

# Modificación de conductas saludables y salud general en adultos mexicanos durante la pandemia por COVID-19

## *Change in health behaviors and general health in Mexican adults during COVID-19 pandemic*

*Diana Garcidueñas-Gallegos<sup>1</sup>, Rebeca Robles-García<sup>1, 2</sup>,  
Sofía Sánchez-Román<sup>3</sup>, Lilia Castillo-Martínez<sup>3, 4</sup>,  
Nazira Calleja<sup>1</sup> y Francisco Juárez-García<sup>5</sup>*

Universidad Nacional Autónoma de México<sup>1</sup>  
Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”<sup>2, 5</sup>  
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”<sup>3, 4</sup>

Autor para correspondencia: Rebeca Robles García, [reberobles@imp.edu.mx](mailto:reberobles@imp.edu.mx).

### RESUMEN

La pandemia por COVID-19 ha generado diversos cambios en las conductas relacionadas con la salud de las personas. El objetivo de este trabajo fue examinar el cambio percibido en las conductas saludables y en la salud general en adultos mexicanos de 18 a 60 años de edad durante la emergencia sanitaria; y determinar las características sociodemográficas, de salud y psicosociales relacionadas. Un total de 568 participantes completaron un cuestionario en línea. Se describen la mejoría/aumento o empeoramiento/disminución de la salud general y seis conductas: calidad de la dieta, actividad física, calidad del sueño, sedentarismo y consumo de alcohol y tabaco; se ejecutaron modelos de regresión logística multinomial para evaluar su relación con las características sociodemográficas, de salud y psicosociales. La mayoría de los participantes reportó que la calidad de su dieta, sueño y salud general eran iguales o muy similares que antes de la pandemia, que habían disminuido su actividad física y el consumo de tabaco y alcohol, y que había aumentado su sedentarismo. Los cambios en las conductas se relacionaron con el sexo, edad, escolaridad, ocupación, dificultades económicas, condición de salud física, haber padecido COVID-19, depresión, ansiedad, estrés y apoyo social. Se concluye que la pandemia por COVID-19 ha repercutido en la práctica de conductas saludables relacionadas con la salud física y mental, por lo que se sugiere evaluar el impacto de estos cambios en el corto y largo plazo, así como generar intervenciones integrales sobre los factores biopsicosociales relacionados.

**Palabras clave:** Conductas saludables; Salud general; Adultos mexicanos; COVID-19.

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Avenida Universidad 3004, col. Copilco, Coyoacán, 04510, Ciudad de México, México. Correos electrónicos: [dgg\\_90@hotmail.com](mailto:dgg_90@hotmail.com) y [ncalleja@unam.mx](mailto:ncalleja@unam.mx).

<sup>2</sup> Centro de Investigación en Salud Mental Global, Calzada México-Xochimilco 101, col. Huipulco, Tlalpan, 14370, Ciudad de México, México. Tel: 55-41-60-51-43, correo electrónico: [reberobles@imp.edu.mx](mailto:reberobles@imp.edu.mx).

<sup>3</sup> Departamento de Neurología y Psiquiatría, Vasco de Quiroga 15, col. Belisario Domínguez Sección 16, Tlalpan, 14080, Ciudad de México, México, tel. 55-54-87-09-00, correos electrónicos: [sofiasan@yahoo.com](mailto:sofiasan@yahoo.com) y [cam7125@gmail.com](mailto:cam7125@gmail.com).

<sup>4</sup> Departamento de Nutrición Clínica, Vasco de Quiroga 15, col. Belisario Domínguez Sección 16, Tlalpan, 14080, Ciudad de México, México, tel. 55-54-87-09-00, correo electrónico: [cam7125@gmail.com](mailto:cam7125@gmail.com).

<sup>5</sup> Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Calzada México-Xochimilco 101, col. Huipulco, Tlalpan, 14370, Ciudad de México, México, tel. 55-41-60-55-00, correo electrónico: [pacojg@imp.edu.mx](mailto:pacojg@imp.edu.mx).



## ABSTRACT

*The COVID-19 pandemic has generated various changes in people's health-related behaviors. This study aims to examine the perceived change in health behaviors and general health among Mexican adults (aged 18-60) during this health emergency and determine the related sociodemographic, health, and psychosocial characteristics. A total of 568 completed the online survey. Measurements included Improvement or deterioration of general health and six health behaviors, including quality of diet, physical activity, sleep quality, sedentary lifestyle, and consumption of alcohol and tobacco. Multinomial logistic regression models evaluated related sociodemographic, health, and psychosocial characteristics. Most participants reported that the quality of their diet, sleep, and general health were similar to that before the pandemic, that they have decreased their physical activity, tobacco and alcohol consumption, and increased their sedentary lifestyle. Changes in behaviors were related to sex, age, education, occupation, economic difficulties, physical health condition, having had COVID-19, depression, anxiety, stress, and social support ( $p < 0.05$ ). The COVID-19 pandemic has impacted the practice of health behaviors related to physical and mental health. These findings suggest evaluating the impact of these changes in the short and long term is recommended, as well as comprehensive interventions to modify psychobiological-related factors.*

**Key words:** Health behaviors; General health; Mexican adults; COVID-19.

Recibido: 16/12/2021

Aceptado: 12/04/2022

La enfermedad por coronavirus COVID-19 (Coronavirus Infection Disease-2019) causada por el SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) fue declarada como pandemia el 11 de marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021a), y a dos años de esa fecha el mundo continúa atravesando una crisis de salud pública con las diversas olas que aquella ha generado (Fisayo y Tsukagoshi, 2021).

A pesar de los indudables beneficios de las medidas de mitigación para salvaguardar y preservar la salud durante la pandemia, algunas de

ellas también han tenido repercusiones negativas en la salud mental y en las conductas de salud de las personas. Han incrementado los síntomas de depresión, ansiedad, estrés y trastornos mentales (Brooks *et al.*, 2020; Morales *et al.*, 2020; Torales, O'Higgins, Castaldelli-Maia y Ventriglio, 2020), así como las conductas no saludables, como la inactividad física, una dieta no saludable, sedentarismo, alteraciones en el sueño, consumo de alcohol y tabaco (Flanagan *et al.*, 2021; Weaver *et al.*, 2021), lo que ha aumentado el riesgo de diversas enfermedades crónicas y provocado el deterioro de la salud y la mortalidad (Arora y Grey, 2020; McBride, Arden, Chater y Chilcot, 2021; OMS, 2021b).

Así, por ejemplo, la disminución importante de la actividad física debida al confinamiento acrecienta los riesgos a la salud física y mental al contribuir con sobrepeso, debilidad muscular, dislipidemia y elevados niveles de ansiedad, estrés y depresión (Feiz-Arefi, Babaei-Pouya y Poursadeqiyani, 2020; McBride *et al.*, 2021). A su vez, el malestar emocional puede hacer más frecuentes las conductas no saludables, como el consumo de alcohol y tabaco, una dieta de mala calidad, problemas para dormir y sedentarismo (Stanton *et al.*, 2020).

La práctica de conductas no saludables y el malestar emocional pueden traer consecuencias en el corto y largo plazo al afectar la salud mental, disminuir la práctica de conductas saludables, disminuyendo la adherencia a los tratamientos médicos y provocando efectos adversos en la salud de las personas (Mattioli, Ballerini Nasi y Farinetti, 2020; Piepoli *et al.*, 2016; Turner *et al.*, 2020) y favoreciendo cuadros más graves de COVID-19 (Cheng *et al.*, 2020).

Los cambios negativos en las conductas de salud han sido más frecuentes entre determinados grupos poblacionales; el nivel socioeconómico, el sexo, la edad y la escolaridad han sido predictores de conductas no saludables y desenlaces de salud asociados con dichas conductas (McBride *et al.*, 2021). Sin embargo, también se han identificado factores protectores relacionados con la práctica de conductas saludables, incluidos el apoyo social y la satisfacción con la vida (Arora y Grey, 2020).

Así, el objetivo de la presente investigación fue examinar el cambio percibido en las conductas de salud (calidad de la dieta, actividad física, calidad del sueño, sedentarismo, consumo de alcohol y tabaco) y de la salud general en cuanto a su mejoramiento o aumento, o bien al empeoramiento o la disminución de su práctica actual, en comparación con la realizada antes de la pandemia, así como conocer las características sociodemográficas, de salud y psicosociales asociadas con esos cambios entre la población general de adultos mexicanos.

## MÉTODO

### Diseño del estudio

Se trata de un estudio predictivo transversal (Ato, López y Benavente, 2013), en el que se utiliza una estrategia asociativa para explorar las relaciones entre variables-criterio a partir de predictores, con un muestreo no probabilístico accidental en población general de adultos mexicanos de 18 a 60 años.

### Procedimiento

Los datos fueron obtenidos por medio de una batería de evaluación digital anónima, voluntaria y auto aplicada, a través de Google Forms, distribuida del 23 de julio al 24 de septiembre de 2021 en las redes sociales Facebook y Twitter, periodo en el que se desarrollaba la tercera ola por COVID-19 en México, teniendo su pico el 18 de agosto de 2021. En las redes sociales se compartió el enlace de la batería y un cartel invitando a responder el cuestionario. Al seguir el enlace, las personas interesadas podían leer las instrucciones y la información detallada de la investigación. Tras aceptar el consentimiento, se les solicitaba responder la batería; podían abandonar el estudio en cualquier momento, aunque tenían que responder a todas las preguntas para poder enviar sus datos (y ser integrados en la muestra final para el análisis). Se les ofreció la posibilidad del envío por correo electrónico (a proporcionar voluntariamente) de su reporte de resultados con recomendaciones generales de salud de acuerdo con las áreas de riesgo

detectadas y un directorio de referencia de instituciones de salud. El protocolo del trabajo y sus materiales fueron revisados y aprobados por los Comités de Ética en Investigación y de Investigación del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), con el número de registro NER-3705-21-21-1.

### Instrumentos

*Cambio percibido de las conductas de salud y salud general* (variables dependientes). Se incluyeron siete reactivos para medir el cambio percibido (si la persona considera que la práctica actual de su conducta y de salud general ha mejorado, aumentado, empeorado o disminuido, o sigue igual desde que la pandemia comenzó) de las conductas saludables (calidad de la dieta, actividad física, calidad del sueño), no saludables (sedentarismo, consumo de tabaco y de alcohol) y de la percepción de salud general, esta evaluada con la pregunta “¿Cómo considera que está su salud general actualmente, en comparación con su salud antes de la pandemia?”.

*Datos sociodemográficos.* Se preguntó a la persona su sexo, edad, lugar de residencia, escolaridad, ocupación, si tiene hijos, si está cursando un embarazo, si vive solo o acompañado y la manera en que ha sido la convivencia durante la pandemia, con las siguientes opciones de respuesta: sin conflictos ni tensión, un poco tensa o estresante, conflictiva o problemática y violenta; situación económica percibida, con seis opciones de respuesta que van de “muy mala” a “muy buena” y dificultades económicas (mediante tres reactivos que se puntúan de 0 “nunca” a 4 “todo el tiempo”), sobre si le ha faltado dinero al proveedor del hogar para adquirir comida, ropa o zapatos, y para pagar la renta o los servicios de la casa, obteniendo la sumatoria de los reactivos (0-12).

*Datos sobre el estado de salud.* Se evaluó la condición o el diagnóstico de enfermedad y si la persona ha resultado positiva a infección por SARS-CoV-2.

*Factores psicosociales.* Los síntomas de depresión se evaluaron por medio de la escala PHQ-9 (Patient

Health Questionnaire) (Kroenke y Spitzer, 2002), con nueve reactivos que se califican en una escala Likert con recorrido de 0, “Ningún día”, a 3, “Casi todos los días”. Los puntajes se suman obteniendo un rango de 0 a 27; los puntos de corte de la gravedad de los síntomas de depresión son: mínima = 0-4; regular = 5-9; moderada = 10-14; moderadamente grave = 15-19, y grave = 20-27. En esta muestra, la escala obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.898.

Los síntomas de ansiedad se evaluaron con la escala GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder) (Spitzer, Kroenke, Williams y Löwe, 2006), que consta de siete reactivos que se califican en un formato Likert de 0, “Ningún día”, a 3, “Casi todos los días”. Los puntajes se suman obteniendo un rango de 0 a 21 para obtener los puntos de corte de la gravedad de los síntomas (mínima = 0-4; regular = 5-9; moderada = 10-14, y grave = 15-21). La escala obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.921 en la muestra.

El estrés percibido se determinó mediante la escala PSS-10 (Perceived Stress Scale) (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983). Se utilizó la versión de diez reactivos por sus propiedades psicométricas y por el ajuste del modelo (Pedrero *et al.*, 2015). Los reactivos se evalúan en un formato de respuesta Likert con siete valores: de 0, “Nunca”, a 6, “Siempre”. Las puntuaciones se obtienen recodificando las respuestas de los reactivos 4-5-7 y 8, y luego sumando los puntajes; las superiores indican un mayor estrés percibido. En la muestra, se reportó un coeficiente  $\alpha$  de .872.

La personalidad tipo D se evaluó con base en la DS-14 (Type D Personality Scale) (Denollet, 2005), que consta de 14 reactivos que evalúan dos factores con siete reactivos cada uno: Afectividad negativa e Inhibición social. Los reactivos se califican en un formato Likert de de 0 (“Totalmente falso”), a 4 (“Totalmente verdadero”). Los reactivos 1 y 3 se recodifican de manera inversa, y entonces se suman los puntajes para obtener el punto de corte para cada subescala ( $\geq 10$ ). La escala total obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.921; la subescala de afectividad negativa, de  $\alpha = .920$ , y la de inhibición social, de  $\alpha = .881$ .

El apoyo social percibido se evaluó por medio de la MSPSS-12 (Multidimensional Scale of Perceived Social Support”) (Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988), compuesta por 12 reactivos con siete opciones de respuesta (de 1, “Muy en desacuerdo, a 7 “Totalmente de acuerdo”), que conforman tres dimensiones: Familia (F1: reactivos 3, 4, 8 y 11); Amigos (F2: reactivos 6, 7, 9 y 12) y Otros significativos (F3: reactivos 1, 2, 5 y 10); solo se utilizaron los componentes de Familia y Amigos dada la falta de claridad conceptual respecto al factor de Otros significativos. Se estima una mayor percepción de apoyo social cuanto mayor sea el puntaje obtenido. En la muestra, la escala total obtuvo un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0.943, el factor Amigos, de  $\alpha = 0.960$ , y el factor Familia, de  $\alpha = 0.938$ .

El optimismo se evaluó con el COP-9 (Cuestionario de Optimismo) (Pedrosa, Celis, Suárez, García y Muñiz, 2015), conformado por nueve reactivos, con un formato de respuesta tipo Likert de siete opciones, que van de 1, “Muy en desacuerdo, a 7, “Totalmente de acuerdo” (*cf.* Calleja, Reskala, Rivera y Buenrostro, 2019). Para obtener la puntuación total de la escala deben sumarse las puntuaciones de todas las afirmaciones. Se obtuvo un coeficiente  $\alpha$  de 0.974 en la muestra.

Por último, la satisfacción con la vida se determinó con base en la SWLS-5 (Satisfaction with Life Scale) (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985), que consta de cinco afirmaciones con siete opciones de respuesta cada una, que van de 1 “Totalmente en desacuerdo”, a 7, “Totalmente de acuerdo”. Para obtener la puntuación total de la escala deben sumarse las puntuaciones de las cinco afirmaciones. Se obtuvo un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0.929 en esta muestra.

### **Análisis estadísticos**

Los criterios de inclusión fueron tener de 18 a 60 años, vivir en México y no estar cursando un embarazo. No hubo valores perdidos ni folios con errores o incompletos. Se utilizó estadística descriptiva (frecuencias con porcentajes y medias con desviaciones estándar) para describir las variables de estudio según su nivel de medición y

el test de chi cuadrada para identificar diferencias en las proporciones del cambio de conductas percibido. Para conocer las características de los participantes que se relacionan con el cambio (mejora o aumento, o empeoramiento o disminución) de las distintas conductas de salud y de su percepción de salud general, se efectuó un ajuste de los modelos de regresión logística multinomial tomándose como variable dependiente cada una de las conductas, y considerando como valor de referencia el grupo con conductas “igual o muy similar que antes”. Los modelos se ajustaron por factores y covariables introduciendo las características sociodemográficas de los participantes (sexo, escolaridad, ocupación, situación de pareja, convivencia, hijos, puntaje de dificultades económicas y situación económica percibida) o de salud (si tiene alguna condición de salud física, o si fue positivo a COVID-19), y los factores psicosociales (puntajes de síntomas de depresión, ansiedad, estrés, personalidad tipo D, apoyo social, optimismo y satisfacción con la vida). Se reportaron las razones de momios (*odds ratio*), y sus intervalos de confianza (95%); se consideraron estadísticamente significativos los estimadores con un valor  $p < 0.05$ . Los datos se procesaron por medio del paquete estadístico SPSS, v. 25.

## RESULTADOS

Se incluyeron 568 participantes en el análisis, la mayoría de ellos residentes de la Ciudad de México (45.8%), cuyas características sociodemográficas se muestran en la Tabla 1.

Sobre el estado de salud, 57.4% ( $n = 326$ ) sufría alguna condición o diagnóstico de salud, como discapacidad o estado que limitan la movilidad ( $n = 8$ , 1.4%), sobrepeso ( $n = 150$ , 26.4%), obesidad ( $n = 71$ , 12.5%), prediabetes ( $n = 27$ , 4.8%), diabetes tipo 1 ( $n = 3$ , 0.5%), diabetes tipo 2 ( $n = 17$ , 3%), hipertrigliceridemia ( $n = 63$ , 11.1%), hipercolesterolemia ( $n = 51$ , 9%), hipertensión arterial ( $n = 47$ , 8.3%), enfermedad cardiovascular ( $n = 3$ , 0.5%), enfermedad renal ( $n = 7$ , 1.2%), enfermedad autoinmune ( $n = 18$ , 3.2%), enfermedad hepática crónica ( $n = 3$ , 0.5%), enfermedad respiratoria crónica ( $n = 22$ , 3.9%), hipo-

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los participantes.

Variable	Categoría	n	%
Sexo	Hombre	109	19.2
	Mujer	459	80.8
Escolaridad	Media superior y menor	98	17.3
	Licenciatura/Ingeniería	294	51.8
	Posgrado	176	31.0
Ocupación	Desempleado(a)	41	7.2
	Con empleo remunerado	294	51.8
	Autoempleado(a)/negocio propio	71	12.5
	Labores del hogar	50	8.8
	Estudiante	102	18.0
	Pensionado(a)/jubilado(a)	10	1.8
Situación de pareja	Casado(a)	162	28.5
	Unión libre	84	14.8
	Divorciado(a)/separado(a)/viudo(a)	38	6.7
	Soltero(a), sin una relación	169	29.8
	Soltero(a), con una relación	115	20.2
Tipo de convivencia	Vive solo(a)	38	6.7
	Sin conflictos ni tensión	191	33.6
	Un poco tensa o estresante	302	53.2
	Conflictiva o problemática/violenta	37	6.5
Hijos(as)	No	321	56.5
	Sí	247	43.5
Situación económica percibida	Muy mala/mala	66	11.6
	Algo mala	105	18.5
	Algo buena	164	28.9
	Buena/muy buena	233	41.0

*Nota:* Algunas de las categorías originales se combinaron por las escasas respuestas o por tratarse de categorías similares.

tiroidismo o hipertiroidismo ( $n = 33$ , 5.8%), VIH ( $n = 4$ , 0.7%) y cáncer ( $n = 7$ , 1.2%), otra condición física crónica o aguda ( $n = 46$ , 8.1%). En cuanto a la COVID-19, 23.4% ( $n = 133$ ) obtuvieron un resultado positivo.

Respecto a los factores psicosociales, la sumatoria de los puntajes de síntomas de depresión correspondió a los siguientes grupos de gravedad: mínima ( $n = 194$ , 34.2%), regular ( $n = 205$ , 36.1%), moderada ( $n = 89$ , 15.7%), moderadamente grave ( $n = 47$ , 8.3%) y grave ( $n = 33$ , 5.8%). Los niveles de gravedad de sintomatología ansiosa fueron,

a saber: mínima ( $n = 236$ , 41.5%), regular ( $n = 187$ , 32.9%), moderada ( $n = 97$ , 17.1%) y grave ( $n = 48$ , 8.5%). La PSS-10 alcanzó un promedio de  $25.20 \pm 10.95$ ; la escala total de personalidad tipo D:  $24.39 \pm 11.92$  y sus subescalas de Afectividad negativa:  $12.47 \pm 7.01$  e Inhibición social:  $11.95 \pm 6.46$ ; el apoyo social total:  $36.56 \pm 12.46$ , el factor familia:  $18.11 \pm 6.88$ , y el factor amigos:  $18.45 \pm 6.84$ ; la escala de optimismo:  $39.73 \pm 14.14$  y la escala de satisfacción con la vida:  $22.69 \pm 7.72$ .

En la Tabla 2 se presenta cómo cambiaron las conductas de salud (mejora o aumento o empeoramiento o disminución) respecto a su práctica antes de la pandemia, siendo significativas las diferencias en las proporciones de cambio. Los participantes reportaron que la calidad de la dieta, del sueño y la percepción de su salud general continuaban igual o eran muy similares a los de antes; la actividad física, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol disminuyeron y el sedentarismo aumentó.

**Tabla 2.** Porcentaje y número de participantes en cada categoría de cambio percibido en las conductas de salud y en la salud general ( $n = 568$ ).

Conductas de salud	Percepción de cambio						Prueba estadística
	Menos/peor que antes		Igual o muy similar que antes		Más/mejor que antes		
	n	%	n	%	n	%	
Calidad de la dieta	104	18.3	284	<b>50.0</b>	180	31.7	86.25*
Actividad física	303	<b>53.3</b>	142	25.0	123	21.7	103.31*
Calidad del sueño	247	43.5	256	<b>45.1</b>	65	11.4	122.69*
Salud general	215	37.9	246	<b>43.3</b>	107	18.8	56.24*
Sedentarismo	58	10.2	156	27.5	354	<b>62.3</b>	240.18*
Consumo de tabaco ( $n = 92$ )	49	<b>53.3</b>	20	21.7	23	25.0	16.59*
Consumo de alcohol ( $n = 379$ )	210	<b>55.4</b>	124	32.7	45	11.9	107.82*

Nota. Se muestran en negritas los porcentajes más altos de cada conducta. \* $p < .001$

En las Tablas 3 y 4 se presentan las características asociadas con el cambio de conductas de salud durante la pandemia. En términos generales, se destaca que las relacionadas con la mejoría de la calidad de la dieta fueron el ser estudiante, exhibir sintomatología ansiosa y tener apoyo social de amigos, mientras que las características vinculadas a un empeoramiento en la calidad de la dieta fueron el ser mujer, tener alguna condición negativa de salud física y no haber padecido COVID-19.

Por su parte, el aumento de la actividad física se relacionó con tener estudios de posgrado y licenciatura/ingeniería, dedicarse a las labores del hogar y percibir apoyo social, mientras que la disminución de la actividad física se asoció con la presencia de dificultades económicas, tener alguna condición negativa de salud y manifestar sintomatología depresiva.

Respecto a la calidad del sueño, ninguna variable se asoció con la mejoría, mientras que su

empeoramiento estuvo relacionado con las dificultades económicas y los síntomas de depresión.

La mejora de la percepción de salud general se asoció con el apoyo social de los amigos, y su empeoramiento con tener estudios de posgrado, tener alguna condición negativa de salud física, haber padecido COVID-19, presentar sintomatología ansiosa y estrés, y contar con el apoyo social de los amigos.

Se enfatiza también que el aumento del sedentarismo se asoció con estar desempleado, ser estudiante y manifestar sintomatología depresiva, mientras que su disminución estuvo relacionada con tener escolaridad de licenciatura/ingeniería.

Finalmente, en cuanto al consumo de alcohol, su aumento no se relacionó con ninguna variable, aunque su disminución se asoció con no tener un diagnóstico o condición negativa de salud y con el apoyo social de los amigos.

Cabe señalar que el análisis del consumo de tabaco no se pudo realizar, ya que el número de personas que la practican y que conforman los grupos de referencia y de comparación no fue suficiente para este propósito.

Al ajustar el modelo con todas las variables, no resultaron significativas la situación de pareja (estar casado, sin una relación o estar en una relación), el tipo de convivencia durante la pan-

demia (con problemas y tensión, sin conflictos ni tensión), tener hijos, la situación económica percibida, la personalidad tipo D (afectividad negativa, inhibición social), ni los puntajes de optimismo y satisfacción con la vida. En el caso de las conductas no saludables, tampoco resultaron significativas las variables de sexo, edad, puntajes de dificultades económicas, ansiedad y estrés y haber padecido COVID-19.

**Tabla 3.** Características asociadas con el cambio percibido de la salud general y de las conductas saludables.

Características	Salud general		Calidad de la dieta		Actividad física		Calidad del sueño	
	Mejora	Empeoramiento	Mejora	Empeoramiento	Aumento	Disminución	Mejora	Empeoramiento
<b>Sexo</b>								
Mujer	1.27 (0.64-2.53)	1.23 (0.64-2.38)	0.97 (0.56-1.68)	<b>5.45</b> <b>(1.73-17.13)</b>	1.21 (0.57-2.59)	0.89 (0.49-1.63)	1.47 (0.61-3.51)	1.09 (0.62-1.92)
Hombre	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Edad	0.97 (0.93-1.00)	0.98 (0.95-1.01)	0.98 (0.96-1.01)	0.97 (0.94-1.01)	<b>0.95</b> <b>(0.91-0.99)</b>	<b>0.96</b> <b>(0.93-0.99)</b>	0.97 (0.93-1.02)	0.99 (0.96-1.02)
<b>Escolaridad</b>								
Posgrado	0.83 (0.34-2.02)	<b>2.28</b> <b>(1.04-5.01)</b>	0.89 (0.43-1.83)	1.32 (0.56-3.11)	<b>3.55</b> <b>(1.28-9.82)</b>	2.07 (1.00-4.30)	0.50 (0.18-1.41)	1.43 (0.72-2.86)
Licenciatura/Ingeniería	0.84 (0.38-1.84)	1.45 (0.74-2.86)	1.42 (0.74-2.69)	1.18 (0.56-2.50)	<b>4.50</b> <b>(1.82-11.1)</b>	1.58 (0.82-3.02)	0.53 (0.21-1.33)	1.25 (0.68-2.31)
≤ Medio superior	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
<b>Ocupación</b>								
Desempleado(a)	0.89 (0.26-3.02)	0.67 (0.26-1.74)	0.85 (0.32-2.22)	0.71 (0.26-1.96)	0.65 (0.17-2.49)	1.15 (0.43-3.09)	3.18 (0.84-12.08)	0.97 (0.39-2.39)
Estudiante	1.24 (0.56-2.75)	0.68 (0.32-1.45)	<b>2.14</b> <b>(1.10-4.13)</b>	1.14 (0.50-2.61)	1.91 (0.80-4.55)	1.13 (0.53-2.40)	1.67 (0.66-4.22)	0.69 (0.36-1.34)
Autoempleado(a)	1.52 (0.70-3.30)	0.56 (0.25-1.23)	0.82 (0.42-1.61)	1.10 (0.48-2.52)	1.34 (0.61-2.93)	0.59 (0.29-1.17)	1.82 (0.70-4.76)	1.06 (0.55-2.04)
Labores del hogar	0.91 (0.31-2.70)	1.26 (0.52-3.05)	0.70 (0.29-1.68)	0.70 (0.27-1.82)	<b>3.73</b> <b>(1.20-11.6)</b>	2.34 (0.92-5.99)	0.95 (0.23-3.92)	1.06 (0.49-2.30)
Con empleo remunerado	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
<b>Puntaje de dificultades económicas</b>	0.99 (0.85-1.16)	1.04 (0.92-1.18)	0.91 (0.81-1.03)	1.13 (0.99-1.27)	1.10 (0.94-1.28)	<b>1.17</b> <b>(1.04-1.32)</b>	0.82 (0.67-1.01)	<b>1.13</b> <b>(1.02-1.26)</b>
<b>Condición de salud</b>								
Alguna	1.23 (0.71-2.13)	<b>2.21</b> <b>(1.33-3.68)</b>	1.17 (0.75-1.82)	<b>2.37</b> <b>(1.33-4.22)</b>	1.09 (0.61-1.95)	<b>1.73</b> <b>(1.07-2.80)</b>	1.82 (0.94-3.53)	1.04 (0.67-1.61)
Ninguna	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
<b>COVID-19</b>								
Sí	1.00 (0.52-1.91)	<b>1.85</b> <b>(1.05-3.24)</b>	0.86 (0.52-1.42)	ref.	1.13 (0.59-2.16)	0.80 (0.46-1.39)	0.49 (0.21-1.14)	0.73 (0.45-1.20)
No	ref.	ref.	ref.	<b>2.05</b> <b>(1.04-4.07)</b>	ref.	ref.	ref.	ref.
<b>Puntaje de depresión</b>	0.94 (0.85-1.03)	1.04 (0.96-1.11)	0.96 (0.90-1.03)	1.07 (0.99-1.15)	1.00 (0.92-1.09)	<b>1.09</b> <b>(1.02-1.18)</b>	0.95 (0.85-1.06)	<b>1.13</b> <b>(1.06-1.20)</b>
<b>Puntaje de ansiedad</b>	0.99 (0.90-1.09)	<b>1.10</b> <b>(1.02-1.18)</b>	<b>1.10</b> <b>(1.02-1.18)</b>	1.01 (0.93-1.09)	1.01 (0.93-1.11)	0.97 (0.90-1.05)	1.05 (0.94-1.17)	1.03 (0.97-1.10)

Continúa...

<b>Puntaje de estrés</b>	1.02 (0.98-1.07)	<b>1.06</b> ( <b>1.02-1.11</b> )	0.99 (0.95-1.02)	1.00 (0.95-1.04)	0.95 (0.91-1.00)	0.98 (0.94-1.02)	0.99 (0.94-1.05)	1.03 (0.99-1.07)
<b>Puntaje apoyo social</b>								
Familia	0.95 (0.90-1.01)	0.96 (0.91-1.01)	0.97 (0.93-1.02)	1.01 (0.95-1.06)	0.99 (0.93-1.05)	1.02 (0.97-1.07)	0.99 (0.93-1.06)	1.00 (0.95-1.04)
Amigos	<b>1.09</b> ( <b>1.03-1.15</b> )	<b>1.06</b> ( <b>1.01-1.11</b> )	<b>1.05</b> ( <b>1.01-1.10</b> )	0.99 (0.94-1.04)	<b>1.06</b> ( <b>1.00-1.13</b> )	1.04 (0.99-1.09)	1.02 (0.95-1.08)	1.01 (0.97-1.06)

*Nota.* Todos los estimados están ajustados por las variables de estudio. Los datos se presentan como razón de momios (intervalos de confianza al 95%). Se muestran en negritas las estimaciones de parámetro con valor de  $p < 0.05$ .

**Tabla 4.** Características relacionadas con el cambio percibido de las conductas no saludables.

Característica	Sedentarismo		Consumo de alcohol	
	Disminución	Aumento	Disminución	Aumento
<b>Escolaridad</b>				
Posgrado	1.94 (0.56-6.79)	<b>3.26 (1.61-6.60)</b>	0.65 (0.27-1.53)	0.86 (0.22-3.38)
Licenciatura/Ingeniería	<b>3.95 (1.42-11.0)</b>	<b>2.03 (1.10-3.78)</b>	0.85 (0.37-1.91)	1.52 (0.44-5.23)
≤ Medio superior	ref.	ref.	ref.	ref.
<b>Ocupación</b>				
Desempleado(a)	2.89 (0.66-12.7)	<b>4.01 (1.26-12.72)</b>	1.84 (0.52-6.57)	0.65 (0.08-5.26)
Estudiante	1.69 (0.54-5.32)	<b>2.92 (1.40-6.10)</b>	1.19 (0.55-2.59)	1.46 (0.47-4.53)
Autoempleado(a)	0.86 (0.33-2.25)	0.58 (0.31-1.08)	1.10 (0.48-2.50)	1.10 (0.29-4.24)
Labores del hogar	1.07 (0.32-3.59)	1.47 (0.65-3.31)	1.14 (0.38-3.39)	1.68 (0.35-8.09)
Con empleo remunerado	ref.	ref.	ref.	ref.
<b>Condición de salud</b>				
Alguno	1.07 (0.54-2.12)	1.28 (0.82-2.01)	ref.	0.57 (0.25-1.30)
Ninguno	ref.	ref.	<b>1.81 (1.06-3.09)</b>	ref.
<b>Puntaje de depresión</b>	0.98 (0.88-1.09)	<b>1.07 (1.00-1.15)</b>	1.04 (0.95-1.14)	0.98 (0.87-1.11)
<b>Puntaje apoyo social</b>				
Familia	1.02 (0.95-1.10)	0.99 (0.94-1.04)	0.95 (0.90-1.01)	0.97 (0.89-1.06)
Amigos	0.97 (0.90-1.04)	1.01 (0.96-1.05)	<b>1.07 (1.01-1.13)</b>	1.06 (0.98-1.15)

*Nota.* Todos los estimados están ajustados por las variables de estudio. Los datos se presentan como razón de momios (intervalos de confianza a 95%). Se muestran en negritas las estimaciones de parámetro con valor de  $p < 0.05$ .

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En esta investigación se examina el cambio percibido en las conductas de salud y en la salud general en cuanto a su ejecución actual, en comparación con su práctica antes de la pandemia y con las características sociodemográficas, de salud y psicosociales relacionadas con dicho cambio, en adultos mexicanos de 18 a 60 años. Se identificó que más de la mitad de los participantes reportaron tener un diagnóstico o condición negativa de salud física (57.4%), ocupando los primeros lugares el sobrepeso y obesidad e hipertrigliceridemia, ambas relacionadas con la práctica de conductas

no saludables y con complicaciones ante la COVID-19 (Cheng *et al.*, 2020).

Respecto al cambio percibido, la mayoría reportó que la calidad de la dieta, del sueño y de la salud general fueron iguales o muy similares que antes de la pandemia, lo que coincide con lo reportado por Villaseñor *et al.* (2021). Por su parte, la actividad física de los participantes disminuyó, en tanto que el sedentarismo aumentó, lo que resulta consistente con los hallazgos de Flanagan *et al.* (2021), y podría explicarse ante la disminución de desplazamientos y el aumento de tiempo en posición sedente o de reposo debido a las limitaciones de espacios y actividades presenciales y



migración a las restricciones virtuales que conllevaron las medidas de contención de la pandemia.

A diferencia de lo reportado por Arora y Gray (2020) sobre el aumento del consumo de alcohol como respuesta al aburrimiento, la inactividad, el aislamiento, y como forma de afrontar el estrés, la ansiedad o los problemas de sueño, en este trabajo el consumo de alcohol y tabaco disminuyó en comparación con el observado antes de la pandemia. Rehm *et al.* (2020) sugieren que lo anterior podría deberse a una menor disponibilidad física y económica para su consumo, aunque cabe resaltar que la mayoría de los participantes en esta investigación fueron mujeres, y que ambas conductas son más frecuentes en los varones.

Se encontró que aquellos con algún diagnóstico o condición negativa de salud tienen más probabilidades de empeorar o disminuir su calidad de su dieta, actividad física y percepción de salud general, esta última asociada también al haber padecido COVID-19, tal como se halló en un estudio realizado en participantes con alguna condición crónica de salud (Elran-Barak y Mozeikov, 2020).

Además, en línea con lo reportado por Stanton *et al.* (2020) en cuanto a una asociación significativa entre el incremento de la depresión, la ansiedad y el estrés con los cambios negativos en las conductas de salud, la sintomatología depresiva se asoció con el empeoramiento o disminución de la actividad física y de la calidad del sueño, y con el aumento del sedentarismo, y la sintomatología ansiosa y el estrés con el empeoramiento de la salud general.

Por su parte, el puntaje respecto a las dificultades económicas se asoció con la disminución de la actividad física, lo cual podría explicarse por la falta de recursos para sufragar espacios para ejercitarse o por la falta de tiempo para realizar actividad física ante la necesidad de trabajar para obtener ingresos; también se relacionó con un empeoramiento en la calidad del sueño, lo que concuerda con el impacto de las exigencias, preocupaciones y estrés (Arora y Gray, 2020). El apoyo social, y particularmente el percibido de los amigos, funge como un factor protector al asociarse con la mejora o aumento de la calidad de la dieta, la actividad física, la percepción de salud y la disminución del consumo de alcohol, por lo que las

intervenciones enfocadas en su incremento puede ser un mecanismo para promover conductas saludables (Weaver *et al.*, 2021).

Los estudiantes mostraron tener una mayor probabilidad de mejora de la calidad de la dieta, lo que puede coincidir con comer en casa. Sin embargo, al igual que las personas desempleadas y con escolaridad universitaria o con posgrado, también tuvieron mayor probabilidad de aumento del sedentarismo, lo que podría deberse al cambio de actividades escolares y laborales al plano de la virtualidad, que conlleva periodos más extensos de permanecer sentado. En cambio, las personas que reportaron ocuparse de las labores del hogar se asociaron con un aumento de la actividad física, aspecto que pudiera deberse al incremento de tareas y deberes que demandan los hogares con más personas ocupándolos durante un tiempo más prolongado. Finalmente, ser mujer y no haber tenido COVID-19 se asoció con un empeoramiento de la calidad de la dieta. Las mujeres pudieran concentrar su tiempo y atención en otro tipo de demandas, como cuidar a los demás o atender las labores del hogar y del trabajo (McBride *et al.*, 2021), mientras que las personas que no habían padecido COVID-19 pudieron no estar tan preocupados por su salud como aquellos que vivieron la enfermedad como un evento adverso.

El estudio presenta diversas limitaciones. Primeramente, la generalización es limitada al estar compuesta principalmente por mujeres, residentes en regiones geográficas similares y con alta escolaridad. La predominancia en cuanto a la participación de las mismas coincide con lo hallado en otros estudios (Knell, Robertson, Dooley, Burford y Mendez, 2020; Villaseñor *et al.*, 2021), y podría explicarse en términos de las diferencias de género en cuanto al cuidado de la salud (Marcos, Mateos, Gash y Álvarez, 2020). En segundo lugar, aunque se tiene evidencia de que los estudios en internet son útiles para recopilar autoinformes sobre las conductas de salud (Larsen, Nyrup y Petersen, 2020), la obtención de información en un formato en línea o mediante autorreporte tienen limitaciones inherentes, como el sesgo muestral, ya que la participación de las personas radica en la posibilidad de disponer de equipo electrónico e internet. Además, aunque se utilizan instrumentos

validados y preguntas generadas y probadas previamente, y de que además se asegura el anonimato de los participantes, hay la posibilidad de que respondan bajo el sesgo de la deseabilidad social y aquiescencia. Finalmente, se trata de un estudio transversal en el que se pidió a los participantes que respondieran cómo consideran sus conductas actuales en comparación con sus conductas antes de la pandemia para llevar a cabo una comparación retrospectiva, lo que pudiera añadir un sesgo en las respuestas; si bien la medición retrospectiva de la salud se considera como una alternativa válida para estimar el estado de salud en el pasado ante la falta de registros e información previos a la pandemia (Lawson Tan, Naylor y Harris, 2020).

En consecuencia, se sugiere que futuras investigaciones consideren una muestra más grande y representativa que haga posible efectuar comparaciones por subgrupos y mediciones longitudinales para observar el cambio de las conductas.

El presente estudio permite tener un acercamiento a las características sociodemográficas y psicosociales relacionadas con el cambio percibido de la salud general y de las conductas saludables y no saludables, aspectos relevantes a evaluar y atender rutinariamente por su relevancia para la salud física y mental de las personas, a fin de encarar las demandas de la nueva normalidad y ante la posibilidad de nuevas oleadas de la pandemia de COVID-19 en México.

## AGRADECIMIENTO

Los autores agradecen al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por la beca otorgada a Diana Garcidueñas Gallegos, estudiante del Programa de Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, con número de beca 720664 y número de becario 697192. Esta investigación es producto del trabajo doctoral de la primera autora, bajo la tutoría principal de la segunda.

*Citación:* Garcidueñas-Gallegos, D., Robles-García, R., Sánchez-Román, S., Castillo-Martínez, L., Calleja, N. y Juárez-García, F. (2022). Modificación de conductas saludables y salud general en adultos mexicanos durante la pandemia por COVID-19. *Psicología y Salud*, Número Especial, 25-36. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i3.2799>.

## REFERENCIAS

- Arora, T. y Grey, I. (2020). Health behaviour changes during COVID-19 and the potential consequences: a mini-review. *Journal of Health Psychology*, 25(9), 1155-1163. Doi: 10.1177/1359105320937053.
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. Doi: 10.6018/analesps.29.3.178511.
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
- Calleja, N., Reskala, F.J., Rivera, L. y Buenrostro, D. (2019). Efecto del número de opciones de respuesta en las propiedades psicométricas de cuatro escalas psicosociales. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 10(2), 100-113. Doi: 10.29059/rpcc.20191126.
- Cheng, P., Zhu, H., Witteles, R.M., Wu, J.C., Quertermous, T., Wu, S.M. y Rhee, J.W. (2020). Cardiovascular risks in patients with COVID-19: potential mechanisms and areas of uncertainty. *Current Cardiology Reports*, 22(5), 1-6. Doi: 10.1007/s11886-020-01293-2.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. Doi: 10.2307/2136404.
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 89-97. Doi: 10.1097/01.psy.0000149256.81953.49.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.

- Elran-Barak, R. y Mozeikoy, M. (2020). One month into the reinforcement of social distancing due to the COVID-19 outbreak: subjective health, health behaviors, and loneliness among people with chronic medical conditions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 5403. Doi: 10.3390/ijerph17155403.
- Feiz-Arefi, M., Babaei-Pouya, A. y Poursadeqiyan, M. (2020). The health effects of quarantine during the COVID-19 pandemic. *Work*, 67(3), 523-527. Doi: 10.3233/wor-203306.
- Fisayo, T. y Tsukagoshi, S. (2021). Three waves of the COVID-19 pandemic. *Postgraduate Medical Journal*, 97(332). Doi: 10.1136/postgradmedj-2020-138564.
- Flanagan, E.W., Beyl, R.A., Fearnbach, S.N., Altazan, A.D., Martin, C.K. y Redman, L.M. (2021). The impact of COVID-19 stay-at-home orders on health behaviors in adults. *Obesity*, 29(2), 438-445. Doi: 10.1002/oby.23066.
- Knell, G., Robertson, M., Dooley, E.E., Burford, K. y Mendez, K.S. (2020). Health behavior changes during COVID-19 pandemic and subsequent “stay-at-home” orders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1-16. Doi: 10.3390/ijerph17176268.
- Kroenke, K. y Spitzer, R.L. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 509-515. Doi: 10.3928/0048-5713-20020901-06.
- Larsen, M.V., Nyrup, J. y Petersen, M.B. (2020). Do survey estimates of the public’s compliance with COVID-19 regulations suffer from social desirability bias? *Journal of Behavioral Public Administration*, 3(2). Doi: 10.30636/jbpa.32.164.
- Lawson, A., Tan, A.C., Naylor, J. y Harris, I. (2020). Is retrospective assessment of health-related quality of life valid? *BMC Musculoskeletal Disorders*, 21(415). Doi: 10.1186/s12891-020-03434-8.
- Marcos M., J., Mateos, J.T., Gash G., A. y Álvarez D., C. (2020). El estudio de la salud de los hombres desde una perspectiva de género: de dónde venimos, hacia dónde vamos. *Salud Colectiva*, 16(2246). Doi: 10.18294/sc.2020.2246.
- Mattioli, A.V., Ballerini, M., Nasi, M. y Farinetti, A. (2020). COVID-19 pandemic: the effects of quarantine on cardiovascular risk. *European Journal of Clinical Nutrition*, 74(6), 852-855. Doi: 10.1038/s41430-020-0646-z.
- McBride, E., Arden, M.A., Chater, A. y Chilcot, J. (2021). The impact of COVID-19 on health behaviour, well-being, and long-term physical health. *British Journal of Health Psychology*, 26, 259-270. Doi: 10.1111/bjhp.12520.
- Morales, S., López, A., Bosch, A., Beristain, A., Robles, R., López, F. y Fernández, C. (2020). Condiciones de salud mental durante la pandemia por COVID-19. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 6(2), 11-24. Doi: 10.28931/riiad.2020.2.03.
- Organización Mundial de la Salud (2021a). *Cronología de la respuesta de la OMS a COVID-19*. Comunicado de prensa. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>.
- Organización Mundial de la Salud (2021b). *Enfermedades no transmisibles. Notas descriptivas*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- Pedrero P., E.J., Ruiz S., J.M., Lozoya D., P., Rojo M., G., Llanero L., M. y Puerta G., C. (2015). La escala de estrés percibido: estudio psicométrico sin restricciones en población no clínica y adictos a sustancias en tratamiento. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 23(2), 305-324.
- Pedrosa, I., Celis A., K., Suárez Á., J., García C., E. y Muñoz, J. (2015). Cuestionario para la evaluación del optimismo: Fiabilidad y evidencias de validez. *Terapia Psicológica*, 33(2), 127-138. Doi: 10.4067/s0718-48082015000200007.
- Piepoli, M.F., Hoes, A.W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A.L., Cooney, M.T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M.S., Hobbs, F.D.R., Løchen, M.L., Löllgen, H., Marques-Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon, J., y Gale, C. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 37(29), 2315-2381. Doi: 10.1093/eurheartj/ehw106.
- Rehm, J., Kilian, C., Ferreira-Borges, C., Jernigan, D., Monteiro, M., Parry, C., Sanchez, Z. y Manthey, J. (2020). Alcohol use in times of the COVID 19: Implications for monitoring and policy. *Drug and Alcohol Review*, 39, 301-304. Doi: 10.1111/dar.13074.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B. y Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. Doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.
- Stanton, R., To, Q.G., Khalesi, S., Williams, S.L., Alley, S.J., Thwaite, T.L., Fenning, A.S. y Vandelanotte, C. (2020). Depression, anxiety and stress during COVID-19: Associations with changes in physical activity, sleep, tobacco and alcohol use in Australian adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 1-13. Doi: 10.3390/ijerph17114065.
- Torales, J., O’Higgins, M., Castaldelli-Maia, J.M. y Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317-320. Doi: 10.1177/0020764020915212.
- Turner, A.I., Smyth, N., Hall, S.J., Torres, S.J., Hussein, M., Jayasinghe, S.U., Ball, K. y Clow, A.J. (2020). Psychological stress reactivity and future health and disease outcomes: A systematic review of prospective evidence. *Psychoneuroendocrinology*, 114, 1-20. Doi: 10.1016/j.psyneuen.2020.104599.

- Villaseñor, K., Jiménez A., M., Ortega A., E., Islas L., M., González O., A. y Silva T., S. (2021). Cambios en el estilo de vida y nutrición durante el confinamiento por SARS-CoV-2 (COVID-19) en México: un estudio observacional. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 25(supl. 2). Doi: 10.14306/renhyd.25.s2.1099.
- Weaver, R.H., Jackson, A., Lanigan, J., Power, T.G., Anderson, A., Cox, A.E., Eddy, L., Parker, L., Sano, Y. y Weybright, E. (2021). Health behaviors at the onset of the COVID-19 pandemic. *American Journal of Health Behavior*, 45(1), 44-61. Doi: 10.5993/AJHB.45.1.4.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. y Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. Doi: 10.1207/s15327752jpa5201\_2.