of which only 8 met the inclusion criteria. Half of the studies were clinical trials and the other half theoretical trials. It was obtained as result, 5 different nutritional management for BED: nutritional education (4 articles), very low calorie ketogenic diet (1 article), normo-caloric ketogenic diet (1 article), mediterranean diet (1 article) and conscious eating (1 article). Although they are very different nutritional managements, most of them aim to decrease or eliminate the symptoms of bed, either through nutritional education, decreasing a macronutrient (carbohydrates) or calories, or reactivating hunger and satiety signals, as well as awareness of emotions when eating. **Conclusions:** Nutritional education may be the nutritional management par excellence, as it is the most studied and used. However, research on this topic is limited, so more research is needed to establish the best way to address this eating disorder. **Key words:** Eating behavior disorders, diet therapy, binge, nutritional therapy, compulsive eating disorder.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En esta sección, se presenta el planteamiento del problema relacionado con el manejo nutricional del trastorno por atracón (TA) en adultos, desde una revisión sistemática. Esta comprende: los antecedentes existentes, las delimitaciones y la justificación del problema planteado.

Antecedentes del problema

El TA es un trastorno relativamente nuevo, si se compara con otros trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como la anorexia nerviosa (AN) o la bulimia nerviosa (BN), ya que fue catalogado como un nuevo TCA en el 2013, hace menos de 10 años. Por ende, los datos y estudios que se centren propiamente en este trastorno son limitados.

1.1.1.1 Antecedentes en Costa Rica

En Costa Rica, no existen datos estadísticos actualizados sobre la prevalencia o incidencia de los TCA, ni mucho menos del TA, ya que la última Encuesta Nacional de Nutrición se realizó en el 2008-2009 (Ministerio de Salud de Costa Rica et al., 2013), es decir, no hay actualizaciones desde hace más de 10 años y, para ese entonces, el TA aún no se había incluido dentro de la clasificación que se tiene actualmente. (Vargas, 2018)

Es usual que a las personas con un TCA se les brinde seguimiento en el Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP). Según el boletín epidemiológico del 2018 elaborado por esta entidad, para los años 2014- 2017, se reportó un total de 65 personas atendidas por estas condiciones, con un promedio de 20 personas atendidas por año y, siendo en todos los años, la mayoría mujeres (casi

el 90%). No hay datos específicos para el TA, aunque sí se menciona que la mayoría de casos registrados fue por trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) (44,7%) (Vargas, 2018) categoría a la cual pertenecía el TA en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición. (DSM-4, por sus siglas en inglés). (American Psychiatric Association, 1995)

A nivel de trabajos de investigación, artículos científicos o de tal índole de estudios, que se centren en el TA, se encuentra poco a nivel nacional. No obstante, en varios periódicos nacionales, hacen mención de este trastorno. Por ejemplo, en el 2017, el periódico ‘El Financiero’ realizó una nota sobre las características, causas y algunas recomendaciones para el TA. (Grupo Nación GN S.A, 2017)

En el 2018, el periódico costarricense La Nación, afirma que el Hospital Nacional de Niños (HNN) no cuenta con las estadísticas de los casos de TA que han atendido, ya que no hacen distinción entre TCA. No obstante, aclararon haber atendido niños menores de 9 años que tienen una mala relación con la comida. (Rodríguez, 2018)

Asimismo, se menciona un estudio realizado por la Universidad Estatal a Distancia (UNED), Universidad de Costa Rica (UCR) y por el Instituto Costarricense de Enseñanza e Investigación (INCIENSA) en varios centros educativos con adolescente, durante el año 2016, donde se encontraron resultados alarmantes relacionados con conductas de riesgo para el desarrollo de TCA.(Rodríguez, 2018) Sin embargo, no es una investigación específica para el TA ni en adultos.

En el año 2019, el Colegio de Profesionales de Nutrición de Costa Rica, realizó una publicación llamada “Día de Acción por los Trastornos de la Conducta Alimentaria”. En este artículo, se

indica que, en el país, aproximadamente, 22 mil estudiantes se encontraban en riesgo de desarrollar un TCA, habiendo una prevalencia de 9,4% en las mujeres y 2,3% en hombres. (Prado & Salazar, 2014) Nuevamente, no se especifica para TA en Costa Rica.

Dejando de un lado los datos obtenidos por periódicos costarricenses, como se mencionó anteriormente, los trabajos nacionales que se centren en el TA son realmente escasos. De hecho, solo se encontró únicamente un artículo que hablaba propiamente del TA, del cual se hablará más adelante, al final de este apartado. Sí se encontraron estudios sobre TCA, sobre todo en adolescentes, y, en alguno de éstos, se llegó a mencionar y a explicar el TA en cierta medida.

Por ejemplo, Vargas (2013) publica en la Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica un artículo sobre los TCA. En dicha publicación, define los TCA, su epidemiología, diagnóstico, factores de riesgo, prevención y tratamiento y, describe a cada uno por separado. El TA, lo explica dentro de la clasificación TCANE, ya que, para esa fecha, apenas se estaba publicando el DSM- 5. Como tratamiento, explica que dependerá de la gravedad de éste, pero que, como metas generales, se debe buscar reestablecer el peso del paciente y mejorar las conductas alimentarias. Asimismo, aclara que el tratamiento debe ser multidisciplinario. Luego en el 2017, Montes realiza un trabajo final de graduación *“Trastornos alimentarios: criterios, vivencias y necesidades ante el abordaje dirigido a personas adolescentes en el Hospital Dr. Max Peralta Jiménez”*, donde señala que, a nivel nacional, los centros de salud que cuentan con las herramientas necesarias para brindar un tratamiento integral a las personas con TCA, son pocos. Entre estos está la Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños, el HNP y el Hospital Cima San José.

Nuevamente, Vargas (2018) publica un trabajo en donde explicó que se ha visualizado un grado de prevalencia (aproximadamente un 30%) del TA en aquellas personas que han realizado programas para pérdida de peso. Asimismo, mencionó que alrededor de un 2-3% de la población mundial padece de este trastorno y que éste suele afectar en mayor medida al sexo femenino (3,5%) que al masculino (2%) en la edad adulta. Igualmente, en este trabajo se explicaron algunos factores que aumentan el riesgo de desarrollar el TA, como ciertas características de la personalidad, factores genéticos, factores endocrinos, vivencias traumáticas, entre otros. También, se habló sobre las complicaciones que puede conllevar el TA.

En este documento, Vargas (2018) aclaró algo muy importante, y es que Costa Rica no cuenta con una guía protocolizada para tratar con el trastorno por atracón, ni con programas de ayuda para individuos con TA. De hecho, Mauro (2013) desarrolló una propuesta para prevenir en la atención de salud primaria los TCA enfocado en niños y preadolescentes de 8-11 años, la cual propone charlas educativas dirigidas a los padres. Por último, en el 2019, la UNED, el Instituto Costarricense de Investigación y Educación en Nutrición y Salud y, la UCR realizaron un estudio con 2667 estudiantes de escuelas y colegios. Fueron a 40 escuelas y 24 colegios, donde se procedió a escoger al azar 42 personas en cada centro educativo. A éstos se les aplicó un cuestionario validado, en el cual se preguntaba aspectos sociodemográficos, biológicos, psicosociales y de estilo de vida. Se encontró que un 61,4% tenían miedo de tener un peso excesivo y un 52,8% afirmaron comer grandes cantidades de alimentos en secreto y sin autocontrol. Asimismo, el estudio afirma, que, en las salas de emergencias, hay una alta prevalencia por episodios de atracón. (Núñez et al., 2019)

Como se explicó anteriormente, solo se encontró un estudio de Costa Rica, que se centra propiamente en el TA, y se denomina “Prevalencia de manifestaciones del Trastorno por Atracón en adultos con sobrepeso y obesidad”. Es una investigación realizada en el 2013 en donde se tomaron en cuenta 158 adultos (33 hombres y 125 mujeres) entre 20 y 64 años de edad y, con la característica de que fueran obesos o clasificados con sobrepeso. Como resultado, se obtuvo que aproximadamente un tercio de las personas (33,5%) a los que se les realizó el proceso, presentaron ciertas manifestaciones asociadas al TA, un 19,2% todas las manifestaciones y, en 8 individuos (15,4%) se reportó episodios de atracón; dicho de otro modo, más de la mitad (66,5%) no presentó dichas demostraciones. (Castro & Ramírez, 2013)

1.1.1.2 Antecedentes internacionales

A nivel internacional, las investigaciones o reportes realizados del manejo nutricional para TA siguen siendo escasos. En realidad, existe una variabilidad en cuanto a la búsqueda del análisis del TA desde diferentes perspectivas. Algunos autores buscaban caracterizar el trastorno, hablar de su prevalencia, diagnóstico y su etiología. (Hernández & Ledón, 2018) Otros, estudiaban cómo influyen ciertos tratamientos para la pérdida de peso de los pacientes con TA. (Pacanowski et al., 2018) También, se encontraron estudios que buscaban analizar la relación entre el TA y diabetes tipo 2 (Ramos, 2020) o, las conductas de atracón en paciente con TA durante la pandemia COVID-19. (Giel et al., 2021) No obstante, son pocas las menciones sobre el tratamiento nutricional para el TA.

Según Hernández & Ledón (2018), hay una prevalencia del TA en población adulta, a nivel mundial, de alrededor de un 2 a un 5%, siendo más frecuentes en mujeres. También, se encontró

que, al menos un 30% de estos individuos están bajo regímenes alimentarios con el objetivo de pérdida de peso. Otro estudio, una revisión sistemática con 32 estudios realizada en el 2018 también, indicó que la prevalencia a nivel global del TA fue de aproximadamente un 0.9%, teniendo el mayor porcentaje, igualmente, el sexo femenino. No obstante, concluyen que no hay mayor diferencia entre países de primer mundo (0,9%) y los de segundo y tercer mundo (0,7%). (Erskine & Whiteford, 2018) Para el 2021, Keski-Rahkonen afirma que, alrededor de 1.5% de las mujeres del mundo lo padecen, mientras que afecta a un 0,3% de hombres.

En el libro *Krause Dietoterapia*, se adjunta el tratamiento nutricional para los diferentes TCA, incluido el TA, bajo el nombre de “Trastorno alimentario compulsivo”, que es otra forma de llamarlo. En este libro, Mahan & Raymond (2017) describen el trastorno y sus síntomas en la salud. Explica los diferentes abordajes que existen, como el terapéutico, el tratamiento psicológico y el tratamiento nutricional.

Para este, recalcan la importancia de una exhaustiva anamnesis y valoración nutricional completa, con el fin de conocer las cantidades energía, líquido, de micronutrientes y macronutrientes incluidas en la dieta del paciente, el nivel de variabilidad y densidad de la dieta y, la evaluación de los comportamientos alimentarios (hábitos y conductas), así como, también, sus valores bioquímicos y antropométricos. (Mahan & Raymond, 2017)

Granje (2018) mencionó puntos importantes para la prevención del TA desde un enfoque nutricional. Si bien los nutricionistas no pueden realizar diagnósticos, pueden implementar ciertas herramientas, como cuestionarios validados, para identificar conductas de riesgo para TCA. Igualmente, presentó los objetivos que debe tener un tratamiento nutricional para el TA:

implementación de hábitos y comportamientos alimentarios saludables y, el ayudar al paciente a reconocer las señales de hambre y saciedad.

Asimismo, en el 2018, se realizó un consenso en España, sobre la evaluación y el tratamiento nutricional para los TCA, especificando el TA como uno de éstos. Se explican las características de cada TCA, su etiopatogenia, epidemiología, y el manejo nutricional para cada uno. Con respecto a esto, se habla de la importancia de la educación nutricional para el TA, la inclusión de mejores hábitos alimentarios (horarios, selección de alimentos), y la implementación de estrategias nutricionales como restricciones calóricas severas. (Gómez et al., 2018)

En el año 2019, Levine publicó una investigación sobre el TA y su cuidado a nivel nutricional. Comenta un poco sobre la etiología, la epidemiología, la psicopatología, los criterios diagnósticos y el seguimiento nutricional del TA. Para este último, explica la importancia de elaborar un diagnóstico en donde se conozca la historia del paciente, cómo es su relación con la comida, sus medidas antropométricas, bioquímicas y estilo de vida, para poder escoger la mejor estrategia nutricional, de la cual también comenta en este artículo.

Por último, Iqbal & Rehman (2022) mencionaron que el tratamiento nutricional del TA, suele enfocarse en la pérdida de peso y, que todas las personas con obesidad deberían de evaluarse con detenimiento para identificar la posible presencia de TA. Por lo tanto, recomendaron una restricción moderada de calorías, ejercicio y terapia conductual y, en ciertos casos, el uso de fármacos. Por otro lado, sí hay gran variedad de artículos con lo que respecta al TA en relación a otras variables.

Por ejemplo, en los últimos años, han hecho varias publicaciones del TA y su relación con la microbiota intestinal. Herman & Bajaka (2021) hablaron sobre el rol que tiene la microbiota

intestinal en relación a la BN y el TA. Se explica que la microbiota influye en el estado de ánimo de la persona, así como su regulación del apetito, factores que pueden influir en el desarrollo del TA. En otras palabras, la composición de la microbiota intestinal puede ser una característica etiológica para la BN y el TA.

En otro estudio, en el cual se analizaron características psicológicas y biológicas (entre las que se encuentra la microbiota intestinal), se estudiaron 101 personas obesas con TA y obesas sin TA y, se les realizó una secuenciación microbiana de ADNr 16s. Se obtuvo como resultado que aquellas personas con TA tenían un desequilibrio en su comportamiento alimentario, es decir, una alta prevalencia de alimentación emocional. Asimismo, se encontró que, en su microbiota, había mayoritariamente *Bifidobacterium* y *Anaerostipes*. (Leyrolle et al., 2021)

Asimismo, a raíz de la pandemia del Covid-19, han surgido varios estudios de cómo este virus y el contexto en que se vive han influenciado en este trastorno. Un estudio alemán, realizado por Giel et al (2021), tenía como objetivo ver el comportamiento y síntomas alimentarios, de pacientes que han sido diagnosticados con TA en el pasado, durante la pandemia del Covid-19. Se escogieron participantes de forma aleatoria y de manera controlada. Se les realizó un cuestionario, con entrevistadores expertos, que incluía datos como la frecuencia de episodios de atracón, psicopatologías, emociones, entre otros. Esto se realizó por 4 semanas antes del primer confinamiento en Alemania y 4 semanas durante este. Se observó que la frecuencia de atracones y síntomas depresivos incrementaron más antes del encierro.

Delimitación del problema

Para realizar esta investigación se recolecta la información de diferentes artículos científicos, tanto en idioma inglés como español, que traten sobre el manejo nutricional para el TA en adultos, ya sean mujeres u hombres, de cualquier país. Se utilizan solamente aquellos estudios con no más de 5 años de haberse publicado y, provenientes de fuente confiables tales como: Scielo, PubMed, Google Scholar, Elsevier, EBSCO y Science Direct.

Justificación

Los TCA son condiciones que afectan de manera negativa, no solo la salud mental, sino también la física. Éstos pueden llegar a ser mortales para las personas que los padecen.

El TA ha tomado importancia en los últimos años, pues tiene relativamente poco desde que se aprobó, en el año 2013, como el tercer trastorno alimentario, junto a la anorexia y a la bulimia.(Baile, 2014) Antes de esto, estaba catalogado dentro de los TCANE en el DSM-4. (Escandón-Nagel, 2016) Éste ha sido relacionado con la obesidad, pues dentro de sus características está el comer compulsivamente grandes cantidades de alimentos. (Cuadro & Baile, 2015) Por ende, este trastorno aumenta el riesgo de padecer enfermedades que si no se tratan debidamente. (Baile, 2014) Se le ha asociado a enfermedades tales como: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemia, enfermedades cardiovasculares, entre otras patologías secundarias. (Gómez et al., 2018)

Debido a esto, y porque se ha visto un aumento de casos de este trastorno (Gómez et al., 2018), se decide hacer este trabajo con el fin de recopilar toda la información relevante, sobre el manejo nutricional para los adultos que padezcan de esta condición, ya que un correcto empleo de éste,

en el TA, puede mejorar el estado nutricional de la persona. Debe recalcar, que es una condición mental y, por ello, su manejo tendrá un enfoque diferente del de una enfermedad no mental. (Baile, 2014)

Al hacer esta revisión sistemática, no solo se benefician los nutricionistas que lo consulten, a ampliar su conocimiento en esta área de la nutrición, sino aquellas personas, con el trastorno por atracón, que asistan donde un nutricionista, puesto que podrán ser tratados con la teoría más actualizada y, por ende, podrán mejorar su salud de la mejor manera.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

La pregunta que se desea resolver en esta investigación es: ¿Cuál es el manejo nutricional más efectivo para el trastorno por atracón en adultos?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Determinar el manejo nutricional para el trastorno por atracón en adultos mediante una revisión sistemática en el 2016-2021.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar los estudios del manejo nutricional del trastorno por atracón en adultos: tipo de estudio, autor (es), lugar de realización, idioma, tamaño de la muestra y metodología utilizada.
2. Describir a la población estudiada en los diferentes artículos del manejo nutricional para el trastorno por atracón.
3. Detallar los manejos nutricionales encontrados para el trastorno por atracón en adultos.
4. Comparar la efectividad de los manejos nutricionales para el trastorno por atracón en adultos.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

Alcances de la investigación

Con la información obtenida, se consigue responder a la pregunta de investigación, así como alcanzar los objetivos. Cabe recalcar que no se logra ningún alcance adicional, más allá de lo planteado en los objetivos.

Limitaciones de la investigación

La principal limitación es la cantidad reducida de artículos que presentan un manejo propiamente nutricional y no psicológico, así como investigaciones de este tema, en general, tanto a nivel nacional como internacional. Otra de las limitaciones es que no todos están para lectura gratuita.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria

2.1.1.1 Generalidades

El libro *Krause Dietoterapia* (2017), Mahan & Raymond definen TCA como “una alteración persistente de la alimentación o del comportamiento alimentario que ocasiona una alteración significativa de la salud física y del funcionamiento psicosocial.”

En otras palabras, los TCA son enfermedades psiquiátricas que afectan la conducta o la forma de alimentación de las personas, impactando de forma negativa la salud. Por lo general, suelen estar relacionadas a una preocupación excesiva de la imagen corporal y/o del peso. (Benitez et al., 2019)

Según Vargas (2013), la Organización Mundial de Salud (OMS) cataloga los TCA como uno de los problemas de salud más primordiales; por un lado, por la cantidad de personas a nivel mundial que los padecen y, por otro lado, por su tasa de mortalidad, ya que suelen ir de la mano con otras enfermedades que agravan la condición de la persona.

Es más común que los TCA se presenten en edades de la adolescencia y en las primeras edades de la etapa adulta; sin embargo, cualquier persona, a cualquier edad, puede desarrollar esta condición. (Mayo Clinic, 2018b) Se ha encontrado que la mayor incidencia se encuentra entre las edades de 15 a 25 años, y es más usual en el sexo femenino. (Vargas, 2013) Un dato curioso es que se ha visto que, en comparación con los adolescentes, los adultos que presentan un TCA, suelen tener una autopercepción de su imagen más distorsionada. (Vargas, 2018)

Además, se ha encontrado que las poblaciones más vulnerables a sufrir algún tipo de desorden alimentario son: la población atleta y deportista, los modelos, personas con antecedentes

familiares de TCA y/o depresión, personas que sufrieron algún maltrato o abuso sexual, y persona con historial de obesidad durante su niñez. Otro dato curioso, es que una mayor incidencia se da en personas que son hijos únicos o pertenecientes a familias monoparentales o con muerte de alguno de éstos. (Vargas, 2013)

2.1.1.2 Tipos de TCA según DSM-V

El DSM es la principal guía utilizada por profesionales de la salud (en especial los del área de psicología y psiquiatría) que recopila las características, tratamientos, los cuadros diagnósticos y la información relevante de cada una de las enfermedades mentales diagnosticadas. El DSM-V fue publicado en el 2013 y, es la última edición que se ha lanzado.

En esta última actualización, se incluyen dentro de los TCA: la AN, la BN, el TA, el trastorno evitativo/ restrictivo de la ingesta, la pica y la rumiación. (Echeburúa et al., 2014) Asimismo, existen otros trastornos que se catalogan dentro de los TCANE, que son trastornos que no cumplen con todos los criterios diagnósticos, pero sí con la mayoría de un TCA. (American Psychiatric Association, 2013)

Otro de los documentos importantes, que clasifica y califica los TCA es el Código Internacional de Enfermedades (CIE-10), elaborado por la OMS en 1992. Este es un libro que recopila, analiza y caracteriza las diferentes enfermedades (incluidas las mentales), además de brindar datos estadísticos como la mortalidad y morbilidad. Su objetivo es codificar mediante números las diferentes categorías de enfermedades, así como sus diagnósticos, de forma que se obtiene toda la información más ordenada para los profesionales del área de salud. (Reed, 2012) Por ejemplo, el código para los TCA es el F50, dentro del cual se encuentran diferentes TCA, como la

anorexia nerviosa (F50.0), la bulimia nerviosa (F50.2), otros trastornos de la conducta alimentaria (F50.8) y los trastornos de la conducta alimentaria sin especificación (F50.9). (Organización Mundial de la Salud, 2000)

Algo importante a aclarar, es que este manual suele ser compatible con el DSM (Reed, 2012) por lo tanto, al no haber una versión más actualizada, el TA entraría en la categoría “trastornos de la conducta alimentaria sin especificación (F50.9). La nueva versión CIE-11 entrará en vigencia en el 2022. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

El TA se define por la presencia de atracones de forma recurrente, sin embargo, a diferencia de la BN, no presenta conductas compensatorias. Se hablará con más detenimiento sobre este trastorno en el apartado 2.2.1 Trastorno por Atracón. (Cuadro & Baile, 2015)

El trastorno de evitación/ restrictivo de la ingesta, también llamado “alimentación selectiva”, “alimentación estricta” o “alimentación restrictiva”. Su principal característica es que la persona evita ciertos alimentos, ya sea por características organolépticas o por una respuesta negativa condicionada. Por ende, muchas veces la persona no logra alcanzar la cantidad de nutrientes y calorías, mínimas, recomendadas. (American Psychiatric Association, 2013)

2.1.1.3 Etiología de los TCA

Los TCA, se catalogan como enfermedades psiquiátricas con etiología multifactorial, aunque las causas concretas se desconocen. (Portela de Santana et al., 2012) Según Hernández & Ledón (2018), todos estos factores llegan a influir en la forma de actuar de las personas con TCA, lo que hace más difícil el entender, en su totalidad, sus etiologías. No obstante, se les adjudica

ciertos factores de riesgo. A continuación, se explicará algunos de los factores de riesgo más relevantes:

2.1.1.3.1 Factores genéticos

Según Hay & Morris (2016) existe evidencia que indica que hay una relación entre la presencia de ciertos genes y la prevalencia de TCA. Por ejemplo, se ha encontrado que muchas de las personas que han padecido o padecen AN, tienen familiares con personalidades perfeccionistas y/u obsesivas. Es decir, no heredan el trastorno, pero sí ciertos rasgos de personalidad. Por otro lado, aquellos individuos con BN, sus familiares tienen mayor riesgo de sufrir de obesidad, depresión o adicción a sustancias.

2.1.1.3.2 Factores biológicos

Dentro de los factores biológicos se encuentran un desorden químico cerebral, caracterizado por una disminución en la producción de ciertos neurotransmisores, como la noradrenalina, la serotonina y la dopamina. (Vargas, 2013) Estos son relevantes, ya que juegan un papel importante en la regulación del hambre y el estado de ánimo de las personas, características que pueden influir en conductas alimentarias para el desarrollo de TCA. (Portela de Santana et al., 2012)

Por otro lado, ciertas condiciones pueden llegar a aumentar el riesgo de desarrollar TCA. Por ejemplo, se ha relacionado la AN con problemas de alimentación en edades infantiles. La BN se le ha relacionado con haber sido obeso y haber realizado algún tipo de dieta, también en edades tempranas. Y, tanto AN, BN como TA, se les adjudica el tener, en su personalidad, rasgos obsesivos y perfeccionistas. (Hilbert et al., 2014)

Asimismo, la edad es una variable importante. La evidencia, con respecto a esto, sugiere que los adolescentes son una población más vulnerable para padecer algún TCA. Esto se justifica por el cambio hormonal que ocurre en dicha etapa, que conlleva al crecimiento, maduración de órganos sexuales, variaciones de peso y la búsqueda de identidad. También, es importante recalcar, que una pubertad temprana puede influir aún más. (Portela de Santana et al., 2012)

2.1.1.3.3 Factores psicológicos

Con respecto a estos factores, se centran propiamente en los rasgos de la personalidad de la persona. Una persona con autoestima baja y con una personalidad perfeccionista, podría obstinarse en alcanzar ciertos ideales de belleza, lo que conduciría a practicar ciertas conductas alimentarias que pueden desencadenar en un trastorno alimentario. Por ejemplo, la persona podría crear ciertas reglas estrictas sobre qué, cuánto y cuándo comer. (Hilbert et al., 2014) Igualmente, pueden optar por otras conductas, tales como dietas restrictivas, ayunos, vómitos provocados por la persona, uso de laxantes y/ o medicamentos. (Portela de Santana et al., 2012)

2.1.1.3.4 Factores socioculturales

Es bien sabido que, existen estándares de belleza impuestos por la sociedad, así como existe un estigma sobre “el ser obeso”. Estos cánones están presentes en la vida diaria de las personas, pues se encuentran con facilidad en anuncios de televisión, redes sociales, campañas de ropa o belleza, revistas, películas, entre otros.) (Izydorczyk & Sitnik, 2018)

Todo esto, puede generar cierta presión social sobre cómo debería verse una persona. De hecho, se dice que uno de los grandes factores para el desarrollo de TCA, es la constante auto-comparación con una o varias personas, conllevando a una baja autoestima en relación a su forma, tamaño o peso corporal. (Portela de Santana et al., 2012)

2.1.1.3.5 Factores interpersonales

Existen factores llamados “interpersonales” que se refieren a ciertas experiencias vividas por las personas que pudieron haber hecho que se desarrollara el trastorno alimentario. Por ejemplo, se ha encontrado mayor prevalencia de TCA en personas con historial de abuso físico y/o sexual, y en personas con problemas parentales (mala relación, divorcio, muerte del padre/madre). (Hilbert et al., 2014) Asimismo, se adjudica como factor de riesgo el haber sufrido ‘bullying’ o comentarios negativos sobre su cuerpo o peso. (Portela de Santana et al., 2012)

2.1.1.4 Repercusiones sobre la salud

Los TCA pueden llegar a afectar de forma grave la salud, pudiendo ser mortales si no se llegan a tratar adecuadamente o a tiempo, ya que afectan tanto órganos como sistemas, deteriorando, significativamente, la calidad de vida de las personas. (Gabler et al., 2017)

Si bien se catalogan como enfermedades psiquiátricas, se recomienda que el tratamiento sea multidisciplinario; es decir, la persona que lo sufre, debería de pasar por un tratamiento psicológico, nutricional y médico. En algunos casos, también, se requiere tratamiento ginecológico, endocrinológico, bucal, entre otros. El impacto sobre la salud que puede tener, depende del tipo de TCA y la gravedad de este. (Vargas, 2013)

Por ejemplo, en AN las complicaciones dependen del grado de desnutrición que presente la persona. Puede afectar la piel (alopecia, xerosis, acrocianosis, acné, estrías, acrodermatitis), el sistema digestivo (dilatación gástrica aguda, síndrome de Wilkie, pancreatitis, función hepática), el sistema endocrino (hipercortisolismo, síndrome eutiroideo, amenorrea), el sistema óseo (osteoporosis), el sistema cardiovascular (bradicardia, hipotensión, arritmias), y el sistema

renal (falla renal terminal, deshidratación crónica). Todo esto posiciona la AN como la enfermedad mental más mortal. (Gabler et al., 2017)

Por otro lado, para el caso de persona con BN las repercusiones, también dependen del tipo de método compensatorio (vómito, ejercicio, laxantes). Puede afectar la piel (hemorragia subconjuntival, signo de Rusell), la cavidad oral y faringe (alteración en la capacidad Buffer, xerostomía, lesiones y úlceras bucales, dolor en la faringe y laringe, tos seca, disfagia), el esófago (reflujos, pirosis, hematemesis, esofagitis hemorrágica, esófago de Barret), el tracto gastrointestinal (dilatación gástrica aguda, constipación, melanosis coli, colón catártico, fibrosis, entre otras) y, también, hay un alto riesgo de deshidratación. (Gabler et al., 2017)

Otros trastornos, como pica, puede haber obstrucciones intestinales o envenenamiento por sustancias como el plomo (Attia & Walsh, 2020a) ; y, para los trastornos de rumiación (Attia & Walsh, 2020d) y trastorno evitación/ restricción alimentaria, puede presentarse una deficiencia de nutrientes. (Attia & Walsh, 2020c)

2.2.1 Trastorno por Atracón

2.2.1.1 Generalidades

2.2.1.1.1 Contexto histórico

Según Hernández & Ledón (2018) en el año de 1959, el psiquiatra Albert Stunkard, describe el “síndrome de alimentación nocturna”, el cual observa en paciente obesos y, lo describe como una excesiva ingesta de alimentos, por lo general, en horas de la noche, que realizaban estos individuos. Esta es, la primera vez que se menciona, una de las características que mejor definen el TA.

Para el año de 1980, este mismo profesional, habla también por primera vez, del concepto de Bulimia (BL), en donde incluye como síntoma, la acción descrita para el síndrome de alimentación nocturna. A este síntoma, le conceden el nombre de “atracon”. (Hernández & Ledón, 2018) En 1990, se empieza a estudiar con más detenimiento este comportamiento alimentario y se le designa “síndrome de sobre ingesta” o “trastorno por ingesta compulsiva”. (Baile, 2014)

En 1994, en el DSM-4 se hace mención de éste por primera vez y lo incluyen dentro del apartado de los TCANE; es decir, aquellos síndromes que cumplen con ciertos criterios diagnósticos, pero no con todos para ser catalogados como un TCA. En el manual de 1994, la BN la dividen en dos categorías: BN con conductas compensatorias purgativas y, BN con conducta compensatorias no purgativas (ejercicio excesivo). (Hernández & Ledón, 2018)

En el 2010, se inicia un estudio para ver en cuál clasificación se incluiría este trastorno, ya que se iba a publicar el DSM-5. Tres años después, el 18 de mayo del 2013, tras la publicación de dicho manual, el TA se reconoció como un nuevo TCA. (Hernández & Ledón, 2018)

2.2.1.1.2 Concepto

Se conoce como el TCA más común en la edad adulta. (Vargas, 2018) Este trastorno tiene la característica de presentar episodios en donde la persona come de manera compulsiva, sin tener control sobre sí misma, cantidades excesivas de alimentos en un tiempo determinado; a esto se le conoce como “atracones”. (García, 2014) Estos episodios pueden afectar mentalmente a la persona, ya que suelen estar acompañados de sentimiento de culpa, vergüenza o disgusto. (Hay & Morris, 2016)

Algo importante a recalcar, es que este trastorno se diferencia de la BN (la cual puede presentar atracones) en que no tiene conductas compensatorias, como vómitos auto inducidos, uso de laxantes o realizar ejercicio excesivo. (García, 2014) Asimismo, una característica interesante que difiere de otros trastornos, es que el TA no tiene como requisito, la preocupación por la imagen corporal. (García, 2014)

Por otro lado, en relación a la comorbilidad con otros trastornos, es muy similar a las que presentan AN y BN. Los trastornos más usuales relacionados son: trastornos bipolares, depresivos, ansiedad y consumo de sustancias (este último en menor medida). (American Psychiatric Association, 2013)

2.2.1.1.3 Etiología y factores desencadenantes

Como se describe anteriormente, los TCA se caracterizan por ser multifactoriales. El TA puede ser el resultado de numerosos factores biológicos, psicológicos y sociales.

Dentro de los factores de riesgo principales para esta enfermedad se encuentran: haber padecido obesidad en la niñez, falta de control a la hora de comer durante la infancia, personalidad perfeccionista, problemas de conducta, abuso de sustancias, conflictos familiares, mala relación parental, abuso físico y/o sexual, autopercepción distorsionada del cuerpo, alteración en la microbiota intestinal, y anormalidad química cerebral. (Iqbal & Rehman, 2022)

Asimismo, existen ciertos factores que pueden desencadenar episodios de atracón y, por consecuencia, desarrollar un TA. Primeramente, el desencadenante más frecuente, es el conocido “sentimiento negativo”, que se refiere, por ejemplo, a la sensación de soledad, pena, enojo o aburrimiento. Seguidamente, están los problemas interpersonales que suelen causarle estrés a la persona. Por otro lado, también puede afectar todo lo que tiene que ver con la

autopercepción, como el sentirse mal por su peso o constitución corporal, e, igualmente, el estar siguiendo alguna dieta restrictiva. (American Psychiatric Association, 2013)

2.2.1.2 Criterios diagnósticos según DSM-5

Para el diagnóstico del TA, el DSM-5 (2013) plantea cinco criterios a tomar en cuenta: A) episodios recurrentes de atracones, B) tener mínimo tres características de los episodios de atracones, C) malestar intenso por los atracones, D) recurrencia de los atracones, y E) ausencia de conductas compensatorias.

Cuadro 1.

Criterios diagnósticos para el trastorno por atracón según el DSM-5

-
- A. Episodios recurrentes de atracones que se caracterizan por las dos siguientes condiciones:
 1. Comer en un corto periodo de tiempo (p.ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas) de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un periodo similar en circunstancias parecidas.
 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p.ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
 - B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:
 1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
 - C. Malestar intenso respecto a los atracones.
 - D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
 - E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.
-

Fuente: American Psychiatric Association, 2013.

Con respecto al punto A, este criterio indica que debe haber episodios recurrentes de atracón y, adjudica a esta acción dos variables importantes: 1) el comer en un tiempo determinado (dos horas) cantidades excesivas de alimentos, en comparación a las que suele una persona ingerir en contextos normales, pero en el mismo lapso; y, 2) el sentimiento de una ausencia de auto control a la hora de ingerir la comida; es decir, no poder detenerse ni poder controlar la cantidad de alimento. El tipo de comida puede variar. (American Psychiatric Association, 2013)

El tipo de alimentos que escoge esta población no es tan relevante como la cantidad que consumen, ya que, muchas veces esta variable (tipo de alimento) se ve afectada según la disponibilidad, como pasa, por ejemplo, en adolescentes, donde suele haber una dependencia (monetaria, transporte) con los padres. (Vargas, 2018)

Algo importante a recalcar con respecto a los atracones, es que estos pueden ser planificados y, la falta de control, puede que no sea total, sino que pueden parar por ciertas circunstancias, como, por ejemplo, la llegada inesperada de una persona. (American Psychiatric Association, 2013) Además, Vargas (2018) añade que los episodios de TA pueden desencadenarse como respuesta a una situación negativa o, caso contrario, por una justificación de recompensa.

El criterio B, explica que la persona debe de cumplir con al menos tres características para decir que sufre de episodios de atracón. Estas son: 1) comer más rápido de lo normal, 2) comer hasta tener una sensación de llenura no agradable, 3) comer aún sin tener hambre física, 4) comer sin compañía, ya sea por vergüenza con respecto a la cantidad de comida, y 5) sentimiento de depresión, vergüenza o auto disgusto tras el episodio. (American Psychiatric Association, 2013)

Otras características del diagnóstico para TA, es la presencia de molestias intensas ocasionadas por los atracones (criterio C) y, también, la recurrencia de estos (criterio D), los cuales deben de

darse al menos una vez por semana durante tres meses. Los episodios de atracón se pueden clasificar en cuatro categorías: leve (1-3 atracones a la semana), moderado (4 a 7 atracones por semana), grave (8 a 13 atracones por semana), y extremo (14 o más atracones por semana). (American Psychiatric Association, 2013)

Es importante tener en cuenta que el TA no presenta conductas compensatorias, factor diferencial relevante con respecto a la BN, así como, también, en TA no suele haber una restricción trascendental de alimentos, aunque puede que si haya intentos recurrentes de hacer algún régimen alimentario. (American Psychiatric Association, 2013)

2.2.1.3 Diferenciación con la obesidad

A este trastorno es usual que se le relacione con la obesidad. Se dice que casi la mitad de individuos con TA son obesos. Si bien, la obesidad puede ser una de las repercusiones de este trastorno, no se deben de tomar por igual estos términos; el TA no es un subtipo de obesidad. (Montano et al., 2016) Es importante entender que no todas las personas con obesidad tienen TA, ni todas las personas con TA son obesas.

Una persona con obesidad no suele tener atracones de manera frecuente, es decir, la persona con TA suele consumir mayores cantidades de calorías, en un tiempo corto, a veces de manera recurrente, a diferencia de una persona obesa. Además, se ha encontrado que las personas con TA, al contrario de una persona con obesidad, tienen una calidad de vida mucho menor y una mayor asociación a otras enfermedades mentales. (American Psychiatric Association, 2013)

Igualmente, una diferencia importante, es el sentimiento de culpa que se presenta, únicamente, en el TA. (Montano et al., 2016)

A continuación, se presenta una tabla comparativa, en la cual, en la primera columna, se compara individuos con TA obesos vs persona obesas sin TA; y, en la segunda columna, se contraponen aquellos con TA obesos vs TA no obesos:

Tabla 1.

Comparación de personas con TA con obesidad, personas con TA sin obesidad y personas sin TA con obesidad.

	TA obesos vs obesidad sin TA	TA obesos vs TA no obesos
	Experimentan con más frecuencia pérdida de control al comer.	Presentan atracones de mayor duración.
	Experimentan con más frecuencia emociones negativas después de comer.	Consumen más comidas y meriendas cada día.
Presentación clínica	Con más frecuencia tienen preocupaciones sobre el peso e imagen corporal.	El ejercicio y saltarse comidas es poco frecuente.
	Con frecuencia el estrés incrementa la motivación para comer	Puede tener una restricción de dieta menor.

	TA obesos vs obesidad sin TA	TA obesos vs TA no obesos
		Más preocupaciones en
	El comer está dirigido por necesidades hedónicas y una saciedad alterada.	relación al peso.
	Consumen más calorías durante los atracones y comidas regulares.	
	Asocian más psicopatología, incluyendo comorbilidad con trastornos afectivos y de ansiedad.	
	Impulsividad aumentada, especialmente en respuestas a los estímulos alimentarios.	
Diferencias biológicas	Alteraciones en varios sistemas de neurotransmisores, incluyendo dopamina y la señalización de los opioides.	Pocos datos disponibles, se requieren más estudios.

TA obesos vs obesidad sin TA	TA obesos vs TA no obesos
------------------------------	---------------------------

Cambios en la actividad cerebral en áreas asociadas con el mecanismo de recompensa y procesamiento emocional y de control de impulsos.

Alteraciones en las hormonas relacionadas con la ansiedad, incluyendo la adiponectina y la grelina.

Fuente: Vargas, 2018.

2.2.1.4 Repercusiones sobre la salud

Aparte de las comorbilidades con otros trastornos (bipolar, depresivo y de ansiedad) (American Psychiatric Association, 2013), el TA presenta otras comorbilidades médicas. Es común la presencia de sobrepeso u obesidad en individuos con TA, por lo que muchas de otras enfermedades que se le adjudican a este trastorno, puede ser a causa de la obesidad desarrollada, como, por ejemplo, la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión, la dislipidemia y el síndrome metabólico. Otras condiciones médicas son trastornos gastrointestinales, asma, problemas del

sueño, ovario poliquístico e inconvenientes en la etapa de embarazo. (American Psychiatric Association, 2013)

Tabla 2.

Principales comorbilidades médicas del trastorno por atracón

Obesidad	Complicaciones en el embarazo
Diabetes mellitus tipo 2	Asma bronquial
Síndrome metabólico	Disfunción menstrual
Hipertensión arterial	Hipertensión endocraneana
Dislipidemia	Síndrome ovario poliquístico
Trastornos del sueño	Trastornos por dolor (cefaleas crónicas, fibromialgia)
Trastornos y síntomas gastrointestinales	

Fuente: Vargas, 2018.

Aparte de estas condiciones médicas, se ha encontrado que el padecer de este trastorno, afecta de manera significativa, la parte funcional como ser humano de la persona. Dicho de otro modo, su capacidad para adaptarse a la sociedad se ve perjudicada y su calidad de vida en relación a la salud se ve disminuida. (American Psychiatric Association, 2013)

Este trastorno suele ir acompañado de sentimientos de vergüenza, remordimiento, disgusto, culpa, problemas interpersonales, lo cual, puede afectar gravemente el ámbito psicoemocional de la persona, lo que aumenta los episodios de atracones. Esto, para la persona, se vuelve un

ciclo tóxico y, en muchas ocasiones, pueden presentarse pensamientos suicidas. (Hernández & Ledón, 2018)

Para el tratamiento de TA en adultos, se suele emplear la terapia psicológica y, en algunos casos, se combina junto con un tratamiento farmacológico. Ambos, buscan reducir la frecuencia y la gravedad de los atracones. (Cuadro & Baile, 2015) La psicoterapia, igualmente, puede enfocarse en temas sobre autopercepción, autoestima y otras emociones negativas. (Mayo Clinic, 2018a) Dentro de los fármacos más utilizados están: el Dimesilato de Lisdexanfetamina, que suele recetarse, también, para trastorno por déficit de atención con hiperactividad; el Topiramato (Topamax) que ayuda a controlar convulsiones y a controlar el apetito; y, los antidepresivos (Fluoxetina), que reducen las ansias de comer. (Mayo Clinic, 2018a) Según Cuadro & Baile, (2015), los más eficaces son los fármacos antiobesidad (Sibutramina) y los antiepilépticos (Topiramato). Otros fármacos utilizados son la Fluvoxamina, Sertralina, Citalopram y la Imipramina.

Con respecto al tratamiento psicológica, la terapia cognitivo conductual (TCC) es la más utilizada y recomendada para tratar el TA. Esta consiste en intentar modificar comportamientos y pensamientos de la persona, relacionados con el trastorno. (Pietrabissa et al., 2019) Asimismo, existe la terapia interpersonal (IPT), que se enfoca en trabajar las emociones que se dan en las relaciones interpersonales, las cuales se han visto como parte de la etiología de las conductas alimentarias.(Cuadro & Baile, 2015) Igualmente, está la pérdida de peso conductual (BWL), que se centra en hacer cambios paulatinos en el estilo vida y elección de alimentos, así como ayudar en los pensamientos que se tienen sobre la comida. (Lacovino et al., 2012)

Y, por último, otra de las psicoterapias más utilizadas, es la terapia dialéctica conductual (DBT) que se encarga de enseñarle al paciente a controlar emociones relacionadas a la comida y, también, busca brindar herramientas para que la persona vaya poco a poco tolerando el estrés u otros sentimientos negativos. (Mayo Clinic, 2018a)

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Para este trabajo, se utilizan un enfoque cualitativo, ya que se describen y analizan los diferentes estudios o artículos científicos seleccionados que tengan relación con lo que es el manejo nutricional para el TA en adultos.

En el libro Metodología de la Investigación, por Hernández et al (2014), se describe el enfoque cualitativo como aquel que se caracteriza por la recolección y el análisis de la información obtenida, ya sea para dar respuesta a preguntas o bien, para crear nuevas interrogantes.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta revisión sistemática es de tipo descriptiva, en donde se presentan, explican y analizan la información encontrada en varios artículos científicos que se relacionan con el tema seleccionado. Marroquín (2013), explica la investigación descriptiva como aquella que se centra en describir los datos recolectados.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

Para esta investigación, se utiliza como unidades de análisis los estudios científicos que cumplan con los requisitos de inclusión y exclusión. Son obtenidos de diferentes bases de datos confiables, como Scielo, PubMed, Google Scholar, Elsevier, EBSCO y Science Direct. Los artículos seleccionados ayudarán a resolver el problema de la investigación planteado y a cumplir los objetivos de esta revisión sistemática.

Dichos escritos son tanto fuentes de información primaria como secundaria, siendo en su mayoría artículos científicos tipo ensayo clínico y, también, publicaciones teóricas. No obstante, para el apartado de antecedentes y marco teórico, se utilizan, igualmente, publicaciones de periódicos, tesis o trabajos que analizan otros estudios.

En cuanto al área de estudio, esto no se toma en cuenta, ya que no es relevante ni influye en el objetivo de la investigación.

3.3.1 Población

La población, de este trabajo de investigación, son todos los trabajos consultados, obtenidos de diferentes bases de datos. Se seleccionan un total de 36 artículos.

3.3.2 Muestra

La muestra corresponde al total de artículos de donde se obtiene la información que se analiza para cumplir con los objetivos del trabajo. En total, se recopila un total de 8 artículos elegibles. Estos, son seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión que se presentan en el siguiente punto.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

A continuación, se presentan los criterios utilizados para la selección de los artículos que se describen y analizan.

Tabla 3.

Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Trabajos publicados entre el 2016-2021.	Artículos incompletos
Artículos en idioma español e inglés, o traducidos.	Investigaciones realizadas en población infantil o adulta mayor; menores de 18 años y mayores de 65 años.
Información obtenida de fuentes confiables: Scielo, PubMed, Google Scholar, Elsevier, EBSCO y Science Direct.	Estudios realizados en animales.
Artículos científicos que nombren o describan el tipo de dieta o manejo nutricional.	Revisiones sistemáticas, periódicos o libros.

Fuente: elaboración propia, 2022.

3.4 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se utiliza la aplicación 'Excel' (ver ANEXO 1) como instrumento para el desarrollo de una base de datos con los artículos encontrados. En esta se puede observar las características del artículo, tales como: nombre, autor (es), año de publicación, idioma, país de publicación, fuente de donde se obtuvo, tipo de estudio, tamaño de la muestra, edades de la muestra, sexo de la muestra, otras características de la muestra, metodología, manejo nutricional, síntesis de resultados, efectividad, elegibilidad y observaciones. En esta última, se anota cualquier otra característica no descrita en las demás casillas o bien, para indicar la razón de por qué no es elegible el estudio, si fuera el caso. Para la exclusión e inclusión de los artículos, se utiliza, como guía, la metodología PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (ver figura 1). (Urrútia & Bonfill, 2010)

Para la búsqueda de información, se realiza una revisión exhaustiva de artículos en diferentes fuentes de información, tanto en inglés como en español, utilizando palabras clave como: 'trastorno por atracón', 'binge eating disorder', 'BED', 'trastorno alimentario compulsivo', 'compulsive eating disorder', 'manejo nutricional', 'dietoterapia', 'nutritional managment', 'nutritional treatment', 'medical nutrition therapy', 'diet for binge eating', 'intuitive diet for binge eating', 'VLCKD for binge eating', 'mindfulness eating for binge eating', 'alimentación consciente', 'intuitive diet', 'cetogenic diet', ' food therapy', 'dietary treatment' 'alimentación para trastorno por atracón', 'tratamiento nutricional', 'nutritional assesment' y 'binge eating nutrition'.

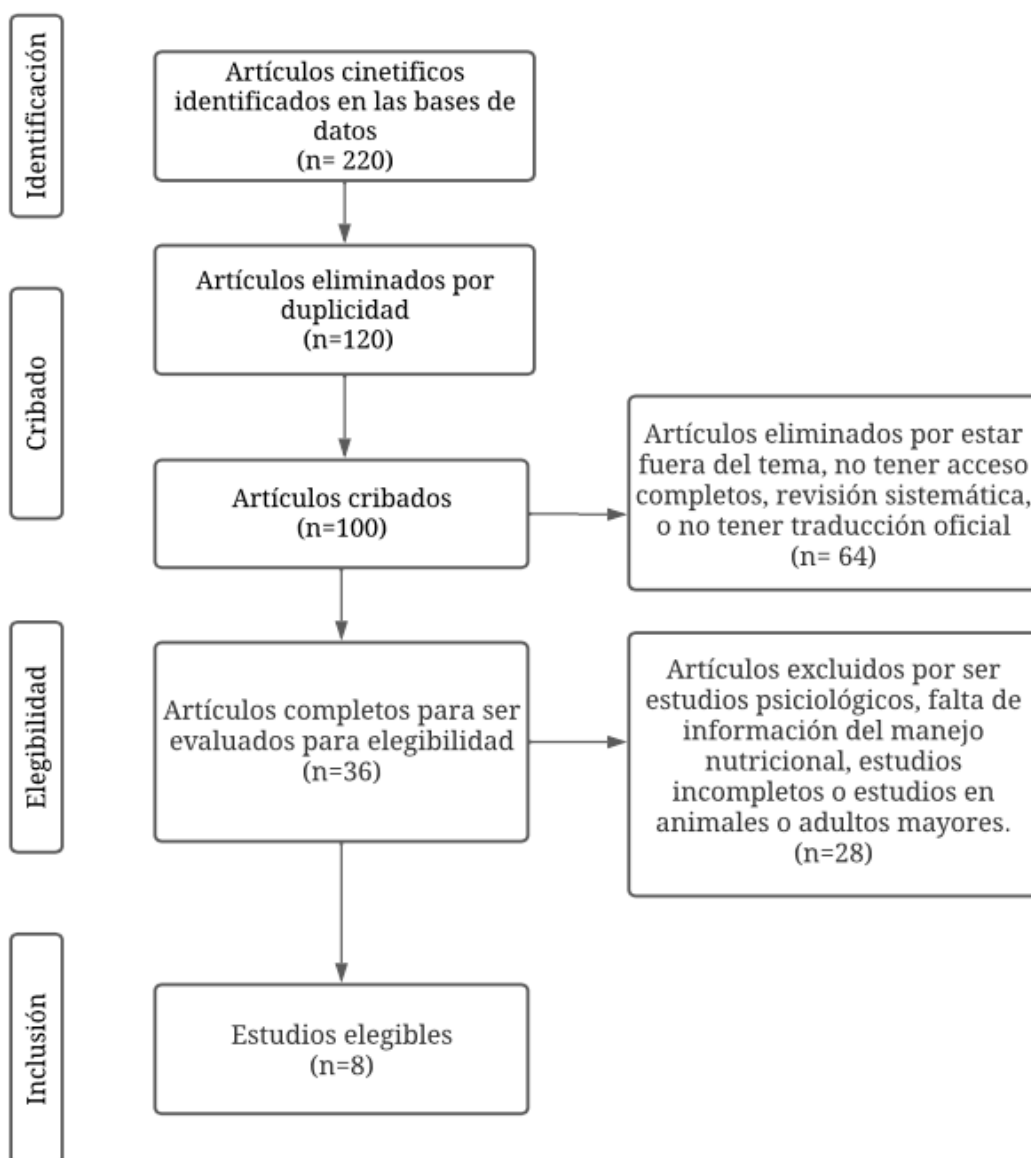


Figura 1. Diagrama de flujo de la información de la revisión sistemática según metodología PRISMA.

Nota: Adaptado del “Diagrama de Flujo de la Información a través de las diferentes fases de la revisión sistemática”.

Fuente: Urrútia y Bonfill, 2010.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación es de tipo no experimental transversal. Se obtienen datos de otros estudios sin alterar ninguna variable, y se recolecta la información necesaria durante el último cuatrimestre del año 2021 y el primer cuatrimestre del 2022.

Una investigación de tipo ‘no experimental’ es aquella en donde el investigador no manipula ninguna de los objetos en estudio, sino que se limita a la simple observación de éstos. (Manterola et al., 2019) En el estudio transversal, dichos objetos de estudio se evalúan una sola vez en el tiempo; es decir, no se analiza su desenvolvimiento a través del tiempo, sino que se observa en un solo momento determinado. (Corona, 2016)

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 4.

Operacionalización de las variables.

Objetivo Específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Caracterizar los estudios del manejo nutrición al para el trastorno por atracón.	Estudios de manejo nutrición al para trastorno por atracón	Informes científicos que describen la forma de tratar el trastorno por atracón.	Se realiza con los estudios escogidos para la revisión sistemática	Metodología	- Tipo de investigación. - Unidades de análisis - Criterios de inclusión y exclusión. - Instrumentos para la recolección de	Búsqueda de estudios en bases de datos científicas.

Objetivo Específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
					información. - Diseño de la investigación.	
Describir a la población en estudio en los diferentes artículos sobre el manejo nutricional al para trastorno por atracón en adultos.	Población de los estudios	Características de las personas en las que se aplicó el tratamiento nutricional.	Se realiza con los datos obtenidos de los estudios.	Edad Sexo Características sociodemográficas	18 a 65 años Hombres Mujeres País de origen	Búsqueda de estudios en bases de datos científicas.
Detallar los manejos nutricionales encontrados para el trastorno por atracón.	Manejos nutricionales	Forma en la que se trata nutricional mente el trastorno por atracón	Se obtiene por medio de información encontrada en investigaciones, artículos.	Características de los manejos nutricionales.	Tipo de intervención	Búsqueda de estudios en bases de datos científicas.
Comparar la efectividad de los manejos nutricionales para trastorno por atracón en adultos.	Efectividad de los manejos nutricionales	Nivel de éxito de los manejos nutricionales para el trastorno por atracón.	Se realiza con los resultados de los estudios escogidos para la revisión sistemática.	Resultado	Porcentaje de efectividad	Búsqueda de estudios en bases de datos científicas.

Fuente: elaboración propia, 2022

3.7 PLAN PILOTO (VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO)

El plan piloto consiste en utilizar la herramienta desarrollada para la recolección de datos explicada en el apartado 3.4. Se lleva a cabo con un total de seis trabajos buscados en las bases de datos ‘Pubmed’ y ‘Google Scholar’. Dos son encontrados en Google Scholar, mientras que los cuatro restantes son hallados en Pubmed. Dichos artículos se encuentran gracias a diferentes palabras claves tales como: ‘binge eating nutritional treatment’, ‘diet for binge eating disorder’, ‘nutritional therapy for binge eating’ y ‘nutrition for binge eating’. Estas mismas palabras claves son traducidas al idioma español para ayudar en la búsqueda.

Se seleccionan aquellos artículos que fueran publicados entre 2016-2021, que en su título nombraran el TA y algún tipo de aspecto nutricional y, que no sean estudios realizados en menores de edad (estudios en colegiales, niños, etc). Dos de los seis artículos, son publicaciones teóricas y los 4 restantes estudios clínicos descriptivos.

Tres se consideran como ‘elegibles’ y, el resto como ‘no elegibles’. Dentro de las razones por las que no son elegibles están: 1) el estudio está incompleto puesto que no presenta resultados; 2) el estudio se centra en lo psicológico, pues son cuestionarios a personas con TA que desertaron un estudio clínico; y, 3) el estudio se centra en la parte psicológica y no detalla el manejo nutricional.

Se ingresan en el instrumento en Excel, rellenando con la información pertinente en cada una de las pestañas (ver ANEXO 2). Se hacen en total dos pruebas. En la primera prueba, se descubre que se necesita agregar dos casillas, una de metodología, donde se explica cómo se realiza el estudio, y otra, de elegibilidad, para aclarar de si era elegible o no, según los criterios de

exclusión e inclusión. En la segunda prueba, se decide añadir otras casillas con el fin de ordenar, de forma más clara, las características de la muestra de los estudios. Para esto se incluye “edades de la muestra”, “sexo de la muestra” y “otras características de la muestra”. Como conclusión, se encuentra el instrumento utilizado como eficaz para el fin de esta revisión sistemática.

3.8 REVISIÓN SISTEMÁTICA

3.8.1 Procedimiento de recolección de datos

La revisión sistemática que se realiza, se guía por lo establecido por la metodología PRISMA, la cual permite identificar, recopilar y evaluar la información más relevante de distintas publicaciones y estudios científicos, mediante varios pasos a seguir.

Primeramente, se hace la selección del tema que se desea investigar y se plantean los objetivos, la pregunta de investigación y los criterios de exclusión e inclusión. Seguidamente, se buscan los artículos científicos en diferentes bases de datos, utilizando las palabras claves tanto en español como su traducción en inglés (ver tabla 5). Para esta revisión, se realiza la búsqueda en 6 bases de datos diferentes: EBSCO, PubMed, Google Scholar, Scielo, Science Direct y Elsevier. No obstante, solo se obtiene artículos de PubMed, Google Scholar y Scielo, al eliminar aquellos que estuvieran repetidos (ver figura 2).

Tabla 5.

Ejemplos de las palabras claves utilizadas para la búsqueda de estudios.

Palabras claves en inglés	Palabras claves en español
Binge eating disorder	Trastorno por atracón
Nutritional managment	Manejo nutricional
Nutritional treatment	Dietoterapia
Nutritional therapy	Alimentación
Food therapy	Dieta
Dietary treatment	Tratamiento nutricional
Nutritional assesment	Terapia nutricional

Fuente: elaboración propia, 2022.

La búsqueda se limita a aquellas publicaciones que se desarrollan entre el 2016 a 2021, con el fin de recolectar los datos más actualizados sobre el tema en estudio para responder la pregunta de investigación planteada. Se seleccionan aquellos artículos en su título nombraran o hicieran referencia al TA o a los TCA, así como algún aspecto nutricional o de tratamiento, y se excluyen los que detallan que son en población infantil, adulta mayor o en animales.

3.9 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Los artículos seleccionados, se añaden en la herramienta desarrollada en Excel, la cual se explica con más detalle en el apartado 3.4. Con la información adquirida de cada artículo, se revisan los criterios de inclusión y exclusión, y se catalogan cada uno como “elegible” o “no elegible”. En la casilla de observaciones del instrumento, se describen las razones por las cuales fueron o no elegidos para esta revisión sistemática.

En total se añaden a la base de datos, un total de 36 publicaciones, siendo 8 el total que cumplen con los criterios de inclusión. Como se muestra en la figura 2, de los 28 artículos no elegibles: 16 por ser un tratamiento de tipo psicológico; 7 por no presentar un manejo nutricional o bien, por no brindar características relevantes de este; 2 se eliminan por estar incompletos; 2 es un estudio en animales (ratas); y, 1 es realizado con personas mayores a los 65 años.

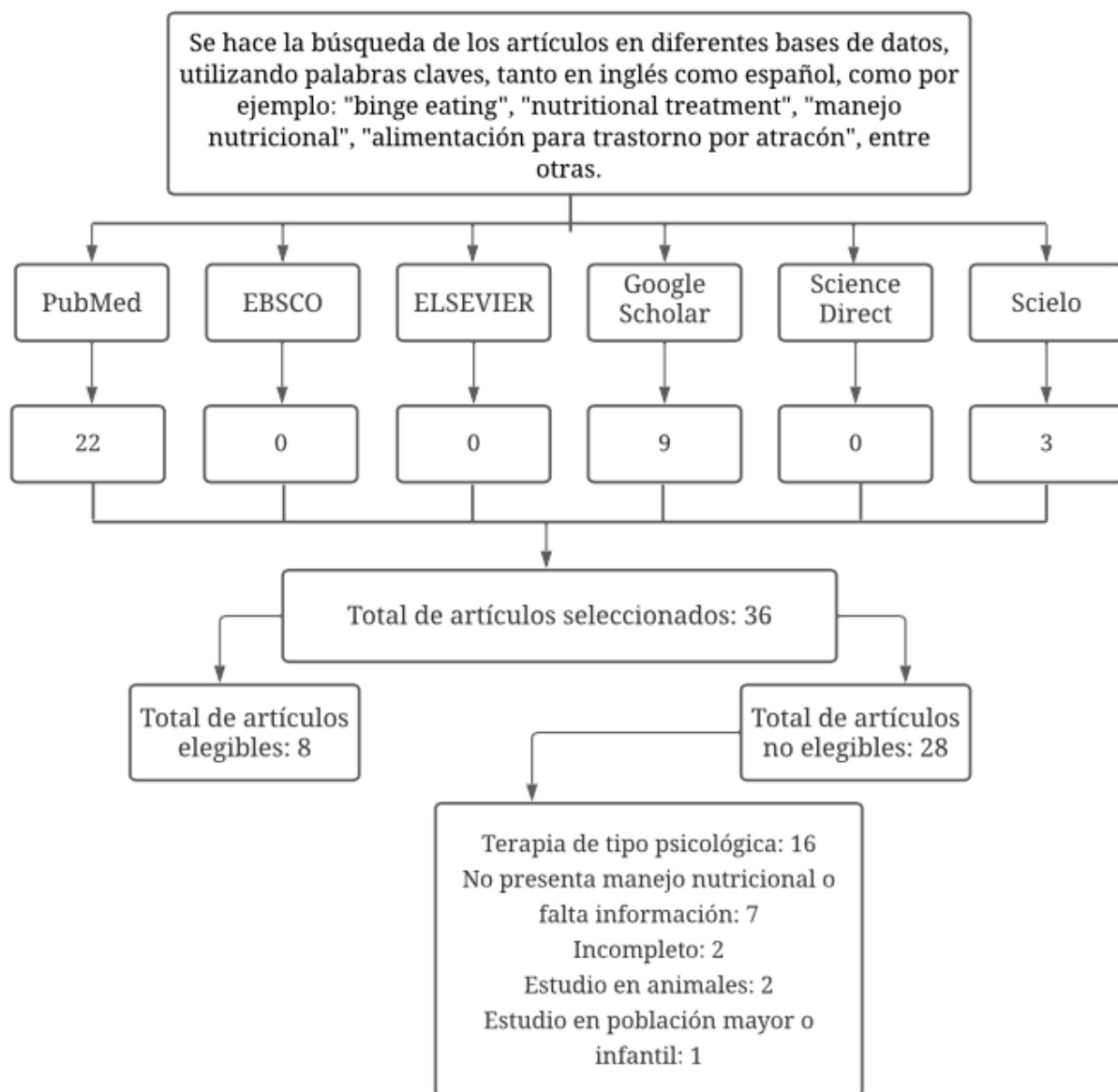


Figura 2. Proceso de selección de los datos.

Fuente: elaboración propia, 2022.

3.10 ANÁLISIS DE DATOS

Una vez seleccionados los artículos que cumplen con los criterios de inclusión, se prosigue con el análisis de datos de estos. La herramienta elaborada en la aplicación Excel (ver ANEXO 1), se desarrolla con el fin de poder almacenar cada una de las publicaciones requeridas y, también, para poder sintetizar la información más relevante y, en base a esto, poder discernir la elegibilidad del artículo, así como facilitar el proceso de análisis de la información de los estudios aceptados para esta revisión sistemática. Una vez terminada esta etapa, se detallan los resultados.

Para el análisis cualitativo, se toma la información seleccionada e ingresada en la base de datos, para proceder a analizarla y a realizar una comparación entre todos los datos pertinentes de los diferentes artículos, con el fin de responder a la pregunta de investigación planteada, así como los objetivos definidos en un principio. Seguidamente, se realiza una discusión según los resultados obtenidos, para, finalmente, presentar las conclusiones y las recomendaciones.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Este capítulo tiene como objetivo presentar los resultados obtenidos de la recolección de datos descrita en el capítulo anterior. En total, se selecciona un total de 36 artículos para ser ingresados en la herramienta elaborada para esta revisión sistemática. De ese total, 8 cumplen con los criterios de inclusión para ser analizados.

4.1.1 Características principales de los artículos elegibles

Para esta revisión sistemática, los artículos seleccionados fueron realizados entre el 2016 y 2021.

Al ser una revisión sistemática, no se toman en cuenta otras revisiones sistemáticas, pero sí cualquier ensayo clínico admitido o publicaciones científicas que traten sobre el tema seleccionado. Con respecto a las características de la población, todos los estudios son realizados en humanos y adultos, siendo la edad menor 18, y la edad mayor 63 años. Hay estudios tanto en hombres y mujeres o, solamente mujeres. No se toman en consideración las investigaciones llevadas a cabo en menores de edad (menores a 18 años) ni en adultos mayores (mayores a 65 años). En total, se obtiene una muestra de 135 personas (de los ensayos clínicos), siendo 28 (20,7%) la población que tiene TA.

En relación al tipo de estudios, 4 fueron de tipo ensayo clínico (50%), siendo el resto de tipo teórico (n=4). Como se menciona anteriormente, hay estudios tanto en hombres y mujeres, como solo en mujeres; 7 son en ambos sexos y 1 en solo el sexo femenino. No se obtiene ningún ensayo clínico elegible que se haya aplicado solamente en población masculina. En 3 de los ensayos clínicos presentan el dato del Índice de masa corporal (IMC) promedio de la población, exceptuado 1, siendo estos: 31.1 kg/m², 43.5 kg/m², y 23,0 kg/m² (ver tabla 7; tamaño y características de la muestra). Asimismo, uno de los ensayos clínicos no presenta este dato, por

ende, no se puede realizar un promedio de IMC de todos los estudios elegibles. De igual manera ocurre con las características de edad.

Los estudios se buscan en diferentes bases de datos: PubMed, Scielo, Google Scholar, EBSCO, Elsevier y Science Direct. Sin embargo, tras eliminar aquellos artículos duplicados, solo se logra obtener investigaciones de PubMed, Scielo y Google Scholar. De los 8 artículos elegibles, 3 se encuentran en Pubmed, 3 en Scielo y 2 en Google Scholar. En relación al idioma, 4 son en idioma inglés y 4 en idioma español. Asimismo, hay variedad en lo que se refiere al país de publicación, ya que, 3 fueron publicados en Estados Unidos, 2 en Estados Unidos, 1 en Brasil, 1 en Italia, y 1 en Chile.

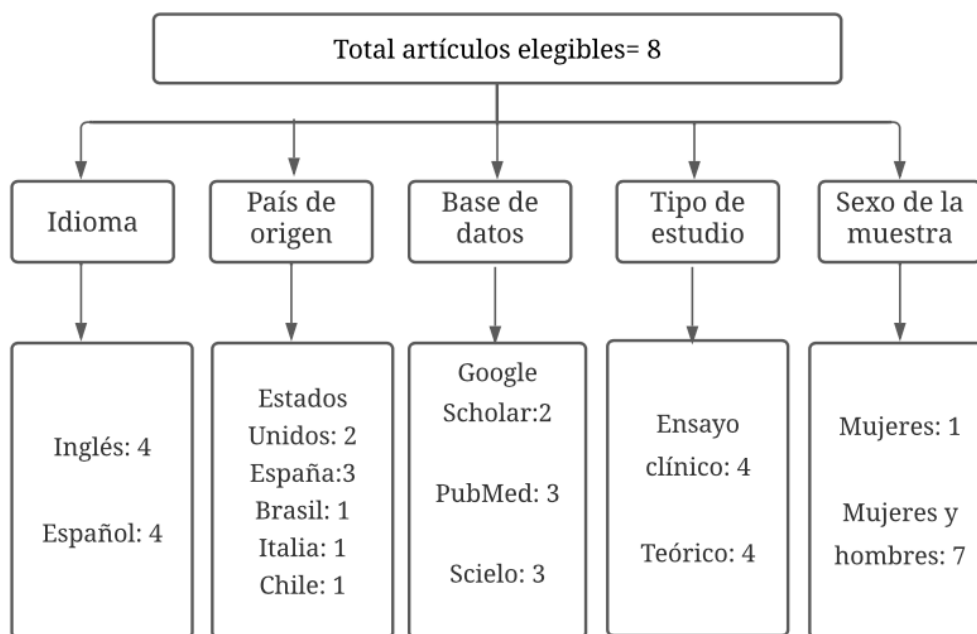


Figura 3. Características de los artículos elegibles.

Fuente: elaboración propia, 2022.

4.1.2 Estudios incluidos en la investigación

A continuación, se presentan los estudios catalogados como “elegibles” para esta revisión sistemática. En la tabla 6, se muestran los títulos de cada investigación, junto con sus autores, año y lugar de publicación, y la base de datos en donde se obtuvo. En la tabla 7, se indican las características de la muestra, su tamaño, el manejo nutricional empleado y los resultados del estudio. Es importante aclarar que aquellas publicaciones de tipo “teórico” no aplican para las características “tamaño de la muestra” ni “resultados”, al no ser ensayos clínicos.

Tabla 6.

Estudios incluidos en la revisión sistemática: título, autor(es), año de publicación y base de datos.

#	Título	Autor (es)	Año y lugar de publicación	Base de datos
1.	Binge Eating Disorders and the Nutrition Care Process	Levine, K.	Estados Unidos, 2019	Google Scholar
2.	Binge Eating Disorders (BED): Nutritional Prevention and Treatment	Granje, J.	Brasil, 2018	Google Scholar
3.	Very Low Calorie Ketogenic Diet: A Potential Treatment for Binge Eating and Food Addiction Symptoms in Women. A Pilot Study	Rostanzo, R., Marchetti, M., Casini, I., Aloisi, AM.	Italia, 2021	PubMed
4.	Treating binge eating and food addiction symptoms with low-carbohydrate Ketogenic diets: a case series	Carmen, M., Lynn, D., Saslow, L., Kalayjian, T., Mason, A., Westman, E., Sethi Dalai, S.	Estados Unidos, 2020	PubMed

#	Título	Autor (es)	Año y lugar de publicación	Base de datos
5.	Protocolo de educación nutricional en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en el ámbito clínico y asistencial	Loria, V., Campor del Portillo, R., Valero, M., Mories, M., Castro, MJ., Matía, P., Gómez, C.	España, 2021	PubMed
6.	¿Se relaciona el trastorno por atracón con la adherencia a la dieta mediterránea en estudiantes universitarios?	Zaragoza, A., Sánchez, M., Ferrer, R.	España, 2016	Scielo
7.	Mindfulness en el control del atracón, la perspectiva de un grupo de adultos chilenos	Díaz, D., Cruzat, C., Jiménez, T., Martínez, P., Saravia, S., Ulloa, V.	Chile, 2019	Scielo
8.	Resumen ejecutivo "Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros."	Gómez, C-. Palma, s., Miján de la Torre, a., Rodríguez, P., Matía, P., Loria, V., Campos del Portillo, R., Virgili, M., Martínez, M., Mories, M., Castro, MJ., Martín, A.	España, 2019	Scielo

Fuente: elaboración propia, 2022.

Tabla 7.

Estudios incluidos en la revisión sistemática: título, tamaño y características de la muestra, manejo nutricional, resultados.

#	Título	Tamaño y características de la muestra	Manejo nutricional	Resultados
1.	Binge Eating Disorders and the Nutrition Care Process	No aplica	Anamnesis (diagnóstico actual, antropometría, bioquímica, diagnósticos actuales, registro dietético actual y pasado, estilo de vida). Con esta información, se desarrollan metas con el paciente. Asimismo, es importante conocer el conocimiento que tiene el paciente en temas de nutrición, sus conductas alimentarias y si tiene algún alimento que le provoque estrés o miedo. La intervención nutricional se basa en la ingesta y en la educación y consejo nutricional. El objetivo es ir normalizando la ingesta de alimentos, eliminar conductas restrictivas y educarlos en la alimentación consciente.	No aplica
2.	Binge Eating Disorders (BED): Nutritional Prevention and Treatment	No aplica	Educación nutricional. La meta del manejo nutricional para TA es mejorar los hábitos alimentarios del paciente, disminuir la recurrencia de los atracones y mejorar la relación del paciente con la comida y su cuerpo. Se	No aplica

#	Título	Tamaño y características de la muestra	Manejo nutricional	Resultados
			busca la pérdida de peso para aquellos con sobrepeso u obesidad. Asimismo, se busca que el paciente logre reconocer y/o recuperar las señales de hambre y saciedad. El nutricionista debería utilizar herramientas para la recolección de información en relación al consumo diario del paciente.	
3.	Very Low Calorie Ketogenic Diet: A Potential Treatment for Binge Eating and Food Addiction Symptoms in Women. A Pilot Study	N= 5 (n=2) Mujeres adultas con TA y con síntomas de adicción a la comida. De las 5 mujeres, solo 2 tienen TA.	Durante 5 a 7 semanas, siguieron una dieta cetónica muy baja en calorías (1000 kcals) con reemplazo de proteínas (T1) y una dieta baja en calorías durante 11-21 semanas (T2). La prescripción de la dieta cetónica muy baja en calorías se realizó tras los resultados obtenido de la composición corporal. Se prescribieron menos de 25 gramos de carbohidratos y la ingesta de proteínas se calculó según la masa libre de grasa. El 60% de las proteínas fueron dadas por suplementos con proteína de suero aislada	Los pacientes que siguieron durante 5-7 semanas la dieta cetogénica muy baja en calorías, no informaron efectos adversos. Con ambas dietas se vio una pérdida de peso por masa grasa, conservándose masa libre de grasa. En T1 hubo una pérdida de peso corporal entre 4,8%-11,6%; en T2 fue de 7,3% y 12,8%. T1 es un método factible para disminuir o eliminar síntomas de adicción a los alimentos, ya que solo 1 persona informó síntomas leves de adicción; ninguno informo síntomas de atracón. En T2 no se informó ningún caso de síntomas de adicción o de atracón.

#	Título	Tamaño y características de la muestra	Manejo nutricional	Resultados
4.	Treating binge eating and food addiction symptoms with low-carbohydrate Ketogenic diets: a case series	N= 3 Hombres y mujeres con un índice de masa corporal promedio de 43,5. Con TA y adicción a la comida.	Dieta cetogénica (10% carbohidratos, 30% proteínas, 60% grasas, menos de 1200 kcal). Paciente 1: se brindó máximo 20 gramos carbohidratos diarios, alimentos integrales no procesados, carne, huevos, 4 onzas de queso, 3 tazas de vegetales. No contar calorías y comer hasta estar lleno. // Paciente 2: menos de 30 gramos carbohidratos, sin limitación de proteínas o grasas. No contar calorías, escoger alimentos s de calidad, no procesados. Escoger alimentos integrales, proteínas, vegetales. // Paciente 3 (63 años): similar al caso 2. Incluir alimentos integrales, pescado, huevos, pollo, mariscos, frutas bajas en carbohidratos, vegetales y hortalizas bajas en almidón.	Paciente 1 (54 años): tras 6 meses, no había síntomas de atracones. Perdió 18,1 kilogramos, pasando de obesidad 3 a obesidad 2. // Paciente 2 (34 años): tras 6 meses de dieta, no presento episodios de atracones. Perdió 20,4 kilogramos (paso de (obesidad 3 a obesidad 2) // Paciente 3 (62 años): tras 7 meses, perdió 10 kilogramos (obesidad 2 a obesidad 1). Tras 9 meses, solo tuvo 1 episodio de atracón. Ya no experimentaba culpa y sentía completo control sobre su alimentación.

#	Título	Tamaño y características de la muestra	Manejo nutricional	Resultados
5.	Protocolo de educación nutricional en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en el ámbito clínico y asistencial	No aplica	<p>Educación nutricional.</p> <p>La educación nutricional, se debe comenzar cuando los pacientes con desnutrición grave hayan recuperado su salud nutricional. En paciente con peso normal, pero con riesgo nutricional, la educación nutricional se trabajará sobre la calidad de los alimentos con pequeños cambios graduales como la incorporación de alimentos más saludables. En el caso de TA, si hay sobrepeso u obesidad, la educación nutricional se centrará en la adecuada selección de alimentos, priorizando aquellos menos calóricos pero que aumentan la saciedad y, también, se tocara el tema de porciones. Se deberá fomentar los cambios de conducta en relación a los alimentos y la actividad física. También, sobre la adopción de horarios de alimentación (evitar ayuno) e intentar ayudar en el control de atracones y sentimientos de culpa.</p>	No aplica
6.	¿Se relaciona el trastorno por	N= 120 (n=17)	Dieta mediterránea	Solo el 31,7% de los estudiantes presentaron

#	Título	Tamaño y características de la muestra	Manejo nutricional	Resultados
	atracción con la adherencia a la dieta mediterránea en estudiantes universitarios?	Hombres y mujeres entre 19 a 50 años. Universitarios. Se excluyeron aquellos con enfermedades endocrinas o metabólicas, o con antecedentes de abuso o dependencia de alcohol		niveles adecuados de adherencia a la dieta mediterránea, siendo superior en las mujeres. Los sujetos con un patrón de TA presentaron una menor adherencia a la dieta mediterránea, mayores índices de exceso de peso, y una vida más sedentaria. El TA correlacionó negativamente con el grado de adherencia dieta mediterránea. En el presente estudio un 15,0% de los estudiantes presentaron un patrón de atracón, con una prevalencia ligeramente superior en las mujeres. Los resultados sugieren que el patrón de dieta mediterránea se asocia de manera inversa con el riesgo de sufrir trastorno por atracón y además dicho patrón de atracón se asocia significativamente con el riesgo de sufrir exceso de peso en estudiantes universitarios. Asimismo, una baja proporción de estudiantes mostró niveles adecuados de adherencia a la dieta mediterránea.

#	Título	Tamaño y características de la muestra	Manejo nutricional	Resultados
7.	Mindfulness en el control del atracón, la perspectiva de un grupo de adultos chilenos	N= 7 (n=6) Hombres y mujeres entre 20 a 52 años. Adultos diagnosticados con TA o BN que habían realizado taller de Mindfulness (atención plena "AP").	Alimentación consciente , donde se centra en señales de hambre y saciedad. También, se enseña a tomar consciencia de las emociones del cuerpo, se promueve el ejercicio y la meditación	Antes de la intervención, los participantes sostenían una relación no consciente con la comida, presentando un modo de funcionar automático. Tras la intervención se reportaron cambios favorables, como el aumento de la conciencia y el reconocimiento cognitivo y emocional, lo cual supuso modificaciones en la conducta alimentaria. Los participantes realizaron una evaluación positiva del taller y del formato grupal, destacando que la "atención plena" fue interiorizada como una nueva herramienta para la vida diaria.
8.	Resumen ejecutivo "Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros."	No aplica	El tratamiento debe ser individualizado, ya que dependerá de la condición del paciente y la gravedad del trastorno. Debe tener un enfoque multidisciplinarios, donde participe psiquiatra, psicológico, médico de familia, nutriólogos o endocrinólogos, dietistas, terapeutas ocupaciones. El paciente debe de estar bajo supervisión y tratamiento de un nutriólogo, para	No aplica

#	Título	Tamaño y características de la muestra	Manejo nutricional	Resultados
			<p>valorar sus estados nutricional y posibles complicaciones. El dietista debe llevar a cabo la educación nutricional. Se debe realizar anamnesis que indague comportamientos alimentarios, restricciones alimentarias, cantidad y calidad de alimentos. Debe realizarse análisis bioquímicos del protocolo habitual. El plan nutricional debe contemplar no solo el consejo dietético individualizado que garantice un adecuado estado nutricional, sino que debe buscar educar al paciente, con el objetivo de corregir conductas. En pacientes con exceso de peso, se debe buscar modificar el estilo de vida. se enfatizará en la adecuada selección de alimentos, priorizando aquellos con menor densidad energética y que promueven una mayor saciedad, y sobre el control y el tamaño de las raciones. En el paciente obeso se fomentarán los cambios de conducta a largo plazo, tendentes a favorecer el mantenimiento de un peso razonable a partir de la incorporación</p>	

#	Título	Tamaño y características de la muestra	Manejo nutricional	Resultados
			de elecciones más saludables de alimentos, en relación con la adquisición de nuevos hábitos alimentarios y un patrón más saludable de actividad física.	

Nota: En los artículos en donde se utilizaron dos poblaciones y se especifica una “n”, la “N” se refiere a la población total y la “n”, es la población con TA.

Fuente: elaboración propia, 2022.

A continuación, se presenta la figura 4, donde se muestra los manejos nutricionales utilizados, así como en cuantos artículos se emplearon. Seguidamente, en la tabla 8, se presentan los principales resultados obtenidos en los artículos elegibles, los cuales se analizan y discuten en el siguiente capítulo.

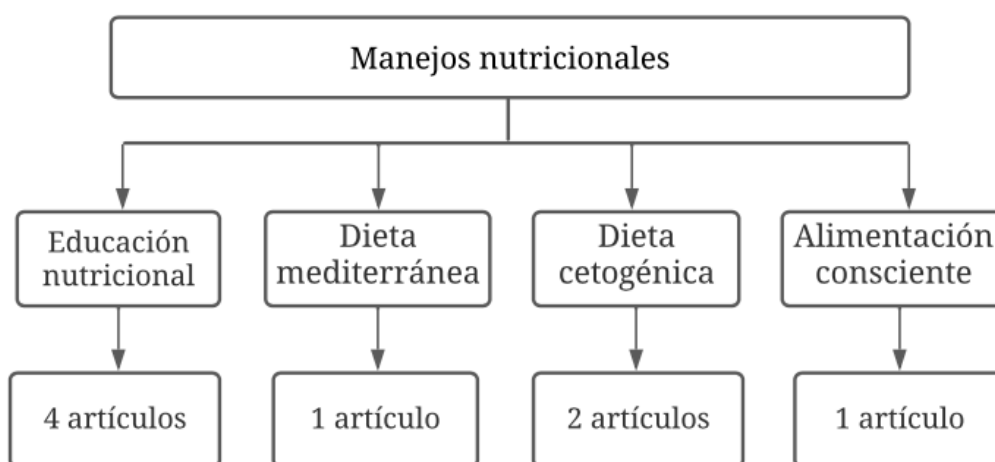


Figura 4. Manejos nutricionales y cantidad de artículos que lo utilizaron.

Fuente: elaboración propia, 2022.

Tabla 8.

Principales resultados obtenidos según el manejo nutricional utilizado en los artículos elegibles.

Manejo nutricional	Título	Resultados sintetizados
	Binge Eating Disorders and the Nutrition Care Process	No aplica; publicación teórica
	Binge Eating Disorders (BED): Nutritional Prevention and Treatment	No aplica; publicación teórica
Educación nutricional	Protocolo de educación nutricional en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en el ámbito clínico y asistencial	No aplica; publicación teórica
	Resumen ejecutivo "Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros."	No aplica; publicación teórica
Dieta mediterránea	¿Se relaciona el trastorno por atracón con la adherencia a la dieta mediterránea en estudiantes universitarios?	Sujetos con TA presentaron menor adherencia a la dieta.
Dieta cetogénica muy baja en calorías Y dieta muy baja en calorías	Very Low Calorie Ketogenic Diet: A Potential Treatment for Binge Eating and Food Addiction Symptoms in Women. A Pilot Study	Dieta cetogénica muy baja en calorías: Pérdida de peso corporal de masa grasa. Se conservó masa libre de grasa. Pérdida de peso de 4,8%-11,6% Se eliminaron síntomas de atracón. 1 caso con adicción a los alimentos

Manejo nutricional	Título	Resultados sintetizados
		<p>Dieta muy baja en calorías: Pérdida de peso corporal de masa grasa. Se conservó masa libre de grasa. Pérdida de peso de 7,3% y 12,8%. Se eliminaron síntomas de atracón.</p>
Dieta cetogénica	<p>Treating binge eating and food addiction symptoms with low-carbohydrate Ketogenic diets: a case series</p>	<p>Disminución casi completa de síntomas de atracón. Tras 9 meses, solo 1 persona presentó 1 episodio de atracón. Se bajó de peso con un promedio de 16,1 kg</p>
Alimentación consciente	<p>Mindfulness en el control del atracón, la perspectiva de un grupo de adultos chilenos.</p>	<p>Aumento de una alimentación más consciente, donde reconocen cognitiva y emocionalmente. Cambios en la conducta alimentaria positivos.</p>

Fuente: elaboración propia, 2022.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Esta investigación tiene como objetivo determinar cuáles son los manejos nutricionales que se emplean en adultos con TA, mediante una revisión sistemática de publicaciones realizadas entre el 2016 y 2021, presentando así, los resultados más nuevos en este tema, según los artículos encontrados. Como se explica en el capítulo anterior, en total se contabilizan 8 artículos que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión, de los cuales 4 son de tipo ensayo clínico, lo que brinda una muestra total de 135 hombres y mujeres (28 con TA), entre edades de 18 a 63 años. Si bien la etapa de adultez mayor, para la OMS, empieza a los 60 años, en algunos países, (OMS, 2015) en Costa Rica esta etapa de la vida comienza a los 65 años. (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 1999)

La mayoría de los estudios elegibles fueron con muestras en donde la población incluye tanto a hombre como a mujeres; no obstante, cabe recalcar que dos de los estudios elegibles se hacen solamente en mujeres, y ninguno de los encontrados fue realizado solo en hombres. De hecho, el TA afecta aproximadamente a un 2-5% de la población mundial (Hernández et al., 2014) y, según Attia & Walsh, (2020b) el TA es sufrido más por mujeres que por hombres, específicamente, un 3,5% de mujeres contra un 2% de hombres. Si se ve desde la perspectiva de TCA, en general, el 90% de las personas que padecen alguno son mujeres, mientras que solo un 10% son de género masculino. (Guarda, 2018) Esta incidencia puede deberse a la presión social que suelen recibir las mujeres sobre su imagen corporal (Magallares, 2013), por lo que muchas realizan dietas u otros tratamientos para la pérdida de peso. Se estima que un 30% de las personas que tienen TA han participado en programas de control de peso. (Hernández & Ledón, 2018) Cabe recalcar, que uno de los factores desencadenantes que se les adjudica a los

episodios de atracones es precisamente, una restricción alimentaria extrema (por dietas, por ejemplo) o por tener estados de ánimo negativos, como frustración por no cumplir un plan alimentario o la insatisfacción corporal.(Castro & Ramírez, 2013) Esto último, una mala autopercepción, así como una preocupación excesiva del peso corporal, son de las principales características que se toman en cuenta, cuando se desea diferenciar entre una persona con TA de otra persona sin TA. (Morales et al., 2015)

Debido a que los episodios de atracón se caracterizan por el consumo de grandes cantidades de alimento, que suelen ser altamente calóricos, ricos en grasas y carbohidratos, el TA se suele relacionar con problemas de sobrepeso y obesidad. El 65% de las personas con TA, presentan obesidad evidente; por lo general, tienen índices de masa corporal (IMC) superiores a los 25 kg/m². (Castro & Ramírez, 2013) Incluso, Hernández & Ledón (2018) clasifican un IMC alto como predictores del TA. Hay que recordar, que el TA, a diferencia de la BN, carece de conductas compensatorias, como el ejercicio excesivo, uso de laxantes, provocaciones de vómitos, ayunos, entre otros, lo que puede influir directamente en la ganancia de peso corporal y, por ende, en el IMC de las personas. (Morales et al., 2015)

Esto se evidencia, en los ensayos clínicos elegidos para esta revisión sistemática, puesto que presentan poblaciones con IMC promedios de 31.1kg/m², 43.5 kg/m² y 23.0 kg/m². Cabe aclarar, que el estudio con un IMC promedio de 23.0 kg/m², es un estudio que cuenta con población sin TA, donde tan solo el 14% (17 personas) presentan TA. Este estudio no indica los IMC de cada persona con TA, pero si aclara, dentro de sus resultados, que aquellos con TA era la población con mayor IMC (ver tabla 7, estudio #6). Asimismo, una de las investigaciones no presenta el dato del IMC de su muestra, lo cual imposibilita realizar un IMC promedio de todos los estudios.

Otra de las variables presente en los estudios elegidos es, que se utilizan como muestra poblaciones con TA y poblaciones ya sea con BN (ver tabla 7, artículos #7) o con síntomas de adicción a la comida (ver tabla 7, artículos #3 y #4). Con respecto a la BN, ya se ha explicado que comparte junto el TA, los episodios recurrentes de atracones, diferenciándolos, básicamente, las conductas compensatorias. Por ende, ya que ambos trastornos presentan atracones, dentro de los objetivos de las investigaciones, que utilizaron ambas poblaciones, era disminuir dichos episodios.

Por otro lado, la adicción a la comida es un concepto menos caracterizado que la BN, más, sin embargo, ha tomado importancia, en los últimos años, porque se le adjudica ser una de las causas que ocasionan obesidad. (Valdés et al., 2016) Muchas personas que sufren obesidad o sobrepeso y un TCA presentan síntomas de adicción a los alimentos. Se dice que existe una prevalencia de adicción de los alimentos en personas obesas entre un 15 y 20%. (Carmen et al., 2020) Según Figueroa & Cjuno (2018), la adicción a los alimentos se puede definir como un deseo incontrolable y específico de consumir alimentos que son, principalmente, altos en azúcares y en grasas.

De hecho, a este fenómeno se le ha comparado con la adicción a las drogas, ya que comparten el mismo mecanismo de acción a nivel de los neuroquímicos que se liberan en el cerebro. (Valdés et al., 2016) Los alimentos, al ser ricos en azúcares y grasas, liberan neurotransmisores como la dopamina y la oxitocina, lo que ocasiona una activación de los mecanismos de reforzamiento positivo, que quiere decir, que hace que la persona quiera y sienta que necesita repetir dicho comportamiento para volver a sentir las sensaciones producidas por los neurotransmisores liberados. (Figueroa & Cjuno, 2018)

Sigue sin quedar claro cuáles son los criterios diagnósticos de la adicción a la comida, ya que no se ha aceptado clínicamente (Valdés et al., 2016) más, sin embargo, existe una escala para identificar si hay existencia de adicción a los alimentos, así como su magnitud; a esta se le conoce como Yale Food Addiction Scale (YFAS) o Escala de adicción a la comida. Si bien es un fenómeno que apenas se está empezando a estudiar, se sabe que hay una relación con la obesidad y con los TCA, sobre todo con el TA, ya que comparten el comer compulsivamente. De todas maneras, no se conoce aún el grado de influencia que tiene sobre los TCA y la obesidad. (Rojas et al., 2020)

5.1.1 Manejos nutricionales

En total se encuentran 5 tipos de manejo nutricional, para adultos con TA, en los estudios elegidos: educación nutricional, dieta mediterránea, dieta cetogénica muy baja en calorías, dieta cetogénica normo calórica y alimentación consciente.

5.1.1.1 Educación nutricional

Como se observa en la figura 4, en el capítulo anterior, la mayoría de los estudios elegibles, específicamente 4, optan por un manejo en donde la educación nutricional es el eje central.

Según el Colegio de Profesionales de Nutrición de Costa Rica (2020), la educación nutricional consiste en brindarle a las personas información útil sobre los alimentos y sus nutrientes, así como las herramientas necesarias para lograr crear conciencia y promover hábitos de alimentación saludable.

En los 4 artículos (ver tabla 7; artículos #1, #2, #5 y #8) se menciona que el tratamiento debe ser multidisciplinarios e individualizado, pues dependerá del estado nutricional del paciente, así

como la gravedad del TA. No obstante, hacen recomendaciones generales que deben seguir los nutricionistas al tratar con pacientes con TA. Por ejemplo, se debe realizar una anamnesis completa, en donde se contemple antropometría, bioquímica, clínica y dietética, pues el nutricionista es el encargado de evaluar el estado nutricional del paciente, así como posibles complicaciones. (Gómez et al., 2018)

Con respecto a la parte antropométrica, Granje (2018) aclara que se debe realizar porque es importante tener un control sobre el peso del paciente y su IMC, ya que los pacientes con TA tienen mayor riesgo de padecer de sobrepeso u obesidad. Granje (2018), Loria et al (2021) y Gómez et al (2018) concuerdan que si el paciente está en estado de sobrepeso u obesidad se debe buscar la pérdida de peso mediante la enseñanza de selección de alimentos más saludables. Loria et al (2021) junto con Gómez et al (2018) apuntan a enseñar al paciente a priorizar alimentos menos calóricos pero que aumentan la saciedad y, prestar atención a las porciones.

En referencia a la bioquímica no se profundiza. Gómez et al (2018) aconseja pedirle al paciente realizarse los exámenes generales. A nivel de la parte clínica de la anamnesis, se debe indagar sobre diagnósticos actuales que tenga el paciente, así como anteriores que haya tenido. Igualmente, se debe indagar sobre antecedentes familiares. Es importante que el nutricionista utilice herramientas para conocer sobre los síntomas de TA que tenga el paciente, la gravedad de estos y la recurrencia de los episodios de atracón. Para esto, Levine (2019) y Granje (2018) brindan ejemplos de herramientas validadas para estos fines, como, por ejemplo: The Binge Eating Disorder Screener-7, para conocer síntomas de TA y el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) o la Escala de Alimentación de Atracones (BES), para conocer comportamientos alimentarios.

Para la parte dietética de la anamnesis, se centran en la responsabilidad que tiene el profesional en nutrición sobre la mejora de hábitos alimentarios y posibles conductas alimentarias. Para esto, se debe realizar un registro dietético actual y pasado. Con dicha información, el nutricionista debe guiar al paciente ya sea para hacer pequeños cambios en la selección de los alimentos, enseñándole sobre calidad y cantidad (porciones), o intentando que el paciente recupere sus señales de hambre y saciedad o bien, trabajando con el paciente si existe una mala relación con la comida o conductas restrictivas, para ir normalizando sus patrones alimentarios. Loria et al (2021) recomienda establecer con el paciente horarios de alimentación, con el propósito de evitar el ayuno. Asimismo, es importante que se ayude en controlar la recurrencia de los atracones y el sentimiento de culpabilidad que estos conllevan.

5.1.1.2 Dieta cetogénica muy baja en calorías y dieta cetogénica normal en calorías

Dos de los estudios emplean la dieta cetogénica como manejo nutricional para su población. Ambos son realizados en personas con TA y con síntomas de adicción a la comida. La cetogénica o “dieta keto”, se caracteriza por ser alta en grasa (hasta el 90% de energía total) y sumamente baja en carbohidratos. Hay diferentes prescripciones en la cantidad de grasas y proteínas, pero los carbohidratos siempre se mantienen en menos de 50 gramos diarios. Una dieta cetogénica puede ser normal, alta o baja en calorías, dependiendo si se desea mantener, subir o bajar de peso. (Gemmil et al., 2020) Una de las ventajas de la dieta cetogénica es que se previene que se aumente el apetito mientras se logra bajar de peso. (Rostanzo et al., 2021) En las dos investigaciones se prescribe una dieta con no más de 30 gramos de carbohidratos diarios, es decir, una dieta cetogénica. Sin embargo, hay algunas diferencias: en uno se promueve escoger alimentos de buena calidad, que no sean procesados y, preferiblemente,

integrales; se recomienda incluir vegetales y hortalizas y proteínas de origen natural, como pollo, huevos, carnes rojas. En el otro estudio, no hace referencia hacia la calidad de los alimentos, sin embargo, aclaran que no optan por proteínas de origen natural como en el caso anterior, sino que utilizan proteínas de suero aisladas. Otra de las diferencias son las calorías prescritas. En el estudio de Rostanzo et al (2021), (ver tabla 7, artículo #3), la dieta cetogénica solo brinda 1000 calorías diarias durante 5 a 7 semanas, a diferencia del estudio de (Carmen et al., 2020) les piden a los pacientes no contar calorías, sino que coman hasta estar satisfechos, siempre respetando los gramos de carbohidratos prescritos. Se aclara que los participantes consumían, al menos, 1200 calorías por día.

En relación a los resultados, ambos coinciden en que el 100% de sus poblaciones han logrado disminuir o eliminar síntomas del TA. Asimismo, sendos estudios logran una pérdida de peso en sus participantes y sin efectos adversos debido a la dieta asignada. Según Carmen et al (2020) hay poco conocimiento sobre los efectos que puede tener este tipo de dieta en personas con TA. Si bien algunos estudios dictaminan que las dietas restrictivas pueden aumentar los síntomas de TA, otros muestran todo lo contrario.

5.1.1.3 Dieta mediterránea

La dieta mediterránea se caracteriza por estar compuesta mayoritariamente de alimentos como frutas, verduras, legumbres, aceite de oliva (y todas las fuentes de grasas insaturadas), diferentes tipos de pescados y mariscos, cereales integrales y frutos secos. Además, se basa en una alimentación a base de productos frescos y no tanto procesados.(Urquiaga et al., 2017) Debido a los alimentos que incluye, se le asocia con efectos beneficiosos para la salud.

Por un lado, las frutas, vegetales y verduras no contienen colesterol, al ser de origen vegetal y, contienen fibra y minerales como potasio y magnesio, por lo que ayuda al control de la presión arterial, los picos de azúcar en sangre y, proporciona antioxidantes. Las legumbres, son ricas en carbohidratos complejos y fibra, la poca grasa que contienen es de tipo insaturada y, además, aportan proteína vegetal, vitaminas y antioxidantes. Los frutos secos, poseen grasas de tipo saludable, ayudando a la salud cardiovascular. Los cereales integrales son ricos en carbohidratos complejos y fibra, y se han visto que son beneficiosos para la salud en general, en especial la cardiovascular y la diabetes. Y, por último, el pescado y los mariscos aportan ácidos grasos poliinsaturados, como el omega-3, que se sabe que son beneficiosas para la salud cardiovascular. (Ros, 2015)

En el estudio realizado por Zaragoza et al (2016) en universitarios en España, valoraron la dieta mediterránea que éstos llevaban, así como posibles conductas compulsivas. De los 120 evaluados, 17 personas (14%) tenían TA. Esto lo pueden evaluar mediante el cuestionario “Binge Eating Scale” (BES). Con esta investigación, desean conocer el grado de adherencia que se tenía con la dieta mediterránea. (Dussaillant et al., 2016) confirma que este patrón alimentario se considera como uno de los que más benefician a la salud, según la evidencia científica, pues se ha estudiado a nivel preventivo, así como tratamiento para patologías, como el síndrome metabólico, la diabetes y enfermedades del corazón.

Por ende, en el estudio incluido en esta revisión sistemática, se obtiene como resultado que aquellos que padecen de TA, tienen una menor adherencia a la dieta. (Dussaillant et al., 2016) explica que la adherencia a la dieta mediterránea es un punto importante a evaluar, puesto que se ha demostrado que, si esta es alta, la dieta mediterránea puede funcionar como factor protector

para ciertas enfermedades como la diabetes; además, permite un mejor control metabólico y se ha asociado con un menor riesgo de padecer cáncer. Es decir, que las personas con TA valoradas en la investigación (Zaragoza et al., 2016) tiene un mayor riesgo de padecer estas enfermedades debido a la baja adherencia a la dieta mediterránea.

5.1.1.4 Alimentación consciente

El último de los manejos nutricionales utilizados por los artículos que cumplen con los criterios de inclusión es, la alimentación consciente, conocida, también, como atención plena o por su nombre en inglés, “mindful eating”. Este estudio, realizado por Díaz et al (2019), es desarrollado en adultos con TA o BN, quienes llevaron un taller completo de “atención plena”, el cual consistía en 8 sesiones que incluían desde meditaciones hasta enseñanzas de reconocimiento de señales de hambre y saciedad y emociones. También se enseña a comer prestando atención a todas las sensaciones que implica esta acción, como masticar, saborear, tragar.

El mindful eating se distingue por ser un tipo de alimentación que se centra en la consciencia de la persona, en qué siente al comer, las emociones, las sensaciones, los pensamientos. Además, se enfoca en conductas que se tienen al alimentarse y la manera en que se relaciona la persona con los alimentos. Se busca reactivar las señales de hambre y saciedad. (Moreno, 2021)

Esta práctica se utiliza para tratar temas alimentarios ya que ayuda a regular las emociones y estar más consciente de las sensaciones que se van sintiendo a la hora de comer. (Muñoz, 2017) Según (Raya, 2016) se ha encontrado que la alimentación consciente ayuda a mejorar problemas mentales como la depresión, trastornos por ansiedad, TCA, entre otras. No obstante, la evidencia

científica en este tipo de alimentación, es muy limitada, por lo que no existe, actualmente, un protocolo para llevarlo a cabo. (Moreno, 2021)

De acuerdo a los resultados encontrados en el estudio incluido en la revisión sistemática, los participantes lograron reactivar sus señales de hambre y saciedad, a estar más conscientes con sus emociones al alimentarse y lograron identificar ciertas emociones a la hora de comer o al escoger ciertos alimentos; en otras palabras, lograron modificar conductas alimentarias.

5.1.2 Comparación de los manejos nutricionales

Casi todos los manejos nutricionales encontrados tienen en común el hecho de que buscan reducir o eliminar los síntomas del TA, en especial, la recurrencia de los atracones. Sin embargo, difieren en la metodología empleada: unos buscan lograr este objetivo mediante educación nutricional, logrando cambiar hábitos y conductas alimentarias; otros, reducen carbohidratos; y, otros ayudan a la concientización de las emociones y señales fisiológicas del cuerpo.

Se debe tomar en cuenta, que, al ser tipos de estudios diferentes, también, los objetivos de cada investigación no eran iguales. Por ejemplo, el estudio de la dieta mediterránea, no tenía como meta el reducir dichos síntomas, sino, estudiar la adherencia a la dieta mediterránea.

Con respecto a la educación nutricional, al ser el que mayor número de publicaciones tiene como respaldo, y que, además, uno de éstos es basado en un consenso de profesionales de la nutrición, puede sugerirse que es el manejo nutricional para TA por excelencia. Sin embargo, al ser un tema que tiene muy pocos estudios científicos, son necesarios los otros tipos de estudios, puesto que se puede descubrir nueva información. Por ejemplo, gracias al estudio de la dieta mediterránea, se puede sugerir, que este tipo de alimentación podría reducir el riesgo de sufrir

TA, y, por lo tanto, utilizarse como un manejo nutricional preventivo de TA. Cabe aclarar, que faltan más estudios para poder confirmar dicha sugerencia.

Por otra parte, con respecto a los estudios de la dieta cetogénica, puede analizarse que, si bien, en ambos se obtienen resultados positivos en relación a los síntomas del TA, sería interesante conocer que tan sostenible es para los pacientes mantener este estilo de alimentación y, también, se debe indagar sobre el vínculo que podría crear la persona con los carbohidratos, ya que podría ser algo negativo si no se cuenta con suficiente educación nutricional, por lo que puede ser de importancia, entonces, la combinación de estos dos manejos nutricionales. De hecho, (Rostanzo et al., 2021) sugiere combinar una dieta cetogénica muy baja en calorías junto con terapia psicológica conductual.

Asimismo, se sugiere la importancia de la educación nutricional con la alimentación consciente. Ésta ayuda a que las personas logren descubrir sensaciones, emociones relacionadas a la comida, como miedo, estrés, ansiedad y a identificar conductas alimentarias negativas, las cuales se deben ir trabajando con los diferentes profesionales de la salud. El nutricionista puede educar al paciente para mejorar su relación con la comida, si fuera el caso. Dicho esto, puede concluirse que la educación nutricional debe ser la base de cualquier manejo nutricional que se emplee para una persona con TA, si se desea que los resultados sean sostenibles y duraderos.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Tras haber recopilado, resumido y analizado toda la información obtenida de los diferentes, se procede a presentar las conclusiones según los objetivos establecidos, para poder responder a la pregunta de investigación planteada.

Primeramente, se concluye que el manejo nutricional más utilizado y estudiado para el TA, es la educación nutricional, que busca cambiar hábitos alimentarios, corregir conductas alimentarias y, ayudar a la relación del paciente con la comida, de ser necesario, para reducir episodios de atracones.

Todos los artículos tienen fecha de publicación entre el 2016 al 2021. La mitad son en idioma inglés y la otra mitad en idioma español y, la mitad son tipo ensayo clínico experimental, mientras que el resto son publicaciones científicas teóricas. La mayoría son publicados en España y Estados Unidos, pero también se encuentran estudios en países como Brasil, Italia y Chile.

La población total es de 135 personas, siendo 27 personas (20%) los que tienen TA. La mayoría de los estudios fueron tanto en hombre como en mujeres (solo un estudio se hizo solo en mujeres), entre edades de 18 a 63 años. De los ensayos que presentan los IMC de la muestra, se puede concluir que la mayoría de las personas con TA de esta revisión sistemática tiene un IMC alto, lo que confirma la relación que existe del TA y la obesidad.

Por otro lado, con respecto a los manejos nutricionales, todos tienen características dietéticas muy diferentes, aunque la mayoría coincide en querer reducir la recurrencia de atracones, mediante diferentes metodologías: unos mediante educación nutricional, para brindarle herramientas al paciente para que logre cambiar sus hábitos alimentarios; otros, bajando

carbohidratos y/o calorías; y otro, aprendiendo a reconocer la señales de hambre y saciedad, y la emociones, para corregir conductas alimentarias.

No obstante, el 50% de los estudios elegibles, se centran en la educación nutricional como manejo nutricional. Además, cabe agregar que uno de estos artículos es realizado por varios profesionales especializados en esta área de la nutrición. Esto sugiere, que, aunque no se pueda medir el nivel de efectividad de éste, es el manejo más estudiado y empleado para este fin. Asimismo, aunque los otros estudios analizados, si presentaron resultados positivos y, brindan nueva información que puede ser útil en un futuro para establecer un protocolo más específico, siguen siendo muy pocos de cada uno para establecer el nivel de efectividad.

Por ende, se concluye que, aún falta mucha investigación científica en relación al manejo nutricional para TA en adultos. Si bien, se encuentran muchos estudios de tratamientos, la mayoría son de tipo psicológico o farmacológico, mas a nivel nutricional, la evidencia es sumamente limitada. Por lo tanto, aún no se puede determinar cuál es el mejor manejo nutricional para este fin. Sin embargo, puede decirse que la educación nutricional debería estar presente en cualquier tratamiento de nutrición, para garantizar que los cambios en los hábitos alimentarios tengan éxito por un tiempo prolongado y, evitar recaídas y complicaciones.

6.2 RECOMENDACIONES

A continuación, se presentan las recomendaciones que se consideran necesarias para futuras investigaciones en el tema:

1. Ampliar y ser más específicos en las pautas y recomendaciones nutricionales a seguir, para tratar el TA una vez brindada la educación nutricional.
2. Analizar los posibles efectos protectores que tiene la dieta mediterránea, ya que una alta adherencia a ésta disminuye el riesgo de sufrir TA.
3. Realizar más investigaciones sobre la dieta cetogénica y sus posibles efectos positivos sobre los síntomas de atracón. Asimismo, profundizar en el mecanismo de acción de esta para intentar explicar su posible éxito.
4. Llevar a cabo investigaciones de seguimiento, que permite conocer la sostenibilidad del manejo nutricional y la remisión de los síntomas, en pacientes con TA.
5. Protocolizar la alimentación consciente, ya que puede ser una buena técnica nutricional si se acompaña de otros manejos nutricionales.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (1995). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV). *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29. <https://doi.org/10.3109/00048679509064964>
- American Psychiatric Association (Ed.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Association.
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1999). *Sistema Costarricense de Información Jurídica*.
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=43655&nValor3=95259&strTipM
- Attia, E., & Walsh, T. (2020a). *Pica—Trastornos de la salud mental*. Manual MSD versión para público general. <https://www.msmanuals.com/es-cr/hogar/trastornos-de-la-%20salud-mental/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/pica>
- Attia, E., & Walsh, T. (2020b). *Trastorno por atracón—Trastornos de la salud mental*. Manual MSD versión para público general. <https://www.msmanuals.com/es-cr/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/trastorno-por-atrac%C3%B3n>
- Attia, E., & Walsh, T. (2020c). *Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos—Trastornos de la salud mental—Manual MSD versión para público general*. <https://www.msmanuals.com/es-cr/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/trastorno-por-evitaci%C3%B3n-restricci%C3%B3n-de-la-ingesta-de-alimentos>

- Attia, E., & Walsh, T. (2020d). *Trastorno por rumiación—Trastornos de la salud mental*. Manual MSD versión para público general. <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/trastorno-por-rumiacion>
- Baile, J. I. (2014). Binge Eating Disorder: Officially recognized as the new eating disorder. *Revista médica de Chile*, *142*(1), 128-129. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000100022>
- Benitez, A., Sánchez, S., Bermejo, M. L., Franco-Reynolds, L., García-Herraiz, M. A., & Cubero, J. (2019). Análisis del Riesgo de sufrir Trastornos Alimentarios en jóvenes universitarios de Extremadura (España). *Enfermería Global*, *18*(2), 124-143. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.2.313421>
- Carmen, M., Safer, D. L., Saslow, L. R., Kalayjian, T., Mason, A. E., Westman, E. C., & Sethi Dalai, S. (2020). Treating binge eating and food addiction symptoms with low-carbohydrate Ketogenic diets: A case series. *Journal of Eating Disorders*, *8*, 2. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-0278-7>
- Castro, A., & Ramírez, A. (2013). Prevalencia de manifestaciones del Trastorno por Atracón en adultos con sobrepeso y obesidad, Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, *22*(1), 20-26.
- Colegio de Profesionales de Nutrición de Costa Rica. (2019). *Día de acción por los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) – Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica*. <https://psicologiacr.com/dia-de-accion-por-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-tca/>

- Colegio de Profesionales de Nutrición de Costa Rica. (2020). *Conozca las diferencias entre Educación Nutricional, Asesoría Nutricional y Consulta Nutricional – Colegio de Profesionales en Nutrición de Costa Rica*. <https://cpncr.com/conozca-las-diferencias-entre-educacion-nutricional-asesoria-nutricional-y-consulta-nutricional/>
- Corona, J. (2016). Apuntes sobre métodos de investigación. *MediSur*, 14(1), 81-83.
- Cuadro, E., & Baile, J. I. (2015). Binge eating disorder: Analysis and treatment / El trastorno por atracón: Análisis y tratamientos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios / Mexican Journal of Eating Disorders*, 6(2), 97-107. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.001>
- Díaz, D., Cruzat, C., Jiménez, T., Martínez, P., Saravia, S., & Ulloa, V. (2019). *Mindfulness en el control del atracón, la perspectiva de un grupo de adultos chilenos*. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232019000100075
- Dussailant, C., Echeverría, G., Urquiaga, I., Velasco, N., & Rigotti, A. (2016). Evidencia actual sobre los beneficios de la dieta mediterránea en salud. *Revista médica de Chile*, 144(8), 990-997. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000800012>
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Contributions and limitations of DSM-5 from Clinical Psychology. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
- Erskine, H. E., & Whiteford, H. A. (2018). Epidemiology of binge eating disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(6), 462-470. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000449>

- Escandón-Nagel, N. (2016). Comparación entre personas con malnutrición por exceso, con y sin trastorno por atracón. *Nutrición Hospitalaria*, 33(6). <https://doi.org/10.20960/nh.428>
- Figueroa, J., & Cjuno, J. (2018). *Adicción alimentaria en Latinoamérica*. <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/ComunicacionesBreves/7171.act>
- Gabler, G., Olguín, P., & Rodríguez, A. (2017). Complicaciones médicas de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 893-900. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.09.003>
- García, A. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 110, 70-74.
- Gemmill, K., Rivero, D., & Dahl, W. J. (2020). Dietas populares: Dieta cetogénica. *EDIS*, 2020(5). <https://doi.org/10.32473/edis-fs416-2020>
- Giel, K. E., Schurr, M., Zipfel, S., Junne, F., & Schag, K. (2021). Eating behaviour and symptom trajectories in patients with a history of binge eating disorder during COVID-19 pandemic. *European Eating Disorders Review*, 29(4), 657-662. <https://doi.org/10.1002/erv.2837>
- Gómez, C., Palma, S., Miján-de-la-Torre, A., Rodríguez, P., Matía, P., Loria-Kohen, V., Campos-del-Portillo, R., Virgili-Casas, M. ^a-N., Martínez-Olmos, M.-Á., Mories-Álvarez, M.-T., Castro-Alija, M.-J., Martín-Palmero, Á., Gómez-Candela, C., Palma-Milla, S., Miján-de-la-Torre, A., Rodríguez-Ortega, P., Matía-Martín, P., Loria-Kohen, V., Campos-del-Portillo, R., ... Martín-Palmero, Á. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria:

- Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. *Nutrición Hospitalaria*, 35(2), 489-494. <https://doi.org/10.20960/nh.1819>
- Granje, J. M. M. (2018). Binge Eating Disorder (BED): Nutritional Prevention and Treatment. *Journal of Food and Nutritional Disorders*, 2018. <https://doi.org/10.4172/2324-9323.1000248>
- Grupo Nación GN S.A. (2017). *¿Es usted comedor compulsivo y no lo sabe?* El Financiero. <https://www.elfinancierocr.com/blogs/razones-de-peso/es-usted-comedor-compulsivo-y-no-lo-sabe/GJOIPHC3TBAKVHUFJWRGW7AXZM/story/>
- Guarda, M. (2018). *Trastornos de la conducta alimentaria. ¿Afectan menos a los hombres?* <https://itasaludmental.com/blog/link/63>
- Hay, P., & Morris, J. (2016). *Trastornos Alimentarios*. <https://cupdf.com/document/otros-trastornos-h-trastornos-alimentarios-h1-4-manual-de-alud-mental-infantil.html>
- Herman, A., & Bajaka, A. (2021). The role of the intestinal microbiota in eating disorders – bulimia nervosa and binge eating disorder. *Psychiatry Research*, 300, 113923. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113923>
- Hernández, J., & Ledón, L. (2018). *Comentarios sobre aspectos clínicos y epidemiológicos del trastorno por atracón*. 15.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Hilbert, A., Pike, K. M., Goldschmidt, A. B., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F.-A., Walsh, B. T., & Striegel Weissman, R. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research*, 220(1), 500-506. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.054>

- Iqbal, A., & Rehman, A. (2022). Binge Eating Disorder. En *StatPearls*. StatPearls Publishing.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551700/>
- Izydorczyk, B., & Sitnik, K. (2018). Sociocultural Appearance Standards and Risk Factors for Eating Disorders in Adolescents and Women of Various Ages. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2018.00429>
- Keski-Rahkonen, A. (2021). Epidemiology of binge eating disorder: Prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 525-531.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000750>
- Lacovino, J. M., Gredysa, D. M., Altman, M., & Wilfley, D. E. (2012). Psychological Treatments for Binge Eating Disorder. *Current psychiatry reports*, 14(4), 432-446.
<https://doi.org/10.1007/s11920-012-0277-8>
- Levine, K. (2019). *Binge Eating Disorder and the Nutrition Care Process*. 15.
- Leyrolle, Q., Cserjesi, R., Mulders, M. D. G. H., Zamariola, G., Hiel, S., Gianfrancesco, M. A., Rodriguez, J., Portheault, D., Amadiou, C., Leclercq, S., Bindels, L. B., Neyrinck, A. M., Cani, P. D., Karkkainen, O., Hanhineva, K., Lanthier, N., Trefois, P., Paquot, N., Cnop, M., ... Delzenne, N. M. (2021). Specific gut microbial, biological, and psychiatric profiling related to binge eating disorders: A cross-sectional study in obese patients. *Clinical Nutrition*, 40(4), 2035-2044. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.09.025>
- Loria, V., Campos del Portillo, R., Valero, M., Mories, M. T., Castro, M. J., Matía, M. P., & Gómez, C. (2021). *Protocolo de educación nutricional en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en el ámbito clínico y asistencial*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112021000400857

- Magallares, A. (2013). *Factores de riesgo sociales relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres*. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-05342013000100011&script=sci_abstract&tlng=es
- Mahan, L. K., & Raymond, J. L. (2017). *Krause. Dietoterapia* (14.^a ed.). Elsevier España. <https://books.google.com.py/books?id=9wVODgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Manterola, C., Quiroz, G., Salazar, P., & García, N. (2019). Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(1), 36-49. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.11.005>
- Marroquín, R. (2013). *Metodología de la investigación*. 26.
- Mauro, R. (2013). *Proyecto de graduación—Propuesta de un Programa de Prevención Primaria Universal para Trastornos de la Conducta Alimentaria en niñas y niños preadolescentes de 8-11 años en San José, Costa Rica, 2012—Resúmenes TFG Grado—ENu*. <http://www.nutricion.ucr.ac.cr/index.php/es/tfg/probar-tfg/266-proyecto-de-graduacion-propuesta-de-un-programa-de-prevencion-primaria-universal-para-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-en-ninas-y-ninos-preadolescentes-de-8-11-anos-en-san-jose-costa-rica-2012>
- Mayo Clinic. (2018a). *Trastorno por atracones: Diagnóstico y tratamiento*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/binge-eating-disorder/diagnosis-treatment/drc-20353633>

- Mayo Clinic. (2018b). *Trastornos de la alimentación—Síntomas y causas*.
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/eating-disorders/symptoms-causes/syc-20353603>
- Ministerio de Salud de Costa Rica, Instituto Costarricense de Investigación y enseñanza en nutrición y saludanza, Caja Costarricense del Seguro Social, Instituto Costarricense sobre Drogas, & Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2013). *Encuesta nacional de nutrición 2008-2009: Fascículo 6 Trastornos de la conducta alimentaria. 2008-2009*, 81.
- Montano, C. B., Rasgon, N. L., & Herman, B. K. (2016). Diagnosing binge eating disorder in a primary care setting. *Postgraduate Medicine*, 128(1), 115-123.
<https://doi.org/10.1080/00325481.2016.1115330>
- Montes, J. (2017). *Trastornos alimentarios: Criterios, vivencias y necesidades ante el abordaje dirigido a personas adolescentes en el Hospital Dr. Max Peralta Jiménez*.
<http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/8578>
- Morales, A., Gómes, A., Jiménez, B., Jiménez, F., León, G., Majano, A., Rivas, D., Rodríguez, M., & Soto, C. (2015). Trastorno por atracón: Prevalencia, factores asociados y relación con la obesidad en adultos jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 177-182. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.02.006>
- Moreno, M. del C. (2021). *Alimentación consciente en la consulta de nutrición*.
<https://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/110?locale-attribute=en>
- Muñoz, I. (2017). *Práctica de Mindfulness en trastornos de la conducta alimentaria a partir de un programa de educación para la salud*. 54.

- Núñez, P., Holst, I., & Campos, N. (2019). Socio-Demographic, Biopsychosocial and Lifestyle Behaviors Related with Eating Disorders of Children and Adolescents of Costa Rica. *Food and Nutrition Sciences*, 10(08), 1021. <https://doi.org/10.4236/fns.2019.108073>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *CIE-10*. <https://1library.net/document/ynmmmx1z-cie.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud*. Observatorio Vejez. <https://www.oissobservatoriovejez.com/publicacion/informe-mundial-sobre-el-envejecimiento-y-la-salud/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La Organización Mundial de la Salud (OMS) publica hoy su nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*. [https://www.who.int/es/news/item/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/es/news/item/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
- Pacanowski, C. R., Mason, T. B., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Crow, S. J., Wonderlich, S. A., & Peterson, C. B. (2018). Weight Change over the Course of Binge Eating Disorder Treatment: Relationship to Binge Episodes and Psychological Factors. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 26(5), 838-844. <https://doi.org/10.1002/oby.22149>
- Pietrabissa, G., Castelnovo, G., Jackson, J. B., Rossi, A., Manzoni, G. M., & Gibson, P. (2019). Brief Strategic Therapy for Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder: A Clinical and Research Protocol. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2019.00373>

- Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora, M., & Raich, R. M. ^a. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: Una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.
- Prado, J., & Salazar, Z. (2014). Validez y confiabilidad del Eating Attitudes Test en Costa Rica (2014). *Revista Costarricense de Psicología*, 33, 1-17.
- Ramos, F. (2020). Trastorno por atracón asociado a depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 18(4), 367-372. <https://doi.org/10.35366/97262>
- Raya, D. (2016). *Intervenciones basadas en mindfulness aplicadas a trastornos de la conducta alimentaria. Una revisión bibliográfica*. 57.
- Reed, G. (2012). *¿Qué es la CIE y por qué es importante en la psicología?* 12, 14.
- Rodríguez, I. (2018). *El atracón, un trastorno alimentario poco estudiado*. La Nación. <https://www.nacion.com/ciencia/salud/el-atracon-un-trastorno-alimentario-poco/R2TQBFKZKZF5JEWUASG3RF5MO4/story/>
- Rojas, C., Polanco, R., Montenegro, C., Morales, C., Rivano, N., Retamal, K., & Sepulveda, J. (2020). *Adicción a la comida: Una revisión sobre el concepto, sus características y medición*. 14, 142-151. <https://doi.org/10.7714/CNPS/14.1.214>
- Ros, E. (2015). La dieta mediterránea. *Mediterráneo económico*, 27, 123-137.
- Rostanzo, E., Marchetti, M., Casini, I., & Aloisi, A. M. (2021). Very-Low-Calorie Ketogenic Diet: A Potential Treatment for Binge Eating and Food Addiction Symptoms in Women. A Pilot Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12802. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312802>

- Urquiaga, I., Echeverría, G., Dussailant, C., & Rigotti, A. (2017). Origen, componentes y posibles mecanismos de acción de la dieta mediterránea. *Revista médica de Chile, 145*(1), 85-95. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872017000100012>
- Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: Una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica, 135*(11), 507-511. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>
- Valdés, M. I., Rodríguez, M. C., Cervantes, J. J., Camarena, B., Gortari, P. de, Valdés-Moreno, M. I., Rodríguez-Márquez, M. C., Cervantes-Navarrete, J. J., Camarena, B., & Gortari, P. de. (2016). Traducción al español de la escala de adicción a los alimentos de Yale (Yale Food Addiction Scale) y su evaluación en una muestra de población mexicana. Análisis factorial. *Salud mental, 39*(6), 295-302. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.034>
- Vargas, M. J. (2013). *Trastornos de la conducta alimentaria. Revista médica de Costa Rica y Centroamerica, 8*.
- Vargas, M. J. (2018). *Trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente: Factores relacionados con su detección y manejo integral. 162*.
- Zaragoza, A., Sánchez, M., & Ferrer, R. (2016). ¿Se relaciona el trastorno por atracón con la adherencia a la dieta mediterránea en estudiantes universitarios? *Nutrición Hospitalaria, 33*(6), 1385-1390. <https://doi.org/10.20960/nh.799>

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AN: Anorexia nerviosa

BES (por sus siglas en inglés): Escala de trastorno por atracón

BL: Bulimia

BN: Bulimia nerviosa

BWL (por sus siglas en inglés): Pérdida de peso conductual

CIE: Clasificación internacional de las enfermedades.

CPN: Colegio de Profesionales de Nutrición

DBT (por sus siglas en inglés): Terapia conductual dialéctica

DSM (por sus siglas en inglés): Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

HNN: Hospital Nacional de Niños

HNP: Hospital Nacional de Psiquiátrico

IMC: Índice de Masa Corporal

INCIENSA: Instituto Costarricense de Enseñanza e Investigación en Salud

IPT (por sus siglas en inglés): Psicoterapia interpersonal

OMS: Organización Mundial de la Salud

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses.

TA: Trastorno por Atracón

TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria

TCANE: Trastorno de la Conducta Alimentaria no especificado

TCC: Terapia cognitivo conductual

UCR: Universidad de Costa Rica

UNED: Universidad Estatal a Distancia

YFAS (por sus siglas en inglés): Escala de adicción de la comida de Yale

ANEXOS

ANEXO 1. Instrumento

#	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
#	Nombre del artículo	Año de publicación	Autor (es)	Idioma	País de publicación	Base de datos	Tipo de estudio	Tamaño de la muestra	Educativa de la muestra	Sexo de la muestra	Otras características de la muestra	Metodología	Manejo Nutricional	Síntesis de resultados	Efectividad	Observaciones	Eligibilidad	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		

ANEXO 2. Plan Piloto

#	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
#	Nombre del artículo	Año de publicación	Autor (es)	Idioma	País de publicación	Base de datos	Tipo de estudio	Tamaño de la muestra	Educativa de la muestra	Sexo de la muestra	Otras características de la muestra	Metodología	Manejo Nutricional	Síntesis de resultados	Efectividad	Observaciones	Eligible	
1	Binge Eating Disorders and the Nutrition Care Process	2019	Levin, K.	Inglés	Estados Unidos	Google Scholar	Trifásico	N/A	Sin especificar	Sin especificar	N/A	Recolección de información de diferentes publicaciones.	Manejo nutricional: asesoramiento actual, antropometría, bioquímica, diagnósticos actuales, registro dietético actual y pasado, estilo de vida. Con esta información, se describen metas con el paciente. Asimismo, es importante conocer el conocimiento que tiene el paciente en temas de nutrición, sus conductas alimentarias y si tiene algún alimento que le provocara náusea o vómito. Se utiliza la herramienta "Eating Attitudes Test" o "Socially Prescribed Perfectionism Scale" para conocer más sobre las conductas del paciente. También se puede utilizar la herramienta "The Binge Eating Disorder Screener - 7" para conocer los síntomas en adultos. La intervención nutricional se basa en la ingesta y en la educación y consumo nutricional. El objetivo es ir actualizando la ingesta de alimentos, eliminar conductas restrictivas y volarlas en la.	N/A	N/A	Indica una guía de cómo abordar ser la consulta nutricional, así como los objetivos del plan de alimentación.	Eligible	
2	Binge Eating Disorders (BED): Nutritional Prevention and Treatment	2018	Granje, J.	Inglés	Brasil	Google Scholar	Trifásico	N/A	Sin especificar	Sin especificar	N/A	Recolección de información de diferentes fuentes: PubMed, Scielo, SigloVeintiuno y Periódicos de Capes. Utilizaron palabras clave tales como: Binge Eating Disorder, BED, BED and nutrition, treatment, prevention.	La meta del manejo nutricional para YA es mejorar los hábitos alimentarios del paciente, disminuir la recurrencia de los atracones y mejorar la relación del paciente con la comida y su cuerpo. Se busca la pérdida de peso para aquellas con sobrepeso u obesidad. Asimismo, se busca que el paciente logre reconocer y/o reconocer los señales de hambre y saciedad. El nutricionista debería utilizar herramientas para la recolección de información en relación al consumo diario del paciente.	N/A	N/A	Indica los pasos a seguir para un manejo nutricional; promoción de hábitos alimentarios saludables, mejorar relación de los pacientes con la comida, e incluir con ciertas conductas que pueden conllevar a un subaprovechamiento de la comida, brindar estrategias dietéticas para que mantenga un peso saludable.	Eligible	
3	Very Low Calorie Ketogenic Diet: A Promising Treatment for Binge Eating and Food Addiction Symptoms in	2021	Romano, R., Marchetti, M., Cimini, L., Alessi, A.M.	Inglés	Italia	PubMed	Descriptivo	5	Mujeres de 18 Edad promedio: 36,4 años	Mujeres	Mujeres con síntomas de atracón o compulsión de adicción a la comida (según la escala "Binge Eating Scale and the Yale Food Addiction", en edad promedio de 36,4 años. Un IMC	Pacientes con adicción a la comida o síntomas de TA, se les pidió que seguir una dieta baja muy baja en calorías por 5-7 semanas (1000 kcal/día) o menos de 2g de CHD) y luego seguir una dieta baja en calorías por 11-21 semanas. Deben reportar síntomas que han tenido de TA o de adicción a la comida. Se les midió la composición corporal al inicio y al final de cada día. Para la adicción a la comida, se evaluó con la escala	Durante 5 a 7 semanas, siguieron una dieta cetogénica muy baja en calorías (1000 kcal) con un déficit de proteínas (17) y una dieta baja en calorías durante 11-21 semanas (7). La prescripción de la dieta cetogénica muy baja en calorías se realizó tras los resultados obtenidos de la composición	Los pacientes que siguieron durante 5-7 semanas una dieta cetogénica muy baja en calorías, no presentaron efectos adversos. Con esta dieta se vio una pérdida de peso por masa grasa, conservándose masa libre de grasa. En 11 hubo una pérdida de peso corporal entre 4,4% y 11,6%, en 22 fue de 7,3% y 12,4%. T1 es un	Presenta características de patología dietética que se	Eligible		

ANEXO 3. Artículos elegibles para esta revisión sistemática

Carmen, M., Safer, D. L., Saslow, L. R., Kalayjian, T., Mason, A. E., Westman, E. C., & Sethi

Dalai, S. (2020). Treating binge eating and food addiction symptoms with low-carbohydrate Ketogenic diets: A case series. *Journal of Eating Disorders*, 8, 2.

<https://doi.org/10.1186/s40337-020-0278-7>

Díaz, D., Cruzat, C., Jiménez, T., Martínez, P., Saravia, S., & Ulloa, V. (2019). *Mindfulness en el control del atracón, la perspectiva de un grupo de adultos chilenos.*

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232019000100075)

[15232019000100075](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232019000100075)

Gómez, C., Palma, S., Miján-de-la-Torre, A., Rodríguez, P., Matía, P., Loria-Kohen, V.,

Campos-del-Portillo, R., Virgili-Casas, M. ^a-N., Martínez-Olmos, M.-Á., Mories-

Álvarez, M.-T., Castro-Alija, M.-J., Martín-Palmero, Á., Gómez-Candela, C., Palma-

Milla, S., Miján-de-la-Torre, A., Rodríguez-Ortega, P., Matía-Martín, P., Loria-Kohen,

V., Campos-del-Portillo, R., ... Martín-Palmero, Á. (2018). Consenso sobre la

evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria. (2018).

Binge Eating Disorder (BED): Nutritional Prevention and Treatment.

[https://www.scitechnol.com/peer-review/binge-eating-disorder-bednutritional-](https://www.scitechnol.com/peer-review/binge-eating-disorder-bednutritional-prevention-and-treatment-xjDt.php?article_id=7591)

[prevention-and-treatment-xjDt.php?article_id=7591](https://www.scitechnol.com/peer-review/binge-eating-disorder-bednutritional-prevention-and-treatment-xjDt.php?article_id=7591)

Levine, K. (2019). *Binge Eating Disorder and the Nutrition Care Process*. 15.

Loria, V., Campos del Portillo, R., Valero, M., Mories, M. T., Castro, M. J., Matía, M. P., &

Gómez, C. (2021). *Protocolo de educación nutricional en el tratamiento de los*

trastornos de la conducta alimentaria en el ámbito clínico y asistencial.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112021000400857

Rostanzo, E., Marchetti, M., Casini, I., & Aloisi, A. M. (2021). Very-Low-Calorie Ketogenic Diet: A Potential Treatment for Binge Eating and Food Addiction Symptoms in Women. A Pilot Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12802. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312802>

Zaragoza, A., Sánchez, M., & Ferrer, R. (2016). ¿Se relaciona el trastorno por atracón con la adherencia a la dieta mediterránea en estudiantes universitarios? *Nutrición Hospitalaria*, 33(6), 1385-1390. <https://doi.org/10.20960/nh.799>

ANEXO 4. Declaración jurada

Yo Cristina Boza Rojas, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 115860861, egresado de la carrera de Nutrición Humana de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de este actor y debidamente aperecebido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura, juro solemnemente que trabajo de investigación titulado "Manejo nutricional para el trastorno por atracón en adulto: una revisión sistemática, 2016-2021", es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público.

En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 30 días del mes de marzo del año dos mil veintidós.

Nombre completo: Cristina Boza Rojas

Firma del estudiante: [Firma manuscrita]

Cédula: 115860861

ANEXO 5. Carta de aprobación tutora

San José, 1 de abril del 2022.

Carolina Brenes
Encargada de Tesis
Universidad Hispanoamericana

Estimada Carolina:

La estudiante CRISTINA BOZA ROJAS, cédula de identidad número 115860861, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado MANEJO NUTRICIONAL PARA EL TRASTORNO POR ATRACÓN EN ADULTOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA, 2016-2021, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Nutrición. En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por las postulantes, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINALIDAD DEL TEMA	10%	8%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	29%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	17%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	19%
	TOTAL	100	93

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,



Dra. Kathryn von Saalfeld Kostka
Número de cédula 1-0944-0530
Carné Profesional CPN 817-11

ANEXO 6. Carta de aprobación lectora

San José, 26 de abril 2022

Carolina Brenes
Carrera Nutrición
Universidad Hispanoamericana

Estimado Carolina:

La estudiante, CRISTINA BOZA ROJAS me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **“MANEJO NUTRICIONAL PARA EL TRASTORNO POR ATRACÓN EN ADULTOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA, 2016-2021”**, el cual ha elaborado para optar por el grado de licenciada en Nutrición.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación.

He verificado que se han hecho las modificaciones correspondientes a las observaciones indicadas. Por consiguiente, este trabajo cuenta con mi aval para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,



Dra. Paola Ortiz Acosta
801070272
CPN 661-10

ANEXO 7. Carta de autorización para la publicación total electrónica

BIBLIOTECA UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACIÓN

San José, 19 mayo 2022

Señores:
Universidad
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Cristina Boza Rojas con número de identificación 115860861 autor (a) del trabajo de graduación titulado *Manejo nutricional para el trastorno por atracón en adulto: revisión sistemática, 2016-2021*, como requisito para optar por el grado de Licenciatura en Nutrición Humana; Sí autorizo a la Biblioteca de la Universidad Hispanoamericana para que, con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,

C. Boza 115860861
Firma y Cédula de Identidad