

Estilos de vida de adultos en cuarentena total y cuarentena parcial, durante la pandemia por COVID-19

Lifestyles in adults in total quarantine and partial quarantine, during the COVID-19 pandemic

*Bastían Parada-Flores, *César Faúndez-Casanova, *Nadia Cruz-Hidalgo, **José Díaz-Riquelme,

**Fredy Muñoz-Muñoz, *Marcelo Castillo-Retamal

*Universidad Católica del Maule (Chile); **Universidad de Talca (Chile)

Resumen. La estrategia de contención de la pandemia implementada en el país en sus primeros meses consideró mantener a la población en cuarentena preventiva, ya sea total (CT) o parcial (CP). El estudio tuvo como objetivo determinar las diferencias y semejanzas entre los estilos de vida (EV) de adultos en CT y CP, durante la pandemia por COVID-19. Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal comparativo. Participaron 400 adultos de 20 a 59 años de edad, de la zona central del país, seleccionados con un muestreo no probabilístico por conveniencia utilizando diferentes redes de comunicación virtual. Los EV se evaluaron con el Cuestionario FANTASTICO. Se utilizó la prueba t student y U Mann-Whitney para comparar los grupos CT y CP; y la *d* de Cohen para medir el tamaño del efecto. Los principales resultados fueron que ambos grupos reportaron niveles moderados y altos de EV, destacando la ausencia total de EV Peligroso. En términos comparativos, el grupo CP presentó mejores puntajes de EV de manera general y a nivel específico en los dominios de Asociatividad y actividad física, Nutrición, Tabaco, Alcohol y otras drogas, Sueño y estrés, Introspección y Otras conductas; todos con tamaños del efecto pequeños. Se concluye que los adultos en CP presentan EV más saludables que quienes se encuentran en CT. Se deduce que las condiciones propuestas por la CT afectan negativamente los EV saludables en personas adultas.

Palabras clave: Estilo de vida, Cuarentena total, Cuarentena parcial.

Abstract. The pandemic containment strategy implemented in the country in its first months considered keeping the population in preventive quarantine, either total (CT) or partial (CP). The study aimed to determine the differences and similarities between the lifestyles (EV) of adults in CT and CP, during the COVID-19 pandemic. A comparative cross-sectional descriptive study was carried out. Four hundred adults from country's central zone, aged between 20 to 59 years were selected with a non-probabilistic sampling for convenience using different virtual communication networks. The EV were assessed by the FANTASTIC Questionnaire. Student's t-test and Mann-Whitney U test were used to compare the CT and CP groups; and Cohen's *d* to measure effect size. The main results were that both groups reported moderate and high levels of EV, highlighting the total absence of Dangerous EV. In comparative terms, the CP group presented better EV scores in general and at a specific level in the domains of Associativity and physical activity, Nutrition, Tobacco, Alcohol and other drugs, Sleep and stress, Insight and Other behaviors; all with a small effect size. It is concluded that adults in PC have healthier EV than those in CT. It is deduced that the conditions proposed by CT negatively affect healthy EV in adults.

Key words: Lifestyle, Total quarantine, Partial quarantine.

Fecha recepción: 21-04-22. Fecha de aceptación: 24-02-23

César Faúndez-Casanova

cfaundez@ucm.cl

Introducción

La tendencia de los estilos de vida en el ámbito de la salud ha tenido más impacto en esta área. Desde mediados del siglo pasado el estudio de la conducta de vida de las personas ha tomado relevancia, sobre todo cuando se refiere a sus hábitos como determinantes de su salud. Sobre la filosofía del modelo biomédico, desde este paradigma, la comunidad médica defendía que las personas practican estilos de vida insanos por su propia voluntad. Es decir, este modelo no reconocía la importancia del contexto social y de los factores psicológicos como condicionantes de la adquisición de los estilos de vida (Mechanic, 1979).

El estilo de vida es el conjunto de patrones de comportamiento que determinan la forma de vivir, así como las interacciones sociales, la situación socioeconómica y el entorno ambiental (Nutbeam, 1998)

Por otra parte, los estilos de vida saludable aluden a patrones de comportamiento orientados a promover, proteger y potencializar la salud de los individuos. Se refiere, por tanto, a hábitos, creencias y actitudes que se construyen contextualizadamente para crear como estrategias emergentes, protectoras de la salud en el sentido amplio

del término (Grimaldo, 2012). Así mismo, tales pautas comportamentales se aprenden y se consolidan en el marco de una constante interacción entre el individuo y su entorno. En este sentido, los estilos de vida saludable no se conciben como un constructo estático ni inmutable, por el contrario, implica procesos de socialización y de retroalimentación acordes con las características y dinámicas tanto de su entorno como de sus condiciones socioculturales, económicas y políticas (Giraldo, et al., 2010), es decir, la conducta que asociamos a un estilo de vida, se expresa de acuerdo a las necesidades personales. Comienzan a modelarse desde la infancia, en el núcleo familiar, y están involucrados en ellos creencias, valores, tradiciones, actitudes, ambiente psicosocial y nivel económico (Ubilla & Zabala, 2003).

Además, en el escenario mundial, aunque distante de nuestra vida cotidiana, el comienzo de 2020 se caracterizó por un brote de una neumonía causada por una variación del coronavirus, cuyo primer caso se informó en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, China. El aumento en el número de casos caracterizó rápidamente la infección como un brote, de modo que, a fines de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la situa-

ción como una emergencia de salud pública de interés internacional (Oliveira, et al., 2020), y posteriormente, en el mes de marzo, se declara como pandemia lo cual tiene una connotación diferente, afectando directamente los estilos de vida de todas las personas (W.H.O. 2020).

A partir de lo anterior, las actividades habituales de la población adulta mostraron modificaciones en su accionar, básicamente debido a las medidas y/o restricciones establecidas por los respectivos gobiernos en el ámbito laboral y cotidiano. En el contexto de cuarentena nacional, el confinamiento resulta muy aburrido y desgastante entre las personas, el interrumpir las rutinas y actividades de ocio que se realizaban para mantenerse bien (hacer ejercicio) puede incentivar algunas actividades nocivas que pueden empeorar las cosas (beber más alcohol) que sin duda afectaron parámetros que influyen en la calidad de vida, como la salud y a su vez, una menor capacidad para afrontar el estrés generado por esta situación (Zamarripa et al., 2021; Magaz-González et al., 2022).

Los informes noticiosos registraron un aumento de personas infectadas, muertes y una alta tasa de contaminación en Wuhan, donde las primeras medidas de control incluyeron la suspensión del transporte público, el cierre de lugares de entretenimiento, la prohibición de reuniones públicas, la limpieza de edificios, calles y restricciones obligatorias en el hogar para todos los ciudadanos (Oliveira et al., 2020). Estas medidas se han replicado en diferentes países, incluyendo a Chile, lo cual, con la recomendación de aislamiento social, ha provocado tener un grupo de la población en cuarentena total (CT) y otro grupo en cuarentena parcial (CP), sin embargo, es muy poca la información científica que se tiene respecto a la relevancia que pudiese tener dicha condición en la vida y en la salud de los adultos chilenos.

Se considera cuarentena total (CT) al confinamiento en la residencia de los ciudadanos, restringiendo la movilidad de la población, para disminuir la interacción social (con objeto de evitar la expansión del virus), pudiendo realizar algunas actividades al exterior de sus domicilios bajo un permiso especial para aquello. La cuarentena parcial (CP) se define como una restricción de actividades que se realizan habitualmente fuera del domicilio aplicando conductas de resguardo en ellas. Ambas pueden ser voluntarias u obligatorias, dependiendo del nivel de contagio o contacto con personas infectadas o potencialmente infectadas (Sánchez-Villena y de la Fuente-Figuerola, 2020)

Cerca del año 500 a.C., Hipócrates, filósofo griego y fundador de la medicina moderna, se refirió a la idea de vida saludable al sugerir que para mantenerse bien bastaría con evitar comer demasiado o trabajar demasiado poco. A lo anteriormente mencionado podríamos incluir: no fumar, no beber demasiado alcohol, reducir las enfermedades mentales como la depresión, el estrés y la ansiedad, no consumir demasiados fármacos, evitar el sedentarismo, desayunar, dormir bien, entre otros (Egger, et al., 2017).

A pesar de lo expuesto por Hipócrates, los orígenes del concepto de estilo de vida, según revisiones históricas

como las realizadas por Ansbacher (1967), Abel (1991); y Coreil, Levin y Jaco (1992), se remontan a finales del siglo XIX y las primeras aportaciones al estudio de este concepto fueron realizadas por filósofos como Karl Marx y Max Weber. Estos autores ofrecieron una visión sociológica del estilo de vida, enfatizando los determinantes sociales de su adopción y mantenimiento de este. Desde la orientación sociológica, la mayoría de definiciones convergen al atender el estilo de vida como un patrón de actividades o conductas que los individuos eligen adoptar entre aquellas que están disponibles en función de su contexto social.

Para López (2011), el estilo de vida es un conjunto de conductas que se van desarrollando a lo largo de la vida del ser humano a causa de la influencia de diversos ámbitos como lo son la familia, amigos y medios de comunicación, las cuales se expresan en la vida diaria y, por lo tanto, caracterizan la manera de vivir y de ser, de toda persona. Es por ello que existen en nuestra vida factores perjudiciales como el consumo de alcohol, tabaco y sedentarismo. Por otra parte, están los factores protectores que son la actividad física y calidad de vida percibida que determinan nuestros hábitos y estilos de vida.

Según Guerrero y León (2010), un estilo de vida no solo comprende la conducta visible de la persona que está determinada por distintos enfoques sociales y educativos, sino que, además, las formas de conocer, de aprender, el conocimiento que adquiere cada uno y de la realidad en la que vive. Para tal visión, se debe examinar y atender a la persona en una dimensión holística, es decir, que se combine el cuidado en sus distintas dimensiones, físico, emocional, espiritual y social.

Como se mencionó anteriormente, el estilo de vida comprende diversas dimensiones, entre las cuales destacan la actividad física, el sedentarismo y la alimentación.

En relación a la actividad física, Morgan (2001) sugiere que las personas no la practican de manera suficiente porque no consideran un buen propósito para estar activos, pues antiguamente esta se asociaba a la supervivencia, sin embargo, actualmente el significado se reduce al interés propio, lo que explicaría la baja adherencia a una prescripción de ejercicio físico (citado en Egger et al, 2017)..

En este contexto, entenderemos el sedentarismo, según lo explica Cristi-Montero et al (2015), como actividades asociadas a un gasto energético inferior a 1,5 METs (MET = equivalente metabólico basal; 1 MET = $\sim 3,5 \text{ ml.kg}^{-1}.\text{min}^{-1}$), como por ejemplo, ver televisión, estar sentado o conducir. Es importante destacar que ha emergido como otro relevante e independiente factor de riesgo vinculado al desarrollo de la obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares, cáncer y mortalidad (Celis-Morales et al., 2016), con lo cual se suma, junto a una inadecuada alimentación, un estrés mental, inactividad física y otros, a una condición no saludable para nuestro organismo.

Por otro lado, el acto de alimentarse constituye una conducta que influye en la cantidad y el tipo de alimentos ingeridos. Con respecto a la nutrición como factor clave

en la salud de las personas, es una ciencia joven que va cambiando continuamente. Hoy en día resulta relevante mantener una buena nutrición, ya que nos permitirá resguardarnos de factores de riesgo como la obesidad y así mantener un control en nuestro peso corporal. Bajo esta premisa se hace relevante desarrollar hábitos de conducta alrededor del acto de beber y comer, sobre todo en la actualidad, donde la comida rápida e hipercalórica, el exceso de sal y azúcar, entre otros, están al alcance de la mano.

Conductas como el ejercicio y el trabajo físico mencionadas anteriormente, la interacción social, el descanso adecuado, entre otras, se han alejado de la cotidianidad, afectando el bienestar, la condición física y calidad de vida de las personas, pudiendo llegar a constituirse como factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, al englobar todas aquellas decisiones o actitudes que podrían repercutir sobre nuestra salud mental y física (Egger et al, 2017). A estos hábitos no saludables pertenece el consumo alto en grasas, de alcohol, de sustancias tóxico-adictivas y tabaco, representando una situación de alto riesgo social, económico y de salud. Por esta razón, se hace necesario conocer de manera clara y abierta sus riesgos, para contrarrestar la falta de interés y asumir la responsabilidad de manera compartida, concentrando los esfuerzos en el autocuidado, la educación y prevención, más que en la cura o tratamiento de enfermedades.

La mayoría de los autores que exponen sobre la etiología de las enfermedades crónicas hablan de tabaquismo, una nutrición deficiente, la inactividad física, el exceso de peso y el consumo de alcohol como los determinantes evitables dominantes (Katz, 2014). Sin embargo, existen factores de índole social, cultural, laboral y ambiental, que interaccionan entre sí e inciden de manera considerable en los estilos de vida de las personas (Hammed en Egger et al, 2017).

En nuestro país, a pesar de la gran difusión de información y recomendaciones que se entregan en los servicios de salud y a través de los medios de comunicación masivos, aún persiste una baja adherencia a estilos de vida saludable en la población en general (Galdámez, et al., 2018).

Por otra parte, la pandemia Covid-19 golpeó fuertemente a nivel global en el mes de marzo del año 2020 y trajo consigo diversas consecuencias que afectaron las múltiples dimensiones de la vida cotidiana, alterando el desarrollo de relaciones sociales y se ha establecido un período de aislamiento social, que supone una modificación en las actividades habituales de las personas (Almonacid et al., 2021). Este aislamiento social se puede dar en una condición de cuarentena total (CT), que según el Gobierno de Chile (2020), es cuando los habitantes permanecen en sus domicilios habituales hasta que la autoridad disponga lo contrario, exceptuando algunas situaciones puntuales o emergentes; o bien, a una cuarentena parcial (CP), en donde las personas llevan a cabo sus actividades cotidianas y laborales de manera regular, dentro de lo permitido, cumpliendo con ciertos resguardos. En Chile,

actualmente son pocas las comunas donde se ha impuesto a nivel gubernamental la CT, sin embargo, hay una parte de la población que, de igual manera, ha optado por un confinamiento total.

Según Torales et al., (2020), dentro del contexto de pandemia por COVID-19, indican que el aislamiento social puede afectar la salud mental y la calidad de vida de la población en general. Asimismo, Shigemura et al., (2020), reportan que las primeras respuestas emocionales de las personas incluyen miedo e incertidumbre extrema. Además, dado el miedo y percepciones distorsionadas de riesgo y consecuencias dañinas, se informa de comportamientos sociales negativos. Por consiguiente, estos estados y conductas pueden dar pie a problemas en salud mental pública (reacciones de angustia, insomnio, ira y miedo extremo a la enfermedad), incluso en personas no expuestas; y de comportamientos riesgosos para la salud como mayor uso de alcohol, tabaco, aislamiento social, trastornos específicos como trastorno de estrés postraumático, trastornos de ansiedad y depresión.

Por lo tanto, el efecto de esta enfermedad está vinculado al comportamiento de los sujetos, y a la necesidad de cambios en las actividades habituales. Este comportamiento, que está estrechamente ligado a las cogniciones, emociones, factores sociales y culturales, debe ser incorporado en los análisis que se hagan a futuro, en las campañas de prevención y en la promoción de la Salud (Garfin et al., 2020). Por lo cual es objetivo de este estudio fue determinar las diferencias y semejanzas entre los estilos de vida de adultos en cuarentena total y cuarentena parcial, durante la pandemia por COVID-19.

Material y métodos

El presente estudio fue de tipo descriptivo, comparativo, de corte transversal, desarrollado en los meses de noviembre y diciembre del año 2021. La variable dependiente fue el estilo de vida (EV), mientras que las variables independientes fue la condición de cuarentena total (CT) y cuarentena parcial (CP).

La población fue conformada por adultos de entre 20 y 59 años de edad, que se encontraban en condiciones de CT o CP durante la actual pandemia por COVID-19; y residían en las comunas de Talca, Linares, Rancagua o Machalí.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia para establecer la muestra a partir de los casos disponibles a los cuales los investigadores tenían acceso (Battaglia, et al., 2008), utilizando diferentes redes de comunicación virtual, tales como Facebook, Instagram, WhatsApp y Correo electrónico.

Asimismo, para favorecer la homogeneidad de la muestra se conformaron dos grupos de igual número de participantes: el grupo CT, con 200 individuos que se encontraban en cuarentena total; y el grupo CP, con 200 individuos que estaban en condición de cuarentena parcial. Asimismo, en cada grupo se establecieron dos subgrupos por

edad: grupo A, con adultos de 20 a 39 años; y grupo B, con adultos de 40 a 59 años. Se aleatorizo la selección de los participantes de manera que, tanto los grupos como los

subgrupos se conformaron de un 50% hombres y 50% mujeres (ver Figura. 1)

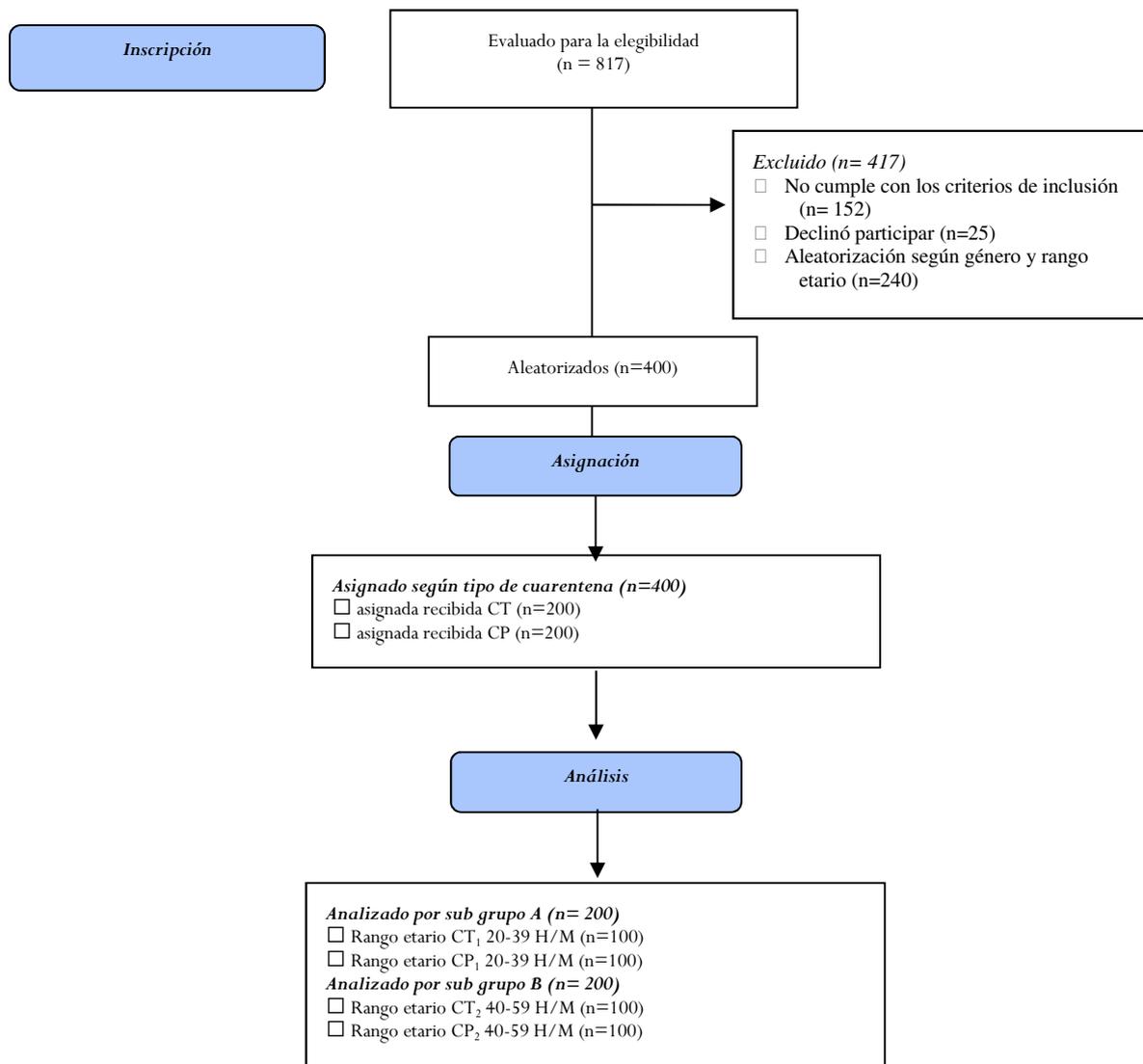


Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de la muestra

Los criterios de elegibilidad fueron los siguientes: Adultos (hombres y mujeres) de entre 20 y 59 años de edad, con residencia en las comunas de Talca, Linares, Rancagua o Machalí, desde al menos 5 meses; que se encontraban en condición de CT o bien, en CP, y que se encontraran en fase de transición según MINSAL, (2021), en el cual se permitía reuniones sin interacción y en espacios cerrados, como son los foros o congresos, de 50 personas de aforo máximo, mientras en espacios abiertos, el aforo llegará hasta 100, en ambos casos se debía contar con el Pase de Movilidad.

La selección de estas redes de comunicación virtual como herramienta de investigación se justificó con el fuerte incremento de su uso durante la actual pandemia (Malvesí, 2020). Asimismo, se ha demostrado su eficacia en estudios similares (García, et al., 2018), debido a su rápida aplicabilidad y su efectividad para incrementar el alcance geográfico y el tamaño de la muestra (Baltar & Gorjup, 2012).

Instrumentos de recolección de datos

Se utilizó el Cuestionario FANTASTICO, un instrumento elaborado para evaluar los estilos de vida en adultos y adultos mayores, diseñado en 1984 por el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Hamilton, Ontario, Canadá, con el fin de obtener una herramienta eficaz que permita medir dicha variable en una población en particular. En su versión original contiene 9 dimensiones y 25 preguntas, pero el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud Vida, Chile, realizó una adaptación y validó un formato de 10 dimensiones y 30 preguntas (Lange & Vio, 2006), de modo que los dominios son los siguientes: Familiares y amigos; Asociatividad y actividad física; Nutrición; Tabaco; Alcohol y otras drogas; Sueño y estrés: Trabajo y tipo de personalidad; Introspección; Control de la salud y conducta sexual; y Otras conductas.

Cada pregunta tiene una puntuación de 0 a 2, en escala tipo Likert. La puntuación total del instrumento puede

variar de 0 a 120; de acuerdo a esta cifra, los estilos de vida se califican como *Peligroso* (0 a 46 pts.), *Algo bajo* (47 a 72 pts.) *Adecuado* (73 a 84 pts.), *Buen trabajo* (85 a 102 pts.) o *Fantástico* (103 a 120 pts.). Se creó una versión online de este cuestionario para ser enviado a los participantes en forma de link a través de diferentes redes de comunicación virtual.

La plataforma utilizada fue Google Forms, una herramienta digital gratuita elaborada por la compañía Google para la administración de cuestionarios virtuales que permiten recabar información de manera anónima y segura desde los participantes. Su política de seguridad consiste en la protección del almacenamiento y la transferencia de los datos, mediante el sistema de seguridad de Google Safe Browsing, que encripta la información transferida con capas de seguridad HTTPS y TLS; y detecta, advierte, notifica y bloquea la presencia de spam, phishing y cualquier tipo de software malicioso que pueda afectar la administración de los datos.

La vinculación de Google Forms con Gmail permite que los datos entregados por los participantes lleguen directamente al correo electrónico del investigador principal, siendo protegidos por el mismo sistema de seguridad.

Asimismo, en cuanto a la política de privacidad de Google Forms, en su Informe de Transparencia se declara la prohibición de entregar información a ningún otro usuario ni entidad gubernamental.

Mediante esta plataforma se creó el instrumento de recolección de datos, para medir el EV de adultos chilenos durante el período de cuarentena sanitaria.

Procedimientos

Se generó un link con un breve resumen del estudio, el consentimiento informado y el cuestionario FANTASTICO; y se invitó de manera controlada (a 400 individuos que cumplieron con los criterios de elegibilidad), vía correo electrónico y redes sociales (Facebook, Instagram y WhatsApp). Por conveniencia de los investigadores se seleccionaron sujetos de las comunas de Talca, Linares, Rancagua y Machalí, que cumplieron con las condiciones de CT o CP durante la actual pandemia. Asimismo, se seleccionaron los participantes considerando las características establecidas para la muestra en cuanto al número de individuos por grupo, subgrupos, sexo y edad, con el fin de favorecer la homogeneidad de esta.

Quienes decidieron participar del estudio tuvieron que aceptar un consentimiento informado incorporado en el link, en el cual se detallan los términos y condiciones, y se consulta por la participación voluntaria mediante las opciones "Aceptar" o "Cancelar" todo esto guiado por los resguardos éticos de la declaración de Helsinki expuestos en los documentos del Comité de Ética de la Universidad Católica del Maule (140/2020). Al aceptar los términos avanzaban a la sección de ingreso de datos referentes al sexo, edad, región y zona de residencia y su temporalidad, situación laboral, y tipo de cuarentena (total o parcial) que lleva a cabo durante la pandemia.

Posteriormente, respondieron el cuestionario online y los resultados quedaron registrados de manera anónima en una plataforma Excel vinculada al correo electrónico del investigador principal. De esta manera, se obtuvo la información referente a la puntuación total, por dominio y por ítem, de cada participante. Estos resultados fueron enviados a cada participante junto con las recomendaciones generales de actividad física y el régimen alimentario de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), en un plazo de 7 días, por lo cual tuvieron que registrar un correo electrónico para su recepción. Los participantes que no tenían correo electrónico o simplemente quisieron recibir la respuesta mediante otro medio, se contactaron con el investigador principal para solicitar esta información

Selección de los datos

Los datos que se utilizaron en este estudio fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de elegibilidad mencionados anteriormente. Mientras que los datos de quienes no cumplieron con estas condiciones fueron apartados del análisis de resultados, pero quedaron guardados en caso de que los participantes los soliciten. Cabe destacar, que todos los participantes recibieron sus resultados de manera individual, independientemente del cumplimiento o incumplimiento de los criterios de elegibilidad.

Los datos seleccionados se distribuyeron en los grupos CT y CP de acuerdo al reporte de los propios participantes, de manera que, los sujetos que indicaron encontrarse realizando sus actividades cotidianas y laborales resguardados en su hogar, saliendo sólo para situaciones puntuales o emergentes, se clasificaron en el grupo CT; mientras que los que declararon realizar sus actividades cotidianas y laborales de manera regular, dentro de lo permitido, cumpliendo con ciertos resguardos, se clasificaron en el grupo CP. Finalmente, se realizaron los análisis correspondientes.

Almacenamiento de los datos

Los datos fueron almacenados automáticamente en una planilla Excel con un código de identificación para cada participante, el cual consistió en la fecha y hora que respondieron el cuestionario (Ejemplo: 29-07-2020 18:25:20), con el fin de mantener el anonimato. Estos datos fueron resguardados de manera digital, únicamente en el computador del investigador principal, bajo contraseña; y se creó respaldo físico, en caso de algún evento de intromisión cibernética.

Análisis Estadístico

Los datos fueron tabulados y analizados con el programa Microsoft Excel 16.0. Se utilizó estadística de tipo descriptiva para analizar la distribución de frecuencias, medias y desviación estándar.

Se utilizó estadística de tipo inferencial para verificar la normalidad de los datos, mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Asimismo, para verificar si hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo CT y el grupo CP respecto a cada dominio del cuestionario, se aplicó

la prueba *t student* para muestras independientes, en los datos normales; y para los datos sin normalidad, se utilizó el test de *U Mann-Whitney*.

Finalmente, para determinar el tamaño del efecto se utilizó la prueba *d* de *Cohen*, valorando los resultados con un efecto pequeño (0,2), moderado (0,5) o grande (0,8), según corresponda. El nivel de significancia establecido para los test fue de $<0,05$.

Resultados

La muestra total fue de 400 participantes con edades comprendidas entre los 20 y 59 años y un promedio de

En términos generales, los resultados obtenidos mediante el Cuestionario FANTASTICO reportaron niveles moderados y altos de EV en todos los subgrupos, destacando la ausencia total de un EV Peligroso. En ambos grupos en CP se presentó una predominancia del EV denominado Buen Trabajo, mientras que en los grupos en CT fue más frecuente el nivel Adecuado. El grupo de mayor riesgo es el CT2, conformado por adultos de 40 a 59 años de edad en condición de CT, mientras que los mejores niveles se presentaron en CP2, por adultos en CP de similar rango etario (ver Figura 2).

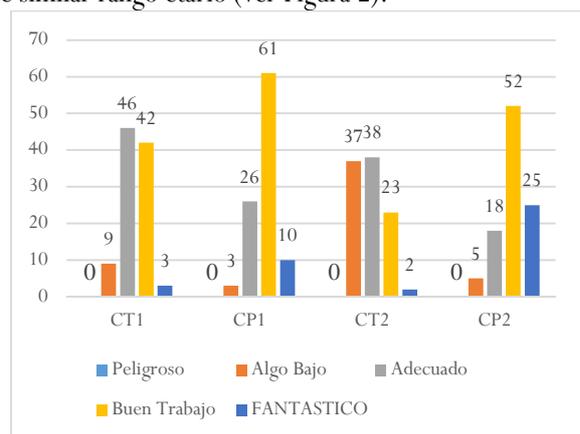


Figura 2. Distribución de los niveles de EV por subgrupos.

Tabla 2.

Comparación de los EV entre CT versus CP (n = 400)

	CT	CP	CT vs CP	
	(n = 200)	(n = 200)	p-valor	Tamaño del efecto
Familia y amigos	3,34±0,94	3,32±1,04	0,745	0,01
Asociatividad y actividad física	3,30±1,68	4,12±1,38	0,000***	-0,25
Nutrición	3,34±1,46	3,77±1,51	0,008**	-0,14
Tabaco	2,60±1,31	3,39±1,09	0,000***	-0,31
Alcohol y otras drogas	8,88±3,00	10,98±1,06	0,000***	-0,42
Sueño y estrés	3,79±1,53	4,47±1,33	0,000***	-0,23
Trabajo/tipo de personalidad	3,84±1,16	4,03±1,22	0,089	-0,07
Introspección	3,85±1,31	4,30±1,32	0,001***	-0,16
Control de salud y conducta sexual	3,86±1,38	3,99±1,32	0,343	-0,04
Otras conductas	3,62±0,68	3,82±0,48	0,001***	-0,16
Puntuación total	80,79±11,4	92,33±10,9	0,000***	-0,45

Nota: CT: Cuarentena Total; CP: Cuarentena Parcial; DE: Desviación estándar; *: $p<0,05$; **: $p<0,01$; ***: $p<0,001$.

Tabla 3.

Comparación de los EV entre CT vs CP del grupo etario de 20 a 39 años (n = 200).

	CT ₁	CP ₁	CT ₁ vs CP ₁	
	(n = 100)	(n = 100)	p-valor	Tamaño del efecto
Familia y amigos	3,39±0,87	3,34±1,01	0,955	0,02
Asociatividad y actividad física	3,43±1,62	4,04±1,25	0,008**	-0,20

38,1±11. Se conformaron cuatro subgrupos de 100 participantes cada uno, según rango etario y tipo de cuarentena. Todos los subgrupos fueron conformados en un 50% por hombres y 50% mujeres (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Descripción de la muestra por subgrupos.

Subgrupo	CT ₁	CP ₁	CT ₂	CP ₂
Tipo de cuarentena	Total	Parcial	Total	Parcial
Rango etario (años)	20-39	20-39	40-59	40-59
n (H/M)	100 (50/50)	100 (50/50)	100 (50/50)	100 (50/50)
Edad±DE	28±5,2	28,4±4,5	48,4±5,6	48±5

Nota: CT: Cuarentena total; CP: Cuarentena parcial; H: Hombres; M: Mujeres; n: Tamaño de la muestra; DE: Desviación estándar.

En la comparación de los EV entre adultos en CT versus adultos en CP se reportaron valores significativamente mayores en la Puntuación Total del grupo CP ($p=0,000$). Asimismo, la tendencia se mantuvo en los dominios de Asociatividad y actividad física ($p=0,000$), Nutrición ($p=0,008$), Tabaco (0,000), Alcohol y otras drogas (0,000), Sueño y estrés ($p=0,000$), Introspección ($p=0,001$) y Otras conductas (0,001), aunque todos con tamaños del efecto pequeños. En las categorías restantes, no se presentaron diferencias significativas (ver Tabla 2).

Algo similar se presentó en el rango etario de 20 a 39 años, donde los sujetos en CP reportaron una puntuación significativamente mejor, tanto a nivel global de EV ($p=0,000$), como en los dominios de Asociatividad y actividad física ($p=0,008$), Nutrición ($p=0,04$), Tabaco ($p=0,000$), Sueño y estrés ($p=0,006$), y Otras conductas ($p=0,05$); aunque sólo con tamaños del efecto pequeños (ver Tabla 3).

Asimismo, en el rango etario de 40 a 59 años se presentaron diferencias significativas en casi todos los dominios, con excepción de Familia y amigos y Nutrición, con mejores puntuaciones en el grupo CP2 por sobre CT2, destacando un tamaño del efecto mediano en la Puntuación total y en el dominio Alcohol y otras drogas (ver Tabla 4).

Nutrición	3,28±1,42	3,71±1,58	0,040*	-0,14
Tabaco	2,66±1,29	3,50±0,96	0,000***	-0,34
Alcohol y otras drogas	10,28±1,64	10,74±1,07	0,131	-0,16
Sueño y estrés	3,89±1,42	4,47±1,22	0,006**	-0,21
Trabajo/tipo de personalidad	3,87±1,26	3,90±1,23	0,719	-0,01
Introspección	4,00±1,37	4,27±1,31	0,182	-0,10
Control de salud y conducta sexual	3,84±1,35	3,71±1,29	0,525	0,04
Otras conductas	3,57±0,71	3,76±0,51	0,054*	-0,08
Puntuación total	84,42±9,38	90,88±10,28	0,000***	-0,31

Nota: CT: Cuarentena Total; CP: Cuarentena Parcial; DE: Desviación estándar; *: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$.

Tabla 4.

Comparación de los Estilos de Vida entre adultos en CT vs CP del grupo etario de 40 a 59 años ($n = 200$).

	CT ₂	CP ₂	CT ₂ vs CP ₂	
	($n = 100$)	($n = 100$)	p-valor	Tamaño del efecto
Familia y amigos	3,28±1,00	3,29±1,06	0,697	-0,00
Asociatividad y actividad física	3,16±1,73	4,20±1,51	0,000***	-0,30
Nutrición	3,40±1,50	3,83±1,45	0,076	-0,14
Tabaco	2,54±1,32	3,27±1,19	0,000***	-0,27
Alcohol y otras drogas	7,48±3,38	11,22±1,01	0,000***	-0,59
Sueño y estrés	3,68±1,63	4,47±1,44	0,001***	-0,24
Trabajo/tipo de personalidad	3,81±1,05	4,16±1,20	0,040*	-0,15
Introspección	3,69±1,24	4,32±1,33	0,001***	-0,23
Control de salud y conducta sexual	3,88±1,43	4,26±1,29	0,50*	-0,13
Otras conductas	3,66±0,65	3,87±0,44	0,003**	-0,18
Puntuación total	77,16±12,2	93,78±11,5	0,000***	-0,57

Nota: CT: Cuarentena Total; CP: Cuarentena Parcial; DE: Desviación estándar; *: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$.

Discusión

Los EV están directamente relacionados con el bienestar de las personas y tienen directa relación con los factores de riesgo y de protección que estas presentan. Según La Carta de Ottawa (1986) para la promoción de la salud, los EV son componentes fundamentales de intervención para el desarrollo de una vida saludable, ya que se originan en el marco de la vida cotidiana y son el resultado de los cuidados que el ser humano se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia. Sin embargo, debido a la pandemia por COVID-19, esta toma de decisiones se ha visto afectada por las medidas y restricciones establecidas a nivel gubernamental, tanto para el ámbito cotidiano como laboral, en el contexto de cuarentena nacional; lo cual ha modificado rápidamente las conductas cotidianas de la población en general, ya que una de las estrategias públicas dirigidas a reducir las tasas de contagios ha sido el confinamiento en casa, también denominado cuarentena total (CT).

En términos generales, el principal hallazgo de este estudio reportó niveles de EV moderados y altos en todos los subgrupos, siendo más frecuente las categorías *Adecuado* y *Buen trabajo* y destacando la ausencia total de un EV *Peligroso*. Asimismo, los resultados provenientes del análisis comparativo realizado entre los sujetos en CP versus CT, arrojaron puntuaciones significativamente más bajas en este último grupo en el EV general y en los dominios de *Asociatividad y actividad física*, *Nutrición*, *Tabaco*, *Alcohol y otras drogas*, *Sueño y estrés*, *Introspección* y *Otras conductas*; mientras que en las categorías restantes no hubo diferencias. Es decir, los participantes en confinamiento total demostraron niveles más bajos de EV respecto a los sujetos resguardados de manera parcial, de lo que se puede hipotetizar que las condiciones de la CT pudieron haber incidi-

do perjudicialmente en estos resultados.

En el análisis por subgrupos los sujetos que presentaron las puntuaciones más bajas en sus EV fueron quienes se encontraban en CT y se situaban en el rango etario de 40 a 59 años (subgrupo CT₂); mientras que los niveles más altos se reportaron en CP₂, es decir, en adultos de similar edad, pero en condiciones de confinamiento parcial. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($77,16 \pm 12,2$ versus $93,78 \pm 11,5$; $p = 0,000$).

Lo anterior se asemeja a lo planteado por Taylor, Agho, Stevens y Raphael (2008), quienes indican que la restricción de la movilidad, las dificultades para obtener los suministros necesarios para la vida diaria, las posibles pérdidas económicas y el acceso a información conflictiva e inadecuada en internet, pueden actuar como un factor de estrés psicosocial que afecta negativamente los EV en personas adultas; algo que se reflejó en los resultados obtenidos de la comparación entre los grupos y subgrupos en CT y CP.

Roy et al., (2020) afirman que las medidas del confinamiento total implican algunos riesgos para la salud, tales como alteraciones del sueño, incremento de la ansiedad y el estrés, además de un empeoramiento de la condición física. Esto se relaciona con las puntuaciones obtenidas en el dominio de *Sueño y estrés*, donde el grupo CT fue significativamente inferior a CP ($3,79 \pm 1,53$ versus $4,47 \pm 1,33$; $p = 0,000$). Por otro lado, respecto a la condición física, si bien en el presente estudio no se midió este aspecto como tal, la valoración del dominio de *Asociatividad y actividad física* puede ser un indicador interesante para conocer los niveles de actividad o bien, los comportamientos sedentarios adoptados por los adultos durante la actual pandemia, y a la vez puede ofrecer una idea respecto al mantenimiento o empeoramiento de la condición física en general. En este contexto, los sujetos en CT también presentaron

puntajes significativamente inferiores en comparación al grupo en CP ($3,3 \pm 1,68$ versus $4,12 \pm 1,38$; $p=0,000$).

En relación a lo anterior, Malta et al (2020) demostraron en un estudio realizado en Brasil, que durante la CT producto del COVID-19 los adultos de ese país también disminuyeron los niveles de actividad física. La restricción de movilidad y de acceso a lugares públicos de uso recreativo y deportivo, tales como plazas, gimnasios o estadios, pudieron haber afectado en estos niveles de actividad física, sin embargo, a pesar de que ambos grupos en confinamiento se vieron afectados por dichas medidas, los adultos parcialmente resguardados presentaron mejores resultados, por lo que se deduce que la limitación de las conductas habituales como ir de compras, pasear o trasladarse al trabajo, fue un aspecto fundamental en el empeoramiento de los parámetros de actividad física, incluso por sobre el impedimento de realizar ejercicio físico estructurado.

Vernaza-Pinzón et al., (2017) afirman que la edad es factor en los niveles de actividad física, concluyendo que a mayor edad decrece el porcentaje de personas físicamente activas, algo que no ocurrió en el presente estudio, ya que al comparar los subgrupos CT₁ y CP₁, conformado por sujetos de 20 a 39 años de edad, versus los subgrupos CT₂ y CP₂, de adultos de 40 a 59 años, no se encontró diferencias en los niveles de actividad física; lo que a su vez demostró que el único factor que influyó en este dominio fueron las condiciones de los diferentes tipos de cuarentena.

A esto agregar, que en esta comparación basada en la edad sólo se encontraron diferencias significativas en los dominios de *Alcohol y otras drogas* y *Control de la salud y conducta sexual* entre los subgrupos CP₁ y CP₂, con mejores resultados para los sujetos de mayor rango etario (40-59 años); mientras que entre CT₁ y CT₂ las diferencias se presentaron en el EV general y en el dominio de *Alcohol y otras drogas*, con mejores puntajes para el grupo de 20 a 39 años de edad. De lo anterior se estima que en condiciones de confinamiento parcial, es decir, lo más aproximado a la rutina normal, los adultos de menor edad presentan menos cuidados en su salud general y sexual, y más riesgo de consumo de alcohol y otras drogas, lo que se asemeja a estudios como el de Hernández et al., (2020) y Montaña et al., (2011), los cuales indican que dentro de la etapa de adultez, a menor edad, mayor es la prevalencia de conductas sexuales de riesgo y de consumo elevado de alcohol, respectivamente.

Por otro lado, en condiciones de confinamiento total, estudios como el de García-Álvarez, de la Fuente-Tomás et al., (2020) afirman que en la pandemia por COVID-19 podría aumentar el riesgo de conductas poco saludables como el consumo de alcohol y tabaco, debido al desencadenamiento de respuestas disfuncionales como la ansiedad y depresión producto del encierro. Si bien en el presente estudio esto no se puede comprobar, ya que no se tienen datos de los participantes antes de la pandemia, se pudo verificar que el grupo de 40 a 59 años de edad presentó menor puntuación en el EV general y en el dominio espe-

cífico de *Alcohol y otras drogas*, respecto a los adultos de menor rango etario. Lo último se asemeja a los resultados de una investigación realizada en España por Villanueva et al., (2021), en la cual los adultos de menor edad que se encontraban en confinamiento total, también presentaron menor prevalencia de consumo de alcohol durante la actual pandemia, respecto de los sujetos de edad más avanzada.

De lo anterior se estima que las restricciones provocadas por las medidas sanitarias podrían afectar hipotéticamente de manera desigual a los adultos de diferentes rangos etarios.

Malta et al (2020) plantean que los adultos que se han mantenido en total confinamiento durante la actual pandemia han disminuido el consumo de alimentos saludables, así como han aumentado el tiempo dedicado a las pantallas (TV, Tablet y/o computadora) y el consumo de alimentos ultraprocesados, cigarrillos y alcohol, en medio de las restricciones sociales impuestas por su gobierno. Lo anterior se asemeja a los resultados del presente estudio, en el cual hubo diferencias significativas entre los grupos en cuarentena, reportándose puntuaciones más bajas en los dominios de *Nutrición* ($p=0,008$), *Tabaco* ($p=0,000$) y *Alcohol y otras drogas* ($p=0,000$) para quienes se encontraban en CT.

Respecto al dominio de *Tabaco*, García-Álvarez et al (2020) concluyen que el confinamiento total podría incrementar los comportamientos poco saludables como el consumo excesivo de cigarrillos. En el presente estudio, la puntuación más deficiente en este dominio se presentó en los sujetos en CT de 40 a 59 años de edad ($2,54 \pm 1,32$), mientras el mejor puntaje lo obtuvo el subgrupo en CP de 20 a 39 años ($3,5 \pm 0,96$); es decir, los adultos de mayor edad que se encuentran totalmente resguardados reportan mayores conductas de riesgo en cuanto a tabaquismo.

En el dominio de *Nutrición* también se demuestran mejores resultados para los adultos en CP, lo que puede ser materia de análisis en cuanto a los factores de tal hallazgo. En un estudio de Espinoza et al., (2011) se señala que la principal limitación para llevar a cabo una correcta alimentación es la falta de disponibilidad de tiempo, tanto para adquirir y seleccionar la comida, como para mantener horarios adecuados para consumirla. Si bien las condiciones del confinamiento total suponen mayor cantidad de tiempo en casa, los resultados del presente estudio se contrarrestan con lo recién planteado, ya que los sujetos en CT presentaron peores puntuaciones que el grupo en CP. Por otro lado, este hallazgo se podría deber a la disponibilidad de aquel tiempo, ya que el trabajo desde el hogar sumado a las labores cotidianas y al tiempo dedicado a la familia, podrían disminuir las posibilidades de adquisición y preparación de sus propios alimentos. Asimismo, otro factor importante puede ser la crisis económica producto de la actual pandemia, sin embargo, en este estudio no se consideran datos referentes a la situación económica de los participantes.

En este aspecto, es importante señalar que la malnutri-

ción conlleva a enfermedades crónicas, así lo señala Bhutani y Cooper (2020) en que destaca que la malnutrición y la restricción social pueden influir en la ingesta y el gasto calórico, afectando el equilibrio energético y contribuyendo al aumento de peso, resultando en daños a la salud, como el desarrollo de obesidad, hipertensión y enfermedades cardiovasculares.

En cuanto al dominio de *Sueño y estrés* e *Introspección* los mejores resultados se presentaron en los adultos en CP, lo que reafirma lo anteriormente expuesto en relación a los múltiples factores que afectan la salud mental de las personas. No hubo diferencias significativas entre los subgrupos en CP, mientras que entre los sujetos en CT, el grupo etario de 20 a 39 años arrojó peores resultados, lo que se asemeja a lo expuesto en estudios como el de Qiu et al., (2020) y Reinecke et al., (2017), en los cuales se reporta que las conductas depresivas y el estrés psicosocial es más común entre los más jóvenes, debido a la sobrecarga de información obtenida desde las redes sociales.

Finalmente destacar, que en el dominio de *Otras conductas* se reportaron diferencias significativas entre los grupos en CT y CP, y también en los subgrupos por edad, presentando mejores puntuaciones en los sujetos en cuarentena parcial de mayor edad, sin embargo, esta categoría no entregó información relevante para el contexto de pandemia, ya que las preguntas fueron dirigidas a comportamientos y conductas referentes a tránsito y educación vial.

Las fortalezas de este estudio es que incluye una importante muestra de población, que ha sido distribuida en dos regiones del país y brinda resultados para desarrollar estrategias en futuros confinamientos. Por otro lado, se reconoce como limitante que los datos son de auto reporte, lo que puede estar sujeto a un sesgo investigativo, además, se desconocía la situación tanto de conectividad actual como el manejo de las tecnologías con la que contaba cada uno de los sujetos pertenecientes a la muestra del presente estudio. Otra de las limitantes de este estudio es que no se tienen datos de los EV de los participantes antes de la pandemia, lo que hubiese posibilitado la realización de un análisis más amplio y objetivo sobre las modificaciones o similitudes que la población adulta ha adoptado en condiciones de cuarentena, sea de tipo total o parcial. En este contexto, se sugiere utilizar los datos reportados para desarrollar un análisis comparativo entre los EV durante y una vez finalizada la pandemia por COVID-19, manteniendo la misma población.

Conclusión

En este estudio se reportó que los adultos en CP presentan mejores indicadores de salud que quienes se encuentran en CT, a pesar de que ambos grupos no presentaron EV peligrosos.

La tendencia de esta investigación reflejó mejores puntuaciones a nivel general y en los dominios de *Asociatividad* y *actividad física*, *Nutrición*, *Tabaco*, *Alcohol* y *otras drogas*,

Sueño y estrés, *Introspección* y *Otras conductas*, por parte de los sujetos en resguardo parcial. De esto se puede estimar que las condiciones propuestas por la CT se asocian negativamente con los EV saludables en personas adultas, principalmente por situaciones de estrés, alteraciones de sueño, mal nutrición, conductas asociadas a tensión y depresión, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, disminución de la socialización y aumento del sedentarismo.

Por otro lado, los dominios de *Familia y amigos* y *Trabajo y tipo de personalidad* no presentaron cambios entre los tipos de cuarentena.

Aunque los resultados de esta investigación son sólo atingentes al grupo de estudio, se esperaría que con las mismas características de la población (rango de edad y sexo) y en las mismas condiciones se presentara un patrón similar respecto a las variables estudiadas. En este sentido, se necesitan más investigaciones enfocadas a los EV de las personas en periodo de pandemia y en especial a las que pasan por fases determinadas de confinamiento.

Referencias

- Abel T. (1991). Measuring health lifestyles in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings. *Social science & medicine* (1982), 32(8), 899–908. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90245-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90245-8)
- Almonacid-Fierro, A., Vargas Vitoria, R., Mondaca Urrutia, J., & Sepúlveda-Vallejos, S. (2021). Prácticas profesionales en tiempos de pandemia Covid-19: Desafíos para la formación inicial en profesorado de Educación Física (Professional practices in times of Covid-19 pandemic: Challenges for Physical Education initial teaching training). *Retos*, 42, 162-171. <https://doi.org/10.47197/retos.v42i0.87353>
- Ansbacher, H. L. (1967). Life style: A historical and systematic review. *Journal of Individual Psychology*, 23, 191-212. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4864677/>
- Baltar, F., & Gorjup, M. T. (2012). Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas. *Intangible Capital*, 8(1), 123-149. <http://dx.doi.org/10.3926/ic.294>
- Barrón, V., Rodríguez, A., & Chavarría, P. (2017). Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán, Chile. *Revista chilena de nutrición*, 44(1), 57-62. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46950536009>
- Battaglia, M., Link, M., Frankel, M., Osborn, L., & Mokdad, A. (2008). An evaluation of respondent selection methods for household mail surveys. *Public Opinion Quarterly*, 72(3), 459-469. <http://www.asarms.org/Proceedings/y2005/files/JS2005-000208.pdf>
- Bhutani, S., & Cooper, J. A. (2020). COVID-19-Related Home Confinement in Adults: Weight Gain Risks and Opportunities. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 28(9),

- 1576–1577. <https://doi.org/10.1002/oby.22904>
- Celis-Morales, C. A., Lyall, D. M., Anderson, J., Iliodromiti, S., Fan, Y., Ntuk, U. E., Mackay, D. F., Pell, J. P., Sattar, N., & Gill, J. M. (2017). The association between physical activity and risk of mortality is modulated by grip strength and cardiorespiratory fitness: evidence from 498 135 UK-Biobank participants. *European heart journal*, *38*(2), 116–122. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw249>
- Coreil, J., Levin, J. S., & Jaco, G. (1992). Estilo de vida. Un concepto emergente en las ciencias sociomédicas. *Clinica y Salud*, *3*, 221-231. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/d09bf41544a3365a46c9077ebb5e35c3>
- Cristi-Montero, C., Celis-Morales, C., Ramirez-Campillo, R., Aguilar-Farias, N., Alvarez, C., & Rodríguez-Rodríguez, F. (2015). Sedentary behaviour and physical inactivity is not the same!: An update of concepts oriented towards the prescription of physical exercise for health. *Revista Médica de Chile*, *143*(8), 1089. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000800021>
- de Ottawa, C. (1986). Promoción de la salud. In *Elaborada en la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*. <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf>
- Egger, G., Binns, A., Rössner, S., & Sagner, M. (2017). *Medicina del estilo de vida: Hábitos, entorno, prevención y promoción de la salud*. (3th ed.). Elsevier Health Sciences.
- Espinoza, L., Rodríguez, F., Gálvez, J., & MacMillan, N. (2011). Hábitos de alimentación y actividad física en estudiantes universitarios. *Revista chilena de nutrición*, *38*(4), 458-465. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182011000400009>
- Galdámez, S. Rivera, P. Bonilla, A. Quintero, F., & Rojas, V. (2018). Creencias sobre salud y prácticas de autocuidado en adultos jóvenes: estudio biográfico de estilos de vida. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v24n1/0121-7577-hpsal-24-01-00028.pdf>
- García-Álvarez, L., Fuente-Tomás, L., Sáiz, P. A., García-Portilla, M. P., & Bobes, J. (2020). Will changes in alcohol and tobacco use be seen during the COVID-19 lockdown?. ¿Se observarán cambios en el consumo de alcohol y tabaco durante el confinamiento por COVID-19?. *Adicciones*, *32*(2), 85–89. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1546>
- García, L. M. G., Hernández, J. D. J. S., & Martínez, S. D. F. (2018). Muestreo virtual online basado en redes sociales para localización de teletrabajadores como participantes de un estudio realizado en Victoria de Durango, México. Paakat: *Revista de Tecnología y Sociedad*, (15), 21-38. <https://doi.org/10.32870/pk.a8n15.333>
- Garfin, D. R., Silver, R. C., & Holman, E. A. (2020). The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *39*(5), 355–357. <https://doi.org/10.1037/hea0000875>
- Giraldo, A., Toro, M., Macías, A., Valencia, C. & Palacio, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, *15* (1), 128 - 143. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a09.pdf>
- Gobierno de Chile. (2020). [Preguntas frecuentes cuarentenas]. <https://www.gob.cl/coronavirus/cuarentena/>
- Grimaldo, M. (2012). Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud. *Psicología y Salud*, *22*(1), 75-87. <https://doi.org/10.25009/pys.v22i1.559>
- Guerrero, L. & León, A. (2010). Estilo de vida y salud. *Educere*. <http://www.redalyc.org/html/356/35616720002/>
- Hernández, Y., García, M., Cárdenas, L., Silveira, S., Rojas, J., & García, M. (2020). Los adultos emergentes, una población con necesidades de cuidados: conductas sexuales de riesgo en universitarios. *Estudios Disciplinarios en Ciencias de la Salud*, (4) 263-300.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6th ed.). México: McGraw-Hill.
- Katz, D. (2014). Lifestyle is the medicine, culture is the spoon: the covariance of proposition and preposition. *American Journal Lifestyle Medicine*, *8*, 301. <https://doi.org/10.1177/1559827614527720>
- Lange, I., & Vio, F. (2006). Guía para Universidades saludables y otras instituciones de Educación Superior. OPS, Universidad Católica de Chile, Universidad de Chile, OMS, OPS, Vida Chile. *Santiago: Productora Gráfica Andros*. http://www.gesundheitsfoerderung.de/Inhalte/E_Gefoe_HS_internat/2006_Lange_Guia_Universidades_Saludables.pdf
- López, P. (2011). Creación de hábitos de práctica de ejercicio físico. Retrieved from http://ocw.um.es/gat/contenidos/palopez/contenidos/estilo_de_vida.html
- Magaz-González, A. M., Mendaña-Cuervo, C., Sahelices-Pinto, C., & García-Tascón, M. (2022). Calidad del descanso durante el confinamiento por la COVID-19 en España. Su relación con la práctica de actividad física (The quality of rest and its relationship with physical activity practice during the COVID-19 lockdown in Spain). *Retos*, *44*, 155-166. <https://doi.org/10.47197/retos.v44i0.90716>
- Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., Barros, M. B. D. A., Gomes, C. S., Machado, Í. E., Souza Júnior, P. R. B. D., & Freitas, M. I. D. F. (2020). A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, *29*, e2020407.

- <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000400026>.
- Malvesí, L. (18 de abril de 2020). La pandemia, acelerador de nuestra relación con las redes sociales. EFE. <https://www.efe.com/efe/espana/cultura/la-pandemia-acelerador-de-nuestra-relacion-con-las-redes-sociales/10005-4224669>
- Mechanic, D. (1979). The stability of health and illness behavior: Results from a 16-year follow-up. *American Journal of Public Health*, 69, 1142-1145. <https://doi.org/10.2105/ajph.69.11.1142>
- MINSAL (8 de Julio de 2021). Vocero de Gobierno tras actualización del Plan Paso a Paso: “La lógica detrás de estos cambios es poder avanzar de manera prudente y atendiendo la realidad sanitaria”. <https://msgg.gob.cl/wp/2021/07/08/vocero-de-gobierno-tras-actualizacion-del-plan-paso-a-paso-la-logica-detras-de-estos-cambios-es-poder-avanzar-de-manera-prudente-y-atendiendo-la-realidad-sanitaria/>
- Montaño, M., Guarín, A., Millán, M., Maldonado, A., & Díaz, C. (2011). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 14(25), 27-35. <https://www.redalyc.org/pdf/4975/497552358004.pdf>
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health promotion international*, 13(4), 349-364. <http://www.jstor.org/stable/45152457>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Ginebra: OMS.
- Oliveira, A. C. D., Lucas, T. C., & Iquiapaza, R. A. (2020). WHAT HAS THE COVID-19 PANDEMIC TAUGHT US ABOUT ADOPTING PREVENTIVE MEASURES?. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 29. e20200106. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0106>
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2). e100213. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
- Reinecke, L., Aufenanger, S., Beutel, M. E., Dreier, M., Quiring, O., Stark, B., ... & Müller, K. W. (2017). Digital stress over the life span: The effects of communication load and internet multitasking on perceived stress and psychological health impairments in a German probability sample. *Media Psychology*, 20(1), 90-115. <https://doi.org/10.1080/15213269.2015.1121832>
- Roy, D., Tripathy, S., Kar, S. K., Sharma, N., Verma, S. K., & Kaushal, V. (2020). Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry* 51, <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102083>
- Sánchez-Villena, A. R., & de La Fuente-Figuerola, V. (2020). COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo?. *Anales De Pediatría*, 93(1), p. 73. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05.001>
- Sartori, G. (2002). Lógica y método en las ciencias sociales. *Fondo de Cultura Económica*. México.
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(4), 281–282. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>
- Taylor, M. R., Agho, K. E., Stevens, G. J., & Raphael, B. (2008). Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: data from Australia's first outbreak of equine influenza. *BMC public health*, 8(1), 347. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-347>
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *The International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317–320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
- Ubilla, M. y Zabala, M. (2003). El autocuidado como estilo de vida saludable: responsabilidad del equipo de salud. *Revista Ciencia y Salud*.7, (1), 7- 10.
- Vernaza-Pinzón, P., Villaquiran-Hurtado, A., Paz-Peña, C. I., & Ledezma, B. M. (2017). Riesgo y nivel de actividad física en adultos, en un programa de estilos de vida saludables en Popayán. *Revista de Salud Pública*, 19, 624-630. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n5.53042>
- Villanueva, V. J., Motos, P., Isorna, M., Villanueva, V., Blay, P., & Vázquez-Martínez, A. (2021). Impacto de las medidas de confinamiento durante la pandemia de Covid-19 en el consumo de riesgo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 95(1), e1-e13. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202101015.pdf
- W.H.O. 2020. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Zamarripa, J., Marroquín-Zepeda, S., Ceballos-Gurrola, O., Flores-Allende, G., & García-Gallegos, J. (2021). Nivel de actividad física y conductas sedentarias antes y durante el confinamiento a causa del COVID-19 en adultos mexicanos (Level of physical activity and sedentary behaviors before and during confinement due to COVID-19 in Mexican adults). *Retos*, 42, 898-905. <https://doi.org/10.47197/retos.v42i0.87278>