



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE SALUD PÚBLICA**  
**CARRERA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

**“RELACIÓN DEL CONFINAMIENTO POR COVID-19 Y LA  
CALIDAD DE LA DIETA Y SALUD ANALIZADO SEGÚN  
GÉNERO EN UNA MUESTRA DE ADULTOS ECUATORIANOS  
2020”**

**Trabajo de Titulación**

Tipo: Proyecto de Investigación

Presentado para optar al grado académico de:

**LICENCIADA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

**AUTORA: MARÍA VICTORIA ESCOBAR VÁSQUEZ**

**DIRECTORA: N.D. SUSANA ISABEL HEREDIA AGUIRRE MSc.**

Riobamba – Ecuador

2023

**©2023, María Victoria Escobar Vásquez**

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

Yo, MARÍA VICTORIA ESCOBAR VÁSQUEZ, declaro que el presente Trabajo de Titulación es de mi autoría y los resultados del mismo son auténticos. Los textos en el documento que proviene de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autora asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este Trabajo de Titulación; el patrimonio intelectual pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Riobamba, 24 de febrero de 2023



**María Victoria Escobar Vásquez**

**1004294888**

**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE SALUD PÚBLICA**  
**CARRERA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

El Tribunal del Trabajo de Titulación certifica que: el Trabajo de Titulación; Tipo: Proyecto de Investigación, **“RELACIÓN DEL CONFINAMIENTO POR COVID-19 Y LA CALIDAD DE LA DIETA Y SALUD ANALIZADO SEGÚN GÉNERO EN UNA MUESTRA DE ADULTOS ECUATORIANOS 2020**, realizado por la señorita: **MARÍA VICTORIA ESCOBAR VÁSQUEZ**”, ha sido minuciosamente revisado por los Miembros del Tribunal del Trabajo del Trabajo de Titulación, el mismo que cumple con los requisitos científicos, técnicos, legales, en tal virtud el Tribunal Autoriza su presentación.

	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
N.D. Lorena Patricia Yaulema Brito MsC. <b>PRESIDENTE DEL TRIBUNAL</b>		2023-02-24
N.D. Susana Isabel Heredia Aguirre MsC. <b>DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN</b>		2023-02-24
N.D. María de los Ángeles Rodríguez Cevallos MsC. <b>MIEMBRO DEL TRIBUNAL</b>		2023-02-24

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a Dios por haberme acompañado siempre y permitirme formarme como persona y profesional. A mi familia especialmente a mi madre y hermano por su paciencia, amor y apoyo incondicional en todos estos años de estudio y a lo largo de mi vida. A todos mis profesores y amigos que me acompañaron en esta etapa contribuyendo a mi formación tanto profesional y como de ser humano.

María

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por permitirme culminar esta etapa de vida universitaria. A mi familia por estar siempre presente apoyándome y confiando en mí. A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo por abrirme sus puertas y darme la oportunidad de formarme académicamente; a la Escuela de Nutrición y Dietética y a todos mis docentes quienes compartieron sus valiosos conocimientos a lo largo de mi formación como profesional.

María

## ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE ANEXOS .....	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT .....	xiii
INTRODUCCIÓN .....	1

### CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	4
1.1. Coronavirus.....	4
1.1.1. <i>Definición</i> .....	4
1.1.2. <i>Tipos de coronavirus más importantes</i> .....	5
1.1.2.1. <i>Síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 1 (SARS-CoV-1)</i> .....	5
1.1.2.2. <i>Coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV)</i> .....	5
1.1.2.3. <i>Síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2)</i> .....	6
1.1.3. <i>Origen y propagación del COVID-19</i> .....	6
1.1.4. <i>Epidemiología y fisiopatología</i> .....	8
1.1.5. <i>Sintomatología y factores de riesgo</i> .....	9
1.1.6. <i>Diagnóstico</i> .....	10
1.1.7. <i>Prevención</i> .....	11
1.1.8. <i>Tratamiento</i> .....	11
1.2. <i>Dieta</i> .....	12
1.2.1. <i>Definición y características de dieta</i> .....	12
1.2.1. <i>Tipos de dieta</i> .....	13
1.3. <i>Calidad de la dieta</i> .....	14
1.3.1. <i>Definición</i> .....	14
1.3.2. <i>Criterios de la calidad de la dieta</i> .....	15
1.3.3. <i>Factores que influyen en la calidad dieta</i> .....	17
1.3.4. <i>Hábitos alimentarios beneficiosos para la calidad de la dieta</i> .....	18
1.3.5. <i>Hábitos alimentarios perjudiciales para la calidad de dieta</i> .....	19
1.3.6. <i>Instrumento para medir la calidad de la dieta</i> .....	20
1.4. <i>Salud</i> .....	21
1.4.1. <i>Definición de salud</i> .....	21
1.4.2. <i>Importancia de la salud</i> .....	21

1.4.3.	<i>Tipos de salud</i> .....	21
1.5.	<b>Calidad de la salud</b> .....	23
1.5.1.	<i>Definición</i> .....	23
1.5.2.	<i>Factores que influyen en la salud</i> .....	23
1.5.3.	<i>Hábitos beneficiosos en la calidad de salud</i> .....	23
1.5.4.	<i>Hábitos perjudiciales en la calidad de salud</i> .....	24
1.5.5.	<i>Instrumento para evaluar la calidad de la salud</i> .....	24

## CAPÍTULO II

2.	<b>MARCO METODOLÓGICO</b> .....	26
2.1.	<b>Diseño de la investigación</b> .....	26
2.1.1.	<i>Tipo de estudio</i> .....	26
2.1.2.	<i>Población y muestra</i> .....	26
2.1.3.	<i>Localización y duración de estudio</i> .....	26
2.1.4.	<i>Participantes</i> .....	26
2.1.4.1.	<i>Criterios de inclusión</i> .....	26
2.1.4.2.	<i>Criterios de exclusión</i> .....	26
2.1.2.	<i>Variables</i> .....	27
2.1.2.1.	<i>Variable independiente</i> .....	27
2.1.2.2.	<i>Variable dependiente</i> .....	27
2.1.2.3.	<i>Variable de control</i> .....	27
2.1.2.4.	<i>Operacionalización de variables de estudio</i> .....	28
2.2.	<b>Descripción del procedimiento</b> .....	33
2.2.1.	<i>Procedimientos de recolección de información</i> .....	33
2.3.	<b>Diseño de base de datos</b> .....	33
2.4.	<b>Temas estadísticos</b> .....	34
2.4.1.	<i>Plan de análisis de datos</i> .....	34

## CAPÍTULO III

3.	<b>MARCO DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</b> .....	35
3.1.	<b>Marco de resultados</b> .....	35
3.1.1.	<i>Análisis descriptivo</i> .....	35
3.1.1.1.	<i>Características generales y demográficas de la población</i> .....	35
3.1.2.	<i>Cuestionario de frecuencia de consumo del nuevo índice de calidad global de alimentación</i> .....	37

3.1.2.1.	<i>Sección de alimentos saludables</i> .....	37
3.1.2.2.	<i>Sección de alimentos no saludables</i> .....	39
3.1.2.3.	<i>Sección de tiempos de comida</i> .....	41
3.1.3.	<b>Cuestionario de salud SF-12</b> .....	43
3.1.3.1.	<i>Sección de salud física</i> .....	43
3.1.3.2.	<i>Sección de salud mental</i> .....	45
3.2.4.	<b>Características generales divididas para género</b> .....	49
3.2.	<b>Estadística inferencial</b> .....	51
3.2.1	<b>Relación entre el género y el diagnóstico del índice de calidad global de la dieta puntuación total durante el confinamiento.</b> .....	51
3.2.1.1.	<i>Frecuencia de consumo de cada variable del índice de calidad global de la dieta durante el confinamiento relacionado según género.</i> .....	52
3.2.2.	<b>Relación entre el género y el diagnóstico de salud física cuestionario SF-12 durante el confinamiento</b> .....	55
3.2.3.	<b>Relación entre el género y el diagnóstico de salud mental cuestionario SF-12 durante el confinamiento.</b> .....	56
3.2.3.1.	<i>Características de salud conforme al cuestionario SF 12 durante el confinamiento relacionado según género</i> .....	57
3.3.	<b>Discusión de los resultados</b> .....	60
<b>CONCLUSIONES</b> .....		64
<b>RECOMENDACIONES</b> .....		65
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>		
<b>ANEXOS</b>		

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1-2:</b>	Operacionalización de las variables de estudio.....	28
<b>Tabla 1-3:</b>	Datos generales y demográficos de la población .....	35
<b>Tabla 2-3:</b>	Frecuencia de consumo de verduras de la población .....	37
<b>Tabla 3-3:</b>	Frecuencia de consumo de frutas de la población .....	37
<b>Tabla 4-3:</b>	Frecuencia de consumo de leche o derivados de la población .....	38
<b>Tabla 5-3:</b>	Frecuencia de consumo de legumbres de la población.....	38
<b>Tabla 6-3:</b>	Frecuencia de consumo de pescado de la población .....	39
<b>Tabla 7-3:</b>	Frecuencia de consumo de pasteles, galletas, dulces de la población .....	39
<b>Tabla 8-3:</b>	Frecuencia de consumo de bebidas con azúcar de la población.....	40
<b>Tabla 9-3:</b>	Frecuencia de consumo de azúcar de la población.....	40
<b>Tabla 10-3:</b>	Frecuencia de consumo de frituras de la población.....	41
<b>Tabla 11-3:</b>	Frecuencia de consumo del desayuno de la población .....	41
<b>Tabla 12-3:</b>	Frecuencia de consumo del almuerzo de la población .....	42
<b>Tabla 13-3:</b>	Frecuencia de consumo de la cena de la población .....	42
<b>Tabla 14-3:</b>	Estado de salud de la población valorado en el cuestionario SF-12.....	43
<b>Tabla 15-3:</b>	Función física de la población valorada en el cuestionario SF-12 .....	43
<b>Tabla 16-3:</b>	Función física 2 de la población valorada en el cuestionario SF-12 .....	44
<b>Tabla 17-3:</b>	Rol físico de la población valorado en el cuestionario SF-12.....	44
<b>Tabla 18-3:</b>	Rol físico 2 de la población valorado en el cuestionario SF-12.....	45
<b>Tabla 19-3:</b>	Rol emocional de la población valorado en el cuestionario SF-12 .....	45
<b>Tabla 20-3:</b>	Rol emocional 2 de la población valorado en el cuestionario SF-12 .....	46
<b>Tabla 21-3:</b>	Dolor corporal de la población valorado en el cuestionario SF-12.....	46
<b>Tabla 22-3:</b>	Salud mental de la población valorada en el cuestionario SF-12.....	47
<b>Tabla 23-3:</b>	Salud mental 2 de la población valorada en el cuestionario SF-12.....	47
<b>Tabla 24-3:</b>	Vitalidad de la población valorado en el cuestionario SF-12 .....	48
<b>Tabla 25-3:</b>	Función social de la población valorado en el cuestionario SF-12 .....	48
<b>Tabla 26-3:</b>	Características generales divididas para género.....	49
<b>Tabla 27-3:</b>	Relación entre el género y el diagnóstico del índice de calidad dieta .....	51
<b>Tabla 28-3:</b>	Frecuencia de consumo de cada variable relacionado según género.....	52
<b>Tabla 29-3:</b>	Relación entre el género y el diagnóstico de salud física .....	55
<b>Tabla 30-3:</b>	Relación entre el género y el diagnóstico de salud mental .....	56
<b>Tabla 31-3:</b>	Características salud conforme cuestionario SF 12 relacionado según género..	57

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

**ANEXO A:** CONSENTIMIENTO INFORMADO

**ANEXO B:** CARACTERÍSTICAS GENERALES

**ANEXO C:** ÍNDICE DE LA CALIDAD GLOBAL DE LA ALIMENTACIÓN

**ANEXO D:** CUESTIONARIO DE SALUD SF-12

## RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo relacionar el confinamiento por COVID-19 y la calidad de la dieta y salud analizado según género en una muestra de adultos ecuatorianos. La metodología es de tipo transversal observacional, con una muestra de 241 personas. Para el estudio se utilizó el índice de calidad global de alimentación y el cuestionario de salud SF 12. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 25. Como resultado se observó que el 47,3% del género femenino necesita cambios en su dieta frente al 27,4% del género masculino, se encontró que si existe una relación significativa entre calidad de la dieta y género ( $p < 0,005$ ), en cuanto a la salud física se halló que el 56% del género femenino tiene un buen estado de salud físico frente al 28,6% del género masculino, se evidencio que la salud física y el género no fue estadísticamente significativo ( $p > 0,005$ ), mientras que en el diagnóstico de salud mental se visualizó que el 45,6% del género femenino posee un buen estado de salud mental frente al 26,1% del género masculino, la salud mental y el género no fue estadísticamente significativo ( $p > 0,005$ ). Se concluye que la calidad de la dieta tiene relación con el género siendo la población femenina la más afectada durante el confinamiento, por el contrario, el diagnóstico de salud física y mental con el género no fue estadísticamente significativo. Se recomienda realizar estudios longitudinales pues así se analizaría la situación de un antes y un después.

**Palabras clave:** <CONFINAMIENTO>, < COVID 19>, <CALIDAD DE DIETA>, <SALUD FÍSICA>, <SALUD MENTAL>, <GÉNERO MASCULINO>, <GÉNERO FEMENINO>.

0493-DBRA-UPT-2023



## ABSTRACT

The present research work aims to relate the confinement by COVID-19 and the quality of the diet and health analyzed according to gender in a sample of Ecuadorian adults. The methodology was observational cross-sectional with a sample of two hundred and forty-one people. For the study, the Global Food Quality Index and the SF 12 health questionnaire were used. The statistical analysis was carried out with the SPSS version 25 program. As a result, it was observed that 47.3% of females need changes in their diet compared to 27.4% of males. The study shows that in fact, there is a significant relationship between the quality of the diet and gender ( $p < 0.005$ ). In terms of physical health, the study demonstrates that 56% of females have a good state of physical health compared to 28.6% of males. It was evidenced that physical health and gender were not statistically significant ( $p > 0.005$ ) while in the mental health diagnosis, it was observed that 45.6% of females have a good state of mental health compared to 26.1% of males. Mental health and gender was not statistically significant ( $p > 0.005$ ). It is concluded that the quality of the diet is related to gender. The female population is the most affected during confinement. On the other hand, the diagnosis of physical and mental health was not statistically significant when related to gender. It is recommended to carry out longitudinal studies since this would analyze the situation before and after.

**Keywords:** <CONFINEMENT>, <COVID 19>, <QUALITY OF DIET>, <PHYSICAL HEALTH>, <MENTAL HEALTH>, <MASCULINE GENDER>, <FEMININE GENDER>.



Carmen Cecilia Mejía Calle  
060160846-6

## INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 se dio a conocer un nuevo coronavirus de ARN, este fue nombrado, síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) y la enfermedad causada por el virus fue nombrada enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Meng et al., 2020, p.1). El 11 de marzo de 2020, con 118.000 casos reportados en 114 países y 4.291 personas que han perdido la vida, la Organización mundial de la Salud declara que el brote de la enfermedad del Coronavirus 19 causada por el SARS-CoV2, es considerada pandemia (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2020a, párr.2). El 17 de marzo de 2020 Ecuador entro en confinamiento, lo que impedía la libre movilidad y limitaba las actividades laborales, finalizando el 13 de septiembre del mismo año (Ministerio de Defensa Nacional, 2020, párr.1).

Debido al confinamiento, una de las medidas emergentes tomadas por los gobiernos de diferentes países se logró enlentecer la propagación de la pandemia y los casos disminuyeran, causando una gran repercusión en el ámbito económico y social, además, esta pandemia no solo afectó las situaciones antes mencionadas si no también influyó en la calidad de la dieta y salud de la población (Sjödin<sup>1</sup> et al., 2020, p.4).

La calidad de la dieta depende del régimen alimentario que cada persona tiene, lo cual durante el confinamiento por el Covid-19 se vio alterada, al haber dificultades en los ingresos de cada hogar, perdidas de trabajo y subida de precios de productos, esto causo problemas en el acceso y disponibilidad de los alimentos haciendo que se modifique la dieta de la población (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura (FAO), 2020a, párr.5).

Como se observó en un estudio realizado en Italia donde se encontró que estar en casa propicio a una mayor ingesta calórica, así como el consumo de mayores cantidades de carbohidratos y grasas (Pellegrini et al., 2020, pp.3-4).

En el Caribe y en América Latina como Ecuador el consumo de alimentos fue cambiando con forme progresó el confinamiento por la pandemia de Covid-19, se observó un aumento en el consumo de productos no perecibles como enlatados y alimentos procesados e hipercalóricos con niveles elevados de azúcar, grasa saturada, sodio y calorías debido a que estos alimentos se pueden conservar por tiempos prolongados en los hogares además de ser menos costosos que los frescos siendo estos más accesibles (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura (FAO), 2020b, pp.2-3).

La calidad de la dieta es un determinante muy importante de la calidad de salud, puesto que se reconoce como un factor para diversas enfermedades como el sobrepeso y obesidad (Taams et al.,

2019, p.1). La pandemia de Covid- 19 puso en peligro la calidad de salud de las personas, debido a la interrupción de los servicios de salud y nutrición, las pérdidas de los ingresos, las perturbaciones en las cadenas de suministros de alimentos locales, y como resultado directo de las infecciones entre las personas pobres y vulnerables (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), 2020, párr. 3).

Salud, como se entiende actualmente, es un concepto multidimensional que abarca no solo la ausencia de enfermedad sino también el bienestar físico y mental (Blázquez Abellán et al., 2016, p.6). Con el fin de reducir el número de infecciones por el virus, las personas cambiaron radicalmente su rutina, afectando no solamente la salud física si no también la salud mental de las personas. El teletrabajo, el desempleo temporal, la enseñanza en casa y la falta de contacto físico con familiares, amigos y colegas requieren tiempo para acostumbrarse. Adaptarse a esos cambios en los hábitos de vida y enfrentarse al temor de contraer Covid-19 y la preocupación por las personas próximas más vulnerables es difícil, lo cual puede resultar complicado para las personas, haciendo que la calidad de salud mental se vea alterada (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2020b, párr.2).

Se ha visto que, en un estudio realizado en China con un total de 7,236 personas, la prevalencia general de ansiedad (35,1%), síntomas depresivos, (20,1%) y calidad de sueño (18,2%), son resultado de leer y escuchar continuamente sobre la pandemia (Huang y Zhao, 2020, p.1). En Ecuador un claro ejemplo de cómo se vio afectada la calidad de salud a nivel mental fueron las continuas llamadas a la atención psicológica propuesto por el Ministerio de Salud para alertar y evitar tragedias.

La finalidad de la elaboración de este trabajo investigativo es conocer si existe una relación entre el confinamiento por COVID 19 y la calidad de la dieta y salud, esta investigación favorecerán a conocer los componentes que interviene, además al ser un análisis por género, ayudara a identificar si existe o no una diferencia entre estos dos grupos con respecto a la dieta y salud siendo esta información útil para investigaciones enfocadas y relacionadas con el tema presente. Esta investigación al igual que la pandemia actual es un tema nuevo que contribuirá a la academia en el país con información relevante, y ayudará a mediano y largo plazo en la toma de decisiones para implementar estrategias que garanticen la buena calidad de la dieta y salud de la población, además esta investigación permitirá conocer la importancia de mantener un adecuado estilo de vida y así ayudar a la toma de decisiones relacionados con los buenos hábitos alimentarios en cuanto a la de calidad de dieta y calidad de salud.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Relacionar el confinamiento por COVID-19 y la calidad de la dieta y salud analizado según género en una muestra de adultos ecuatorianos 2020.

### **Objetivos específicos**

- Determinar las características generales de la población adulta ecuatoriana estudiada.
- Estudiar la calidad de la dieta en adultos ecuatorianos durante el confinamiento por COVID- 19, según género.
- Identificar la relación de la calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, un análisis por género.

## **Hipótesis**

### **Hipótesis alternativa**

El confinamiento por COVID-19 se relaciona con la calidad de la dieta y salud en los adultos ecuatorianos según género.

### **Hipótesis nula**

El confinamiento por COVID-19 no se relaciona con la calidad de la dieta y salud en los adultos ecuatorianos según género.

## CAPÍTULO I

### 1. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

#### 1.1. Coronavirus

##### 1.1.1. Definición

El primer coronavirus descrito se aisló de embriones de pollo en 1937, el virus de la bronquitis infecciosa (IBV). Desde entonces, se han detectado numerosos CoV en una amplia variedad de animales, incluidos animales salvajes, animales de granja y mascotas (Ludwig y Zarbock, 2020, p.2). Los coronavirus (CoV) pertenecen a la subfamilia *Orthocoronavirinae* de la familia *Coronaviridae*, orden *Nidovirales*. Hay cuatro géneros dentro de la subfamilia *Orthocoronavirinae*, a saber, *Alphacoronavirus* ( $\alpha$ -CoV), *Betacoronavirus* ( $\beta$ -CoV), *Gammacoronavirus* ( $\gamma$ -CoV) y *Deltacoronavirus* ( $\delta$ -CoV). El genoma de CoV es un ARN monocatenario de sentido positivo y envuelto con un tamaño que varía entre 26 kilobases y 32 kilobases, el genoma más grande de los virus ARN conocidos. Se sabe que los géneros  $\alpha$  y  $\beta$ -CoV infectan a los mamíferos, mientras que los  $\delta$  y  $\gamma$ -CoV infectan a las aves. En los últimos veinte años han surgido 3 brotes de neumonía viral: El síndrome respiratorio agudo severo (SARS) y el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) causados por el  $\beta$ -CoV. En ambas epidemias, los virus probablemente se originaron en murciélagos y luego infectaron a humanos a través de otros huéspedes animales intermedios, por ejemplo, la civeta (*Paguma larvata*) para el SARS-CoV y el camello para el MERS-CoV; por último, el tercer brote más reciente es el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) COVID-19 el cual comenzó a fines de 2019 (Li et al., 2020, p.1).

Hasta la fecha, hay siete coronavirus que infectan a los humanos. El coronavirus humano (HCoV) -229E, HCoV-NL63, HCoV-OC43 o HCoV-HKU1 solo causa el resfriado común, mientras que el SARS-CoV y el MERS-CoV causan una mortalidad relativamente alta y surgieron en 2002 y 2012, respectivamente. El SARS-CoV-2 el cual es el más reciente y ha creado un brote severo en todo el mundo (Chen et al., 2020, p.1).

### ***1.1.2. Tipos de coronavirus más importantes***

#### *1.1.2.1. Síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 1 (SARS-CoV-1)*

El síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 1 (SARS-CoV-1) fue un tipo de coronavirus presente en 2002 y 2003, comenzó en China y se extendió a 29 países en todo el mundo, con una tasa de mortalidad del 11% afectó a más de 8000 personas de las cuales 774 murieron (Yan, Chang y Wang, 2020, p.2).

El agente etiológico se identificó como SARS-CoV, un beta coronavirus zoonótico que se originó en los murciélagos en herradura que luego se adaptaron para infectar la civeta de la palma del huésped intermedio y, en última instancia, a los humanos. Después de un período de incubación de 4 a 6 días, los pacientes con SRAS desarrollan síntomas similares a los de la gripe y neumonía, que en casos graves conducen a insuficiencia respiratoria mortal y síndrome de dificultad respiratoria aguda. Aunque el SARS-CoV infecta múltiples órganos y causa una enfermedad sistémica, los síntomas empeoran a medida que se elimina el virus, lo que sugiere que la respuesta inmune aberrante puede ser la base de la patogenicidad del SARS-CoV. Si bien no se han reportado casos de SARS desde 2004, se descubrió un rico acervo genético de coronavirus relacionados con el SARS en murciélagos en una cueva en Yunnan, China, lo que destaca la necesidad de prepararse para el resurgimiento futuro (Fung y Liu, 2019, p.3).

#### *1.1.2.2. Coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV)*

En junio de 2012, MERS-CoV surgió en Arabia Saudita como el agente causante de una enfermedad respiratoria similar al SARS. Aunque la transmisión de persona a persona se considera limitada, el MERS-CoV ha provocado dos brotes importantes en Arabia Saudita (2012) y Corea del Sur (2015) (Fung y Liu, 2019, p.3). Desde entonces, se han notificado un total de 2.494 casos de infección, incluidas 858 muertes asociadas, y una tasa alta estimada de letalidad del 34,4% (Ahmed, Quadeer y McKay, 2020, p.3).

Las personas mayores infectadas con MERS-CoV, en particular aquellas con comorbilidades, suelen desarrollar una enfermedad más grave y, a veces, mortal. Similar al SARS-CoV, MERS-CoV se originó en los murciélagos, pero luego se adaptó a los dromedarios como huéspedes intermediarios (Fung y Liu, 2019, p.3). Las manifestaciones clínicas del MERS se asemejan a las del SARS, caracterizado por neumonía aguda progresiva. A diferencia del SARS, muchos pacientes con MERS también desarrollaron insuficiencia renal aguda, que hasta ahora es única para MERS (Ye *et al.*, 2020, p.4). Actualmente, no se ha aprobado ninguna vacuna o medicamento antivírico

específico para el SARS-CoV o el MERS-CoV (Fung y Liu, 2019, p.3). Si bien no se ha informado de ningún caso de infección por SARS-CoV desde 2004, el MERS-CoV existe desde 2012 y ha causado múltiples brotes esporádicos en diferentes países (Ahmed, Quadeer y McKay, 2020, p.4).

### *1.1.2.3. Síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2)*

La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-2019) es causada por un nuevo coronavirus conocido como Síndrome respiratorio agudo severo Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) y fue identificado como una pandemia por la Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo de 2020. Este virus se identificó por primera vez en el tracto respiratorio de pacientes con neumonía en Wuhan, Hubei China, en diciembre de 2019, que luego se indicó como un coronavirus  $\beta$  (nCoV) recientemente identificado (Astuti y Ysrafil, 2020, p.1).

El SARS-CoV-2 provoca una infección respiratoria grave como el SARS-CoV y el MERS-CoV, que se presenta como fiebre, tos y disnea. También se observa diarrea en algunos pacientes. La neumonía es uno de los síntomas más graves y puede progresar rápidamente al síndrome de dificultad respiratoria aguda. Aunque el SARS-CoV y el SARS-CoV-2 son muy similares debido a la alta homología de secuencia de nucleótidos del 82%, se agrupan en diferentes ramas en el árbol filogenético. El SARS-CoV-2 es aparentemente menos patógeno, pero más transmisible en comparación con el SARS-CoV y el MERS-CoV. Se ha informado de sujetos asintomáticos infectados con SARS-CoV-2 y podrían contribuir a su rápida propagación por todo el mundo (Ye *et al.*, 2020, p.4). Se sospecha que los murciélagos son el reservorio clave de los virus al encontrar hasta un 96,2% de secuenciación idéntica del genoma del SARS-CoV-2 con el murciélago CoV RaTG13 (Astuti y Ysrafil, 2020, p.1). Actualmente, no se dispone de vacunas ni medicamentos antivirales adecuados para el SARS - CoV - 2. La alerta temprana es una medida crucial para controlar el brote y las epidemias de enfermedades infecciosas. Los métodos de diagnóstico rápidos y confiables para la detección del SARS - CoV - 2 son cruciales para las intervenciones de salud pública que pueden minimizar la propagación del COVID - 19 (Yashavantha Rao y Jayabaskaran, 2020, p.4).

### *1.1.3. Origen y propagación del COVID-19*

Los coronavirus fueron descritos por primera vez por Tyrell y Bynoe en 1966, quienes aislaron los virus de pacientes que padecían el resfriado común. Tyrell y Bynoe los llamaron coronavirus porque son viriones esféricos con una capa central y proyecciones superficiales que se asemejan a una corona solar (Tu *et al.*, 2020, p.2). Los coronavirus son viejos conocidos de la profesión veterinaria. Afectan a múltiples especies y tan solo una minoría ha conseguido atravesar la barrera

especie y afectar al ser humano. En el caso del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 se trata del séptimo coronavirus que infecta a las personas y parece ser un patógeno que, gracias a la evolución natural, ha conseguido adaptarse a nuestra especie e incrementar su virulencia, siendo mucho más transmisible que sus predecesores patógenos, el virus productor del síndrome respiratorio severo agudo (SARS-CoV) y el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) (Reboredo, 2020, p.2).

A finales de diciembre del 2019 una serie de casos de neumonía, hasta ese momento de origen desconocido, fueron identificados en la ciudad de Wuhan, China. La presentación clínica de estos casos era parecida a la de una neumonía de tipo viral, con fiebre, tos seca e imágenes radiológicas incompatibles con las de una neumonía causada por las bacterias y virus más comunes. El surgimiento de estos casos levantó sospechas, sobre todo después de que varios de los pacientes que presentaban este cuadro clínico refirieran tener de antecedente trabajar como distribuidores o vendedores en el mercado de mariscos y vida animal silvestre de Huanan. Debido al surgimiento de este brote, la autoridad sanitaria en China alertó a la Organización Mundial de la Salud el día 31 de diciembre del 2019 sobre la aparición de casos de neumonía atípica de origen desconocido. Días más tarde se identificó al agente etiológico como un nuevo coronavirus. A este nuevo coronavirus se le llamó SARS-CoV-2, y a la enfermedad que produce se la denominó COVID-19. El origen de este nuevo virus se presume zoonótico, siendo los murciélagos su probable vector. Debido al acelerado número de contagios y muertes que se produjeron primero en China y posteriormente alrededor del mundo, la infección de este virus pasó rápidamente de ser un brote aislado en una región china a convertirse en una emergencia sanitaria de preocupación internacional, y posteriormente en una pandemia (Mojica-Crespo y Morales-Crespo, 2020, p.3).

Su tasa de mortalidad no es tan elevada (aproximadamente del 2-3%), pero su rápida propagación ha propiciado la activación de protocolos para detener su diseminación (Cruz et al., 2021, p.2). El virus se puede propagar a través de pequeñas partículas líquidas expulsadas por una persona infectada a través de la boca o la nariz al toser, estornudar, hablar, cantar o resoplar. Esas partículas líquidas tienen diferentes tamaños, desde las más grandes ‘gotículas respiratorias’ hasta las más pequeñas, llamadas ‘aerosoles’. Otras personas pueden contraer la COVID-19 cuando el virus entra por la boca, la nariz o los ojos, algo que puede ocurrir con mayor probabilidad si las personas están en contacto directo o cercano (menos de 1 metro de distancia) con una persona infectada (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2020c, párr.2).

El virus también se puede propagar cuando personas infectadas estornudan o tosen sobre superficies u objetos tales como mesas, picaportes o pasamanos, o tocan esas superficies. Otras personas se pueden infectar al tocar esas superficies contaminadas y luego tocarse los ojos, la nariz o la boca sin antes haberse lavado las manos (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2020d, párr.3).

#### ***1.1.4. Epidemiología y fisiopatología***

Actualmente, los pacientes con COVID-19 son la principal fuente de infección y los pacientes graves se consideran más contagiosos que los leves. Las personas infectadas asintómicamente o los pacientes en incubación que no muestran signos o síntomas de infección respiratoria que se haya demostrado que excretan el virus infeccioso también pueden ser fuentes potenciales de infección. COVID-19 se ha considerado como un tipo de enfermedad infecciosa autolimitante y la mayoría de los casos con síntomas leves pueden recuperarse en 1 a 2 semanas. La infección por SARS-CoV-2 puede causar cinco resultados diferentes: personas infectadas asintómicamente (1,2%); casos leves a medianos (80,9%); casos graves (13,8%); caso crítico (4,7%); y muerte (2,3% en todos los casos notificados). Como enfermedad infecciosa emergente, la población de todas las razas y edades es generalmente susceptible. Los ancianos y las personas con trastornos básicos subyacentes como asma, diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer pueden ser más susceptibles al SARS-CoV-2. El tabaquismo y la obesidad también son factores susceptibles. Las personas que están en contacto cercano con pacientes o personas infectadas con síntomas subclínicos forman parte de la población de alto riesgo. También se considera un alto riesgo de infección en los trabajadores sanitarios y los familiares de los pacientes (Jin *et al.*, 2020, pp.5-8). La patogenia del SARS-CoV-2 aún no se ha aclarado por completo. El trabajo realizado en el Hospital Jin Yin-tan en Wuhan reveló que los pacientes con COVID-19 tenían niveles plasmáticos elevados de interleucina (IL) -1b, IL-1RA, IL-7, IL-8, IL-9, IL-10, interferón (IFN) -g, factor de crecimiento de fibroblastos, factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF / CSF3), factor estimulante de colonias de granulocitos / macrófagos (GM-CSF / CSF2), proteína 10 inducida por interferón gamma (IP10 / CXCL10) , factor de necrosis tumoral (TNF) -b, proteína quimio atrayente de monocitos 1 (MCP1 / CCL2), proteína inflamatoria de macrófagos-1 alfa (MIP1A / CCL3), proteína inflamatoria de macrófagos-1 beta (MIP1B / CCL4), factor de crecimiento derivado de plaquetas y factor de crecimiento endotelial vascular en relación con individuos sanos. Los pacientes con COVID-19 que ingresaron en la unidad de cuidados intensivos también muestran aumentos adicionales en las concentraciones séricas de IL-2, IL-7, Niveles de IL-10, G-CSF, TNFa, IP10, MCP1 y MIP1A en relación con los pacientes que no requieren cuidados intensivos. Es probable que los niveles elevados de IL-1b, IFNg, IP10 y MCP1 en estos pacientes impulsen la EC de tipo T helper (Th) 14+ respuestas de células T, mientras que el aumento de la producción de IL-4 e IL-10 puede, a su vez, impulsar respuestas Th2 mejoradas (Qu, Li y Ren, 2020, p.2).

### ***1.1.5. Sintomatología y factores de riesgo***

Entre 1099 casos confirmados por laboratorio de COVID-19 se informó que las manifestaciones clínicas más comunes entre los pacientes son fiebre (88,7%), tos (67,8%), fatiga (38,1%), producción de esputo (33,7%), dificultad para respirar (18,7%), dolor de garganta (13,9%), dolor de cabeza (13,6%), ageusia (50,8%), mialgias (49,2%), anosmia (42,4%) dolor torácico (34,7%) Además, algunos pacientes con COVID-19 también mostraron síntomas gastrointestinales, es decir, diarrea (3,8%) y vómitos (5,0%). La mayoría de los pacientes tienen un buen pronóstico, mientras que algunos se encuentran en una condición crítica, especialmente los ancianos y aquellos con enfermedades crónicas subyacentes como enfermedades cardíacas y diabetes (Tu et al., 2020, p.3).

Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo y descriptivo de 118 pacientes ingresados. En consulta, re interrogando sobre los síntomas presentados inicialmente, un 62,5% referían persistencia de clínica: disnea (31,4%), astenia (30,5%), mialgias (13%), tos (5%), anosmia (1,7%) y ageusia (1%). En el 28% persistían dos o más síntomas de los anteriores (Rosales-Castillo, García de los Ríos y Mediavilla García, 2021, pp.2-3).

El 62,5% de los pacientes hospitalizados por infección COVID-19 refieren persistencia de algún síntoma tras un periodo de tiempo medio desde el alta de 50 días, siendo los más frecuentes, con diferencia, la disnea y la astenia. Estos resultados están en concordancia con los publicados por donde se confirmaron estos dos síntomas como los más frecuentemente persistentes (Losada-Baltar et al., 2020, p.4).

Según la Organización Mundial de la Salud (2020f, párr.1) “Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”(Organización Mundial de la Salud (OMS), 2020f, párr.1).

Entre los factores riesgo para contraer el COVID-19 están las personas con afecciones de salud subyacentes, como las enfermedades no transmisibles (ENT), como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer, tienen un mayor riesgo de enfermedad grave y más probabilidades de morir por COVID-19 de igual forma se encuentran las personas mayores de 60 años. Los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles logran que los individuos sean más susceptibles a enfermarse gravemente con COVID-19. Por ejemplo, los fumadores pueden tener una capacidad pulmonar reducida, lo que aumentaría en gran medida el riesgo de enfermedades graves (Organización Panamericana de Salud (OPS), 2020, párr.1).

Entre los factores de riesgo para el COVID-19 pueden estar: las infecciones por el SARS-CoV-2 que se transmite por gotículas procedentes de las vías respiratorias, así como por contacto con líquidos corporales y superficies contaminadas. Se conocen casos de transmisión a trabajadores de salud como también influye el acercamiento por más de 5 minutos con alguien que tiene la enfermedad. Algunas personas asintomáticas quizá puedan transmitir la infección; otras personas que no han comunicado contacto estrecho con ningún caso conocido también se han infectado. Durante el brote de SARS-CoV, los trabajadores de salud representaron el 21% de los casos (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2020e, p.5).

### ***1.1.6. Diagnóstico***

Dado que el SARS-CoV-2 provoca un brote pandémico y plantea una preocupación mundial, se han desarrollado múltiples pruebas de diagnóstico de forma interna o comercial para una identificación rápida y precisa de los pacientes con COVID-19 (Wu et al., 2020, p.3).

Los síntomas expresados por los pacientes con COVID-19 son inespecíficos y no se pueden utilizar para un diagnóstico preciso. El 44% de 1099 pacientes con COVID-19 de China tenían fiebre cuando ingresaron al hospital y que el 89% desarrolló fiebre mientras estaban en el hospital. Además, encontraron que los pacientes tenían tos, fatiga, producción de esputo y dificultad para respirar. Muchos de estos síntomas podrían estar asociados con otras infecciones respiratorias (Udugama et al., 2020, p.3).

La RT-PCR (reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real) es un método molecular que se usa comúnmente para el diagnóstico. Las muestras del tracto respiratorio inferior son mejores que las superiores porque tienen una carga viral más alta. Los otros métodos tienen algunos defectos: la detección de anticuerpos tiene menos sensibilidad y el cultivo viral lleva más tiempo (Naserghandi, Allameh y Saffarpour, 2020, p.2).

Las pruebas de ácido nucleico y las tomografías computarizadas se han utilizado para diagnosticar y detectar COVID-19. Las técnicas moleculares son más adecuadas que las pruebas sindrómicas y las tomografías computarizadas para diagnósticos precisos porque pueden apuntar e identificar patógenos específicos. El desarrollo de técnicas moleculares depende de la comprensión de la composición proteómica y genómica del patógeno o la inducción de cambios en la expresión de proteínas / genes en el huésped durante y después de la infección. Hasta el 24 de marzo de 2020, se han identificado las composiciones genómicas y proteómicas del SARS-CoV-2, pero la respuesta del huésped al virus aún está bajo investigación (Udugama et al., 2020, p.3).

### ***1.1.7. Prevención***

El distanciamiento social es una de varias medidas de prevención que se deben tomar en conjunto para reducir la propagación del COVID-19 (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), 2020, párr.3). Mantener un distanciamiento interpersonal mínimo de 1,5 metros respecto al resto de las personas (cuando sea posible establecer una distancia mínima de 2 metros). Evitar los saludos con beso, abrazo o de mano. Evitar compartir utensilios como vasos, platos, cubiertos y demás. Lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón líquido. Evitar tocarse superficies del rostro como ojos, nariz o boca, sin haber realizado higiene y desinfección de manos (Ministerio de Salud Pública (MSP), 2020, pp.9-10).

El lavado de manos debe realizarse:

- Al inicio de la jornada laboral o al reincorporarse al puesto de trabajo
- Después de haber hecho uso del sanitario.
- Tras toser, estornudar, tocarnos la boca, nariz y ojos.
- Tras haber tocado objetos como teléfonos o computadoras.
- Antes y después de comer o beber.
- Después de realizar tareas de limpieza.

El lavado de manos debe extenderse a 60 segundos. Se colocará señalética sobre el lavado de manos. Usar en todo momento los elementos de protección personal: mascarillas, guantes y cofias. No se debe compartir o reusar equipos de protección personal con otras personas (Ministerio de Salud Pública (MSP), 2020, pp.9-10).

### ***1.1.8. Tratamiento***

El desarrollo de terapias y vacunas está en marcha, pero actualmente no existen terapias o vacunas aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) para el tratamiento de pacientes con COVID-19 (Udugama et al., 2020, p.2).

Se necesita con urgencia establecer un agente antiviral útil contra COVID-19. Se ha afirmado que varios medicamentos son seguros y eficientes mediante ensayos controlados aleatorios; sin embargo, solo dos de los cuales han sido permitidos por la FDA hasta ahora: el sulfato de cloroquina y el sulfato de hidroxicloroquina. Después de realizar numerosas pruebas para determinar la eficacia del sulfato de cloroquina (CQ) y el sulfato de hidroxicloroquina (HCQ), actualmente se utilizan como fármacos de tratamiento de primera línea en la mayoría de los países. La cloroquina es un fármaco antiguo utilizado contra la malaria que es económico y seguro para

los pacientes de edad avanzada. Según los estudios, en comparación con CQ, HCQ tiene menos efectos secundarios y puede usarse en dosis más altas. A pesar de la eficacia de estos dos fármacos en el proceso de recuperación, puede haber algunos efectos secundarios que incluyen respuestas gastrointestinales, riesgo de arritmias cardíacas y riesgo de daño retiniano; especialmente con el uso a largo plazo (Naserghandi, Allameh y Saffarpour, 2020, p.2).

Remdesivir es un nuevo agente antivírico que se está examinando y que inhibe la replicación viral mediante la terminación prematura de la transcripción del ARN y es capaz de afectar a una amplia gama de virus ARN. Varios ensayos clínicos han indicado la eficacia de Remdesivir en el procedimiento de tratamiento. La propagación mundial de COVID-19 se ha convertido en un problema de salud crítico. Sin embargo, aún quedan por adquirir más conocimientos. Los esfuerzos de salud pública son más necesarios para restringir el brote del virus a través de la transferencia de persona a persona, que parece ser el mejor enfoque en la situación actual (Naserghandi, Allameh y Saffarpour, 2020, p.2).

## **1.2. Dieta**

### ***1.2.1. Definición y características de dieta***

Dieta es un régimen alimentario o estilo de vida, es el conjunto, cantidades y mezclas de los alimentos que una persona consume de manera habitual en el día: desayuno, colaciones, almuerzo y merienda (Clavijo Chamorro, 2016, p.16).

La dieta debe ser:

•**Completa:** Es decir aquella que contenga los nutrientes fundamentales para el correcto funcionamiento del organismo, tales como: carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas, minerales y agua.

•**Equilibrada:** Se refiere a incluir alimentos de todos los grupos, en cantidades apropiadas, sin llegar a excesos ya que algunos de ellos pueden representar cierto riesgo para la salud. Se recomienda:

-Carbohidratos: del 45-65%. Su equivalente energético es alrededor de 4Kcal/g.

-Proteínas: 10-15% de la energía diaria total. Su equivalente energético es alrededor de 4kcal/g.

-Grasa: 15-30% su equivalente energético es alrededor de 9 Kcal/g. La ingestión de ácidos grasos saturados no debe excederse el 10% de la energía total, los monos insaturados el 15% y los

poliinsaturados el 7%. Se recomienda una relación entre ácidos grasos omega-6 y omega-3 de 5:1.

- Suficiente:** El contenido de los diversos elementos de la dieta deben ser tal que satisfagan los requerimientos del cuerpo de energía, macro y micronutrientes, agua y fibra de una persona.

- Adecuada:** Es necesario considerar sexo, edad, nivel de actividad física y estado fisiológico del individuo de acuerdo con los requerimientos nutricionales.

- Inocua:** es decir la dieta cuyo consumo habitual no implica riesgos para la salud, está debe estar libre de agentes contaminantes.

- Variada:** Contiene los diferentes alimentos en cada comida, y que un mismo alimento esté preparado de muchas maneras a través de diferentes técnicas culinarias, con buenas prácticas higiénicas de preparación y conservación (Mariño García, Núñez Velázquez y Gámez Bernal, 2016, p.5).

En conclusión, la dieta de un individuo debe ser: completa, equilibrada, suficiente, adecuada, variada e inocua para que verdaderamente proteja de las diferentes formas de malnutrición por déficit o por exceso, lo mismo que de las enfermedades crónicas no transmisibles, como las cardiovasculares, la diabetes, la hipertensión y algunos tipos de cáncer. Una dieta debe estar enmarcada dentro de un estilo de vida saludable, en el que la persona logre al máximo evitar el sedentarismo, el consumo de cigarrillo, la ingestión de bebidas alcohólicas y de cualquier tóxico que pueda afectar su salud (Alzate Yepes, 2019, p.4).

### *1.2.2. Tipos de dieta*

Se puede decir que la dieta son todos aquellos hábitos alimentarios que componen la alimentación diaria de un individuo, está cambia de acuerdo a la persona, las preferencias, gustos o necesidades de cada uno. Algunas de ellas son:

- Dieta hipercalórica:** Alta en calorías, con esta dieta se logra aumentar de peso mejorando la calidad y cantidad de lo que consume. El aporte calórico es alrededor de 3000 a 3500 kcal, pero esto dependerá de la circunstancia, la edad y estado fisiológico de la persona.

- Dieta hipocalórica:** Es el régimen alimentario en el cual existe restricción calórica diaria, el fin de esta dieta es alcanzar el peso adecuado, disminuyendo la masa grasa con el objetivo de disminuir el sobrepeso u obesidad, de modo que se obtenga un balance energético negativo, conservando el aporte de micronutrientes. Esta dieta tiene entre 1500kcal a 1800kcal dependiendo de la necesidad de cada paciente.

•**Dieta hiperproteica:** Es una dieta completa en la cual se incrementa el aporte proteico oscilando entre 1.5 – 2.0 g/kg peso/día o > 18% de proteínas de valor calórico total. Esta dieta puede aportar hasta 3000kcal según la necesidad de cada paciente utiliza corregir la pérdida de peso y prevenir el catabolismo muscular (Ministerio de Salud de Perú, 2018, p.12-13).

•**Dieta détox:** Esta dieta se creó para desintoxicar el organismo de aquellas comidas abundantes o excesivas en grasa. Se basa en dejar de consumir ciertos grupos de alimentos que se cree que tiene concentración de tóxicos (sustancias químicas que tienen efectos nocivos sobre el cuerpo) para sustituirlos por agua, batidos depurativos y alimentos vegetales. Su objetivo es eliminar los tóxicos del organismo, sirve para perder peso, pero si no es acompañada posteriormente de buenos hábitos y una alimentación adecuada el peso perdido se recupera e incluso se puede ganar más. La eficacia de esta dieta no ha sido demostrada de manera científica incluso puede llegar a ser riesgosa para la salud ya que al consumir líquidos en exceso puede provocar un desequilibrio en la absorción de vitaminas y proteínas (Cogollos Ortega, 2019, p.5).

•**Dieta vegetariana:** Se exhiben como saludables, pero si no son balanceadas se pueden asociar a déficits de calcio, ácidos grasos omega 3 y vitamina B12 entre otros. El vegetarianismo es un término extenso que comprende una variedad de prácticas alimentarias. Se define como vegetariano a aquella persona que excluye los alimentos de origen animal o parte de ellos, los veganos en cambio no consumen ningún producto de origen animal ni sus derivados. En los últimos años ha aparecido el concepto de “flexitarianismo”, que es la práctica de ser «flexible» sobre la forma en que se es vegetariano. Un flexitariano practica una dieta vegetariana, pero, consume productos de origen animal una o dos veces por semana (Aravena et al., 2020, p.2).

•**Dieta mediterránea:** es alta en vegetales, frutas, leguminosas, granos enteros, pescados, aceites de olivo y productos lácteos bajos en grasa, se correlaciona con niveles más bajos de marcadores inflamatorios (Ontiveros Marquez, 2016, p.2).

### **1.3. Calidad de la dieta**

#### **1.3.1. Definición**

Según Wirt y Collins (2009, p.1) indican que la calidad de la dieta es una palabra utilizada para indicar la calidad nutricional general. El término calidad de la dieta hace referencia a una alimentación adecuada, variada, saludable, completa que genere la energía y nutrientes esenciales para un completo bienestar de la persona.

### ***1.3.2. Criterios de la calidad de la dieta***

Existen diferentes parámetros de referencia que nos permiten juzgar la calidad de una dieta desde el punto de vista nutricional, dentro de los cuales encontramos:

•**Hábitos alimentarios (HA):** Es el comportamiento más o menos consciente, colectivo en la mayoría de los casos y siempre repetitivo que le conduce a la gente a seleccionar, preparar y consumir un determinado alimento o menú como parte más de sus costumbres, sociales, culturales y religiosas y que está influenciado por múltiples factores como: socioeconómicos, culturales, geográficos etc.

•**Variedad de la dieta:** Los alimentos del mismo grupo se deben intercambiar en las diferentes comidas.

•**Número de comidas realizadas y energía aportada:** Aunque el número de comidas depende de las costumbres, el estilo de vida y las condiciones de trabajo de cada persona, en general se recomienda que se realicen más de 3-5 comidas/día y que la mayor parte de los alimentos se consuman en las primeras horas del día, es decir se recomienda hacer un buen desayuno y comida y aligerar las cenas.

Por ejemplo, una adecuada distribución energética podría ser:

-Desayuno: 20-25% de las calorías totales

-Media mañana: 10%

-Comida: 30-35%

-Media tarde: 10%

-Merienda: 20-30%

•**Aporte de la ingesta de energía y nutrientes a las ingestas recomendadas:** Es importante conocer las características del individuo o grupo que está consumiendo la dieta o para el que va dirigida la dieta que se está programando (sexo, edad, peso, actividad física), pues estas características determinan las necesidades nutricionales que serán nuestros primeros estándares de referencia para juzgar la dieta.

Las IR son los únicos valores de referencia disponibles para los profesionales de la salud para planificar y valorar dietas de individuos y grupos. Son útiles como guía, como meta, para la programación de dietas de individuos, siempre que esta se realice junto con una adecuada educación nutricional, orientando a la gente acerca de cómo realizar la mejor selección de los alimentos.

•**Energía:** La dieta debe aportar suficiente cantidad de energía para mantener el peso estable y en los niveles recomendados (IMC = 18.5-24.9 kg/m<sup>2</sup>). La mejor manera de saber si estamos consumiendo la cantidad adecuada de Calorías es controlar el peso. Si su peso no se modifica (a lo largo de un mes, por ejemplo), la energía consumida es la que necesita. Un aumento de peso significa que está comiendo más de lo que necesita.

•**Densidad de nutrientes:** Generalmente a mayor variedad de alimentos en la dieta, mayor densidad nutritiva. Actualmente, el alto contenido de grasas e hidratos de carbono sencillos de muchas dietas puede diluir su densidad nutritiva. Si una persona reduce la ingesta energética sin cuidar la densidad nutritiva de los alimentos que incluye en su dieta se reducirá drásticamente el aporte de nutrientes.

•**Distribución de la macromolécula calórica:** Se define como el aporte calórico de macronutrientes (proteínas, lípidos e hidratos carbono), el porcentaje de calorías necesarias dependerá de la edad, la circunstancia que se encuentre y el estado fisiológico de la persona. Se expresa como porcentaje. Para personas mayores de 19 años se recomienda que los siguientes macronutrientes estén en un intervalo de:

- Proteínas aporten entre un 10 y un 35% de las calorías totales.

- Lípidos: 20 o 35% kcal.

- Hidratos de carbono: 45-65%, siendo mayoritariamente hidratos de carbono complejos. Mono y disacáridos (excepto los de lácteos, frutas y verduras) no deben aportar más del 10% de la energía total.

•**Calidad de la grasa:** Para juzgar la calidad de la grasa ingerida pueden emplearse diferentes índices o relaciones que consideran las distintas familias de ácidos grasos.

•**Calidad de la proteína:** La relación [proteína animal + proteína de leguminosas]/ proteína total debe ser > 0.7.

•**Fibra dietética:** Se recomienda que la dieta aporte unos 25-30 g/día de fibra (>25 g/día en mujeres // >30 g/día en hombres) (12 - 14 g/1.000 kcal). La relación fibra insoluble/soluble debe estar entre 1,5 y 3. En aquellos casos en los que se desee mejorar la mecánica digestiva o la glucemia y/o colesterolemia, habrá de aumentarse una u otra.

- Sodio: < 2000mg/día

-Fe hemo: 40%

-Calcio: 1000 mg/día

-Ca/P: 1,3/ 1

-Yodo: 150ug/día

-Flúor: 1mg/día

●**Vitaminas:** Se recomienda

-Tiamina: 0,4 mg/1.000 kcal

-Riboflavina 0,6 mg/1.000 kcal

-Equivalentes de niacina 6,6 mg/1.000 kcal

-Vitamina B6 (mg) / proteína (g) > 0,02

-Vitamina E (mg) / AGP (g) > 0,4

-Folatos > 400 µg/día

-Vitamina D 5 µg/día (200 UI); En >50 años: 10 µg/día (400 UI) 30 min/día de exposición lumínica (Carbajal Azcona, 2013, pp.189-198).

### ***1.3.3. Factores que influyen en la calidad dieta***

En la mayoría de los países los factores que influyen en la alimentación tienen repercusiones sobre las personas y de estas van a depender si son positivos o no.

●**Factores biológicos:** Los seres humanos requieren de energía y nutrientes a fin de sobrevivir y responder a las sensaciones de hambre y de saciedad (Dip, 2020, p.1). Solo ingiriendo alimentos podemos sentirnos saciados, muchas veces al ignorar la cantidad que se debe comer, se produce un consumo excesivo. El gasto energético debe ser compensado con la energía que proporciona la dieta. La ingesta energética dependerá de dos factores fundamentales: el hambre que proporciona un estado de alerta ante la necesidad biológica de ingerir nutrientes, y el apetito que se ve influenciado por el medio social (Kohen, 2011, p.3).

●**Factores económicos:** El factor económico y el costo de los alimentos son los principales factores que determinan la elección de alimentos. Los grupos poblacionales con ingresos bajos muestran una mayor tendencia a seguir una alimentación poco equilibrada. No obstante, por el hecho de disponer de mayor acceso financiero, posee una alimentación de mayor calidad (Dip, 2020, p.3).

●**Factores físicos:** La accesibilidad es otro factor importante ya que influye en la selección de alimentos, y depende de recursos como el transporte y la ubicación geográfica (Dip, 2020, p.3).

●**Factores socioculturales:** La cultura impone cuales son los alimentos que se debe utilizar en los platos y en qué orden se han de comer, primero sopas, verduras, legumbres seguid de carnes,

pescado y finalmente frutas y dulces entre otros factores sociales tenemos los hábitos alimentarios, la cultura y familia (Kohen, 2011, p.6).

●**Factores psicológicos:** Ante la sensación de hambre, la sola ingesta de una comida puede alterar el humor y las emociones reduciendo el nivel de activación y la irritabilidad, al tiempo que incrementa la calma y el efecto positivo. Se ha visto que una comida copiosa puede provocar sentimientos negativos en la persona. La alimentación puede regular las emociones al mismo tiempo que las emociones pueden regular la alimentación (Kohen, 2011, p.5).

#### ***1.3.4. Hábitos alimentarios beneficiosos para la calidad de la dieta***

Los hábitos alimentarios y los estilos de vida de una persona se adquieren en los primeros años de vida y permanecen a lo largo de esta, influyendo de forma considerable en las prácticas alimentarias es por eso que escoger buenos hábitos alimentario es esencial en la vida y salud de una persona (Zambrano et al., 2013, p.1).

Hay que tener en cuenta estas recomendaciones para lograr una adecuada calidad de dieta y así un buen estilo de vida saludable.

●Consume diariamente 5 raciones de frutas o verduras frescas. Incluye una pieza de fruta con alto contenido en vitamina C (naranja, mandarina, pomelo, kiwi, fresa) y una ración de verduras crudas (ensalada, gazpacho, etc.).

●Utiliza preferentemente el aceite de oliva virgen para cocinar y aliñar. Cocina en olla a presión, horno o microondas y evita los rebozados y guisos con muchas grasas y aceite. Modera el consumo de grasas de origen animal (mantequilla, nata, tocino, etc.), embutidos y alimentos precocinados que las contengan.

●Consume con mayor frecuencia pescado y aves, que carne. Elige carnes de piezas magras (jamón, lomo o solomillo, tanto de cerdo como de ternera). Toma pescados azules al menos dos veces por semana.

●Elige alimentos frescos o congelados, integrales cuando sea posible, y limita los precocinados, ahumados y salazones. Reduce el consumo de azúcar, dulces, bollería industrial y refrescos azucarados y si tienes sobrepeso u obesidad, toma la leche y los derivados semidesnatados o desnatados.

- Toma entre 2 y 2,5 litros de líquido al día. Los líquidos más recomendables son el agua, las infusiones, los caldos desgrasados y los zumos naturales. Utiliza la sal con moderación; sustitúyela por otros condimentos, como el vinagre, el limón y diferentes especias para aumentar el sabor.
  
- Limita el consumo de alcohol a 1 copa de vino, cerveza o sidra al día, si eres mujer; si eres hombre, no más de 2 al día.
  
- Come despacio, masticando bien, y no realices otras actividades al mismo tiempo (leer, ver TV, etc.); si es posible, come en compañía además planifica la compra periódicamente y adáptala a la elaboración de los menús.
  
- Elige alimentos propios de cada estación y almacénalos adecuadamente, en lugares frescos y secos (pasta, arroz, legumbres, etc.), en frigorífico (verduras y frutas frescas, lácteos, huevos, carnes, pescados) o en congelador para conservar más tiempo los crudos y cocidos.
- Consulta el etiquetado que acompaña a los alimentos: es un medio muy útil para conocer el contenido en sustancias nutritivas. Evita los alimentos con alto contenido en azúcar, en grasas saturadas, grasas trans o hidrogenadas, y aceites de palma, palmiste y coco, que se encuentran principalmente en la bollería industrial, en los aperitivos salados y en algunos productos precocinados.
  
- Toma el sol diariamente (sin excederte y con crema de protección solar), porque sus rayos son una excelente fuente de vitamina D.
  
- Camina diariamente en tus desplazamientos, sube escaleras, etc. Además, si te es posible, realiza ejercicio físico 30-45 minutos, 3 días por semana de forma regular (montar en bicicleta, natación, clases colectivas de gimnasia, etc.).
  
- Evita tomar suplementos vitamínicos y proteicos sin la supervisión y el consejo de tu equipo sanitario (Gómez Candela et al., 2015, pp.23-24).

### ***1.3.5. Hábitos alimentarios perjudiciales para la calidad de dieta***

Los hábitos alimentarios poco saludables que se manifiestan con mayor frecuencia son:

- Tiempos de comida irregulares.
- Frecuente consumo de refrigerios poco saludables con alta densidad energética.
- Bajo consumo de frutas y verduras.
- Comidas fuera de casa especialmente aquellas que se consumen en restaurantes de comida rápida.
- La realización de ayunos demasiado prolongados o la omisión de tiempos de comidas y el elevado consumo de bebidas azucaradas, carbonatadas o alcohólicas (Alvarado Tinoco y Barros Barros, 2017, p.33).

### ***1.3.6. Instrumento para medir la calidad de la dieta***

Los estilos de vida tienen una directa relación con el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles. La alimentación puede ser un factor protector o de riesgo en relación a las enfermedades cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer, diabetes entre otras patologías.

Para analizar la alimentación se han utilizado diferentes encuestas alimentarias con las cuales se ha evaluado el consumo de cada alimento, el nuevo índice de calidad global de la alimentación permitirá mediará la calidad de la dieta de los adultos evaluados, con lo cual se podrá lograr un diagnóstico más integral sobre la alimentación. Se diseñó una encuesta alimentaria de frecuencia de consumo con 12 variables, que incluyen 5 grupos de alimentos saludables, 4 poco saludables y 3 sobre la frecuencia de las comidas.

Las variables estudiadas fueron la frecuencia de consumo diaria o semanal de:

- Frutas, Verduras, Pescados, Leguminosas y Leche o Derivados.
- Frituras, Bebidas con azúcar, Pasteles, Galletas, Tortas, Dulces y Azúcar.
- Desayuno, Almuerzo y Cena.

Considerando las siguientes alternativas: 2 o más veces al día, una vez al día, 4-6 veces a la semana, 2-3 veces a la semana, 1 vez a la semana y ocasional o nunca. En base a esta información se asignaron puntajes, siendo 10 el valor ideal y 1 lo menos saludable. El puntaje máximo con las 12 variables estudiadas es 120, el que se fue clasificando según el criterio: Saludable de 90 a 120 puntos; necesita cambios de 60 a 89 puntos; poco saludable menor a 60 puntos (Ratner et al., 2017, pp.1-2).

## **1.4. Salud**

### ***1.4.1. Definición de salud***

La salud, según la definición que la OMS hace del término, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2020b, párr.1).

Un ser humano se encuentra sano, cuando además de sentirse bien física, mental y socialmente, sus estructuras corporales, procesos fisiológicos y comportamientos se mantiene dentro de los límites aceptados como normales para todos los seres humanos que comparten con las mismas características y el mismo ambiente (Barua y Seminario, 2017, p.2).

### ***1.4.2. Importancia de la salud***

La salud es equivalente a la “calidad de vida”, por ello, la salud consiste también en la satisfacción de las necesidades de alimentación, vivienda, trabajo y, otros problemas económicos sin la cual la erradicación de la enfermedad, y, por ende, la salud, no sería posible. Y, sin embargo, la satisfacción de esas necesidades y la solución a esos problemas pueden producir, paradójicamente, otros problemas de salud, como obesidad, tabaquismo, alcoholismo, depresión, contaminación, accidentes de tráfico, etc. La salud permite que la persona pueda desempeñarse de una manera correcta y así realizar todas las actividades de su rutina, por otra parte, la salud es importante no sólo por ser un factor fundamental de la buena calidad de vida de la persona individual, sino porque es la garantía de la supervivencia de la especie. Y es particularmente relevante en el caso de los niños. El ser vivo nace, crece, se reproduce, y muere. Sin una potente salud infantil, no hay garantía de reproducción y supervivencia de la especie. La salud se puede lograr a partir de muchas acciones y si son las correctas se puede mantener esta o perderla debido a diferentes razones (Rodríguez Marín, 2017, p.1).

### ***1.4.3. Tipos de salud***

●**Salud física.** - Se refiere al buen funcionamiento de los órganos y sistemas del organismo. Se define como la condición en la que se encuentra el cuerpo. Cuando el cuerpo funciona correctamente la salud física es buena.

En la salud física inciden los siguientes aspectos:

- Estilo de vida.
- Biología humana.
- Medioambiente.
- Servicios de atención médica. (Universidad Nacional de Valencia (VIU), 2018, párr.3).

•**Salud mental.** - Los trastornos mentales pueden ser de muy diverso tipo e incluso pueden afectar a la salud física. La salud mental se puede ver afectada por un simple estado de tristeza o por estados más graves como la depresión o los trastornos de la personalidad (Universidad Nacional de Valencia (VIU), 2018, párr.4).

•**Salud social.** - Todos nosotros necesitamos interactuar con nuestro entorno para sobrevivir, relacionarnos con otras personas y con el ambiente que nos rodea. Además, cada persona realiza una serie de funciones que ayudan a la sociedad a progresar (Universidad Nacional de Valencia (VIU), 2018, párr.5).

•**Salud integral y las nuevas tecnologías.** - Los avances tecnológicos han revolucionado muchos aspectos de nuestra vida y la salud integral es uno de ellos. Las nuevas tecnologías han influido en aspectos tan importantes de la salud como el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades (Universidad Nacional de Valencia (VIU), 2018, párr.6).

Internet ha modificado la forma de actuar de los pacientes que cada vez están mejor informados y son más conscientes de la necesidad de cuidar su salud, y, además, ha cambiado totalmente la relación entre médico y paciente puesto que permite la asistencia a distancia.

En cuanto a la relación de las nuevas tecnologías con la salud mental existen muchas herramientas que ayudan en diversos aspectos como la realidad virtual que se utiliza para el tratamiento de trastornos relacionados con la alimentación (bulimia y anorexia) y la realidad aumentada para el tratamiento de fobias (Universidad Nacional de Valencia (VIU), 2018, párr.6).

Por lo que respecta a la salud social, las nuevas tecnologías han influido en la forma de relacionarse de las personas entre sí, con elementos como las redes sociales y los smartphones. Ahora podemos estar en contacto permanente y desde cualquier parte del mundo.

No obstante, estas tecnologías producen, en ocasiones, efectos negativos en la salud como la ciberadicción, que afecta a la integración de la persona puesto que produce aislamiento, ansiedad y otros síntomas (Universidad Nacional de Valencia (VIU), 2018, párr.6).

## 1.5. Calidad de la salud

### 1.5.1. Definición

La calidad de salud de las personas está ligada con la percepción de las personas de su bienestar. La importancia de este concepto radica en la idea que las personas tienen sobre su estado de bienestar físico, psicológico, social y espiritual que se ve influenciado en gran parte por valores y creencias, su contexto cultural e historia personal, es decir dependerá de sus modos y estilos de vida. La calidad de vida relacionada a salud es la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud (Juna Juca, 2015, p.24).

### 1.5.2. Factores que influyen en la salud

- **Medio ambiente.** - Relacionado a los factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, tanto del suelo, agua y aire, y los factores socio-culturales y psicosociales relacionados con la vida en común.
- **Estilos de vida.** - Relacionados con los hábitos personales y de grupo de la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud, etc.
- **Biología humana.** - Relacionado a aspectos genéticos y con la edad de las personas.
- **La atención sanitaria.** - Que tiene que ver con la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones (Villar Aguirre, 2011, p.3).

### 1.5.3. Hábitos beneficiosos en la calidad de salud

- **Alimentación.** - La ingesta de nutrientes es considerada un determinante principal del estado de salud, físico y mental de las personas. De igual forma la ingesta de nutrientes es considerada un factor principal del estado de salud, físico y mental de las personas. Así mismo, los hábitos alimentarios incorporados a temprana edad influyen de manera considerable en el bienestar y desempeño escolar ayudando a reducir el impacto de enfermedades crónicas en la adultez.
- **Actividad física.** - En general, se asegura que la educación y actividad física ofrecen una oportunidad para que niños, niñas y jóvenes sean activos en la escuela, produciendo efectos positivos en su estado físico y musculatura.

•**Autocuidado.** - La investigación persigue reducir los factores de riesgo de las enfermedades de transmisión sexual, articulando un ambiente de promoción y prevención en la población adolescente lo cual apunta a la prevención de prácticas nocivas para la salud, como el consumo de drogas (Torres et al., 2019, pp.5-7).

#### ***1.5.4. Hábitos perjudiciales en la calidad de salud***

•**Alimentación poco saludable.** - El riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular (ECV) aumenta por una alimentación poco saludable, la cual se caracteriza por un bajo consumo de frutas y verduras y un consumo elevado de sal, azúcares y grasas. Una alimentación poco saludable contribuye a la obesidad y al sobrepeso, las cuales a su vez son factores de riesgo para las ECV.

•**Actividad física insuficiente.** - A nivel mundial la inactividad física es uno de los principales factores de riesgo de muerte prematura. Las personas que no hacen Actividad física suficiente tienen entre un 20% y 30% más probabilidades de morir prematuramente que aquellas que hacen actividad física. Por tanto, la inactividad física es un factor de riesgo clave para la aparición de las ECV, cáncer y diabetes.

•**Consumo de tabaco.** - El tabaco mata a casi la mitad de sus usuarios y causa seis millones de muertes cada año. El 10% de estas muertes se producen por inhalación pasiva de humo ajeno en hogares, restaurantes, oficina u otros espacios cerrados.

•**Consumo nocivo de alcohol.** - El consumo nocivo del alcohol es un factor de riesgo para la aparición de ECV y tiene muchas consecuencias negativas para la salud y a nivel social. El consumo nocivo de alcohol es un factor causal de más de 200 enfermedades y lesiones. Más allá de las consecuencias para la salud, el consumo nocivo de alcohol trae importantes pérdidas sociales y económicas a los individuos y a la sociedad en general. Al igual que el tabaco, el alcohol puede tener un marcado impacto en la salud de las personas que rodean al bebedor (Organización Panamericana de Salud (OPS), 2018, pp.9-13).

#### ***1.5.5. Instrumento para evaluar la calidad de la salud***

El SF-12 es un instrumento que permite medir el estado de salud de los individuos, siendo una de las escalas generales más empleadas para evaluar los resultados clínicos en la población general y en pacientes con una edad mínima de 14 años, así como para la investigación descriptiva y evaluativa. El cuestionario de Salud SF-12 es la adaptación realizada para España por Alonso y cols. del SF-12 Health Survey. El SF-12 es una versión simplificada del cuestionario de salud SF-

36, diseñado para situaciones en las que mencionado cuestionario es demasiado largo. El tiempo medio de respuesta para SF-12 es inferior a los 2 minutos y el SF-36 entre 4 y 10 minutos.

Comprende de 12 apartados derivado de las 8 dimensiones del SF-36: funcionamiento físico, funcionamiento social, rol físico, roles emocionales, salud mental, vitalidad, dolor corporal y salud general (Cuestionario de Salud SF-12, 2005, pp.4-5).

Este cuestionario examina y suma escalas interpretables para la salud física y mental. Las puntuaciones físicas y mentales se calculan utilizando las puntuaciones de las doce preguntas. Para favorecer a la interpretación, las puntuaciones se normalizan al valor estándar de la población, de modo que 50 (con una desviación estándar de 10) es la media de la población general. Los valores por encima o por debajo de 50 deben interpretarse como mejores o peores que la población de referencia, respectivamente.

Con las doce preguntas del cuestionario se forman ocho dimensiones y partir de ellas dos componentes físicos y el mental. Para cada una de las ocho dimensiones, los ítems se codifican, suman y transforman en una escala de 0 y 100 siendo el peor y mejor estado de salud respectivamente para esta dimensión (Cuestionario de Salud SF-12, 2005, pp.4-5).

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO METODOLÓGICO

#### 2.1. Diseño de la investigación

##### 2.1.1. Tipo de estudio

- Se realizó un estudio de tipo transversal, observacional.

##### 2.1.2. Población y muestra

La población de estudio estuvo integrada por adultos ecuatorianos de edades comprendidas entre 18 y 65 años que se encontraron en confinamiento durante la pandemia de COVID-19, residentes en el territorio ecuatoriano, con una muestra de 241 adultos que contestaron la encuesta virtual durante los dos meses y aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión.

##### 2.1.3. Localización y duración de estudio

El presente estudio se realizó en las 24 provincias del Ecuador durante aproximadamente 6 meses calendario, se compartió una encuesta virtual de 2 meses por correo electrónico y redes sociales (Facebook, Instagram, WhatsApp).

##### 2.1.4. Participantes

###### 2.1.4.1. Criterios de inclusión

- Personas que permanecieron en confinamiento durante la pandemia por COVID-19.
- Personas entre 18 y 65 años.
- Personas que accedieron a contestar la encuesta virtual.

###### 2.1.4.2. Criterios de exclusión

- Personas que no realizaron el confinamiento durante la pandemia por COVID-19.
- Personas menores de 18 años y mayores de 65 años.
- Personas cuyas respuestas fueron incompletas.

- Personas fuera del territorio ecuatoriano.

## **2.1.2. Variables**

### *2.1.2.1. Variable independiente*

Calidad de la dieta y Calidad de salud

### *2.1.2.2. Variable dependiente*

Confinamiento por COVID-19

### *2.1.2.3. Variable de control*

Género

2.1.2.4. Operacionalización de variables de estudio

**Tabla 1-2:** Operacionalización de las variables de estudio

<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>TIPO DE LA VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>	<b>ESCALA DE MEDIDA</b>
<b>EDAD</b>	Cuantitativa	Número de años cumplidos.	Cronológico	- 18 - 65 años	Continua	Años
<b>GÉNERO</b>	Cualitativa	Características biológicas de pertenencia.	Demográfica	- Masculino - Femenino	Nominal	Masculino Femenino
<b>ZONA GEOGRÁFICA</b>	Cuantitativa	Manera de clasificar un espacio geográfico o zona territorial.	Demográfica	- Urbano - Rural	Nominal	-----
<b>PANDEMIA POR COVID-19</b>	Cualitativa	Propagación de una enfermedad que se extiende en varios países o naciones. Datos tomados entre los meses de febrero-diciembre 2020.	Demográfica	-----	Nominal	-----

<b>CALIDAD DE LA DIETA</b>						
<b>ALIMENTOS SALUDABLES</b>	Cualitativa	Son aquellos alimentos (verduras, frutas, leche o derivados, legumbres y pescado) que proporcionan beneficios a la salud.	Psicográfica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 o más veces al día</li> <li>- 1 vez al día</li> <li>- 4 a 6 veces a la semana</li> <li>- 2 a 3 veces a la semana</li> <li>- 1 vez a la semana</li> <li>- Ocasional o Nunca</li> </ul>	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saludable</li> <li>- Necesita cambios</li> <li>- Poco saludable</li> </ul>
<b>ALIMENTOS NO SALUDABLES</b>	Cualitativa	Se considera alimentos no saludables a aquellos que tienen un alto contenido de grasa, azúcar y sal además de no ser buenos para la salud como: pasteles, galletas, dulces, bebidas con azúcar, azúcar frituras.	Psicográfica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 o más veces al día</li> <li>- 1 vez al día</li> <li>- 4 a 6 veces a la semana</li> <li>- 2 a 3 veces a la semana</li> <li>- 1 vez a la semana</li> <li>- Ocasional o nunca</li> </ul>	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saludable</li> <li>- Necesita cambios</li> <li>- Poco saludable</li> </ul>
<b>COMIDAS</b>	Cualitativa	Tiempos de comidas que realiza una persona	Psicográfica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 o más veces al día</li> <li>- 1 vez al día</li> </ul>	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saludable</li> </ul>

		ejemplo: desayuno, almuerzo, cena.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 a 6 veces a la semana</li> <li>- 2 a 3 veces a la semana</li> <li>- 1 vez a la semana</li> <li>- Ocasional o Nunca</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesita cambios</li> <li>- Poco saludable</li> </ul>
<b>CALIDAD DE SALUD</b>						
<b>SALUD EN GENERAL</b>	Cualitativa	Apreciación personal de la salud.	Psicográfica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Excelente</li> <li>- Muy buena</li> <li>- Buena</li> <li>- Regular</li> <li>- Mala</li> </ul>	Ordinal	Cuestionario SF-12 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejor estado de salud</li> <li>- Peor estado de salud</li> </ul>
<b>FUNCIONAMIENTO FÍSICO</b>	Cualitativa	Se refiere a las actividades o cosas que podrían hacer en un día normal, como: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esfuerzos moderados; mover una mesa, pasar la aspiradora o caminar más de una hora y</li> <li>- Subir varios pisos por una escalera.</li> </ul>	Psicográfica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí, limita mucho</li> <li>- Sí, limita un poco</li> <li>- No, no limita nada</li> </ul>	Ordinal	Cuestionario SF-12 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejor estado de salud</li> <li>- Peor estado de salud</li> </ul>
	Cualitativa	Actividades cotidianas, tareas o trabajo que se		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí</li> </ul>		

<b>DESEMPEÑO FÍSICO Y VITALIDAD</b>		han visto afectadas a causa de la salud física. Es decir: - Realizar menos de lo que lo que hubiera deseado hacer. - Dejo de realizar ciertas tareas.	Psicográfica	- No	Ordinal	Cuestionario SF-12 - Mejor estado de salud - Peor estado de salud
<b>ROL EMOCIONAL</b>	Cualitativa	Hace referencia a las actividades cotidianas o trabajo que se han visto afectados por razones emocionales (depresión, nervios, tristeza). - Hace menos de lo que quiere. - No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre.	Psicográfica	- Sí - No	Ordinal	Cuestionario SF-12 - Mejor estado de salud - Peor estado de salud
<b>DOLOR CORPORAL</b>	Cualitativa	Se refiere a como el dolor le ha dificultado realizar labores frecuentes tanto en la casa como fuera ella.	Psicográfica	- Nada - Un poco - Regular - Bastante - Mucho	Ordinal	Cuestionario SF-12 - Mejor estado de salud - Peor estado de salud
<b>SALUD MENTAL</b>	Cualitativa					

		<p>Se refiere a como se siente y como van las cosas a lo largo de un cierto tiempo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se sintió calmado y tranquilo.</li> <li>- Tuvo mucha energía.</li> <li>- Se sintió desanimado y triste.</li> </ul>	Psicográfica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siempre</li> <li>- Casi siempre</li> <li>- Muchas Veces</li> <li>- Algunas Veces</li> <li>- Solo Alguna Vez</li> <li>- Nunca</li> </ul>	Ordinal	<p>Cuestionario SF-12</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejor estado de salud</li> <li>- Peor estado de salud</li> </ul>
<b>FUNCIÓN SOCIAL</b>	Cualitativa	<p>Frecuencia con la cual problemas emocionales o salud física dificultan la socialización, por ejemplo: visitar amigos o familiares.</p>	Psicográfica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siempre</li> <li>- Casi Siempre</li> <li>- Algunas Veces</li> <li>- Solo alguna vez</li> <li>- Nunca</li> </ul>	Ordinal	<p>Cuestionario SF-12</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejor estado de salud</li> <li>- Peor estado de salud</li> </ul>

Realizado por: Escobar Vásquez, María, 2020.

## **2.2. Descripción del procedimiento**

### **2.2.1. Procedimientos de recolección de información**

Para la recopilación de datos de este estudio se elaboró un cuestionario en línea con la herramienta de Google docs. el cual se compuso de tres categorías o instrumentos, afines con los objetivos de la investigación, previamente se expuso una pequeña introducción y se presentó el consentimiento informado, donde se dio a conocer el tema, objetivo, y se explicó que su participación es voluntaria, además se le menciona que sus respuestas serán confidenciales y los datos serán para fines investigativos por último se preguntó si quieren o no participar en la encuesta (ver anexo 1).

Luego de esto se procedió a desarrollar el cuestionario. En primer lugar, el cuestionario estuvo conformado de unas pocas preguntas sociodemográficas como: edad, género y zona geográfica (ver anexo 2) seguido de esto se encontró el segundo instrumento el cual fue un nuevo índice de calidad global de alimentación que es una encuesta alimentaria de frecuencia de consumo donde el encuestado tuvo que elegir con qué frecuencia ( 2 o más veces al día, 1 vez al día, 4 a 6 veces a la semana, 2 a 3 veces a la semana, 1 vez al semana, Ocasional o nunca.) consumía los siguientes alimentos : alimentos saludables (verduras, frutas, leche o derivados, legumbres y pescado) alimentos no saludables (pasteles/galletas/dulces, bebidas con azúcar, azúcar frituras) y 3 comidas ( desayuno, almuerzo, cena) con lo cual se pudo evaluar la calidad de dieta de la población encuestada (Ratner et al., 2017, pp.1-2). (ver anexo 3). Y finalmente como tercer instrumento se utilizó el cuestionario de Salud SF-12 el cual tuvo 12 preguntas derivados de 8 dimensiones; Función Física, Función Social, Rol Físico, Rol Emocional, Salud Mental, Vitalidad, Dolor Corporal, Salud General, mediante esto se logró medir la calidad de salud de la población encuestada (Cuestionario de Salud SF-12, 2005, p.4). (ver anexo 4). Para facilitar el proceso de recolección de datos las encuestas se difundieron a través de correo electrónico y redes sociales.

### **2.3. Diseño de base de datos**

Después de completar el proceso de recolección de datos, se comenzó a realizar la base de datos que contenían todas las variables relevantes, datos socio demográficos, calidad de la dieta y calidad de salud, que se registraron en Microsoft Excel y luego se exportaron al programa estadístico SPSS versión 25 para el análisis correspondiente.

## **2.4. Temas estadísticos**

### **2.4.1. *Plan de análisis de datos***

Al tener toda la base de datos con los respectivos análisis de datos sociodemográficos (necesarios en la investigación), calidad de la dieta y calidad de salud. Se exportó la información al software SPSS versión 25 para su análisis. En primer lugar, se realizó un análisis de normalidad para todas las variables cuantitativas y las variables que obedecían una distribución normal se presentaron con estadísticos descriptivos: media, desviación estándar, valores mínimos y máximos. Las variables que no siguieron una distribución normal se representaron mediante medianas y rangos intercuartílicos. Por último, las variables nominales se expresaron en cantidades y porcentajes. Para la estadística inferencial se aplicó la prueba estadística  $\chi^2$  para variables cualitativas y para determinar significancia estadística.

## CAPÍTULO III

### 3. MARCO DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

#### 3.1. Marco de resultados

##### 3.1.1. Análisis descriptivo

##### 3.1.1.1. Características generales y demográficas de la población

**Tabla 1-3:** Datos generales y demográficos de la población

Características generales		n=241(100,0%)
Edad		
<b>Mínimo: 18</b>		
<b>Máximo: 59</b>		
<b>Mediana :22,00</b>		
<b>Rango Intercuartil: 3</b>		
Género		
Femenino		160 (66,4)
Masculino		81 (33,6)
Provincia		
Esmeraldas		1 (4)
Manabí		2 ( 8 )
Guayas		5 (2,1)
Santa Elena		2 ( 8 )
Los Ríos		2 ( 8 )
Santo Domingo		2 ( 8 )
Carchi		1 ( 4 )
Imbabura		32 ( 13,3)
Pichincha		27 ( 11,2)
Cotopaxi		10 ( 4,1)
Tungurahua		14 ( 5,8)
Chimborazo		110 ( 45,6)
Cañar		2 ( 8 )
Azuay		1 ( 4 )
Loja		1 ( 4 )
Bolívar		13 ( 5,4)
Sucumbíos		1 ( 4 )
Napo		2 ( 8 )
Orellana		4 ( 1,7)
Pastaza		3 ( 1,2)
Morona Santiago		5 ( 2,1)

Galápagos	1 ( 4 )
<b>Zona Geográfica</b>	
Urbana	164 ( 68 )
Rural	77 ( 32 )
<b>Etnia</b>	
Mestizo	214 ( 88,8 )
Indígena	25 ( 10,4 )
Afro ecuatoriano	1 ( 4 )
Otro	1 ( 4 )
<b>Ocupación/Profesión</b>	
Estudiante	183 ( 75,9 )
Empleado/a Público	18 ( 7,5 )
Empleado/a Privado	9 ( 3,7 )
Trabajo Independiente	22 ( 9,1 )
Ama de casa	9 ( 3,7 )
<b>Tipo de actividad física que realiza</b>	
Caminar 30 min o más	55 ( 22,8 )
Correr	13 ( 5,4 )
Rutina de ejercicios en casa	70 ( 29 )
Bailoterapia	9 ( 3,7 )
Montar bicicleta	12 ( 5 )
Nadar	5 ( 2,1 )
Ninguno	58 ( 24,1 )
Otro	19 ( 7,9 )
<b>Veces que la persona sale por semana</b>	
1-2 veces/semana	133 ( 55,2 )
3-4 veces/semana	52 ( 21,6 )
5-6 veces/ semana	26 ( 10,8 )
Todos los días	30 ( 12,4 )
<b>n: muestra, %: porcentaje</b>	

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

Al analizar los datos generales de la población de estudio, se observan edades comprendidas entre 18 y 59 años, con una mediana de 22 años y un rango intercuartil de 3, predominando el género femenino con el 66,4% que el masculino con el 33,6% siendo la mayor parte de los encuestados de la provincia de Chimborazo con un 45,6% seguido de Imbabura con el 13,3% y Pichincha con el 11,2%, el 68% pertenece a la zona urbana y el 32% a la zona rural. La mayor parte de la población participante se considera mestiza con el 88,8%. El 75,9% de los encuestados son estudiantes. En cuanto al tipo de actividad física el 29% de las personas contestaron que realizan una rutina de ejercicios en casa seguido con el 24,1% que respondieron ninguno y el 22,8% indicaron que caminan 30 minutos o más. Finalmente, en cuanto a las veces que sale por semana

durante el confinamiento por COVID-19, el 55,2% contestó que sale 1 a 2 veces por semana y el 21,6% de 3 a 4 veces por semana siendo esto los porcentajes más representativos de estas variables.

### 3.1.2. *Cuestionario de frecuencia de consumo del nuevo índice de calidad global de alimentación*

#### 3.1.2.1. *Sección de alimentos saludables*

**Tabla 2-3:** Frecuencia de consumo de verduras de la población

Alimentos Saludables			
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	
Verduras	>2 veces al día	64	26,6
	1 vez al día	73	30,3
	4-6 veces por semana	63	26,1
	2-3 veces por semana	28	11,6
	1 vez por semana	8	3,3
	Ocasional o Nunca	5	2,1
	Total	241	100,0

n= muestra, %= porcentaje

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

Se encontró que, en la primera variable del cuestionario de frecuencia de consumo del nuevo índice de calidad global de alimentación perteneciente a los alimentos saludables, la cual es verduras, donde se observó que el 26,6% de las personas consumen más de dos veces al día, el 30,3% una vez al día, el 26,1% de cuatro a seis veces por semana, el 11,6% dos a tres veces por semana, el 3,3% una vez por semana y el 2,1% relataron que ocasional o nunca consumen verduras.

**Tabla 3-3:** Frecuencia de consumo de frutas de la población

Alimentos Saludables			
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	
Frutas	>2 veces al día	49	20,3
	1 vez al día	83	34,4
	4-6 veces por semana	58	24,1
	2-3 veces por semana	32	13,3
	1 vez por semana	13	5,4
	Ocasional y Nunca	6	2,5
Total	241	100,0	

n= muestra, %= porcentaje

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

En la tabla 3-3 de la variable frutas del cuestionario de frecuencia de consumo, se observó que el 20,3% de los encuestados consumían más de dos veces al día frutas, el 34,4% una vez al día, el 24,1% de las personas de cuatro a seis veces por semana, el 13,3% de dos a tres veces por semana, mientras que el 5,4% solo una vez por semana y el 2,5% refirieron consumir frutas de manera ocasional o nunca.

**Tabla 4-3:** Frecuencia de consumo de leche o derivados de la población

Alimentos Saludables			
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	
	>2 veces al día	33	13,7
	1 vez al día	91	37,8
	4-6 veces por semana	51	21,2
Leche	2-3 veces por semana	32	13,3
o	1 vez por semana	17	7,1
Derivados	Ocasional y Nunca	17	7,1
	Total	241	100,0

n= muestra, %= porcentaje

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

La tercera variable del cuestionario de frecuencia de consumo referente a leche o derivados, el 13,7% de las personas encuestadas mencionaron que consumen estos alimentos más de dos veces al día, el 37,8% una vez al día, el 21,2% manifiesta de cuatro a seis veces por semana, el 13,3% de dos a tres veces por semana, mientras que el 7,1% una vez por semana, de igual manera el 7,1% de la población declara que consume leche o derivados de forma ocasional o nunca.

**Tabla 5-3:** Frecuencia de consumo de legumbres de la población

Alimentos Saludables			
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	
	>2 veces al día	36	14,9
	1 vez al día	78	32,4
	4-6 veces por semana	66	27,4
Legumbres	2-3 veces por semana	39	16,2
	1 vez por semana	15	6,2
	Ocasional y nunca	7	2,9
	Total	241	100,0

n= muestra, %= porcentaje

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

En la presente tabla de la cuarta variable del cuestionario de frecuencia de consumo la cual es legumbres, se observó que el 14,7% de la población encuestada mencionan que consumen estos alimentos más de dos veces al día, el 32,4% una vez al día, el 27,4% manifiestan de cuatro a seis veces por semana, el 16,2% de dos a tres veces por semana, mientras que el 6,2% una vez por semana, y el 2,9% de las personas señalan que consumen legumbres de forma ocasional o nunca.

**Tabla 6-3:** Frecuencia de consumo de pescado de la población

Alimentos Saludables			
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	
	>2 veces al día	26	10,8
	1 vez al día	58	24,1
	4-6 veces por semana	26	10,8
	2-3 veces por semana	15	6,2
Pescado	1 vez por semana	15	6,2
	Ocasional y Nunca	66	27,4
		50	20,7
	Total	241	100,0

n= muestra, %= porcentaje

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

En la quinta variable del cuestionario de frecuencia de consumo la cual es pescado, se observó que el 10,8% de las personas encuestadas refirieron que consumen estos alimentos más de dos veces al día, el 24,1% una vez al día, el 10,8% de cuatro a seis veces por semana, el 6,2% relatan que de dos a tres veces por semana, mientras que el 27,4% una vez por semana, y el 20,7% de la población señala que consumen pescado de forma ocasional o nunca.

### 3.1.2.2. Sección de alimentos no saludables

**Tabla 7-3:** Frecuencia de consumo de pasteles, galletas, dulces de la población

Alimentos no Saludables			
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	
	>2 veces al día	33	13,7
	1 vez al día	64	26,6
	4-6 veces por semana	21	8,7
Pasteles,	2-3 veces por semana	23	9,5
galletas,	1 vez por semana	48	19,9
dulces	Ocasional y Nunca	52	21,6
	Total	241	100,0

n= muestra, %= porcentaje

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

Se realizó un análisis de la sexta variable del cuestionario de frecuencia de consumo del nuevo índice de calidad global de alimentación perteneciente a los alimentos no saludables, la cual es pasteles, galletas, dulces donde se evidencio que el 13,7% de las personas encuestadas consumen más de dos veces al día, el 26,6% una vez al día, el 8,7% de cuatro a seis veces por semana, el 9,5% refirieron que de dos a tres veces por semana, el 19,9% una vez por semana y el 21,6% de la población manifestaron que ocasional o nunca consumen pasteles, galletas o dulces.

**Tabla 8-3:** Frecuencia de consumo de bebidas con azúcar de la población

<b>Alimentos no Saludables</b>			
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	
	>2 veces al día	38	15,8
	1 vez al día	68	28,2
	4-6 veces por semana	35	14,5
Bebidas con azúcar	2-3 veces por semana	23	9,5
	1 vez por semana	29	12,0
	Ocasional y Nunca	48	19,9
	Total	241	100,0

n= muestra, %= porcentaje

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

En la séptima variable del cuestionario de frecuencia de consumo la cual es bebidas con azúcar, se observó que el 15,8% de las personas encuestada mencionaron que consumen estos alimentos más de dos veces al día, el 28,2% una vez al día, el 14,5% de cuatro a seis veces por semana, el 9,5% de dos a tres veces por semana, el 12,0% una vez por semana, y el 19,9% de la población señala que consumen bebidas con azúcar de forma ocasional o nunca.

**Tabla 9-3:** Frecuencia de consumo de azúcar de la población

<b>Alimentos no Saludables</b>			
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	
	>2 veces al día	49	20,3
	1 vez al día	70	29,0
	4-6 veces por semana	59	24,5
	2-3 veces por semana	25	10,4
Azúcar	1 vez por semana	18	7,5
	Ocasional y Nunca	20	8,3
	Total	241	100,0

n= muestra, %= porcentaje

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

En el análisis de la octava variable del cuestionario de frecuencia de consumo la cual es azúcar, se observó que el 20,3% de las personas encuestadas mencionan que consumen este alimento más de dos veces al día, el 29,0% una vez al día, el 24,5% de cuatro a seis veces por semana, el 10,4% manifestaron que de dos a tres veces por semana, mientras que el 7,5% una vez por semana, y el 8,3% de la población señala que consumen azúcar de forma ocasional o nunca.

**Tabla 10-3:** Frecuencia de consumo de frituras de la población

<b>Alimentos no Saludables</b>			
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	
	>2 veces al día	29	12,0
	1 vez al día	65	27,0
	4-6 veces por semana	42	17,4
	2-3 veces por semana	42	17,4
Frituras	1 vez por semana	34	14,1
	Ocasional y Nunca	47	19,5
		24	10,0
	Total	241	100,0

n= muestra, %= porcentaje

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

En la tabla se puede observar que la novena variable del cuestionario de frecuencia de consumo la cual es frituras, se observó que el 12,0% de las personas encuestadas consumen este alimento más de dos veces al día, el 27,0% una vez al día, el 17,4% relataron de cuatro a seis veces por semana, el 14,1% manifestaron que, de dos a tres veces por semana, mientras que el 19,5% una vez por semana, y el 10,0% de la población señala que consumen frituras de forma ocasional o nunca.

### 3.1.2.3. Sección de tiempos de comida

**Tabla 11-3:** Frecuencia de consumo del desayuno de la población

<b>Comidas</b>			
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	
	>2 veces al día	29	12,0
	1 vez al día	153	63,5
	4-6 veces por semana	49	20,3
Desayuno	2-3 veces por semana	2	0,8
	1 vez por semana	4	1,7
	Ocasional y Nunca	4	1,7
	Total	241	100,0

n= muestra, %= porcentaje

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

En la décima variable del cuestionario de frecuencia de consumo, perteneciente a la comida del nuevo índice de calidad global de alimentación, la cual es el desayuno, se evidencio que el 12,0% de las personas encuestadas consumen más de dos veces al día, el 63,5% una vez al día, el 20,3% de cuatro a seis veces por semana, el 0,8% de dos a tres veces por semana, el 1,7% una vez por semana de igual forma el 1,7% de la población manifestaron que ocasional o nunca consumen el desayuno.

**Tabla 12-3:** Frecuencia de consumo del almuerzo de la población

Comidas			
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	
	>2 veces al día	25	10,4
	1 vez al día	158	65,6
	4-6 veces por semana	51	21,2
Almuerzo	2-3 veces por semana	2	0,8
	1 vez por semana	4	1,7
	Ocasional y Nunca	1	0,4
	Total	241	100,0

n= muestra, %= porcentaje

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

Se realizo un análisis de la variable almuerzo del cuestionario de frecuencia de consumo donde se observó que el 10,4% de la población encuestada consumen más de dos veces al día dicha comida, el 65,6% una vez al día, el 21,2% de cuatro a seis veces por semana, el 0,8% manifestaron que, de dos a tres veces por semana, el 1,7% una vez por semana y el 0,4% de las personas relataron que ocasional o nunca consumen el almuerzo.

**Tabla 13-3:** Frecuencia de consumo de la cena de la población

Comidas			
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	
	>2 veces al día	25	10,4
	1 vez al día	157	65,1
	4-6 veces por semana	49	20,3
Cena	2-3 veces por semana	2	0,8
	1 vez por semana	3	1,2
	Ocasional y Nunca	5	2,1
	Total	241	100,0

n= muestra, %= porcentaje

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

Al analizar la variable final del cuestionario de frecuencia de consumo la cual es la cena, se relata que el 10,4% de las personas encuestadas consumen más de dos veces al día, el 65,1% una vez al día, el 20,3% de cuatro a seis veces por semana, el 0,8% manifestaron que, de dos a tres veces por semana, el 1,2% una vez por semana y el 2,1% de la población relataron que ocasional o nunca consumen la cena.

### 3.1.3. Cuestionario de salud SF-12

#### 3.1.3.1. Sección de salud física

**Tabla 14-3:** Estado de salud de la población valorado en el cuestionario SF-12

		Salud en general	
		Frecuencia	Porcentaje (%)
		(n)	
Salud en general	Mala	8	3,3
	Regular	35	14,5
	Buena	122	50,6
	Muy buena	62	25,7
	Excelente	14	5,8
	Total	241	100,0

n= muestra, %= porcentaje

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

En la presenta tabla se observó que la primera pregunta del cuestionario SF-12 referente a la salud en general, se evidencio que el 3,3% de las personas encuestadas catalogaron su estado de salud como malo, el 14,5% lo describió como regular el 50,6% lo refirió como bueno, el 25, 7% muy buena y el 5,8% lo catalogaron como excelente.

**Tabla 15-3:** Función física de la población valorada en el cuestionario SF-12

		Función Física	
		Frecuencia	Porcentaje
		(n)	(%)
Esfuerzos moderados	Sí, me limita mucho	13	5,4
	Si, me limita un poco	42	17,4
	No, no me limita nada	186	77,2
	Total	241	100,0

n= muestra, %= porcentaje

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

En la segunda pregunta del cuestionario SF-12 referente a si su salud le limita al realizar esfuerzos moderados, el 5,4% de los encuestados manifestaron que sí les limita mucho, el 17,4% sí les limita un poco, mientras que el 77,2% aseguraron que su salud no les limita nada al realizar esfuerzos moderados.

**Tabla 16-3:** Función física 2 de la población valorada en el cuestionario SF-12

<b>Función Física</b>		Frecuencia	Porcentaje
		(n)	(%)
Subir varios pisos por las escaleras.	Si, me limita mucho	18	7,5
	Si, me limita un poco	42	17,4
	No, no me limita nada	181	75,1
Total		241	100,0

n= muestra, %= porcentaje

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

Se puede observar en la tercera pregunta del cuestionario SF-12 referente a si su salud le limita el subir varios pisos por las escaleras, el 7,5% de los encuestados manifestaron que sí, les limita mucho, el 17,4% sí, les limita un poco, mientras que el 75,1% aseguraron que su salud no les limita nada el subir varios pisos por las escaleras.

**Tabla 17-3:** Rol físico de la población valorado en el cuestionario SF-12

<b>Rol Físico</b>		Frecuencia	Porcentaje (%)
		(n)	(%)
Hizo menos de lo que hubiera querido hacer	Si	74	30,7
	No	167	69,3
	Total	241	100,0

n= muestra, %= porcentaje

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

En la cuarta pregunta del cuestionario SF-12 indica que, si hizo menos de lo que le gustaría hacer por motivo de su salud física en cuanto a sus actividades cotidianas, el 30,7% de los encuestados manifestaron que sí hicieron menos de lo que hubieran querido hacer mientras que el 69,3% dijeron que no hicieron menos de lo que hubieran querido hacer.

**Tabla 18-3:** Rol físico 2 de la población valorado en el cuestionario SF-12

		<b>Rol Físico</b>	
		Frecuencia	Porcentaje
		(n)	(%)
Dejar de hacer	Si	72	29,9
algunas tareas	No	169	70,1
	Total	241	100,0

n= muestra, %= porcentaje

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

Al realizar el análisis de la quinta pregunta del cuestionario SF-12 que dice que, si a causa de su salud física ha tenido que dejar de hacer ciertas cosas en el trabajo o en sus actividades diarias, el 29,9% de los encuestados manifestaron que sí dejaron de hacer algunas tareas a causa de su salud física, mientras que el 70,9% indicaron que no dejaron de hacer las tareas correspondientes a su trabajo o actividades.

### 3.1.3.2. Sección de salud mental

**Tabla 19-3:** Rol emocional de la población valorado en el cuestionario SF-12

		<b>Rol Emocional</b>	
		Frecuencia	Porcentaje
		(n)	(%)
Hizo menos por algún	Si	108	44,8
problema emocional	No	133	55,2
	Total	241	100,0

n= muestra, %= porcentaje

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

En la tabla 19-3 que pertenece a la sexta pregunta del cuestionario SF-12 que indica que, si hizo menos de lo que quiso por un problema emocional, el 44,8% de los encuestados refirieron que sí mientras que el 55,2% indicaron que los problemas emocionales no les afectó.

**Tabla 20-3:** Rol emocional 2 de la población valorado en el cuestionario SF-12

		<b>Rol Emocional</b>	
		Frecuencia	Porcentaje
		(n)	(%)
No hizo cuidadosamente su trabajo por algún problema emocional	Si	93	38,6
	No	148	61,4
Total		241	100,0

n= muestra, %= porcentaje

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

La séptima pregunta del cuestionario SF-12 que dice que, si a causa de algún problema emocional no hizo cuidadosamente su trabajo, el 38,6% indicaron que sí y el 61,4% manifestaron que no, que los problemas emocionales no afectan su trabajo.

**Tabla 21-3:** Dolor corporal de la población valorado en el cuestionario SF-12

		<b>Dolor Corporal</b>	
		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
El dolor le ha dificultado su trabajo habitual	Mucho	1	0,4
	Bastante	11	4,6
	Regular	42	17,4
	Un poco	71	29,5
	Nada	116	48,1
	Total	241	100,0

n= muestra, %= porcentaje

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

En la tabla 21-3 perteneciente a la octava pregunta del cuestionario SF-12 que dice que, en qué medida el dolor le dificulta la realización de las tareas diarias, el 4% de los encuestados manifestaron que mucho, el 4,6% indicaron que bastante, el 17,4% regular el 29,5% dijeron que un poco y el 48,1% de los encuestados indicaron que nada.

**Tabla 22-3:** Salud mental de la población valorada en el cuestionario SF-12

<b>Salud Mental</b>		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
	Nunca	2	0,8
Se sintió calmado y tranquilo	Algunas veces	38	15,8
	Muchas veces	30	12,4
	Casi Siempre	100	41,5
	Siempre	71	29,5
	Total	241	100,0

n= muestra, %= porcentaje

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

Se observó que en la novena pregunta del cuestionario SF-12, referente a si se ha sentido calmado y tranquilo, el 0,8% de los encuestados manifestaron que nunca, el 15,8% indicaron que algunas veces, el 12,4% revelaron que muchas veces, el 41,5% dijeron que casi siempre y el 29,5% de los encuestados indicaron que siempre se sienten calmados y tranquilos.

**Tabla 23-3:** Salud mental 2 de la población valorada en el cuestionario SF-12

<b>Salud Mental</b>		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
	Siempre	17	7,1
Se sintió triste y desanimado	Casi Siempre	42	17,4
	Muchas Veces	41	17,0
	Algunas Veces	115	47,7
	Nunca	26	10,8
	Total	241	100,0

n= muestra, %= porcentaje

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

Al realizar el análisis de la décima pregunta del cuestionario SF-12, la cual dice que, si se ha sentido desanimado y triste, el 7,1% de los encuestados manifestaron que siempre, el 17,4% indicaron que casi siempre, el 17,0% revelaron que muchas veces, el 47,7% dijeron que algunas veces y el 10,8% de los encuestados indicaron que nunca se sienten desanimados y tristes.

**Tabla 24-3:** Vitalidad de la población valorado en el cuestionario SF-12

<b>Vitalidad</b>		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Tuvo mucha energía	Nunca	2	0,8
	Algunas veces	39	16,2
	Muchas veces	40	16,6
	Casi Siempre	105	43,6
	Siempre	55	22,8
	Total	241	100,0

n= muestra, %= porcentaje

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

En la penúltima pregunta del cuestionario SF-12, referente a si tuvo mucha energía, el 0,8% de los encuestados indicaron que nunca, el 16,2% revelaron que algunas veces, el 16,2% dijeron que muchas veces, el 43,6% manifestaron que casi siempre y el 22,8% de los encuestados indicaron que siempre tienen mucha energía.

**Tabla 25-3:** Función social de la población valorado en el cuestionario SF-12

<b>Función Social</b>		Frecuencia	Porcentaje
		(n)	(%)
¿Los problemas emocionales o de salud a menudo interfieren con sus actividades sociales?	Siempre	11	4,6
	Casi Siempre	24	10,0
	Algunas Veces	75	31,1
	Solo Alguna Vez	65	27,0
	Nunca	66	27,4
	Total	241	100,0

n= muestra, %= porcentaje

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

En la tabla presente que corresponde a la pregunta final del cuestionario SF-12 que dice que, si los problemas emocionales o de salud interfirieron con sus actividades sociales, el 4,6 % de los encuestados manifestaron que siempre, el 10,0% indicaron que casi siempre, el 31,1% revelaron que algunas veces, el 27,0% dijeron que solo alguna vez y el 27,4% de los encuestados indicaron que nunca les afecto.

### 3.1.3. Características generales divididas para género

**Tabla 26-3:** Características generales divididas para género

Variables	GÉNERO (Media± DE)	
	(n=241)	
	Femenino (n=160)	Masculino (n=81)
Índice de calidad de la dieta-Puntuación Total	77,059± 13,52	73,309± 12,37
Salud en general	3,04± 0,712	3,40± 1,069
Funcionamiento Físico	2,71± 0,533	2,74± 0,608
Funcionamiento Físico2	2,66± 0,613	2,70± 0,601
Desempeño Físico	1,70± 0,460	1,68± 0,470
Desempeño Físico2	1,71± 0,454	1,68± 0,470
Rol Emocional	1,55± 0,499	1,56± 0,500
Rol Emocional2	1,60± 0,491	1,64± 0,482
Dolor Corporal	4,24± 0,909	4,12± 0,927
Salud Mental	4,70± 1,109	5,06± 0,966
Vitalidad	4,61± 1,022	4,90± 1,068
Salud Mental2	3,41± 1,178	3,63± 1,495
Función Social	3,56± 1,103	3,75± 1,157

**DE:** desviación estándar, **n:** muestra, **índice de calidad de la dieta-Puntuación Total:** >60 poco saludable, 60-89 necesita cambios, 90-120 saludable; **salud:** 5 excelente, 4 muy buena, 3 buena, 2 regular, 1 mala; **funcionamiento físico:** 1 si, me limita mucho, 2 si me limita un poco, 3 no me limita nada; **desempeño físico:** 1 sí, 2 no; **rol emocional:** 1 sí, 2 no ; **dolor corporal:** 5 nada, 4 un poco, 3 regular, 2 bastante, 1 mucho ; **salud mental y vitalidad:** 6 siempre, 5 casi siempre, 4 muchas veces, 3 algunas veces, 2 solo alguna vez, 1 nunca; **Función social:** 1 siempre, 2 casi siempre, 3 algunas veces, 4 solo alguna vez, 5 nunca.

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

Se realizó un análisis de las variables índice de la calidad de la dieta-puntuación total y de las preguntas del cuestionario SF-12, la muestra fue de 241 encuestados, los resultados fueron divididos entre género el cual se encuentra segmentado en dos grupos, el primer grupo pertenece al género femenino con una muestra de 160 personas y el segundo grupo corresponde al género masculino con una muestra de 81 personas, con respecto a la variable índice de calidad de la dieta-puntuación total, el género femenino obtuvo un resultado de 77,059± 13,52 frente al género masculino con 73,309± 12,37 es decir las mujeres necesitan más cambios para lograr una mejor alimentación con respecto a los hombres.

Con respecto a la primera pregunta del cuestionario SF-12 referente a salud en general se obtuvo que el género masculino tiene una mejor salud con 3,40± 1,069 frente al género femenino con

3,04± 0,712. En cuanto al funcionamiento físico referente a la salud relacionado con esfuerzos moderados se obtuvo que el género masculino tiene mejores resultados con 2,74± 0,608 es decir que su salud no le limita a realizar actividades moderadas frente al género femenino con 2,71± 0,533. Acerca de la variable funcionamiento físico<sup>2</sup> relacionada con subir varios pisos por la escalera, el género masculino presenta un puntaje de 2,70± 0,601 es decir su salud no le limita a realizar este tipo de actividad frente al género femenino que obtuvo un menor puntaje con 2,66± 0,613. La variable desempeño físico concerniente a salud física y hacer menos de lo que hubiera querido hacer, obtuvo un mayor puntaje le género femenino con 1,70± 0,460 es decir que si hizo menos de lo que hubiera querido hacer frente al género masculino con 1,68± 0,470. Con respecto a la variable desempeño físico<sup>2</sup> relacionada con dejar de hacer algunas tareas a causa de su salud física, el género femenino obtuvo un mayor puntaje con 1,71± 0,454 es decir que si dejaron de hacer algunas tareas frente al género masculino con 1,68± 0,470. La variable rol emocional relacionada con hacer menos actividades por algún problema emocional obtuvo que el género masculino tiene un ligero mayor puntaje con 1,56± 0,500 es decir que si hicieron menos de lo que hubieran querido hacer por algún problema emocional frente al género femenino con 1,55± 0,499. En cuanto a la variable rol emocional<sup>2</sup> referente a no hacer cuidadosamente su trabajo por algún problema emocional obtuvo un mayor el género masculino con 1,64± 0,482 frente al género femenino con 1,60± 0,491. La variable dolor corporal relacionada a si el dolor le ha dificultado su trabajo habitual donde se encontró que el género femenino tiene un mayor puntaje con 4,24± 0,909 es decir que el dolor les dificultó un poco realizar su trabajo habitual frente al género masculino con 4,12± 0,927. Acerca de la variable salud mental referente a sentirse calmado y tranquilo se encontró que el género masculino tiene un mayor puntaje con 5,06± 0,966 es decir que casi siempre se sienten calmados y tranquilos frente al género femenino con 4,70± 1,109. La variable vitalidad relacionada con tener mucha energía, el género masculino obtuvo un ligero mayor puntaje con 4,90± 1,068 es decir casi siempre tienen mucha energía frente al género femenino con 4,61± 1,022. Con respecto a la variable salud mental<sup>2</sup> concerniente a sentirse desanimado y triste se encontró que el género masculino obtuvo un mayor puntaje con 3,63± 1,495 es decir que muchas veces se sintieron desanimados y tristes frente al género femenino con 3,41± 1,178. En cuanto a la variable función social que se refiere a la frecuencia que la salud física o los problemas emocionales han dificultado en sus actividades sociales, se encontró que el género masculino tiene un mayor puntaje con 3,75± 1,157 es decir algunas veces los problemas físicos o emocionales si han dificultado sus actividades sociales frente a el género femenino con 3,56± 1,103.

### 3.2. Estadística inferencial

#### 3.2.1 *Relación entre el género y el diagnóstico del índice de calidad global de la dieta puntuación total durante el confinamiento.*

**Tabla 27-3:** Relación entre el género y el diagnóstico del índice de calidad dieta

		Diagnóstico del Índice de Calidad de Dieta				
		Saludable	Necesita cambios	Poco saludable	Total	P valor
Género	Femenino, n (%)	28 (11,6)	114 (47,3)	18 (7,5)	160 (66,4)	0,025
	Masculino, n (%)	4 (1,7)	66 (27,4)	11 (4,6)	81 (33,6)	
	Total, n (%)	32 (13,3)	180 (74,7)	29 (12)	241 (100)	

**n=** muestra, **%=** porcentaje, **valor de p=** significancia estadística

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

En una muestra poblacional de 241 encuestados se relacionó las variables género y diagnóstico del índice de calidad de la dieta, donde se encontró que el 11,6% de la población estudiada del género femenino presentó un diagnóstico de calidad de dieta saludable frente al 1,7% del género masculino que presentó un diagnóstico saludable. El 47,3% del género femenino presentó un diagnóstico de necesitar cambios en su dieta frente al 27,4% del género masculino. El 7,5% de la población femenina presentó un diagnóstico de calidad de dieta poco saludable frente al 4,6% del género masculino que presenta un diagnóstico de calidad de dieta poco saludable. Para determinar la significancia estadística se utilizó la prueba  $\chi^2$  la cual indica que estas diferencias si fueron estadísticamente significativas (valor  $p=0,025$ ), es decir el diagnóstico del índice de calidad de dieta si se relaciona con el género.

Resultados similares se encontró en un estudio realizado en México donde se indicó que durante el confinamiento tanto el género femenino como el masculino sintió que su alimentación había sido afectada probablemente debido al aburrimiento o la ansiedad por comer, dando como resultado un posible aumento en el peso incrementando las enfermedades crónicas no transmisibles. (Villaseñor Lopez et al., 2021, p.16)

3.2.2.1. Frecuencia de consumo de cada variable del índice de calidad global de la dieta durante el confinamiento relacionado según género.

**Tabla 28-3:** Frecuencia de consumo de cada variable relacionado según género

Variables	Género				P valor
	Masculino		Femenino		
	n	(%)	n	(%)	
<b>Alimentos Saludables</b>					
<b>Verduras</b>					
>2 veces al día	21	(25,9)	43	(26,9)	0,112
1 vez al día	33	(40,7)	40	(25)	
4-6 veces por semana	15	(18,5)	48	(30)	
2-3 veces por semana	8	(9,9)	20	(12,5)	
1 vez por semana	3	(3,7)	5	(3,1)	
Ocasional y Nunca	1	(1,2)	4	(2,5)	
<b>Frutas</b>					
> 2 veces al día	15	(18,5)	34	(21,3)	0,901
1 vez al día	29	(35,8)	54	(33,8)	
4-6 veces por semana	18	(22,2)	40	(25)	
2-3 veces por semana	11	(13,6)	21	(13,1)	
1 vez por semana	5	(6,2)	8	(5)	
Ocasional y Nunca	3	(3,7)	3	(1,9)	
<b>Leche y Derivados</b>					
>2 veces al día	9	(11,1)	24	(15)	0,770
1 vez al día	30	(37,0)	61	(38,1)	
4-6 veces por semana	20	(24,7)	31	(19,4)	
2-3 veces por semana	12	(14,8)	20	(12,5)	
1 vez por semana	6	(7,4)	11	(6,9)	
Ocasional y Nunca	4	(4,9)	13	(8,1)	
<b>Legumbres</b>					
>2 veces al día	11	(13,6)	25	(15,6)	0,460
1 vez al día	31	(38,3)	47	(29,4)	
4-6 veces por semana	21	(25,9)	45	(28,1)	
2-3 veces por semana	12	(14,8)	27	(16,9)	
1 vez por semana	3	(3,7)	12	(7,5)	
Ocasional y Nunca	3	(3,7)	4	(2,5)	
<b>Pescado</b>					
>2 veces al día	9	(11,1)	17	(10,6)	0,553
1 vez al día	23	(28,4)	35	(21,9)	
4-6 veces por semana	9	(11,1)	17	(10,6)	
2-3 veces por semana	5	(6,2)	10	(6,3)	
1 vez por semana	20	(24,7)	46	(28,8)	
Ocasional y Nunca	15	(18,5)	35	(21,9)	

<b>Alimentos No Saludables</b>					
<b>Pasteles, galletas, dulces</b>					
>2 veces al día	15	(18,5)	18	(11,3)	
1 vez al día	22	(27,2)	42	(26,3)	
4-6 veces por semana	8	(9,9)	13	(8,1)	0,277
2-3 veces por semana	10	(12,3)	13	(8,1)	
1 vez por semana	14	(17,3)	34	(21,3)	
Ocasional y Nunca	12	(14,8)	40	(25,0)	
<b>Bebidas con azúcar</b>					
>2 veces al día	13	(16)	25	(15,6)	
1 vez al día	23	(28,4)	45	(28,1)	
4-6 veces por semana	20	(24,7)	15	(9,4)	0,001
2-3 veces por semana	11	(13,6)	12	(7,5)	
1 vez por semana	6	(7,4)	23	(14,4)	
Ocasional y Nunca	8	(9,9)	40	(25)	
<b>Azúcar</b>					
>2 veces al día	15	(18,5)	34	(21,3)	
1 vez al día	24	(29,6)	46	(28,8)	
4-6 veces por semana	24	(29,6)	35	(21,9)	0,120
2-3 veces por semana	11	(13,6)	14	(8,8)	
1 vez por semana	2	(2,5)	16	(10)	
Ocasional y Nunca	5	(6,2)	15	(9,4)	
<b>Fritura</b>					
>2 veces al día	15	(18,5)	14	(8,8)	
1 vez al día	22	(27,2)	43	(26,9)	
4-6 veces por semana	17	(21)	25	(15,6)	0,265
2-3 veces por semana	9	(11,1)	25	(15,6)	
1 vez por semana	12	(14,8)	35	(21,9)	
Ocasional y Nunca	6	(7,4)	18	(11,3)	
<b>Comidas</b>					
<b>Desayuno</b>					
>2 veces al día	11	(13,6)	18	(11,3)	
1 vez al día	52	(64,2)	101	(63,1)	
4-6 veces por semana	13	(16)	36	(22,5)	0,231
2-3 veces por semana	0	(0)	2	(1,3)	
1 vez por semana	2	(2,5)	2	(1,3)	
Ocasional y Nunca	3	(3,7)	1	(0,6)	
<b>Almuerzo</b>					
>2 veces al día	9	(11,1)	16	(10)	
1 vez al día	53	(65,4)	105	(65,6)	
4-6 veces por semana	15	(18,5)	36	(22,5)	0,585
2-3 veces por semana	1	(1,2)	1	(0,6)	
1 vez por semana	2	(2,5)	2	(1,3)	
Ocasional y Nunca	1	(1,2)	0	(0)	

<b>Cena</b>				
>2 veces al día	10	(12,3)	15	(9,4)
1 vez al día	52	(64,2)	105	(65,6)
4-6 veces por semana	13	(16)	36	(22,5)
2-3 veces por semana	0	(0)	2	(1,3)
1 vez por semana	2	(2,5)	1	(0,6)
Ocasional y Nunca	4	(4,9)	1	(0,6)
n = muestra % = porcentaje				

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

Se observó en una muestra poblacional de 241 encuestados entre la variable género y las variables del cuestionario de frecuencia de consumo del índice de calidad global de la dieta, en la cual primero se encuentran los alimentos saludables, siendo la primera variable verduras, el 40,7% del género masculino consumió este alimento una vez al día, mientras que el 30% del género femenino consumió de cuatro a seis veces por semana durante el confinamiento por COVID-19. Para determinar la significancia estadística se aplicó la prueba chi cuadrado en la cual se identificó que no existe una relación estadísticamente significativa (valor  $p=0,112$ ) por lo tanto se concluye que no existe relación. En cuanto a las frutas se observó que el género masculino consume una vez al día en un 35,8% frente al 33,8% del género femenino, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ya que el valor de  $p$  de la prueba es de 0,901 de modo que se concluye que no hay relación. Sobre la variable leche y derivados, el 37% del género masculino consumió una vez al día frente al 38,1% del género femenino. Al realizar la prueba estadística  $\chi^2$  se observa que no existe relación estadísticamente significativa (valor  $p=0,770$ ). Seguido tenemos la variable legumbres donde se conoció que el 38,3% del género masculino consumía una vez al día frente al 29,4% del género femenino. La prueba estadística  $\chi^2$  indica que no hay una relación estadísticamente significativa (valor  $p=0,460$ ) por lo tanto se concluye que no existe una relación entre la variable y el género. Referente a la variable pescado el género masculino con un 28,4% consumía una vez al día y el género femenino con un 28,8 tan solo consumía una vez a la semana, estas diferencias no fueron significativas pues el valor de  $p$  es de 0,553 concluyendo que no existe relación entre la variable pescado y el género. En cuanto al grupo de alimentos no saludables se encuentra primero la variable pasteles, galletas y dulces donde el 27,2% del género masculino consume estos alimentos una vez al día frente al 26,3% del género femenino. Al formular la prueba estadística  $\chi^2$  se identifica que no existe relación estadísticamente significativa (valor  $p=0,277$ ) por consiguiente no existe relación entre la variable antes mencionada y el género. Referente a la variable bebidas con azúcar, el 28,4% del género masculino consumía una vez al día estos alimentos frente al 28,1% del género femenino. La prueba estadística  $\chi^2$  indica que si existe una relación estadísticamente significativa (valor  $p=$

0,001) por lo tanto se concluye que si existe una relación entre la variable bebidas con azúcar y el género. Seguida a esta variable se encuentra el azúcar donde se manifiesta que el 29,6% de personas del género masculino consume una vez al día frente al 28,8% del género femenino. Para determinar la significancia estadística se aplicó la prueba chi cuadrado en la cual se observó que no existe una relación estadísticamente significativa (valor  $p=0,120$ ) por lo tanto se concluye que no existe relación entre la variable propuesta y el género. Posteriormente se encuentra la variable fritura donde se expone que el 27,2% del género masculino consume una vez al día frituras frente 26,9% del género femenino. Al realizar la prueba estadística  $\chi^2$  se observa que no encuentra una relación estadísticamente significativa (valor  $p=0,265$ ) indicando que no existe relación. Consiguiente a esto se encuentran los tiempos de comida donde la primera variable es el desayuno en el cual se observa que el 64,2% del género masculino consume una vez al día frente al 63,1% del género femenino. La prueba estadística  $\chi^2$  indica que si existe una relación estadísticamente significativa (valor  $p= 0,231$ ) concluyendo que si existe una relación entre la variable desayuno y género. En cuanto al almuerzo el 65,4% del género masculino consume una vez al día frente al 65,6% del género femenino, estas diferencias no fueron estadísticas ya que el valor  $p$  de la prueba es de 0,585, finalmente se halla la cena donde el 65,6% del género masculino consume una vez al día frente al 65,6% del género femenino. Al hacer la prueba estadística  $\chi^2$  se observa que no hay una relación estadísticamente significativa (valor  $p= 0,061$ ) por lo tanto se concluye que no existe relación entre género y la variable cena.

### 3.2.2. Relación entre el género y el diagnóstico de salud física cuestionario SF-12 durante el confinamiento

**Tabla 29-3:** Relación entre el género y el diagnóstico de salud física

		Diagnóstico de Salud Física			P valor
		Buen estado de salud físico	Mal estado de salud físico	Total	
Género	Femenino, n (%)	135 (56)	25 (10,4)	160 (66,4)	0,869
	Masculino, n (%)	69 (28,6)	12 (5)	81 (33,6)	
	Total, n (%)	204 (84,6)	37 (15,4)	241 (100)	

**n**= muestra, **%**= porcentaje, **p**= significancia estadística

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

En una muestra poblacional de 241 encuestados se relacionó las variables género y diagnóstico de salud físico donde se encontró que el 56% de la población estudiada del género femenino presentó un diagnóstico de buen estado de salud físico frente al 28,6% del género masculino que

presentó un buen estado de salud físico. El 10,4% del género femenino presento un diagnóstico de mal estado de salud físico frente al 5% del género masculino.

Para determinar la significancia estadística se utilizó la prueba chi2 la cual indica que estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (valor  $p=0,869$ ) es decir el diagnóstico de salud física no se relaciona con el género.

En contraste con lo publicado en este estudio donde la mayor parte de la población tanto femenina como masculina menciona presentar un buen estado de salud físico, se observó en una investigación que el confinamiento domiciliario por COVID 19 tuvo un efecto negativo sobre la actividad física y aumento del tiempo diario sentado trayendo consigo posibles enfermedades. (Ammar et al., 2020, p.6)

### 3.2.3. Relación entre el género y el diagnóstico de salud mental cuestionario SF-12 durante el confinamiento.

**Tabla 30-3:** Relación entre el género y el diagnóstico de salud mental

		Diagnóstico de Salud Mental			
		Buen estado de salud mental	Mal estado de salud mental	Total	P valor
Género	Femenino, n (%)	110 (45,6)	50 (20,7)	160 (66,4)	0,141
	Masculino, n (%)	63 (26,1)	18 (7,5)	81 (33,6)	
	Total, n (%)	173 (71,8)	68 (28,2)	241 (100)	

**n=** muestra, **%=** porcentaje, **p=** significancia estadística

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

Se realizó un análisis en una muestra poblacional de 241 encuestados relacionando las variables género y diagnóstico de salud mental donde se encontró que el 45,6% de la población estudiada del género femenino presentó un diagnóstico de buen estado de salud mental frente al 26,1% del género masculino. El 20,7% del género femenino presento un diagnóstico de mal estado de salud mental frente al 7,5% del género masculino.

Para determinar la significancia estadística se utilizó la prueba chi2 la cual indica que estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (valor  $p=0,141$ ) es decir el diagnóstico de salud mental no se relaciona con el género.

Si bien en los resultados de este estudio la mayor parte de la población tanto femenina como masculino presento un buen estado de salud mental, posiblemente se daba al tiempo de confinamiento ya que cuanto más tiempo se esté aislado mayor será el riesgo de sufrir patologías psiquiátricas causando depresión, ansiedad, afecciones en el estado de ánimo, irritabilidad, miedo, ira e insomnio pudiendo esto tener consecuencias a largo plazo para la salud mental. (Rico Gallegos et al., 2020, p.3).

### 3.2.3.1. Características de salud conforme al cuestionario SF 12 durante el confinamiento relacionado según género

**Tabla 31-3:** Características de salud conforme al cuestionario SF 12 relacionado según género

Variables	Masculino		Femenino		P valor
	n	(%)	n	(%)	
<b>En general, usted diría que su salud es:</b>					
Mala	7	(8,6)	1	(0,6)	0,001
Regular	5	(6,2)	30	(18,8)	
Buena	28	(34,6)	94	(58,8)	
Muy buena	31	(38,3)	31	(19,4)	
Excelente	10	(12,3)	4	(2,5)	
<b>¿Su salud actual le limite realizar esfuerzos moderados?</b>					
Si, me limita mucho	7	(8,6)	6	(3,8)	0,016
Si, me limita un poco	7	(8,6)	35	(21,9)	
No, no me limita nada	67	(82,7)	119	(74,4)	
<b>¿Su salud le limita subir varios pisos por las escaleras?</b>					
Si, me limita mucho	6	(7,4)	12	(7,5)	0,743
Si, me limita un poco	12	(14,8)	30	(18,8)	
No, no me limita nada	63	(77,8)	118	(73,8)	
<b>Hizo menos de lo que hubiera querido hacer</b>					
Sí	26	(32,1)	48	(30,0)	0,739
No	55	(67,9)	112	(70,0)	
<b>Dejar de hacer algunas tareas</b>					
Sí	26	(32,1)	46	(28,8)	0,592
No	55	(67,9)	114	(71,3)	
<b>El dolor le ha dificultado realizar su trabajo habitual</b>					
Mucho	0	(0)	1	(0,6)	0,144
Bastante	3	(3,7)	8	(5,0)	
Regular	21	(25,9)	21	(13,1)	
Un poco	20	(24,7)	51	(31,9)	
Nada	37	(45,7)	79	(49,4)	
<b>Hizo menos por algún problema emocional</b>					
Sí	36	(44,4)	72	(45,0)	0,935
No	45	(55,6)	88	(55,0)	
<b>No hizo cuidadosamente su trabajo por algún problema emocional</b>					
Sí	29	(35,8)	64	(40,0)	0,527
No	52	(64,2)	96	(60,0)	
<b>Se sintió calmado y tranquilo</b>					
Nunca	0	(0)	2	(1,3)	
Algunas veces	8	(9,9)	30	(18,8)	

Muchas veces	11	(13,6)	19	(11,9)	0,072
Casi siempre	30	(37,0)	70	(43,8)	
Siempre	32	(39,5)	39	(24,4)	
<b>Tuvo mucha energía</b>					
Nunca	1	(1,2)	1	(0,6)	
Algunas veces	9	(11,1)	30	(18,8)	
Muchas veces	13	(16,0)	27	(16,9)	00,64
Casi siempre	31	(38,3)	74	(46,3)	
Siempre	27	(33,3)	28	(17,5)	
<b>Se sintió triste y desanimado</b>					
Siempre	7	(8,6)	10	(6,3)	
Casi Siempre	14	(17,3)	28	(17,5)	
Muchas Veces	11	(13,6)	30	(18,8)	0,064
Algunas Veces	34	(42,0)	81	(50,6)	
Nunca	15	(18,5)	11	(6,9)	
<b>¿Frecuencia con la que los problemas emocionales o salud física le dificultaron actividades sociales?</b>					
Siempre	3	(3,7)	8	(5,0)	
Casi siempre	9	(11,1)	15	(9,4)	
Algunas veces	21	(25,9)	54	(33,8)	0,413
Solo alguna vez	20	(24,7)	45	(28,1)	
Nunca	28	(34,6)	38	(23,8)	

n = muestra %= porcentaje

**Fuente:** Base de datos: Relación entre la calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos, 2021.

**Realizado por:** Escobar, María, 2023.

En una muestra poblacional de 241 encuestados durante el confinamiento por COVID 19 entre las variables género y las preguntas del cuestionario de salud SF 12, en la primera pregunta se obtuvo que el 38,3% de la población estudiada del género masculino presento muy buena salud, mientras que el 58,8% del género femenino mencionó que su salud es buena. Para determinar significancia estadística se aplicó la prueba chi cuadrado en el cual se observó que si existe una relación estadísticamente significativa (valor  $p=0,001$ ) por lo tanto se concluye que si existe relación entre el género y la salud en general. La segunda pregunta es referente a si su salud le limita a realizar esfuerzos moderados el 82,7% de la población del género masculino manifestó que no le limita nada, esto frente al 74,4% del género femenino. La prueba estadística  $\chi^2$  indica que, si existe una relación estadísticamente significativa (valor  $p= 0,016$ ) por lo tanto se concluye que si existe una relación entre género y función física. En cuanto a la tercera pregunta concerniente a si la salud le limita subir varios pisos por la escalera el 77,8% del género masculino dijo que no le limita nada frente al 73,8% del género femenino. Para determinar la significancia estadística se aplicó la prueba chi cuadrado la cual denota que no existe una relación estadísticamente significativa (valor  $p= 0,743$ ) por lo tanto se concluye que no existe relación. Posteriormente se encuentra la cuarta pregunta que indica que, si a causa de la salud física hizo menos de lo que hubiera querido hacer en cuanto a sus actividades cotidianas, el 67,9% del género masculino manifestó que no, frente al 70% del género femenino. Al realizar la prueba estadística  $\chi^2$  se observa que no existe una relación estadísticamente significativa (valor  $p= 0,739$ ) por lo tanto se concluye que no existe relación entre género y hacer menos de lo que hubiera querido

hacer. La quinta pregunta del cuestionario SF-12 indica que, si a causa de la salud física ha tenido que dejar de realizar ciertas cosas en el trabajo o en sus actividades diarias, el 67,9% del género masculino manifestó que no frente al 71,3% del género femenino. La prueba estadística  $\chi^2$  indica que no existe una relación estadísticamente significativa (valor  $p=0,592$ ) por lo tanto se concluye que no existe relación. La sexta pregunta revela que, si el dolor le ha dificultado desempeñar su trabajo habitual, el 45,7% de la población masculino dijo que nada frente al 49,4% del género femenino. Al hacer la prueba estadística  $\chi^2$  se muestra que no existe una relación estadísticamente significativa (valor  $p= 0,144$ ) por lo tanto se concluye que no existe relación entre género y dolor corporal. En la séptima pregunta indica que, si hacen menos de lo que quieren por problemas emocionales, el 55,6% del género masculino manifestó que no, frente al 55,0 % del género femenino. La prueba estadística  $\chi^2$  revela que no existe una relación estadísticamente significativa (valor  $p= 0,935$ ) por lo tanto se concluye que no existe relación entre género y rol emocional. En relación a la octava pregunta que señala que, si a causa de algún problema emocional no hizo cuidadosamente su trabajo, el 64,2% del género masculino declaró que no, frente al 60% del género femenino. Al realizar la prueba estadística  $\chi^2$  se refleja que no existe una relación estadísticamente significativa (valor  $p= 0,527$ ) por lo tanto se concluye que no existe relación. La novena pregunta se refiere a sentirse calmado y tranquilo, el 39,5% de la población estudiada del género masculino dijo que siempre y el 43,8% del género femenino revela que casi siempre. En la prueba estadística  $\chi^2$  se observa que no existe una relación estadísticamente significativa (valor  $p=0,072$ ) por lo tanto se concluye que no existe relación entre género y salud mental. En cuanto a la décima pregunta relacionada a tener mucha energía el 38,3% del género femenino menciona que casi siempre frente al 46,3% del género masculino. Se aplicó la prueba estadística  $\chi^2$  que indica que no existe una relación estadísticamente significativa (valor  $p= 0,064$ ) por lo tanto se concluye que no existe relación entre género y vitalidad. Mientras que la undécima pregunta referente a sentirse desanimado y triste, refleja que el 42,0% del género masculino manifestó que algunas veces, frente al 50,6% del género femenino. Para determinar la significancia se aplicó la prueba estadística  $\chi^2$  donde observa que no existe una relación estadísticamente significativa (valor  $p=0,064$ ) por lo tanto se concluye que no existe relación. Finalmente, en la duodécima pregunta del cuestionario de salud SF 12 la cual hace mención a la frecuencia con la cual problemas de salud física o emocional dificulten la socialización, el 34,6% del género masculino indicó que nunca, mientras que el 33,8% del género femenino dijo que algunas veces. Al hacer la prueba estadística  $\chi^2$  se observa que no existe una relación estadísticamente significativa (valor  $p= 0,413$ ) por lo tanto se concluye que no existe relación.

### 3.3. Discusión de los resultados

El confinamiento de la población ha sido una de las principales estrategias que han implementado muchos países para reducir la gravedad de la pandemia COVID-19. Dentro de esto, uno de los aspectos que más se ha visto afectado en la vida de las personas es en su alimentación siendo está un determinante importante para un buen estado de salud en cualquier etapa de vida (Reyes Narvaez y Canto, 2020, p.2).

La presente investigación se realizó con el objetivo de relacionar el confinamiento por COVID-19 y la calidad de la dieta y salud analizado según género en una muestra de adultos ecuatorianos. Dentro de los resultados del actual estudio se muestra que existe una relación entre el género y la calidad de la dieta, se reportó que el 11,6% tiene una dieta saludable frente al 1,7% del género masculino, el 47,3% del género femenino necesitan cambios en su alimentación; esto frente al 24,4% del género masculino, es decir que posiblemente las mujeres son las que necesitan más cambios en su alimentación para que esta llegue a ser saludable durante el periodo de confinamiento por COVID-19, de la misma manera el 7,5 de la población femenina presentó una dieta poco saludable mientras que el género masculino tiene un 4,6% de haber presentado una dieta poco saludable haciendo referencia a que probablemente las mujeres fueron las que tuvieron más cambios en la alimentación durante el confinamiento por la pandemia.

En un estudio realizado en México se evidencio que el 44,4% de la población femenina y el 47,1% de la población masculina notó que su alimentación había sido afectada debido al confinamiento por COVID-19 donde las mujeres consideraron tener una alimentación más saludable antes del confinamiento (71,6%). El 27,9% de las mujeres relataron consumir más alimentos frescos comparado a los hombres. En contraste fue el grupo que más incrementó el consumo de dulces o postres comparado con los hombres (51,6% vs 39,1%) de igual manera indicaron un incremento en el consumo de comida chatarra y bebidas azucaradas alrededor de un 30% tanto para hombres como para mujeres, resultados parecidos a los encontrados en el presente estudio; pues si bien se observó que el género masculino consumía mayor cantidad de alimentos saludables que el género femenino también fue el grupo que más consumía alimentos poco saludables, durante el periodo de confinamiento (Villaseñor Lopez et al., 2021, pp.10-16).

Al contrario de lo publicado, en un estudio realizado en Italia por Di Renzo (2020, p.4) con relación a los cambios en la alimentación y el estilo de vida durante la cuarentena por el COVID-19, se observó que una gran parte de la población expreso no tener cambios en su alimentación con un 46,1%, por otra parte, el 16,7% y el 37,2% percibieron que habían mejorado o empeorado respectivamente asociándose en mayor parte con el género femenino con respecto al apetito

modificado tanto negativamente como positivamente. Estos resultados van relacionados a lo contemplado en este estudio. Sobre los hábitos alimentarios, más de la mitad de los participantes sintieron que su percepción del hambre y saciedad había cambiado: el 17,8% de los que respondieron tenían menos apetito, mientras que el 34,4% de los que respondieron aumento el apetito (Di Renzo et al., 2020, p.9). Del total de participantes el 37,4% declaró haber aumentado el consumo de alimentos saludables y el 35,8% dijo haber reducido el consumo de estos y solo el 25,6% de las personas incrementaron el consumo de comida chatarra (Di Renzo et al., 2020, p.5).

Algo semejante ocurrió en un estudio realizado en España durante la cuarentena provocada por la pandemia de la COVID-19, entre un 25% y un 35% de las personas que participaron declararon un menor consumo de aperitivos salados, galletas, productos de bollería y chocolate. Por el contrario, entre el 20% y el 27% refieren haber aumentado el consumo de frutas, verduras y pescado. No obstante, se ha observado algunas diferencias en la modificación de hábitos de consumo entre hombres y mujeres (Pérez-Rodrigo et al., 2020, p.10).

Los hombres refieren en mayor medida la reducción del consumo de bollería, dulces, galletas (32,5%) y chocolates (29,6%) mientras que una mayor proporción de mujeres dicen consumir mayor cantidad de estos alimentos dulces durante el confinamiento (Pérez-Rodrigo et al., 2020, p.8). A diferencia del presente estudio donde el género masculino indica un mayor consumo tanto de productos saludables como poco saludables. En contraste de lo que se observó en el anterior estudio realizado en España, en una encuesta realizada por Ammar (2020, p.6) en 1047 personas aisladas en sus domicilios a causa de la COVID-19 arrojó un resultado negativo en el patrón alimentario. Las personas cambiaron sus hábitos alimenticios, con un mayor consumo de alimentos poco saludables, comer fuera de control, más bocadillos entre comidas y un mayor número general entre comidas, reportando únicamente que la ingesta de alcohol disminuyó significativamente. Los cambios negativos en la mayoría de los comportamientos alimentarios podrían atribuirse a comer por ansiedad o aburrimiento (Ammar *et al.*, 2020, p.10).

En los últimos años se ha experimentado una transformación global hacia los alimentos procesados, los mismos que tienen más energía y menos nutrientes. En Ecuador si bien se ha implementado esfuerzos gubernamentales, como programas de alimentación escolar y el semáforo alimentario, el cambio en los patrones de consumo depende de manera importante de la cultura y la economía del hogar siendo la alimentación tradicional de los ecuatorianos los carbohidratos (arroz y fideo) los cuales son pobres en nutrientes trayendo consigo la persistencia del sobrepeso y obesidad lo cual posiblemente por confinamiento ha ido aumentando. Esta situación es alarmante ya que en las personas que padecen COVID-19 su impacto puede ser mayor (Lucero, 2020, p.1). De igual manera la salud tanto física como mental se han visto afectadas, las

repercusiones en cuestiones de salud son múltiples y variadas, la población se ha ido incorporándose e integrándose a la nueva forma de vida en muchos casos se ha caracterizado por un conjunto de hábitos no saludables en el ejercicio, inadecuada alimentación conjunto de rutinas cotidianas que pueden caracterizar el estilo de vida no saludable durante el confinamiento (Rico Gallegos et al., 2020, p.3).

En este estudio se utilizó el cuestionario de salud SF-12 el cual consta de 12 preguntas; 6 preguntas relacionadas con la salud física y las otras 6 restantes relacionadas con la salud mental de las personas, con el objetivo de evaluar la calidad de salud tanto física como mental de los encuestados.

En el presente se mostró que el género femenino posee un buen estado de salud físico con un 56% frente a un 28,6% del género masculino revelando que posiblemente el confinamiento domiciliario no ha tenido efecto negativo sobre los niveles de actividad física. Por otro lado, se encontró que el 45,6% de la población estudiada del género femenino presentó un diagnóstico de buen estado de salud mental frente al 26,1% del género masculino sin embargo en este estudio tanto la salud física como la mental no se relaciona con el género. Similares resultados se encontraron en un estudio realizado en Italia donde no se observó cambios en la actividad física durante el confinamiento, por el contrario, se encontró una mayor frecuencia de entrenamiento durante la emergencia, quienes antes lograban hacer ejercicio ocasionalmente, ahora tenían más tiempo para hacerlo. El porcentaje de los que entrenan cinco a más días a la semana ha pasado del 6 al 16% con un incremento medio del 9,9%. Sin embargo, el miedo a la enfermedad y a la muerte, así como las restricciones de la libertad individual, aumentaban la carga de estrés poniendo en riesgo la salud mental de las personas (Di Renzo et al., 2020, pp. 9-10).

No obstante, en un estudio desarrollado en México menciona que la pandemia ocasionada por COVID-19, ha generado un aumento de patrones de conducta sedentaria, de igual forma las personas presentan falta de motivación al realizar sus actividades de la vida diaria y con tendencia al estrés. Estos resultados son relevantes ya que comprueban que el sedentarismo y aislamiento social tiene repercusiones a nivel de estado físico y emocional (Rico Gallegos et al., 2020, p.8). Este estudio concuerda con los estudios realizados por Brooks (2020, p.2) donde concluyen que es cierto que el aislamiento es importante para proteger la salud física y prevenir la infección por el virus, también es cierto que cuanto más tiempo estemos aislados, mayores serán los riesgos de sufrir enfermedades psiquiátricas. Sabemos que la cuarentena puede causar un malestar en el estado de ánimo, depresión, irritabilidad, ansiedad, miedo, ira, insomnio, entre otros (Brooks et al., 2020, p.2).

Por otra parte, Chen (2020, pp. 1-2) menciona acerca de un estudio reciente, donde señala que las medidas oficiales que restringen los movimientos de las personas en presencia de la crisis del

coronavirus no necesariamente significan que todas las formas de hacer de ejercicio deben eliminarse por completo o que la actividad física debe ser eliminada. Se ha demostrado que el ejercicio tiene importantes beneficios para la salud de individuos sanos y para pacientes con diversas enfermedades, además concluye que la estadía en el hogar es un paso fundamental de seguridad que puede limitar la propagación de infecciones. Pero las estadías prolongadas en el hogar pueden aumentar los comportamientos que conducen a la inactividad y contribuyen a la ansiedad y la depresión, lo que a su vez puede conllevar a un estilo de vida sedentario que conducirían a una variedad de condiciones de salud crónicas. Por lo tanto, mantener una actividad física regular y hacer ejercicio de manera rutinaria en un ambiente tranquilo y seguro es una estrategia importante para una vida saludable durante el confinamiento por la pandemia (Chen *et al.*, 2020, pp. 1-2).

Este estudio cuenta con algunas limitaciones como: la diferencia de la muestra poblacional de personas del género masculino y femenino además que no identificaron otros grupos de género. Por otro lado, cuenta con las fortalezas de dar información novedosa sobre el período del confinamiento en Ecuador. Además de ser un estudio que evalúa la calidad de dieta y salud de la vida de los ecuatorianos durante el período del confinamiento. La importancia de estos datos está en que la población encuestada indica hábitos que intervienen en la salud nutricional, pudiendo generar sobrepeso y obesidad, y con ello los efectos secundarios que conllevan estos padecimientos.

## CONCLUSIONES

Referente a las características generales y demográficas de la población se contó con una participación predominante del género femenino especialmente jóvenes de la zona urbana, mestizas que se encuentran realizando sus estudios.

En cuanto a la calidad de la dieta de la población, durante la medida de aislamiento preventivo obligatorio, se concluyó que el estar confinados, con mínimos momentos semanales para movilizarse con libertad, afectó a la calidad de la dieta esto relacionado con el género de las personas en este caso masculino y femenino, dando como resultado que la población femenina en un 47,3% necesite cambios para llegar a una dieta saludable frente a un 27,4% de la población masculina siendo estas diferencias estadísticamente significativas es decir el género si se relaciona con la calidad de dieta.

La emergencia sanitaria por COVID-19 cambio por completo la rutina diaria de las personas ecuatorianas, tanto el género femenino (56%) como masculino (28,6%) presentó un buen estado de salud físico por otro lado el impacto psicológico también es importante analizar, de forma que la población femenina (45,6%) y masculina (26,1%) durante el confinamiento presentaron un buen estado de salud mental sin embargo estas diferencias no fueron estadísticamente significativas es decir la salud física y la salud mental no se relaciona con el género.

Se rechaza la hipótesis alternativa y nula ya que, si bien no se observó una relación entre la salud física, mental y el género, se observaron una relación entre la calidad de la dieta y género durante el confinamiento por COVID-19.

## **RECOMENDACIONES**

A nivel nacional, existen pocos investigaciones direccionadas a este tema, por lo que se recomienda que estudiantes e investigadores analicen esta situación, los resultados de la investigación son importantes para el establecimiento e implementación de estrategias y políticas orientadas a mitigar este problema debido a que se debe estar completamente consiente que una dieta adecuada y un buen estado de salud tanto físico como mental es un factor importante para tener una buena calidad de vida.

Para garantizar la buena calidad de la dieta y la salud física y mental de las personas en periodo de confinamiento debido a la pandemia por COVID-19 se debe analizar todos los componentes que pueden llevar a una negativa de esta, al ser un tema muy amplio se recomienda realizar investigaciones de la calidad de la dieta y salud física y mental que abarque nuevos componentes como datos antropométricos, nivel socioeconómico, tipo de familia entre otros.

Realizar estudios longitudinales debido a que en el presente estudio solo se analizó durante el confinamiento por COVID-19 y esto sería muy beneficioso, ya que se analizaría la situación de un antes y un después o durante y como esto tiene repercusión en su dieta y salud física y mental; para así tomar medidas y garantizar óptimas condiciones de salud y nutrición de la población.

## BIBLIOGRAFÍA

**AHMED, S.F., QUADEER, A.A. & MCKAY, M.R.** 'Preliminary Identification of Potential Vaccine Targets for the COVID-19 Coronavirus (SARS-CoV-2) Based on SARS-CoV Immunological Studies', *Viruses* [En línea], 2020, 12(3), p. 2. [Consulta:19 Noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7150947/>

**ALVARADO TINOCO, M.V. & BARROS BARROS, A.P.** Hábitos alimentarios, estado nutricional de los estudiantes de la unidad educativa Manuel Córdova Galarza. 2016. [En línea], (Proyecto de titulación).Universidad de Cuenca, Ecuador.2017. p.33. [Consulta:19 Noviembre 2020]. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27560/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20C3%93N.pdf>

**ALZATE YEPES, T.**'Dieta saludable', *Perspectivas en Nutrición Humana* [En línea], 2019, (Colombia) 21(1), p. 4. [Consulta:16 Noviembre 2020]. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/nutricion/article/view/339980/20794830>

**AMMAR, A. et. al.**'Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey', *Nutrients*, [En línea], 2020, pp.6-10. [Consulta: 14 Noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/6/1583/htm>

**ARAVENA, J. et. al.**'Dietas vegetarianas en alumnos universitarios', *Revista chilena de pediatría*, [En línea], 2020, (Chile), 91(5), p. 2. [Consulta: 17 Noviembre 2020]. ISSN 0370-4106. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0370-41062020000500705&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0370-41062020000500705&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

**ASTUTI, I. & YSRAFIL** 'Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2): An overview of viral structure and host response', *Diabetes & Metabolic Syndrome*, [En línea], 2020 14(4), p. 1. [Consulta: 14 Noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7165108/>

**BARUA, L. & SEMINARIO, B.**'Medicina teórica. Definición de la salud.', *Scielo*, [En línea], 2019, (Perú) p. 2. [Consulta: 20 Noviembre 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v7n3/v7n3e1>

**BLÁZQUEZ ABELLÁN, G. et. al.** ‘Alimentación saludable y autopercepción de salud’, *Atencion Primaria*, [En línea], 2016, 48(8), p. 6. [Consulta: 20 Noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6877839/>

**BROOKS, S.K. et. al.** ‘The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence’, *The Lancet*, [En línea], 2020, 395(10227), p. 2. [Consulta: 17 Junio 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7158942/>

**CARBAJAL AZCONA, Á.** *Manual de Nutrición y Dietética*. [En línea], (Manual) Universidad Complutense de Madrid, España. 2013. pp.189-198. [Consulta: 20 Noviembre 2020] Disponible en: <https://eprints.ucm.es/22755/1/Manual-nutricion-dietetica-CARBAJAL.pdf>

**CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES (CDC)** ‘Cómo protegerse y proteger a los demás’, *CDC*, [En línea], 2020, párr.3. [Consulta: 20 Noviembre 2020]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/social-distancing.html>.

**CHEN, B. et. al.** ‘Overview of lethal human coronaviruses’, *Signal Transduction and Targeted Therapy*, [En línea], 2020, 5, p. 1. [Consulta: 15 Noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7289715/>

**CHEN, P. et. al.** ‘Coronavirus disease (COVID-19): The need to maintain regular physical activity while taking precautions’, *Journal of Sport and Health Science*, [En línea], 2020, 9(2), pp. 1–2. [Consulta: 18 Junio 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7031771/>

**CLAVIJO CHAMORRO, Z.** ‘Nutrición, Dietética y Alimentación’, [En línea], 2016, pp. 1–52. [Consulta: 19 Noviembre 2020]. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-NutricionDieteticaYAlimentacion-697532.pdf>

**COGOLLOS ORTEGA, M.** Antinutrientes en las dietas detox. [En línea] (Trabajo de final de grado) Universidad de Valladolid, España, 2019, p.5. [Consulta: 19 Noviembre 2020]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/36902/TFG-M-N1620.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

**CRUZ, M.P. et. al.** ‘COVID-19, una emergencia de salud pública mundial’, *Revista Clinica Espanola*, [En línea], 2021, (España) 221(1), p. 2. [Consulta: 23 Noviembre 2020]. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102523/>

**CUESTIONARIO DE SALUD SF-12.** Descripción del Instrumento Cuestionario de Salud SF-12. [En línea], 2005, (España), pp.4-5. [Consulta: 24 Noviembre 2020]. Disponible en: [http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF12\\_CUESTIONARIO.pdf](http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF12_CUESTIONARIO.pdf)

**DIP, G.** ‘Los factores determinantes de la elección de alimentos’, *Divulgación Científica Facultad de Ciencias Agrarias - UNcuvo*, [En línea], 2019 (Argentina), pp. 1. [Consulta: 20 Noviembre 2020]. ISSN 2422-6254 Disponible en: [https://experticia.fca.uncu.edu.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=122:la-alimentacion-factores-determinantes-en-su-eleccion&catid=25&Itemid=138](https://experticia.fca.uncu.edu.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=122:la-alimentacion-factores-determinantes-en-su-eleccion&catid=25&Itemid=138)

**FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF)** ‘Una buena nutrición durante la pandemia En México, 1 de cada 3 niños y niñas padece sobrepeso y obesidad’, *UNICEF*, [En línea], 2020 (México), párr.3. [Consulta: 28 Noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/historias/alimentos-saludables-para-cada-ni%C3%B1o-y-ni%C3%B1a>

**FUNG, T.S. & LIU, D.X.** ‘Human Coronavirus: Host-Pathogen Interaction’, *Annual Review of Microbiology* [En línea], 2019, (China), 73(8), p. 3. [Consulta: 17 Noviembre 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev-micro-020518-115759>

**GÓMEZ CANDELA, C. et. al.** ‘Recomendaciones en ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN para pacientes oncohematológicos’, *aealExplica* [En línea], 2015, (España), pp.23.24. [Consulta: 19 Noviembre 2020]. Disponible en: [http://www.aeal.es/nueva\\_web/wp-content/uploads/2015/07/aeal\\_explica\\_alimentacion\\_nutricion.pdf](http://www.aeal.es/nueva_web/wp-content/uploads/2015/07/aeal_explica_alimentacion_nutricion.pdf)

**HUANG, Y. & ZHAO, N.** ‘Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey’, *Psychiatry* [En línea], 2020, 288, p. 1. [Consulta: 16 Noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7152913/>

**JIN, Y. et. al.** ‘Virology, Epidemiology, Pathogenesis, and Control of COVID-19’, *Viruses*, [En línea], 2020, 12(4), pp. 5–8. [Consulta: 18 Noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7232198/>

**JUNA JUCA, C.F.** Influencia de la práctica pre profesional de Enfermería Familiar de la carrera

de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sobre la percepción de Calidad de Vida Relacionada a la Salud de las familias del barrio Tola Chica, parroquia de Universidad San Francisco de Quito. [En línea] (Tesis de grado) (Maestría) Universidad San Francisco de Quito, Ecuador. 2015. p.24 [Consulta: 26 Noviembre 2020]. Disponible en: <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/4124/1/120710.pdf>

**KOHEN, V.L.** ‘Una visión global de los factores que condicionan la ingesta. Instrumentos de medida Nutrición Hospitalaria’, *Nutr. Hosp. Suplementos*, [En línea] 2011, (España) 4(2), pp. 3–6. [Consulta: 22 Noviembre 2020]. ISSN 1888-7961 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309226781001.pdf>.

**LI, H. et. al.** ‘Coronavirus disease 2019 (COVID-19): current status and future perspectives’, *International Journal of Antimicrobial Agents*, [En línea], 2020, 55(5), p. 1. [Consulta: 28 Noviembre 2020] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7139247/>

**LOSADA-BALTAR, A. et. al.** ‘Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por la COVID-19’, *Revista Espanola De Geriatria Y Gerontologia*, [En línea] 2020, (España) 55(5), p. 4. [Consulta: 18 Junio 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7269939/>

**LUCERO, K.** ‘El ecuatoriano transita entre la desnutrición y el sobrepeso’ | *Gestión*. [En línea] 2020, (Ecuador), p.1. [Consulta: 20 Junio 2022]. Disponible en: <https://www.revistagestion.ec/sociedad-analisis/el-ecuatoriano-transita-entre-la-desnutricion-y-el-sobrepeso>

**LUDWIG, S. & ZARBOCK, A.** ‘Coronaviruses and SARS-CoV-2: A Brief Overview’. *Anesthesia and Analgesia*, [En línea], 2020, 131(1), p. 2. [Consulta: 17 Noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7173023/>

**MARIÑO GARCÍA, A., NÚÑEZ VELÁZQUEZ, M. & GÁMEZ BERNAL, A.I.** ‘Alimentación saludable Healthy nutrition’, *Medigraphic*, [En línea], 2016, (Cuba), p. 5. [Consulta: 3 Diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actamedica/acm-2016/acm161e.pdf>

**MENG, Y.Z. et. al.** ‘Del SARS al COVID-19: Lo que hemos aprendido sobre los niños infectados con COVID-19’ *Int J Infects Dis*. [En línea], 2020, (China) 96, p. 1. [Consulta: 10

November 2020]. ISSN 710-714. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7204709/?report=classic>

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL.** ‘*El presidente Lenín Moreno decreta estado de excepción en Ecuador*’. [En línea], 2020, (Ecuador), párr.1. [Consulta: 12 November 2020]. Disponible en: <https://www.defensa.gob.ec/el-presidente-lenin-moreno-decreta-estado-de-excepcion-en-ecuador/>

**MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ.** ‘*Manual de Régimes dietéticos por patologías Servicio de Nutrición - DIDAAT- DEIDAADT*’. [En línea], 2018, (Perú), pp.12-13. [Consulta: 17 November 2020]. Disponible en: <https://www.inr.gob.pe/transparencia/transparencia%20inr/resoluciones/2018/RD%20019-2018-SA-DG-INR.pdf>

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP)** ‘*PROTOCOLO Lineamientos para la prevención COVID-19 e Inocuidad de los Alimentos*’, [En línea], 2020, pp. 9–10. [Consulta: 20 Noviembre 2020]. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/protocolo\\_prevenci%C3%B3n\\_covid-19\\_inocuidad\\_alimentos.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/protocolo_prevenci%C3%B3n_covid-19_inocuidad_alimentos.pdf)

**MOJICA-CRESPO, R. & MORALES-CRESPO, M.M.** ‘*Pandemia COVID-19, la nueva emergencia sanitaria de preocupación internacional: una revisión*’, *Semergen*[En línea], 2020, 46, p. 3. [Consulta: 18 Noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7229959/>

**NASERGHANDI, A., ALLAMEH, S.F. & SAFFARPOUR, R.** ‘*All about COVID-19 in brief*’, *New Microbes and New Infections*, [En línea], 2020, 35: 100678, p. 2. [Consulta: 20 Noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7152908/>

**ONTIVEROS MARQUEZ, M.** ‘*Depresión y Calidad de la Dieta: Revisión Bibliográfica Depression and Diet Quality: A Literature Review*’, *MedPub Journals*, [En línea], 2016, (México) 12(1), p. 2. [Consulta: 26 Noviembre 2020]. ISSN 1698-9465. Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/depresin-y-calidad-de-la-dieta-revisinbibliografica.pdf>

**ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y AGRICULTURA (FAO)** ‘*Nutrición Humana en le mundo en desarrollo-Factores sociales y culturales en la nutrición*’. [En línea], 2020a, (Roma), párr.5. [Consulta: 20 Noviembre 2020].

Disponible en: <https://www.fao.org/3/w0073s/w0073s08.htm#TopOfPage>

**ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y AGRICULTURA (FAO)** ‘Sistemas alimentarios y COVID-19 en América Latina y el Caribe: Hábitos de consumo de alimentos y malnutrición.’ [En línea], 2020b, pp.2-3. [Consulta: 18 Noviembre 2020]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/cb0217es/CB0217ES.pdf>

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)** ‘¿Cómo se propaga la COVID-19 entre las personas?’ [En línea], 2020a, párr.2 [Consulta: 19 Noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)** ‘¿Cuál es la definición de SALUD según la OMS?’ [En línea], 2020b, párr.1 [Consulta: 20 Noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=«La salud es un estado,ausencia de afecciones o enfermedades»>.

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)**. ‘Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020.’ [En línea], 2020c, párr.2. [Consulta: 17 Noviembre 2020] Disponible en: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)**. ‘Cuidar nuestra salud mental’. [En línea], 2020d, párr.2. [Consulta: 15 Noviembre 2020] Disponible en: <https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health>

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)**. ‘Evaluación de los factores de riesgo de enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19) entre trabajadores de salud: protocolo para un estudio de casos y testigos’. [En línea], 2020e, p.5 [Consulta: 19 Noviembre 2020] Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332505/WHO-2019-nCoV-HCW\\_RF\\_CaseControlProtocol-2020.1-spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332505/WHO-2019-nCoV-HCW_RF_CaseControlProtocol-2020.1-spa.pdf)

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)**. ‘Factores de riesgo.’ [En línea], 2020f, p.5. [Consulta: 19 Noviembre 2020] Disponible en: [https://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](https://www.who.int/topics/risk_factors/es/)

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).** ‘Infección por Coronavirus’. [En línea], 2020g, párr.3. [Consulta: 15 Noviembre 2020] Disponible en:[https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1)

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (OPS).** ‘Hábitos y estilos de vida saludables: asesoramiento para los paciente. ’ [En línea], 2018, pp.13-19. [Consulta: 20 Noviembre 2020]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50805/OPSNMH19001\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50805/OPSNMH19001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (OPS).** ‘*ENT y COVID-19 - OPS/OMS / Organización Panamericana de la Salud. 2020*’, [En línea], 2020, párr.1. [Consulta: 19 Noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/ent-covid-19>.

**PELLEGRINI, M. et. al.** ‘*Changes in weight and nutritional habits in adults with obesity during the “lockdown” period caused by the COVID-19 virus emergency*’, *Nutrients*, [En línea], 2020, 12(7), pp. 3–4. [Consulta: 7 enero 2021]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/7/2016/htm>

**PÉREZ-RODRIGO, C. et. al.** ‘Cambios en los hábitos alimentarios durante el periodo de confinamiento por la pandemia COVID-19 en España’, *Rev Esp Nutr Comunitaria*, [En línea], 2020, (España) 26(2), pp. 8–10. [Consulta: 16 enero 2021]. Disponible en: [https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC\\_2020\\_2\\_0X\\_Cambios\\_habitos\\_alimentarios\\_estilos\\_vida\\_confinamiento\\_Covid-19\(1\).pdf](https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2020_2_0X_Cambios_habitos_alimentarios_estilos_vida_confinamiento_Covid-19(1).pdf)

**QU, L., LI, J. & REN, H.** ‘COVID-19: the epidemiology and treatment’, *British Journal of Hospital Medicine*, [En línea], 2020, 81 (10), p.2 [Consulta: 16 enero 2021]. ISSN 1759-7390 Disponible en: <https://doi.org/10.12968/hmed.2020.0580>

**RATNER, R. et. al.** ‘Propuesta de un nuevo índice de calidad global de la alimentación’, *Revista chilena de nutrición*, [En línea], 2017 (Chile) 44(1), pp. 1–2. [Consulta: 26 Noviembre 2020]. ISSN 0717-7518. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0717-75182017000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75182017000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

**REBOREDO, R.M.E.** ‘Teorías del origen del sars-cov-2, claves e incógnitas de una enfermedad emergente’, *Rev Esp Salud Pública*, [En línea], 2020, (España) 94, p. 2. [Consulta: 14 Noviembre

2020]. Disponible en:  
[https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL94/C\\_ESPECIALES/RS94C\\_202009116.pdf](https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/C_ESPECIALES/RS94C_202009116.pdf).

**DI RENZO, L. et. al.** 'Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey', *J Transl Med*, [En línea], 2020, (Italia) 18, pp. 4–5. [Consulta: 13 Junio 2020]. Disponible en: <https://translational-medicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12967-020-02399-5>

**REYES NARVAEZ, S. & CANTO, M.O.** 'Conocimientos sobre alimentación saludable en estudiantes de una universidad pública', *Revista chilena de nutrición*, [En línea], 2020, (Chile) 47(1), p. 2. [Consulta: 13 Junio 2020]. ISSN: 0717-7518. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182020000100067&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182020000100067&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

**RICO GALLEGOS, C. et. al.** 'Hábitos de actividad física y estado de salud durante la pandemia por COVID-19', *Espacios*, [En línea], 2020, 42, p. 3. [Consulta: 13 Junio 2020]. ISSN: 0798-1015 Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a20v41n42/a20v41n42p01.pdf>

**RODRÍGUEZ MARÍN, J.** 'La importancia de la salud infantil', *Fundación Salud Infantil*, [En línea], 2017, p. 1. [Consulta: 20 Noviembre 2020]. Disponible en: <https://fundacionsaludinfantil.org/es/documentos/publicaciones/breves/Rodriguez10.pdf>

**ROSALES-CASTILLO, A., GARCÍA DE LOS RÍOS, C. & MEDIAVILLA GARCÍA, J.D.** 'Persistencia de manifestaciones clínicas tras la infección COVID-19: importancia del seguimiento', *Medicina Clínica*, [En línea], 2021, 156(1), pp. 2–3. [Consulta: 18 Noviembre 2020]. ISSN: 1578-8989 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7518172/>.

**SJÖDIN<sup>1</sup>, H. et. al.** 'Only strict quarantine measures can curb the coronavirus disease (COVID-19) outbreak in Italy, 2020', *Eurosurveillance*, [En línea], 2020, (Italia) p. 4. [Consulta: 20 Diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7140595/>

**TAAMS, N.E. et. al.** 'Diet quality and chronic axonal polyneuropathy: a population-based study', *Annals of Clinical and Translational Neurology*, [En línea], 2019, 6(12), p. 1. [Consulta: 19 Diciembre 2020]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/acn3.50939>

**TORRES, J. et. al.** 'Hábitos de vida saludable como indicador de desarrollo personal y social:

discursos y prácticas en escuelas’, *Calidad en la educación*, [En línea],2019,(Chile) 50(50), pp. 5–7. [Consulta:7 Diciembre 2020]. ISSN: 0718-4565. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-45652019000100357&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-45652019000100357&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

**TU, H. et. al.** ‘Current epidemiological and clinical features of COVID-19; a global perspective from China’, *The Journal of Infection*, [En línea], 2020, (China) 81(1), pp. 2–3. [Consulta: 20 Noviembre 2020 ]. ISSN: 1532-2742.Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7166041/>

**UDUGAMA, B. et. al.** ‘Diagnosing COVID-19: The Disease and Tools for Detection’, *ACS Nano*, [En línea], 2020, 14(4), pp. 2–3. [Consulta: 21 Noviembre 2020 ]. ISSN: 1936-086X. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7144809/>

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE VALENCIA (VIU)** ‘Salud integral: qué es y qué relación tiene con las nuevas tecnologías’. [En línea], 2018, párr. 3-6. [Consulta: 20 Noviembre 2020 ] Disponible en: <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/salud-integral-que-es-y-que-relacion-tiene-con-las-nuevas-tecnologias#:~:text=Salud integral%3A qué es y qué relación tiene con las nuevas tecnologías,-Inicio&text=Cuando hablamos de salud int>

**VILLAR AGUIRRE, M.** ‘Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención’, *Acta Med Per*, [En línea],2011, 28(4), p. 3. [Consulta: 23 Noviembre 2020 ]. Disponible en : <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf> .

**VILLASEÑOR LOPEZ, K. et. al.** ‘Cambios en el estilo de vida y nutrición durante el confinamiento por SARS-CoV-2 (COVID-19) en México: un estudio observacional’, *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, [En línea], 2021, (México) 25(Supl. 2), pp. 10–16. [Consulta:16 Junio 2022]. ISSN: 2173-1292. Disponible en: <https://renhyd.org/index.php/renhyd/article/view/1099/662>

**WIRT, A. AND COLLINS, C.E.** ‘Diet quality – what is it and does it matter?’, *Public Health Nutrition*, [En línea], 2009, 12(12), p. 1. [Consulta:25 Noviembre 2020]. ISSN: 1475-2727. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/diet-quality-what-is-it-and-does-it-matter/9E51F4F8539F8F5681F2EA4F0A2F74F3>

**WU, S.Y. et. al.** ‘The diagnostic methods in the COVID-19 pandemic, today and in the future’,*Expert Review of Molecular Diagnostics*, [En línea],2020, 20(9), p. 3. [Consulta:21

Noviembre 2020] ISSN: 1744-8352 Disponible en:  
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14737159.2020.1816171>

**YAN, Y., CHANG, L. & WANG, L.** 'Laboratory testing of SARS-CoV, MERS-CoV, and SARS-CoV-2 (2019-nCoV): Current status, challenges, and countermeasures', *Reviews in Medical Virology*, [En línea], 2020, 30(3), p. 2. [Consulta: 21 Noviembre 2020]. ISSN: 1099-1654  
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7235496/>  
doi:10.1002/RMV.2106.

**YASHAVANTHA RAO, H.C. & JAYABASKARAN, C.** 'The emergence of a novel coronavirus (SARS-CoV-2) disease and their neuroinvasive propensity may affect in COVID-19 patients', *Journal of Medical Virology*, [En línea], 2020, 92(7), p. 4. [Consulta: 26 Noviembre 2020].  
ISSN: 1096-9071 Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7264535/>

**YE, Z.W. et. al.** 'Zoonotic origins of human coronaviruses', *International Journal of Biological Sciences*, [En línea], 2020, 16(10), p. 4. [Consulta: 26 Noviembre 2020]. ISSN: 1449-2288.  
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7098031/>

**ZAMBRANO, R. et. al.** 'Evaluación de hábitos alimentarios y estado nutricional en adolescentes de Caracas, Venezuela', *Scielo*, [En línea], 2013, (Venezuela) 26(2), p. 1. [Consulta: 24 Noviembre 2020]. ISSN: 0798-0752  
Disponible en:  
[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-07522013000200004](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522013000200004).



## **ANEXOS**

### **ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE LA DIETA Y CALIDAD DE SALUD DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19, EN UNA MUESTRA DE ADULTOS ECUATORIANOS, 2020**

Usted ha sido invitado a llenar esta encuesta, agradecemos su colaboración.

La carrera de Nutrición y Dietética perteneciente a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo (ESPOCH) está realizando un estudio cuyo fin es analizar el perfil de dieta y salud durante el confinamiento por COVID-19 en adultos ecuatorianos (18 a 59 años).

Dedique el tiempo que se necesite para leer cuidadosamente el documento y responder las preguntas planteadas.

Su participación es voluntaria, todas sus respuestas serán confidenciales y sus datos serán utilizados para fines investigativos.

¿Está usted de acuerdo en participar?

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

### **ANEXOS B: CARACTERÍSTICAS GENERALES**

Edad \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

#### **Zona Geográfica**

Urbano \_\_\_\_\_

Rural \_\_\_\_\_

## ANEXO C: ÍNDICE DE CALIDAD DE LA DIETA

Encuesta Alimentaria de Frecuencia de Consumo

FRECUENCIA DE CONSUMO						
	>2/ día	1 al día	4-6/ sem.	2-3/ sem	1/ sem	Ocasional o nunca
Alimentos saludables						
Verduras						
Frutas						
Leche o derivados						
Legumbres						
Pescado						
Alimentos no saludables						
Pastel, galletas, dulces						
Bebidas con azúcar						
Azúcar						
Fritura						
Comidas						
Desayuno						
Almuerzo						
Cena						

## ANEXO D: CUESTIONARIO DE SALUD SF-12

**Instrucciones:** Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por Favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está segura/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	1	2	3
	Sí, me limita mucho	Sí, me limita poco	No, no me limita nada
2. <b>Esfuerzos moderados</b> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Subir <b>varios</b> pisos por la escalera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante **las 4 últimas semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de su salud física?**

	1	2
	Sí	No
4. ¿Hizo <b>menos</b> de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tuvo que <b>dejar de hacer algunas tareas</b> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante **las 4 últimas semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de algún problema emocional** (como estar triste, deprimida o nervioso)?

	1	2
	Sí	No
6. ¿Hizo <b>menos</b> de lo que hubiera querido hacer, <b>por algún problema emocional?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan    
**cuidadosamente** como de costumbre, **por algún problema**  
**emocional?**

8. Durante las **4 últimas semanas**, ¿hasta qué punto **el dolor** le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1      2      3      4      5  
              
**Nada   Un poco   Regular   Bastante   Mucho**

La pregunta que siguen se refiere a como se ha sentido y como le han ido las cosas durante las **4 últimas semanas**. En cada pregunta responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted.

Durante las **4 últimas semanas** ¿cuánto tiempo...

	1	2	3	4	5	6
	Siempre	Casi	Muchas	Algunas	Solo	Nunca
		Siempre	veces	veces	alguna vez	
9. ...se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>					
10. ...tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>					
11. ¿Se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/>					

12. Durante las **4 últimas semanas**, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1      2      3      4      5  
              
**Siempre   Casi Siempre   Algunas veces   Sola a veces   Nunca/ algunas veces**



epoch

Dirección de Bibliotecas y  
Recursos del Aprendizaje

UNIDAD DE PROCESOS TÉCNICOS Y ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO Y  
DOCUMENTAL

REVISIÓN DE NORMAS TÉCNICAS, RESUMEN Y BIBLIOGRAFÍA

Fecha de entrega: 20 / 03 / 2023

<b>INFORMACIÓN DEL AUTOR/A (S)</b>
<b>Nombres – Apellidos:</b> María Victoria Escobar Vásquez
<b>INFORMACIÓN INSTITUCIONAL</b>
<b>Facultad:</b> Salud Pública
<b>Carrera:</b> Nutrición y Dietética
<b>Título a optar:</b> Licenciada en Nutrición y Dietética
<b>f. Analista de Biblioteca responsable:</b> Ing. Rafael Inty Salto Hidalgo

0493-DBRA-UPT-2023

