

Original

Narrativas sobre cambios de conductas en salud durante el confinamiento en España según género



Constanza Jacques-Aviñó^{a,b,c,*}, Laura Medina-Perucha^{a,b,c}, Yudy Young-Silva^{d,e}, Laura Granés^f, Tomás Lòpez-Jiménez^{a,b,c} y Anna Berenguera^{a,b,c,e}

^a Fundació Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol), Barcelona, España

^b Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Cerdanyola del Vallès (Barcelona), España

^c Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS), España

^d Fundació Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol), Unitat de Suport a la Recerca Girona, Girona, España

^e Departament d'Infermeria, Universitat de Girona, Girona, España

^f Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Clínic, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de agosto de 2022

Aceptado el 17 de enero de 2023

On-line el 13 de marzo de 2023

Palabras clave:

Comportamientos en salud

Rol de género

Cuarentena

COVID-19

Investigación cualitativa

R E S U M E N

Objetivo: Explorar las experiencias relacionadas con los comportamientos orientados a la salud durante el confinamiento en la población residente en España desde una perspectiva de género.

Método: Investigación cualitativa con enfoque crítico y feminista. Se realizaron 29 entrevistas semiestructuradas (17 mujeres y 12 hombres) entre junio y julio de 2020, por vía telefónica, a personas que habían contestado previamente a una encuesta *on-line*. Las entrevistas se transcribieron y se realizó un análisis de contenido temático diferenciando las experiencias de mujeres y hombres. Los datos fueron triangulados por el equipo investigador.

Resultados: En las mujeres emergió mayor diversidad en torno a las conductas de salud. En ellas destacaron las difíciles vivencias relacionadas con la COVID-19, la complejidad en la convivencia y realizar trabajo de cuidados no remunerados, así como la importancia de las redes de apoyo. En los hombres hubo diferentes actitudes hacia el deporte, se valoró positivamente el autocuidado y tener tiempo para la alimentación saludable, y hubo una buena valoración sobre la convivencia y la organización en las tareas domésticas. En ambos, la sobrecarga laboral y los problemas económicos se relacionaron con malestar emocional y dificultades para realizar actividades saludables.

Conclusiones: Los comportamientos orientados a la salud durante el confinamiento difirieron según género. Estuvieron sobre todo limitados a experiencias con la COVID-19, condiciones socioeconómicas y carga de cuidados. Resulta fundamental adaptar los programas de salud pública y atención primaria según los momentos vitales de las personas, considerando sus escenarios sociales y cuestionando los roles tradicionales de género.

© 2023 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Narratives on changes in health-related behaviours during lockdown in Spain according to gender

A B S T R A C T

Keywords:

Health behaviour

Gender role

Quarantine

COVID-19

Qualitative research

Objective: To explore experiences related to health-oriented behaviours during lockdown in the Spanish resident population from a gender perspective.

Method: Qualitative research with a critical and feminist approach. Twenty-nine semi-structured interviews (17 women and 12 men) were conducted between June and July 2020 via telephone with people who had previously answered an online survey. The interviews were transcribed and a thematic content analysis was carried out, differentiating between the experiences of women and men. The data were triangulated by the research team.

Results: Among women, greater diversity emerged in terms of health behaviours. Among them, the difficult experiences related to COVID-19, the complexity of living together and doing unpaid care work, as well as the importance of support networks, stood out. Among men, there were different attitudes towards sport, self-care and having time for healthy eating were positively valued, and there was a good assessment of coexistence and organisation in household chores. In both men and women, work overload and economic problems were related to emotional distress and difficulties in carrying out healthy activities.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: cjacques@idiapjgol.org (C. Jacques-Aviñó).

@cjacques18

Conclusions: Health-oriented behaviours during lockdown differed according to gender. They were mostly limited to COVID-19 experiences, socio-economic conditions and burden of care. It is essential to tailor public health and primary care programmes according to people's life moments, taking into account their social context and questioning traditional gender roles.

© 2023 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los estudios realizados sobre el confinamiento por la COVID-19 guardan estrecha relación con los comportamientos orientados a la salud. Llamados «estilos de vida», se definen como aquellas conductas realizadas por un individuo, de forma consciente o inconsciente, que tienen impacto en su salud¹. A pesar de que el comportamiento se estudie en muchos casos desde una perspectiva individual, existe una importante relación entre los comportamientos orientados a la salud y los determinantes sociales de la salud y los ejes sociales de inequidad^{1,2}. Esto plantea la necesidad de asumir un modelo complejo para comprender los comportamientos orientados a la salud^{3,4}, así como articular la salud con el de oportunidad, ya que, en la medida en que el confinamiento ha modificado las conductas, ha resignificado las prácticas en función de lo que las personas podían hacer según sus circunstancias.

Durante el confinamiento se produjeron una serie de cambios en la actividad física y en la alimentación, tanto en personas adultas como en población infantil⁵⁻⁷. Se ha observado que las mujeres tendieron a aumentar y mantener la actividad física en comparación con los hombres, aunque existen diferencias según el nivel de estudios⁸ y el tipo de deportes que se realiza según género⁷. También se vio que la adherencia a la dieta mediterránea fue mayor en las mujeres, en personas que convivían en familia y en los sectores socioeconómicamente más favorecidos⁹. En un estudio se ha encontrado que las personas adultas manifestaban preocupación por el deterioro de su salud mental y de sus hijos e hijas, y dificultad para conciliar el sueño, y echaban de menos realizar actividades percibidas como saludables (salidas a la naturaleza o realizar deportes)¹⁰. Desde una perspectiva de género, los comportamientos orientados a la salud responden a expectativas sociales y experiencias cotidianas relacionadas con los roles de género¹¹. Es así que tanto el género como otros ejes de inequidad contribuyen a la exposición a determinados riesgos y acciones preventivas¹².

Por otra parte, tener conductas valoradas como no saludables se ha asociado a un mayor riesgo de mala salud mental^{7,13}. Durante el confinamiento, presentar síntomas de ansiedad, como respuesta a vivir en un escenario de incertidumbre, se ha relacionado con un aumento del consumo de alcohol, tabaco y ansiolíticos, sobre todo en los hombres¹⁴, a pesar de que las mujeres han mostrado peores resultados en salud mental y tienden a un mayor consumo de psicofármacos^{14,15}. Desde una óptica de equidad, esto implica responder a las necesidades de salud que sean similares o diferentes entre géneros^{16,17}. Si en este contexto consideramos el protagonismo que tuvo la COVID-19 en el ámbito asistencial, la desatención de otros aspectos relacionados con la salud acabó profundizando ciertas fracturas y vulnerabilidades presentes en la población¹⁸. Todo ello convierte en fundamentales las narrativas que tienen las personas respecto a la salud, considerando su carga sociocultural y sus condiciones de vida¹⁹.

A pesar de la amplia evidencia disponible, son escasos los estudios con perspectiva de género y metodología cualitativa en esta materia. Por ello, nuestro objetivo fue explorar las experiencias relacionadas con los comportamientos orientados a la salud durante el confinamiento en la población residente en España desde una perspectiva de género.

Método

Estudio de metodología cualitativa con un diseño exploratorio e interpretativo²⁰. Se ha asumido una perspectiva crítica y feminista, es decir, los comportamientos se entienden como un proceso social determinado por relaciones de poder y por su contexto^{3,17}. Asimismo, implica cuestionar las estructuras patriarcales que subyacen a las inequidades sociales y tener un compromiso con el cambio social³. Por ello, nos planteamos estudiar cómo se ha articulado el cuidado personal y colectivo desde lo relacional.

En este proyecto se realizó primeramente un estudio transversal mediante una encuesta *on-line* durante el período de confinamiento en España¹⁴. Al final de la encuesta se preguntaba a las personas si estaban dispuestas a ser entrevistadas.

Para este estudio se realizó un muestreo gradual y teórico²⁰. Entre las personas que aceptaron participar en la encuesta se buscó variedad según declararon tener identidad cisgénero, nivel de estudios, país de nacimiento y si convivían o no con menores de edad, hijos/as o personas dependientes. La muestra final estuvo compuesta por 29 personas (17 mujeres y 12 hombres) y casi la mitad tenían educación universitaria (tabla 1). Se realizó un guion para una entrevista semiestructurada (tabla 2). Una vez alcanzada la saturación de los datos, finalizaron las entrevistas. Estas se realizaron mediante llamadas telefónicas durante los meses de junio y julio de 2020, meses correspondientes a las fases de desescalada, y tuvieron una duración aproximada de una hora. Todas las entrevistas se grabaron, se pidió el consentimiento informado de manera verbal y fueron transcritas. Posteriormente se llevó a cabo un análisis de contenido temático²¹ de manera manual. La codificación y la categorización se realizaron según fueran hombres o mujeres y considerando otros factores característicos con el fin de valorar posibles diferencias en el discurso. Tres investigadoras hicieron el análisis por separado, sus resultados se compararon y luego se triangularon con el resto del equipo investigador. Es decir, se discutieron las observaciones realizadas por las entrevistadoras, los datos y su coherencia teórica metodológica²⁰. La reflexividad acompañó todo el estudio.

Este estudio se enmarca dentro de un proyecto internacional y cuenta con la aprobación del Comité de ética de Investigación Clínica del IDIAPJGol (20/063-PCV).

Resultados

Se identificaron tres categorías principales entre los discursos de mujeres y hombres (tablas 3 y 4).

Mujeres

1) La COVID-19 como amenaza al (auto)cuidado

Según las experiencias de las mujeres, padecer COVID-19 o sintomatología compatible, ya fueran ellas mismas o algún familiar, generó mucha preocupación e irritabilidad. La amenaza de experimentar una muerte cercana y la falta de comunicación con los servicios de salud produjeron malestar físico y mental, como bajada de peso o insomnio. La atención de los cuidados se dirigió sobre todo a quienes convivían con algún familiar con COVID-19 en un

Tabla 1
Características sociodemográficas y de convivencia de las personas entrevistadas

ID	Género	Edad (años)	Nivel máximo de estudios	Situación laboral	Trabajo esencial ^a	País de nacimiento	Convive con menores, hijos/as o personas dependientes
1	Mujer	55	Formación profesional	Empleada con contrato	No	España	No
2	Mujer	53	Bachillerato o similar	Empleada con contrato	No	España	Sí
3	Mujer	46	Educación universitaria	Empleada con contrato	No	Argentina	No
4	Mujer	53	Educación universitaria	Cobrando el paro	No	Argentina	Sí
5	Mujer	29	Educación universitaria	Empleada con contrato	Sí	España	No
6	Mujer	39	Educación universitaria	Empleada con contrato	Sí	Brasil	Sí
7	Mujer	48	Formación profesional	Empleada con contrato	No	España	No
8	Mujer	44	Educación primaria	Jubilada o pensionista	No	España	Sí
9	Mujer	48	Educación universitaria	Empleada con contrato	Sí	España	Sí
10	Mujer	55	Bachillerato o similar	Otra	No	España	No
11	Mujer	62	Educación universitaria	Empleada con contrato	Sí	Venezuela	No
12	Mujer	66	Educación universitaria	Jubilada o pensionista	No	España	No
13	Mujer	42	Educación universitaria	Empleada con contrato	Sí	España	Sí
14	Mujer	28	Educación universitaria	Empleada con contrato	Sí	España	No
15	Mujer	31	Formación profesional	Autónoma	Sí	España	Sí
16	Mujer	38	Educación secundaria	Empleada con contrato	No	España	No
17	Mujer	49	Formación profesional	Empleada con contrato	Sí	Argelia	Sí
18	Hombre	74	Educación secundaria	Jubilado o pensionista	No	España	No
19	Hombre	55	Formación profesional	Empleado con contrato	No	España	No
20	Hombre	39	Formación profesional	Empleado con contrato	No	España	No
21	Hombre	36	Educación secundaria	Autónomo	No	España	No
22	Hombre	56	Bachillerato o similar	Empleado con contrato	Sí	España	Sí
23	Hombre	52	Educación universitaria	Autónomo	No	México	No
24	Hombre	47	Formación profesional	Jubilado o pensionista	No	España	No
25	Hombre	41	Educación universitaria	Empleado con contrato	No	España	No
26	Hombre	51	Educación universitaria	Empleado con contrato	No	España	No
27	Hombre	36	Educación universitaria	Empleado con contrato	Sí	España	Sí
28	Hombre	38	Educación universitaria	Empleado con contrato	Sí	España	No
29	Hombre	37	Educación universitaria	Empleado con contrato	Sí	España	No

^a Durante el estado de alarma, mediante el Real Decreto-Ley del 29 de marzo de 2020, algunos servicios se consideraron «trabajo esencial», debiendo continuar en sus puestos de trabajo de forma presencial (p. ej., trabajadores del sector salud, de la alimentación y del transporte).

Tabla 2
Guion de la entrevista semiestructurada creada para recoger las experiencias durante el confinamiento en España

<i>Preguntas introductorias</i>
¿Me podría explicar con quién vivía durante el confinamiento? (personas con quien vive, relación con estas personas...)
<i>Dimensión experiencia confinamiento, relacional y de comunicación</i>
¿Cómo definiría su experiencia de confinamiento? (nivel emocional [recoger fluctuación emocional], relacional, laboral...)
<i>Para personas que no viven solas</i>
¿Qué tipo de cambios ha habido en las relaciones con las personas con las que ha convivido?
¿Cómo ha sido la organización dentro del hogar en cuanto a la repartición de las tareas domésticas, cuidados de menores o dependientes, teletrabajo, compras, etc.?
<i>Para personas que hayan tenido COVID-19, síntomas, personas cercanas con COVID o que hayan fallecido</i>
Ha tenido experiencia directa con la COVID. ¿Podría explicarnos cómo ha sido?
<i>Para personas que viven solas y no solas</i>
¿Cómo se ha relacionado con personas con las que no ha convivido (amigos, familia, etc.)?
¿Qué impacto cree que ha tenido en usted el periodo de confinamiento en su salud? (sueño, alimentación, actividad física...)
<i>Dimensión estrategias de afrontamiento</i>
¿Qué es lo que suele hacer para cuidar de su salud? (física, emocional, relaciones...)
¿Qué actividades nuevas ha iniciado durante el periodo de confinamiento? (a nivel personal, a nivel colectivo/comunitario...)
¿Ha recibido algún tipo de apoyo psicológico durante el confinamiento?
¿Cree que estas actividades le han ayudado a mejorar su salud/preocupaciones?
¿Cómo se siente en relación al futuro?

Este guion es originalmente más largo, pero las respuestas a estas preguntas fueron las que se recogieron para este estudio.

contexto caracterizado por falta de in(formación) sobre cómo gestionarlo. También comentaron la desesperación que generaba no poder acceder a las residencias. Entre las trabajadoras esenciales se exacerbó la preocupación de contagiar a los miembros de la familia, por lo que se realizaban una serie de rituales al entrar en casa para desinfectarse antes de tener cualquier contacto. También refieren que la exigencia laboral no permitió mantener conductas saludables, como realizar actividad física. Además, entre quienes tenían hijos/as, comprar ingredientes para hacer pasteles u otras comidas que habitualmente no se cocinaban (por ser poco saludables) fue una forma de compensar sus horas en casa. Las mujeres migrantes

también manifestaron la preocupación que implicaba la COVID-19 en sus países de origen.

2) Convivencia y dinámicas de cuidado como experiencias complejas

La disminución del sueldo profundizó los sentimientos de incertidumbre, así como las tensiones experimentadas con la pareja. Este panorama afectó psicológicamente a algunas participantes, lo que se vio reflejado en los cambios en la rutina del sueño y el deseo de picar y comer a cualquier hora. Las mujeres que realizaban

Tabla 3
Categorías y subcategorías temáticas emergentes de las entrevistas realizadas a mujeres (n = 17)

Categorías	Subcategorías	Verbatim
La COVID-19 como amenaza en el (auto)cuidado	Situación emocional difícil por COVID-19 Indignación con médicos y medidas de restricción Preocupación por contagiarse Trabajo esencial no permite actividad física No hay tiempo, compensar con comida no saludable en hijos e hijas Además, me preocupaba la gente en mi país	«Yo estaba con los síntomas, estaba como si me hubiesen dado una paliza, tenía una opresión en el pecho, me agotaba, no podía con mi alma, no podía comer, yo pensaba otras... y cómo lo cuidó yo a él, ¿sí yo estoy así? no lo entendía [...] y ya cuando te dicen: no, no tranquila, si empeora o se muere ya nos ponemos en comunicación... yo esta conversación la tengo grabada, ¡Ala! Esas frases las tengo grabadas [...] yo en aquel momento, había adelgazado 5 kilos.» (ID 1, 55 años) «Por la rutina, es simplemente para ocupar mis hijos, por ejemplo, les compraba chocolate, para que estén ocupados ellos, entonces ellos se ponían a hacer una tarta, y la hacía la niña y luego al día siguiente el niño: yo quiero hacer una, entonces yo les compraba sus ingredientes y les gustaba mucho al hacer cosas en casa, entonces ya le tenía su despensa con levadura, harina y otras cosas que ya tenía porque suelo hacer mucho. Entonces ellos se han pasado haciendo galletas y probando, entonces hemos comido de todo, eso sí que hemos cogido algunos kilitos.» (ID 17, 49 años) «Intentaba hacer deporte en casa... alguna cosilla y tal, pero al final, ya te digo, la obsesión de estudiar... de informarme de cada protocolo que aparecía al minuto... Me mantenía tan ocupada que no pensaba en la posibilidad de invertir tiempo libre en otra cosa.» (ID 14, 28 años)
Convivencia y dinámicas de cuidado como experiencia compleja	Problemas económicos generan tensión e insomnio Mujer debe asumir tareas de recreación de hijos/as No estoy por mí, sino por los demás Cuidar genera agotamiento Impotencia de no ver bien a hijos/as Adaptación funcionalidad de la casa Cambio de rutinas cuidado a persona dependiente	«¡Eh, la convivencia es complicadita! Complicadita, porque mmm él, los dos, bueno yo no tanto, pero él tiene como mucho genio y es muy hiperactivo, entonces eso de estar encerrado, lo combatíamos viendo pelis, y... hemos jugado al parchís y entonces... claro había momentos de discusiones [...] y yo he pasado de una sensación muy cómoda, pues de 30 años fija en la misma empresa y tal a pasar mucho miedo [...] A no dormir por las noches (silencio largo) bueno, todavía estoy.» (ID 19, 55 años) «Bueno, de momento la parte... eh, la parte emocional, ¿no? La mujer tiene siempre más responsabilidad en ese sentido [...] de entretener un poco los niños, de organizar los horarios de las tareas escolares... bueno, no estamos por nosotros, estamos por los críos y por lo que hay que estar y es verdad que no hablamos mucho, para no discutir porque siempre estamos con muchas preocupaciones y no hay tiempo para eso, ¿no? [...] Bueno, pues los deberes con los niños, porque estamos muy agotados.» (ID 6, 39 años) «¡Claro! Es un niño que tiene ganas de estudiar, tiene ganas de llorar, tiene hambre a todas horas, porque no sabe saciar su ansiedad... Ha sido duro en ese sentido, en que te crea impotencia el no poder ayudarlo a él [...] creo que nunca habríamos pensado que un piso de 70 metros cuadrados diera para tanto, porque hemos hecho Gym en casa, hemos hecho de todo en casa, hemos construido cosas con cartón...» (ID 15, 31 años)
Las redes de apoyo fueron fundamentales	Vecindario ayudó con comida Ayuda emocional de hijos/as Ayuda del perro para salir Actividades formativas ayudan a mantener contacto	«... yo he tenido mucha suerte, porque realmente tengo unos vecinos... impresionantes, que cada día me traían comida a mi puerta... pero no toda la gente ha tenido la misma suerte que yo.» (ID 1, 55 años) «... el confinamiento, sí, si ellos lo han ido pasando, a mí me han ayudado mucho también mis hijos, porque he estado muy mal, ahora cuando ya, me decido a salir sola, pero no muy lejos porque tampoco me fío, ¿sabes? ¡Pero bueno, yo sí que lo he pasado muy mal! Y no mal, ya no por él, sino en el sentido de estar encerrada, [...] nosotros estamos en un bloque, que la puerta estaba rota, pusimos antes del confinamiento, unos días antes pusimos la cerradura y sí, me siento más tranquila, porque yo llevo y me encierro, y si oigo un chillido aquí, salen todos.» (ID 8, 44 años) «... bueno, yo tengo un perro, ¡que es el que más me ha ayudado! Me ha dejado la silla para ir... con las muletas de paseo, porque durante el confinamiento no había absolutamente nadie [...] y gracias a poder sacar el perro, pues he podido andar.» (ID 2, 53 años)

deporte antes del confinamiento y no eran trabajadoras esenciales, comentaron que realizaron actividades con sus hijos/as o parejas. Adaptaron la actividad física a los espacios de la casa, utilizando el marco de una puerta o las escaleras de la finca para hacer ejercicio. Se comentó que las que debían dedicarse a la conciliación al igual que sus parejas hombres asumieron mayor carga en el sostén emocional dentro del hogar. Al respecto hay quienes lo asumieron como una respuesta normalizada y otras, en cambio, como un momento de inflexión, lo que generó crisis de convivencia y agotamiento. Según las informantes, esta situación de cuidado impuesto por las circunstancias y la falta de redes dejó poco espacio para recuperarse emocionalmente después del confinamiento.

3) Las redes de apoyo fueron fundamentales

El apoyo del vecindario, familiares y amistades fue esencial para la organización social. Por una parte, fueron quienes asumieron responsabilidades, como realizar la compra y llevar comida

adaptada a las necesidades de la persona, lo cual fue especialmente importante en el caso de las que estaban enfermas o eran trabajadoras esenciales. Asimismo, tener una buena relación con los/las compañeros/as de trabajo ayudó sobre todo en momentos de tristeza y sensación de soledad. Por otra parte, una informante comentó que estaba muy afectada porque venía saliendo de una relación de violencia de género; la contención de su hijo y su hija, y el apoyo de vecinos/as, fueron fundamentales cuando comenzó la desescalada ante el miedo de que su expareja se acercara al domicilio, pues tenía la percepción de que la policía no tendría interés en venir en caso de necesitar ayuda.

Además, entre las informantes se comentó que convivir con un animal fue un privilegio, sobre todo para sus hijos e hijas. Otra mujer que estaba en fase de rehabilitación comentó que no contaba con los recursos habituales de atención primaria y que sacar al perro a pasear fue fundamental para volver a andar. También contribuyeron al bienestar tener tiempo para realizar actividades de aprendizaje y el contacto social vía virtual.

Tabla 4
Categorías y subcategorías temáticas emergentes de las entrevistas realizadas a hombres (n = 12)

Categorías	Subcategorías	Verbatim
Diferentes actitudes hacia la actividad física	Del malestar a la actividad física Realizar mucha actividad física ayuda Preocupación por futuro incierto Apatía no genera ganas de actividad física Dificultad de enfrentar soledad Importancia contacto con la naturaleza	«No, eso también me lo he dejado muchísimo eso de actividad física y de eh, yo por ejemplo me cuidó muy mal, no sé si porque no, no sé autocuidarme, yo hacía ejercicio, iba a un gimnasio y hacía Pilates, eso porque era de recursos humanos, pero bueno como cerró, esa parte de actividad física que salía pues no, no...» (ID 28, 38 años) «Pero en el confinamiento, pues yo no hacía nada, porque las cosas cambian y yo de hacer sentadillas y tal, pues... yo soy de hacer deporte y estando encerrado, no, no tenía ganas, hacíamos algunas horas, pero en el confinamiento un poquito menos y en eso mi hijo al revés, pues se ha puesto como un toro.» (ID 22, 56 años) «...no podía hacer todas las cosas que a mí me gustan, y bueno ya no solo en plan ejercicio, si no que no sé, para mí el contacto con la naturaleza es fundamental! en muchos aspectos, y eso... el no tener eso, pues... es quizás lo que más he echado de menos.» (ID 25, 41 años)
Nuevas estrategias de afrontamiento	Tiempo para comida elaborada La lectura ayuda Tiempo para actividades de ocio Importancia de contacto virtual La COVID-19 no afecta	«Aunque me lo curraba mucho y me lo curré un montón y ahora, porque obviamente lo que pasó es que... que he podido comer lo que he querido, ¡sabes! Tomándome mi tiempo, para preparación, para la planificación, para hacerme comida para tal... pues los desayunos ahora no como pan, me gusta desayunar, pues, ... frutos secos, avena, yogur...» (ID 29, 37 años) «Yo la verdad es que con todo el tema de alimentación intenté cuidarla, ya que debido a que tengo bastante tiempo, pues dije, bueno, voy a intentar cuidar todo el tema de la alimentación y luego bueno, ... vamos a cuidarnos y sí que es verdad que sí que durante el día a día va hacer... un poco un sin parar, pues ahora era todo lo contrario, pues ara que tengo todo el tiempo para mí, pues voy a intentar, ... a cuidarme en ese aspecto.» (ID 20, 39 años) «Pues sí, ha sido incluso mejor, porque, con la excusa esta de no poder salir, me he puesto incluso en contacto con amigos que a lo mejor tenía una... no quiero decir olvidados, pero si a lo mejor un poco dejados, ¿no? Y entonces pues empecé a hablar con ellos y ellos conmigo y entonces amigos y familiares que al final estaban un poco abandonados, pues esto ha servido para que... que volvamos a tener una relación más unida.» (ID 26, 51 años)
Buena convivencia y tareas domésticas bien organizadas	Fue una buena época Buena convivencia El trabajo esencial dificulta el cuidado Buena organización de las tareas del hogar	«Eso a los tres, eh, lo he comentado más de una vez, qué bien lo hemos llevado. No sé. ¿Ha sido entre comillas bonito ver cómo un chaval de 22 años con dos padres de 57, podían estar bien, a gusto, no es un piso muy grande el que tenemos, pero... cada uno tenía su espacio y nos juntábamos, ¿no? O sea, ha habido bastante buen rollo, la verdad.» (ID 22, 56 años) «Mi pareja se ha encargado... especialmente de la compra y luego, también por las mañanas tenía cierta obsesión de limpiar la casa... entonces ella hizo sobre todo esto y lo demás, pues como siempre un poco a medias, cuando yo trabajaba de mañanas pues ella hacía la comida por la mañana y yo me encargaba de la cena... El cuidado de los peques, como ella tenía menos jornada, pues en tiempo se encargaba más, pero claro, cuando ella se iba a trabajar, por ejemplo, me encargaba yo de los peques...» (ID 27, 36 años)

Hombres

1) Diferentes actitudes hacia la actividad física

Entre los hombres que realizaban deporte antes del confinamiento emergieron dos discursos. Por un lado, estaban aquellos motivados a realizar actividad física en casa, sobre todo por no querer aumentar de peso y en algunas ocasiones porque lo veían como un aprovechamiento del tiempo libre. Se valoró positivamente cuando el gimnasio ofrecía clases virtuales. Por otra parte, se comentó que había mayor apatía emocional, lo que dificultó mantener una rutina deportiva, relacionado, entre otros factores, con la falta de acceso al aire libre y la sensación de descontento. Este discurso se dio sobre todo entre los que vivían solos, que comentaron que fue complejo gestionar la falta de contacto social. Por otra parte, refirieron que afrontar problemas laborales o económicos les desmotivó para mantener una actitud saludable. Un informante comentó que, a pesar de disminuir la actividad física, su hijo que se dedicaba largas horas a hacer deporte no le motivó a cambiar su actitud.

2) Nuevas estrategias de afrontamiento

Los cambios en las rutinas alimentarias se dieron sobre todo entre los hombres que vivían solos o en pareja. Se valoró positivamente tener tiempo para cocinar comida elaborada y más saludable

entre quienes no comentaron tener problemas económicos o no se dedicaban a trabajos esenciales. De hecho, fue un tiempo que ayudó a generar vínculos con quien se cocinaba. La lectura fue una actividad que se mantuvo y fue algo apreciado. Además, entre los hombres fueron más comunes las tareas de bricolaje y jardinería como estrategias de afrontamiento. El mayor cambio fue la conexión virtual con las amistades y la familia, considerada una de las actividades más importantes para sobrellevar el confinamiento. Respecto a las experiencias relacionadas con la COVID-19, estas fueron muy pocas entre los hombres de nuestro estudio. Aun así, se expresó no estar especialmente preocupado por enfermarse y los discursos giraron en torno a la dificultad de realizar el aislamiento.

3) Buena convivencia y tareas domésticas bien organizadas

Entre los hombres que convivían en pareja y tenían personas a su cargo, la percepción fue que las tareas domésticas y de cuidado se repartieron y organizaron consensuadamente. Ninguno de los informantes percibió mayor carga de cuidado en comparación con su pareja. Tampoco hubo experiencias en las que se manifestara que este rol empeorara sus comportamientos orientados a la salud, pero sí entre quienes tenían un trabajo esencial. De hecho, la mayor parte de los hombres explicaron tener buenas experiencias y estar satisfechos con su convivencia durante esta etapa, llevarse bien con sus familiares, pareja o compañeros/as de piso, y estar bien organizados en cuanto a las tareas del hogar. Entre los

hombres suele haber un discurso que percibe el confinamiento como un período que fue asumible, a pesar de que se manifiesta la dificultad que implicaron la limitación de las relaciones sociales y los bajones anímicos.

Discusión

Nuestros resultados exploraron los comportamientos orientados a la salud durante el confinamiento considerando las diferencias según género. Analizar los relatos estratificados permitió valorar que las experiencias estuvieron atravesadas por eventos y responsabilidades sociales que muestran mayor diversidad entre las mujeres. En ellas destacaron el impacto relativo de la COVID-19, la gestión de la convivencia y el trabajo de cuidados, y la importancia del apoyo social para continuar con la reproducción social. Entre los hombres destacaron diferentes actitudes hacia la actividad física, más oportunidades para realizar comidas saludables y una percepción positiva sobre la convivencia y la organización en las tareas del hogar.

En general, los comportamientos orientados a la salud formaron parte de un complejo marco de relaciones sociales y estructurales, como la convivencia, la relación con el espacio y la situación de empleo; factores que en nuestro estudio se enmarcaron dentro de un modelo hegemónico de género con su consecutivo impacto en la calidad de vida y en la salud²². Las mujeres que tenían hijos/as o personas dependientes a su cargo adaptaron sus horarios productivos y desarrollaron su creatividad para mantenerse saludables o para mantener al grupo familiar activo. Además de asumir las tareas de soporte emocional y de educadoras, comentaron tener sensación de desgaste; experiencias que se diferenciaron de los hombres, que no manifestaron sobrecarga en el trabajo doméstico ni conflictos de convivencia. Otro estudio también mostró que algunas madres intentaron adoptar hábitos saludables de alimentación y realizar ejercicio como estrategia de afrontamiento con la idea de proteger a sus familias²³. Esto va en consonancia con el mayor tiempo que las mujeres han dedicado a los cuidados no remunerados y a adaptarse a los horarios laborales en comparación con los hombres²⁴⁻²⁶. Estos roles, que responden a ideales culturales de maternidad, también se reflejan en el tiempo de los permisos parentales. Es un tema muy complejo, que conlleva que los hombres perciban que «tiene más sentido» asumir responsabilidades de manutención económica que de cuidados²⁷.

Sin embargo, esta responsabilidad en la reproducción social implica un mayor riesgo de malestar en las mujeres. Se ha observado que, al año de inicio de la crisis de la COVID-19, solo las mujeres presentaron una asociación entre la ansiedad y la preocupación sobre la situación escolar de sus hijos/as y la convivencia²⁸. Estas experiencias, que pueden transformarse en posibles diagnósticos en salud mental, no tendrían que considerar los psicofármacos como única vía, sino cuestionar un mandato de género que invisibiliza una desigualdad estructural en la vida más precaria y devaluada de muchas mujeres cuidadoras²⁹. Asimismo, es importante prestar atención a la relación entre estas expectativas sociales, la salud mental y los problemas físicos (artritis, migraña, etc.), cuyas manifestaciones y prevalencias son diferentes según el sistema sexo/género^{11,25}.

Por otra parte, mantener o no comportamientos orientados a la salud ha estado relacionado en las mujeres con experiencias con la COVID-19, aspectos que aumentaron el estrés y fragilizaron el autocuidado. Asimismo, en nuestros resultados, ellas mostraron más preocupación por ser contagiadas y contagiar. Los estudios han señalado que las mujeres perciben mayor riesgo y están más dispuestas a cumplir medidas restrictivas y a usar mascarillas que los hombres³⁰. Sin embargo, esto se tendría que leer en clave de cuidado colectivo para poner en tensión la obediencia, ya que, si

no, podríamos perpetuar los modelos de sumisión femenina. Por otra parte, las mujeres han estado más expuestas a contagiarse de COVID-19, tanto por su rol de cuidadoras informales como por estar sobrerrepresentadas en los trabajos esenciales y con bajos salarios, en los que hay muchas mujeres inmigrantes^{25,31,32}.

Disponer de tiempo y tener circunstancias laborales y económicas favorables emergieron como factores clave para mantener comportamientos orientados a la salud, lo que se dio mayoritariamente entre los hombres que no se dedicaron a actividades esenciales y con independencia de la convivencia con menores o personas dependientes. Esta valoración positiva para comer sano y dedicarse a los/las hijos/as se ha visto en padres en otras investigaciones^{10,33}. Por otra parte, en nuestro estudio fueron las mujeres las que manifestaron comer más a deshoras y alimentos más procesados, sobre todo las que experimentaron preocupación económica y problemas de convivencia. Este aumento del consumo de alimentos hipercalóricos durante el confinamiento ha surgido como estrategia de afrontamiento entre quienes perdieron su trabajo^{33,34}, fenómeno que algunos autores denominan «alimentación emocional», definida como la tendencia a comer en respuesta a emociones displacenteras³⁵. Estos resultados muestran las diferencias según género y el impacto que tienen las condiciones socioeconómicas para (man)tener comportamientos orientados a la salud.

Un tema especialmente importante, sobre todo entre las mujeres, ha sido el apoyo social en un momento de restricciones de los encuentros presenciales. El rol que cumplieron los/las vecinos/as, las amistades y los/las familiares fue crucial para actuar, por ejemplo, en caso de encontrarse enferma. El hecho de que alguien dejara la comida o la compra en la puerta de casa fue vital para la subsistencia. Los estudios realizados en contextos de desastres muestran que las personas que viven situaciones límite tienen mayor capacidad que los profesionales para responder ante emergencias cuando hay percepción de identidad social y de pertenencia³⁶. Por lo tanto, lo social no tendría que verse como una amenaza, sino como un factor que promueve la salud, lo que implica establecer medidas de control de la incidencia, donde puedan articularse los recursos según las necesidades de diferentes colectivos¹⁸.

La mayor limitación de nuestro estudio fue realizar las entrevistas por teléfono. A pesar de que las personas mostraron buena disponibilidad para explicar sus historias, la falta de contacto visual y físico pudo dificultar el vínculo entre las personas informante y entrevistadora. No obstante, esta estrategia era la única viable para realizar un estudio cualitativo en este período, y además permitió hacer entrevistas en lugares y contextos espaciales diferentes³⁷.

En conclusión, según nuestro estudio, los comportamientos orientados a la salud durante el confinamiento estuvieron atravesados por inequidades en los trabajos de cuidados con diferencias según género. Las mujeres mostraron mayor responsabilidad y adaptación a promover la salud, como entretener a sus hijos/as, lo que se relaciona con la «carga mental» de los cuidados, es decir, con las demandas y los esfuerzos no físicos para realizar un trabajo. En los hombres se observó un mayor autocuidado relacionado con cocinar comida saludable. En ambos, la sobrecarga laboral y los problemas económicos fueron un estresor. Sería conveniente que los programas de salud pública y de atención primaria que promuevan comportamientos orientados a la salud consideraran las circunstancias vitales de las personas para consensuar prácticas que sean alcanzables considerando sus privilegios y limitaciones, así como incidir en cambiar los roles tradicionales de género.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

No es posible compartir los datos públicamente, ya que contienen información personal confidencial y no se pueden anonimizar

por completo. Nuestro estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación del Institut de Recerca en Atenció Primària Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol) (referencia REC 20/063-PCV). Los datos están disponibles para las personas investigadoras que cumplan los criterios de acceso a datos confidenciales (datos disponibles a petición). Para obtener más información sobre las restricciones de disponibilidad de datos, pueden comunicarse con dicho comité de ética en cei@idiapjgol.info.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Los comportamientos orientados a la salud difieren según género y clase social. El confinamiento ha impactado en los comportamientos orientados a la salud en personas adultas y niños/as, así como en la salud mental.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

En las mujeres, las conductas en salud se adaptaron más al cuidado de otros, mientras que en los hombres más hacia los propios. En ambos, los problemas laborales o económicos dificultaron el bienestar.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Mejorar el comportamiento en salud requiere considerar la heterogeneidad de las personas y su contexto, así como incidir activamente en cambiar los roles de género tradicionales.

Editora responsable del artículo

María del Mar García-Calvente.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

C. Jacques-Aviñó: concepción y diseño del estudio, recogida, análisis e interpretación de los datos, escritura del artículo y aprobación de la versión final para su publicación. L. Medina-Perucha: concepción y diseño del estudio, recogida e interpretación de los datos, revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales y aprobación de la versión final para su publicación. Y. Young-Silva: transcripción, análisis e interpretación de los datos, revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales y aprobación de la versión final para su publicación. L. Granés: análisis e interpretación de los datos, revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales y aprobación de la versión final para su publicación. T. López-Jiménez: concepción y diseño del estudio, recogida de datos y aprobación de la versión final para su publicación. A. Berenguera: concepción y diseño del estudio, recogida de datos y aprobación de la versión final para su publicación.

Agradecimientos

A todas las personas que participaron en las entrevistas y compartieron su tiempo y experiencia en el estudio.

Financiación

Proyecto financiado por el Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía y Competitividad, a través de las ayudas para la creación y configuración de Redes de Investigación Cooperativa Orientada a Resultados en Salud (RICOR), expediente RD21/0016/RD21/0016/0029, cofinanciada por la Unión Europea – NextGenerationEU.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Short SE, Mollborn S. Social determinants and health behaviors: conceptual frames and empirical advances. *Curr Opin Psychol.* 2015;5:78–84.
- Cockerham WC. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *J Health Soc Behav.* 2005;46:51–67.
- Chapela MC, Cerda García A. Promoción de la salud y poder: reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2010.
- Viveros Vigoya M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista.* 2016;52:1–17.
- Medrano M, Cadenas-Sanchez C, Osés M, et al. Changes in lifestyle behaviours during the COVID-19 confinement in Spanish children: a longitudinal analysis from the MUGI project. *Pediatr Obes.* 2021;16:e12731.
- Pérez-Rodrigo C, Gianzo Citores M, Hervás Bárbara G, et al. Patterns of change in dietary habits and physical activity during lockdown in Spain due to the COVID-19 pandemic. *Nutrients.* 2021;13:300.
- Runacres A, Mackintosh KA, Knight RL, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on sedentary time and behaviour in children and adults: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18:11286.
- García-Esquinas E, Ortolá R, Gine-Vázquez I, et al. Changes in health behaviors, mental and physical health among older adults under severe lockdown restrictions during the COVID-19 pandemic in Spain. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18:7067.
- Rodríguez-Pérez C, Molina-Montes E, Verardo V, et al. Changes in dietary behaviours during the COVID-19 outbreak confinement in the Spanish COVID19 Study. *Nutrients.* 2020;12:1730.
- Evans S, Mikocka-Walus A, Klas A, et al. From “It has stopped our lives” to “Spending more time together has strengthened bonds”: the varied experiences of Australian families during COVID-19. *Front Psychol.* 2020;11:588667.
- Mauvais-Jarvis F, Bairey Merz N, Barnes PJ, et al. Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *Lancet.* 2020;396:565–82.
- Bowleg L. The problem with the phrase women and minorities: intersectionality – an important theoretical framework for public health. *Am J Public Health.* 2012;102:1267–73.
- Blom V, Lönn A, Ekblom B, et al. Lifestyle habits and mental health in light of the two COVID-19 pandemic waves in Sweden, 2020. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18:3313.
- Jacques-Aviñó C, López-Jiménez T, Medina-Perucha L, et al. Gender-based approach on the social impact and mental health in Spain during COVID-19 lockdown: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2020;10:e044617.
- Subdirección General de Información Sanitaria. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. BDCAP Series 2.
- Shim R, Rust G. Primary care, behavioral health, and public health: partners in reducing mental health stigma. *Am J Public Health.* 2013;103:774–6.
- Hammarsström A, Johansson K, Annandale E, et al. Central gender theoretical concepts in health research: the state of the art. *J Epidemiol Community Health.* 2013;68:185–90.
- Jacques-Aviñó C, Rodríguez-Giral I, Ruiz ME, et al. ¿Para cuándo el diálogo interdisciplinar en la gestión de la sindemia de la COVID-19? *Rev Esp Salud Publica.* 2022;96:1–4.
- Menéndez EL. Antropología social como práctica y como representación. *Alteridades.* 2005;15:65–80.
- Berenguera Ossó A, Fernández de Sanmamed Santos MJ, Vigués-Pons M, et al. To listen, to observe and to understand: bringing back narrative into health sciences. En: *Contributions of qualitative research.* Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol); 2017.
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3:77–101.

22. Carmel S. Health and well-being in late life: gender differences worldwide. *Front Med.* 2019;6:218.
23. Yoo HJ, Shim J, Kim N. Life-changing experiences of mothers with school-age children during the COVID-19 pandemic: focusing on their health risk perceptions and health-related behaviors. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18:4523.
24. Xue B, McMunn A. Gender differences in unpaid care work and psychological distress in the UK Covid-19 lockdown. *PLoS One.* 2021;16:e0247959.
25. Del Río Lozano M, García Calvente MM. Cuidados y abordaje de la pandemia de COVID-19 con enfoque de género. *Gac Sanit.* 2021;35:594–7.
26. European Commission. International Women's Day 2021: COVID-19 pandemic is a major challenge for gender equality. (Consultado el 23/10/2022.) Disponible en: <https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP.21.1011>.
27. Barcus M, Tigges L, Kim J. Time to care: socioeconomic, family, and workplace factors in men and women's parental leave use. *Community Work Fam.* 2019;22:443–64.
28. Jacques-Aviñó C, López-Jiménez T, Bennett M, et al. Self-reported anxiety in Spain: a gendered approach one year after the start of COVID-19 pandemic. *Front Public Health.* 2022;10:873891.
29. Bacigalupe A, González-Rábago Y, Jiménez-Carrillo M. Desigualdad de género y medicalización de la salud mental: factores socioculturales determinantes desde el análisis de percepciones expertas. *Aten Primaria.* 2022;54:102378.
30. Galasso V, Pons V, Profeta P, et al. Gender differences in COVID-19 attitudes and behavior: panel evidence from eight countries. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2020;117:27285–91.
31. Castellanos-Torres E, Tomás Mateos J, Chilet-Rosell E. COVID-19 en clave de género. *Gac Sanit.* 2020;34:419–21.
32. Maestripieri L. The Covid-19 pandemics: why intersectionality matters. *Front Sociol.* 2021;6:642662.
33. Balluerka Lasá N, Gómez Benito J, Hidalgo Montesinos MD, et al. Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. En: Informe de Investigación. Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco; 2020. Disponible en: <https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu.eines/noticies/docs/Consecuencias.psicologicas.COVID-19.pdf>.
34. Coulthard H, Sharps M, Cunliffe L, et al. Eating in the lockdown during the Covid 19 pandemic; self-reported changes in eating behaviour, and associations with BMI, eating style, coping and health anxiety. *Appetite.* 2021;161:105082.
35. Guerrini Usubini A, Cattivelli R, Varallo G, et al. The relationship between psychological distress during the second wave lockdown of covid-19 and emotional eating in Italian young adults: the mediating role of emotional dysregulation. *J Pers Med.* 2021;11:569.
36. Drury J, Carter H, Cocking C, et al. Facilitating collective psychosocial resilience in the public in emergencies: twelve recommendations based on the social identity approach. *Front Public Health.* 2019;7:141.
37. Lupton D. editor. Doing fieldwork in a pandemic (crowd-sourced document). Revised version. 2021. (Consultado el 18/10/2022.) Disponible en: <https://docs.google.com/document/d/1clGjGABB2h2qbduTgfqribHmog9B6P0NvMgVuiHZCl8>.