

Artículo de Investigación

**Autocuidado en adultos mayores frente a la COVID-19**

**Self-care in older adults in the context of COVID-19**

Livia Vázquez Nold<sup>1</sup>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2451-026X>  
Eliza Fé Serret Mesa<sup>2</sup>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7295-6819>  
Nelsa María Sagaró del Campo<sup>1\*</sup>. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1964-8830>  
Ángel Alberto Vázquez Sánchez<sup>3</sup>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3130-7983>  
Isis Blanco Tamayo<sup>1</sup>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0490-6809>

<sup>1</sup>Facultad de Medicina 1, Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>2</sup>Policlínico Camilo Torres Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>3</sup>Universidad de Ciencias Informáticas, La Habana, Cuba.

\* Autor para la correspondencia: [nelsa@infomed.sld.cu](mailto:nelsa@infomed.sld.cu)

## RESUMEN

**Fundamento:** El autocuidado constituye el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.

**Objetivo:** Identificar la posible asociación entre el autocuidado y algunas variables sociodemográficas y de salud en adultos mayores pertenecientes al municipio Santiago de Cuba, durante el período de la pandemia de COVID-19.

**Metodología:** Se realizó un estudio analítico retrospectivo en 2 consultorios del municipio Santiago de Cuba. Se trabajó con una muestra intencional de 84 adultos mayores. Se investigó el autocuidado en relación con variables sociodemográficas, sociofamiliares y de percepción de salud. Se emplearon las pruebas de diferencia de proporción y razón de verosimilitud con una significación del 5 %.

**Resultados:** El autocuidado en los adultos mayores mostró asociación significativa con el sexo, el estado civil y la percepción de apoyo familiar, no así con el resto de las variables: edad, nivel de escolaridad, condición laboral, tipo de familia, percepción del estado de salud y percepción de riesgo.

**Conclusiones:** Se evidenció un predominio del autocuidado moderado y el vínculo del autocuidado con elementos sociales y psicológicos, que no deben reducirse al ámbito del comportamiento.

**DeCS:** AUTOCUIDADO; INFECCIONES POR CORONAVIRUS; ANCIANO/psicología; CONDUCTA DE REDUCCIÓN DEL RIESGO; EVALUACIÓN GERIÁTRICA; ESTADO DE SALUD

**Palabras clave:** Autocuidado; COVID-19; infecciones por coronavirus; adulto mayor y psicología; conducta de reducción del riesgo; evaluación geriátrica; estado de salud.

## ABSTRACT

**Background:** Self-care constitutes the set of intentional actions carried out by individuals to control factors that may compromise their lives and subsequent development.

**Objective:** To identify the possible association between self-care and certain sociodemographic and health variables in senior adults belonging to the municipality of Santiago de Cuba during the COVID-19 pandemic period.

**Methodology:** A retrospective analytical study was conducted in two medical offices township. An intentional sample of 84 older adults was included. Self-care was examined in relation to sociodemographic, sociofamily, and health perception variables. Tests of difference in proportions and likelihood ratio were used, with a significance level of 5%.

**Results:** Self-care among older adults showed a significant association with sex, marital status, and perceived family support, but not with the remaining variables: age, educational level, employment status, family type, perceived health status, and risk perception.

**Conclusion:** A predominance of moderate self-care was observed, as well as a link between self-care and social and psychological elements, which should not be reduced solely to the behavioral domain.

**MeSH:** SELF CARE; CORONAVIRUS INFECTIONS; AGED/psychology; RISK REDUCTION BEHAVIOR; GERIATRIC ASSESSMENT; HEALTH STATUS.

**Keywords:** Self care; COVID-19; coronavirus infections; aged and psychology; risk reduction behavior; geriatric assessment; health status.

## INTRODUCCIÓN

La COVID-19 causada por el coronavirus SARS-CoV-2, fue declarada por la Organización Mundial de la Salud como pandemia en marzo de 2020.<sup>(1)</sup> La población de mayor edad es especialmente vulnerable a adquirir esta enfermedad, así como a desarrollar una mayor gravedad; la letalidad en mayores de 80 años es cinco veces superior a la del promedio de edades. Este grupo poblacional presenta más comorbilidades, lo cual se asocia con mayor prevalencia de COVID-19 y peor evolución de la enfermedad.<sup>(2)</sup>

En Santiago de Cuba los adultos mayores se relacionaron con mayor cantidad de comorbilidades y fallecidos.<sup>(3-5)</sup> Ante la inexistencia de una cura definitiva, se establecieron acciones de salud.<sup>(6)</sup> Las medidas más efectivas para reducir los casos son aquellas que implican el aislamiento social y el establecimiento de cuarentenas para reducir el riesgo de transmisión de la enfermedad.<sup>(7)</sup>

Sin embargo, estas medidas relacionadas con el autocuidado pueden inducir efectos negativos sobre la salud de los mayores en términos de inactividad física, deterioro cognitivo, fragilidad, soledad o afectación del estado emocional.<sup>(8)</sup>

La evidencia ha demostrado que, independiente de la etapa de exposición al virus, ya sea en cuarentena, al haber estado expuesta, al estar infectada, bajo una situación preventiva de distanciamiento social, o bien posterior al alta clínica de la enfermedad, todas las medidas preventivas sugeridas incorporan medidas comportamentales.<sup>(9)</sup>

El impacto de la COVID-19 en diversos ámbitos de la vida ha generado la necesidad de estudiar las conductas de las personas por su contribución en la incidencia y prevalencia de la morbimortalidad.<sup>(10)</sup>

El concepto básico desarrollado por Orem<sup>(11)</sup> del autocuidado tiene una especial vigencia; esta autora lo define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. Esta definición está fundamentada en que el autocuidado es una función reguladora del hombre, por lo tanto, se hace necesaria la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Sin embargo, la edad, el desarrollo y el estado de salud pueden afectar la capacidad que tenga el individuo para realizar las actividades de autocuidado.<sup>(12)</sup>

Conocer las acciones de autocuidado que realizan los adultos mayores y factores asociados a esta conducta disminuye el riesgo de contagio por SARS-CoV-2, por lo cual el objetivo del trabajo es identificar la posible asociación entre autocuidado y variables sociodemográficas y de salud en adultos mayores pertenecientes al municipio Santiago de Cuba, durante la pandemia de COVID-19.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio analítico retrospectivo sobre autocuidado en adultos mayores; la población de estudio estuvo constituida por los adultos mayores de dos consultorios del médico de la familia (CMF) pertenecientes al área de salud José Martí del municipio Santiago de Cuba. Se trabajó con una muestra de 84 adultos mayores, con plena capacidad mental para brindar la información solicitada en la investigación y dar su consentimiento para participar de forma voluntaria.

Se analizaron las variables:

- ✓ Principal: Autocuidado, para medir nivel de autocuidado, según la respuesta del individuo al cumplimiento de 8 medidas de autocuidado establecidas por el grupo temporal de trabajo del Gobierno para el enfrentamiento a la COVID-19 (distanciamiento físico, lavado de las manos, uso del nasobuco, uso del desinfectante para manos, limitación de las visitas, uso del paso podático, limpieza de las superficies y quedarse en casa) clasificado en: óptimo (más de 6 medidas cumplidas siempre o casi siempre), moderado (6 medidas cumplidas siempre o casi siempre y 2 muy poco o nunca) y deficiente (2 o menos medidas cumplidas siempre o casi siempre y 6 o más muy poco o nunca)
- ✓ Secundarias: Agrupadas según las características a medir en:
  - Variables sociodemográficas: edad (60-69, 70-79, 80-89 y 90 y más años), sexo, estado civil (casado, unión consensual, viudo, soltero y divorciado), nivel de escolaridad (primaria, secundaria, obrero calificado, técnico medio, preuniversitario y universitario) y situación laboral (ama de casa, jubilado, jubilado contratado, pensionado, trabajador y otra).

- Variables sociofamiliares: tipo de familia, según la ontogénesis se clasificó en nuclear, extensa o ampliada y en solo si el adulto mayor vivía solo y percepción de apoyo familiar que dependiendo de la valoración que hace el propio sujeto acerca de los vínculos afectivos con su familia fue clasificado como apoyado, medianamente apoyado y no apoyado
- Variables de percepción de salud: percepción del estado de salud según valoración del propio sujeto de su estado de salud, clasificada como muy buena, buena, regular y mala y percepción de riesgo, basado en el modelo de creencias según las dimensiones: susceptibilidad percibida, gravedad percibida, beneficios percibidos, autoeficacia funcional, barreras percibidas y señal para la acción; y clasificada en alta, media y baja.

Para la obtención de información se elaboró una encuesta, validada por expertos y aplicada por psicólogos en visita al domicilio de los senescentes.

Se emplearon como medidas de resumen el número y el porcentaje; para identificar las posibles diferencias entre categorías se empleó el test de diferencia de proporción para variables dicotómicas y el  $\chi^2$  de bondad de ajuste para polinómicas. Para identificar posible asociación entre variables se empleó la prueba de razón de verosimilitud o la prueba exacta de Fisher según fue posible; siempre con un nivel de significación del 5 %. El procesamiento se realizó mediante el procesador estadístico SPSS (*Statistical Product and Service Solutions*), V.24 y el Epidat V.4.0.

Se tuvieron en cuenta los principios éticos del respeto a la persona, la beneficencia, la no-maleficencia y la justicia. Además, del respeto a la confidencialidad de la información obtenida y solicitud del consentimiento para su participación en el estudio.

## RESULTADOS

En la muestra de adultos mayores estudiada predominaron los de las edades de 60 a 69 años (42.9 %), seguido del grupo de 70 a 79 (36.9 %) y solo un 4.8 % fue mayor de 90 años. El autocuidado en estos adultos mayores tuvo un predominio significativamente moderado con un 68 % ( $p=0.000$ ). Los totales de la tabla 1 muestran la distribución de adultos mayores según tipo de autocuidado.

Al analizar el autocuidado con respecto a la edad se apreció que en todos los grupos de edades predominó, de manera significativa, el autocuidado moderado. Aunque no se apreció una asociación significativa con la edad. (Tabla 1)

En la tabla 1 se muestra predominio del autocuidado, significativamente, moderado en ambos sexos, seguido del autocuidado óptimo. Las mujeres presentaron un autocuidado tanto óptimo como moderado significativamente superior al de los hombres.

Según el estado civil, las proporciones de adultos mayores tuvieron diferencias significativas en la población de estudio. El mismo se asoció de manera significativa con el autocuidado. Los adultos mayores con autocuidado moderado, en su mayoría, eran casados. El nivel de escolaridad no tuvo asociación con el autocuidado. Predominó el universitario (47.4 %) en el autocuidado moderado. No existió asociación entre la situación laboral y el autocuidado. Los jubilados presentaron un predominio significativamente mayor. (Tabla 1)

**Tabla 1.** Adultos mayores según variables sociodemográficas y el autocuidado.

Variables sociodemográficas	Autocuidado			Total	p
	Deficiente	Moderado	Óptimo		
Grupo de edades (años)					
60 - 69	1 (1.2 %)	25 (29.8 %)	10 (11.9 %)	36 (42.9 %)	p (grupo de edades)=0.000 p (grupo de edades x autocuidado)=0.299
70 - 79	1 (1.2 %)	22 (26.2 %)	8 (9.5 %)	31 (36.9 %)	
80 - 89	0	7 (8.3 %)	6 (7.1 %)	13 (15.5 %)	
90 y +	1 (1.2 %)	3 (3.5 %)	0	4 (4.8 %)	
Sexo					
Femenino	2 (2.4 %)	32 (38.1 %)	21 (25.0 %)	55 (65.5 %)	p (sexo)=0.000 p (sexo x autocuidado)=0.017
Masculino	1 (1.2 %)	25 (29.8 %)	3 (3.6 %)	29 (34.5 %)	
Estado civil					
Casado	0	33 (39.3 %)	8 (9.5 %)	41 (48.8 %)	p (estado civil)=0.000 p (estado civil x autocuidado)= 0.029
Divorciado	1 (1.2 %)	7 (8.3 %)	9 (10.7 %)	17 (20.2 %)	
Viudo	1 (1.2 %)	9 (10.7 %)	6 (7.1 %)	16 (19.0 %)	
Soltero	1 (1.2 %)	6 (7.1 %)	0	7 (8.3 %)	
Unión consensual	0	2 (2.4 %)	1 (1.2 %)	3 (3.6 %)	
Nivel de escolaridad					
Primaria	1 (1.2 %)	6 (7.1 %)	2 (2.4 %)	9 (10.7 %)	p (nivel de escolaridad)=0.000 p (nivel de escolaridad x autocuidado)=0.185
Secundaria	1 (1.2 %)	9 (10.7 %)	4 (4.8 %)	14 (16.7 %)	
Obrero calificado	0	0	1 (1.2 %)	1 (1.2 %)	
Técnico medio	1 (1.2 %)	10 (11.9 %)	4 (4.8 %)	15 (17.9 %)	
Preuniversitario	0	5 (6.0 %)	7 (8.3 %)	12 (14.3 %)	
Universitario	0	27 (32.1 %)	6 (7.1 %)	33 (39.3 %)	
Situación laboral					
Ama de casa	2 (2.4 %)	7 (8.3 %)	4 (4.8 %)	13 (15.5 %)	p (condición laboral)=0.000 p (condición laboral x autocuidado)=0.120
Jubilado	0	37 (44.0 %)	12 (14.3 %)	49 (58.3 %)	
Jubilado contratado	0	4 (4.8 %)	5 (6.0 %)	9 (10.7 %)	
Pensionado	0	0	2 (2.4 %)	2 (2.4 %)	
Trabajador	0	8 (9.5 %)	1 (1.2 %)	9 (10.7 %)	
Otra situación	1 (1.2 %)	1 (1.2 %)	0	2 (2.4 %)	
Total	3 (3.6 %)	57 (67.9 %)	24 (28.6 %)	84 (100.0 %)	

De acuerdo con el tipo de familia, se encontró un predominio significativo en las familias extensa y nuclear, pero no hubo asociación significativa entre el tipo de familia y el autocuidado. (Tabla 2)  
En la red de apoyo familiar se obtuvo un predominio significativo de adultos mayores con percepción de estar apoyados. Este apoyo familiar estuvo asociado de manera significativa con el autocuidado, de manera que el autocuidado fue mayor a mayor percepción de apoyo familiar. (Tabla 2)

**Tabla 2.** Adultos mayores según variables sociofamiliares y el autocuidado.

Variables sociofamiliares	Autocuidado			Total	p
	Deficiente	Moderado	Óptimo		
	Tipo de familia				
Ampliada	0	2 (2.4 %)	0	2 (2.4 %)	p (tipo de familia)=0.000 p (tipo de familia x autocuidado)=0.715
Extensa	1 (1.2 %)	25 (29.8 %)	14 (16.7 %)	40 (47.6 %)	
Nuclear	1 (1.2 %)	23 (27.4 %)	8 (9.5 %)	32 (38.1 %)	
Solo	1 (1.2 %)	7 (8.3 %)	2 (2.4 %)	<b>10</b> (11.9 %)	
Percepción de apoyo familiar (PAF)					
Apoyado	0	40 (47.6 %)	13 (15.5 %)	53 (63.1 %)	p (PAF)=0.000 p (PAF x autocuidado)=0.050
Medianamente apoyado	2 (2.4 %)	15 (17.9 %)	10 (11.9 %)	27 (32.1 %)	
No apoyado	1 (1.2 %)	2 (2.4 %)	1 (1.2 %)	4 (4.8 %)	

La percepción del estado de salud fue predominantemente buena o regular, la misma no estuvo asociada con el autocuidado (Tabla 3).

La percepción del riesgo en estos adultos mayores tuvo un predominio significativamente moderado y no mostró asociación estadísticamente significativa con el autocuidado. (Tabla 3)

**Tabla 3.** Adultos mayores según variables de percepción de salud y el autocuidado.

Variables de percepción de salud	Autocuidado			Total	p
	Deficiente	Moderado	Óptimo		
	Percepción del estado de salud				
Muy buena	0	1 (1.2 %)	0	1 (1.2 %)	p (PES)=0.000 p (PES x autocuidado)=0.770
Buena	2 (2.4 %)	23 (27.4 %)	7 (8.3 %)	32 (38.1 %)	
Regular	1 (1.2 %)	30 (35.7 %)	16 (19.0 %)	47 (56.0 %)	
Mala	0	3 (3.6 %)	1 (1.2 %)	4 (4.8 %)	
Percepción del riesgo (PR)					
Alta	0	8 (9.5 %)	3 (3.6 %)	11 (13.1 %)	p (PR)=0.000 p (PR x autocuidado)=0.429
Baja	2 (2.4 %)	15 (17.9 %)	10 (11.9 %)	27 (32.1 %)	
Moderada	1 (1.2 %)	34 (40.5 %)	11 (13.1 %)	46 (54.8 %)	

La evaluación de la susceptibilidad fue el ítems más desfavorable dentro de la categoría percepción del riesgo, se apreció el sesgo de invulnerabilidad u optimismo irreal en 52 de los senescentes representando el 61.9 %, no identificaron situaciones de riesgo al que podían estar expuestos; en su minoría revelaron escenarios de riesgo como la necesidad de salir a buscar alimentos (12), convivencia con familiares que no eran responsables en el autocuidado (9), el posible contagio en los cajeros, entre otros; el riesgo determinado por visita de familia, vecinos y otros no fue identificado en su mayoría como una amenaza por lo que la protección era adecuada cuando salían de casa, no evidenciándose el hogar como un espacio que los exponía a riesgos, esto se relaciona con la angosta percepción de los senescentes.

En el análisis cualitativo de los ítems se apreció que el 100 % de los senescentes se consideraron en riesgo de desarrollar complicaciones o morir si se contagiaban, tanto por la edad como por las múltiples patologías; no obstante, mantenían esta posibilidad fuera de la casa.



## DISCUSIÓN

La disminución de la capacidad de autocuidado del grupo más longevo se debe al deterioro del estado físico que impide, en ocasiones, valerse por sí mismo, así como de las capacidades intelectuales y emocionales para satisfacer los requisitos de autocuidado universales. Orem<sup>(11)</sup> plantea que la edad y el estado de salud como factores que afectan la capacidad de autocuidado; resultados similares reportó Flores D, et al.<sup>(13)</sup>

Millán-Méndez IE,<sup>(14)</sup> no encontró diferencias por sexo, aun cuando el género femenino está más relacionado con las actividades de cuidado de la salud por considerarse proveedora de los cuidados a la familia, esta no lo incorporó a sus proyectos de vida. Sin embargo, Cruz-Bello P, et al.<sup>(15)</sup> al igual que en este estudio, si encontró diferencias y asume que se deben a que la herencia cultural e histórica que ha asumido la mujer con respecto al cuidado de su enfermedad y la familia que la predispone a una mayor disposición para cambiar su estilo de vida, acudir con mayor frecuencia para su atención médica y acceder a información y capacitación con respecto al cuidado de su enfermedad.

La convivencia en pareja constituye un factor protector de la salud, pues se relaciona con niveles altos de apoyo social. Los resultados de Simó-Noguera C, et al.<sup>(16)</sup> sugieren que la convivencia en pareja disminuye los riesgos de sufrir peor salud mental. La pareja constituye, generalmente, un excelente apoyo social en la ancianidad. La viudez afrontada a través del duelo patológico entorpece la aceptación de la pérdida, conduce a frustraciones afectivas que tienden a estar presentes en el cuadro que rodea al anciano. La vida del adulto mayor en pareja aumenta el número de contactos positivos que la persona tiene con su red social y se convierte en bienestar y factor protector para la salud.<sup>(13)</sup>

A pesar de la no asociación fue llamativo que los senescentes con mayores niveles de escolaridad, no presentaron autocuidado deficiente. Se plantea que a menor nivel de escolaridad existe mayor predisposición a desarrollar complicaciones en una enfermedad, además, se conoce que el limitado acceso a la información reduce las oportunidades de aprendizaje sobre el autocuidado.<sup>(15)</sup> Ruiz-Aquino MM, et al.<sup>(10)</sup> encontró asociación entre el nivel de educación y el autocuidado intermedio o medianamente eficaz, lo cual plantea, es generado por la limitada comprensión comunitaria durante la campaña de educación sobre la COVID-19.

Los jubilados presentaron conductas más favorables, lo cual pudiera estar relacionado con la presencia de un mayor nivel sociocultural y nuevos proyectos de vida relacionados con la continuidad de la vida que pueden influir en las conductas de salud protectoras.

Arias CJ<sup>(17)</sup> reconoce la significación que tiene para las personas mayores las redes de apoyo para su calidad de vida, no solamente por las mejorías de las condiciones objetivas a través de la provisión de apoyos materiales como instrumentales; sino también por el impacto del apoyo en el ámbito emocional, además se destaca el rol de la familia en el proceso salud enfermedad y su influencia en el autocuidado de las personas mayores. Los propios adultos mayores consideran que disponer de relaciones familiares y sociales satisfactorias es muy importante para la calidad de vida en la vejez.

La familia como pilar fundamental en esta etapa de la vida constituye uno de los recursos más relevantes como encargada de prestar atención directa a adultos mayores que sufren problemas de salud o deterioro en su autonomía personal. Valladares González AM<sup>(18)</sup> define a la familia como un sistema de relaciones que trasciende los vínculos consanguíneos o la mera integración al grupo familiar y la consideramos una unión de personas con un proyecto de vida compartido, en el que se construyen relaciones de intimidad, reciprocidad, dependencia y sentimientos de pertenencia entre los miembros. Ante situaciones de crisis como ha sido la epidemia sanitaria por COVID-19 la familia ha respondido a las nuevas exigencias como han sido las condiciones de aislamiento con estrategias y recursos adaptativos para mantener una dinámica más funcional, la protección entre los miembros de la familia no solamente vinculada a la satisfacción de necesidades básicas sino además a la seguridad emocional frente a la incertidumbre que se generó.

La cultura de relaciones de la familia, los vínculos afectivos, el apoyo social, los proyectos de familia y personales, así como la creatividad, entre otros, propician que a pesar de condiciones diversas y adversas se aprenda a vivir en familia. Las familias tuvieron que adaptarse a la

pandemia de la COVID-19, a pesar de los cambios emocionales, conductuales y a sus estilos de vida.<sup>(19)</sup> Ante la vulnerabilidad a la enfermedad de los adultos mayores, las familias con mayores vínculos afectivos mantuvieron un mayor apoyo, lo que permitió un mayor autocuidado.

Millán-Méndez IE<sup>(14)</sup> siguiendo la teoría de Orem<sup>(11)</sup> acerca de la influencia de la dimensión perceptiva en la variación de las capacidades de autocuidado, concluyó que los adultos mayores que perciben algún riesgo para su salud se cuidan más que los que se perciben sanos.

Por su parte, Soriano y Sotomayor M, et al.<sup>(20)</sup> encontró relación significativa directa entre la percepción del estado de salud y el autocuidado. Estos hallazgos no coinciden con los de estos autores, pues la percepción del estado de salud no fue un factor que moduló la conducta generadora de salud, corroborando la complejidad del comportamiento humano y la determinación multicausal.

La no relación entre percepción de riesgo y autocuidado pudiera deberse al cumplimiento de las medidas preventivas, influenciado por los medios de comunicación y la presión social, además de las regulaciones sanitarias obligatorias. Fueron los factores externos los reguladores del comportamiento saludable y no las condicionantes internas, por tanto, no se incorporaron estas medidas de protección a sus hábitos cotidianos.

Santana-González Y, et al.<sup>(21)</sup> encontró resultados similares, las visitas no fueron referidas entre las causas de contagio, respuesta que emerge como una externalización de sus responsabilidades individuales a factores externos y no al carácter sistémico de las relaciones y actividades que ejecutan sin cumplir lo establecido por las autoridades sanitarias; otra investigación en Paraguay, también reportó resultados similares.<sup>(22)</sup>

En otro estudio en la misma localidad, en población de todas las edades se constató el aumento del autocuidado relacionado con síntomas de estrés, ansiedad, miedo, frustración y depresión.<sup>(23)</sup>

Por su parte, los estudios locales de la transmisión de la enfermedad reportaron un predominio de la transmisión intradomiciliaria en los adultos mayores en relación con su permanencia dentro del hogar y la convivencia con personas infectadas<sup>(24)</sup>. Mientras que en la investigación sobre reinfecciones este grupo de edades fue el menos afectado, todo lo cual habla indirectamente del autocuidado mantenido para no recaer en la enfermedad.<sup>(25)</sup>

El trabajo aporta el conocimiento de las manifestaciones del nivel de autocuidado en el adulto mayor durante la COVID-19 en la provincia Santiago de Cuba en relación con variables sociodemográficas, familiares y de percepción de salud.

## CONCLUSIONES

El estudio mostró la relación del autocuidado en adultos mayores con el sexo, el estado civil y la percepción de apoyo familiar; de manera que la forma óptima de autocuidado prevaleció en las féminas casadas y con apoyo familiar percibido. Se evidenció un comportamiento regulado más por condicionantes externas, que por factores internos. La complejidad del autocuidado se vincula estrechamente con elementos sociales y psicológicos ineludibles, que no deben reducirse solamente al ámbito del comportamiento y que, se manifiestan con sólidas diferencias en los grupos poblacionales.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. COVID-19: Cronología de la actuación de la OMS [Internet]. Ginebra: OMS; 2020. [citado 10 Abr 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
2. 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 [Internet]. 2020 [citado 1 Jun 2025];73(7):569-76. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.03.027>
3. Valdés-García LE, Rodríguez-Valdés A, Bergues-Cabrales LE, Sagaró del Campo NM, Zamora-Matamoros L, Sánchez-Domínguez S, et al. Contribuciones al control de la COVID-19 en Santiago de Cuba desde lo interdisciplinario-multisectorial y vínculo ciencia-sociedad. An Acad Cienc Cuba [Internet] marzo 2025 [citado 1 Jul 2025];15(1). Disponible en: <https://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/2936/2087>
4. Bandera Jiménez D, Morandeira Padrón H, Valdés García LE, Rodríguez Valdés A, Sagaró Del Campo NM, Palú Orozco A, et al. Morbilidad por COVID-19: análisis de los aspectos epidemiológicos, clínicos y diagnósticos. Rev cuban med trop [Internet]. 2020 [citado 10 Abr 2025];72(3):e574. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mtr/v72n3/1561-3054-mtr-72-03-e574.pdf>
5. Sagaró-del-Campo NM, Zamora-Matamoros L, Valdés-García LE, Rodríguez-Valdés A, Bandera-Jiménez D, Texidor-Garzón MC. Aspectos demográficos, clínico-epidemiológicos y geoespaciales de la COVID-19 en Santiago de Cuba. AMC [Internet]. 2021 [citado 1 Jun 2025];25(3):391-404. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v25n3/1025-0255-amc-25-03-e7979.pdf>
6. Zamora-Matamoros L, Sagaró-del Campo NM, Valdés-García LE, Alcántara Olivero Y. Acciones de salud y la respuesta de la población en la incidencia de COVID-19 en Santiago de Cuba. Rev cuban med gen integr [Internet]. 2021 [citado 10 Abr 2025];37(Sup). Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/2033/499>
7. Broche-Pérez Y, Fernández-Castillo E, Reyes-Luzardo DA. Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. Rev cuba salud pública [Internet]. 2021 [citado 17 Dic 2024];46:e2488. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v46s1/1561-3127-rcsp-46-s1-e2488.pdf>
8. Wang H, Li T, Barbarino P, Gauthier S, Brodaty H, Molinuevo JL, et al. Dementia care during COVID-19. Lancet [Internet]. 2020 [cited 2025 Apr 10];395(10231):1190-1. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7146671/pdf/main.pdf>
9. Urzúa A, Vera-Villarroel P, Caqueo-Úrizar A, Polanco-Carrasco R. La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. Ter psicol [Internet]. 2020 [citado 10 Abr 2025];38(1):103-18. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v38n1/0718-4808-terpsicol-38-01-0103.pdf>

10. Ruiz-Aquino MM, Díaz-Lazo A, Ortiz-Aguí ML, Villar Carbajal EI. Conductas de autocuidado frente a la prevención del contagio de la COVID-19 en pobladores peruanos. Rev cuba Med Gen Integr [Internet]. 2021 [citado 10 Abr 2025];36(4). Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1708>
11. Orem DE. Nursing Concepts of Practice. 5th Ed. Mosby: Year Book, Inc, St. Louis, MO; 1995.
12. Prado-Solar LA, González-Reguera M, Paz-Gómez N, Romero-Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 [citado 10 Abr 2025];36(6):835-45. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
13. Flores D, Guzmán F. Factores condicionantes básicos en el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial del Hospital Santa Barbara. Rev Cien Tec In [Internet]. 2018 [citado 1 Jun 2025];16(17):991-1000. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rcti/v16n17/v16n17\\_a04.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rcti/v16n17/v16n17_a04.pdf)
14. Millán-Méndez IE. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Rev cuba enferm [Internet]. 2010 [citado 10 Abr 2025];26(4):202-34. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n4/enf07410.pdf>
15. Cruz-Bello P, Vizcarra-Bordi I, Kaufer-Horwitz M, Benítez-Arciniega AD, Misra R, Valdés-Ramos R. Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México. Pap poblac [Internet]. 2014 [citado 10 Abr 2025];20(80):119-44. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v20n80/v20n80a5.pdf>
16. Simó-Noguera C, Hernández-Monleón A, Muñoz-Rodríguez D, González-Sanjuán ME. El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud. REIS [Internet]. 2015 [citado 10 Abr 2025];151:141-66. Disponible en: <https://doi.org/10.5477/cis/reis.151.141>
17. Arias CJ. El apoyo social en la vejez: Alternativas de acción frente a los desafíos del envejecimiento poblacional. Perspectivas en psicología. 2008;5(2):54-61.
18. Valladares González AM. La familia. Una mirada desde la Psicología. MediSur [Internet] 2008 [citado 10 Abr 2025];6(1):4-13. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180020298002.pdf>
19. Cornejo Sánchez JF, Castillo PM, Hurtado NA, Payano Blanco JI. Adaptación familiar en el contexto del COVID-19. Horizontes [Internet]. 28 de enero de 2022 [citado 11 Ene 2025];6(22):73-82. Disponible en: <https://doi.org/10.33996/revistahorizontes.v6i22.315>
20. Soriano y Sotomayor M, Arriola Morales G, Tlalpan Hernández RMT. Percepción del estado de salud y su influencia en las capacidades de autocuidado en personas con síndrome coronario. Rev Mex Enf Cardiol [Internet]. 2005 [citado 11 Ene 2025];13(1-2):25-30. [https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2005/en051\\_2f.pdf](https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2005/en051_2f.pdf)
21. Santana-González Y, Sagaró del Campo NM, Valdés-García LE. Percepción de riesgo vs Covid-19 en centros hospitalarios de Santiago de Cuba. Revista Universidad y Sociedad [Internet]. 2021 [citado 10 Abr 2025];13(4):195-206. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v13n4/2218-3620-rus-13-04-195.pdf>



22. Ríos González CM, Ríos González DN. Percepción del riesgo de la enfermedad COVID-19 y sus factores relacionados en Paraguay. Rev. Nac. (Itauguá) [Internet]. 9 de julio de 2020 [citado 9 Ago 2025];12(2):4-15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8961200>
23. Santana-González Y, Sagaró del Campo NM, Valdés-García LE, Bring-Pérez Y, Torres-Estrada N. Síntomas psicológicos poscovid-19 en afectados por la enfermedad en Santiago de Cuba. Medisan [Internet]. 2023 [citado 10 Abr 2025];27(5). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v27n5/1029-3019-san-27-05-e4491.pdf>
24. Sagaró del Campo NM, Zamora-Matamoros L, Valdés-García LE, Rodríguez-Valdés A. Diferencias entre formas de contagio intra y extradomiciliaria en tres brotes epidémicos de COVID-19 en Santiago de Cuba. Rev Cub Sal Públ [Internet] 2022 [citado 10 Abr 2025];48(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662022000400006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662022000400006)
25. Valdés-García LE, Rodríguez-Valdés A, Sagaró del Campo NM, Domínguez Mateos A. Reinfecciones por el virus del SARS-CoV2 en la provincia de Santiago de Cuba. Medisan [Internet]. 12 de junio de 2025 [citado 10 Jul 2025];29. Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/5039/3530>



### **Declaración de conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses respecto a este artículo.

### **Contribución de los autores**

**LVN:** Conceptualización, curación de los datos, análisis formal, investigación, la metodología y recursos. Además de participar en la supervisión, validación y visualización, así como en la redacción, revisión y edición del artículo.

**ESM:** Conceptualización, curación de los datos, análisis formal, investigación, la redacción, revisión y edición del artículo.

**NMSDC:** Participó en la supervisión, validación y visualización y en los recursos, así como en revisión y edición del artículo.

**AAVS:** Participó en la supervisión, validación y visualización y en los recursos, así como en revisión y edición del artículo.

**IBT:** Participó en la supervisión, validación y visualización, así como en la redacción, revisión y edición del artículo.

Todos los autores aprobaron la versión final del borrador.

**Recibido:** 24/07/2025

**Aprobado:** 24/11/2025

**Publicado:** 30/11/2025

