

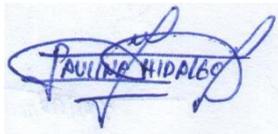
© 2023, Genesis Paulina Hidalgo Pumagualle

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, GENESIS PAULINA HIDALGO PUMAGUALLE, declaro que el presente Trabajo de Integración Curricular es de mi autoría y los resultados del mismo son auténticos. Los textos en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

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

Riobamba, 8 de febrero de 2023

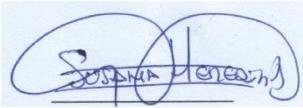
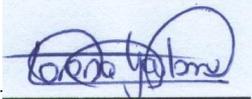
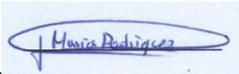
A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'PAULINA HIDALGO', with a stylized flourish above the name.

Genesis Paulina Hidalgo Pumagualle

C.I: 0604221556

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

El Tribunal del Trabajo de Integración Curricular certifica que: El Trabajo de Integración Curricular; Tipo: Proyecto de Investigación, “**RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE LA DIETA Y CALIDAD DE SALUD DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19, EN UNA MUESTRA DE ADULTOS ECUATORIANOS QUE VIVEN EN ZONAS URBANAS Y RURALES, 2020**”, realizado por la señorita: **GENESIS PAULINA HIDALGO PUMAGUALLE**, ha sido minuciosamente revisado por los Miembros del Tribunal del Trabajo de Integración Curricular, el mismo que cumple con los requisitos científicos, técnicos, legales, en tal virtud el Tribunal Autoriza su presentación.

	FIRMA	FECHA
N.D. Susana Isabel Heredia Aguirre Msc. PRESIDENTE DEL TRIBUNAL		2023-02-08
N.D. Lorena Patricia Yaulema Brito Mgs. DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR		2023-02-08
N.D. María de los Ángeles Rodríguez Cevallos ASESORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR		2023-02-08

DEDICATORIA

Con mucho amor, orgullo y satisfacción a mis padres Martha Pumagualle y Luis Hidalgo por su apoyo incondicional, por estar presentes en cada escalón de mi vida. A mi hermana Lesly, por ser la mejor hermana que pude tener y por ser la fuente de motivación para esforzarme cada día más y llegar a cumplir mis sueños. A mis abuelos Rosa y Juan que están en el cielo.

Paulina

AGRADECIMIENTO

A Dios, por la vida y permitir que esto sea posible, por guiarme en este camino de aprendizaje. A mis padres por sus esfuerzos, apoyo moral y económico durante todo el proceso académico, gracias por convertirme en una persona de bien. A la prestigiosa Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública, Carrera de Nutrición y Dietética por ser responsables de este gran logro. De manera especial a la ND. Lorena Yaulema, por aceptar realizar este proyecto bajo su tutoría, el apoyo, confianza y capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, gracias por impartir sus conocimientos en este proceso investigativo. A la ND. María de los Ángeles Rodríguez por su apoyo y por cada minuto invertido para guiarme con sugerencias y conocimientos.

Paulina

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	xi
ÍNDICE DE ANEXOS	xii
RESUMEN.....	xiii
SUMMARY/ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.1. Planteamiento del problema	5
1.2. Objetivos.....	6
1.2.1. Objetivo General.....	6
1.2.2. Objetivos Específicos	6
1.3. Hipótesis	6
1.3.1. Hipótesis Alternativa	6

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	7
2.1. Consecuencias derivadas del coronavirus	7
2.1.1. Definición de Coronavirus	7
2.2.1. Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV 1)	8
2.2.2. Síndrome Respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV).....	8
2.2.3. SARS-CoV 2 (Covid-19).....	8
2.3. Origen y Propagación del Covid-19	9
2.4. Epidemiología y patogenia	11
2.5. Presentación Clínica	11
2.6. Diagnóstico	12
2.7. Prevención del COVID-19	12
2.8. Tratamiento.....	13
2.9. Calidad de la dieta	14
2.9.1. Definición de Dieta.....	14
2.9.2. Importancia de una Dieta Equilibrada.....	14

2.9.3.	Tipos de dieta	15
2.9.3.1.	<i>Dieta Basal</i>	15
2.9.4.	Dietas Terapéuticas	15
2.10.	Calidad Nutricional de la Dieta	18
2.10.1.	Criterios de Calidad de la Dieta	18
2.10.1.1.	<i>Hábitos alimentarios y variedad de la dieta</i>	18
2.10.1.2.	<i>Número de comidas y energía por cada una</i>	18
2.10.1.3.	<i>Perfil Calórico y rango aceptable sobre su distribución</i>	19
2.11.	Instrumento para medir la calidad de la dieta	19
2.12.	Calidad de la salud	21
2.12.1.	<i>Definición de Salud</i>	21
2.12.2.	<i>Importancia de la Salud</i>	21
2.13.	Calidad de la salud	22
2.13.1.	<i>Consecuencias de la mala calidad de la salud</i>	22
2.13.2.	<i>Instrumento validado para medir la calidad de la salud</i>	23

CAPÍTULO II

3.	MARCO METODOLÓGICO	25
3.1.	Diseño de la investigación	25
3.1.1.	<i>Tipo de Estudio</i>	25
3.2.	Muestra de Estudio	25
3.3.	Localización y duración del estudio	25
3.4.	Participantes	25
3.4.1.	<i>Criterios de Inclusión</i>	25
3.4.2.	<i>Criterios de Exclusión</i>	25
3.5.	Universo	26
3.6.	Muestra	26
3.7.	VARIABLES	27
3.10.	Descripción de procedimientos	31
3.10.1.	<i>Procedimiento de Recolección de Información</i>	31
3.11.	Temas estadísticos	33
3.11.1.	<i>Plan de Análisis</i>	33

CAPÍTULO IV

4.	MARCO DE RESULTADOS	34
-----------	----------------------------------	----

4.1.	Análisis Descriptivo	34
4.1.1.	<i>Características demográficas de la población</i>	34
4.1.2.	<i>Cuestionario de Frecuencia de Consumo Healthy Eating Index (HEI)</i>	35
4.1.3.	<i>Cuestionario de Salud Healthy Survey Short Form 12 (SF-12).</i>	37
4.2.	Estadística Inferencial	42
4.2.1.	<i>Relación entre Calidad de dieta y Calidad de Salud por zona geográfica</i>	42
4.2.2.	<i>Relación entre Calidad de Dieta y Calidad de Salud por grupos de edad</i>	43
4.3.	Discusión de Resultados	45
	CONCLUSIONES.....	50
	RECOMENDACIONES.....	51
	BIBLIOGRAFÍA	
	ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1-2:	Dietas modificas en nutrientes	17
Tabla 2-2:	Puntaje asignado según frecuencia de consumo en el HEI.	20
Tabla 3-2:	Principales causas de muerte	23
Tabla 1-3:	Operacionalización de Variables	27
Tabla 1-4:	Características generales y demográficas de la población.....	34
Tabla 2-4:	Grupos de alimentos/comidas según frecuencia de consumo del HEI.	35
Tabla 3-4:	Calidad de la Dieta según diagnóstico del HEI.	37
Tabla 4-4:	Percepción que tiene la población con respecto a su salud en general.....	37
Tabla 5-4:	Funcionamiento físico de la población de estudio	38
Tabla 6-4:	Rol Físico de la población de estudio.....	38
Tabla 7-4:	Rol Emocional de la población de estudio	39
Tabla 8-4:	Dolor Corporal de la población de estudio.....	39
Tabla 9-4:	Salud Mental y Vitalidad de la población de estudio	40
Tabla 10-4:	Función Social en la población de estudio	40
Tabla 11-4:	Datos descriptivos de los Sumarios del SF-12	41
Tabla 12-4:	Calidad de Salud según SF-12.....	41
Tabla 13-4:	Calidad de la Dieta según zona Geográfica.....	42
Tabla 14-4:	Calidad de Salud según zona Geográfica	43
Tabla 15-4:	Calidad de la Dieta por grupos de edad.....	43
Tabla 16-4:	Calidad de Salud por grupos de edad	44

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1-2:	Origen y Propagación del COVID-19	10
Ilustración 2-2:	Distribución Calórica	19

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A: HEALTHY EATING INDEX

ANEXO B: ENCUESTA DE SALUD SF-12 (SHORT FORM 12 HEALTH SURVEY)

ANEXO C: CONSENTIMIENTO INFORMADO

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue relacionar la calidad de dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos que viven en zonas urbanas y rurales. La metodología aplicada para el estudio fue de tipo transversal observacional; la muestra de adultos fue de 241, siendo 160 mujeres y 81 hombres de edades comprendidas entre 18 y 59 años. Para recolectar la información se utilizó 3 encuestas: una sociodemográfica, *Healthy Eating Index (HEI)* la cual estaba constituida por categorías: Alimentos Saludables, Alimentos No saludables y Comidas; y *Cuestionario de Salud SF-12* por categorías: salud física y mental. El análisis estadístico se realizó con el programa *SPSS* donde se obtuvo que la calidad de dieta para zona urbana y rural necesitan cambios con 50,6 % y 24,1 % respectivamente, la calidad de salud en zona urbana y rural tuvieron mejor estado de salud física con 56,4% y 28,2%; en salud mental la zona urbana y rural tuvieron peor estado de salud con 68% y 16,6%, los adultos jóvenes y maduros tenían calidad de dieta que necesitaba cambios con 67,6% y 7,1%; en salud física los adultos jóvenes y maduros tuvieron mejor estado de salud con 77,2% y 7,5%; igual en salud mental con 64,3% y 7,5%. Se concluye que las zonas urbanas no tienen mala calidad de dieta y mala calidad de salud a diferencia de las zonas rurales en adultos ecuatorianos, durante el confinamiento del COVID-19.

Palabras clave: <CALIDAD DE DIETA>, <CALIDAD DE SALUD>, <ADULTOS>, <COVID-19>, <ZONA URBANA>, <ZONA RURAL>.

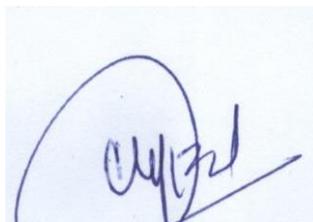
0506-DBRA-UPT-2023



SUMMARY/ABSTRACT

The objective of this research was to relate the quality of diet and quality of health during confinement by COVID-19. The study was performed to a sample of adults living in urban and rural areas. The methodology applied for the study was of an observational cross-sectional type; the sample of adults was two hundred and forty-one persons from which, one hundred and sixty were women and eighty-one men, aged between 18 and 59 years. To collect the information, three surveys were used: a sociodemographic, Healthy Eating Index (HEI), which was made up of categories: Healthy Foods, Unhealthy Foods and Meals; and SF-12 Health Questionnaire by categories: physical and mental health. The statistical analysis was carried out with the SPSS program. It was observed that the quality of diet for urban and rural areas needed changes with 50.6 % and 24.1% respectively. The quality of health in urban and rural areas had better physical health with 56.4% and 28.2%. In mental health, the urban and rural areas had worse health status with 68% and 16.6%. Young and mature adults had diet quality that needed changes with 67.6% and 7.1%. In physical health, young and mature adults had better health status with 77.2% and 7.5%; the same happened in mental health with 64.3% and 7.5%. It is concluded that urban areas do not have poor diet quality and poor health quality as opposed to rural areas in Ecuadorian adults during COVID-19 confinement.

KEYWORDS: <DIET QUALITY>, <HEALTH QUALITY>, <ADULTS>, <COVID-19>, <URBAN AREAS>, <RURAL AREAS>.



Lic. Carmen Cecilia Mejia Calle

060160846-6

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas la alimentación ha desencadenado intensas modificaciones en la población y su entorno, en la actualidad la dieta es el origen de riesgo de enfermedad o muerte en varios países del mundo, lo que ha generado un cambio global en la carga de morbilidad de varias enfermedades asociadas con los hábitos alimentarios y el estilo de vida de una persona, los cuales influyen directamente en el propio individuo al igual que el ambiente que lo rodea (Zapata, 2020, p. 1).

Los factores de riesgo han evolucionado paralelamente a través del tiempo, y con ello la posibilidad de contraer nuevas enfermedades que transforman la vida de muchas personas en el transcurso de su existencia.

La aparición de epidemias no es algo nuevo en la historia de la humanidad, pero en los últimos años el mundo ha sido testigo de catástrofes territoriales, manifestaciones abruptas, brotes epidémicos, muchos de ellos por virus, lo que ha provocado alarma social.

Los coronavirus (CoV) no son nuevos virus, conforman un amplio grupo, que taxonómicamente pertenecen a la subfamilia *Orthocoronavirinae*, Este virus tiene una forma esférica de 100 a 160 nm de diámetro, el cual solo está formado de una única cadena de ARN con polaridad positiva con aproximadamente 30.000 pares de bases (CGCF, 2020, p.2).

Los CoV son una enorme familia de virus que causan enfermedades con diferente sintomatología, que varían desde un resfriado común hasta enfermedades más graves, como ocurre con el coronavirus del Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV) y el que ocasiona el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV 2), causante de la enfermedad conocida como COVID-19, este tuvo su origen a finales de diciembre del 2019, a través de un brote en Wuhan, China y ha cambiado la vida de millones de personas a nivel global, el mismo que tiempo después fue declarado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una Emergencia de Salud Pública de preocupación internacional el 30 de enero del 2020 (OMS y OPS, 2020, p.1).

Hasta el momento en el mundo, se conoce que el SARS-CoV 2 se transmitió de la civeta hasta el ser humano y del mismo modo la transmisión del MERS-CoV se dio del dromedario al ser humano. En este contexto, se sabe que existen otros coronavirus dispersos en varios animales, de los cuales no se conoce origen o transmisión y que todavía no han infectado al ser humano. Por lo mismo, los expertos afirman que esta nueva cepa, tiene una transmisión zoonótica, es decir que

se trata de enfermedades infecciosas transmisibles naturalmente desde animales vertebrados al ser humano (OPS/OMS, 2019, p.1).

Hasta la fecha de este escrito (13/11/2020) a nivel mundial existen 53,693,587 casos confirmados; en este contexto se registran 628,136 casos nuevos por día, y 1,307,501 muertes. De los cuales, en Ecuador se registra 178,674 casos confirmados; 1,161 casos por día y 12,977 muertes (Universidad Johns Hopkins, 2022, p.1).

Como resultado de la expansión del virus y la ya actualmente pandemia por COVID-19, más de la mitad de la población mundial ha sido hasta el momento sometida en cuarentena, un tipo de confinamiento, lo que ha obligado a la población a mantener distanciamiento social, se ha privado a la población de todo tipo de reuniones sociales y los desplazamientos han quedado paralizados, al igual que la actividad económica, esto ha provocado que muchas familias se queden sin trabajo y en algunos casos la oportunidad de llevar recursos que permitan sustentar las necesidades del hogar, causando una grave recesión en todo el planeta.

Debido a la rápida dispersión del virus, todos los gobiernos tomaron en cuenta restricciones dependiendo de la situación a la que se enfrentan, la disposición de cuarentena en el hogar de modo obligatorio en el territorio ecuatoriano se ha dispuesto desde el 16 de marzo del 2020 (Moreno, 2020, p.5), y sigue en vigencia en la actualidad.

Sin embargo, la pandemia no solo ha perjudicado el sistema de salud generando un impacto global y caída económica a nivel mundial, sino también han surgido cambios notables en la alimentación de todo el mundo, los hábitos alimentarios han transformado la calidad de la dieta y con ello han modificado la calidad de salud, el patrón alimentario se ha visto perjudicado precisamente porque en muchos casos se ha tenido que restringir de ciertos alimentos que antes era de consumo diario, y esto a su vez ha ocasionado cambios que afectan directamente a la salud, en este sentido el confinamiento en el hogar no garantiza seguridad total, ya que afecta directamente a la salud física y mental reflejada en los hábitos alimentarios cuando el sistema inmunológico no funciona bien.

En los últimos años, incluyendo los inicios de la pandemia por COVID-19 han afectado principalmente los sistemas alimentarios, y la escasez de alimentos debido al impacto de la oferta y demanda de los mismos, una de las causas que ha provocado esta situación es la disminución del poder adquisitivo y la capacidad de producir y distribuir alimentos lo que también plantea enormes desafíos para la seguridad alimentaria y la nutrición (HLPE, 2020, p.3).

Los efectos del Covid-19 se han manifestado en el consumo de alimentos accesibles, uno de ellos es el incremento en el consumo de alimentos hipercalóricos (frituras, postres), enlatados y empaquetados que a pesar de ser alimentos convenientes y de bajo costo, rara vez son saludables y nutritivos (FAO, 2020, pp. 3-4).

El rol que adquiere la calidad de la dieta es cada vez más relevante, se han identificado aquellos alimentos y nutrientes que se asocian con el aumento o disminución de la morbilidad, y las interrelaciones, así como los efectos sobre la salud, cambiar los hábitos alimentarios puede ser una tarea difícil, el patrón alimentario se define con el tiempo y es precisamente el consumo de alimentos lo que define la calidad de la dieta.

En este mismo sentido, el confinamiento, amenaza la sostenibilidad de los sistemas de salud, con el foco de infección la sanidad se ha centrado casi exclusivamente en los casos de COVID-19, lo que ha provocado que varias personas con diversos tipos de enfermedades tengan que retrasar sus citas médicas. Asimismo, además de la edad, se ha determinado ciertas condiciones que supone un gran problema de salud entre los adultos con ciertas patologías de base (inmunodeprimidos, enfermedades crónicas y cardiacas), que aumentan el riesgo de contraer COVID-19 y su evolución (FUNDACION iO, 2020, p.1).

El sector de salud, en medio de todo un proceso de privatización “silenciosa” ha tenido que luchar contra los factores que agravan la enfermedad dependiendo de la sintomatología que presenta cada paciente y de acuerdo a los lineamientos que se debe seguir para evitar una reaparición o su vez la muerte.

Asegurar la calidad de salud siempre ha sido motivo de controversia, las diferencias se sitúan cuando se evidencia momentos de crisis. De acuerdo a un informe emitido por la OMS, para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) y el grupo Banco Mundial en 2018, los servicios de salud de baja calidad están frenando el avance de mejoras en el ámbito de la salud en países de todos los niveles de ingreso (Banco Mundial, 2018a: p1).

Actualmente, en todos los países abundan diagnósticos imprecisos, errores de medicación tratamientos inapropiados o innecesarios, instalaciones o prácticas médicas inadecuadas o abiertamente inseguras, a su vez los equipos de salud carecen de los conocimientos necesarios, capacidad o experiencia, todos estos factores de incidencia en varias ocasiones están relacionados con la mala calidad de salud que se origina en las personas (Banco Mundial, 2018b: p.1).

El Ecuador a través del tiempo ha implementado una serie de programas que permitirían mejorar la calidad de salud de los ecuatorianos en las diferentes etapas de vida. Sin embargo, antes de la pandemia ya se conocía cifras alarmantes de sobrepeso y obesidad, al igual que otras enfermedades principalmente en adultos, y a medida que pasa el tiempo estas van aumentando. A menos que el gobierno tome medidas para erradicar este problema, la mano invisible del mercado continuará promoviendo productos que afectará a todo el mundo, lo que conduciría a consecuencias desastrosas para el futuro de la salud pública y la productividad económica (OPS Y OMS, 2018: p.1).

Las restricciones sociales y los factores causales debido a que el confinamiento ha limitado el acceso a una variedad de alimentos, lo que ha desencadenado problemas principalmente en la salud, que no exclusivamente es física sino también mental por el aislamiento al que la población ha sido sometida, y todo esto en conjunto agrava la situación de todos los integrantes de la familia (ONU, 2020, p.1). Entonces: ¿El confinamiento por COVID-19 se relacionó con la calidad de dieta y calidad de salud en adultos de zonas urbanas y rurales del Ecuador?

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La calidad de la dieta y la calidad de salud son temas prioritarios a nivel mundial, se vieron afectadas desde hace mucho tiempo atrás y agravadas aún más con la pandemia del COVID-19, que ha tenido un gran impacto global ya que es uno de los desafíos más serios que ha enfrentado la humanidad en los últimos tiempos. Por lo mismo, la OMS dictó como medida preventiva cuarenta obligados para que el virus no sea propagado con facilidad.

Por esta razón, la presente investigación propuso relacionar la calidad de dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos ecuatorianos que viven en zonas urbanas y rurales. El trabajo investigativo contribuyó con datos actualizados de relevancia académica, en donde se conoció si en efecto el confinamiento por COVID-19 se relaciona de alguna manera en la calidad de la dieta y calidad de salud, siendo esta información de gran utilidad para futuras investigaciones orientadas en el tema.

Asimismo, los resultados obtenidos en la investigación permitirán concientizar a las futuras generaciones sobre la importancia de mantener un adecuado estilo de vida, que no sea solo por la situación que el mundo está afrontando, sino más bien por evitar mayores riesgos para adquirir enfermedades que ocasionen consecuencias graves e irreparables.

La calidad de la dieta y la calidad de la salud son dos temas que demanda mucha importancia, paciencia, esfuerzo, dedicación y sobre todo compromiso consigo mismo, se relacionan entre sí, y por lo mismo es primordial dar la importancia que amerita no solo a nivel nacional sino en todo el mundo, no solo por la pandemia sino también para adquirir un buen estilo de vida.

Esta investigación al igual que la pandemia, es un tema nuevo y trascendental, del cual surgen muchas interrogantes, principalmente porque al ser un virus del cual no se conoce antídoto o cura para eliminarlo por completo, la información que se contemple en esta investigación sirvió para seguir descubriendo y respaldando datos que ayude en la toma de decisiones sobre la importancia de tener buenos hábitos alimentarios que permitan gozar de buena calidad de la dieta y por ende buena calidad de salud.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Relacionar la calidad de dieta y calidad de salud durante el confinamiento por COVID-19, en una muestra de adultos que viven en zonas urbanas y rurales durante el 2020.

1.2.2. Objetivos específicos

- a. Describir las características generales de una muestra de población adulta.
- b. Medir la calidad de la dieta y la calidad de salud en una muestra de población adulta.
- c. Realizar un análisis descriptivo de la calidad de la dieta y calidad de salud por edad.

1.3. Hipótesis

1.3.1. Hipótesis alternativa

Las zonas urbanas tienen mala calidad de dieta y mala calidad de salud a diferencia de las zonas rurales en adultos ecuatorianos, durante el confinamiento del COVID-19.

1.3.2. Hipótesis nula

Las zonas urbanas no tienen mala calidad de dieta y mala calidad de salud a diferencia de las zonas rurales en adultos ecuatorianos, durante el confinamiento del COVID-19.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1. Consecuencias derivadas del coronavirus

2.1.1. Definición de coronavirus

A través del tiempo, a pesar de que el mundo ha ido evolucionando constantemente se conoce un sinnúmero de enfermedades, infecciones y virus que han marcado la vida de muchas personas y por supuesto del mundo. La pandemia del coronavirus no es la excepción, hoy más que nunca el mundo está atravesando por una crisis que va más allá de solo afectar el sistema sanitario, sino también económico y social en todo el mundo.

Los Coronavirus constituyen una extensa familia que pueden estar presentes en personas o animales. Según el Comité Internacional de Taxonomía de Virus, pertenecen a la familia *Coronaviridae*, al orden *Nidovirales*, que cuentan con un genoma de ARN mono catenarios positivos, de forma esférica con proteínas que tienen forma de puntas, de ahí su nombre por ser similar a una corona solar, son virus envueltos, que tienen un diámetro aproximado de 125 nm (Aragón et al., 2019a: p.213).

Se denomina coronavirus a todas las especies que forman parte de cuatro géneros: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus. Este tipo de virus se considera el genoma más grande de los virus ARN, ya que tiene un tamaño de 26-32 kilobases, la misma que codifica cuatro proteínas estructurales, que contienen glicoproteína espiga (S), envoltura (E), membrana (M), nucleocápside (N) y otras 16 proteínas no estructurales que intervienen en la transcripción y replicación viral (Aragón et al., 2019b: p.213).

Del mismo modo, se sabe que sobre la base de secuencias genéticas, todos los coronavirus humanos probablemente tendrían un ancestro común, es decir que estos usan reservorios naturales o algún tipo de intermediario que puede ser en animales, teniendo de esta manera la capacidad para cruzar entre varias especies (Aragón et al., 2019c: p.213).

Los coronavirus no son nuevos virus, están distribuidos en todo el mundo, hasta el momento se conocen siete tipos: el HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 y HCoV-HKU1 fueron identificados en 1996, 1967, 2004 y 2005 respectivamente, mantenían una sintomatología leve, por lo que no presentaron capacidad epidémica. Sin embargo, los 3 últimos virus que surgieron

en los últimos años son todo lo contrario, el primero de ellos el Síndrome Respiratorio Agudo Severo conocido como SARS-CoV. El segundo, Síndrome Respiratorio de Oriente Medio conocido como MERS-CoV. Por último, el más reciente el SARS-CoV2, el nuevo Covid-19 (National Geographic, 2020, p.1).

2.2. Clasificación del coronavirus

2.2.1. *Síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV 1)*

El SARS-CoV 1 es una enfermedad respiratoria conocida como “neumonía asiática o atípica”, fue descubierta en 2002 al sur de China, se extendió en 26 países de Asia, Europa y América infectando a 8.400 personas, durante 8 meses aproximadamente. Los síntomas variaron en las personas, eran leves similares a una gripe común y en algunos casos desarrollaban neumonía o tener dificultades para respirar. Según la OMS, durante el brote hubo alrededor de 800 fallecidos, lo que representa una tasa de letalidad del 10% y se registraron casos de la enfermedad hasta mayo del 2004. En este sentido, las medidas de Prevención y control fueron las técnicas de higiene como lavado de manos con abundante agua y jabón, uso de guantes de desechable, distanciamiento social que les permita estar limpios y de esta manera alejados del contagio (OMS, 2019a: p.1).

2.2.2. *Síndrome respiratorio de medio oriente (MERS-CoV)*

El MERS-CoV es una enfermedad respiratoria vírica, originada en Arabia Saudita 2012, infectando a 27 países de Asia, Europa, África y Norteamérica es considerado primo lejano del SARS-CoV 1, debido a que comparten genoma alrededor del 80%. Los síntomas son fiebre, tos, dificultades respiratorias, síntomas gastrointestinales particularmente diarrea, aunque también podía haber casos asintomáticos. La transmisión de este virus fue de animales a personas, aunque los dromedarios son un reservorio importante del virus. En la Prevención, de forma general se sugirió tomar medidas de higiene, evitar el contacto con animales enfermos, en cuanto al consumo de alimentos de origen animal consideraron evitarla ya que llevaba un elevado riesgo de infección que podría generar enfermedades en seres humanos (OMS, 2019b: p.1).

2.2.3. *SARS-CoV 2 (Covid-19)*

El reciente Covid-19, el más letal de la familia de coronavirus hasta el momento, se originó Wuhan China a finales de diciembre del 2019, con más de 300.000 infectados y 13.000 fallecidos y se ha extendido en 167 países de todo el mundo, los expertos afirman que este virus es eficaz

en la transmisión entre humanos debido a que su periodo de incubación promedio es de 14 días aproximadamente, que proporciona una gran variedad de sintomatología y del mismo modo esta puede estar ausente en algunos casos. En los grupos de población que tiene mayor riesgo en adquirir la enfermedad se encuentran: adultos mayores, personas con enfermedades crónicas, cardiovasculares y de inmunidad (Fundación BBVA, 2020, p.2).

Debido a que el Covid-19 es un virus nuevo, del que no se conoce por completo, expertos han analizado el genoma del virus, concluyendo que es un 96% similar al genoma de un coronavirus del murciélago, lo que significa que su transmisión es zoonótica. Hasta la fecha no existe algún tratamiento específico o vacuna que elimine la enfermedad, más bien los médicos recomiendan analgésicos dependiendo de los síntomas en cada paciente, ya que es muy variado (Editor, 2020, p.139).

Además de establecer medidas control, monitorizaciones y en algunos casos hospitalización. En general, es necesario recurrir a las medidas de bioseguridad para evitar la Propagación de virus, entre las principales: lavado frecuente de manos con agua y jabón, utilizar alcohol antiséptico, y uso de mascarilla, llevar una alimentación balanceada y equilibrada (Lozano, 2020, p.51).

2.3. Origen y propagación del COVID-19

El 31 de diciembre del 2019, en la provincia de Hubei China, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan, dio a conocer sobre 27 casos de neumonía de causa desconocida, e donde siete de ellos eran considerados graves, todos presentaron sintomatología desde el 8 de diciembre, al parecer todos habían sido expuestos a un mercado mayorista de mariscos (Francisco et al., 2020a: p.15).

Por lo que, el 1 de enero del 2020, el mercado fue cerrado, posterior a ello el 7 de enero del 2020 las autoridades chinas detectaron como agente etiológico un brote de nuevo virus, el cual ha sido denominado SARS-CoV 2. Conforme a los hechos, el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional, a través de una reunión emitida el 30 de enero del 2020 declaró al nuevo coronavirus como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional. (Francisco et al., 2020b: p.15).

La OMS asignó a este virus el nombre de COVID-19. Los casos de coronavirus aumentan a más de 9.600, y las muertes a 170; ya existían más de 100 casos en 20 lugares fuera de China. De inmediato, el virus se extendió por China, Japón y sus alrededores infectando de manera rápida el continente asiático. Más adelante, se detectaron casos en Oriente Medio y de ahí a Europa en

donde inicialmente se dio un brote en Italia de donde se extendió a todos los países europeos (CCN Español, 2020a: p.1).

El 2 de febrero del 2020, un hombre muere en Filipinas por coronavirus de Wuhan, fue el primer caso de muerte reportado fuera de China desde que empezó la enfermedad. Posterior a ello, el 5 de febrero del 2020 se reportó una cifra global que superaba las 500 muertes. Tomando en cuenta la gravedad del asunto, el 10 de febrero del 2020, el presidente Xi lucha por contener el coronavirus de Wuhan en Beijing, el mismo día la OMS a través de un equipo de expertos internacionales llega a China para ayudar a contener la transmisión del virus (CCN Español, 2020b: p.1).

En el caso de Ecuador, el primer caso diagnosticado se dio el 28 de febrero del 2020, la Ministra de Salud Catalina Andramuño, relato que la paciente de 70 años había llegado a Guayaquil el 14 de febrero del 2020, dos días después el 16 de febrero empezó a sentir molestias y el 23 de febrero ingresó a la casa de salud en terapia intensiva, posterior a ello el 13 de marzo del 2020 la paciente falleció a medio día. (Cable News Networks, 2020, p.1).

A la fecha del 4 de marzo del 2020, el virus se ha extendido en 86 países de todos los continentes excepto en la Antártida. La cantidad de infectados y muertes en todo el mundo incrementa día a día, para frenar la propagación del virus es necesario la colaboración no solo de expertos, sino también de los gobiernos y todas las personas, ya que a pesar de que los gobiernos han tomado decisiones concretas, todos los ciudadanos deben cumplir con las medidas de bioseguridad para prevenir y controlar el contagio (Francisco et al., 2020c: p.15).

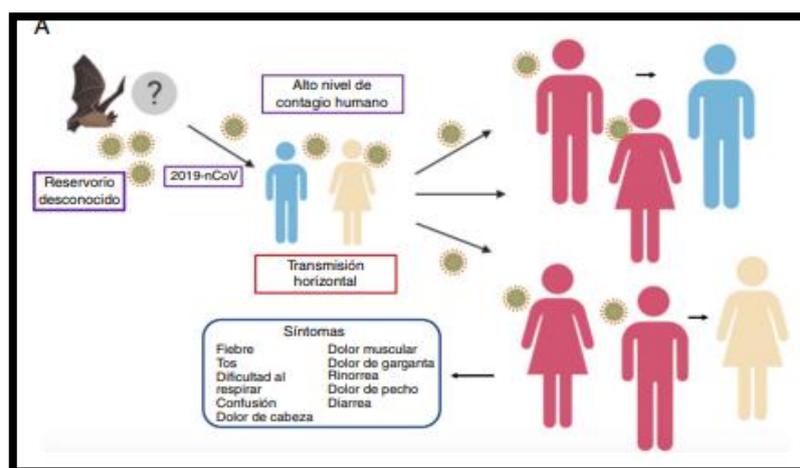


Ilustración 1-2: Origen y Propagación del COVID-19

Fuente: Palacios, M. 2021.

2.4. Epidemiología y patogenia

El COVID-19, en particular es un virus que puede infectar a todas las personas independientemente de la edad, sexo o condición fisiológica. Hasta la actualidad, se ha demostrado que las personas de cualquier edad con enfermedades subyacentes (cáncer, enfermedades crónicas como obesidad y Diabetes, afecciones cardíacas, inmunodeprimidas, entre otras) y adultos mayores de 65 años, corren más riesgo de enfermarse gravemente del virus, y esto implicaría hospitalización, entubación e incluso la muerte. (CDC, 2020, p.1).

El virus se ha propagado mediante una transmisión respiratoria de persona a persona, principalmente por contacto de secreciones nasales, es decir por medio de gotas de saliva expulsadas al hablar o estornudar ya sea directamente o a través de las manos. En este contexto, no se ha informado de transmisiones a través de fluidos corporales como relaciones sexuales o transfusiones sanguíneas y por el momento, no existe evidencia que demuestre que los animales domésticos puedan transmitir la enfermedad (Zhu et al., 2020, p.727).

Al momento de contraer el virus, éste entra a la célula para iniciar su replicación, una vez adentro, la partícula que se encuentra descubierta deposita el ARN en el citoplasma. Los coronavirus poseen replicas codificada que es un tipo de proteína en el genoma del ARN, lo que permite que este se transcriba en nuevas copias, usando a la célula huésped. La acción patógena del virus depende definitivamente del tejido y el animal que es infectado. Las células infectadas presentan un aspecto vacuolado, esto desencadena la producción de mediadores inflamatorios, y de esta manera se origina las manifestaciones clínicas (Li et al., 2020, p.1200).

2.5. Presentación clínica

La sintomatología del COVID-19 es muy amplia, el periodo de incubación a partir del día de infección varía de entre 2 a 14 días, con una mediana de 5 días, esto incluye una dinámica de asintomáticos hasta neumonías graves que conducen hasta la muerte. Se ha documentado casos de infección asintomática. Sin embargo, las evidencias son limitadas, la OMS afirma que este tipo de casos tiene menos probabilidades de transmitir el virus a diferencia de los casos sintomáticos, es un tanto difícil indicar la prevalencia de este tipo de casos, y a pesar de ello se considera que los niños son más propensos a tener este tipo de casos alrededor de un 40% (Palacios et al., 2020a: pp. 57-58).

Por otra parte, también se encuentra la transmisión pre sintomática, la cual puede producirse de 1 a 3 días antes de desarrollar síntomas, este tipo de casos representó el 12,6% en China y 6,4% en

Singapur. Finalmente, en casos sintomáticos, los síntomas varían siendo: fiebre, tos, dificultad para respirar, dolor muscular y del cuerpo en general, dolor de cabeza, dolor de garganta, rinorrea, dolor en el pecho, diarrea, náuseas y vómitos, incluso pérdida del olfato y el gusto hasta un cuadro de neumonía grave con sepsis (Palacios et al., 2020, pp. 57-58).

La identificación de neumonías graves, en el inicio de los síntomas se puede controlar la enfermedad a tiempo, con el apoyo y control necesario para el ingreso rápido y seguro a la unidad de cuidados intensivos. Toda la información antes mencionada, está sujeta a cambios debido a que la sintomatología puede variar a medida que transcurra el tiempo y está expuesta a nuevos síntomas dependiendo de los hallazgos clínicos, investigaciones y avances que se descubran posteriormente en un futuro.

2.6. Diagnóstico

Una de las principales formas de diagnosticar el COVID-19, es por medio de exámenes de laboratorio, el más común es la Reacción en Cadena de la Polimerasa con Transcriptasa inversa (RT-PCR, por sus siglas en inglés) con una sensibilidad del 70% aproximadamente. Para ello, se toma la muestra nasofaríngea, que da un rendimiento del 63%, en la orofaríngea con un 32%, en el cepillado con broncoscopio 46%; en la sangre 1%. Del mismo modo, la detección de anticuerpos tipo Inmunoglobulinas IgM e IgG en los primeros días no tiene validez, ya que el virus no se ha depositado por completo y la prueba saldrá negativa, por lo que la prueba de anticuerpos no es útil cuando la enfermedad es aguda. La sensibilidad de las pruebas rápidas para IgM e IgG es de 57% y 81% respectivamente. Cuando se combinan ambas la sensibilidad es del 82% (Accinelli et al., 2020a: p.305).

Los casos se clasificarán en 4 ítems: el caso en investigación, en el que se considera una sospecha clínica, el caso confirmado por laboratorio, el que da positivo a los criterios establecidos, el caso probable, en donde los resultados no son concluyentes o solo son positivos para una de las PCR de laboratorio y el caso descartado en donde los resultados de las PCR son negativas (Accinelli et al., 2020b: p.305).

2.7. Prevención del COVID-19

La mejor manera de prevenir el COVID-19, es evitar la propagación para disminuir el impacto, los gobiernos y todas las personas deben acatar las disposiciones emitidas por las entidades de salud, para evitar contagiarse y expandir el virus hacia otras personas.

La cuarentena fue la primera disposición a partir de la dispersión del virus, lo que obligó a todos los gobiernos a cumplir y acatar las normas dirigidas a la población para evitar el contagio y mantenerse aislado. Este comunicado obligo a cerrar instituciones públicas y privadas, empresas, universidades, mercados, escuelas, centros de entretenimiento de todo tipo para evitar aglomeraciones en donde el virus sea propagado, y de igual manera fijar ciertas restricciones por medio de un semáforo de riesgo epidemiológico, un sistema de monitoreo que manejaba la regulación del uso público de acuerdo con el riesgo de contagio del COVID-19 (El Comercio, 2020a: p.1).

El color rojo, indicaba que solo se permitía actividades económicas esenciales y que las personas podían salir únicamente alrededor de sus domicilios. El color naranja, además de permitir las actividades económicas esenciales, posibilitó que las empresas con actividades no esenciales trabajen con el 30% del personal con las medidas de bioseguridad necesarias, así también abrir ciertos lugares públicos con aforo (número de personas) reducido. El color amarillo, indicaba que todas las actividades laborales estaban permitidas con las medidas necesarias de bioseguridad, los espacios públicos podían abrir regularmente con un aforo reducido. El color verde, indicaba que se permitían todas las actividades incluyendo las escolares (El Comercio, 2020b: p.1).

Estas restricciones obligaron a la población en general a adaptarse a estar en casa, tener un determinado horario en el que se podía salir y junto con ello también se aplicaron restricciones vehiculares de acuerdo al último dígito de placa, para evitar el ajetreo y movilidad.

Las recomendaciones dictadas por la OMS para prevenir el contagio incluyen lavarse las manos con frecuencia, taparse la boca y nariz al estornudar o toser, cocinar bien los alimentos, especialmente la carne y los huevos, evitar el contacto con personas que presenten síntomas de enfermedades respiratorias, evitar viajar a ciudades y áreas afectadas y evitar el contacto con animales vivos o muertos de granja o salvajes. Del mismo modo, las medidas preventivas son el uso de alcohol antiséptico o gel antibacterial, el uso de mascarilla que debe ser quirúrgicas o KN95 ya que evitan el paso de bacterias o virus hacia la boca ya que no se filtra el aire, distanciamiento social de al menos 2 metros, evitar las aglomeraciones o lugares cerrado (ATS, 2020, pp. 1-2).

2.8. Tratamiento

El COVID-19, al ser un virus del que se desconoce antídoto o cura definitiva, evitar el contagio es la primera y más importante medida de tratamiento. Hasta el momento, no existe algún tratamiento específico para eliminarlo por completo. Sin embargo, se ha experimentado con

algunos medicamentos que en la mayoría de pacientes han ayudado a controlar la sintomatología y en algunos casos sacar a pacientes que se encuentran en estados graves y hospitalizados.

Debido a los acontecimientos recientes, los médicos han recetado una variedad de medicamentos como antiparasitarios, anticoagulantes, descongestivos nasales, antigripales, entre otros, los que dependen directamente de los síntomas presentados por los pacientes. Además, complementario a esto, recomiendan el uso de plantas medicinales como el eucalipto, nogal, jengibre, cúrcuma a manera de infusiones o evaporaciones para descongestionar la nariz y aliviar ciertos síntomas. Si el paciente se siente enfermo debe descansar, beber líquidos, comer alimentos nutritivos, aislarse de los demás miembros de la familia y desinfectar los espacios del hogar (OMS, 2020, p.1).

2.9. Calidad de la dieta

2.9.1. Definición de dieta

El término dieta significa “higiene de la vida”, pero en un concepto más amplio se considera como un método o modelo alimenticio que conforma un conjunto de alimentos que además de saciar el hambre y consentir el paladar, debe llenar los requerimientos de nutrientes esenciales para cumplir sus actividades fisiológicas, de crecimiento y desarrollar las actividades diarias. Una dieta equilibrada garantiza el aporte de nutrientes de interés, mediante una alimentación saludable y suficientemente variada que nutrirá el cuerpo humano (Guerrero, 2017, p.5).

Es el conjunto de sustancias nutritivas y no nutritivas en cantidades o mezclas de alimentos que se consumen de forma habitual. La dieta puede ser considerada como un patrón o régimen alimentario diario de un individuo o de una comunidad, que en determinados casos suele asociarse con personas sanas, enfermas o convalecientes. El término “dieta” debería asociarse con el estilo de vida de una persona, la forma de alimentarse durante el día, y por el contrario suele asociarse con privación casi total de alimentos (Rios, 2020, p.4).

2.9.2. Importancia de una dieta equilibrada

En la actualidad, la dieta es un tema que ha tomado mucha importancia, no solo por mantener un adecuado estilo de vida, sino también para conservar un buen estado de salud. En la vida cotidiana es primordial incluir en nuestra dieta todos los grupos de alimentos en cantidades adecuadas de forma equilibrada, lo que permite obtener los nutrientes necesarios de los alimentos. Una dieta equilibrada es muy importante para el sistema inmunológico, ya que brindará la energía necesaria para las actividades del día (Alzate, 2019a: p.9-11).

Además, esta permitirá proteger al cuerpo de enfermedades crónicas derivadas de una mala alimentación como la obesidad, diabetes, entre otras. Para ayudar a mantener una dieta saludable, se ha venido manifestando representaciones graficas adecuadas a los alimentos producidos, enfocados en la población a la que va dirigido (Alzate, 2019b: p.9-11).

Una dieta equilibrada solo se puede lograr mediante una buena alimentación, y para que esta cumpla con los requisitos necesarios debe ser: **Suficiente**, en donde los componentes de la dieta deben contar con las cantidades que garanticen la satisfacción de las necesidades reales de energía y nutrientes. **Variada**, la cual incluirá diferentes alimentos en diferentes preparaciones, utilizando diferentes tipos de cocción con buenas prácticas de higiene y conservación. **Completa**, la cual incorporará todos los nutrientes necesarios para el buen funcionamiento del organismo y **Armónica**, en donde los nutrientes deben mantener un equilibrio de acuerdo al porcentaje recomendado para cada macro y micronutriente (García et al., 2016, pp. 4-5).

Es importante recordar que no existe alimento o dieta milagrosa o ideal, ni tampoco algún alimento completo del cual se pueda depender para alimentarse, ya que ninguno contiene todos los nutrientes necesarios que el cuerpo necesita.

2.9.3. Tipos de dieta

Existen dos amplios grupos que engloban los tipos de dieta, por un lado, está la dieta Basal y por otro están las dietas terapéuticas.

2.9.3.1. Dieta basal

Llamada también dieta general, diseñada para pacientes sanos, los cuales no necesitan modificaciones dietéticas, siguen un plan alimentario de acuerdo a las necesidades nutricionales de acuerdo al sexo, edad o a su vez por medio de guías alimentarias. Es necesario considerar preferencias del paciente, ya que, debido a la religión u otros aspectos, exista la posibilidad de rechazo de ciertos alimentos (SESCAM, 2017a: p.3).

2.9.4. Dietas terapéuticas

Son dietas específicas para tratar los diferentes tipos de enfermedades del paciente, en donde se va a requerir realizar controles, cambios y/o modificaciones dependiendo de la evolución y aceptabilidad de los alimentos, dentro de estas se encuentran:

- Nada por vía oral: conocida como NPO, se prescribe este tipo de ayuno en Pre (12-24horas) y post (12 horas) cirugía. Antes de la realización de exámenes de laboratorio. Paciente con nutrición enteral y parenteral o vómito (SESCAM, 2017b: p.3).
- Dieta Líquida Clara/Estricta: es una dieta de transición al NPO, se prescribe para probar tolerancia en postoperatorio, y este aporte no debe ser mayor a 48 horas. Las características físicas son normales, con volumen reducido a temperatura ambiente sin residuos, es hipocalórica, es decir con grasas reducidas, no contiene lactosa con algunas excepciones, no contiene fibra ni purinas.

Generalmente líquidos como caldos, jugos, zumos, infusiones, proporciona una fuente oral de líquidos en pacientes que no pueden o deben ingerir alimentos sólidos, que pueden ser de 5 a 6 tomas con un aporte nutricional de 350 a 500 kcal (SESCAM, 2017c: p.3).

- Dieta Líquida completa/normal: esta dieta puede ser prescrita en casos de disfagia, acalasia y estenosis, problemas dentales tanto en pérdidas como extracción de piezas, entre otros. Sus características físicas son normales con volumen reducido a temperatura ambiente y sin residuos, en características químicas la cantidad de grasa es normal, se acepta lactosa y purinas, pero no fibra, se permite todos los alimentos licuados y cernidos de 5 a 6 tiempos de comida, con un aporte de 1000 a 1500 kcal (SESCAM, 2017d: p.3).
- Dieta Semiblanda: es un tipo de dieta de fácil masticación y digestión ya que contiene poca cantidad de grasa y es baja en lactosa, puede contener alimentos semisólidos que sean suaves, no contiene fritos o alimentos muy condimentados, es baja en proteína animal. Este tipo de dieta está prescrito en trastornos de masticación o deglución, transición a alimentos sólidos después de cirugía, patologías digestivas, último día de nutrición parenteral, entre otras (SESCAM, 2017e: p.3).
- Dieta Blanda Mecánica: es una dieta de fácil deglución, está prescrita en problemas de masticación, en el caso de algún adulto mayor no presenta piezas dentarias, problemas de cavidad oral como gingivostomatitis, fisuras o úlceras. Sus características físicas son normales, tiene una consistencia semisólida sin residuos, la cantidad de grasa es normal, se puede incluir lactosa y purinas, pero no fibra. Se permite alimentos a forma de purés o papillas, con un aporte de 1000 a 1500 kcal (SESCAM, 2017f: p.4).
- Dieta Blanda Gástrica: es un tipo de dieta que protege al estómago, está prescrita en gastritis, reflujo gastroesofágico, úlcera péptica, cáncer gástrico o en estadios temprano. Sus características físicas son normales, su consistencia puede ser líquida, semilíquida, sólida o semisólida, con disminuidos residuos.

En cuanto a las características químicas, la cantidad de grasa y fibra debe ser disminuida, si se puede incluir lactosa y purinas. Los alimentos permitidos son pulpas, frutas al natural, fibra soluble que se encuentra en avena, linaza chía, mellocos entre otros. No son permitidos alimentos

picantes, estimulantes, frituras, pueden ser de 3 a 6 tiempos de comida, con un aporte nutricional de 1000 a 1500 kcal con aproximadamente el 20% grasa insaturada (SESCAM, 2017g: p.4).

- Dieta Blanda Intestinal: es un tipo de dieta que protege al intestino, es prescrita en problemas de malabsorción de nutrientes, diarrea o transición de la dieta líquida estricta. Sus características físicas son normales, su consistencia puede ser líquida, semilíquida, sólida o semisólida, sin residuos.

En cuanto a características químicas la cantidad de grasa debe ser disminuida, se puede incluir purinas, pero no lactosa y fibra insoluble. De igual manera en este tipo de dieta, no son permitidos alimentos picantes, estimulantes, frituras, pueden ser de 3 a 6 tiempos de comida, con un aporte nutricional de 1000 a 1500 kcal con aproximadamente el 20% grasa insaturada (SESCAM, 2017h: p.4).

Del mismo modo, en este contexto se considera otros tipos de dieta que son modificados dependiendo de la situación nutricional como:

Tabla 1-2: Dietas modificadas en nutrientes

NOMBRE DE LA DIETA	DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS	APORTE NUTRICIONAL
Hipocalórica	Si la prescripción de energía es mayor a la consumida habitualmente o si las necesidades energéticas están aumentadas.	Depende de la circunstancia, la edad y estado fisiológico
Hipocalórica	Si la prescripción de energía es menor a la consumida habitualmente o en dietas de transición	Depende de la circunstancia, la edad y estado fisiológico
Hipohidrocarbonada	(NPO y líquida clara)	45 – 55% de cho del VCT
Hipoproteica	Dieta disminuida en hidratos de carbono.	>18% de proteína del VCT
Hipoproteica	Dieta aumenta en proteína.	<12% de proteína del VCT
Hipograsa	Dieta disminuida en proteína.	20% de grasa del VCT
Hiposódica	Dieta disminuida en grasa.	<2300mg Sodio/día
Hipopurínica	Dieta disminuida en Sodio. Dieta disminuida en purinas.	<1 intercambio de fuentes de purinas al día o sin fuentes de purinas

VCT: Valor Calórico Total. **NPO:** Nada por Vía Oral

Fuente: Universidad de Cantabria 2017.

2.10. Calidad nutricional de la dieta

El rol que ha alcanzado la calidad de la dieta en los últimos años es cada vez más relevante, debido a que en la actualidad la dieta es el principal factor de riesgo en la progresión de enfermedades crónicas e incluso la muerte. Más allá de determinar el tipo de alimentos que son buenos o malos, es necesario considerar sus interrelaciones y efectos, es por eso que para hablar de calidad de la dieta se requiere de una visión más completa y detallada en donde se trate los criterios que consideren la calidad de la dieta (Zapata, 2020, p.1).

2.10.1. Criterios de calidad de la dieta

2.10.1.1. Hábitos alimentarios y variedad de la dieta

Los hábitos alimentarios son todas las conductas que se adquieren a lo largo de la vida de una persona, que influyen directamente en su alimentación. Mantener hábitos saludables determina el estado de salud, por lo tanto, es primordial saber el tipo de alimentos, la técnica de cocción y la cantidad adecuada al elegir un plato o menú y del mismo modo contribuirá para cubrir las necesidades energéticas y nutritivas que necesita el cuerpo (Meléndez et al. 2017, p.2).

Por lo tanto, uno de los principales puntos a considerar para determinar la calidad de la dieta, es valorar los hábitos alimentarios, la variedad de la dieta es indicador de un buen equilibrio nutricional, es decir que alimentos o grupos de alimentos consume a diario, cuales no y por qué, que tan variada es su alimentación, como distribuye sus comidas, en donde las realiza y a qué hora. Por ejemplo, esto permitiría conocer si la persona tiene o no la costumbre de desayunar poco, mucho o simplemente no lo hace, incorporar obligatoriamente una comida sin una educación nutricional previa, podría ser un total fracaso (Carbajal, 2015a: p.1).

2.10.1.2. Número de comidas y energía por cada una

El número de comidas realizadas al día depende de cada persona y sus costumbres, el tipo de trabajo que tiene, el tiempo dedicado a cada comida, de la cantidad, de las preferencias o aberraciones, entre otros factores que van a depender de la situación en la que una persona se encuentre. En general, se recomienda realizar de 3 a 5 tiempos de comida en el día, en donde la energía total es distribuida mayoritariamente en horas de la mañana, en donde la mayoría se encuentra activa y pasada la tarde se recomienda aligerar la cena. Una adecuada distribución energética podría ser:

- **Desayuno:** 20-25% del Valor Calórico Total (VCT)
- **Media mañana:** 10% del VCT
- **Almuerzo:** 30-35% del VCT
- **Media tarde:** 10% del VCT
- **Cena:** 20-30% de

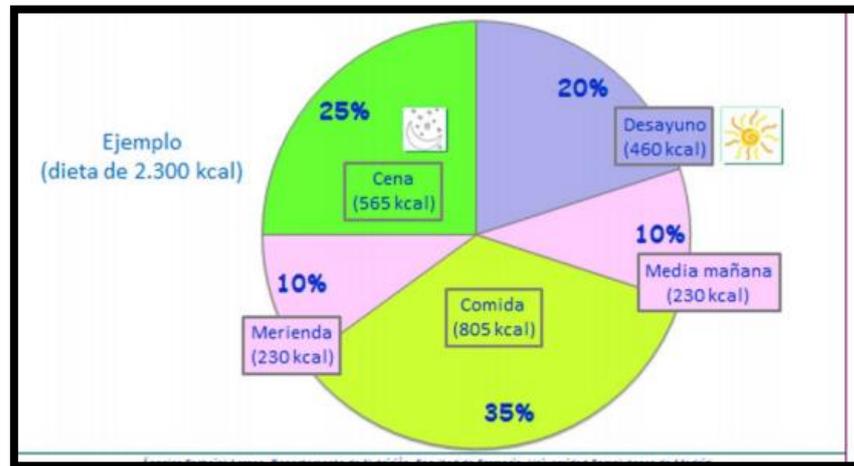


Ilustración 2-2: Distribución Calórica

Fuente: Carbajal A 2017.

2.10.1.3. Perfil calórico y rango aceptable sobre su distribución

El perfil calórico constituye tanto macro (carbohidratos, proteínas y lípidos) como micronutrientes (vitaminas y minerales) de la energía total de la dieta. Los macronutrientes se expresan como porcentaje, de los cuales se recomienda:

- **Energía**, esta va a depender del sexo, edad, actividad física, peso y talla de la persona.
- **Hidratos de Carbono**, al menos del 45- 65% del VCT, siendo mayoritariamente hidratos de carbono complejos, es decir que de absorción lenta.
- **Proteínas**, debe ser entre el 10 -20% del VCT, siendo mayoritariamente carnes magras (con el mínimo contenido de grasa).
- **Lípidos**, corresponde del 25-35% del VCT, los cuales deben ser aceites mono insaturados y otro tipo de alimentos como el coco o frutos secos.

En cuanto a los micronutrientes, los valores van a depender de la edad, sexo y necesidades especiales en el caso de alguna deficiencia o exceso (Carbajal, 2015b: p.3).

2.11. Instrumento para medir la calidad de la dieta

A lo largo del tiempo, para evaluar el tipo de alimentación de una persona se han utilizado encuestas, entrevistas, frecuencias de consumo o recordatorios de 24 horas, esto ha permitido

analizar la cantidad de consumo de cada alimento, los grupos de alimentos y tipo de nutriente que incluye la ingesta diaria y junto con ello obtener el porcentaje de adecuación de acuerdo a las recomendaciones nutricionales. Sin embargo, no permiten obtener un diagnóstico global que determine la calidad de la dieta individual o poblacional (Ratner et al, 2016a: p.1).

Por este motivo, Kennedy y Cols proponen “*Healthy Eating Index*” (Anexo A) un índice de calidad de alimentación basado en varias guías alimentarias del Ministerio de Salud de Chile, de fácil aplicación para profesionales de la salud. El instrumento es básicamente una encuesta alimentaria que consta de 12 variables que incluye 3 subgrupos, el primero 5 grupos de alimentos saludables (frutas, verduras, pescados, leguminosas, leche y derivados), el segundo 5 poco saludables (frituras, bebidas con azúcar, pasteles/galletas/tortas/dulces y azúcar) y el tercero incluye 3 sobre la frecuencia de las comidas (Desayuno, Almuerzo y Cena). A estas variables, se le asignó puntajes, siendo 10 el valor ideal y 1 lo menos saludable, estos puntajes fueron clasificados según los siguientes criterios: saludable (90-120 puntos), necesita cambios (60-89 puntos) y poco saludable (<60 puntos) (Ratner et al, 2016b: p.2).

Tabla 2-2: Puntaje asignado según frecuencia de consumo en el HEI.

	> 2 /día	1 día	4-6 /sem	2-3 /sem	1/sem	Ocasional o Nunca
ALIMENTOS SALUDABLES						
Verduras	10	7,5	5	2,5	1	1
Frutas	10	7,5	5	2,5	1	1
Leche o Derivados	10	7,5	5	2,5	1	1
Legumbres	10	10	10	10	7,5	1
Pescado	10	10	10	10	7,5	1
ALIMENTOS NO SALUDABLES						
Pasteles, galletas, dulces	1	1	2,5	5	7,5	10
Bebidas con azúcar	1	1	2,5	5	7,5	10
Azúcar	1	1	2,5	5	7,5	10
Frituras	1	1	2,5	5	7,5	10
COMIDAS						
Desayuno	5	10	5	2,5	1	1
Almuerzo	5	10	5	2,5	1	1
Cena	5	10	5	2,5	1	1

Fuente: Ratner R, Hernández P, Martel J & Atalah E, 2020.

2.12. Calidad de la salud

2.12.1. Definición de salud

La Salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social de una persona, y no solo la ausencia de enfermedad. Esta definición tomo un giro a partir de los años 50, cuando se comprobó que al hablar de salud no es exclusivamente físico, entonces este se amplió para generalizarlo en: el estado de adaptación al medio social, biológico y sociocultural, también se considera un estado fisiológico de equilibrio, relacionado a la alimentación y en este mismo sentido abarca la perspectiva biológica y social, para referirse a las relaciones familiares y hábitos. Por el contrario, si no se cumple alguno de los componentes, el individuo caerá en estado de enfermedad, lo que se asociará con una trilogía que consta del huésped, agente y ambiente (OMS, 2015, p.1).

2.12.2. Importancia de la salud

La salud ha sido definida y analizada desde diferentes puntos vista. Sin embargo, todas aquellas exposiciones concuerdan en que al hablar de salud no es simplemente entender que se trata de un bienestar físico, este término es dinámico y cambiante que con el pasar del tiempo cada vez es más relevante. El estado de salud es la riqueza más grande del ser humano, puede ser entendida como el proceso por medio del cual el ser humano alcanza el desarrollo completo de sus capacidades actuales y potencialidades que le permiten sentir estado de plenitud para realizar cualquier actividad y es ahí en donde radica su importancia, ya que se considera que tiene una visión holística, es decir que comprende las dimensiones física, mental, social, emocional y espiritual en el ser humano, de manera que funciona como una entidad integral completa con el medio que los rodea. Entonces, debido a que abarca casi todos los aspectos socioculturales, no siempre son compartidos por todas las personas, comunidades y países (OPS/OMS, 2016, p.1).

Por lo tanto, la importancia de la salud es un tema que no puede ser aislado de la realidad humana, es un proceso vital que se ve de diferentes puntos de vista, todos los seres humanos dependen de un óptimo estado de salud para realizar diferentes actividades. La salud es importante porque tiene muchos beneficios al cuerpo humano, es decir, no sufre de enfermedades que podrían complicar la capacidad de una persona para realizar las diferentes actividades de rutina, al contar con salud, el organismo de una persona funciona al cien por ciento, rinde en sus actividades y evita tener malestares y complicaciones. Pero, es difícil concebir la idea de perder la salud y junto con ello la vida (Viapoint Peru, 2020a: p.1).

La salud es, entonces una característica intangible de posesión intransferible, provoca una mejora a nivel general para sentirse activos, junto con ello a tener mejor relación social con los demás. Es primordial darle la importancia que amerita, conservarla en buen estado para poder gozar del bienestar como elemento constitutivo de la vida, puesto que permite vivir el desarrollo de la cotidianidad durante el tiempo. En pocas palabras, la salud nos permite tener mejor control de nuestra vida y esto provoca un gran impacto en nuestro rendimiento (Vitapoint Peru, 2020b: p1).

2.13. Calidad de la salud

En el transcurso del tiempo, la OMS junto a otras entidades internacionales han generado esfuerzos para lograr la cobertura sanitaria universal (CSU) en todos los países del mundo, proveer servicios médicos, insumos, profesionales capacitados para afrontar todas las situaciones sanitarias que se presenten, que sean de fácil acceso, independientemente de los costos, con el único objetivo de reducir riesgos asociados con la mala salud y desigualdad (Grupo Banco Mundial, 2020, p.1).

El concepto de calidad no es nuevo, ha sido utilizado para determinar muchos aspectos siendo una preocupación permanente y relevante a largo plazo en la humanidad. En el contexto de salud, desde hace mucho tiempo atrás, ha existido la inquietud sobre todos los aspectos que constituyen un buen estado de salud y los criterios que permitirían definirlo en cuestión. En este sentido, la salud ha demostrado interés en buscar lo mejor para el paciente, ya que de ahí parte la esencia de calidad de la salud, en el ejercicio de la práctica clínica. En particular la salud, tiene mayor significancia en la misma medida que ha evolucionado la sociedad, las personas, las enfermedades y la tecnología en sí, pues es necesario actualizarse a diario para poder adaptarse a nuevas medidas que contribuyan al bienestar y buen estado de salud. Del mismo modo, se considera que la calidad de salud está presente en el grado de atención médica que brinda el personal de salud y la probabilidad de resultados deseados por los pacientes (Coronado et al, 2013, p.1).

La calidad de salud es parte de la calidad de vida, esta interrelación conforma un concepto multidimensional que se construye a partir de varias características adherentes a la persona, ya que es un proceso complejo que no cuenta con indicadores específicos para su comprensión y conocimiento.

2.13.1. Consecuencias de la mala calidad de la salud

La salud es una característica vital en la vida del ser humano, el descuido y falta de atención a la propia salud podría ocasionar consecuencias irreversibles o incluso la muerte. En la actualidad,

se ha escuchado un sinnúmero de enfermedades que se incrementan a medida que pasa el tiempo. La situación global ha desencadenado desde hace mucho tiempo atrás, preocupación mundial debido a la situación por la que cada familia, comunidad o país atraviesa (Banco Mundial, 2018, p.1).

Las consecuencias de una mala calidad de la salud se originan principalmente por el estilo de vida, desencadena enfermedades asociadas a diferentes aspectos, entre ellos se encuentran distintas causas de muerte como:

Tabla 3-2: Principales causas de muerte

NO.	CAUSA	N.º ESTIMADO DE MUERTES (EN MILLIONES)	PORCENTAJE DEL TOTAL DE MUERTES
1	Cardiopatía isquémica	7.25	12.8
2	Afección cerebrovascular	6.15	10.8
3	Infecciones de las vías respiratorias	3.46	6.1
4	inferiores	3.28	5.8
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2.46	4.3
6	Enfermedades diarreicas	1.78	3.1
7	VIH/SIDA	1.39	2.4
8	Cánceres de tráquea, bronquios o pulmón	1.34	2.4
0	Tuberculosis	1.26	2.2
10	Diabetes mellitus	1.15	2.1
	Traumatismos por accidentes de tráfico		

Fuente: OMS, 2015.

Estas son 10 de las principales causas de muerte en el mundo, como consecuencia de mala calidad de salud, es por ello que la calidad se define en términos de quien la valora, la salud refleja el amor propio, y la preocupación por mantener un buen estado de salud nace de cada persona. Los factores sociales y económicos influyen en ciertos aspectos, pero es responsabilidad de cada uno el construir buenas condiciones de vida, solo por desarrollo personal sino también de toda la población (OMS, 2015, p.1).

2.13.2. Instrumento validado para medir la calidad de la salud

En 1991, se inició un proyecto denominado “Evaluación Internacional de la Calidad de Vida” (International Quality of Life Assessment Project, IQOLA), el cual sirvió como base para probar la aceptabilidad de un instrumento genérico denominado encuesta de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) con el propósito de analizar la percepción de salud de la población que se quiera estudiar (Ramirez Robinson; Agredo y Jerez, 2010a: p.2).

Existen 2 versiones del Cuestionario de Salud SF-12. La versión 1 se desarrolló en EE. UU en 1994 y la versión 2 en 2002, en la que se hizo modificaciones sobre instrucciones y presentación de preguntas y respuestas.

El SF-12 (Anexo B) proporciona un perfil del estado de salud, uno de los instrumentos más utilizados en el análisis de resultados genéricos, puede ser aplicado tanto para población adulta como para pacientes con una edad mínima de 14 años. Está formado con 12 ítems provenientes de 8 dimensiones del SF-36 (Short Form 36 Health Survey), estas son: Función Física, Función Social, Rol Físico, Rol Emocional, Salud Mental, Vitalidad, Dolor Corporal, Salud General. Las opciones de respuesta forman escalas tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia, el número de respuesta puede ser entre tres y seis, dependiendo del ítem. El cálculo de las puntuaciones en la versión 1 solo se puede obtener dos puntuaciones sumario (medida sumario física y mental) y la versión 2, permite además del sumario, las ocho dimensiones del SF-36, el valor que recibe cada pregunta va en una escala de 0 a 100. Los valores superiores a 50 indican un mejor estado de salud y los que están por debajo de 50 indican peor estado de salud en la población de referencia. Para la evaluación de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala desde 0 (el peor estado de salud) hasta 100 (mejor estado de salud). (Ramirez Robinson; Agredo y Jerez, 2010b:pp. 2-3).

CAPÍTULO II

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Diseño de la investigación

3.1.1. Tipo de estudio

- El presente estudio es de tipo transversal, observacional.

3.2. Muestra de estudio

La población de estudio corresponde a 241 adultos ecuatorianos de edades comprendidas entre 18 y 65 años que habitan en zonas urbanas y rurales durante el confinamiento por COVID-19.

3.3. Localización y duración del estudio

El presente estudio se llevó a cabo en el territorio ecuatoriano en un período aproximado de 6 meses, mediante una encuesta virtual compartida por correo electrónico y redes sociales (Facebook, WhatsApp, Instagram, Páginas Web) durante 2 meses.

3.4. Participantes

3.4.1. Criterios de inclusión

- Adultos ecuatorianos mujeres y hombres que viven en zonas urbanas y rurales durante el confinamiento por COVID-19.
- Adultos mayores de edad entre 18 y 65 años.
- Adultos que accedan a contestar la encuesta virtual.

3.4.2. Criterios de exclusión

- Adultos menores de 18 años y mayores de 65 años.
- Adultos cuyas respuestas sean incompletas.
- Adultos residentes fuera del territorio ecuatoriano.

3.5. Universo

El universo lo constituyeron 295 Adultos ecuatorianos que viven en zonas urbanas y rurales durante el confinamiento por COVID-19, residentes en el territorio ecuatoriano.

3.6. Muestra

Para esta investigación el muestreo fue no probabilístico aleatorio simple, distribuidos por conveniencia ya que al analizar los sujetos que respondieron la encuesta, se observó que no cumplían con los criterios de inclusión, por lo que la selección de los participantes se realizó tomando en cuenta dichos parámetros.

La muestra del presente estudio estuvo conformada por 241 adultos ecuatorianos que viven en zonas urbanas y rurales que contesten la encuesta virtual durante dos meses.

3.7. Variables

Tabla 1-3: Operacionalización de Variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	ESCALA DE MEDIDA
EDAD CRONOLÓGICA	Cuantitativa Discreta	Tiempo que vive una persona.	Cronológica	18 – 65 años	Ordinal	Años
SEXO	Cualitativa Dicotómica	Condiciones biológicas con ciertas peculiaridades que caracterizan al individuo.	Demográfica	Mujer Hombre	Nominal	-----
PROVINCIA	Cualitativa Politómica	División administrativa territorial en que se organizan algunos estados.	Demográfica	Esmeraldas Manabí Los Ríos Santa Elena Guayas Santo Domingo de los Tsáchilas El Oro Carchi Imbabura Pichincha Cotopaxi Tungurahua Chimborazo Bolívar Azuay Cañar Loja Sucumbíos Napó Orellana	Nominal	-----

				Pastaza Morona Santiago Zamora Chinchipe Galápagos		
ZONA GEOGRÁFICA	Cualitativa Dicotómica	Conjunto de zonas territoriales que se delimita a partir de determinadas características de la naturaleza.	Demográfica	Urbana Rural	Nominal	-----
ETNIA	Cualitativa Politómica	Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.	Demográfica	Mestizo Indígena Afro ecuatoriano Otro	Nominal	-----
OCUPACIÓN/ PROFESIÓN	Cualitativa Politómica	Actividad habitual de una persona, generalmente para la que se ha preparado, que, al ejercerla, tiene derecho a recibir una remuneración o salario.	Demográfica	Ama de casa Estudiante Empleado público Empleado privado Trabajo independiente	Nominal	-----
TIPO DE ACTIVIDAD FISICA	Cualitativa Politómica	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos que exija gasto de energía.	Demográfica	Caminar 30 min o más Correr Rutina de ejercicios en casa Bailoterapia Montar bicicleta Nadar Ninguno Otro	Nominal	_____
PANDEMIA POR COVID-19	Cualitativa	Propagación del virus SARS-CoV 2 causante de la infección por COVID-19.	Demográfica	1-2 veces/semana 3-4 veces/semana 5-6 veces/semana Todos los días	Nominal	-----

ALIMENTOS SALUDABLES	Cualitativa Politómica	Productos beneficios para la salud que contienen nutrientes esenciales para cubrir necesidades del organismo.	Demográfica	>2 veces/día 1 al día 4-6/semana 2-3/semana 1/sem	Nominal	-----
ALIMENTOS NO SALUDABLES	Cualitativa Politómica	Son productos perjudiciales para la salud si se consume en exceso.	Demográfica	>2 veces/día 1 al día 4-6/semana 2-3/semana 1/sem	Nominal	-----
TIEMPO DE COMIDAS	Cualitativa Politómica	Son los diferentes platos que se sirven en un orden específico a un comensal.	Psicográfica	>2 veces/día 1 al día 4-6/semana 2-3/semana 1/sem	Ordinal	-----
CONSIDERACIÓN PERSONAL DE SALUD	Cualitativa Politómica	La salud es el estado de bienestar físico, mental y social de un ser humano.	Psicográfica	Excelente Muy buena Buena Regular Mala	Ordinal	-----
ESFUERZOS MODERADOS	Cualitativa Politómica	Actividad física que requiere de un esfuerzo de intensidad media como mover una mesa, subir escaleras etc.	Psicográfica	Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No me limita nada	Nominal	-----
PROBLEMAS EN EL DESEMPEÑO FISICO	Cualitativa Dicotómica	Capacidad de desarrollar movimientos o actividades.	Psicográfica	Si No	Nominal	-----
RENDIMIENTO LABORAL RELACIONADO CON EMOCIONES	Cualitativa Dicotómica	Capacidad para realizar un trabajo o actividad con interferencia de sentimientos o emociones.	Psicográfica	Si No	Nominal	-----

DOLOR EMOCIONAL EN LA RUTINA DIARIA	Cualitativa Politómica	Estado de ánimo que interfiere en las actividades cotidianas.	Psicográfica	Nada Un poco Regular Bastante Mucho	Nominal	-----
DESEMPEÑO EMOCIONAL	Cualitativa Dicotómica	Capacidad de manejar las emociones o modificar los sentimientos.	Psicográfica	Si No	Nominal	-----
ESTADO DE ANIMO	Cualitativa Politómica	Actitud o disposición en la vida emocional (alegre, triste, mucha energía).	Psicográfica	Siempre Casi Siempre Muchas Veces Algunas Veces Solo Alguna Vez Nunca	Nominal	-----
INTERFERENCIA DE LA SALUD FISICA O EMOCIONAL EN ACTIVIDADES SOCIALES	Cualitativa Politómica	Estado físico o emocional que dificulta el cumplimiento de actividades.	Psicográfica	Siempre Casi Algunas siempre Solo veces Nunca alguna vez	Nominal	-----

Fuente: Base de Datos Calidad de Dieta y Calidad de Salud, 2020.

Realizado por: Hidalgo. Paulina, 2023.

3.8. Variable independiente

- Zona Geográfica: Urbana y Rural

3.9. Variable dependiente

- Calidad de la dieta y Calidad de Salud

3.10. Descripción de procedimientos

3.10.1. Procedimiento de recolección de información

Para la recolección de datos se realizó una encuesta virtual, la que incluía una breve descripción de lo que trataba el estudio, el consentimiento informado, se aplicó 3 encuestas, la primera sobre datos sociodemográficos que abarcaba ítems de edad, sexo, provincia, zona geográfica, etnia, ocupación/profesión, actividad física y preguntas sobre el motivo del porque salían durante la cuarentena del COVID-19. , la segunda, para medir la calidad de la dieta, dividida en 3 categorías: 1) Alimentos Saludables: verduras, frutas, leche o lácteos, legumbres, pescados; 2) Alimentos No Saludables: pasteles/galletas/dulces, bebidas con azúcar, azúcar, frituras; y 3) Comidas: Desayuno, Almuerzo, Cena; denominada Healthy Eating Index, la cual se ilustra en el Anexo A. La tercera para medir la calidad de la salud se usará el SF-12 (Short Form 36 Health Survey), que consta de 12 ítems, la cual se ilustra en el Anexo B.

En este contexto, a la persona entrevistada se le formula primero una pregunta sobre su salud, es decir: en general, ¿Usted considera que su salud es? (Excelente, Muy Buena, Buena, Regular, Mala). Una vez respondida esa pregunta, se continua con el cuestionario interrogando sobre actividades que se hace en un día normal, es decir, ¿Su salud actual, le limita para hacer ese tipo de actividades? Si es así, ¿Cuánto? El entrevistado tendrá dos categorías, la primera sobre esfuerzos moderados como levantar una mesa, pasar la aspiradora o caminar por 1 hora y la segunda sobre subir varios pisos por la escalera (Si, me limita mucho; Si, me limita poco; No, no me limita nada). La siguiente interrogante trata sobre salud física, es decir ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o actividades cotidianas, a causa de su salud física? El entrevistado tendrá dos categorías, la primera ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? Y la segunda ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? (Si o no). La siguiente interrogante trata sobre función social, es decir ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o actividades cotidianas, a causa de un problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)? Que tuvo lugar en las últimas cuatro semanas. El

entrevistado tendrá tres categorías: la primera ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?, la segunda ¿No hizo su trabajo o actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional? Y la tercera ¿Hasta qué punto de dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el fuera de casa y las tareas domésticas)? (Nada, Poco, Regular, Bastante, Mucho). La siguiente interrogante trata sobre salud mental, es decir ¿Cómo se ha sentido y cómo le ha ido? Que tuvo lugar en las últimas cuatro semanas. El entrevistado tendrá tres categorías: la primera ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?, la segunda ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía? Y la tercera ¿Cuánto tiempo se sintió demasiado triste? (Siempre, Casi Siempre, Muchas Veces, Algunas Veces, Solo alguna vez, Nunca) y la última pregunta sobre vitalidad, es decir ¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)? (Siempre, Casi Siempre, Algunas veces, Solo veces, Nunca alguna vez). Según la metodología de aplicación de este instrumento, cada una de las preguntas de este instrumento debe ser respondida con un período recordatorio de cuatro semanas (30 días). Para facilitar el proceso de recolección de datos, las encuestas se difundirán a través de correo electrónico y redes sociales.

3.10.2. Confidencialidad de la información y consentimiento informado

Con la finalidad de proteger la identidad de los participantes, el instrumento utilizado para la recolección de datos no incluyó datos personales del encuestado, se realizó un Consentimiento informado con la finalidad de demostrar que los sujetos aceptaban participar en la presente investigación (Anexo C).

3.10.3. Diseño de base de datos

Una vez culminado el proceso de recolección de datos se procedió con la elaboración de la base de datos con todas las variables correspondientes de datos sociodemográficos, calidad de la dieta y calidad de salud durante el confinamiento del COVID-19, se tomaron en cuenta únicamente los participantes que cumplían con los criterios de inclusión, estos fueron registrados en el programa de Microsoft Office Profesional “Excel” y posteriormente serán transportados al programa estadístico *SPSS*, para su respectivo análisis.

3.11. Temas estadísticos

3.11.1. Plan de análisis

Al contar con toda la base de datos con los respectivos análisis de datos sociodemográficos, calidad de dieta y calidad de salud durante el COVID-19. Se extrapolo la información al Software *SPSS* para su análisis. En primera instancia se procedió a realizar el análisis de normalidad para todas las variables cuantitativas, aquellas que siguen una distribución normal serán representadas con estadística descriptiva: media, desvió estándar, mínimo y máximo. Las variables que no siguen una distribución normal serán representadas por la media y el rango. Por último, las variables nominales serán representadas por número y porcentaje.

Para finalizar se realizó los análisis respectivos para estudiar la relación entre las variables obteniendo de esta manera los resultados que se deseaba examinar.

CAPÍTULO IV

4. MARCO DE RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo

4.1.1. Características demográficas de la población

Tabla 1-4: Características generales y demográficas de la población

Características Generales	n= 241 (100%)
Edad	Mínimo: 18,00 Máximo: 59,00 Media: 24,17 DE: 5,927
Sexo	Mujeres: 160 (66,4 %) Hombres: 81 (33,6 %)
Provincia	Esmeraldas: 1 (0,4 %) Manabí: 2 (0,8%) Guayas: 5 (2,1 %) Santa Elena: 2 (0,8 %) Los Ríos: 2 (0,8 %) Santo Domingo: 2 (0,8 %) Carchi: 1 (0,4 %) Imbabura: 32 (13,3 %) Pichincha: 27 (11,2 %) Cotopaxi: 10 (4,1 %) Tungurahua: 14 (5,8 %) Chimborazo: 110 (45,6 %) Cañar: 2 (0,8 %) Azuay: 1 (0,4 %) Loja: 1 (0,4 %) Bolívar: 13 (5,4 %) Sucumbíos: 1 (0,4 %) Napo: 2 (0,8 %) Orellana: 4 (1,7 %) Pastaza: 3 (1,2 %) Morona Santiago: 5 (2,1 %) Galápagos: 1 (0,4 %)
Zona Geográfica	Urbana: 164 (68 %) Rural: 77 (32 %)
Etnia	Mestizo: 214 (88,8 %) Indígena: 25 (10,4 %) Afro ecuatoriano: 1 (0,4 %) Otro: 1 (0,4 %)
Ocupación/ Profesión	Estudiante: 183 (75,9) Empleado/a Público: 18 (7,5 %) Trabajo independiente: 22 (9,1 %) Empleado/a Privado: 9 (3,7 %)

	Ama de Casa: 9 (3,7 %)
Tipo de Actividad Física	Caminar >= 30 min: 55 (22,8 %)
	Correr: 13 (5,4 %)
	Ejercicios en casa: 70 (29 %)
	Bailoterapia: 9 (3,7 %)
	Montar bicicleta: 12 (5 %)
	Nadar: 5 (2,1 %)
	Otro: 19 (7,9 %)
	Ninguno: 58 (24,1 %)
Número de salidas en la semana en pandemia por COVID-19	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 %)
n: muestra %: porcentaje.	
Fuente: Base de datos Calidad de la Dieta y Calidad de Salud 2020.	
Realizado por: Hidalgo, Paulina. 2023.	

Análisis:

En cuanto a características generales de la población de estudio, se observaron edades comprendidas entre 18 y 59 años, con una media de 24,17 años y una desviación estándar de 5,927 años. Con respecto al sexo, se evidenció en mayor proporción las mujeres en un 66,4 %. En cuanto a las provincias en donde los participantes habitan, se evidenció en mayor proporción la provincia de Chimborazo en un 45,6%, y en menor proporción están Esmeraldas, Carchi, Azuay, Loja, Sucumbíos y Galápagos en un 0,4 %. En relación a la zona geográfica de residencia de los participantes se evidenció en mayor proporción la zona urbana en un 68%. En cuanto a la etnia de los participantes, se evidenció en mayor proporción mestizos en un 88,8%, y en menor proporción afroecuatorianos y otros en un 0,4 %. Referente a la ocupación, se evidenció en mayor proporción estudiantes en un 75,9 %, y en menor proporción a Empleado/a Privado y ama de casa en un 3,7 %. Con respecto a la actividad física se evidenció en mayor proporción los ejercicios en casa en un 29 %, y en menor proporción nadar en un 2,1 %. Finalmente, el número de salidas en la semana en pandemia por COVID-19, se evidenció mayor proporción 1-2 veces/semana en un 55,2 % y en menor proporción 5-6 veces/semana en un 10,8 %.

4.1.2. Cuestionario de frecuencia de consumo *healthy eating index* (HEI)

Tabla 2-4: Grupos de alimentos/comidas según frecuencia de consumo del HEI.

	> 2 /día (%)	1/ día (%)	4-6 /sem (%)	2-3 /sem (%)	1/sem (%)	Ocasional/ Nunca (%)
ALIMENTOS SALUDABLES						
Verduras	26,56	30,3	26,15	11,61	3,31	2,07
Frutas	20,33	34,44	24,07	13,28	5,39	2,49
Leche o Derivados	13,7	37,76	21,16	13,28	7,05	7,05
Legumbres	14,93	32,37	27,4	16,18	6,22	2,90
Pescado	10,79	24,06	10,79	6,22	27,4	20,74

ALIMENTOS NO SALUDABLES						
Pasteles, galletas, dulces	13,7	26,56	8,71	9,54	19,91	21,57
Bebidas con azúcar	15,77	28,22	14,52	9,54	12,03	19,92
Azúcar	20,33	29,05	24,48	10,37	7,47	8,30
Frituras	12,03	26,97	17,43	14,11	19,50	9,96
COMIDAS						
Desayuno	12,03	63,49	20,33	0,83	1,66	1,66
Almuerzo	10,37	65,57	21,16	0,83	1,66	0,41
Cena	10,37	65,15	20,33	0,83	1,25	2,07
 %: porcentaje						

Fuente: Base de Datos Calidad de Dieta y Calidad de Salud 2020.

Realizado por: Hidalgo, Paulina. 2023.

Análisis:

En la encuesta de frecuencia de consumo Healthy Index, se observa un análisis descriptivo que incluye el número de participantes y el porcentaje en cada condición entre las categorías de alimentos divididas en 3 opciones: alimentos saludables, alimentos no saludables y comidas y la frecuencia con la que estas categorías son consumidas. Respecto a las verduras, se pudo evidenciar en mayor proporción el consumo de 1 vez al día en un 30,3 % y en menor proporción el consumo ocasional o nunca en un 2,07 %. Del mismo modo, en cuanto a las frutas se pudo evidenciar en mayor proporción el consumo de 1 vez al día en un 34,44 % y en menor proporción el consumo ocasional o nunca en un 2,49 %. De igual manera en leche y derivados, se pudo evidenciar en mayor proporción el consumo de 1 vez al día en un 37,76 % y en menor proporción el consumo de 1 vez a la semana y ocasional o nunca en un 7,05 %. A su vez, en legumbres se pudo evidenciar en mayor proporción el consumo de 1 vez al día en un 32,37 % y en menor proporción el consumo ocasional o nunca en un 2,90 %. En cuanto a pescados, se pudo evidenciar en mayor proporción el consumo de 1 vez a la semana en un 27,4 % y en menor proporción el consumo de 2 veces a la semana en un 6,22 %. Con respecto a pasteles, galletas, dulces, se pudo evidenciar en mayor proporción el consumo de 1 vez al día en un 26,56 % y en menor proporción el consumo de 4-6 veces a la semana en un 8,71 %. Referente a las bebidas con azúcar, se pudo evidenciar en mayor proporción el consumo de 1 vez al día en un 28,22 % y en menor proporción el consumo de 2-3 veces a la semana en un 9,54 %. Del mismo modo, en el azúcar se pudo evidenciar en mayor proporción el consumo de 1 vez al día en un 29,05 % y en menor proporción el consumo de 1 vez a la semana en un 7,47 %. De igual manera, en frituras se pudo evidenciar en mayor proporción el consumo de 1 vez al día en un 26,97 % y en menor proporción el consumo ocasional o nunca en un 9,96 %. En cuanto al desayuno, se pudo evidenciar en mayor proporción el consumo de 1 vez al día en un 63,49 % y en menor proporción el consumo de 2-3 veces a la semana en un 0,83 %. Con respecto al almuerzo, se pudo evidenciar en mayor proporción el consumo de 1 vez al día en un 65,57 % y en menor proporción el consumo de 2-3 veces a la semana en un 0,83 %. Finalmente, en la merienda se pudo evidenciar en mayor proporción el

consumo de 1 vez al día en un 65,15 % y en menor proporción el consumo de 2-3 veces a la semana en un 0,83 %.

Tabla 3-4: Calidad de la Dieta según diagnóstico del HEI.

DIAGNÓSTICO	N	%
Saludable	32	13,3
Necesita cambios	180	74,7
Poco Saludable	29	12,0
Total	241	100,0

n: muestra %: porcentaje.

Fuente: Base de Datos Calidad de Dieta y Calidad de Salud 2020.

Realizado por: Hidalgo, Paulina. 2023.

Análisis:

En la calidad de la dieta en la muestra de estudio, se observó un análisis descriptivo que incluye el número de participantes y el porcentaje en cada condición, entre las categorías de los diagnósticos divididas en 3 opciones: Saludable, Necesita cambios y Poco Saludable. Se pudo evidenciar en mayor proporción participantes que tienen una calidad de la dieta que necesita cambios en un 74,7 % y en menor proporción participantes con una calidad de la dieta poco saludable en un 12 %.

4.1.3. Cuestionario de Salud Healthy Survey Short Form 12 (SF-12).

Tabla 4-4: Percepción que tiene la población con respecto a su salud en general

Salud en General	N	%
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 Calidad de Dieta y Calidad de Salud 2020.

Realizado por: Hidalgo, Paulina. 2023.

Análisis:

En la percepción que tuvo la población con respecto a su salud en general, se observa un análisis descriptivo que incluye el número de participantes y el porcentaje en cada condición entre las categorías divididas en 5 opciones: mala, regular, buena, muy buena y excelente. Se pudo evidenciar en mayor proporción la percepción de buena salud en un 50,6% y en menor proporción la percepción de mala salud en un 3,3 %.

Tabla 5-4: Funcionamiento físico de la población de estudio

Funcionamiento Físico	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada	Total
	%	%	%	%
Esfuerzos moderados*	5,4	17,4	77,2	100
Subir varios pisos por escalera	7,5	17,4	75,1	100

%: porcentaje.

*: Mover una mesa, pasar aspiradora, jugar bolos, caminar >1 hora.

Fuente: Base de Datos Calidad de Dieta y Calidad de Salud 2020.

Realizado por: Hidalgo, Paulina. 2023.

Análisis:

En cuanto al funcionamiento físico que tuvo la población se observa un análisis descriptivo que incluye el número de participantes y el porcentaje en cada condición entre las categorías divididas en 3 opciones: sí, me limita mucho; sí, me limita poco; no, no me limita nada. Se pudo evidenciar en mayor proporción que a la población no le limitaba nada realizar esfuerzos moderados en un 77,2% y en menor proporción si les limitaba mucho en un 5,4%. Del mismo modo, que en mayor proporción no le limitaba nada subir varios pisos por escalera en un 75,1% y en menor proporción si les limitó mucho en un 7,5 %.

Tabla 6-4: Rol Físico de la población de estudio

Rol Físico	Sí	No	Total
	%	%	%
Hacer menos de lo que hubiera querido hacer	30,7	69,3	100
Dejar de hacer algunas tareas en el trabajo/cotidianidad	29,9	70,1	100

%: porcentaje.

Fuente: Base de Datos Calidad de Dieta y Calidad de Salud 2020.

Realizado por: Hidalgo, Paulina. 2023.

Análisis:

En el desempeño físico que tuvo la población se observó un análisis descriptivo que incluye el número de participantes y el porcentaje en cada condición entre las categorías divididas en 2 opciones: sí y no. Se pudo evidenciar en mayor proporción que la población no dejó de hacer menos de lo que hubiera querido hacer en un 69,3%. Del mismo modo, en mayor proporción que la población no dejó de hacer algunas tareas en el trabajo o sus actividades cotidianas en un 70,1%.

Tabla 7-4: Rol Emocional de la población de estudio

Rol Emocional	Sí	No	Total
	%	%	%
Hacer menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional.	44,8	55,2	100
Dejar de hacer su trabajo o actividades cotidianas tan cuidadosamente, por algún problema emocional.	38,6	61,4	100

%: porcentaje.

Fuente: Base de Datos Calidad de Dieta y Calidad de Salud 2020.

Realizado por: Hidalgo, Paulina. 2023.

Análisis:

Para el rol emocional de la población se observó un análisis descriptivo que incluye el número de participantes y el porcentaje en cada condición entre las categorías divididas en 2 opciones: sí y no. Se pudo evidenciar en mayor proporción que la población no dejó de hacer menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional en un 55,2%. Del mismo modo, se evidenció en mayor proporción que la población no dejó de hacer su trabajo o actividades cotidianas tan cuidadosamente, por algún problema emocional en un 61,4%.

Tabla 8-4: Dolor Corporal de la población de estudio

Dolor Corporal*	N	%
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.

***:** El punto hasta que el dolor le ha dificultado su trabajo habitual.

Fuente: Base de Datos Calidad de Dieta y Calidad de Salud 2020.

Realizado por: Hidalgo, Paulina. 2023.

Análisis:

En cuanto al dolor corporal que tuvo la población se observó un análisis descriptivo que incluye el número de participantes y el porcentaje en cada condición entre las categorías divididas en 5 opciones: mucho, bastante, regular, un poco y nada. Se pudo evidenciar en mayor proporción que el dolor corporal no dificultó en nada su trabajo habitual en un 48,1% y en menor proporción dificultó en mucho en un 0,4%.

Tabla 9-4: Salud Mental y Vitalidad de la población de estudio

Salud Mental y Vitalidad	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Nunca
	%	%	%	%	%
Últimas 4 semanas ¿Se sintió calmado/tranquilo?	29,5	41,5	12,4	15,8	0,8
Últimas 4 semanas ¿Tuvo mucha energía?	22,8	43,6	16,6	16,2	0,8
Últimas 4 semanas ¿Se sintió desanimado y triste?	7,1	17,4	17	47,7	10,8

%; porcentaje.

Fuente: Base de Datos Calidad de Dieta y Calidad de Salud 2020.

Realizado por: Hidalgo, Paulina. 2023.

Análisis:

En la Salud Mental y Vitalidad de la población se observó un análisis descriptivo que incluye el número de participantes y el porcentaje en cada condición entre las categorías divididas en 5 opciones: Siempre, Casi Siempre, Muchas veces, Algunas veces y Nunca. Con respecto a la salud mental por un lado se evidenció en mayor proporción que la población casi siempre se sintió calmada o tranquila en un 41,5% y en menor proporción que la población nunca se sintió calmada o tranquila en un 0,8% en las últimas 4 semanas. En cuanto a la vitalidad se evidencia en mayor proporción que la población casi siempre tuvo mucha energía y en menor proporción que la población nunca tuvo mucha energía en un 0,8% en las últimas 4 semanas. Por otro lado, en la salud mental se evidenció en mayor proporción que la población algunas veces se sintió desanimada o triste y en menor proporción que la población siempre se sintió desanimada y triste en un 7,1% en las últimas 4 semanas.

Tabla 10-4: Función Social en la población de estudio

Función Social*	N	%
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.

***:** Frecuencia en donde la salud física/problemas emocionales le dificultaron realizar actividades sociales.

Fuente: Base de Datos Calidad de Dieta y Calidad de Salud 2020.

Realizado por: Hidalgo, Paulina. 2023.

Análisis:

En la función social que obtuvo la población se observó un análisis descriptivo que incluye el número de participantes y el porcentaje en cada condición entre las categorías divididas en 5 opciones: siempre, casi siempre, algunas veces, solo alguna vez y nunca. Se observó en mayor proporción que la población en algunas veces la salud física o problemas emocionales le dificultaron al realizar actividades sociales en un 31,1% y en menor proporción que a la población siempre la salud física o problemas emocionales le dificultaron al realizar actividades sociales en un 4,6%.

Tabla 11-4: Datos descriptivos de los Sumarios del SF-12

	Media	SD
Sumario Salud Física		
Salud General	54,05	21,572
Función Física	84,85	29,161
Rol Físico	69,705	46,044
Dolor Corporal	80,29	22,947
Sumario Salud Mental		
Rol Emocional	58,3	49,308
Salud Mental	64,68	27,145
Vitalidad	67,63	25,622
Función Social	66,70	27,644

SD: Desvío Estándar

Fuente: Base de Datos Calidad de Dieta y Calidad de Salud 2020.

Realizado por: Hidalgo, Paulina. 2023.

Análisis:

Para los sumarios del SF-12, se observó un análisis descriptivo que incluye la media y la SD en puntuaciones comprendidas entre 0 a 100, en donde los valores superiores o inferiores a 50, deben interpretarse como mejores o peores respectivamente en cada dimensión de los sumarios. En este sentido, se evidenció que tanto para la salud física como mental arrojaron indicadores adecuados.

Tabla 12-4: Calidad de Salud según SF-12.

Sumarios SF-12	Mejor estado de salud	Peor estado de salud	Total
	%	%	%
Salud Física	84,6	15,4	100
Salud Mental	71,8	28,2	100

%: porcentaje.

Fuente: Base de Datos Calidad de Dieta y Calidad de Salud 2020.

Realizado por: Hidalgo, Paulina. 2023.

Análisis:

Para analizar la calidad de salud según SF-12, se observó un análisis descriptivo que incluye el número de participantes y el porcentaje en cada condición entre las categorías divididas en 2 opciones: mejor estado de salud y peor estado de salud. Se observó en mayor proporción que la población tiene un buen estado de salud física en un 84,6% y del mismo modo, un buen estado de salud mental en un 71,8%.

4.2. Estadística inferencial

4.2.1. Relación entre calidad de dieta y calidad de salud por zona geográfica

Tabla 13-4: Calidad de la Dieta según zona Geográfica

Zona Geográfica	%	Diagnóstico del Healthy Eating Index			Frecuencia de consumo	Total	P
		Saludable	Necesita Cambios	Poco Saludable			
Urbana	%	10,4	50,6	7,1	68,0		
Rural	%	2,9	24,1	5	32,0	0,261	
Total	%	13,3	74,7	12	100		

#: porcentaje.

Fuente: Base de Datos Calidad de Dieta y Calidad de Salud 2020.

Realizado por: Hidalgo, Paulina. 2023.

Análisis:

En la calidad de dieta según zona geográfica, se observó un análisis inferencial que incluye el número de participantes, el porcentaje en cada condición y el valor de p, en donde la muestra se divide en zona urbana y rural entre las categorías de los diagnósticos divididas en 3 opciones: saludable, necesita cambios y poco saludable. Se pudo evidenciar que en mayor proporción la zona urbana con una calidad de dieta que necesitaba cambios en un 50,6 % y en menor proporción una calidad de dieta poco saludable en un 7,1 %. Del mismo modo, se evidenció en mayor proporción que la zona rural tuvo una calidad de dieta que necesitaba cambios en un 24,1% y en menor proporción una calidad de dieta saludable en un 2,9%. En este sentido, el valor de p con respecto a la calidad de dieta según zona geográfica es de 0,261 lo que indica que no es estadísticamente significativa, debido a que es $>0,05$ por lo tanto, se puede concluir que no existe relación entre las variables.

Tabla 14-4: Calidad de Salud según zona Geográfica

Zona Geográfica		Salud Física		Total	P	Salud Mental		Total	P
		Mejor estado de salud	Peor estado de salud			Mejor estado de salud	Peor estado de salud		
Urbana	%	56,4	11,6	68,0		11,6	68,0	79,6	
Rural	%	28,2	3,7	32	0,280	3,7	16,6	20,4	0,403
Total	%	84,6	15,4	100		15,4	84,6	100	

%; porcentaje.

Fuente: Base de Datos Calidad de Dieta y Calidad de Salud 2020.

Realizado por: Hidalgo, Paulina. 2023.

Análisis:

En la calidad de salud según zona geográfica, se observó un análisis inferencial que incluye el número de participantes, el porcentaje en cada condición y el valor de p, en donde la muestra se divide en zona urbana y rural entre las categorías de Salud Física y Salud Mental los diagnósticos divididas en 2 opciones: Mejor estado y Peor estado de Salud. Por un lado, se pudo evidenciar que en mayor proporción la zona urbana tuvo mejor estado de salud física en un 56,4%. Del mismo modo, la zona rural tuvo mejor estado de salud física en un 28,2%. En este sentido, el valor de p con respecto a la calidad de salud física según zona geográfica es de 0,280 lo que indica que no es estadísticamente significativa, debido a que es $>0,05$ por lo tanto, se puede concluir que no existe relación entre las variables.

Por otro lado, se pudo evidenciar que en mayor proporción la zona urbana tuvo peor estado de salud mental en un 68%. Del mismo modo, la zona rural tuvo peor estado de salud mental en un 16,6%. En este sentido, el valor de p con respecto a la calidad de salud mental según zona geográfica es de 0,403 lo que indica que no es estadísticamente significativa, debido a que es $>0,05$ por lo tanto, se puede concluir que no existe relación entre las variables.

4.2.2. Relación entre calidad de dieta y calidad de salud por grupos de edad

Tabla 15-4: Calidad de la Dieta por grupos de edad

EDAD GRUPO		CALIDAD_DIETA			Total	p
		Saludable	Necesita Cambios	Poco Saludable		
18-35 años	%	12,4	67,6	11,6	91,7	
36-59 años	%	0,8	7,1	0,4	8,3	0,501
Total	%	13,3	74,7	12,0	100	

%;Porcentaje.

Fuente: Base de Datos Calidad de Dieta y Calidad de Salud 2020.

Realizado por: Hidalgo, Paulina. 2023.

Análisis:

Para la calidad de dieta por grupos de edad divididos en adulto joven (18-35 años) y adulto maduro (36-59 años), que incluye el número de participantes, el porcentaje en cada condición y el valor de p, en donde la muestra se dividió en dos grupos de edad entre las categorías de los diagnósticos divididas en 3 opciones: saludable, necesita cambios y poco saludable. Se evidenció que en mayor proporción el grupo de adultos jóvenes tenían una calidad de dieta que necesitaba cambios en un 67,6%. Del mismo modo, se evidenció que en mayor proporción el grupo de adultos maduros tenían una calidad que necesitaba cambios en un 7,1%. En este sentido, el valor de p con respecto a la calidad de dieta según edad es de 0,501 lo que indica que no es estadísticamente significativa, debido a que es $>0,05$ por lo tanto, se puede concluir que no existe relación entre las variables.

Tabla 16-4: Calidad de Salud por grupos de edad

EDADGRUPO	Salud Física			p	Salud Mental		Total	p	
	Mejor estado de salud	Peor estado de salud	Total		Mejor estado de salud	Peor estado de salud			
18-35 años	%	77,2	14,5	91,7		64,3	27,4	91,7	
36-59 años	%	7,5	0,8	8,3	0,488	7,5	0,8	8,3	0,059
Total	%	84,6	15,4	100		71,8	28,2	100	

%: porcentaje.

Fuente: Base de Datos Calidad de Dieta y Calidad de Salud 2020.

Realizado por: Hidalgo, Paulina. 2023.

Análisis:

Para la calidad de salud por grupos de edad divididos en adulto joven (18-35 años) y adulto maduro (36-59 años), que incluye el número de participantes, el porcentaje en cada condición y el valor de p, en donde la muestra se divide en dos grupos de edad entre las categorías de Salud Física y Salud Mental los diagnósticos divididas en 2 opciones: Mejor estado y Peor estado de Salud. Por un lado, se pudo evidenciar que en mayor proporción el grupo de adultos jóvenes tuvieron mejor estado de salud física en un 77,2%. Del mismo modo, se evidenció que en mayor proporción el grupo de adultos maduros tenían un mejor estado de salud física en un 7,5%. En este sentido, el valor de p con respecto a la calidad de salud física según edad es de 0,488 lo que indica que no es estadísticamente significativa, debido a que es $>0,05$ por lo tanto, se puede concluir que no existió relación entre las variables.

Por otro lado, se pudo evidenciar que en mayor proporción el grupo de adultos jóvenes tenían mejor estado de salud mental en un 64,3%. Del mismo modo, se pudo evidenciar que en mayor

proporción el grupo de adultos maduros tenían mejor estado de salud mental en un 7,5%. En este sentido, el valor de p con respecto a la calidad de dieta según edad es de 0,059 lo que indica que no es estadísticamente significativa, debido a que es $>0,05$ por lo tanto, se puede concluir que no existió relación entre las variables.

4.3. Discusión de resultados

La situación del confinamiento por COVID-19, puso a prueba a cada uno de los países del mundo, día a día la gente perdió su trabajo, ingresos y con ello la factibilidad de adquirir alimentos y los elementos necesarios para cubrir sus necesidades nutricionales y fisiológicas (PNUD, 2020, p.1). La alimentación es un factor clave del comportamiento nutricional de los seres vivos la cual debe brindar los nutrientes necesarios para proporcionar la suficiente energía en el desarrollo de una vida saludable que constituye una manera de vivir (FAO, 2020, p.1). Si ésta no cumple con los requerimientos necesarios, se convertiría en uno de los principales factores de riesgo de enfermedades que determinarán la mejor o peor calidad de dieta y calidad de salud de un individuo (Robinson et al., 2021, p.1).

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación de calidad de dieta y calidad de salud según zona geográfica en una muestra de adultos ecuatorianos de 18 a 59 años en el contexto del confinamiento por COVID-19. Para evaluar la calidad de la dieta se utilizó el Healthy Eating Index (HEI), Los resultados del estudio mostraron que, la calidad de la dieta no tuvo relación con la zona geográfica, por un lado, la zona urbana necesita cambios en su dieta un poco más de la mitad de la población (50,6%) y a pesar de que la zona rural también necesita cambios, pero menos de la cuarta parte de la población (24,1%), estas diferencias podrían significar que la zona rural tiene una mejor calidad de dieta que la zona urbana. Sin embargo, no fueron estadísticamente significativas. Para realizar un análisis más detallado con respecto a la calidad de la dieta, se recopiló información sobre qué grupo de alimentos tiene mayor frecuencia de consumo en cada una de las opciones, en donde las verduras, frutas, leche y derivados, legumbres, pasteles galletas dulces, bebidas con azúcar, azúcar, frituras, comidas como el desayuno, almuerzo y cena obtuvieron mayor puntaje en el consumo de 1 vez/día, y tan solo el pescado obtuvo mayor puntaje en el consumo de 1 vez/semana. Datos similares se muestran en un estudio, que con el objetivo de evaluar la calidad de la dieta por región natural (Costa, Sierra y Selva) del Perú en adolescentes y adultos con una muestra de 1113 sujetos, mediante el HEI, se obtuvo que el consumo de lácteos obtuvo mayor puntaje en la Sierra y menor en la Selva, las carnes tuvieron mayor puntaje en la Costa y en la Selva y menor en la Sierra. El puntaje de HEI demostró que la Sierra tiene mayor puntaje y la Selva el menor puntaje con respecto a las demás regiones. Por lo que se concluyó que el lugar de residencia afecta el índice de calidad de dieta siendo la Sierra el que presenta un mayor

índice de alimentación saludable y la Selva el menor en comparación a las demás regiones (López et al. 2021). Además, en un Análisis en población adulta de la ciudad de Rosario, Argentina evaluaron la calidad de dieta según el HEI, en donde la dieta de la población estudiada de 1200 adultos de 18 a 70 años presentó una calidad de dieta poco saludable en más del 50% de la población debido a que el consumo habitual son en su mayoría alimentos no saludables, los cuales necesitan tomar medidas de corrección en cuanto a su dieta (Zapata et al., 2020, pp.3-7).

En vista de que la crisis sanitaria no ha dejado ningún ámbito de vida sin afectar, investigadores del Centro de Investigación en Nutrición y Salud del Instituto Nacional de Salud Pública (CINyS-INSP) en colaboración con el Programa Mundial de Alimentos (PMA) identificaron que ciertos factores de riesgo relacionados a la pandemia del COVID-19 se asocian a la calidad de dieta de la población, siendo la disminución de recursos económicos el factor que afectó más del 50% en la compra de alimentos al igual que la disponibilidad de los mismos en los lugares de mayor frecuencia como mercados, junto con el sobreconsumo de alimentos por ansiedad, depresión o aburrimiento. Lo que les llevó a concluir que la contingencia actual no es importante entenderla en el momento actual, ya que puede modificar los estilos de vida de forma permanente. Por lo que recomiendan: “Entender la relevancia de la asociación entre las nuevas modalidades y la calidad de dieta, así poder prever estrategias que desde la salud pública deben considerarse para favorecer el consumo de una dieta saludable a corto y largo plazo” (Webmaster INS, 2020, p.1).

En Este sentido, se observó que debido a la reciente enfermedad por COVID-19, los países en su mayoría no solo han tenido dificultades económicas sino también en términos de salud, lo que ha desencadenado agravar aún más las condiciones de vida, es por ello que determinar el estado de alimentación emocional de las personas durante el confinamiento por COVID-19 y el efecto que tiene sobre la conducta alimentaria es un planteamiento importante, en un estudio transversal con un total de 578 adultos, las puntuaciones de alimentación emocional pasaron de comedores emocionales de bajo nivel a comedores emocionales, y del mismo modo los individuos cambiaron de una actitud de alimentación saludable de nivel medio a nivel bajo, siendo estos cambios efectivos para modificar su calidad de dieta, por lo que es indispensable informar a las personas sobre el manejo de estrés, la conducta alimentaria, nutrición saludable para promover buena calidad de dieta en la actual pandemia (Özcan y Yeşilkaya, 2020, p.1).

Por otra parte, para evaluar la calidad de salud se utilizó el SF-12, los resultados muestran que la calidad de salud tanto física como mental no tuvieron relación con la zona geográfica, en cuanto a la Salud Física, la zona urbana tuvo un mejor estado de salud un poco más de la mitad de la población (56,4%), y a pesar de que la zona rural también tuvo un mejor estado de salud física representa aproximadamente un cuarto de la población (28,2%), esto podría significar que la zona

urbana tiene mejor estado de salud física que la zona rural. Sin embargo, las diferencias no fueron estadísticamente significativas. En este sentido, para la Salud Mental, la zona urbana tuvo un peor estado de salud más de la mitad de la población (68%), y a pesar de que la zona rural también tuvo un peor estado de salud mental representa menos de un cuarto de la población (16,6%), esto pudo significar que la zona urbana tiene peor estado de salud mental que la zona rural. Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Para analizar de mejor manera la calidad de salud, se recopiló información previa sobre el tipo de actividad física que realiza la población en tiempos de COVID-19, en donde aproximadamente un cuarto de la población realizar rutinas de ejercicio en casa (29%), seguido de esta con un poco menos de un cuarto de la población no realizan ningún ejercicio y caminar 30 minutos o más (24,1% y 22,8%), en menor proporción la población realiza otro tipo de ejercicios (7,9%), correr (5,4%), montar bicicleta (5%), Bailoterapia (3,7%) y nadar (2,1%), datos que podrían intervenir en la actividad diaria de los participantes.

Es evidente que la calidad de salud es el principal ámbito afectado por la pandemia, existen casos en donde las personas antes del COVID-19 presentaban enfermedades de diferente índole, las cuales hoy en día son los que mayor riesgo tienen si llegan a contagiarse, se muestra un estudio transversal con una muestra de 269 personas, en donde el objetivo era determinar la calidad de vida relacionado con la salud de los usuarios con Diabetes Mellitus de un Centro de Salud Familiar (CESFAM) en Chile, utilizando en SF-12. Los resultados refirieron un promedio de 37,8 puntos para la salud física y un promedio de 34,1 puntos para la salud mental, el puntaje obtenido en todas las dimensiones se encuentra por debajo de 50. Por lo que concluye que la población tuvo peor estado de salud en ambas dimensiones, por lo que la Diabetes afecta la calidad de salud y con ello la carga que tiene el individuo (Herrera y Arancibia, 2017, pp 5-10). En este mismo sentido, otro estudio transversal con una muestra de 279 ciudadanos, en donde el objetivo es evaluar la salud y el bienestar de adultos no infectados por COVID-19 después de 2 meses de cuarentena en Marruecos a través del SF-12, en donde se encontró que la calidad de salud de todos los participantes se alteró moderadamente durante la pandemia con 34,49 puntos en salud mental y 36,10 puntos en salud física, en participantes con enfermedades crónicas se obtuvo puntajes más bajos: 29,28 puntos en salud mental y 32,51 puntos en salud física, lo que indica que es necesario prestar atención a la salud de todas las personas y más aun a los que padecen enfermedades crónicas (Errami, 2020, pp. 3-7).

Finalmente, al analizar los resultados de calidad de dieta por grupos de edad: adultos jóvenes (18-35 años) y adultos maduros (36-59 años), se encontró que los adultos jóvenes necesitan cambios en la dieta en más de la mitad de la población (67,6%) a diferencia de los adultos maduros que a pesar de que también necesitan cambios en la dieta en una proporción pequeña (7,1%), lo que

podría significar que los adultos jóvenes tienen una mejor calidad de dieta que los adultos maduros. En un estudio, en donde se analizó los cambios en los hábitos alimentarios durante el confinamiento por COVID-19 en España, con una muestra de 1036 sujetos, los cuales fueron mayores de 18 años, sus resultados indican que efectivamente han tenido cambios en sus hábitos de consumo alimentario. Sin embargo, se han notado diferencias en cuanto al sexo y sobre todo a la edad, ya que los adultos jóvenes refirieron haber aumentado significativamente el consumo de leche y derivados, pan, huevos, arroz, pastas, pero han reducido el consumo de frutas, verduras, pizzas y aperitivos salados a diferencia de los adultos maduros quienes refieren haber reducido el consumo de pollo, cerdo, vacuno, carnes procesadas, pescados, bollería, bebidas azucaradas, en donde se determinó que en un periodo de confinamiento, la tendencia por comer más saludable ha modificado los cambios en sus hábitos alimentarios y menor consumo en alimentos de menos interés nutricional (Pérez et al., 2020. pp.5-10).

En este mismo sentido, al analizar la calidad de salud por grupos de edad, se encontró que el grupo de adulto joven tiene una mejor calidad de salud física en más de la mitad de la población (77,2%) a diferencia de los adultos maduros que a pesar de que también tienen una mejor calidad de salud física, ésta representa una mínima proporción (7,5%), lo que podría significar que el grupo de adulto joven tiene mejor calidad de salud que el grupo de adulto maduro. Del mismo modo, el grupo de adulto joven tiene una mejor calidad de salud mental que representa un poco más de la mitad de la población (64,3%) a diferencia de los adultos maduros que, a pesar de también tener una mejor calidad de salud mental, representa una mínima proporción (7,5%), lo que podría significar que de la misma manera los adultos jóvenes tienen mejor estado de salud mental que los adultos maduros. En un estudio, en donde se analizó el impacto de la pandemia COVID-19 en la calidad de vida y los niveles de depresión, ansiedad y estrés en personas mayores de 18 años, la muestra fue de 2037 sujetos, los cuales al analizar la calidad de salud mediante SF-12 por grupos de edad, el grupo de adultos jóvenes tenían un mejor estado de salud física en casi toda la muestra de estudio con una puntuación más de 70, en cuanto a salud mental a pesar de que también tuvieron un mejor estado de salud, la puntuación fue un poco más de 50. Por otro lado, los adultos maduros, tuvieron un mejor estado de salud física con una puntuación de aproximadamente 70 y en cuanto a la salud mental con una puntuación de aproximadamente 60 (Öztürk y Karasu, 2021, pp.3-5).

Los resultados obtenidos en el presente estudio con población ecuatoriana de todas las provincias del Ecuador, muestra que al analizar la calidad de dieta y calidad de salud por zona geográfica no se encontró relación estadísticamente significativa. Sin embargo, se evidenció que la muestra de estudio necesita cambios en su dieta y que a pesar de que la mayoría tenía mejor estado de salud física no ocurría lo mismo en cuanto a salud mental durante el confinamiento por COVID-19.

En el presente estudio hubo algunas limitaciones. En primer lugar, la recolección de datos fue de manera virtual, lo que impidió aclarar cada pregunta a los participantes para una mejor comprensión al llenar la encuesta. Por otro lado, la muestra de estudio no fue homogénea, más de la mitad fueron sujetos de la zona urbana a diferencia de la zona rural, y del mismo modo en cuanto al lugar de residencia ya que no hubo homogeneidad, se destacó más sujetos de la provincia de Chimborazo a diferencia de las demás provincias, posiblemente esta fue la causa para no encontrar una relación entre calidad de dieta y calidad de salud.

Futuras investigaciones podrían profundizar en la evaluación del mismo estudio por provincias, por grupos de alimentos según zona geográfica e incluso realizar un seguimiento tras terminar el periodo de confinamiento por COVID-19, dada la divergencia encontrada en investigaciones previas, considerando además factores relevantes como culturales, salud física, salud mental, calidad de vida consideradas en este estudio.

CONCLUSIONES

El presente estudio acepta la hipótesis nula la cual determina que las zonas urbanas no tienen mala calidad de dieta y mala calidad de salud a diferencia de las zonas rurales en adultos ecuatorianos, durante el confinamiento del COVID-19.

Se concluye que el estudio muestra una participación predominante de mujeres jóvenes de la zona urbana, que sobresalen de la provincia de Chimborazo, siendo en su mayoría estudiantes mestizos que realizan rutinas de ejercicios en casa.

Del mismo modo, se concluye que la calidad de dieta en la población de estudio necesita cambios en su alimentación, y que, en cuanto a la calidad de salud, aunque presentaron mejor estado de salud física, la salud mental se vio afectada.

Con respecto a la calidad de la dieta por grupos de edad: adultos jóvenes (18-35 años) y adultos maduros (36-59 años) se evidenció un aumento en el consumo de alimentos poco saludables, por lo que necesitan cambios en su alimentación en ambos casos, y con respecto a la calidad de salud tanto física como mental se presentan en buen estado.

RECOMENDACIONES

A nivel nacional existen pocas investigaciones enfocadas en este campo, por lo que se recomienda a los estudiantes e investigadores analizar a profundidad el tema, ya que es asunto de interés, empleando metodologías y estrategias que permitan realizar enfoques desde diferentes puntos de vista, lo que permitirá enfocar aportes que ayudarán a mitigar problemáticas sobre la calidad de la dieta y calidad de salud que incluyan aspectos de bienestar físico y mental.

Se recomienda realizar estudios en donde se debería profundizar en la evaluación del mismo estudio por provincias, por grupos de alimentos según zona geográfica e incluso realizar un seguimiento tras terminar el periodo de confinamiento por COVID-19, dada la divergencia encontrada en investigaciones previas, considerando además factores relevantes como culturales, salud física, salud mental, calidad de vida consideradas en este estudio.

Se recomienda que independientemente del tiempo que dure la pandemia por COVID-19, se realice ejercicio físico y del mismo modo, se consuma alimentos saludables, priorizar ciertos tipos de cocción para evitar el sobrepeso, la obesidad entre otras enfermedades que podrían causar diversas consecuencias.

BIBLIOGRAFÍA

ACCINELLI, R.A., ZHANG XU, C.M., JU WANG, J. Der, YACHACHIN-CHÁVEZ, et al. COVID-19: The novel SARS-CoV-2 pandemic. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [en línea], vol. 37, no. 2, pp. 302-311. [Consulta: 22 noviembre 2020]. ISSN 17264642. DOI 10.17843/RPMESP.2020.372.5411. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5411>.

ALZATE YEPES, T. & ALZATE YEPES, T., Dieta saludable. *Perspectivas en Nutrición Humana* [en línea], vol. 21, no. 1, pp. 9-14. [Consulta: 29 junio 2022]. ISSN 0124-4108. DOI 10.17533/UDEA.PENH.V21N1A01. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-41082019000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=es.

ANGELES CARBAJAL, *Calidad nutricional de la dieta.* [en línea]. [Consulta: 24 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/458-2013-08-01-cap-17-calidad-dieta.pdf>.

ARAGÓN-Nogales, R., VARGAS-Almanza, I. & MIRANDA-Novales, M.G., COVID-19 por SARS-CoV-2: la nueva emergencia de salud. *Rev Mex Pediatr* [en línea], vol. 86, no. 6, pp. 213-218. [Consulta: 18 noviembre 2020]. DOI 10.35366/91871. Disponible en: www.medigraphic.org.mx.

ARMANDO BARRIGUETE MELÉNDEZ, J., VEGA LEÓN, S., CECILIA RADILLA et al. Hábitos alimentarios, actividad física y estilos de vida en adolescentes escolarizados de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán Eating habits, physical activity and lifestyles among adolescents in Mexico City and the State of Michoacán. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, vol. 23, no. 1.

ATS, American Thoracic Society SALUD DEL PACIENTE | SERIES INFORMATIVAS www.thoracic.org CLIP AND COPY. [en línea]. S.l.: [Consulta: 22 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent->

BANCO MUNDIAL, La atención de la salud de baja calidad está aumentando la morbilidad y los costos relacionados con la salud en todo el mundo. [en línea]. [Consulta: 23 junio 2022]. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2018/07/05/low-quality->

healthcare-is-increasing-the-burden-of-illness-and-health-costs-globally.

BANCO MUNDIAL, OCDE;OMS;Banco, La falta de calidad en los servicios sanitarios afecta negativamente a la salud y dispara sus costes | Médicos y Pacientes. [en línea]. [Consulta: 25 noviembre 2020]. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-falta-de-calidad-en-los-servicios-sanitarios-afecta-negativamente-la-salud-y-dispara-sus>.

CABLE NEWS NETWORKS, Cronología del coronavirus: así comenzó y se extendió el virus que tiene en alerta al mundo | CNN. [en línea]. [Consulta: 22 noviembre 2020]. Disponible en: <https://cnnespanol.cnn.com/2020/02/20/cronologia-del-coronavirus-asi-comenzo-y-se-extendio-el-virus-que-pone-en-alerta-al-mundo/>.

CCN ESPAÑOL, Cronología del coronavirus: así comenzó y se extendió el virus que tiene en alerta al mundo | CNN. [en línea]. [Consulta: 28 junio 2022]. Disponible en: <https://cnnespanol.cnn.com/2020/02/20/cronologia-del-coronavirus-asi-comenzo-y-se-extendio-el-virus-que-pone-en-alerta-al-mundo/>.

CDC, Ciertas afecciones y riesgo de enfermarse gravemente a causa del COVID-19 | CDC. [en línea]. [Consulta: 22 noviembre 2020]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html> 2020..

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS FARMACÉUTICOS, Coronavirus: Covid-19 Informe Técnico. [en línea], pp. 4-37. [Consulta: 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/Asesoramiento-salud-publica/infeccion-coronavirus-2019-nCoV/Documents/Informe-tecnico-Coronavirus.pdf>.

EDITOR, C. AL, Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. Coronavirus zoonótico SARS-CoV-2: La búsqueda del misterioso hospedero intermediario The zoonotic coronavirus SARS-CoV-2: Searching for the mysterious intermediate host. *Rev Med Hered* [en línea], vol. 31, pp. 138-140. [Consulta: 28 junio 2022]. DOI 10.20453/rmh.v31i2.3781. Disponible en: <https://doi.org/10.20453/rmh.v31i2.3781>.

EL COMERCIO, *Semàforo epidemiologico*. [en línea]. [Consulta: 23 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.elcomercio.com/tag/semàforo>.

EN, M., CORONADO-ZARCO, R., EVA CRUZ-MEDINA, C., SALVADOR, C., et. al. 26 Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación Recibido para publicación: mayo. *Rev Mex*

Med Fis Rehab [en línea]. S.l.: [Consulta: 25 noviembre 2020]. Disponible en: www.medigraphic.org.mx<http://www.medigraphic.com/medicinafisica>.

ERRAMI, A.A., *The impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and well-being in Morocco*. [en línea], [Consulta: 16 febrero 2021]. DOI 10.20944/preprints202006.0287.v1. Disponible en: www.preprints.org.

FAO, *Fao Covid-19 y los Sistemas Alimentarios en América Latina y el Caribe* | Oficina Regional de la FAO para América Latina y el Caribe | Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. [en línea]. [Consulta: 16 febrero 2021]. Disponible en: <http://www.fao.org/americas/publicaciones-audio-video/covid19-y-sistemas-alimentarios/es/>.

FRANCISCO, J., DE TOMÁS, Á., SALUD, •, DE, C., DE, F., COMUNIDAD, L.A. & MADRID, D.E., *Coronavirus covid-19; patogenia, prevención y tratamiento* autoría: colaboradores: avalan esta formación: • asociación española de enfermería y salud (aees) • international nursing network (inn) • salud sin bulos • colegio de fisioterapeutas de la comunidad [en línea]. S.l.: s.n. [Consulta: 19 noviembre 2020]. ISBN 978-84-16861-95-8. Disponible en: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:MERS_coronavirus.jpg.

FUNDACIÒN BBVA, *¿Qué es el Coronavirus SARS-CoV-2?* / Hospital Clínic Barcelona. [en línea]. [Consulta: 19 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/covid-19/definicion>.

FUNDACION IO, *Coronavirus COVID-19 ¿Quiénes son los pacientes de riesgo?* - Fundación iO. [en línea]. [Consulta: 23 junio 2022]. Disponible en: <https://fundacionio.com/coronavirus-covid-19-quienes-son-los-pacientes-de-riesgo/>.

GARCÍA, A.M. & MAGDALYS NÚÑEZ VELÁZQUEZ, I., *Alimentación saludable Healthy nutrition*. . S.l.:

GRUPO BANCO MUNDIAL, *Salud*. [en línea]. [Consulta: 25 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/topic/health/overview>.

GUERRERO, L.N.A., *Conceptos básicos de nutrición*. Conceptos básicos de nutrición.. S.l.:

HERRERA, F. & ARANCIBIA CRISTINA, *Calidad de Vida en usuarios adultos diabéticos en un Centro de Salud Familiar de Copiapó*. Chile, 2017. *Ciencias Epidemiológicas y Salubristas*

[en línea]. [Consulta: 16 febrero 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2018000500764&script=sci_arttext&tlng=en.

HLPE, *Impacto del COVID-19 en la Seguridad Alimentaria y la Nutrición (SAN)*. [en línea], pp. 1-9. [Consulta: 23 junio 2022]. Disponible en: https://www.fao.org/fileadmin/templates/cfs/Docs1920/Chair/HLPE_Spanish.pdf.

LI, Q., GUAN, X., WU, P., WANG, X., ZHOU, L., TONG, Y., et. al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. *New England Journal of Medicine*, vol. 382, no. 13, pp. 1199-1207. ISSN 0028-4793. DOI 10.1056/nejmoa2001316.

LÓPEZ, G., MARÍA, C., VELARDE, I. & ALEXANDRA, C., Variación de la calidad de la dieta por región natural del Perú en adolescentes y adultos Item Type info:eu-repo/semantics/bachelorThesis. *Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC)* [en línea]. S.l.: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). [Consulta: 16 febrero 2021]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10757/651871>.

LOZANO Antonio, *Vista de Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China*. [en línea]. [Consulta: 19 noviembre 2020]. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3687/4087>.

MORENO, L., *Decreto Ejecutivo No. 1052* [en línea]. 2020. S.l.: s.n. [Consulta: 23 junio 2022]. Disponible en: https://www.telecomunicaciones.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/Decreto_Ejecutivo_No._1052_20200415200635.pdf.

NATIONAL GEOGRAPHIC, Los 7 tipos de coronavirus que infectan humanos. [en línea]. [Consulta: 18 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.nationalgeographic.com.es/ciencia/7-tipos-coronavirus-que-infectan-humanos_15353.

OMS/OPS, Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19) - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. *Oms* [en línea]. [Consulta: 23 junio 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>.

OMS, 2015a. La definicion de salud segun la OMS | Axa Healthkeeper. [en línea]. [Consulta: 24 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.axahealthkeeper.com/blog/la-definicion-de-salud->

segun-la-oms-infografia/.

OMS, 2015b. *OMS* | ¿Cuál es la enfermedad que causa más muertes en el mundo? *WHO*,

OMS, *Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV)*. [en línea]. [Consulta: 19 noviembre 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-\(mers-cov\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov)).

OMS, *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. [en línea]. [Consulta: 23 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>.

ONU, Vulnerabilidades sociodemográficas de las personas mayores frente al Covid-19 | Comisión Económica para América Latina y el Caribe. [en línea]. [Consulta: 23 junio 2022]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/vulnerabilidades-sociodemograficas-personas-mayores-frente-al-covid-19>.

OPS/OMS, *OPS/OMS* | Nuevo plan busca mejorar la calidad de la atención médica en las Américas. [en línea]. [Consulta: 25 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15490:new-plan-to-improve-quality-of-health-care-endorsed-by-ministers-of-health&Itemid=1926&lang=es.

OPS/OMS, Estudio sobre la necesidad de una regulación económica más estricta para revertir la epidemia de obesidad. [en línea]. [Consulta: 23 junio 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1103:estudio-sobre-necesidad-regulacion-economica-mas-estricta-revertir-epidemia-obesidad&Itemid=360.

OPS/OMS, *Organización Panamericana de la Salud. 2019* [en línea]. [Consulta: 23 junio 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus>.

ÖZCAN, B.A., ÖZCAN, B.A. & YEŞİLKAYA, B., Efecto adverso de la alimentación emocional desarrollado durante la pandemia COVID-19 sobre la nutrición saludable, un círculo vicioso: Un estudio descriptivo transversal. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética* [en línea], vol. 25, no. Supl. 2, pp. e1144. [Consulta: 16 febrero 2021]. ISSN 2173-1292. DOI 10.14306/renhyd.25.S2.1144. Disponible en: <http://ww.renhyd.org/index.php/renhyd/article/view/1144>.

ÖZTÜRK ÇOPUR, E. & KARASU, F., The impact of the COVID-19 pandemic on the quality of life and depression, anxiety, and stress levels of individuals above the age of eighteen. *Perspectives in Psychiatric Care* [en línea], pp. ppc.12730. [Consulta: 18 febrero 2021]. ISSN 0031-5990. DOI 10.1111/ppc.12730. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ppc.12730>.

PALACIOS CRUZ, M., SANTOS, E., VELÁZQUEZ CERVANTES, M.A. & LEÓN JUÁREZ, M., *COVID-19, a worldwide public health emergency* [en línea]. 2020. S.l.: s.n. [Consulta: 22 noviembre 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.03.001>.

PÉREZ-RODRIGO, C., CITORES, M.G., HERVÁS BÁRBARA, G., et. al. Lourdes Ribas Barba 5,13,14 , Amelia Rodríguez Martín 15 , Gemma Salvador Castell 14. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, vol. 26, no. 2, pp. 28010. DOI 10.14642/RENC.2020.26.2.5213.

PERU, Vi., ¿Cuál es la importancia de la salud? - Vitapoint Perú - Cuidado de la Piel. [en línea]. [Consulta: 13 septiembre 2022]. Disponible en: <https://www.vitapointperu.com/2020/10/11/cual-es-la-importancia-de-la-salud/>.

PNUD, *Covid-19: la pandemia* | El PNUD en Ecuador. [en línea]. [Consulta: 18 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.ec.undp.org/content/ecuador/es/home/coronavirus.html>.

RAMIREZ Robinson; AGREDO Ricardo; JEREZ Alejandra, Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos Colombianos. *Revista de Salud Pública* [en línea], vol. 12, no. 5, pp. 13. [Consulta: 25 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2010.v12n5/807-819>.

RATNER Rinat, HERNÁNDEZ Paulina, MARTEL Jorge & ATALAH Eduardo, Propuesta de un nuevo índice de calidad global de la alimentación. *Revista Chile* [en línea], vol. 44, pp. 2-6. [Consulta: 24 noviembre 2020]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v44n1/art05.pdf>.

RIOS GONZALO, *Nutrición: Conceptos generales*. . S.l.:

ROBINSON, E., BOYLAND, E., CHISHOLM, A., HARROLD, J., et. al. Obesity, eating behavior and physical activity during COVID-19 lockdown: A study of UK adults. *Appetite*, vol. 156, pp. 104853. ISSN 10958304. DOI 10.1016/j.appet.2020.104853.

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA, Tema 5. Dietas con modificación de la textura y la

consistencia Nutrición y dietética. . S.l.:

UNIVERSIDAD JOHNS HOPKINS, Mapa del coronavirus en el mundo y datos de su evolución. [en línea]. [Consulta: 23 junio 2022]. Disponible en: <https://www.rtve.es/noticias/20220623/mapa-mundial-del-coronavirus/1998143.shtml>.

WEBMASTER INSP, Estudio sobre el efecto de la contingencia por COVID-19 en el consumo y compra de alimentos. [en línea]. [Consulta: 16 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.insp.mx/dieta-covid>.

ZAPATA, M.E., MORATAL, I.L. & LÓPEZ, L.B., Calidad de la dieta según el Índice de Alimentación Saludable: Análisis en la población adulta de la ciudad de Rosario, Argentina. *Diaeta (B. Aires)* [en línea], pp. 8-15. [Consulta: 16 febrero 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372020000100002.

ZAPATA Maria, Evaluación de la calidad de la dieta. Más allá de los nutrientes y alimentos. [en línea]. [Consulta: 21 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.alanrevista.org/ediciones/2015/suplemento-1/art-154/>.

ZHU, N., ZHANG, D., WANG, W., LI, X., YANG, B., et. al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*, vol. 382, no. 8, pp. 727-733. ISSN 0028-4793. DOI 10.1056/nejmoa2001017.



ANEXOS

ANEXO A: HEALTHY EATING INDEX

Instrucciones: las preguntas a continuación se refieren a la frecuencia de consumo de algunos grupos de alimentos y comidas específicas. Por favor conteste las preguntas marcando en las casillas.

	> 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						
Pasteles/ Galletas/ Dulces						
Bebidas con azúcar						
Azúcar						
Frituras						
COMIDAS						
Desayuno						
Almuerzo						
Cena						

ANEXO B: ENCUESTA DE SALUD SF-12 (SHORT FORM 12 HEALTH SURVEY)

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 seguro de cómo responder una pregunta por favor conteste lo que le parezca más ciertos.

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

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	No, me limita un poco	No, no me limita nada

2. **Esfuerzos moderados**, 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 **varios** 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 menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ¿Tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su
 ¿Trabajo o en sus actividades cotidianas?

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, deprimido o nervioso)?

- | | 1 | 2 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | Sí | No |
| 6. ¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Durante las últimas semanas , ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nada | Un poco | Regular | Bastante | Mucho |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Las preguntas a continuación, se refieren a cómo se ha sentido y cómo le ha ido durante las **4 últimas semanas**. En cada pregunta responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted.
 ¿Cuánto tiempo...

- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|----------------|----------------|---------------|---------------|-------------------|--------------|
| Siempre | Casi | Muchas | Alguna | Solo | Nunca |
| | siempre | veces | veces | alguna vez | |

- 9...se sintió calmado y tranquilo?
 10. ... tuvo mucha energía?
 11. ...se sintió desanimado y triste?

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 | Algunas | Solo | Nunca |
| | Siempre | siempre | veces | alguna vez |

ANEXO C: 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.
CONSENTIMIENTO INFORMADO:

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 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?

Sí

No

Opción múltiple



esPOCH

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: 15 / 03 / 2023

INFORMACIÓN DEL AUTOR/A (S)
Nombres – Apellidos: Genesis Paulina Hidalgo Pumagualle
INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
Facultad: Salud Pública
Carrera: Nutrición y Dietética
Título a optar: Licenciada en Nutrición y Dietética
f. Analista de Biblioteca responsable: Ing. Rafael Inty Salto Hidalgo

0506-DBRA-UPT-2023

