

Participación social, comunitaria e intersectorial para prevenir la COVID-19 en el adulto mayor

Social, Community and Intersectoral Involvement for Preventing COVID-19 in the Elderly Adult

Lilian María Aparicio Meneses^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-9274-5899>

Orlando Hernández Méndez² <https://orcid.org/0000-0002-9274-5899>

Roberto Igarza Varona³ <https://orcid.org/000-0003-2019-954x>

¹Dirección Municipal de Salud. Las Tunas, Cuba.

²Policlínico “Guillermo Tejas Silva”. Las Tunas, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas. Las Tunas, Cuba.

*Autor para la correspondencia: apariciolili70@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La COVID-19 representa un panorama particularmente estremecedor en los adultos mayores, debido a la alta morbilidad y mortalidad. Diseñar acciones para su atención integral constituye una prioridad de la salud pública en Cuba y un poderoso instrumento para la prevención de esta enfermedad.

Objetivo: Diseñar acciones comunitarias e intersectoriales para la COVID-19 en el adulto mayor.

Métodos: Se realizó un estudio cuasiexperimental de intervención mediante acciones comunitarias e intersectoriales para prevenir la COVID-19 en los adultos mayores pertenecientes al consultorio 16 del Policlínico “Guillermo Tejas Silva”, en el período de abril a diciembre del 2020. El universo estuvo constituido por 134 gerontes y la muestra de 110. Se desarrolló en tres etapas. Se evaluó el impacto de la intervención.

Resultados: Predominaron las gerontes femeninas (50,9 %), las edades de 60-64 años (32,2 %) y los independientes activos (45,5 %). Con la aplicación de la estrategia se aumentó el nivel de conocimiento de los seniles (91,8 %), se controló el 100 % de las

enfermedades, se redujeron los trastornos emocionales en un 78,4 % y se diseñaron 185 acciones comunitarias para prevenir la COVID-19 en el adulto mayor.

Conclusiones: La sostenibilidad en el control de la COVID -19 en el adulto mayor requiere de la movilización y participación de todos los sectores de la sociedad y la economía, unidos en un esfuerzo conjunto que sustente las acciones comunitarias.

Palabras clave: epidemiología; COVID-19; contagio.

ABSTRACT

Introduction: COVID-19 is a particularly frightening scenario for elderly adults, due to high morbidity and mortality. Designing actions for the comprehensive management of this disease is a public health priority in Cuba and a powerful instrument for preventing it.

Objective: To design community and intersectoral actions for COVID-19 in elderly people.

Methods: A quasiexperimental intervention study was carried out by means of community and intersectoral actions for preventing COVID-19 in elderly people from the family doctor's office 16 of *Policlínico "Guillermo Tejas Silva"*, in the period from April to December 2020. The study universe was made up of 134 elderly people and the sample was 110. It was developed in three stages. The impact of the intervention was evaluated.

Results: Female elderly people were predominant (50.9 %), together with ages 60-64 years (32.2 %) and the condition of active independent (45.5 %). With the implementation of the strategy, the level of knowledge of the senile increased (91.8 %), 100 % of the diseases were controlled, emotional disorders were reduced by 78.4 %, and 185 community actions were designed to prevent COVID-19 in the elderly people.

Conclusions: Sustainability in the control of COVID-19 in the elderly people requires the mobilization and involvement of all sectors of society and the economy, united in a joint effort that sustains community actions.

Keywords: epidemiology; COVID-19; contagion.

Recibido: 06/04/2021

Aceptado: 26/02/2022

Introducción

El siglo XXI se ha caracterizado desde sus inicios por una problemática de salud que ha afectado al mundo.^(1,2,3) La infección por SARS-CoV-2 se identificó por primera vez el 1 de diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, en la China central, cuando se informó de un grupo de personas con neumonía de causa desconocida, vinculada, principalmente, con trabajadores de un mercado mayorista de mariscos del sur de China en la ciudad de Wuhan.^(4,5)

La pandemia se ha extendido por los cinco continentes en solo unos meses tras los primeros casos de COVID-19 aparecidos en China.⁽⁶⁾ Definida por la Organización Mundial de la Salud como una pandemia mundial, la COVID-19 afecta a todas las personas, pero no a todas por igual.⁽⁴⁾

Desde esa fecha se han presentado casos de COVID-19 en todo el mundo y el mayor número de muertes de ha trasladado desde China a Europa. Todo lo anterior llevó a que la OMS declarase pandemia el 11 de marzo de 2020.⁽³⁾ En general, la tasa de letalidad en este momento cercana al 3,2 %, si bien en algunos países como Italia se ha observado una mucho mayor.⁽⁵⁾ Se sabe que los más afectados son los adultos mayores, ya que desde los 60 años en adelante las complicaciones por COVID-19, así como la tasa de letalidad, aumentan significativamente.⁽⁶⁾

La pandemia producida por el nuevo coronavirus constituye, sin duda, una de las peores crisis sanitarias enfrentadas hasta ahora, la cual está afectando de una forma profunda y dramática a los adultos mayores.⁽⁷⁾ De los casos diagnosticados en Colombia hasta el 27 de mayo del 2020, 14,7 % fueron pacientes de 60 años y más (3541 casos). Dentro de este grupo poblacional se observó la mayor proporción de casos graves y fatales, donde 10,8 % de estos se mantuvieron en hospitalización, 2,7 % en unidades de cuidados intensivos (UCI) y 16,5 % fallecieron.⁽⁸⁾

En Cuba se diagnostican los primeros casos procedentes de Italia en la ciudad de Trinidad, Sancti Spíritus, el 11 de marzo del 2020,⁽⁹⁾ con comportamiento similar de mayor morbilidad y mortalidad en el adulto mayor.⁽¹⁰⁾ Las personas mayores son un grupo especialmente vulnerable ante la enfermedad producida por el SARS-CoV-2, presentan un peor pronóstico por su comorbilidad, los síndromes geriátricos y la

fragilidad asociada al envejecimiento,⁽¹¹⁾ por lo que la pandemia fue definida como una emergencia geriátrica.⁽¹²⁾

Es imprescindible prestar la debida atención a los grupos vulnerables, en especial a los adultos mayores, ya que el aumento de edad condiciona una disminución de la respuesta inmunológica y capacidades de regeneración, así como una disminución del índice de masa corporal, de la funcionalidad y el aumento de las comorbilidades y la polifarmacia.⁽¹³⁾ Cuba exhibe 21,3 % de envejecimiento poblacional,⁽⁷⁾ lo que fundamenta la constante especialización de la atención al paciente geriátrico desde el primer nivel de atención en salud. De esta forma, se puede lograr una atención más efectiva a los adultos mayores, a través de los consultorios médicos presentes en cada comunidad.

En Cuba, *Cobas-Planchez* y otros⁽¹⁴⁾ reportaron en un estudio sobre características clínicas de pacientes con sospecha de COVID-19, que los mayores de 60 años representaron 30,43 % de los casos positivos. *Medina-Fuentes* y otros⁽¹⁵⁾ en el estudio sobre características clínico epidemiológicas de pacientes positivos a la COVID-19, encontraron predominio de pacientes mayores de 60 años (38,4 %).

En correspondencia con esto, muestran un incremento del riesgo de hospitalización y mortalidad en adultos mayores con respecto a la población general. Además, exhiben un aumento en la necesidad de atención intensiva de los infectados en este grupo de edad por presentar cuadros graves complicados y descompensación de sus enfermedades de base.

En este contexto, se enmarca el problema abordado en la presente investigación cuyo objetivo fue diseñar acciones comunitarias e intersectoriales para la COVID-19 en el adulto mayor.

Métodos

Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención mediante acciones comunitarias e intersectoriales para prevenir la COVID-19 en el adulto mayor pertenecientes al Consultorio del Médico de la Familia 16 del Policlínico “Guillermo Tejas Silva” en el período de abril a diciembre del 2020. El universo estuvo constituido por 134 personas mayores de 60 años, del cual se seleccionó la muestra constituida por 110 (n = 110).

Para la selección de la muestra se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión: Residir en el área en el momento de la intervención y aceptar participar en la intervención.

Criterios de exclusión: Residir en otra área de salud en el momento de la investigación y estar en casa de abuelos o en el hogar de ancianos.

Criterios de salida: Gerontes que abandonaran la investigación en cualquiera de sus etapas, independientemente de la causa.

La investigación se desarrolló durante tres etapas predefinidas: diagnóstico, intervención y evaluación. Un primer momento de diagnóstico para identificar las necesidades de aprendizaje y evaluar el 100 % de los adultos mayores, un segundo momento donde se puso en marcha el diseño de la intervención comunitaria e intersectorial y el último encaminado a evaluar el impacto de la intervención.

Para la aplicación de la primera etapa fueron evaluados 100 % de los adultos mayores, y se determinaron las necesidades de aprendizaje. La estrategia de evaluación integral se realizó en la esfera biomédica, psicológica y social. Finalmente, se evaluaron el estado funcional integral y los criterios de fragilidad. Cada miembro realizó las siguientes actividades:

Equipo Básico de Salud (EBS): Realizaron dispensarización de forma adecuada, aplicó la encuesta de 10 preguntas para evaluar nivel de conocimiento, se ofreció educación para la salud inicial dirigida a los elementos que no conocían o tenían dudas, pesquisa diaria, se realizó el EGEF (escala geriátrica de evaluación funcional), Barthel (Instrumento de evaluación de las actividades diarias de la vida) y la Escala de Fragilidad a todos, definiendo los grados de dependencia.

Se entrevistaron con el clínico, psicólogo, trabajadora social, nutricionista y otras especialidades según la necesidad como angiología, urología, otorrinolaringología y oftalmología.

Clínico: Realizó evaluación clínica integral, control de comorbilidad y pluripatología, definiendo el tratamiento para su control, definió la presencia de deterioro funcional y grado de dependencia, estableció frecuencias para el seguimiento por el Equipo Básico de Salud.

Psicólogo: Evaluó posibles trastornos mentales, neurológicos y uso de sustancias, aplicó un diseño de autocuidados enfatizando en las medidas generales del uso correcto nasobuco, lavado frecuente de las manos, distanciamiento social y otras medidas de cuarentena.

Trabajadora social: Evaluó en conjunto al EBS, las condiciones sociales del adulto mayor, incluida la per cápita familiar, las condiciones de la casa, las posibilidades de elaboración alimentos y gestionó en dependencia de sus condiciones y en caso que no tuviera cuidadora una gestora social.

Nutricionista: Evaluó en conjunto al EBS el estado nutricional definiendo patrones de dietas individuales.

Jefe de Grupo Básico de Trabajo y Supervisora: controlaron el cumplimiento de las acciones.

En la segunda etapa se puso en marcha el diseño de la intervención comunitaria e intersectorial denominada *La tercera no es la vencida*.

El apoyo comunitario estuvo dirigido a la elaboración y entrega de nasobucos, limpieza y desinfección de la vivienda, un gestor social para gestión de los medicamentos controlados, búsqueda de los alimentos al sistema de atención a la familia (SAF), gestión de los alimentos a la bodega e intervención intersectorial de algunos de los riesgos que fueron identificados en las visitas a las familias.

El tratamiento comunitario e intersectorial de los riesgos se desarrolló de forma simultánea, con la colaboración de organismos, sectores y la comunidad a través de un movimiento popular para el empoderamiento comunitario y consistió en eliminar los riesgos medio ambientales de las viviendas de adultos mayores tales como: microvertederos, limpieza del alcantarillado, poda de jardines, limpieza de solares yermos y draga de zanjas. Para ello se contó con la colaboración de la dirección

municipal de salud pública y de las entidades municipales (Unidad de Higiene y Epidemiología, Empresa de Acueducto y Alcantarillado, Empresa de Comunes, Microbrigadas, Comités de Defensa de la Revolución, Federación de Mujeres Cubanas y Central de Trabajadores de Cuba).

En la tercera etapa se evaluaron los resultados de la estrategia, teniendo en cuenta la evaluación del 100 % de los adultos mayores, los conocimientos adquiridos, los resultados de la estrategia comunitaria e intersectorial y la ausencia de COVID-19 en el adulto mayor.

La información se obtuvo de los registros del departamento de estadística, así como de los informes de promoción de salud del policlínico.

Se aplicaron de técnicas cualitativas de observación y participación durante el proceso, lo cual permitió la confección de tablas de 2 entradas, donde se utilizaron la frecuencia absoluta y el porcentaje.

Para el desarrollo de la investigación se siguieron los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, promulgados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.⁽¹⁶⁾ Inicialmente, se solicitó autorización a la dirección del policlínico para acceder al análisis de la situación de salud, historias clínicas familiares e individuales de los adultos mayores del CMF 16.

A los gerontes que formaron parte del estudio se les solicitó el consentimiento informado para aprobar su participación; asegurándoles el anonimato de sus evaluaciones y planteamientos en la confección del informe final y que los datos obtenidos solo iban a ser usados para fines científicos. Fueron respetados los procedimientos y normas existentes para la atención del adulto mayor en las instituciones de salud.

Resultados

La tabla 1 muestra la distribución de los adultos mayores por edad y sexo, se observa un predominio del grupo de edad de 60-64 años con 41 gerontes (37,3 %), seguido del de 65 a 69 años dado por 32 casos (29 %), el grupo de 70-74 con 14 casos (12,8 %), los gerontes de 75 a 79 y los mayores de 80 años con 8 casos cada uno (7,3 %), los menos representados fueron los mayores de 85 con 7 (6,3 %).

El análisis por sexo del adulto mayor permite definir un ligero predominio de las féminas sobre los masculinos dado por 56 y 54 casos para un 50,9 % y 49,09 %, respectivamente.

Tabla 1- Distribución de los adultos mayores por edad y sexo

Edad	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60-64	22	20,0	19	17,3	41	37,3
65-69	14	12,7	18	16,3	32	29,0
70-74	7	6,4	7	6,4	14	12,8
75-79	5	4,5	3	2,7	8	7,3
80-84	4	3,6	4	3,6	8	7,3
85 y más	4	3,6	3	2,7	7	6,3
Total	56	50,9	54	49,09	110	100

Fuente: Análisis de Situación de Salud e Historias de Salud Familiar.

La distribución de los adultos mayores por nivel de independencia según EGEF y Barthel es mostrada en la tabla 2, donde se evidencia un franco predominio de forma general de los evaluados independientes activos y satisfechos con la vida que llevan, con 50 (45,5 %), seguido de los con alguna limitación con 30 casos. Además, 25 gerontes (22,7 %) dependían de otra persona y 4,5 % de ellos estaban totalmente incapacitados, exigían cuidados constantes.

Al realizar el análisis por sexos podemos inferir que 40 de las 56 féminas eran independientes (71,4 %) y 16 de ellas requerían de otra persona (28,5 %). En el caso de los hombres, 40 de ellos eran independientes (74,07 %) con relación a su grupo y 25,9 % dependían de otra persona.

Tabla 2- Distribución de los Adultos Mayores por nivel de Independencia según EGEF y Barthel

Grado de Independencia	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Independiente activo y satisfecho con la vida que lleva	24	21,8	26	23,6	50	45,5

Independiente con alguna limitación funcional que le impide estar satisfecho	16	14,5	14	12,7	30	27,4
Limitaciones en la vida diaria lo que exige la ayuda de otros	9	8,1	7	6,3	16	14,5
Depende en su vida diaria de los cuidados de otra persona	5	4,5	4	3,6	9	8,1
Está totalmente incapacitado, exige cuidados constantes	2	1,8	3	2,7	5	4,5
Total	56	50,9	54	49,09	110	100,00

Fuente: Historia clínica individual. Evaluación escala geriátrica de evaluación funcional y Barthel.

La tabla 3 muestra los resultados de las acciones de intervención del sector salud para el control del adulto mayor, se observa que al 100 % se le pesquisa diariamente educación para la salud diferenciada, teniendo en cuenta sus necesidades de aprendizaje, se diseñó un plan de autocuidados y apoyo psicológico. En 71 pacientes se evaluó adherencia al tratamiento, para un 100 % de los que lo requerían, se indicaron 44 patrones de dietas nuevos para un 40 %, en 34 pacientes se modificó el tratamiento (30,9 %), 21 (19,0 %) se interconsultaron con otras especialidades y en 17 (15,4 %) se realizaron exámenes de laboratorio.

Tabla 3- Resultados de las acciones de intervención del sector salud para el control del adulto mayor

Acciones de Salud	Total	
	No.	%
Pesquisa diaria	110	100
Educación para la salud diferenciada	110	100
Modificaciones del tratamiento para el control	34	30,9
Evaluación adherencia al tratamiento	71	100
Realización de exámenes de laboratorio	17	15,4
Diseño de plan de autocuidados	110	100
Apoyo psicológico	110	100
Patrones de dietas nuevos	44	40,0
Interconsultas con otras especialidades	21	19,0

Fuente: Historias clínicas individuales.

Los resultados de las acciones comunitarias e intersectoriales son mostrados en la tabla 4, donde se destacan 185 acciones, dentro de las cuales está la confección de más de 1 nasobuco por adulto mayor (por ellos mismos), se garantiza gestora social con

beneficio para 18 adultos mayores, 4 gerontes son asistidos por nuevas cuidadoras, 3 chequeras de asistencia social y se benefician a 9 de ellos con medicamentos exentos de pago y alimentos en el sistema de atención a la familia.

Se complementan las acciones con la solución de riesgos medioambientales en viviendas y alrededores de los pacientes como: solución de salideros intra y extradomiciliarios, obstrucción intradomiciliaria, enyerbamiento, entre otras (tabla 4).

Tabla 4- Resultados de las acciones comunitarias e intersectoriales para prevenir la COVID-19 en el adulto mayor

Acciones	No.
Confección de nasobucos	121
Gestión de gestora social	18
Gestión de cuidadoras	4
Gestión de chequeras con asistencia social	3
Gestión de medicamentos exentos de pago	5
Gestión alimentos SAF	4
Solución de obstrucciones intradomiciliaria	7
Solución de microvertederos	2
Solución de salideros intradomiciliarios	8
Solución de salideros extradomiciliarios	9
Solución de enyerbamiento y limpieza de patios	4
Total	185

Fuente: Actas Trabajo Grupo Comunitario.

El impacto de la estrategia para prevenir la COVID-19 en el adulto mayor se observa en la tabla 5, donde se evidencian resultados favorables, 100 % de ancianos con adherencia al tratamiento, controlados de su enfermedad, pesquisados y beneficiados con nasobuco. De los adultos mayores, 101 (91,8 %) adquirieron conocimientos después de la aplicación de la estrategia; 54 del total de gerontes (49 %) recibieron beneficios de las acciones comunitarias, relacionándose con los de mayor riesgo y gracias al apoyo psicológico y al plan de autocuidado diseñado y aplicado a cada adulto mayor, se logran reducir los trastornos emocionales. Antes de la estrategia, 51 presentaban esta situación y después solo en 11 casos (10 %). Se reportaron 2 casos de COVID-19 antes de la estrategia y después de esta ninguno, a pesar de tener focos en el área en el período analizado.

Tabla 5- Impacto de la estrategia para prevenir la COVID-19 en el adulto mayor

Indicadores	Impacto			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Nivel conocimiento	33	32,6	101	91,8
Adulto mayor con adherencia al tratamiento	41	57,7	71	100,0
Control de su enfermedad de base	30	40,5	74	100,0
Pesquisados	61		110	100,0
Trastornos emocionales	51	46,3	11	10,0
Beneficiados con nasobucos construidos por ellos mismos	0	0	110	100,0
Favorecidos con acciones comunitarias	0	0	54	49,0
Enfermos de COVID-19	2	1,81	0	0

Fuente: Historia clínica individual. Actas Grupo Comunitario.

Discusión

La vulnerabilidad de adulto mayor frente a la COVID-19 ha llevado a la implementación de medidas preventivas más restrictivas de confinamiento para evitar su contagio, y a la implementación de medidas intensivas de control de propagación de la infección en las residencias.⁽¹⁷⁾

Los resultados obtenidos en el estudio relacionado al grupo de edad predominante y al sexo pueden ser atribuibles a la correspondencia con las características demográficas en el área de salud.

Al comparar estos resultados con los encontrados por otros autores,^(18,19) se aprecia coincidencia en el sexo femenino y el grupo de edad encontrado. Este aumento de la expectativa de vida ha posibilitado a su vez el aumento de los llamados viejos-viejos, con sus implicaciones socioeconómicas-médicas muy importantes.^(17,20)

Durante décadas, investigadores y clínicos han clasificado típicamente la discapacidad asociada con la edad a partir del desempeño del anciano en las actividades de la vida diaria (AVD) y dentro de ellas dos dominios: las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).⁽²¹⁾ El predominio del senil independiente activo y satisfecho con la vida que lleva, en el área de salud está relacionado con varios factores: el predominio de edades donde el adulto mayor

aún conserva de forma activa el desempeño en las actividades de la vida diaria y, por otra parte, un alto por ciento de nuestros adultos mayores vive con su familia.

La familia es, sin lugar a dudas, la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, el apoyo que ofrece esta es el principal recurso de prevención de la enfermedad y sus daños,⁽²²⁾ así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social, por lo cual consideramos que el hecho de que el adulto mayor permanezca con su familia es un elemento esencial para interpretar de forma adecuada la estrategia .

Por otra parte, un porcentaje bajo de los adultos mayores resultó ser dependiente de otra persona, criterio que lo convierte en un anciano frágil y, por tanto, con mayor vulnerabilidad de enfermar. La fragilidad de algunas personas mayores condiciona su pobre respuesta inmunitaria y la disminución de la reserva funcional, que conlleva una reducción en la capacidad intrínseca y la resiliencia.⁽¹⁸⁾ Además, el hecho de que estos adultos mayores estén en confinamiento y deben permanecer sin movilidad tiene muchas consecuencias negativas, como la reducción o inactividad física y su implicación en problemas de sueño, insomnio y somnolencia diurna que ya ha sido demostrado en diferentes investigaciones.^(17,18,21)

La participación activa del adulto mayor en actividades sociales y comunitarias desde su casa enfatiza el término de envejecimiento activo, que plantea la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados,^(23,24) estos resultados se evidencian en esta investigación, donde un alto número de gerontes participaron activamente desde su casa en la intervención.

La aplicación de la estrategia tuvo, sin dudas, un gran impacto al lograr adherencia al tratamiento en el caso de los adultos mayores y control de sus enfermedades, situación beneficiosa si tenemos en cuenta que las personas mayores son un grupo de alto riesgo ante el contagio por el coronavirus, pero no por su edad cronológica, sino por su edad biológica, vinculada a la inmunosenescencia y la coexistencia con otras enfermedades.⁽¹⁷⁾

Por otra parte, aumentó el nivel conocimiento en los adultos mayores y sus familias. La educación para la salud, como una de las funciones de la salud pública, descansa indiscutiblemente en la función que se desempeña en este el sector, aprendiendo a

mirar hacia afuera para solucionar los problemas, pero con un protagonismo conjunto e integrado con la población, lo que es vital para lograr producción de salud y calidad de vida.^(17,19,24)

Una adecuada preparación de los gerontes con el diseño de un plan de autocuidado bien definido, como demostró Mirabal Requena en su estudio,⁽¹⁷⁾ logra cambios de conductas generadoras de salud.

En conclusión, se logró factibilidad del empoderamiento comunitario en la prevención de la COVID-19 en el adulto mayor, con cambios en el ordenamiento del medio, con la introducción de enfoques participativos en la coordinación intersectorial, contribuyendo a la modificación de conocimientos, actitudes y prácticas preventivas, el establecimiento de mecanismos que garantizaron el liderazgo diversificado y la toma de decisiones compartidas, evitando así la ocurrencia de COVID-19 en el adulto mayor durante el período evaluado .

Aporte científico

El aporte teórico de esta investigación está dado por la concepción integradora que permite interrelacionar los componentes: salud, comunidad y otros sectores para la prevención de COVID 19 en el adulto mayor.

Los aportes de significación práctica están dados por los resultados de la intervención que la hacen efectiva y viable: un programa de intervención para la prevención de COVID en el adulto mayor, diseñado a partir de las necesidades cognitivo-afectivas identificadas, que incluye evaluación integral que se realizó en la esfera biomédica, psicológica y social, adquisición de conocimientos, unido a acciones comunitarias e intersectoriales.

Los aportes descritos avalan la novedad científica de la estrategia: el empoderamiento comunitario y la participación intersectorial en la prevención de la COVID-19 en el adulto mayor.

Los beneficios esperados están en primer lugar en el enriquecimiento de las Ciencias de la Salud a partir de un proceso investigativo, que aporta los instrumentos metodológicos y prácticos para prevenir la COVID-19 en el adulto mayor. Puede ser aplicado en los consejos populares, al estar diseñado a partir de un aprendizaje de la realidad en su propio contexto, que les permite enfrentar los problemas que se le presentan para transformar su realidad; asimismo, motiva en los actores implicados una dinámica de trabajo que les facilita también experimentar cambios en su accionar.

Referencias bibliográficas

1. Pérez Abreu MR, Gómez Tejada JJ, Dieguez Guach RA. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. Rev haban cienc méd. 2020 [acceso 06/01/2021];19(2):e3254. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3254/2505>
2. Carr D. Sharing research data and findings relevant to the novel coronavirus (COVID-19) outbreak. London: Wellcome Trust, 2020 [acceso 06/01/2021]. Disponible en: https://wellcome.ac.uk/press-release/sharingresearch_data_and_findings_relevant_novel_coronavirus_covid-19_outbreak
3. Organización Mundial de la Salud. Los 13 desafíos de la salud mundial en esta década. Ginebra: OMS; 2020 [acceso: 03/01/2021]. Disponible en: <https://news.un.org/es/search/Los%2013%20desaf%C3%ADos%20de%20la%20salud>
4. Al-Omari A, Rabaan AA, Salih S, Al-Tawfiq JA, Memish ZA. Brote de coronavirus MERS: implicaciones para las infecciones virales emergentes. Diagn Microbiol Infect Dis. 2019 [acceso 03/01/2021];93(3). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0732889318305029?via%3>
5. Escobar G, Matta J, Taype Huamaní W, Ayala R, Amado J. Características clínico-epidemiológicas de pacientes fallecidos por COVID-19 en un Hospital Nacional de Lima, Perú. Rev Fac Med Hum. 2020;20(2):180-85. DOI: <https://doi.org/10.25176/RFMH.v20i2.29405>.
6. Linton NM, Kobayashi T, Yang Y, Hayashi K, Akhmetzhanov AR, Jung SM, *et al.* Incubation Period and Other Epidemiological Characteristics of 2019 Novel Coronavirus Infections with Right Truncation: A Statistical Analysis of Publicly Available Case Data. J Clin Med. 2020 [acceso 03/01/2021];9(2):538. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm90205389>.
7. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2019. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2020 [acceso 03/01/2021]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf>

8. Organización Panamericana de la Salud. Reporte de situación COVID-19 Colombia No. 66. 27 de mayo de 2020 [acceso 03/01/2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/reporte-situacion-covid-19-colombia-no-66-27-mayo-2020>
9. Nota informativa sobre el nuevo coronavirus, primeros casos confirmados en Cuba. En actualización epidemiológica. COVID 19. nota informativa del MINSAP mar 11th, 2020 [acceso: 03/01/2021]. Disponible en: [https://temas.sld.cu// coronavirus// covid 19//](https://temas.sld.cu//coronavirus//covid19/)
10. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas/INFOMED. Actualización epidemiológica. Nuevo coronavirus (2019-nCoV). La Habana: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas/INFOMED; 2020 [acceso 03/01/2021]. Disponible en: <https://temas.sld.cu/coronavirus/2020/01/28/nuevo-coronavirus-2019-ncov-actualizacion>
11. Wynants L, van Calster B, Bonten MMJ, Collins GS, Debray TPA, de Vos M, *et al.* Prediction models for diagnosis and prognosis of COVID-19 infection: systematic review and critical appraisal. *BMJ.* 2020;93(3). DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1328> | [Medline](#)
12. Bonanad C, García-Blas S, Tarazona-Santabalbina FJ, Díez-Villanueva P, Ayesta A, Forés JS, *et al.* Coronavirus: la emergencia geriátrica de 2020. Documento conjunto de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. *Rev Esp Cardiol.* 2020;20(3). DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2020.03.027>
13. Díaz-Rodríguez YL, García-Orihuela M. Impacto del envejecimiento sobre el estado nutricional, funcional y la polifarmacia en ancianos hospitalizados. *Univ Méd Pinareña.* 2020 [acceso 04/01/2021]. Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/525>.
14. Cobas-Planchez L, Mezquia-de-Pedro N, Armenteros-Terán SS. Características clínicas de pacientes con sospecha de COVID-19 ingresados en el hospital “Frank País García”, La Habana. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta.* 2020 [acceso 03/01/2021];45(4):e2339. Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2339>.
15. Medina-Fuentes G, Carbajales-León EB, Figueredo-González Y, Carbajales-León AI, Silva-Corona I. Características clínico epidemiológicas de pacientes positivos a la COVID-19 pertenecientes al policlínico “Joaquín de Agüero y Agüero”, Camagüey.

Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2020 [acceso 03/01/2021];45(4):e2352. Disponible en: <http://revzoilomarinellosldcu/index.php/zmv/article/view/2352>

16. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM- Principios éticos para la investigación en seres humanos. New York: AMM; 2017 [acceso 23/11/2020]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-laamm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

17. Mirabal Requena JC, Álvarez Escobar B, Naranjo Hernández Y, Valdés Álvarez V, Saenz Martínez LM. Estrategia de autocuidado en los adultos mayores contra la COVID-19 en la comunidad. Rev Panorama. Cuba y Salud. 2020 [acceso 03/01/2021];15(3):52-57. Disponible en: <http://www.revpanorama.sldcu/index.php/rpan/article/view/>

18. Morley B, Bauer JM, Walston J. Frailty and sarcopenia: the new geriatric giants. Rev Invest Clin. 2016 [acceso 03/01/2021];68(2):59-67. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2016/nn162c.pdf>

19. De Alba González M. Representaciones sociales y experiencias de vida cotidiana de los ancianos en la Ciudad de México. Estudios demográficos y urbanos. 2017 [acceso 04/01/2021];32(1):9-36. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72102017000100009&lng=es&nrm=iso

20. Paules CI, Marston HD, Fauci AS. Infecciones por coronavirus: más que solo el resfriado común. JAMA. 2020;323(8):707-8. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.0757>

21. Abizanda P, Rodríguez L. Evaluación funcional. en I. P. Bradley, J (Ed.). Tratado de Medicina Geriátrica Barcelona: Elzevir; 2015. p. 222-50.

22. Jasper F, Woo C, Shuofeng Y, Kin Hang K, Kelvin Kai W. Un grupo familiar de neumonía asociado con el nuevo coronavirus de 2019 que indica la transmisión de persona a persona: un estudio de un grupo familiar. Lancet. 2020;395(10223):514-23. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30154-98](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30154-98).

23. OMS. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002;37(Suppl 2):74-105 <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2004.12.002>

24. De la Villa Moral Jiménez M. Programas intergeneracionales y participación social: la integración de los adultos mayores españoles y latinoamericanos en la

comunidad. Universitas Psychologica. 2017 [acceso 04/01/2021];16(1):157-17.
Disponble en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672017000100157&lng=en&nrm=iso.b

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Lilian María Aparicio Meneses, Orlando Hernández Méndez.

Curación de datos: Lilian María Aparicio Meneses, Orlando Hernández Méndez, Roberto Igarza Varona.

Análisis formal: Lilian María Aparicio Meneses, Orlando Hernández Méndez.

Investigación: Lilian María Aparicio Meneses, Orlando Hernández Méndez, Roberto Igarza Varona.

Metodología: Lilian María Aparicio Meneses, Orlando Hernández Méndez.

Administración del proyecto: Lilian María Aparicio Meneses.

Recursos: Lilian María Aparicio Meneses.

Software: Orlando Hernández Méndez, Roberto Igarza Varona.

Supervisión: Lilian María Aparicio Meneses.

Validación: Lilian María Aparicio Meneses.

Visualización: Roberto Igarza Varona.

Redacción-borrador original: Orlando Hernández Méndez.

Redacción-revisión y edición: Lilian María Aparicio Meneses.