

Artículo Original

Hábitos de alimentación en los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles durante la pandemia de COVID-19, Umán, Yucatán

Dietary Habits in Older Adults with Chronic Non-Communicable Diseases during the COVID-19 Pandemic in Umán, Yucatán

Janeth I. Estrella Ortiz¹, Zulemy C. González Novelo¹, Zulema M. Cabrera Araujo¹.

¹Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida, Yucatán, México.

RESUMEN

Introducción: El confinamiento y el distanciamiento físico fueron de las medidas utilizadas para evitar la propagación del COVID-19. Los adultos mayores (AM) con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son la población más vulnerable para desarrollar complicaciones, en este estudio se analiza los cambios de hábitos alimentarios de los AM antes y durante el periodo de confinamiento. **Objetivo:** Determinar los hábitos de alimentación de los pacientes con ECNT del centro de salud de Umán, Yucatán, a través de encuestas presenciales y electrónicas, para evaluar el cambio de hábitos alimentarios antes y durante la pandemia de COVID-19. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio transversal y descriptivo, en una muestra de conveniencia de 55 personas mayores de 60 años, reclutada de forma electrónica y presencial entre el 31 de marzo hasta el 5 de junio de 2021 en el centro de salud de Umán, Yucatán. La encuesta contemplaba el consumo de fármacos y la frecuencia de grupos de alimentos. **Resultados:** Los resultados obtenidos mostraron cambios significativos en el consumo tres grupos de alimentos, se observó una disminución en el consumo de refrescos azucarados (18.18%, $p<0.05$), pastelitos (20.18%, $p<0.05$) y galletas (43.63%, $p<0.05$). Con respecto a los grupos de alimentos, cereales, verduras, frutas, leche y derivados, carne, leguminosas y embutidos no reportaron cambios significativos. **Conclusión:** Durante el confinamiento disminuyó el consumo de productos ultra procesados en los AM con ECNT, se recomienda impulsar estrategias de educación alimentaria que permitan mantener y fortalecer estos hábitos favorables en el periodo posterior a la pandemia.

Palabras clave: hábitos de alimentación, adulto mayor, enfermedades crónicas no transmisibles, COVID-19, consumo de alimentos, consumo de medicamentos.

SUMMARY

Introduction: The lockdown and physical distancing were one of the measures used to prevent the spread of COVID-19. The elderly (AM) with chronic noncommunicable diseases (ECNT) are the most vulnerable population to develop complications, in this study the changes in dietary habits of the AM are analyzed before and during the period of lockdown. **Objective:** We aimed to determine the dietary habits of patients with ECNT at the Uman, Yucatan health center, through face-to-face and electronic surveys, to evaluate the change in dietary habits before and during the COVID-19 pandemic. **Material and Methods:** A cross-sectional and descriptive study has been carried out in a convenience sample of people over and age of 60 years, recruited electronically and face to face between March 31 and June 5, 2021, at the Uman, Yucatan health center. The survey considered the consumption of drugs and the frequency of food groups. **Results:** The results showed significant changes in the consumption of three food groups. A decrease was observed in the consumption of sugary drinks (18.18%, $p<0.05$), pastries (20.18%, $p<0.05$), and cookies (43.63%, $p<0.05$). No significant changes were reported in the consumption of cereals, vegetables, fruits, milk and dairy products, meat, legumes, and processed meats. **Conclusion:** During the lockdown, the consumption of ultra-processed products decreased among older adults with non-communicable diseases. It is recommended to promote nutrition education strategies to maintain and strengthen these healthy habits in the post-pandemic period.

Keywords: dietary habits, elderly, non-communicable diseases, COVID-19, food consumption, drug consumption.

Autor de correspondencia: Janeth Isabel Estrella Ortiz. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida, Yucatán, México. Correo electrónico: nutriologa.janethestrella@gmail.com

Fecha de Recepción: 9 de septiembre de 2025

Fecha de Aceptación: 20 de enero de 2026

Introducción

El virus SARS-CoV-2 (Síndrome Respiratorio Agudo Severo Coronavirus 2) surgió en diciembre del año 2019 en la ciudad de Wuhan, China alertando a la comunidad médica, científica y a la misma población. La enfermedad recibió el nombre de COVID-19 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en febrero de 2020 y para marzo del mismo año se declaró una pandemia (1). El COVID-19 afecta principalmente vías respiratorias, desarrollando un proceso inflamatorio que puede ser muy intenso alterando la función del sistema de coagulación y dañando múltiples órganos (2). Por tanto, al tratarse de una emergencia sanitaria mundial los gobiernos optaron por el confinamiento domiciliario, para evitar el colapso del sistema sanitario y mitigar la propagación del virus, por consiguiente, el 23 de marzo de 2020 en el Diario Oficial de la Federación se decretó el inicio de la Jornada Nacional de Sana Distancia, recomendando a los mexicanos mantenerse en sus hogares, evitando aglomeraciones (3).

El COVID-19 contribuyó a elevar la mortalidad en un corto tiempo, además de los factores de riesgo que aumentan las complicaciones en la salud, son las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) (4) afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Las cuatro principales son: las enfermedades cardiovasculares; el cáncer; enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes (5).

Particularmente, la población de adultos mayores (AM) son una parte de la población que necesita mayor atención, constituye un grupo de especial vulnerabilidad en el ámbito de la salud. Esta susceptibilidad se incrementa con el avance de la edad, que implica una mayor necesidad de cuidados, (6) debido a que el envejecimiento genera cambios que limitan la inmunidad innata y adaptativa, dicho proceso se le denomina inmunosenescencia, la cual hace más difícil responder a una infección viral (7) y si a esto se agrega la presencia de una o varias ECNT, por lo que es una población vulnerable de desarrollar COVID-19 severo (8). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera adulto

mayor a personas que sobrepasen los 60 años de vida. México experimenta un proceso acelerado de envejecimiento poblacional, tal como lo confirman los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) del 2018, realizada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Específicamente, el volumen de personas de 60 años y más ascendió a 15.4 millones de habitantes, constituyendo el 12.3% del total de la población residente en el país. (9)

En México, los padecimientos crónicos prevalentes en adultos mayores en 2018 fueron sobrepeso y obesidad (74.5%), hipertensión arterial (42.4%), hipercolesterolemia (25.5%), diabetes (25.1%) e hipertrigliceridemia (21.4%) (10).

A partir de los datos anteriores, Redón-Rojas, mencionó que las muertes por COVID-19 de personas de 60 años y más representaron el 46.01% de total, debido a la incidencia y prevalencia de ECNT (11).

De acuerdo Salazar-Barajas en población adulta mayor mexicana con respecto al consumo de frutas y verduras al día son los alimentos menos consumidos con valores desde 0 a 5 veces al día, y en el caso del refresco y el agua, son los más consumidos con valores de 0 a 8 y 1 a 8 vasos al día, respectivamente.

En este estudio el 90,5% de los participantes, señaló consumir de 1 a 3 frutas diarias, el 93% de 1-3 verduras, el 28% de 1-3 vasos de agua, el 76,5% refirió consumir de 1-3 vasos de refresco o agua endulzada, el 55% refieren comer legumbres más de 4 veces a la semana, el 83,5% de los participantes consume pollo de 1-3 días a la semana y el 66% consume pescado con la misma frecuencia. Por otro lado, el 67,5% mencionó que ingieren postres o dulces 1-3 veces por semana (12)

Desafortunadamente, México es un país en el cual existen hábitos de alimentación no saludables, consumo insuficiente de frutas, verduras, agua y falta de actividad física que se observa en edades tempranas, lo que desencadena ECNT en el AM (13).

Durante el periodo de COVID-19, las estadísticas mostraron que los adultos y AM que con ECNT,

presentaban un mayor riesgo de complicaciones. De acuerdo con Denova-Gutiérrez E; y cols, en el 2020, el 17.4% de los mexicanos con COVID-19 tuvieron obesidad, el 14.5% diabetes, el 18.9% hipertensión y el 2.8% tenía enfermedad cardiovascular, más que en las personas con pruebas negativas para la infección. Asimismo, una mayor proporción de pacientes con obesidad requirió ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos y ventilación mecánica asistida (14).

El confinamiento y las consecuentes disrupciones en la operatividad del sistema de salud durante la crisis sanitaria global generó una restricción en el acceso a bienes y servicios esenciales de salud no relacionados con COVID-19 en el mundo, teniendo efectos indeseables principalmente a AM con ECNT, por consiguiente en la obtención de sus medicamentos y alimentos de buena calidad buen valor nutritivo, así como de espacios recreativos para realizar ejercicio, afectó el estilo de vida de la población, aunado a esto y por ser una población vulnerable debido a que cuentan con 60 años y más se les aconsejó que evitaran acudir a los hospitales a menos que fuera estrictamente necesario, por tanto, el tratamiento médico y nutricional fue limitado, por lo que, en caso necesario, las consultas fueron vía digital, y algunos pacientes no contaban con las habilidades tecnológicas para manejar aparatos digitales y dependían de sus cuidadores o familiares (15,16).

La nutrición adecuada en la población geriátrica es fundamental para el mantenimiento de la función inmunológica óptima, lo cual es esencial para una respuesta efectiva tanto frente al COVID-19 y otras comorbilidades, la dieta debe proveer nutrientes y energía suficientes para que el peso corporal sea considerado adecuado para la estatura. Las recomendaciones nutrimentales en adultos mayores son de 20 kcal/kg/ día para cubrir las necesidades energéticas, de proteínas 10-15% del consumo calórico total que corresponde al 1.2 a 2g/kg/día, con respecto a las grasas hasta 100 gramos, equivalente al 30 - 40 % del valor energético total de la dieta, grasas saturadas: <10 %; grasas monoinsaturadas: 10-15%; y grasas poliinsaturadas: >10 %;

respectivamente, por otra parte, los carbohidratos deben ser aproximadamente el 50% del valor energético, azúcares simples no debe superar el 10-12% del aporte energético total de carbohidratos, sin embargo estos valores pueden cambiar dependiendo de las ECNT que padecen los adultos mayores (17,18). Aunque la situación a la que nos enfrentamos durante aquel periodo fue nueva y desconocida, consideramos que la atención nutricional debía ser adecuada para apoyar a las personas con ECNT y mantener una mejor calidad de vida. La capacidad de los pacientes para adherirse al tratamiento dietoterapéutico resultó fundamental para el éxito de las intervenciones y para mejorar su calidad de vida. Con base en ello, la alimentación se reconoce como uno de los pilares tanto del tratamiento como de la prevención de las ECNT que agravaban el diagnóstico por COVID-19 (19).

En México existía una preocupación creciente por la salud de los adultos mayores, quienes conforman una población en aumento y presentan una alta prevalencia de malnutrición, tanto por exceso —como sobrepeso y obesidad— como por deficiencias que favorecen la desnutrición y enfermedades asociadas a carencias de micronutrientes. Dado que la dieta constituye un determinante esencial del estado de salud, resultaba necesario analizar cómo este grupo fue afectado durante la emergencia sanitaria.

La pandemia por COVID-19 representó un fenómeno de impacto reciente y la evidencia disponible sobre los hábitos alimentarios de los adultos mayores en México era limitada. Ante esta brecha de conocimiento, por ello, el objetivo de esta investigación fue conocer si los AM con ECNT habían presentado cambios en sus hábitos de alimentación antes y durante la pandemia de COVID-19.

Material y Métodos

Se realizó un estudio transversal y descriptivo con una muestra no probabilística por conveniencia, conformada por 55 adultos mayores de 60 años con ECNT residentes en Umán, Yucatán, reclutados a través del Centro de

Salud de Umán. Aunque el cálculo muestral inicial fue mayor debido a un periodo de levantamiento (abril–junio de 2020), coincidió con las restricciones derivadas del pico epidémico de COVID-19 ocurrido lo que limitó la captación presencial de participantes. Debido a estas condiciones, únicamente pudieron incluirse aquellos adultos mayores que aceptaron participar dentro del periodo de recolección, la adopción de un muestreo por conveniencia (Saleem et al. 2024) se justificó plenamente debido a las restricciones de movilidad (confinamiento) y las directrices de distanciamiento físico vigentes durante el periodo de recolección de datos, el cual coincidió con un pico de la emergencia sanitaria por COVID-19, condiciones que han sido descritas en la literatura como factores que reducen la posibilidad de obtener muestras probabilísticas en poblaciones vulnerables durante la pandemia (20). El proyecto fue autorizado mediante el oficio de aprobación fechado el 17 de noviembre de 2020, en el cual la directora de la unidad otorgó permiso para la aplicación de encuestas a pacientes con ECNT, firmado por la coordinación de la Licenciatura en Nutrición. (Anexo 1).

Según datos del INEGI, el municipio de Umán reportó una población de 69,147 habitantes, de los cuales, 4,079 (5.9%) tiene más de 65 años (INEGI, 2020), (21).

Se solicitó a los participantes su firma de la carta de consentimiento informado, se les informó el objetivo, la finalidad de la investigación y se les explicó que los datos proporcionados serán utilizados para fines de investigación. Se diseñó un protocolo que contempla información personal y se incluyó un cuestionario de frecuencia de alimentos antes y otro durante el confinamiento. La recolección de la información se realizó durante el periodo de confinamiento, del 31 de marzo al 5 de junio de 2021. En una sola sesión por participante se aplicaron dos encuestas de frecuencia de consumo de alimentos: una correspondiente al periodo previo a la pandemia (antes de marzo de 2020) y otra referente al periodo durante la pandemia (después de marzo de 2020). Las encuestas se aplicaron de forma presencial, siguiendo los

protocolos sanitarios establecidos para la prevención de COVID-19, y de manera virtual si los participantes contaban con teléfono celular para responderlas.

Los criterios de inclusión fueron personas adultas mayores de 60 años que sean derecho habiente o no derecho habiente del centro de salud de Umán, AM que aceptaron participar y que presenten una o más ECNT (Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión arterial, Síndrome metabólico, Hígado graso no alcohólico, Cáncer, Enfermedad renal crónica y Obesidad). Los criterios de exclusión fueron las personas que presente un mal control de su enfermedad, pacientes hospitalizados, con diálisis, con hemodiálisis, con quimioterapia. Los criterios de eliminación fueron personas que no completen los instrumentos de investigación.

Se utilizó el consumo de frecuencia de alimentos semanal, como un indicador que mida la calidad de la dieta y un determinante de la salud nutricional. Con la frecuencia de alimentos se calculó la puntuación del Índice de Alimentación saludable (IAS). Se calculó siguiendo la metodología por Navarro y Moncada, 2011 (22), modificada para adaptar los cálculos a los grupos de alimentos característicos de la población yucateca (23) Las respuestas de los participantes fueron cerradas y debían responder alguna de las siguientes opciones de frecuencia de consumo: Consumo diario, 3 o más veces por semana, 1 o 2 veces a la semana, menos de 1 vez a la semana y nunca o casi nunca. Cada una de las variables, se valoran con una puntuación que puede fluctuar entre 0 y 10. Los diez grupos de alimentos han sido clasificados según su consumo, los 4 primeros grupos (cereales y derivados, verduras y hortalizas, frutas y legumbres lácteos y derivados) corresponden a alimentos que deben ser consumidos diariamente, mientras que los grupos 5 y 6 (Carnes y lácteos y derivados) su recomendación de consumo es de entre 1 a 2 veces por semana. Por su parte, los grupos 7, 8, 9 y 10. (embutidos, pastelitos y refrescos con azúcar y galletas) son alimentos que se recomienda no consumirlos o sólo ocasionalmente. La suma de las puntuaciones posibilita la construcción de un indicador con un

valor máximo de 100 y la clasificación de la alimentación en tres categorías: saludable si la puntuación > 80, necesita cambios si obtiene una puntuación <80 a >50 y poco saludable si la puntuación es <50.

Para valorar la calidad de la dieta se utilizó el índice de alimentación saludable para modificada para población yucateca en la tabla 1 se especifican los criterios de puntuación y en la

tabla 2 se encuentra la codificación de variables modificados de acuerdo con el consumo yucateco.

De la muestra se recogió información de las siguientes variables, las ECNT, la edad, el sexo, el consumo de cereales, verduras, frutas, lácteos, carne, leguminosas, embutidos, galletas, pastelitos, refrescos azucarados, el índice de

Tabla 1. Índice alimentación saludable modificada para población yucateca.

Variables	Criterios para puntuación máxima de 10	Criterios para puntuación de 7.5	Criterios para puntuación de 5	Criterios para puntuación de 2.5	Criterios para puntuación mínima de 0
<i>Consumo diario</i>					
1. Cereales y derivados	Consumo diario	3 o más veces a la semana pero no a diario	1 ó 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
2. Verduras y hortalizas	Consumo diario	3 o más veces a la semana pero no a diario	1 ó 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
3. Frutas	Consumo diario	3 o más veces a la semana pero no a diario	1 ó 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
4. Leche y derivados	Consumo diario	3 o más veces a la semana pero no a diario	1 ó 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
<i>Consumo semanal</i>					
5. Carnes	1 ó 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana pero no a diario	Menos de una vez a la semana	Consumo diario	Nunca o casi nunca
6. Legumbre	1 ó 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana pero no a diario	Menos de una vez a la semana	Consumo diario	Nunca o casi nunca
<i>Consumo ocasional</i>					
7. Embutidos y fiambres	Nunca o casi nunca	Menos de una vez a la semana	1 ó 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana pero no a diario	Consumo diario
8. Refrescos con azúcar	Nunca o casi nunca	Menos de una vez a la semana	1 ó 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana pero no a diario	Consumo diario
9. Pastelitos	Nunca o casi nunca	Menos de una vez a la semana	1 ó 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana pero no a diario	Consumo diario
10. Galletas	Nunca o casi nunca	Menos de una vez a la semana	1 ó 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana pero no a diario	Consumo diario

TABLA 2. Codificación de variables para el cálculo de IAS modificada para población yucateca.

1. Cereales y derivados, tubérculos	Tortilla, harina de trigo, avena, arroz, tamales, galletas integrales, camote, yuca, papa.
2. Verduras	Tomate, cebolla, lechuga, calabacitas, chaya, nopalitos, pepino, remolacha, zanahorias, jícama, berenjena.
3. Frutas	Mango, caimito, pitahaya, ciruela, naranja, toronja, mandarina, manzana, plátano, mamey, chicozapote, sandía, melón.
4. Leche y derivados	Leche, queso, yogurt.
5. Carnes	Pollo, cerdo, res, venado, pavo, pescado.
6. Leguminosas	Frijol, ibes, garbanzo, lentejas, habas.
7. Embutidos	Jamón, salchicha, chorizo, longaniza, salami, mortadela, pastel de carne, chicharrón, morcilla
8. Refrescos con azúcar	Embotellados o preparados con azúcar.
9. Pastelitos	Pastelitos (pingüinos, chocoroles, roles, donas), pays, mermeladas, jaleas.
10. Galletas	Galletas industrializadas, galletas con chocolate.

Fuente: Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes (SMAE). Norte-Navarro, A.I., y Ortiz Moncada, 2011. Modificado.

alimentación y el consumo de medicamentos. Se utilizó el programa SPSS versión 22 para Windows para realizar el análisis estadístico descriptivo, se evaluó con la prueba no paramétrica de Wilcoxon para dos muestras relacionadas, debido a que los datos no seguían una distribución normal y esta prueba permitió comparar ambas mediciones en los mismos participantes y determinar la presencia de diferencias significativas entre los dos periodos evaluados.

Resultados

Fueron un total de 55 personas incluidas en el estudio, 21 hombres y 34 mujeres, con un rango de edad de 60 años a 84 años, con una media de 64.6 años, ver tabla 3. Por otra parte, en la tabla 4 se especifican las ECNT que presentaban los participantes. La mayor parte de los pacientes entrevistados reportaron seguir un tratamiento farmacológico de la patología que presentaban. El 87.27% (n=48) consumían medicamentos, el 58.18% (n=32) eran mujeres y el 29.09% (n=16)

eran hombres, por otra parte, el 12.72% (n=7) de los participantes reportaron no recibir ningún tratamiento médico, el 3.63% (n=2) eran mujeres y el 9.09% (n=5) eran hombres.

Con respecto al índice de alimentación, no se encontró diferencia significativa, esto probablemente sea porque el consumo de la alimentación de los participantes no tuvo variación en todos los grupos de alimentos, debido a que se encontró que hubo una diferencia significativa en el consumo de tres grupos de alimentos de los diez grupos de alimentos que reportaron los participantes. Se puede observar los datos del índice de alimentación en la tabla 5.

En la tabla 6 se puede observar la comparación de consumo de alimentos antes y durante la pandemia de aquellos que se encontraron diferencias significativas (refrescos con azúcar, pastelitos y galletas), por otro lado, se encontró que el consumo de cereales, verduras, fruta, lácteos, carne,

Tabla 3. Características generales de los AM

	Media	DE	Mínimo	Máximo
Edad	64.69	10.30	60.00	84.00
IAS	66.22	13.07	37.50	100.00

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos

Tabla 4. Prevalencia de ECNT de acuerdo con el sexo de los participantes

ECNT reportadas	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Hipertensión arterial	5.00	9.09	15	27.27	20.00	36.36
Diabetes mellitus tipo 2	4.00	7.27	4.00	7.27	8.00	14.54
Síndrome metabólico	3.00	5.45	1.00	1.81	4.00	7.27
Hígado graso no alcohólico	0.00	0.00	1.00	1.81	1.00	1.81
Obesidad	0.00	0.00	2.00	3.63	2.00	3.63
Cáncer	0.00	0.00	1.00	1.81	1.00	1.81
Enfermedad renal crónica	0.00	0.00	1.00	1.81	1.00	1.81
Más de una ECNT	2.00	3.63	9.00	16.36	11.00	20.00
Total	21.00	38.18	34.00	61.81	55.00	100.00

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos

Variables cualitativas expresadas en n y %

leguminosas y embutidos no cambiaron entre ambos periodos. Con respecto al consumo de cereales, la mayoría de los pacientes reportó un consumo diario, con 78% antes y 83% durante la pandemia. En

cuanto a las verduras, cerca de la mitad indicó consumirlas diariamente, con 43.6% antes y 47.2% durante el confinamiento. Para el consumo de frutas, más de la mitad de los participantes refirió una ingesta diaria

Tabla 5. Comparación del índice de alimentación antes y durante la pandemia.

	Antes de la pandemia				Durante la pandemia				
Variables	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		p-valor*
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Índice alimentación de									0.116
Saludable	3.00	5.45	4.00	7.27	6.00	10.90	6.00	10.90	
Necesita cambios	17.00	30.90	27.00	49.09	12.00	21.81	25.00	45.45	
Poco saludable	1.00	1.81	3.00	5.45	3.00	5.45	3.00	5.45	
Total	21.00	38.18	34.00	61.81	21.00	38.18	34.00	61.81	

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos

Variables cualitativas expresadas en n y %

*Prueba Wilcoxon para 2 muestras relacionadas significativa p<0,05

Tabla 6. Comparación de los grupos de alimentos antes y durante la pandemia con valor de p significativo

Variables	Antes de la pandemia		Durante la pandemia		p - valor*
	N	%	N	%	
Consumo de refrescos azucarados					0.02
Consumo diario	13.00	23.63	10.00	18.18	
1 o 2 veces por semana	11.00	20.00	11.00	20.00	
3 o más veces por semana	9.00	16.36	7.00	12.72	
Menos de una vez por semana	2.00	3.63	2.00	3.63	
Nunca o casi nunca	20.00	36.36	25.00	45.45	
Consumo de pastelitos					0.01
Consumo diario	0.00	0.00	0.00	0.00	
1 o 2 veces por semana	11.00	20.00	10.00	18.18	
3 o más veces por semana	2.00	3.63.00	0.00	0.00	
Menos de una vez por semana	4.00	7.27.00	2.00	3.63	
Nunca o casi nunca	37.00	67.27	43.00	78.18	
Consumo de galletas					0.05
Consumo diario	3.00	5.45	2.00	3.63	
1 o 2 veces por semana	18.00	32.72	11.00	20.00	
3 o más veces por semana	7.00	12.72	6.00	10.90	
Menos de una vez por semana	5.00	9.09	2.00	3.63	
Nunca o casi nunca	22.00	40.00	34.00	61.81	

Fuente: Elaboración propia, los demás grupos de alimentos no se encontraron resultados significativos

*Prueba Wilcoxon para 2 muestras relacionadas significativa $p < 0,05$

tanto antes como durante la pandemia, con 58.1% en ambos periodos. De igual manera, el consumo diario de leche se mantuvo constante en 45.45% antes y durante la pandemia. En el caso de la carne, más de la mitad de los pacientes reportó un consumo diario, con 60% antes y 61.8% durante la pandemia. Por otra parte, el consumo de leguminosas de una o dos veces por semana correspondió a 47.2% antes del confinamiento y 52% durante el mismo. Finalmente, el consumo de embutidos de una o dos veces por semana se observó en 45.45% antes y 43.63% durante la pandemia.

Los grupos de alimentos que reportaron una disminución en el consumo durante la pandemia ($p = < 0.05$) fueron los refrescos con azúcar, los pastelitos y las galletas, el consumo de refrescos disminuyó el consumo diario, de tres o más veces por semana y nunca o casi nunca. Por otra parte, el consumo de pastelitos disminuyó el consumo de uno o dos veces por semana, de tres o más veces por semana, menos de una vez por semana y nunca o casi nunca. En cuanto el consumo de galletas se observó una disminución del consumo diario, de una o dos veces por semana, de tres o más veces

por semana, menos de una vez por semana y de nunca o casi nunca. Se pueden observar los datos en la tabla 6.

Discusión

La finalidad del presente estudio fue analizar si los adultos mayores con ECNT modificaron sus hábitos de alimentación durante la pandemia por COVID-19 en el municipio de Umán, Yucatán. Los resultados mostraron cambios únicamente en alimentos ultraprocesados, lo cual coincide parcialmente con lo observado en otros países durante el confinamiento, aunque las direcciones de los cambios varían según las condiciones locales y el contexto sociocultural de cada población.

En el periodo en que se realizó este estudio, la pandemia ya se encontraba avanzada y existía evidencia internacional que señalaba que los adultos mayores constituían el grupo con mayor riesgo de complicaciones y mortalidad por COVID-19, especialmente aquellos con ECNT (24). Esta situación, ampliamente difundida en medios y comunicaciones oficiales, pudo funcionar como un incentivo para que los adultos mayores adoptaran modificaciones en su alimentación al percibir un riesgo elevado para su salud.

Asimismo, factores psicosociales asociados al confinamiento —como ansiedad, aislamiento, reducción en la movilidad y restricciones gubernamentales— han sido vinculados con cambios en los estilos de vida y en la elección de alimentos (24).

Los hallazgos encontrados en la investigación indican que durante el confinamiento el consumo de refrescos disminuyó, antes de la pandemia la ingesta diaria era de 23.63% y durante la pandemia reportó un 18.18%, lo que es diferente de lo publicado en un estudio publicado por Sudri E. & Andreatta M. en Argentina con población mayor de 18 años (24), donde refieren un aumento en el consumo de bebidas azucaradas. Por otro lado, en un estudio similar en población con Diabetes Mellitus no se reportaron modificaciones en el consumo de bebidas azucaradas (25). Esta diferencia puede atribuirse a patrones de compra distintos, así

como al hecho de que los adultos mayores dependían más de familiares o cuidadores para adquirir alimentos, además de seguir de manera estricta las recomendaciones gubernamentales de evitar visitas a tiendas o supermercados por ser una población vulnerable.

(26), aumentó el consumo de dulces y postres en el 39% de los hombres y 51,6% de las mujeres, es importante mencionar que los resultados de la investigación se debieron a la indicación que puso el gobierno para evitar que acudieran AM al supermercado o la tienda de conveniencia, por lo que posiblemente adquirir estos productos fue más complejo.

Además, con respecto al consumo de galletas se observó la reducción de este tipo de alimentos, estos datos van en relación con lo observado por un estudio publicado por Pérez-rodrigo en población española, el cual indica que las personas de 55 y más años de edad refieren haber reducido significativamente el consumo galletas, dulces, bollería y chocolate (27).

Por tanto, si bien durante el período de cuarentena una parte de esta población aumentó el consumo de estos alimentos nuestra investigación demuestra que los AM redujeron el consumo de estos alimentos ultra-procesados posiblemente debido a las restricciones que implementó el gobierno, indicando que los adultos mayores no podrían acudir a los tiendas o supermercados, ya que es una población vulnerable.

Por otro lado, el mantenimiento del consumo de alimentos básicos como frutas, verduras, lácteos, carne y leguminosas puede relacionarse con patrones alimentarios tradicionales ya establecidos en regiones semiurbanas como Umán. Durante el proceso de entrevista, varios participantes mencionaron que incrementaron la preparación de comidas caseras y recurrieron a comercios locales cercanos, lo que sugiere ajustes logísticos más que cambios profundos en su dieta habitual. Este comportamiento resulta congruente con la literatura que describe cómo, en México, la disponibilidad de alimentos densos en energía y ultraprocesados se ha incrementado en las últimas décadas (28). Como consecuencia de la pandemia disminuyó el consumo de

refrescos, pastelitos y dulces en AM por lo que en esta nueva normalidad es importante reforzar los cambios positivos de una alimentación más saludable y promocionar la compra de alimentos saludables en comercios locales.

Finalmente, los resultados deben interpretarse considerando las limitaciones del estudio. La muestra fue de conveniencia y no representó a toda la población adulta mayor del municipio. Además, la información se obtuvo en un solo momento de medición, mediante el recuerdo del consumo previo, lo cual puede introducir sesgos. Sin embargo, el acompañamiento durante la aplicación de los instrumentos y la estandarización del procedimiento aportaron calidad y consistencia a los datos obtenidos.

Se encontró en este grupo de participantes, modificaciones significativas en el consumo de alimentos industrializados, específicamente refrescos azucarados ($p=0.002$), pastelitos ($p=0.001$) y galletas ($p=0.005$), cuyo consumo disminuyó durante el periodo de confinamiento. De acuerdo con lo encontrado en este estudio resalta la importancia de fortalecer, en el periodo postpandemia, políticas públicas y programas comunitarios dirigidos a adultos mayores, que promuevan la educación alimentaria, el acceso a opciones saludables y la continuidad del acompañamiento nutricional, con el fin de mantener y reforzar los hábitos favorables identificados.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19) [en internet]. 2020 [citado 14 de octubre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
2. Hussain A, Bhowmik B, Cristina N. COVID-19 and Diabetes: Knowledge in Progress Diabetes Res Clin Pract. 2020;(January).
3. Nacional E. Dof: 25/03/2020. 2020;2–3. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590380&fecha=25/03/2020&print=tr ue
4. Serra-Valdés M. Las enfermedades crónicas no transmisibles y la pandemia por COVID-19. Revista Finlay [revista en Internet]. 2020 [citado 2021 May 21]; 10(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/846>
5. OMS Organización mundial de la salud. OMS | 10 datos sobre las enfermedades no transmisibles. [Internet] Marzo. 2013. [citado 24 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/
6. Villarreal Ángeles MA, Moncada Jiménez J, Ochoa Martínez PY, Hall López JA. Percepción de la calidad de vida del adulto mayor en México. Retos [Internet]. 2021 [citado el 3 de diciembre de 2025];(41):480–4. Disponible en: <https://doi.org/10.47197/retos.v0i41.58937>
7. Nieman DC. Coronavirus disease-2019: A tocsin to our aging, unfit, corpulent, and immunodeficient society. J Sport Heal Sci [Internet]. 2020;9(4):293–301. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2020.05.001>
8. Promislow DEL, Anderson R. A Geroscience Perspective on COVID-19 Mortality. Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci. 2020;75(9):e30–3.
9. INEGI. Nota técnica e la encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. [Internet]. 2019 [Citado 5 dic 2025]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/nota_tec_enadid_18.pdf
10. Salinas-Rodríguez A, Cruz-Góngora VD la, Manrique-Espinoza B. Condiciones de salud, síndromes geriátricos y estado nutricional de los adultos mayores en México. Salud Publica Mex. 2020;62(6):777–85.
11. Rojas LR. La mortalidad en los tiempos del COVID-19 y el envejecimiento demográfico en el Estado de México. 2020;5–9.

12. Salazar-Barajas ME, Salazar-González BC, Ávila-Alpírez H, Ordóñez JAG, Cerino JMR, Durán-Badillo T. Eating habits and physical activity in older adults with chronic disease. *Cienc y Enferm*. 2020;26:1–14.
13. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef. La mala alimentación está perjudicando la salud de la infancia mundialmente. [Internet]. [citado 24 de marzo de 2021]- Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/lamala-alimentaci%C3%B3n-est%C3%A1-perjudicando-la-salud-de-la-infanciamundialmente>
14. Denova-gutiérrez E, Lopez-gatell H, Alomia-zegarra JL, López-ridaura R, Barrientos-gutiérrez T. The Association of Obesity, Type 2 Diabetes, and Hypertension with Severe Coronavirus Disease 2019 on Admission Among Mexican Patients. 2020;28(10):1826–32.
15. ONU. Los Efectos de la COVID-19 en las Personas de Edad. Inf la ONU sobre COVID-19. 2020;1–20.
16. Fernández A, Agnetti C, Baez J, Caestano da Silva Lannes S, Medrano A. La importancia de los alimentos en tiempos de COVID-19. *Rev La Aliment Latinoam* [Internet]. 2020;6–23. Disponible en:: <http://alaccta.org/>
17. Manuel E, Somoza Z. Sobre las recomendaciones alimentarias nutricionales para la Covid-19 en la tercera edad. *Rev Cuba Aliment y Nutr* [Internet]. 2020;1:171–88. Disponible en:: <http://www.revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan>
18. Essalud. Adulto Mayor | CAM. 2018;(October). Disponible en:<http://www.essalud.gob.pe/adulto-mayor/>
19. Vique-sánchez JL, Galindo-hernández O, Vique-sánchez JL. México con alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y factores de riesgo que favorecen desarrollar COVID-19. *Nutr clínica y Dietética Hosp*. 2021;41(1):55–60.
20. Saleem A, Appannah A, Meyer C, Hutchinson AM, Mills A, De Villiers Smit, Boyd L, Rose M, Sutherland F, O'Keefe F, et al. Una exploración cualitativa de los desafíos que supone reclutar a adultos mayores para Being Your Best, una intervención holística codiseñada para gestionar y reducir la fragilidad: lecciones aprendidas en medio de la pandemia de COVID-19 en Melbourne, Australia. *BMJ Open* [Internet]. 2024;14(5):e082618 [citado el 3 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/14/5/e082618>
21. Giovannelli C. Umán [Internet]. Nuestro México. 2021 [cited 2021 May 20]. Available from: <http://www.nuestromexico.com/Yucatan/Uman/#:~:text=La%20poblaci%C3%B3n%20total%20del%20Municipio,son%20masculinos%20y%2026572%20femeninas.>
22. Norte Navarro A, Ortiz Moncada R, Ortiz R. Calidad de la dieta española según el índice de alimentación saludable. *Nutr Hosp*. [Internet]. 2011; 26(2):330–6. Available from: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/4630.pdf>
23. Lendecky Grajales AC, Barradas Castillo MR, Andueza Pech G, Marín Cárdenas AD, Castillo Carrillo NL. Índice de alimentación saludable y su relación con el índice de masa corporal en los estudiantes de la universidad de los mayores de la Universidad Autónoma de Yucatán. *Cienc Hum Salud*. 2025;12(1):17–27.
24. Sudri E, Andreatta M, Defag D. Los efectos de la cuarentena por coronavirus (COVID - 19) en los hábitos alimentarios en Argentina. :10–9. Available from: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/114882>
25. Knott-torcal C, Matilla-escalante DC. COVID-19 Lockdown and Changes of the Dietary Pattern and Physical Activity Habits in a Cohort of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. Available from:

<https://www.mdpi.com/2072-6643/12/8/2327/htm>

26. Villaseñor-López K, Jimenez Garduño A, Ortega Regules A, Islas Romero L, González Martínez O, Silva Pereira T, et al. Cambios en el estilo de vida y nutrición durante el confinamiento por SARS-CoV-2 (COVID-19) en México: Un estudio observacional. *Rev Esp Nutr Hum Diet* [Internet]. 2021;25(2):1099.
27. Pérez-rodrigo C, Citores MG, Bárbara GH, Litago FR, Casis L, Aranceta-bartrina J, et al. Cambios en los hábitos alimentarios durante el periodo de confinamiento por la pandemia COVID-19 en España. 2020;26(2).
28. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva:World Health Organization, 2000