

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TEMA:**

**Frecuencia del trastorno compulsivo alimentario en  
pacientes con obesidad atendidos en la Clínica del Hospital  
Teodoro Maldonado Carbo.**

**AUTORAS:**

**Martínez Ruíz, Darla Luisa  
Naranjo Fuentes, Wendy Stefania**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
Licenciada en Enfermería**

**TUTORA:**

**Lic. Muñoz Roca, Olga Argentina, Mgs.**

**Guayaquil, Ecuador**

**02 de mayo del 2025**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Martínez Ruíz, Darla Luisa** y **Naranjo Fuentes, Wendy Stefania**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**.

**TUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Lic. Muñoz Roca, Olga Argentina, Mgs.**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Lcda. Mendoza Vinces, Angela Ovilda, Mgs.**

**Guayaquil, a 02 del mes de mayo del año 2025**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Martínez Ruíz, Darla Luisa**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Frecuencia del trastorno compulsivo alimentario en pacientes con obesidad atendidos en la Clínica del Hospital Teodoro Maldonado Carbo** previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a 02 del mes de mayo del año 2025**

**LA AUTORA**

f.   
**Martínez Ruíz, Darla Luisa**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Naranjo Fuentes, Wendy Stefania**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Frecuencia del trastorno compulsivo alimentario en pacientes con obesidad atendidos en la Clínica del Hospital Teodoro Maldonado Carbo** previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a 02 del mes de mayo del año 2025**

**LA AUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Naranjo Fuentes, Wendy Stefania**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **Martínez Ruíz, Darla Luisa**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Frecuencia del trastorno compulsivo alimentario en pacientes con obesidad atendidos en la Clínica del Hospital Teodoro Maldonado Carbo**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a 02 del mes de mayo del año 2025**

**LA AUTORA:**

*Darla Martínez Ruíz*

f. \_\_\_\_\_

**Martínez Ruíz, Darla Luisa**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

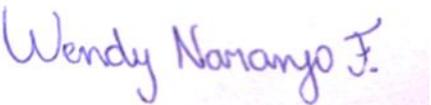
## **AUTORIZACIÓN**

**Yo, Naranjo Fuentes, Wendy Stefania**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Frecuencia del trastorno compulsivo alimentario en pacientes con obesidad atendidos en la Clínica del Hospital Teodoro Maldonado Carbo**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a 02 del mes de mayo del año 2025**

**LA AUTORA:**

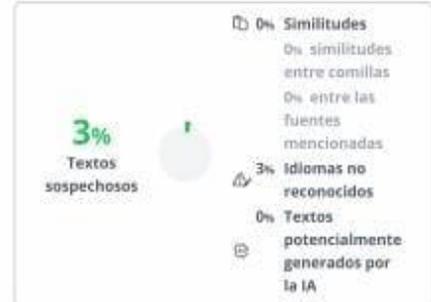
f.   
**Naranjo Fuentes, Wendy Stefania**

# REPORTE DE COMPILATIO



## Frecuencia del trastorno compulsivo alimetaryo en pacientes con obesidad atendidos en la clinica del hospital Teodoro Maldonado Carbo

tesis



Nombre del documento: Darla y Wendy.docx  
ID del documento: 2aeb599b6870d16a21a77fb1ff3cfd7ec13569e0  
Tamaño del documento original: 206,18 kB  
Autor: Wendy Naranjo Fuentes

Depositante: Wendy Naranjo Fuentes  
Fecha de depósito: 11/5/2025  
Tipo de carga: url\_submission  
fecha de fin de análisis: 11/5/2025

Número de palabras: 5248  
Número de caracteres: 36,254

Ubicación de las similitudes en el documento:

### Fuente considerada como idéntica

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	<b>Martínez - Naranjo.docx</b>   Frecuencia del trastorno compulsivo alimenta... #6d9fbc El documento proviene de mi biblioteca de referencias	100%		Palabras idénticas: 100% (5248 palabras)

### Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	<a href="https://www.clinicacta.com">www.clinicacta.com</a>   ¿Por qué suceden los atracones de comida?   Clínica CTA <a href="https://www.clinicacta.com/por-que-suceden-los-atracones-de-comida/">https://www.clinicacta.com/por-que-suceden-los-atracones-de-comida/</a>	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (52 palabras)
2	<a href="https://www.doi.org">www.doi.org</a>   Obesidad y trastornos de alimentación <a href="https://www.doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70294-8">https://www.doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70294-8</a>	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (27 palabras)

### Fuente con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	<a href="http://www.htmc.gob.ec">www.htmc.gob.ec</a> <a href="http://www.htmc.gob.ec/0080/jpu/btstream/123456789/308/1/PREVALENCIA%20DE%20OBESIDAD...">http://www.htmc.gob.ec/0080/jpu/btstream/123456789/308/1/PREVALENCIA DE OBESIDAD ...</a>	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (13 palabras)

f. \_\_\_\_\_  
Lic. Muñoz Roca, Olga Argentina, Mgs.

# AGRADECIMIENTO

Con profunda estima y reconocimiento, extendo mi más sincera gratitud a mi tutora de tesis la Lcda. Olga Muñoz. Su dedicación docente y su inestimable guía han sido pilares fundamentales en la dirección y enriquecimiento de esta investigación.

***Martínez Ruíz, Darla Luisa***

El principal agradecimiento a Dios quien me ha guiado y me ha dado la fortaleza para seguir adelante.

A todas las personas que han contribuido a la realización de esta tesis. A mi tutor de tesis, por su guía experta y apoyo constante. A mi familia, por su paciencia y motivación. A mis colegas y amigos, por sus consejos y colaboración. Gracias a todos por hacer posible este logro.

***Naranjo Fuentes, Wendy Stefania***

## DEDICATORIA

Lleno de regocijo, de amor y esperanza dedico mi tesis a mis queridos padres Karina Ruiz y Carlos Martínez quienes con amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mi el ejemplo de esfuerzo y valentía de, no temer a las adversidades porque Dios está con nosotros.

También dedico a mi adorable hijo Jean Lucas quien ha sido mi mayor motivación para nunca rendirme en los estudios y poder llegar a ser un ejemplo para él.

***Martínez Ruíz, Darla Luisa***

Dedico esta tesis a mis padres, quienes con su amor, sacrificio y apoyo incondicional me han llevado hasta este momento. Su dedicación y esfuerzo han sido mi mayor motivación para alcanzar este logro. Gracias por creer en mí y por ser mi fuente de inspiración.

***Naranjo Fuentes, Wendy Stefania***



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**LCDA. ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES**  
DIRECTORA DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**LCDA.MARTHA LORENA HOLGUIN JIMENEZ**  
COORDINADORA DEL ÁREA DE TITULACION

f. \_\_\_\_\_

**LCDA.MIRIAN MUÑOZ AUCAPIÑA**  
OPONENTE

# ÍNDICE

RESUMEN.....	XIV
ABSTRACT .....	XV
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO I.....	4
1.1. Planteamiento Del Problema .....	4
1.2. Preguntas De Investigación.....	6
1.3. Justificación.....	6
1.4. Objetivos .....	7
1.4.1. Objetivo General .....	7
1.4.2. Objetivos Específicos.....	7
CAPITULO II.....	8
2. Fundamentación conceptual .....	8
2.1. Antecedentes de la Investigación .....	8
2.2. Marco Conceptual .....	12
2.2.1. Trastorno alimentario compulsivo .....	12
2.2.2. Obesidad .....	19
2.2.3. Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem .....	25
2.3. Marco Legal .....	27
2.3.1. Constitución Nacional del Ecuador .....	27
CAPITULO III.....	28
3. Diseño de la investigación .....	28
3.1. Tipo de investigación.....	28
3.2. Diseño de investigación.....	28
3.3. Población .....	28
3.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	29
3.5. Procedimientos para la recolección de datos: .....	30
3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	30
3.7. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano. ....	30
3.8. Operacionalización de variables .....	31
De 60 años en adelante.....	31
CAPITULO IV .....	32

4. Presentación y análisis de resultados .....	32
5. Discusión .....	41
6. Conclusiones .....	44
7. Recomendaciones .....	46
ANEXOS .....	53

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables .....	31
Tabla 2. Distribución por rangos de edad .....	32
Tabla 3. Distribución por sexo .....	33
Tabla 4. Distribución por estado civil .....	34
Tabla 5. Distribución por nivel de instrucción .....	35
Tabla 6. Presencia de alteraciones psicológicas.....	36
Tabla 7. Distribución por grado de obesidad.....	37
Tabla 8. Desinhibición .....	38
Tabla 9. Restricción alimentaria.....	39
Tabla 10. Susceptibilidad al hambre .....	40

## RESUMEN

El trastorno alimentario compulsivo agrava la obesidad y deteriora la salud integral; cuantificar su frecuencia en ámbitos clínicos locales facilita intervenciones preventivas y terapéuticas oportunas, sustentadas en evidencia. **Objetivo:** Determinar la frecuencia del trastorno alimentario compulsivo en pacientes atendidos en la “Clínica de la obesidad” del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, 2024. **Metodología:** Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal; muestra probabilística de cuarenta adultos obesos atendidos marzo-abril 2025; cuestionario TFEQ para recolección; análisis porcentual con Excel y SPSS; seguimiento de principios bioéticos fundamentales. **Resultados:** La caracterización demográfica mostró predominio de pacientes de 26-35 años (35 %) y mujeres (53 %), solteros 42,5%, nivel universitario 55% y ausencia de diagnóstico psicológico en 90%. Respecto al peso, la totalidad presentó obesidad: tipo II 47,5%, tipo I 42,5% y tipo III 10%. En la dimensión de control consciente, 67,5% no logró abstenerse ante estímulos sensoriales atractivos, aunque 65% detuvo la ingesta al alcanzar la cuota calórica. Dentro de la desinhibición, 72,5% reportó hambre urgente y 77,5% ciclos reiterados de dietas fallidas, confirmando alternancia entre restricción y sobreconsumo. La susceptibilidad al hambre mostró que 45% sintió apetito casi siempre y 52,5% rara vez evitó postres pese a saciedad. En conjunto, 80% manifestó al menos un indicador de atracón emocional, y 61% reveló baja restricción global durante la jornada con pérdida de control nocturna. **Conclusión:** La frecuencia de conductas compulsivas confirma que el trastorno por atracón constituye problema relevante entre pacientes obesos evaluados.

**Palabras Clave:** *Obesidad; Trastorno por Atracón; Conducta Alimentaria; Cuestionarios; Factores de Riesgo.*

## ABSTRACT

Compulsive eating disorder worsens obesity and compromises overall health; quantifying its frequency in local clinical settings underpins timely, evidence-based preventive and therapeutic measures. **Objective:** To determine the frequency of binge-eating disorder among patients treated at the Obesity Clinic of Teodoro Maldonado Carbo Hospital, 2024. **Methodology:** Descriptive, quantitative, cross-sectional design; probabilistic sample of 40 obese adults seen March–April 2025; data gathered with the Three-Factor Eating Questionnaire; percentage analysis in Excel and SPSS; strict observance of fundamental bioethical principles. **Results:** Most participants were 26–35 years old (35%) and female (53%); 42.5% were single, 55% had university education, and 90 % lacked documented psychological diagnoses. All exhibited obesity: type II 47.5%, type I 42.5%, type III 10%. Concerning conscious control, 67.5% failed to resist enticing sensory cues, though 65% stopped eating upon reaching their caloric quota. In the disinhibition domain, 72.5% reported urgent hunger and 77.5% recurrent failed diets, evidencing oscillation between restriction and overeating. Hunger susceptibility revealed 45% felt almost constant appetite and 52.5% seldom skipped dessert despite satiety. Overall, 80 % displayed at least one emotional-eating indicator, and 61% showed low daytime restriction with nocturnal loss of control. **Conclusion:** The high prevalence of compulsive eating behaviors confirms binge-eating disorder as a significant concern among the obese patients studied.

**Keywords:** *Obesity; Binge-Eating Disorder; Eating Behavior; Questionnaires; Risk Factors.*

## INTRODUCCIÓN

El trastorno alimentario compulsivo constituye una afección grave caracterizada por episodios en los que la persona percibe que no puede detener la ingesta y consume cantidades muy superiores a las habituales. Tras el atracón suele surgir vergüenza, seguida de periodos en los que se intenta restringir la alimentación o reducirla de manera drástica (1).

Por otra parte, TCA es uno de los factores causantes de la obesidad que trae como consecuencia desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. Entre los cuadros de conducta alimentaria vinculados con obesidad predominan los trastornos no especificados, el trastorno por atracón, el síndrome de ingesta nocturna y la bulimia nerviosa.

En la mayoría de los casos, las personas que sufren trastornos por atracones no conocen las causas que han llevado al atracón de comida y mucho menos los impulsos de estos: una sensación intensa de hambre, un sentimiento de frustración o de aburrimiento. la necesidad de dejar de pensar en algo muy doloroso (2).

La importancia de este estudio radica en determinar con qué frecuencia se presenta el trastorno compulsivo alimentario en los pacientes con algún nivel de obesidad. Por otra parte, identificar cuál de los factores inmersos en el Cuestionario de la Alimentación (TFEQ) es de mayor porcentaje en los pacientes encuestados (3). Las conductas negativas hacia la alimentación suelen desarrollarse en la infancia o adolescencia, aunque también puede presentarse en la edad adulta como consecuencia de otras afecciones (4).

Un estudio reciente para determinar el origen de la aparición de estas conductas reveló que las conductas de afrontamiento ante este síndrome suelen ser de acuerdo con la capacidad o la influencia de otros factores que generan una mal adaptación frente a una situación a la que está expuesta un individuo (5).

Entre los factores de riesgo más relevantes se encuentran los factores psicosociales como alteraciones en la conducta o consecuencia de situaciones negativas que conducen a buscar una forma de modificar el

comportamiento, por ende, la adopción o modificación de buenos hábitos de alimentación es parte fundamental de la labor realizada por los profesionales de la salud en todos los niveles asistenciales (6).

El propósito de estudiar es determinar el comportamiento de la conducta sobre el trastorno de la alimentación en los pacientes con diagnóstico de obesidad en los pacientes atendidos en el Área de clínica del hospital (7) mediante el cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ) que determinará, la presencia de alteraciones en la conducta alimentaria compuesto por 51 ítems que se divide en dos partes, la primera parte son preguntas de falso y verdadero y la segunda parte consta de preguntas de puntuación basado en escala de Likert, este instrumento valora tres dimensiones del trastorno de alimentación compulsivo: Restricción alimentaria, desinhibición, susceptibilidad al hambre.

# CAPITULO I

## 1.1. Planteamiento Del Problema

Los trastornos de la conducta alimentaria agrupan cuadros en los que ideas negativas sobre comida, forma corporal y peso se acompañan de conductas como restricción de la ingesta, atracones, ejercicio excesivo, inducción del vómito o empleo de laxantes. Estas patologías comprometen la calidad de vida y pueden desencadenar complicaciones físicas y psiquiátricas incluso mortales. El artículo describe sus características, epidemiología y tendencias a partir de la literatura más reciente (8).

Durante las últimas décadas estos trastornos han adquirido relevancia sociosanitaria debido a su gravedad, complejidad y la dificultad para lograr diagnóstico y tratamiento precisos. Su origen es multifactorial: intervienen elementos genéticos, biológicos, rasgos de personalidad y presiones socioculturales, con mayor afectación en niñas y adolescentes aunque sin exclusividad etaria. El trastorno por atracón afecta al 2-5% de la población general y al 8-30% de las personas con obesidad, sobre todo cuando existen fluctuaciones de peso; predomina en mujeres, si bien entre un cuarto y un tercio de los casos corresponde a hombres (9).

Quienes padecen trastorno por atracón suelen relacionar los episodios con síntomas ansioso-depresivos, situaciones que generan elevado estrés o inestabilidad emocional. Una dieta extremadamente hipocalórica se ha reconocido como factor de riesgo, pues favorece la aparición de sobrepeso u obesidad en cuadros como el atracón o la bulimia; hasta 45% de los adolescentes con exceso de peso declara haber seguido regímenes estrictos antes de desarrollar estas alteraciones.

Los problemas de peso pueden preceder a prácticas dietéticas anómalas. Mujeres con obesidad y atracones tempranos presentaban sobrepeso hacia los 12 años e iniciaron dietas a los 14, evolucionando después hacia un trastorno por atracón. Algunos padres de niños con esta alteración señalan que el comienzo coincidió con la imposición de regímenes muy restrictivos (10).

Un estudio español de 2022 registró que los trastornos de la conducta alimentaria afectan sobre todo a mujeres jóvenes: anorexia nerviosa entre 0,1% y 2%, bulimia nerviosa entre 0,37% y 2,98% y trastorno por atracón entre 0,62% y 4,45%. En términos continentales, la prevalencia global se calcula en 2,2% en Europa, 3,5% en Asia y 4,6% en América. Además, se documenta una elevada coexistencia con depresión, ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno obsesivo-compulsivo y distintos cuadros de personalidad (11).

La escasa visibilidad física de estas alteraciones retrasa su reconocimiento clínico, pero sus repercusiones son profundas y comprometen la calidad de vida y pueden derivar en complicaciones potencialmente letales cuando no se identifican y tratan a tiempo (12). Los estudios transculturales muestran variaciones marcadas.

En China la prevalencia estimada es 1,05% para anorexia, 2,98% para bulimia y 3,58% para atracón. En África apenas se notifican casos de anorexia (< 0,1%), mientras que bulimia alcanza 0,87% y atracón 4,45%. En Latinoamérica las cifras son 0,1%, 1,16% y 3,53%, respectivamente. La interpretación requiere cautela: la validez diagnóstica resulta incierta cuando se aplican criterios DSM-5 en contextos con elevada desnutrición, por ejemplo, un índice de masa corporal inferior a 18,5 kg/m<sup>2</sup> es frecuente en el sur de Asia; y con patrones culturales que modulan la expresión de la enfermedad. Pese a la baja incidencia de anorexia en África y Latinoamérica, bulimia y atracón constituyen allí problemas de salud pública crecientes (13).

Según un estudio reciente realizado en varias provincias del Ecuador menciona que existen 18 personas de cada 100 que presentan trastornos relacionados con la alimentación, en una muestra de 8.000 personas en las que se registró que al menos 1.600 presentan factores de riesgo o prevalencia a desarrollar trastornos alimenticios debido a otras afecciones de salud mental (14).

Por otra parte, se necesita conocer que está ocurriendo con los pacientes atendidos en el hospital Teodoro Maldonado Carbo dado que, en el año 2023, se inauguró la “Clínica de la obesidad” donde se atienden a todos los

pacientes con diagnóstico de obesidad referidos de todas las instituciones del IESS del país.

## **1.2. Preguntas De Investigación**

- ¿Cuál es la frecuencia del trastorno compulsivo alimentario en pacientes atendidos en la Clínica de la obesidad del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, 2024?
- ¿Cuáles son las características demográficas de los pacientes con obesidad atendidos en la Clínica de la obesidad del hospital Teodoro Maldonado Carbo, 2024?
- ¿Cuáles son las dimensiones que mide el trastorno compulsivo alimentario, mediante el cuestionario de la Alimentación (TFEQ)?
- ¿Cuál es el grado de obesidad que sufren los pacientes con trastorno compulsivo alimentario, atendidos en la clínica de la obesidad

## **1.3. Justificación**

La selección del tema del presente estudio investigativo radica en la importancia del abordaje de los trastornos alimenticios desde la perspectiva de prevención, en el medio local no se presta atención a estos problemas que traen numerosas desventajas en la población siendo uno de los desencadenantes los trastornos de salud mental ya presentes que aumentan a medida que no se toma las medidas necesarias por parte de los organismos nacionales, el motivo de la realización del presente estudio se debe a que es un tema poco estudiado dando prioridad a otros problemas minimizando los problemas relacionados con la alimentación o normalizándolo en la sociedad actual (15).

El aporte de estudio para la comunidad científica contribuirá con datos sobre la frecuencia con la que se presenta el trastorno de alimentación compulsiva como principal objeto de estudio identificando los factores de riesgo con mayor énfasis en prevenir su aparición, motivando a nuevos investigadores a la profundización del tema y del desarrollo de nuevos estudios posteriores que refuercen la prevención de los trastornos alimentarios en los sectores más

vulnerables además de crear conciencia en la población sobre la importancia de la problemática en cuestión.

Se considera un estudio factible debido a la observación de casos en el área de consulta externa del lugar donde se llevará a cabo la recolección de datos, el tema es viable por sus características y la importancia que genera el estudio de esta problemática es relevante a nivel educativo para continuar efectuando acciones que favorezcan buenos hábitos alimenticios en los ciudadanos.

Los beneficiarios que acepten participar de forma voluntaria podrán conocer si tienen predisposición a sufrir trastornos de alimentación de manera que puedan actuar a tiempo como forma de prevenir nuevos problemas de salud, adoptar medidas de buenos hábitos de salud que fortalezcan el consumo de alimentos saludables y crear conciencia en las nuevas generaciones sobre el impacto que dejan los problemas alimenticios que en muchos casos afectan el rendimiento de los usuarios e incluso pueden producir el fallecimiento de la persona.

#### **1.4. Objetivos**

##### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar la frecuencia del trastorno alimentario compulsivo en pacientes atendidos en la “Clínica de la obesidad” del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, 2024.

##### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Describir las características demográficas de los pacientes con obesidad atendidos en la “Clínica de la obesidad” del hospital Teodoro Maldonado Carbo, 2024.
- Identificar las dimensiones que mide el trastorno compulsivo alimentario, mediante el cuestionario de la Alimentación (TFEQ).
- Establecer el grado de obesidad que sufren los pacientes con trastorno compulsivo alimentario, atendidos en la clínica de la obesidad

## CAPITULO II

### 2. Fundamentación conceptual

#### 2.1. Antecedentes de la Investigación

Eik-Nes (16) desarrollaron un estudio cuyo objetivo consistió en evaluar la factibilidad de una intervención grupal psicoeducativa denominada “People need People” (PnP), dirigida a personas adultas con obesidad y trastorno por atracón comórbido. La investigación adoptó un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, con una muestra conformada por 42 participantes, de los cuales el 85,7% fueron mujeres y el 14,3% contaban con antecedentes de cirugía bariátrica. Durante un programa de diez semanas con sesiones grupales de tres horas cada una, todos los participantes completaron la intervención sin abandonos ni eventos adversos. Al inicio se observó sobrevaloración del peso y la forma corporal en 92,7%, sentimientos de vergüenza en 90,2% y experiencias adversas en la infancia en 57,5%. Un 45% mostró alexitimia elevada y 71,1% refirió discrepancias entre su imagen percibida e ideal. En conclusión, el programa demostró ser factible, mejorando la calidad de vida y reduciendo la frecuencia de los episodios de atracón.

Minari et al. (17) tuvieron la finalidad de analizar el impacto del mindful eating (ME) en los episodios de atracones, la insatisfacción con la imagen corporal, la calidad de vida, los hábitos alimentarios y los parámetros antropométricos en pacientes con obesidad y trastorno por atracón. Se trató de una investigación cuantitativa, prospectiva, longitudinal y experimental, que incluyó una muestra de 82 pacientes adultos diagnosticados con obesidad ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) y trastorno por atracón, quienes participaron en ocho encuentros individuales semanales. Los resultados evidenciaron reducciones estadísticamente significativas en el peso corporal, que disminuyó de una mediana de 98 kg (RIC: 101,3–95) a 95 kg (RIC: 99–91), y en el índice de masa corporal, que pasó de  $38,9 \text{ kg/m}^2$  (RIC: 40,2–33,4) a  $36,3 \text{ kg/m}^2$  (RIC: 38–31), ambos con  $p < 0,0001$ . Asimismo, la circunferencia de cintura descendió de 103,5 cm (RIC: 110–91) a 100,5 cm (RIC: 107–89),  $p < 0,0001$ . En conclusión, la práctica de ME se asoció con una mejora significativa en los parámetros antropométricos, la reducción de la frecuencia de los atracones y

una mayor satisfacción con la imagen corporal y la calidad de vida en el corto plazo.

Carbone et al. (18) efectuaron una indagación con la finalidad de analizar la relación existente entre la adicción a la comida, el trastorno por atracón y la obesidad mediante un análisis de redes. La investigación siguió un enfoque cuantitativo, de corte transversal, y se aplicó en una muestra integrada por 303 pacientes adultos, de los cuales 151 presentaban diagnóstico de trastorno por atracón y 152 tenían obesidad sin comorbilidad psiquiátrica mayor. Los resultados evidenciaron que el 68,2% de los pacientes con trastorno por atracón mostraron puntuaciones positivas en la escala de adicción a la comida (YFAS 2.0), mientras que en el grupo con obesidad dicha proporción fue del 21,0%. Asimismo, el análisis de redes identificó al trastorno por atracón y la depresión como los nodos centrales en cada grupo respectivamente, observándose una conexión intensa entre la adicción a la comida y el trastorno por atracón en el primer grupo, mientras que en los pacientes con obesidad la depresión explicó las asociaciones más relevantes con los comportamientos alimentarios patológicos. En síntesis, los autores concluyeron que la adicción a la comida representa un constructo diferenciado en personas con obesidad y con trastorno por atracón, lo que implica diversas consideraciones para su abordaje terapéutico y preventivo.

Jebeile et al. (19) llevaron a cabo una revisión sistemática con metaanálisis que tuvo como fin explorar los cambios en el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria durante intervenciones de manejo conductual del peso en adultos con sobrepeso u obesidad. Un metaanálisis de 49 ensayos aleatorizados, que reunió a 6 337 adultos (81% mujeres, 22-60 años), evaluó programas de control ponderal de cuatro semanas a 18 meses con seguimientos de hasta tres años. La integración de los resultados indicó una reducción moderada del riesgo global de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria ( $g = -0,27$ ; IC 95%:  $-0,36$  a  $-0,17$ ) y un descenso más pronunciado en los episodios de atracón ( $g = -0,66$ ; IC 95%:  $-0,76$  a  $-0,56$ ); ambas tendencias se conservaron durante el seguimiento. Sin embargo, en una fracción pequeña de los participantes (0%-6,5%) aparecieron síntomas

nuevos. En conjunto, los programas de control conductual del peso dirigidos a adultos con sobrepeso u obesidad se vinculan con una disminución intermedia del riesgo de trastornos alimentarios, aunque resulta aconsejable mantener un seguimiento periódico en quienes muestran mayor vulnerabilidad.

Aloi et al. (20) realizaron un estudio con el propósito de identificar diferentes perfiles clínicos de adicción a la comida en personas con obesidad, con y sin trastorno por atracón, utilizando un análisis de clases latentes. En un estudio transversal con 307 adultos obesos (152 con atracón y 155 sin ese diagnóstico) se aplicaron instrumentos sobre adicción a la comida, psicopatología alimentaria, depresión, desregulación emocional y alexitimia. El análisis de clases latentes descubrió cinco perfiles: sin indicios de adicción (40,4 %), dificultades interpersonales (7,2 %), adicción con desempeño alto (19,5 %), adicción plena (12,7 %) y un patrón intermedio no especificado. Cerca del 90 % de los individuos con trastorno por atracón se agrupó en los estratos más graves, con puntuaciones elevadas en sintomatología alimentaria y desregulación emocional. Identificar estos patrones facilita la planificación de intervenciones clínicas más ajustadas y oportunas.

Reents y Pedersen (21) en un artículo que buscó comparar los niveles de trastorno alimentario en personas con obesidad, con y sin diagnóstico de craving por atracón, mediante un paradigma de reactividad a estímulos alimentarios. Se trató de una investigación cuantitativa, de tipo transversal y experimental, que incluyó una muestra de 70 participantes adultos, divididos en dos grupos: 34 pacientes con obesidad y trastorno por atracón, y 36 con obesidad sin este diagnóstico. Se aplicaron instrumentos que midieron el deseo imperioso de comer como rasgo persistente y como estado inmediato, además de registrar la reacción ante imágenes de alimentos hipercalóricos. El conjunto con trastorno por atracón obtuvo puntuaciones considerablemente más altas en craving en la línea de base ( $M = 38,12$ ;  $DE = 13,85$ ) y tras la exposición ( $M = 46,15$ ;  $DE = 13,67$ ) frente a los participantes obesos sin atracón ( $p < 0,001$ ), señal de una vulnerabilidad pronunciada tanto basal como inducida.

Canals y Arija-Val (22) realizaron un estudio con el propósito de describir los principales factores de riesgo y se examinaron las iniciativas dirigidas a prevenir los trastornos de la conducta alimentaria mediante una revisión sistemática centrada en factores de riesgo y acciones destinadas a mitigarlos, señaló que la insatisfacción corporal es el predictor más constante, sobre todo en adolescentes mujeres; baja autoestima y afecto negativo intensifican esa percepción distorsionada, reforzando la probabilidad de conductas alimentarias desadaptativas. Asimismo, se identificó que la presión social y el uso excesivo de redes sociales agravan el riesgo, así como la práctica de deportes o profesiones donde la imagen corporal tiene un valor central. Entre los hallazgos relevantes, se indicó que los programas de prevención más eficaces se orientan a mujeres jóvenes en educación secundaria, basándose en enfoques cognitivo-conductuales, incluyendo componentes de alfabetización mediática, promoción de la aceptación corporal y educación nutricional. En conclusión, se requiere el desarrollo de programas innovadores dirigidos a varones, adultos y niños pequeños para mejorar la prevención de los TCA.

Arija-Val et al. (1) realizaron un estudio cuyo propósito consistió en describir las características, la epidemiología y las tendencias actuales de los TCA a partir de la revisión sistemática de literatura científica reciente. La investigación se enmarcó en un enfoque cuantitativo, de tipo revisión sistemática, sin establecer una muestra poblacional específica. Los resultados evidenciaron que los TCA afectan principalmente a adolescentes y adultos jóvenes, con prevalencias superiores en mujeres (anorexia nerviosa 0,1-2%, bulimia nerviosa 0,37-2,98% y trastorno por atracón 0,62-4,45%). A nivel continental, la prevalencia estimada fue del 2,2% en Europa, del 3,5% en Asia y del 4,6% en América. Además, se identificó una elevada comorbilidad con trastornos psiquiátricos como depresión, ansiedad, déficit de atención e hiperactividad, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos de la personalidad. Los trastornos de la conducta alimentaria siguen constituyendo un desafío sanitario mundial; su detección temprana y su manejo integral merecen prioridad en cualquier entorno asistencial.

García et al. (23) exploraron la relación entre trastornos alimentarios y estrés en población universitaria mediante un estudio descriptivo cuantitativo. Hallaron una prevalencia elevada, con predominio femenino cercano a 90%. Entre los factores asociados destacaron la presión social por una imagen corporal ideal, perfeccionismo, baja autoestima y autoexigencia académica. Los universitarios expuestos a altos niveles de estrés mostraron mayor riesgo de anorexia y bulimia, junto con complicaciones fisiológicas (desequilibrios hidroelectrolíticos, rabdomiólisis) y repercusiones psicológicas como ansiedad, depresión e ideación suicida. Los autores enfatizaron la conveniencia de estrategias preventivas y terapéuticas adaptadas al contexto académico y psicosocial.

Terreros (24) evaluó la efectividad de la terapia cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa de tipo restrictivo mediante una revisión sistemática. La intervención redujo episodios de atracón, purgas y otras conductas compensatorias en aproximadamente seis de cada diez participantes, favoreció una mejor percepción corporal en casi la mitad y disminuyó impulsividad junto con desregulación emocional. La incorporación de apoyo familiar y sesiones psicoeducativas mejoró la permanencia en el tratamiento, observación que sugiere la conveniencia de programas transdisciplinarios mantenidos a largo plazo. De este modo, la terapia cognitivo-conductual se confirma como recurso valioso frente a la bulimia nerviosa siempre que incluya seguimiento prolongado.

## **2.2. Marco Conceptual**

### **2.2.1. Trastorno alimentario compulsivo**

El trastorno alimentario compulsivo se caracteriza por episodios repetitivos de ingesta excesiva acompañados de imposibilidad para regular dichos comportamientos. En la bibliografía especializada se describe su origen vinculado con procesos de ansiedad o depresión, además de mecanismos de recompensa que involucran neurotransmisores dopaminérgicos y serotoninérgicos (1).

Estas conductas suelen incluir una urgencia incontrolable al ingerir gran cantidad de alimentos, seguida de malestar o arrepentimiento. Además, el diagnóstico se ha sistematizado a través de manuales internacionales que examinan la intensidad y frecuencia de los atracones; por lo tanto, es conveniente una perspectiva multidisciplinaria que incorpore factores fisiológicos, psicológicos y sociales con la intención de explicar el inicio y persistencia de esta condición (25).

#### ***2.2.1.1. Fisiopatología***

Las vías neuronales asociadas con recompensa y respuesta al estrés muestran disfunciones, y neuropéptidos que regulan el apetito participan de forma destacada. La modulación de sistemas opioides en respuesta a alimentos ricos en azúcares y grasas facilita la repetición de episodios compulsivos debido a reforzadores positivos y negativos (26).

Asimismo, el hipotálamo, la amígdala y diversas áreas corticales regulan la conducta alimentaria por medio de mecanismos de retroalimentación hormonal que incluyen la leptina, la grelina y otras hormonas asociadas al apetito. Cuando surgen anomalías en estas vías, se observa mayor susceptibilidad a la ingesta descontrolada, incrementando el riesgo de problemas metabólicos y de alteraciones psiquiátricas (26).

#### ***2.2.1.2. Factores de riesgo***

Los componentes genéticos en el trastorno alimentario compulsivo son por heredabilidad y diversos polimorfismos vinculados con la regulación dopaminérgica y serotoninérgica. Diversa evidencia ha descrito polimorfismos genéticos ligados a impulsividad elevada y a una menor capacidad para contener la ingesta (27).

En cuanto a las alteraciones neuroquímicas, se presenta desbalance en los sistemas de neurotransmisores que potencia la búsqueda de sensaciones placenteras a través de la comida, favoreciendo la posibilidad de episodios compulsivos. Además, se han hallado patrones de funcionamiento atípicos en receptores hormonales y neuropéptidos que modifican la homeostasis del hambre y la saciedad (27).

Adicionalmente, el entorno familiar ejerce un impacto en la formación de conductas alimentarias y en la tendencia a desarrollar atracones. Patrones de interacción caracterizados por tensión emocional o hábitos alimenticios desorganizados, junto con poca contención afectiva, fortalecen la predisposición a crisis de ingesta desmedida (27).

Por otra parte, en el ámbito sociocultural, la presión por corresponder a estándares estéticos y la alta disponibilidad de alimentos ultra procesados acentúan el problema. Además, se identifican factores asociados a la imagen corporal y a la validación social de la delgadez que promueven comportamientos alimentarios disfuncionales, ocasionando ciclos de restricción y atracón que intensifican la conducta compulsiva (28).

De igual forma, el incremento de episodios de ingesta compulsiva ha sido correlacionado con estados de ansiedad o depresión, así como con la percepción de descontrol al comer. Esta tendencia suele relacionarse con la búsqueda de alivio inmediato ante emociones intensas, mientras se desatienden las consecuencias posteriores (28).

Aunado a lo anterior, las conductas repetitivas y la dificultad para modificar la acción alimentaria reflejan procesos de aprendizaje reforzados por culpa y vergüenza. De esta manera, la persona entra en una dinámica caracterizada por fluctuaciones entre la compulsión y la restricción, obstaculizando la ruptura de dicho ciclo y afectando de manera progresiva la salud global (28).

### **2.2.1.3. Diagnóstico**

Involucra la identificación de episodios recurrentes de ingesta excesiva que se presentan junto con una sensación persistente de pérdida de control. La evaluación clínica contempla la frecuencia y la magnitud de los atracones, así como la angustia asociada antes, durante o después de estos episodios. Además, la exploración sistematiza patrones alimentarios, estados emocionales y posibles fluctuaciones del peso corporal, y en ciertos casos incluye instrumentos estandarizados orientados a evidenciar los criterios que caracterizan la conducta compulsiva (29).

Asimismo, la detección también considera la revisión de síntomas coincidentes con otros trastornos de la conducta alimentaria. En la práctica diagnóstica se confirma primero la ausencia de purgas sistemáticas y, al mismo tiempo, se revisa el contexto general del paciente, incluida su impulsividad y cualquier comorbilidad psiquiátrica. En la práctica profesional, se revisan datos sobre estilo de vida, antecedentes de variaciones del apetito, circunstancias vitales y factores que propician la hiperfagia, con la finalidad de perfilar un diagnóstico preciso (29).

#### **2.2.1.4. Signos y síntomas**

Las personas con este trastorno suelen describir episodios de atracón caracterizados por la ingesta de volúmenes elevados de alimentos en cortos intervalos de tiempo. A menudo, experimentan incomodidad física y malestar psíquico tras la sobrealimentación, acompañados de sentimientos de vergüenza o de culpa. Estas sensaciones generan un ciclo repetitivo de atracones que agudiza la sintomatología y puede limitar la calidad de las relaciones sociales (30).

Otro signo frecuente radica en la desconexión progresiva con las señales fisiológicas de hambre y saciedad, lo que conlleva a comer en ausencia de necesidad real y, en ocasiones, a ingerir comida de manera rápida. El patrón puede agruparse con estados emocionales inestables, como angustia, ansiedad o irritabilidad, que a veces aparecen antes del episodio de atracón (30).

Además, pueden registrarse variaciones notorias en el índice de masa corporal, debido a la persistencia de episodios compulsivos. La relación con la imagen corporal se ve comprometida, y la persona suele presentar baja autoestima o conductas evitativas en espacios sociales donde se exponen hábitos alimentarios. Estas expresiones clínicas se vuelven más intensas conforme transcurre el trastorno sin el control apropiado (30).

#### **2.2.1.5. Tratamiento**

El abordaje incluye modalidades de psicoterapia individual o grupal con la finalidad de desarrollar estrategias de manejo de impulsos y de regulación

emocional. La terapia cognitiva-conductual procura reformular las interpretaciones erróneas que perpetúan la sucesión de episodios de atracón. Se trabaja en la identificación de factores desencadenantes, de modo que se puedan proponer respuestas adaptativas ante la urgencia por comer (31).

Desde la perspectiva farmacológica, en algunos casos se considera el uso de agentes que actúan sobre neurotransmisores implicados en la conducta compulsiva. Dichas medicaciones buscan estabilizar la predisposición a atracones, sin dejar de lado la necesidad de supervisión clínica. Por tanto, la terapia farmacológica se combina con acompañamiento psicológico y pautas de reeducación alimentaria que se ajustan a cada caso (31).

La educación nutricional reviste relevancia, en estos casos, se diseña un plan alimentario equilibrado que alivie la tensión psicológica asociada a la ingesta. Las intervenciones promueven la planificación de comidas y el seguimiento periódico de la evolución, con el propósito de afianzar cambios a largo plazo. Además, se incentivan programas de apoyo y herramientas de autocuidado para optimizar la adhesión y el bienestar personal (31).

#### **2.2.1.6. Complicaciones**

Entre las complicaciones se incluyen alteraciones metabólicas, hipertensión arterial y dislipidemias que incrementan el riesgo de enfermedades cardiovasculares. El deterioro nutricional también puede surgir, aun cuando la persona presente un exceso de peso, debido a la ingesta desequilibrada de macro y micronutrientes, lo cual distorsiona la función orgánica (32).

Por otra parte, en el plano psicológico, se reconocen dificultades asociadas a la autoestima, la imagen corporal y la relación con el entorno. Dichas complicaciones incrementan la probabilidad de aislamiento social y trastornos afectivos, fomentando un círculo vicioso en el que la culpa o la vergüenza amplifican el comportamiento impulsivo y la persistencia de atracones (33).

### **2.2.1.7. Dimensiones del trastorno alimentario compulsivo**

#### **2.2.1.7.1. Control consciente de la conducta alimentaria**

Hace referencia a la capacidad reflexiva que permite moderar la ingesta de alimentos al identificar y manejar impulsos vinculados con el hambre, la saciedad y los estados anímicos. Cuando se activa de manera funcional, la persona evalúa la necesidad real de consumir alimentos y discrimina si el estímulo proviene de un requerimiento fisiológico o de una respuesta emocional aprendida. Este tipo de control se forma a partir de mecanismos neurocognitivos que seleccionan conductas apropiadas, con base en valores, creencias y experiencias pasadas que modulan las reacciones frente a la comida (34).

Aunque este control consciente puede variar entre individuos, se han observado factores que fortalecen su desarrollo, como la aptitud para reconocer señales internas y el autocontrol ante estados de tensión o ansiedad. También influye la capacidad de juicio reflexivo, lo cual permite tomar determinaciones prudentes en momentos de abundancia alimentaria, incluso si persiste el deseo de comer en exceso. Relacionado con estos aspectos, el control consciente involucra la habilidad de planificar comidas y establecer normas personales dirigidas a mantener una ingesta equilibrada (34).

En el trastorno alimentario compulsivo, el control consciente se ve deteriorado, generando pugnas constantes entre la razón y la urgencia de comer sin moderación. Esta disminución propicia la costumbre de comer de forma automática, sin estimar las consecuencias inmediatas. Aun cuando la persona reconozca el riesgo que representan los atracones, el impulso supera la intención de moderar la conducta. Con el transcurso del tiempo, este desequilibrio afianza un patrón repetitivo que entorpece la restauración de un control voluntario y reflexivo en la dieta habitual (34).

#### **2.2.1.7.2. Desinhibición**

Implica la pérdida momentánea de restricciones establecidas y conlleva un incremento notorio en la cantidad de alimentos consumidos de forma no

planificada. Este fenómeno se relaciona con la atenuación de la autocensura en el comportamiento alimentario, que puede aparecer ante estímulos externos tentadores o frente a situaciones de tensión emocional. Durante estos episodios, la persona siente un impulso que desborda los parámetros establecidos para la moderación y se deja llevar por la urgencia de ingerir grandes volúmenes de comida (35).

La ruptura del límite autoimpuesto surge de procesos psicológicos y fisiológicos que involucran respuestas de refuerzo, incrementando el placer inmediato asociado a la comida. Conforme estas experiencias se repiten, la persona fortalece la asociación entre el estímulo y la recompensa, lo cual dificulta la recuperación de un control deliberado. Asimismo, la impulsividad, el rasgo de desinhibición conductual y la inestabilidad afectiva actúan de manera conjunta para debilitar cualquier medida de contención alimentaria (35).

En el contexto del trastorno alimentario compulsivo, la desinhibición se evidencia por episodios de ingestión calórica elevada, incluso en circunstancias donde la persona ha establecido metas claras para la alimentación diaria. Estos momentos reflejan la alteración del autocontrol ante factores desencadenantes, como la oferta de alimentos muy atractivos o el incremento de la angustia psicológica. Con el paso del tiempo, se intensifica la conducta de atracones, mientras disminuye la confianza en las propias facultades de restricción alimentaria (35).

#### **2.2.1.7.3. Susceptibilidad al hambre**

La susceptibilidad al hambre se entiende como la tendencia a sentir apetito con facilidad, incluso ante señales internas o externas leves que remiten a la ingesta de alimentos. Esta inclinación está relacionada con sistemas de regulación del apetito cuyo umbral de activación es más bajo, lo que permite que la persona experimente urgencia por comer en momentos que no se asociarían con necesidad fisiológica. Dentro del trastorno alimentario compulsivo, esta vulnerabilidad incrementa la probabilidad de que surjan episodios de atracón con mayor frecuencia (36).

Se considera que la sensibilidad ante señales de hambre puede verse influida por factores hormonales, como alteraciones en leptina o grelina, así como por patrones de respuesta emocional que potencian el deseo de comer durante estados ansiosos. Por ende, el individuo percibe un estado acrecentado de apetito, aunque la ingesta previa haya sido cuantitativamente suficiente. Esta predisposición se conjuga con otros factores, tales como la inclinación a comer de manera impulsiva ante estímulos que ofrecen recompensas inmediatas (36).

La susceptibilidad al hambre se plasma también en el ámbito subjetivo, puesto que el individuo mantiene una atención excesiva hacia sensaciones internas vinculadas con el apetito. Este enfoque propicia que cualquier discomfort leve se interprete como señal de comer, reforzando de forma repetitiva la búsqueda de ingestas copiosas. A largo plazo, aumenta la dependencia de la comida, y la persona encuentra mayores obstáculos para distinguir entre necesidad fisiológica y dimensión emocional, intensificando la frecuencia de episodios compulsivos (36).

### **2.2.2. Obesidad**

La obesidad se considera un fenómeno complejo caracterizado por el almacenamiento excesivo de tejido adiposo. Se desencadena cuando el aporte calórico diario supera el gasto energético durante periodos prolongados, lo cual culmina en incrementos progresivos del índice de masa corporal. La comunidad científica describe una interacción de factores genéticos, hormonales y ambientales que inclinan al organismo hacia un estado hipercalórico crónico, en el que las vías de regulación del apetito pueden verse alteradas (37).

Se ha observado que las condiciones sociales y culturales moldean los comportamientos alimentarios y el estilo de vida sedentario, ampliando la prevalencia de obesidad en diversos grupos poblacionales. Es un trastorno multifacético que tiene repercusiones metabólicas, cardiovasculares y psicológicas, pues exceder el umbral de masa corporal saludable eleva el riesgo de complicaciones orgánicas. Además, ciertos individuos exhiben

respuestas diferenciadas frente a idénticas condiciones de exceso calórico, lo que muestra la influencia de predisposiciones biológicas (37).

### ***2.2.2.1. Fisiopatología***

La fisiopatología de la obesidad emerge cuando el balance energético se desplaza en forma sostenida hacia la sobreingesta de calorías, superando la demanda diaria de energía. Tal desequilibrio se ve reforzado por transformaciones hormonales que involucran leptina, grelina e insulina, cuyos niveles y receptores se reajustan para mantener reservas adiposas excesivas. El tejido adiposo se expande en su capacidad de almacenamiento, lo que a su vez interfiere en la señalización normal de saciedad y promueve la acumulación de grasas (38).

Por otro lado, el tejido graso no sólo almacena lípidos, sino que secreta sustancias proinflamatorias conocidas como adipocinas. Estas moléculas contribuyen a la inflamación crónica de bajo grado y a la disfunción endotelial, lo que a mediano plazo desemboca en desequilibrios metabólicos. Sumado a ello, el incremento en la producción de citocinas y la elevación de mediadores inflamatorios condicionan la resistencia a la insulina, perpetuando un entorno fisiológico proclive a hipertensión arterial, dislipidemias y patologías de origen vascular (38).

### ***2.2.2.2. Clasificación***

#### ***2.2.2.2.1. Obesidad tipo I***

La obesidad de tipo I, también denominada leve, se encuadra en un índice de masa corporal entre 30 y 34.9 kg/m<sup>2</sup>, lo cual indica un sobrepeso cuantificable que puede generar modificaciones en la salud si no se vigila apropiadamente. Las personas que se hallan en este grado desarrollan adiposidad moderada y pueden tener alteraciones incipientes en la glucemia o en la tensión arterial (39).

Algunas veces, se le atribuye relación con el sedentarismo, la ingestión de alimentos con alto contenido energético y un componente genético que influye en la predisposición a ganar peso. Sin embargo, el riesgo de complicaciones

aún es relativamente bajo si se implementan intervenciones oportunas orientadas a ajustar los hábitos de vida. En muchos casos, un enfoque de nutrición adecuada y actividad física regular logra revertir o al menos ralentizar la progresión hacia grados más elevados de obesidad (39).

#### **2.2.2.2. Obesidad tipo II**

La obesidad de tipo II, clasificada dentro del rango de 35 a 39.9 kg/m<sup>2</sup> de índice de masa corporal, representa un estado en el que las reservas adiposas incrementan de manera notoria, propiciando dificultades metabólicas y cardiovasculares sustanciales. Los individuos con obesidad en esta categoría suelen mostrar incrementos en la resistencia a la insulina, tensión arterial alta y concentraciones anormales de lípidos en el torrente sanguíneo (40).

El factor genético se profundiza cuando interactúa con conductas de riesgo, como la ingesta excesiva de alimentos ultraprocesados y la inactividad física crónica. A su vez, la carga psicológica aumenta debido a la imagen corporal distorsionada, que en ocasiones desemboca en aislamiento o baja autoestima. El tratamiento requiere un abordaje multidimensional que combine la corrección nutricional, el fomento de la actividad física y la evaluación periódica de la función cardiometabólica (40).

#### **2.2.2.3. Obesidad tipo III**

La obesidad de tipo III, conocida como severa o mórbida, se diagnostica cuando el índice de masa corporal es igual o superior a 40 kg/m<sup>2</sup>. En esta condición, las repercusiones orgánicas toman proporciones notables, debido a que el cuerpo se ve sometido a un estrés fisiológico permanente. La mayor parte de los sistemas funcionales sufren sobrecarga, lo que se observa en el aumento desmedido de presión arterial, la aparición de alteraciones respiratorias y la marcada resistencia a la insulina (41).

Además, las limitaciones físicas restringen la movilidad cotidiana, lo que agrava el círculo vicioso de sedentarismo y ganancia de peso. Se examinan, en muchos casos, tratamientos más invasivos, como procedimientos quirúrgicos para la reducción del tamaño estomacal o la restricción de la absorción intestinal de nutrientes. El seguimiento médico frecuente evalúa las

posibles complicaciones posoperatorias y garantiza un soporte integral, con énfasis en la modificación de rutinas alimentarias y en la rehabilitación física a largo plazo (41).

### **2.2.2.3. Factores de riesgo**

Los factores de riesgo vinculados con la obesidad involucran aspectos biológicos, conductuales y medioambientales que incrementan la posibilidad de acumular exceso de tejido adiposo de manera progresiva. El componente genético se refleja en variaciones de la respuesta hormonal asociada a la regulación del apetito y el metabolismo basal, lo cual predispone a desequilibrios energéticos. De manera complementaria, ciertos patrones de herencia influyen en la distribución del tejido graso, la susceptibilidad a la insulina y la tendencia a un gasto calórico reducido (42).

Además, las conductas cotidianas también afectan la probabilidad de desarrollar obesidad. El consumo habitual de alimentos con densidad calórica elevada y el sedentarismo se suman a hábitos arraigados que dificultan el mantenimiento de un peso estable. El ritmo acelerado de la vida urbana, junto con la alta disponibilidad de productos ultraprocesados, refuerza la ingesta excesiva. Los patrones de actividad física disminuyen de manera notable cuando prevalece el uso de tecnologías de entretenimiento y medios de transporte que minimizan el gasto energético (42).

De igual forma, la exposición a entornos socioeconómicos donde los alimentos más accesibles carecen de aporte nutricional equilibrado también contribuye a la obesidad. Además, el estrés crónico, la alteración de los ritmos de sueño y otros factores psicoemocionales se asocian con incrementos en el apetito y comportamientos de recompensa a través de la comida. Así, se integran múltiples dimensiones que convergen en el acúmulo de grasa corporal, con repercusiones fisiológicas y psicológicas (42).

### **2.2.2.4. Diagnóstico**

El diagnóstico de obesidad se basa en el cálculo del índice de masa corporal, que relaciona el peso con la estatura. Se complementa con la medición del perímetro de cintura para estimar la adiposidad central. La valoración clínica

explora antecedentes familiares, nivel de actividad física y patrones de alimentación, con énfasis en la presencia de comorbilidades como hipertensión arterial o hiperglucemia (37).

La revisión de parámetros bioquímicos, incluyendo perfiles lipídicos y glicémicos, respalda la clasificación del cuadro clínico y da indicios sobre eventuales complicaciones metabólicas. Asimismo, la exploración de signos clínicos orienta la toma de decisiones para establecer estrategias terapéuticas, de modo que se optimice la condición del individuo en el menor tiempo posible (37).

#### **2.2.2.5. Signos y síntomas**

En un estado temprano de obesidad, el aumento de peso puede pasar inadvertido, aunque tiende a evidenciarse la acumulación de tejido adiposo en zonas como el abdomen, las caderas o los muslos. Con frecuencia, se experimenta disminución de la resistencia física y sensación de fatiga, en particular durante la realización de actividades que solían efectuarse sin esfuerzo. De manera simultánea, pueden aparecer variaciones leves en la respiración, especialmente frente a esfuerzos moderados (43).

En estadios más avanzados, se presentan signos que incluyen la presencia de acantosis nigricans, que se reconoce por el oscurecimiento de pliegues cutáneos, asociado a la resistencia insulínica. Además, el cansancio se acentúa y ciertas tareas cotidianas resultan dificultosas, lo que refleja la sobrecarga articular y el deterioro progresivo de la salud cardiovascular. Algunas personas desarrollan retención de líquidos y edema en extremidades, sumados a molestias en la zona lumbar (43).

En el plano psicoemocional, la obesidad puede correlacionarse con sentimientos de insatisfacción corporal y ansiedad, lo que lleva a aislamientos sociales y cambios de humor. Las alteraciones de la autoestima surgen por la insatisfacción con la propia imagen, y se agravan cuando las limitaciones físicas restringen la participación en actividades recreativas o laborales. Esta sinergia entre factores fisiológicos y psicológicos refuerza el círculo de aumento de peso (43).

### **2.2.2.6. Terapia**

Las terapias destinadas a la obesidad incluyen modalidades que contemplan la nutrición, la psicología y el ejercicio físico. Se propone un plan alimentario equilibrado que mantenga la provisión de nutrientes indispensables y complemente la rutina diaria con actividad física regular; la terapia conductual apoya este proceso al reforzar la autorregulación y el registro continuado de la ingesta (44).

En obesidades de mayor gravedad pueden emplearse fármacos moduladores del apetito y la absorción, siempre bajo control especializado, como parte de un abordaje escalonado. Las intervenciones quirúrgicas se contemplan cuando la obesidad causa dificultades marcadas para la calidad de vida o cuando se asocian complicaciones crónicas. La terapia posoperatoria integra el control metabólico y la orientación psicológica, con el objetivo de reforzar la adherencia a rutinas saludables y evitar recaídas (44).

### **2.2.2.7. Complicaciones**

Las complicaciones incluyen desequilibrios cardiovasculares, con predisposición a cardiopatías y eventos vasculares cerebrales. La hipertensión arterial y la arterioesclerosis suelen presentarse con mayor frecuencia en individuos que cursan con exceso de peso crónico, lo que incrementa el peligro de morbilidad asociada. Dentro de las alteraciones endocrinas, la diabetes de tipo 2 presenta elevada prevalencia y altera de manera marcada el equilibrio metabólico (40).

En el área respiratoria, la obesidad intensifica el riesgo de apnea obstructiva del sueño y dificulta la ventilación, generando hipoventilación nocturna en situaciones más graves. Además, las articulaciones sufren una sobrecarga que se expresa en dolores crónicos de rodilla o cadera, limitando la movilidad. Este escenario, sumado al padecimiento de afecciones vasculares, afecta el desempeño en actividades cotidianas y reduce la tolerancia al ejercicio (40).

La esfera psicoemocional se ve alterada por la obesidad, ya que se pueden manifestar estados de aislamiento, baja autoestima y desajustes conductuales. A ello se añade el peligro de sufrir estigmatización social, con

implicaciones negativas en la interacción con otras personas. Estas dinámicas influyen en la capacidad de mantener un estilo de vida saludable, cerrando un ciclo complejo que incrementa el deterioro en múltiples niveles (40).

### **2.2.3. Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem**

La Teoría del Déficit de Autocuidado formulada por Dorothea Orem plantea que cada persona cuenta con la capacidad y la motivación para cuidar de sí misma. El eje conceptual se basa en la idea de que todo individuo dispone de un conjunto de actividades necesarias para preservar el bienestar, promover la salud y controlar estados patológicos. Cuando existen carencias para llevar a cabo dichas actividades, surge un déficit que requiere intervención profesional. Este planteamiento se enmarca en la disciplina de enfermería, aunque su base analítica puede emplearse en problemas donde el individuo experimenta dificultades para autorregular sus hábitos cotidianos (45).

La teoría define el autocuidado como la acción deliberada de la persona, orientada a satisfacer requerimientos relacionados con la nutrición, la hidratación, la higiene y la adaptación a circunstancias de salud. El déficit de autocuidado emerge cuando la habilidad para cumplir con tales tareas disminuye y se altera la homeostasis. Además, la presencia de factores biológicos o psicológicos puede acentuar la limitación para responder a las necesidades mínimas. Bajo este contexto, la responsabilidad del propio bienestar adquiere un matiz esencial dentro del proceso de autocontrol (46).

A través de la premisa de que todo ser humano busca mantenerse con el nivel más alto de funcionalidad, Orem hace hincapié en la importancia de que la persona integre conocimientos y valores sobre su estado de salud, en la medida que esta conciencia permite trazar metas personales de cuidado. De tal modo, se resaltan las condiciones que intervienen en el desequilibrio entre las capacidades de autocuidado y las demandas del entorno o las exigencias fisiológicas. Esta distorsión es más relevante cuando se experimentan problemáticas derivadas de la alimentación y el control del peso corporal (47).

En el caso de la obesidad, la teoría contribuye a visualizar la influencia de los factores internos y externos que obstaculizan el autocuidado. Una

alimentación equilibrada, sumada a la actividad física y el control periódico de parámetros antropométricos, representan acciones individuales que podrían fortalecerse si las personas tuvieran un sentido sostenido de responsabilidad sobre su propio cuidado. Cuando la persona no identifica o no ejecuta estas actividades, se manifiesta un déficit que puede conducir a un deterioro gradual.

Con respecto al trastorno alimentario compulsivo, la teoría ofrece elementos para analizar la imposibilidad de regular la ingesta y mantener el equilibrio nutricional. El autocuidado se ve comprometido cuando la persona no identifica ni gestiona los estímulos que precipitan los atracones; las reacciones emocionales alteran las decisiones en torno a la comida y aumentan la necesidad de apoyo profesional a medida que los episodios se repiten.

La teoría propone que el profesional en enfermería identifique las brechas entre las capacidades reales de autocuidado y las necesidades específicas que la persona no puede solventar por sí misma. En trastornos alimentarios y condiciones de exceso de peso, tales necesidades comprenden la adopción de rutinas saludables, el desarrollo de habilidades para afrontar factores estresantes y la búsqueda de recursos que faciliten la participación en la gestión de la propia salud. Si las estrategias para contener la conducta alimentaria se interrumpen o carecen de solidez, el déficit de autocuidado persiste y eleva los riesgos asociados.

Analizar obesidad y atracón desde la Teoría del Déficit de Autocuidado revela patrones de dependencia y obstáculos para sostener la responsabilidad sobre la propia salud; factores emocionales, sociales y culturales inciden en la realización efectiva de tareas de cuidado, delineando ámbitos donde la intervención profesional puede reinstaurar conductas autorreguladoras. Por ende, la aplicación de este marco teórico facilita la comprensión de los componentes personales que originan el desequilibrio entre las necesidades de salud y las capacidades individuales para responder a ellas.

## **2.3. Marco Legal**

### **2.3.1. Constitución Nacional del Ecuador**

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (48).

## CAPITULO III

### 3. Diseño de la investigación

#### 3.1. Tipo de investigación

**Nivel:** Descriptivo. Se considera de carácter descriptivo ya que se realizará el análisis de los componentes de la variable desde sus dimensiones (49).

**Método:** Cuantitativo, debido a que las variables de estudio se analizarán en forma de escala o con carácter numérico mediante el análisis de porcentaje y frecuencia.

#### 3.2. Diseño de investigación

**Diseño:** No experimental, porque no se realizará manipulación de la variable de estudio, se observa al fenómeno en sus dimensiones sin alterar la ocurrencia general de los hechos.

**Según el tiempo:** Prospectivo debido a que se analiza las variables dentro de un periodo de tiempo en el que se recolectará información.

**Según la ocurrencia de los hechos:** De cohorte transversal, porque se realizará en un periodo de tiempo específico y lugar seleccionado es el área de consulta externa del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

#### 3.3. Población

**Población y muestra:** La población corresponde a 102 pacientes aplicando la plataforma epiinfo 2007 con un nivel de confianza del 95% una proporción de 0,1 y nivel de error del 5% de los pacientes con obesidad de diferentes grados que asisten a clínica de la obesidad consulta externa en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de marzo a abril de 2025.

**Muestra:** 67 pacientes, de los cuales 27 pacientes se negaron y 40 pacientes dieron el consentimiento para realizar la encuesta.

## Datos disponibles

Introduzca los siguientes datos para determinar el tamaño de muestra mínimo necesario para estimar una proporción según el valor esperado y el error aceptado (o precisión deseada):

Nivel de confianza: 95% ▾  
Tamaño de la población: 102  
Proporción esperada: 0.1 [0,1] ▾  
Error absoluto aceptado: 5 % ▾

 Volver  Seguir 

## Resultados

### Asumiendo distribución binomial

En una población de 102 individuos, y utilizando el cálculo basado en una distribución binomial, se debe seleccionar una muestra con al menos **67 individuos** para calcular una proporción estimada de 10% y una amplitud del intervalo de confianza igual al doble del error aceptado (10%) con un nivel de confianza del 95%.

Tamaño de muestra sin ajustar: 189  
Fracción de muestreo sin ajustar: 185.3%  [0,1]   
**Tamaño de muestra ajustado: 67**  
**Fracción de muestreo ajustado: 65.7%**  [0,1] 

### 3.4. Criterios de inclusión y exclusión

#### a) Criterios de Inclusión:

- Usuarios atendidos obesos atendidos en la clínica de la obesidad del Hospital Teodoro Maldonado.
- Pacientes que acepten participar voluntariamente.
- Usuarios que firmen el consentimiento informado.

#### b) Criterios de exclusión:

- Usuarios de otras áreas del Hospital Teodoro Maldonado.
- Usuarios que no acepten participar voluntariamente.
- Pacientes con otros diagnósticos médicos.

### **3.5. Procedimientos para la recolección de datos:**

**Técnica:** Encuesta

**Instrumento:** Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ). Es un instrumento diseñado por Stunkard y Messik en el año 1985 para determinar la presencia de alteraciones en la conducta alimentaria compuesto por 51 ítems que se divide en dos partes, la primera parte son preguntas de falso y verdadero y la segunda parte consta de preguntas de puntuación basado en escala de Likert, este instrumento valora tres dimensiones del trastorno de alimentación compulsivo: Restricción alimentaria, desinhibición, susceptibilidad al hambre. Además, es utilizado para verificar la efectividad de los tratamientos clínicos en usuarios con obesidad para predecir el rumbo del tratamiento (53).

### **3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.**

Los datos obtenidos a través del instrumento de recolección en este caso el cuestionario seleccionado se realizará de forma sistemática mediante una base de datos en el programa Microsoft Excel para su clasificación y categorización para luego serán transferidas al programa SPSS para la creación de gráficos estadísticos.

### **3.7. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano.**

Los usuarios que participen en el estudio de investigación serán protegidos por los principios éticos que rigen la práctica de los estudios en el campo de la salud, el principio de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Se brindará información oportuna durante todo el proceso y se firmará el consentimiento informado previo a la explicación de todo el desarrollo del proceso de investigación.

### 3.8. Operacionalización de variables

**Variable general:** Frecuencia del trastorno compulsivo alimentario en pacientes con obesidad

**Tabla 1. Operacionalización de variables**

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Características demográficas	Edad	< de 20 años De 20 a 40 años De 40 a 60 años De 60 años en adelante
	Sexo	Hombre Mujer
	Estado Civil	Soltero Casado Unión Libre Divorciado Viudo
	Instrucción	Primaria Secundaria Tercer Nivel Cuarto Nivel
	Presencia de alteraciones psicológicas	Si No
	Grado de obesidad: IMC	Obesidad tipo I Obesidad tipo II Obesidad tipo III
Dimensiones que mide el trastorno compulsivo alimentario	Control consciente de la conducta alimentaria	Cuestionario de ( <b>TFEQ</b> )  Presente Ausente
	Desinhibición (ruptura del límite autoimpuesto de ingestión calórico)	
	Susceptibilidad al hambre	

Elaborado por: Martínez Ruíz, Darla Luisa y Naranjo Fuentes, Wendy Stefania.

## CAPITULO IV

### 4. Presentación y análisis de resultados

#### Características Sociodemográficas

Tabla 2. Distribución por rangos de edad

Edad	f	Fr	%	F
18-25	4	0,10	10,00%	4
26-35	14	0,35	35,00%	18
36-45	10	0,25	25,00%	28
>45	12	0,30	30,00%	40
<b>Total</b>	40	1,00	100,00%	

El predominio de adultos jóvenes en el grupo de 26 a 35 años (35,00%) sugiere una mayor exposición a factores sociales que alteran la conducta alimentaria. Esta etapa de la vida coincide con cargas laborales intensas, horarios inestables y entornos que priorizan la productividad sobre el bienestar nutricional. Además, en este rango de edad es frecuente la adopción de dietas improvisadas o hábitos irregulares de alimentación, que contribuyen a desórdenes relacionados con el peso corporal (23).

**Tabla 3. Distribución por sexo**

<b>Sexo</b>	<b>f</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>F</b>
Hombre	19	0,475	47,50%	19
Mujer	21	0,525	52,50%	40
Totales	40	1000	100,00%	

La mayor proporción de mujeres (52,50%) entre los participantes refleja una tendencia emergente de visibilización del problema de obesidad en la población femenina; la diferencia se asocia a conductas o parte de la cultura de las féminas que desarrollan problemas alimenticios relacionados con falta de apoyo profesional en el manejo de situaciones que podrían llevar a una ingesta descontrolada de alimentos no saludables, además se suele subestimar la realidad de los problemas retrasando el reconocimiento o diagnóstico temprano de alteraciones alimentarias hasta que alcanzan niveles clínicamente relevantes (5).

**Tabla 4. Distribución por estado civil**

<b>Estado Civil</b>	<b>f</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>F</b>
<b>Soltero/a</b>	17	0,425	42,50%	17
<b>Casado/a</b>	13	0,325	32,50%	30
<b>Divorciado/a</b>	6	0,150	15,00%	36
<b>Viudo/a</b>	4	0,100	10,00%	40
<b>Totales</b>	40	1,000	100,00%	

El porcentaje más elevado se concentra en personas solteras (42,50%), que se vincula a los rangos de edad recurrentes jóvenes del estudio, quienes presentan dinámicas personales menos estructuradas y decisiones alimentarias más impulsivas. La ausencia de un entorno familiar estable, así como la menor presión por mantener hábitos compartidos o planificados, favorece el consumo desorganizado, especialmente en contextos de soledad o estrés individual persistente (27).

**Tabla 5. Distribución por nivel de instrucción**

<b>Nivel de Instrucción</b>	<b>f</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>F</b>
<b>Cuarto nivel</b>	7	0,175	17,50%	7
<b>Secundaria</b>	11	0,275	27,50%	18
<b>Tercer nivel</b>	22	0,550	55,00%	40
<b>Totales</b>	40	1,000	100,00%	

El predominio del nivel de instrucción universitario o tercer nivel (55,00%) revela que poseer formación académica no garantiza una gestión adecuada del autocuidado nutricional, incluso esto puede promover hábitos inadecuados de salud, explicándose por la priorización de metas profesionales o académicas que interfieren con el tiempo destinado a planificar la alimentación, particularmente si no se dispone de apoyo emocional o social (1).

**Tabla 6. Presencia de alteraciones psicológicas**

<b>Presencia de alteraciones psicológicas</b>	<b>f</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>F</b>
<b>No</b>	36	0,900	90,00%	36
<b>Si</b>	4	0,100	10,00%	40
<b>Totales</b>	40	1,000	100,00%	

La mayoría de los encuestados no reporta diagnósticos psicológicos (90,00%), sin embargo, este resultado podría obedecer más a un desconocimiento o déficit de autorreconocimiento de afectación de esta índole. En muchos casos, los síntomas psicológicos relacionados con la alimentación, como ansiedad o culpa, permanecen invisibilizados o se subestiman, ya sea por desconocimiento o por estigmas sociales que obstaculizan su reconocimiento formal dentro del sistema de salud (6).

**Tabla 7. Distribución por grado de obesidad**

<b>Grado de obesidad</b>	<b>F</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>F</b>
<b>Obesidad tipo I</b>	17	0,425	42,50%	17
<b>Obesidad tipo II</b>	19	0,475	47,50%	36
<b>Obesidad tipo III</b>	4	0,100	10,00%	40
<b>Totales</b>	40	1,000	100,00%	

Se evidencia un alto porcentaje de obesidad tipo II (47,50%) la misma que representa peligro de forma moderada para la salud de los participantes, además se asocia con otras enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, también se observa un alto índice de obesidad tipo I (42,50%), la presencias de éstas dos patologías evidencia los hábitos inadecuados comunes de la población joven, que se dedican a estudiar o a ejercer su profesión, por lo tanto, presentan dificultades para llevar una dieta o hábitos saludables (42).

## Cuestionario de la Alimentación (TFEQ)

**Tabla 8. Desinhibición**

<b>Cuando huelo un bistec «chisporroteante» o veo un jugoso trozo de carne, encuentro m-uy difícil abstenerme de comer, incluso si he acabado de hacer una comida.</b>	<b>f</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>F</b>
Falso	13	0,325	32,50%	13
Verdadero	27	0,675	67,50%	40
<b>A menudo me siento tan hambrienta que tengo que comer algo ya</b>	<b>f</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>F</b>
Falso	11	0,2750	27,50%	11
Verdadero	29	0,7250	72,50%	40
<b>¿Con qué frecuencia sientes hambre?</b>	<b>f</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>F</b>
Comidas entre comidas	3	0,1000	10,00%	3
Solo en algunas veces	3	0,1000	10,00%	6
Frecuentemente	16	0,3500	35,00%	12
Casi Siempre	18	0,4500	45,00%	40

En el ítem 1, 67.50% marcó verdadero y 32.50% registró falso, esa inclinación sugiere que los estímulos sensoriales ejercen un influjo notable en la conducta alimentaria, intensificando la tentación de consumir más allá de la necesidad fisiológica, además, se apreciaría que el aroma y la apariencia apetecible generan un desafío para frenar el impulso de comer (19).

En la pregunta sobre la urgencia de ingerir alimentos en ese instante se reportó 72,50% verdadero y 27,50% falso, por lo que se sugiere urgencia fisiológica o psicológica que lleva decisiones aceleradas sobre la comida, dado que el uso de la palabra “a menudo” indica que no se trata de episodios puntuales, sino de una sensación repetitiva de hambre intensa que puede condicionar la presencia de abundante comida en la dieta.

La mayor cantidad de participantes (45,00%) señala que casi siempre se encuentran con hambre y frecuentemente, 34.1%, de esta manera se observa que la sensación de hambre como un indicador de la necesidad de ingerir alimentos de forma constante, sin evidencia de necesidad biológica real, indicando impulsos emocionales o hábitos que refuerzan el acto de comer, aunque no exista déficit nutritivo. Esa persistencia contribuye a horarios irregulares y confusión entre apetito genuino y búsqueda de placer o ansiedad; con el paso del tiempo, el consumo reiterado desemboca en

excesos energéticos, dificultando la adopción de un patrón alimentario organizado o moderado (15).

**Tabla 9. Restricción alimentaria**

<b>¿Con qué frecuencia te saltas postres porque no estás más hambrienta?</b>	<b>f</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>F</b>
Una vez por semana	1	0,0250	2,50%	1
Casi nunca	4	0,1000	10,00%	5
Habitualmente	14	0,3500	35,00%	19
Rara vez	21	0,5250	52,50%	40

La frecuencia de saltarse los postres por ausencia de hambre llega a 35,00% habitualmente, 52,50% rara vez, donde sobresale la incapacidad de detenerse ante un menú dulce, aun sin apetito real, esa conducta sugiere un patrón hedónico donde la gratificación inmediata supera las señales fisiológicas. En consecuencia, se instala un consumo rutinario de postres, con posibles excedentes energéticos que perpetúan episodios de ingesta excesiva de calorías que contribuyen a la ganancia de peso, los postres son irresistibles pero su consumo habitual puede resultar perjudicial (42).

**Tabla 10. Susceptibilidad al hambre**

<b>Cuando he consumido mi cuota de calorías, estoy bien como para no comer más.</b>	<b>f</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>F</b>
Falso	14	0,35	35,00%	14
Verdadero	26	0,65	65,00%	40
<b>Total</b>	40	1,000	100,00%	
<b>Puesto que mi peso sube y baja, he ido reduciendo las dietas más de una vez.</b>	<b>f</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>F</b>
Falso	9	0,2250	22,50%	9
Verdadero	31	0,7750	77,50%	40
<b>Total</b>	40	1,000	100,00%	

En la satisfacción de consumo de calorías, alcanzó 65.00% en verdadero, frente a 35,00% en falso, el grupo mayoritario parece indicar disciplina al ajustar la ingesta a un plan preestablecido, esa proporción ilustra la relevancia de la conciencia calórica y la capacidad de detenerse tras cumplir la porción destinada (23).

En la siguiente interrogante se evidencia que 77.50% lo marcó verdadero y 22,50% falso, entonces se destaca la proporción de quienes lidian con variaciones constantes en su índice de masa corporal, adoptando múltiples intentos dietéticos en el tiempo, esa conducta refleja ciclos de restricción y abandono que complican el logro de un equilibrio duradero (8).

## 5. Discusión

Respecto al primer objetivo específico, en la caracterización demográfica se advirtió que la franja etaria predominante correspondió a 26-35 años (35%), mientras que las mujeres representaron 53% del total. Esa tasa femenina resultó muy inferior a la descrita por Eik-Nes et al. (16) quienes notificaron 85,7%, aunque ambos trabajos compartieron la presencia de factores socioculturales que condicionaron la relación con la comida. La distancia porcentual sugirió que, en el contexto local, la obesidad dejó de ser percibida como una problemática esencialmente femenina, aun cuando persistieron rasgos de presión estética y vergüenza corporal documentados en la experiencia noruega.

Respecto al estado civil, 42,5% se declaró soltero y 90% no refirió diagnósticos psicológicos formales, panorama que evidenció baja búsqueda de ayuda profesional pese a posibles malestares internos. Minari et al. (17) demostraron mejoras clínicas tras ocho sesiones de mindful eating en pacientes con atracones; sin embargo, aquel ensayo contó con una evaluación psiquiátrica previa que aquí estuvo ausente. La comparación planteó que la intervención precoz redujo episodios de atracón en la literatura, mientras la falta de cribado sistemático en esta muestra perpetuó la invisibilidad de síntomas emocionales asociados a la ingesta compulsiva.

La totalidad de participantes presentó obesidad, con prevalencias de 47,5% para tipo II, 42,5% para tipo I y 10% para tipo III. Carbone et al. (18) señalaron que la adicción a la comida apareció en 68,2% de sujetos con atracón y solo 21% de quienes tenían obesidad sin comorbilidad psiquiátrica. El presente resultado confirmó la superposición entre exceso ponderal grave y patrones adictivos, dado que el predominio de obesidad tipo II coincidió con conductas de desinhibición alimentaria, sugiriendo que la severidad del peso corporal podría amplificar la vulnerabilidad a impulsos repetitivos de ingesta.

En cuanto al segundo objetivo específico, el 67,5% admitió incapacidad para abstenerse ante carnes apetitosas pese a estar saciado, pero 65% aseguró detener la ingesta al alcanzar la cuota calórica prevista. Esa dicotomía

reprodujo la tensión descrita por Jebeile et al. (19), quienes documentaron reducciones globales del riesgo alimentario sin eliminar completamente los disparadores hedónicos. El contraste señaló que la planificación dietética alcanzó cierta eficacia mecánica, aunque permanecieron detonantes sensoriales que desbordaron la contención, revelando un equilibrio inestable entre norma cognitiva y deseo inmediato.

El 72,5% manifestó necesidad urgente de comer y 77,5% relató ciclos reiterados de dietas fallidas. Aloï et al. (20) ubicaron 90% de sus pacientes con atracón en clases de mayor severidad, dominadas por desregulación emocional; los resultados actuales reforzaron esa convergencia, pues la alternancia entre restricción y abandono evidenció vulnerabilidad afectiva semejante. Sin embargo, un núcleo local logró sostener cierto control, diferenciándose de los perfiles más graves del estudio italiano y mostrando heterogeneidad en la respuesta a la frustración dietética.

La susceptibilidad al hambre se expresó en 45% que refirió sentir apetito casi siempre y en 52,5% que rara vez omitió postres pese a no tener hambre. Reents y Pedersen (21) hallaron mayor craving alimentario basal y evocado en sujetos con atracón; el paralelismo radicó en la búsqueda constante de alimentos gratos al paladar aún sin déficit energético. No obstante, un 35% local indicó saltarse postres habitualmente, lo que planteó una antítesis respecto al hedonismo dominante y sugirió la presencia de estrategias de autocontrol parciales dentro de la misma cohorte.

Casi la mitad de la muestra (47,5%) declaró haber comido en exceso cuando compartía comidas abundantes, lo que coincide con la presión grupal descrita por Canals y Arija-Val (22). El resto mantuvo sus propias pautas pese a la influencia del entorno, lo que demuestra que no todas las personas responden igual ante la misma situación y subraya la importancia de estrategias individualizadas.

En términos de autoimagen, 59% vigiló cambios corporales mínimos y consideró perturbadora una fluctuación de dos kilogramos, replicando la vigilancia descrita por Arija-Val et al. (1) aunque en una muestra

exclusivamente obesa. Sin embargo, un subgrupo restó importancia a esas variaciones, que sintetizó la coexistencia de perfeccionismo y aceptación dentro del mismo contexto clínico, matizando la visión tradicional que equipara obesidad con desinterés estético.

La restricción intermitente destacó en 54,5% que, tras un desliz, excedió el aporte calórico previsto; Terreros (24) demostró que intervenciones cognitivo-conductuales redujeron 60% de episodios bulímicos, evidencia que antagónicamente contrastó con la carencia de soporte terapéutico en esta serie. Al no contar con acompañamiento estructurado, el intento de autocontrol derivó en el ciclo clásico de abstinencia y atracón, confirmando que la voluntad aislada mostró escasa sostenibilidad.

En este orden de ideas, el uso del TFEQ posibilitó cuantificar con precisión la restricción cognitiva, desinhibición e ingesta emocional en una población exclusivamente obesa, integrando los resultados en Latinoamérica con datos locales inéditos. Esta medición sistemática aportó una base relevante para comprender la magnitud y la variabilidad interna del trastorno, así como para contrastar la influencia de factores sensoriales, sociales y afectivos en la conducta alimentaria compulsiva.

La principal limitación metodológica de este estudio residió en el corte transversal, situación que dejó el sesgo de subestimación en cuanto a comorbilidades psicológicas; además, la concentración de adultos jóvenes restringió la extrapolación a otros grupos etarios como adultos mayores y adolescentes. Tales desafíos dejan de manifiesto la necesidad de estudios más complejos con tamizaje psicopatológico para evidenciar la evolución real del trastorno en distintos segmentos demográficos.

## 6. Conclusiones

En cuanto al primer objetivo específico, la descripción demográfica evidenció que la mayoría correspondió a adultos jóvenes y mujeres atendidas en la clínica, grupo cuyas rutinas laborales exigentes y horarios extensos coincidieron con pautas alimentarias irregulares. La ausencia casi general de diagnósticos psicológicos formales indicó que los desajustes emocionales vinculados al comer permanecen poco reconocidos a nivel clínico, pese a signos evidentes de malestar. Adicionalmente, se constató que poseer formación universitaria no garantizó prácticas adecuadas de autorregulación, pues las presiones externas y la autoexigencia profesional incidieron en la adopción de comportamientos que favorecen la ganancia ponderal.

En cuanto al segundo objetivo específico, el estudio de las dimensiones del TFEQ constató una combinación de restricción cognitiva intermitente y episodios de desinhibición impulsados por estímulos sociales, olores intensos o estados afectivos negativos. Se hicieron patentes urgencias de ingesta cuando se presentaba tristeza o ansiedad, junto a la tendencia a imitar patrones de consumo abundante en reuniones. Asimismo, surgió un conflicto persistente entre la intención de vigilar la dieta y la búsqueda inmediata de gratificación, lo que reflejó la dificultad para sostener un control estable ante apetitos intensificados por factores ambientales y emociones desfavorables.

Respecto al tercer objetivo específico, el grado de obesidad que tiene más recurrencia es el tipo II, seguido del tipo I en los pacientes con trastorno compulsivo alimentario atendidos en la clínica de la obesidad, esto deja entrever que los pacientes tienen problemas importantes de obesidad y sus complicaciones potenciales incrementan a medida que incrementa el grado de las mismas.

Respecto al objetivo general, la estimación de la frecuencia del trastorno alimentario compulsivo mostró la coexistencia de conductas restrictivas fragmentadas con atracones precipitados por soledad, tensión o percepciones corporales críticas. El análisis confirmó que la alternancia entre restricción y episodios de ingesta elevada caracteriza al grupo estudiado y supone riesgos

metabólicos y psicosociales de consideración. Con estos datos se dimensionó con precisión la magnitud del problema dentro de la clínica, aportando información útil para comprender los factores que sostienen la conducta alimentaria desadaptativa en pacientes con obesidad.

## 7. Recomendaciones

Para el área administrativa del Hospital Teodoro Maldonado Carbo se propone instaurar un control periódico que, desde el inicio del tratamiento y cada tres meses, incluya un breve cribado psicológico y un registro de hábitos alimentarios. Detectar a tiempo conductas de riesgo permitirá ofrecer apoyo oportuno y mejorar la calidad de la atención.

Al equipo de psicología y nutrición se sugiere profundizar en la identificación de estímulos externos y emociones que disparan los atracones. Un protocolo con escalas validadas aplicadas en la primera consulta y revisadas en citas posteriores facilitará ajustar las intervenciones y prevenir la consolidación de conductas compulsivas. De este modo, sería posible analizar con detalle si surgen atracones por ansiedad o tristeza, detectando al mismo tiempo posibles vacíos afectivos. Conviene aplicarlo en cada control mensual, con el propósito de ajustar intervenciones preventivas que aborden reacciones compulsivas antes de que se consoliden.

A la comunidad académica e investigadora se sugiere emprender estudios longitudinales que contrasten el índice de frecuencia del trastorno compulsivo alimentario con intervenciones psicoeducativas de mayor duración. Sería valioso organizar grupos focales en fases iniciales y finales de la intervención, a fin de delinear patrones conductuales que no se evidenciaron en el presente trabajo. Tal labor puede concretarse en lapsos anuales, garantizando la inclusividad de diferentes rangos etarios. Esta proyección favorecería nuevas estrategias de observación y cuantificación para poblaciones que exhiben características diversas.

## 8. Referencias

1. Val. A, Santi M, Novalbos J, Canals J, Rodríguez A. Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Nutrición Hospitalaria*. 2022 Octubre; 39(2): p. 8 - 15.
2. Martínez C, López N, Navarrete I. Como tratar el trastorno alimentario compulsivo desde la perspectiva enfermera. *BIAH 2018. International Congress of Body Image & Health*. 2019 Junio; 31(3): p. 194.
3. Yager J. Trabajar con pacientes con trastornos alimentarios. *Eating Disorders Review*. 2021 Octubre; XXXII(5): p. 1 - 12.
4. Pimentel G. Tratamiento de un caso de trastorno por atracón. *Retos de la Ciencia*. 2023 Septiembre; VII(16): p. 113 - 126.
5. Castañeda T, Emiro R. Mujeres con riesgo de trastorno por atracón que van al gimnasio: esquemas maladaptativos, afrontamiento del estrés y trastornos emocionales. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 2024; XIV(1): p. 1 - 15.
6. Escandón N, Garrido G. Trastorno por Atracón: una mirada integral a los factores psicosociales implicados en su desarrollo. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*. 2020 Diciembre; XL(4): p. 1 - 10.
7. Hirot F, Doyen C, Godart N. Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. *EMC - Tratado de Medicina*. 2022 Agosto; XXVI(3): p. 1 - 10.
8. Aiquipa J. Beneficios y perjuicios atribuidos a los trastornos de conducta alimentaria. *SCielo*. 2022 Mayo; X(3): p. 283 - 297.
9. Alonzo O, Chipu D, Chicango K. Trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de 15-16 años, Colegio Consejo Provincial del Carchi Tulcán 2020. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*. 2021 Junio; VIII(3): p. 15 - 16.
10. Organización Mundial de la Salud. *Salud Mental del Adolescente*. [Online].; 2021. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.

11. Organización Panamericana de la Salud. Políticas Regulatorias para Prevenir la Obesidad y las Enfermedades No Transmisibles Relacionadas con la Alimentación. [Online].; 2024. Available from: <https://www.paho.org/es/eventos/lanzamiento-curso-virtual-sobre-politicas-regulatorias-para-prevenir-obesidad-enfermedades>.
12. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Datos y análisis sobre la situación del hambre y la malnutrición en la región. [Online].; 2020. Available from: <https://www.fao.org/newsroom/detail/though-still-low-in-europe-and-central-asia-hunger-rates-worsened-by-pandemic-impacts/es>.
13. Organización Mundial de la Salud. Nuevo informe de la ONU: 43,2 millones de personas sufren hambre en América Latina y el Caribe y la región registra niveles de sobrepeso y obesidad mayores a la estimación mundial. [Online].; 2023. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/9-11-2023-nuevo-informe-onu-432-millones-personas-sufren-hambre-america-latina-caribe>.
14. Sigüencia J. Prevalencia de trastornos alimentarios en Ecuador. 2024..
15. National Institute of Mental Health. Los trastornos de la alimentación: Un problema que va más allá de la comida. [Online].; 2024. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-trastornos-de-la-alimentacion>.
16. Eik-Nes , Vrabel , Raman , Clark , Berg. A Group Intervention for Individuals With Obesity and Comorbid Binge Eating Disorder: Results From a Feasibility Study. *Front. Endocrinol.* 2021 Noviembre; 12(1).
17. Minari , Araújo , Bonalume , Tácito , Azevedo , Pires , et al. Effects of Mindful Eating in Patients with Obesity and Binge Eating Disorder. *Nutrients.* 2024 Marzo; 16(6).
18. Carbone , Aloï , Rania , Filippis , Quirino , Fiorentino , et al. The relationship of food addiction with binge eating disorder and obesity: A network analysis study. *Appetite.* 2023 Noviembre; 190(1).
19. Jebeile , Libesman , Melville , Low , Dammery , Seidler , et al. Eating disorder risk during behavioral weight management in adults with

- overweight or obesity: A systematic review with meta-analysis. *Obesity Management / Intervention*. 2023 Febrero; 24(1).
20. Aloi , Tullio , Rania , Carbone , Filippis , Gearhardt , et al. Using latent class analysis to identify different clinical profiles according to food addiction symptoms in obesity with and without binge eating disorder. *Journal of Behavioral Addictions*. 2024 Enero; 13(1).
  21. Reents , Pedersen. Differences in Food Craving in Individuals With Obesity With and Without Binge Eating Disorder. *Front. Psychol*. 2021 Junio; 12(1).
  22. Canals , Arija-Val. Factores de riesgo y estrategias de prevención en los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*. 2022; 39(1).
  23. García , Urtuzuastegui , Patron. Trastornos de Conducta Alimenticia y Estrés en Estudiantes Universitarios. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2023 Diciembre; 7(6).
  24. Terreros D. Técnicas cognitivo conductuales en el tratamiento de la Bulimia Nerviosa, mini-review. *Revista Médica HJCA*. 2023 Agosto; 15(2).
  25. Marte , Iqbal , Rehman. Trastorno por atracón: Isla del Tesoro (FL): StatPearls Publishing; 2025.
  26. Davis , Graham , Wildes. Overview of Binge Eating Disorder. *Current Cardiovascular Risk Reports*. 2020 Noviembre; 14(12).
  27. Abbas , Almahmood , Raed , Sadeq , Ghaffar , Jamal , et al. Prevalence and associated factors of binge eating disorder among Bahraini youth and young adults: a cross-sectional study in a self-selected convenience sample. *J Eat Disord*. 2023 Enero; 11(1).
  28. Barakat , McLean , Bryant , Le , Peta , Toyz , et al. Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*. 2023 Enero; 11(8).
  29. American Psychiatric Association. *DSM-5-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*: Editorial panamericana; 2023.
  30. Kowal C. *Binge Eating. A Beginner Comprehensive Guide to Permanently Ending Overeating, Maintain Mindful Eating and Weight Loss Therapy*; 2023.

31. Frank , Benner. Binge Eating. A Transdiagnostic Psychopathology: Springer International Publishing; 2021.
32. Eagle. Emotional Eating and Overeating. Learn How to Stop Binge Eating Disorder and Compulsive Overeating by Developing a Healthy Relationship with Food and Quick Excess Weight Loss Through Mindfulness Eating Solution: Francesco Tulli; 2021.
33. Fighter F. How to Overcome Binge Eating Disorder. A Comprehensive Guide to Recovery and Lasting Health: Amazon Digital Services LLC - Kdp; 2023.
34. Hopkins , Beaulieu , Gibbons , Halford , Blundell , Stubbs , et al. The Control of Food Intake in Humans: South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2022.
35. Schultz , Maurer , Alexandrowicz. Strengths and weaknesses of the German translation of the Inflexible Eating Questionnaire and of eating disorder assessment in general. Front. Psychol. 2022 Diciembre; 13(1).
36. Derks , Nas , Harris , Kininmonth , Treasure , Jansent , et al. Early childhood appetitive traits and eating disorder symptoms in adolescence: a 10-year longitudinal follow-up study in the Netherlands and the UK. Lancet Child Adolesc Health. 2024 Febrero; 8(23).
37. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. [Online].; 2024 [cited 2025 Marzo 1. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
38. Velasco , Rueda , Hernández , Gómez. Obesidad: fisiopatología y tratamiento. Revisión de la literatura. Medicas UIS. 2024 Octubre; 36(3).
39. Frigolet , Dong C, Gutiérrez. Obesidad, tejido adiposo y cirugía bariátrica. Boletín médico del Hospital Infantil de México. 2021 Febrero; 77(1).
40. Amaru , Velarde , Mamani , Patón , Mancilla , Carrasco. La obesidad como factor riesgo para eritrocitosis secundaria. Revista Médica La Paz. 2024 Junio; 30(1).
41. Vicente , Ramírez , López. Obesidad, hábitos de vida y riesgo de hígado graso en la población laboral española durante la pandemia por COVID-19. Revista Clínica de Medicina de Familia. 2022 Septiembre; 15(2).

42. Medina , Shamah , Cuevas , Gómez , Hernández. Factores de riesgo asociados con sobrepeso y obesidad en adolescentes mexicanas. *Salud Pública de México*. 2020 Abril; 62(2).
43. Espi , Muñoz , Arnal , Fernández , Balbastre. La obesidad como factor determinante en el dolor lumbar: revisión bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*. 2020 Enero; 28(3).
44. Mendoza. La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. *Medicina y ética*. 2023; 32(4).
45. Khademian Z, Kazemi F, Gholamzadeh S. The Effect of Self Care Education Based on Orem's Nursing Theory on Quality of Life and Self-Efficacy in Patients with Hypertension: A Quasi-Experimental Study. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*. 2020; 8(2): p. 140–149.
46. Hartweg D, Metcalfe S. Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory: Relevance and Need for Refinement. *Nursing Science Quarterly*. 2021; 35(1): p. 70-76.
47. Maruca A. Empowering Health Journey: Dorothea Orem's Self-Care Deficit Theory in Patient Empowerment. *Nursing & Health Sciences*. 2023; 9(4): p. 1-3.
48. Arteaga E. Universidad Andina Simón Bolívar. [Online].; 2024 [cited 2025 enero 10. Available from: <https://www.uasb.edu.ec/el-derecho-a-la-salud-en-el-sistema-nacional-de-salud-ID1002412/>.
49. Guevara G, Verdesoto A, Castro N. Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción. *Revista Científica*. 2020 Septiembre; IV(3): p. 163 - 173.
50. Jiménez J, Contreras I, López M. Lo cuantitativo y cualitativo como sustento metodológico en la investigación educativa: un análisis epistemológico. *Humanidades*. 2022 Junio; XII(2): p. e51418.

51. Calle S. Diseños de investigación cualitativa y cuantitativa. *Ciencia Latina*. 2023 Julio; VII(4): p. 1865-1879.
52. Corona L, Fonseca M. Acerca del carácter retrospectivo o prospectivo en la investigación científica. *MediSur*. 2021 Abril; XIX(2): p. 338 - 341.
53. López X, Mancilla J, Vázquez R, Franco K, Alvarez G, Ocampo M. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ). *Revista mexicana de trastornos alimentarios*. 2011 Junio; II(1): p. 74 - 80.

# ANEXOS

## Anexo 1. Autorización de la Institución



Memorando Nro. IESS-HTMC-CGI-2025-0052-FDQ  
Guayaquil, 24 Marzo de 2025

PARA: **MARTÍNEZ RUIZ DARLA LUISA**  
**ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA**  
**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**NARANJO FUENTES WENDY STEFANÍA**  
**ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA**  
**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

De mi consideración:

Por medio de la presente, informo a usted que ha sido resuelto factible su solicitud para que pueda realizar su trabajo de titulación: **“FRECUENCIA DEL TRASTORNO COMPULSIVO ALIMENTARIO EN PACIENTES CON OBESIDAD ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO”** una vez que por medio del memorando Nro. IESS-HTMC-JUTEN-2025-3866-M de fecha 21 de Marzo del 2025, firmado por la Espc. Ylenia Viscarra - Jefe de Enfermería, se remite el informe favorable a la misma.

Por lo antes expuesto reitero que puede realizar su trabajo de Tesis siguiendo las normas y reglamentos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Atentamente,



VERIFICACIÓN DE FIRMAS  
MARIA GABRIELA  
ACUÑA CHONG

Mgs. MARIA GABRIELA ACUÑA CHONG  
**COORDINADORA GENERAL DE INVESTIGACIÓN,**  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES – TEODORO MALDONADO CARBO**

Referencias:

- Solicitud

Mm

## Anexo 2. Aprobación Carrera de Enfermería



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Guayaquil, 5 de febrero del 2025

**Srta. Wendy Stefania Naranjo Fuentes**  
**Srta. Darla Luisa Martínez Ruiz**  
Estudiantes de la Carrera de Enfermería  
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil



Facultad de Ciencias  
de la Salud

De mis consideraciones:

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez les comunico, que su tema de trabajo de titulación, "**Frecuencia del trastorno compulsivo alimentario en pacientes con obesidad atendidos en la Clínica del Hospital Teodoro Maldonado Carbo**" ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, la tutora asignada es la Lic. Olga Muñoz Roca.

Me despido deseándoles éxito en la realización de su trabajo de titulación.

**CARRERAS:**  
Medicina  
Odontología  
Enfermería  
Nutrición, Dietética y  
Estética  
Terapia Física

Atentamente,

**Lcda. Ángela Mendoza Vincés**  
Directora de la Carrera de Enfermería  
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Tel.: 3804600  
Ext. 1801-1802  
www.ucsg.edu.ec  
Apartado 09-01-4671  
Guayaquil-Ecuador

cc. Archivo

### Anexo 3. Instrumento



## UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

### ENCUESTA

**TEMA:** Frecuencia del trastorno compulsivo alimentario en pacientes con obesidad atendidos en la Clínica del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

**OBJETIVO:** Determinar la frecuencia del trastorno alimentario compulsivo en pacientes atendidos en la "Clínica de la obesidad" del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, 2024.

#### INSTRUCCIONES:

- Seleccionar una respuesta por pregunta.
- Responder todas las interrogantes con un ✓

#### Consentimiento informado:

Su participación en esta encuesta es completamente voluntaria y los datos recolectados serán tratados de manera estrictamente confidencial. Al responder este cuestionario, usted da su consentimiento informado para que la indagación proporcionada sea utilizada exclusivamente con fines académicos y bajo condiciones de anonimato.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado(a) de la finalidad del este estudio, la forma en que se recolectará la información y el tiempo que se tardará en realizarla. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento:

- ( ) Sí  
( ) No

### The Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ)

#### PARTE I

N°	Pregunta	V	F
1	Cuando huelo un bistec «chisporroteante» o veo un jugoso trozo de carne, encuentro muy difícil abstenerme de comer, incluso si he acabado de hacer una comida.		
2	Habitualmente como demasiado en situaciones sociales, como fiestas y «picnics».		
3	Habitualmente estoy tan hambrienta que como más de tres veces al día.		
4	Cuando he consumido mi cuota de calorías, estoy bien como para no comer más.		
5	Hacer dieta es demasiado duro para mí porque me pongo demasiado hambrienta.		
6	Tomo pequeñas raciones deliberadamente como método para controlar mi peso.		
7	A veces hay cosas que saben tan bien que continúo comiendo aun cuando ya no estoy hambrienta.		
8	Ya que estoy frecuentemente hambrienta, a veces desearía que mientras como, un experto me dijera que ya he tenido bastante o que puedo comer alguna cosa más.		
9	Cuando me siento ansiosa, me encuentro a mí misma comiendo.		
10	La vida es demasiado corta para preocuparse por la dieta.		
11	Puesto que mi peso sube y baja, he ido reduciendo las dietas más de una vez.		
12	A menudo me siento tan hambrienta que tengo que comer algo ya.		

13	Cuando estoy con alguien que se está atracando, me suelo atracar yo también.		
14	Tengo una bastante buena idea del número de calorías de alimentos comunes.		
15	Algunas veces cuando empiezo a comer parece que no puedo parar.		
16	No me es difícil dejar algo en el plato.		
17	A ciertas horas del día, me pongo hambrienta porque me he acostumbrado a comer entonces.		
18	Mientras estoy a dieta, si ingiero comidas que no están permitidas, conscientemente como menos durante un período de tiempo para compensarlo.		
19	Estar con alguien que está comiendo a menudo me pone lo bastante hambrienta como para comer yo también.		
20	Cuando me siento triste, frecuentemente me excedo comiendo.		
21	Disfruto demasiado comiendo como para estropearlo contando calorías o vigilando mi peso.		
22	Cuando veo un verdadero manjar, a menudo que tengo que comer inmediatamente.		
23	Frecuentemente paro de comer cuando no estoy realmente llena como un medio consciente de limitar la cantidad de comida que como.		
24	Me pongo tan hambrienta que mi estómago a menudo parece un pozo sin fondo.		
25	Mi peso apenas ha cambiado en los últimos diez años.		
26	Estoy siempre tan hambrienta que me es difícil parar de comer antes que he acabado la comida del plato.		
27	Cuando me siento sola, me consuelo comiendo.		
28	Conscientemente me reprimo en las comidas para no ganar peso.		
29	Algunas veces me pongo muy hambrienta al final de la tarde o por la noche.		
30	Como todo lo que quiero y cuando quiero.		
31	Aún sin pensarlo, comer me lleva mucho tiempo.		
32	Calculo las calorías como un medio consciente de controlar el peso.		
33	No como algunos alimentos porque me engordan.		
34	Estoy siempre lo bastante hambrienta como para comer en cualquier momento.		
35	Pongo mucha atención en los cambios de mi figura.		
36	Cuando estoy a dieta, si como alimentos no permitidos, a menudo me abandono («splurge») y como otros alimentos altos en calorías.		

## PARTE II

37	¿Con qué frecuencia haces dieta en un esfuerzo consciente de controlar tu peso?	<input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Habitualmente <input type="checkbox"/> Siempre
38	¿Afectaría a tu forma de vivir la vida una fluctuación de peso de 2 kg?	<input type="checkbox"/> En nada <input type="checkbox"/> Levemente <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Muchísimo
39	¿Con qué frecuencia sientes hambre?	<input type="checkbox"/> Sólo en las algunas veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Comidas entre comidas
40	¿Tienes sentimientos de culpa por atracarte para ayudarte a controlar tu ingesta?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> A menudo

		<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Fácil <input type="checkbox"/> Levemente difícil <input type="checkbox"/> Moderadamente difícil      muy <input type="checkbox"/> Difícil
41	¿Cuán difícil sería para ti parar de comer a media cena y no comer durante las próximas cuatro horas?	
42	¿Cuán consciente eres de lo que estás comiendo?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Levemente <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Extremadamente
43	¿Con qué frecuencia evitas abastecerte de comidas tentadoras?	<input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Habitualmente <input type="checkbox"/> Casi siempre
44	¿Cuán propensa eres a comprar alimentos bajos en calorías?	<input type="checkbox"/> No soy propensa <input type="checkbox"/> Levemente <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Muy propensa
45	¿Comes sensiblemente enfrente de otros y te abandonas («splurge») sola?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Siempre
46	¿Cuán propensa eres a comer lentamente para reducir la cantidad de comida que comes?	<input type="checkbox"/> No soy propensa <input type="checkbox"/> Levemente <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Muy propensa
47	¿Con qué frecuencia te saltas postres porque no estás más hambrienta?	<input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Habitualmente <input type="checkbox"/> Una vez por semana
48	¿Cuán propensa eres a comer menos deliberadamente cuando tú quieres?	<input type="checkbox"/> No soy propensa <input type="checkbox"/> Levemente <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Muy propensa
49	¿Continúas atracándote, aunque no estés hambrienta?	<input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Habitualmente <input type="checkbox"/> Una vez por semana
50	En una escala del 0 al 5, donde 0 significa no-restricción en la ingesta (comer todo lo que tú quieras, cuando quieras) y 5 restricción total (constante limitación de la ingesta y nunca rendirse), ¿qué número te darías a ti misma?	<input type="checkbox"/> 0 comer todo lo que tú quieres cuando tú quieres <input type="checkbox"/> 1 habitualmente comer todo lo que tú quieres, cuando tú quieres <input type="checkbox"/> 2 a menudo comer todo lo que tú quieres, cuando tú quieres

		<input type="checkbox"/> 3 limitar la ingesta a menudo, pero a menudo también rendirse <input type="checkbox"/> 4 habitualmente limitar la ingesta, raramente rendirse <input type="checkbox"/> 5 limitar constantemente la ingesta, nunca rendirse
51	¿En qué medida esta frase describe tu conducta alimentaria? «Comienzo a hacer dieta por la mañana, pero debido a la cantidad de cosas que pasan durante el día, por la noche me rindo y como lo que quiero, prometiéndome recomenzar la dieta mañana».	<input type="checkbox"/> No se me aplica <input type="checkbox"/> Se me aplica bastante <input type="checkbox"/> Buena me describe algo <input type="checkbox"/> Descripción de mi perfectamente

**Clave para interpretar las dimensiones del síndrome de trastorno compulsivo alimentario**

Dimensión	Identificadores
Desinhibición	
Restricción alimentaria	
Susceptibilidad al hambre	

## Anexo 4. Consentimiento informado

### Consentimiento informado.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Martínez Ruíz, Darla Luisa y Naranjo Fuentes, Wendy Stefania, de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. La meta del estudio es Determinar la frecuencia del trastorno alimentario compulsivo en pacientes atendidos en la “Clínica de la obesidad” del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, 2024.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá que permita realizar una encuesta. Esto tomará aproximadamente entre 15 a 20 minutos de su tiempo. La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán anónimas. Desde ya le agradecemos su participación.

**Acepto** participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Martínez Ruíz, Darla Luisa y Naranjo Fuentes, Wendy Stefania. He sido informado(a) de la finalidad del este estudio, la forma en que se recolectará la información y el tiempo que se tardará en realizarla.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Para esto, puedo contactar a Martínez Ruíz, Darla Luisa con celular 0992291309 y correo [darla.martinez@cu.ucsg.edu.ec](mailto:darla.martinez@cu.ucsg.edu.ec), así como a Naranjo Fuentes, Wendy Stefania con celular 0968753064 y correo [wendy.naranjo@cu.ucsg.edu.ec](mailto:wendy.naranjo@cu.ucsg.edu.ec).

---

Nombre del Participante

---

Firma del Participante

---

Fecha

## Anexo 5. Evidencias fotográficas



**Ilustración.** Recolección de la información en la institución hospitalaria.



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Martínez Ruíz, Darla Luisa**, con C.C: # **0954357851** autora del trabajo de titulación: **Frecuencia del trastorno compulsivo alimentario en pacientes con obesidad atendidos en la Clínica del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.** previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **05 de mayo de 2025**

f. 

Nombre: **Martínez Ruíz, Darla Luisa**

C.C: **0954357851**

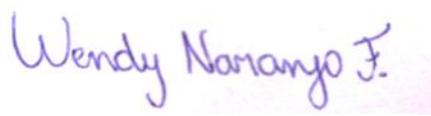
## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Naranjo Fuentes, Wendy Stefania**, con C.C: # **0950552117** autora del trabajo de titulación: **Frecuencia del trastorno compulsivo alimentario en pacientes con obesidad atendidos en la Clínica del Hospital Teodoro Maldonado Carbo** previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

**Guayaquil, 05 de mayo de 2025**

f.   
\_\_\_\_\_

Nombre: **Naranjo Fuentes, Wendy Stefania**

C.C: **0950552117**



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Frecuencia del trastorno compulsivo alimentario en pacientes con obesidad atendidos en la Clínica del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Martínez Ruíz, Darla Luisa Naranjo Fuentes, Wendy Stefania		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Lic. Muñoz Roca, Olga Argentina, Mgs.		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Ciencias de la Salud		
<b>CARRERA:</b>	Carrera de Enfermería		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Licenciada en Enfermería		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	05 de mayo de 2025	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	59
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Salud pública, Enfermedades metabólicas, Alimentación		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Obesidad; Trastorno por Atracón; Conducta Alimentaria; Cuestionarios; Factores de Riesgo.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b>	<p>El trastorno alimentario compulsivo agrava la obesidad y deteriora la salud integral; cuantificar su frecuencia en ámbitos clínicos locales facilita intervenciones preventivas y terapéuticas oportunas, sustentadas en evidencia. Objetivo: Determinar la frecuencia del trastorno alimentario compulsivo en pacientes atendidos en la "Clínica de la obesidad" del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, 2024. Metodología: Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal; muestra probabilística de cuarenta adultos obesos atendidos marzo-abril 2025; cuestionario TFEQ para recolección; análisis porcentual con Excel y SPSS; seguimiento de principios bioéticos fundamentales. Resultados: La caracterización demográfica mostró predominio de pacientes de 26-35 años (35 %) y mujeres (53 %), solteros 42,5%, nivel universitario 55% y ausencia de diagnóstico psicológico en 90%. Respecto al peso, la totalidad presentó obesidad: tipo II 47,5%, tipo I 42,5% y tipo III 10%. En la dimensión de control consciente, 67,5% no logró abstenerse ante estímulos sensoriales atractivos, aunque 65% detuvo la ingesta al alcanzar la cuota calórica. Dentro de la desinhibición, 72,5% reportó hambre urgente y 77,5% ciclos reiterados de dietas fallidas, confirmando alternancia entre restricción y sobreconsumo. La susceptibilidad al hambre mostró que 45% sintió apetito casi siempre y 52,5% rara vez evitó postres pese a saciedad. En conjunto, 80% manifestó al menos un indicador de atracón emocional, y 61% reveló baja restricción global durante la jornada con pérdida de control nocturna. Conclusión: La frecuencia de conductas compulsivas confirma que el trastorno por atracón constituye problema relevante entre pacientes obesos evaluados.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-968753064 +593-992291309	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:wendy.naranjo@cu.ucsg.edu.ec">wendy.naranjo@cu.ucsg.edu.ec</a> <a href="mailto:darla.martinez@cu.ucsg.edu.ec">darla.martinez@cu.ucsg.edu.ec</a>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):</b>	<b>Nombre: Holguin Jimenez, Martha Lorena, Mgs</b>		
	<b>Teléfono: 0993142597</b>		
	<b>E-mail: <a href="mailto:martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec">martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec</a></b>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			