ARTÍCULO ORIGINAL

Modulación de conducta ante COVID-19, en pacientes contactos atendidos en centro de aislamiento Villa Azucarera

Modulation of behavior before COVID-19, in contact patients treated at the Villa Azucarera isolation center

Isela Casas Olazabal[1] Enia Lorenzo Pérez[1] Maria Cristina Pérez Guerrero[1] Jaqueline García Rodríguez[1] Ricardo Vázquez Casas[1]

[1] Universidad de Ciencias Médicas Carlos Juan Finlay, Facultad de Tecnología, Camagüey, Camagüey, Cuba

Cómo citar este artículo:
Casas-Olazabal I, Lorenzo-Pérez E, Pérez-Guerrero M, García-Rodríguez J, Vázquez-Casas R. Modulación de conducta ante COVID-19, en pacientes contactos atendidos en centro de aislamiento Villa Azucarera. **Medisur** [revista en Internet]. 2022 [citado 2025 Jul 14]; 20(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5286

Resumen

Fundamento: la prevención del contagio por coronavirus SARS-CoV-2 es la principal arma contra la enfermedad, en Cuba se lleva a cabo con el aislamiento social en centros específicos donde se intenciona una modulación de la conducta de las personas clasificadas como contactos.
Objetivo: describir la modulación de la conducta en pacientes contactos atendidos en centro de aislamiento antes, durante y al término de su vigilancia epidemiológica.
Métodos: estudio descriptivo de corte transversal en el centro de aislamiento Villa Azucarera de Camagüey para pacientes contactos de enfermos por coronavirus SARS-CoV-2, durante febrero-marzo de 2021. Se emplearon métodos teóricos: analítico-sintético e inductivo-deductivo y empíricos: observación, encuesta epidemiológica y entrevistas.
Resultados: se demostró la modulación de la conducta al concluir la vigilancia epidemiológica, la elevación de la necesidad del uso del nasobuco, el frecuente lavado de las manos y el distanciamiento social. Predominaron los pacientes masculinos con edades entre 31 y 40 años. La actitud del paciente durante la vigilancia en la institución se modificó de un explícito rechazo al inicio, a una aceptación en el momento del egreso y el aumento de la percepción del riesgo a enfermar a partir del incremento del nivel de información y de la relación terapéutica que se establece con el personal de salud.
Conclusiones: la información que se brinda en un centro de aislamiento, unido a la relación terapéutica con el personal de salud modula favorablemente la conducta de los contactos de pacientes con COVID-19.

Palabras clave: COVID-19, hospitales de aislamiento, conductas relacionadas con la salud, Cuba

Abstract

Background: The prevention of the contagion of the SARS-CoV-2 coronavirus is the main weapon against the disease, and in Cuba it is carried out, fundamentally, with social isolation in specific centers where a modeling of the behavior of classified people is intended as contacts.
Objective: To describe the modulation of behavior in contact patients treated in the Villa Azucarera isolation center before, during and at the end of their epidemiological surveillance.
Methods: Observational, descriptive and cross-sectional study in the Villa Azucarera de Camagüey isolation center for patient contacts of SARS-CoV-2 coronavirus patients during February and March 2021. Theoretical methods were used: analysis-synthesis and inductive-deductive and empirical: observation, epidemiological survey and interviews.
Results: Behavior modulation was demonstrated at the conclusion of the epidemiological surveillance and the increase in the need to use the nasobuco, frequent hand washing and social distancing. Male patients aged between 31 and 40 years predominated.
Conclusions: The attitude of the patient during the surveillance in the institution changes from an explicit rejection at the beginning, to an acceptance at the time of discharge, and an increase in the perception of the risk of becoming ill due to the increase in the level of information and of the therapeutic relationship established with health personnel.

Key words: COVID-19, hospitals, isolation, health behavior, Cuba

Aprobado: 2022-04-05 08:31:05

Correspondencia: Isela Casas Olazabal. Universidad de Ciencias Médicas Carlos Juan Finlay. Facultad de Tecnología. Camagüey, Cuba. coisela.cmw@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La COVID-19 se identificó por primera vez el 1 de diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, capital de la provincia de Hubei, en la China central; el número de casos aumentó rápidamente en el resto de Hubei y se propagó a otros territorios. La rápida expansión de la enfermedad hizo que la Organización Mundial de la Salud, el 30 de enero de 2020, la declarara una emergencia sanitaria de preocupación internacional, basándose en el impacto que el virus podría tener en países subdesarrollados con menos infraestructuras sanitarias y que la reconociera como una pandemia el 11 de marzo.[1,2]

Desde los primeros días del mes de enero del 2020 una alerta internacional ocupó todos los medios informativos, redes sociales y noticias de la OMS y OPS: el nuevo coronavirus se propagaba rápidamente de persona a persona, produciendo un cuadro respiratorio y síntomas generales variables. Además, entre un 10 % a 25 % aproximadamente de los casos, según reportes iniciales, sufrían un síndrome de dificultad respiratoria aguda o grave por neumonía severa que podía llevar a un fallo de órganos multisistémico con una letalidad elevada. Los casos más severos se dan en personas con edades avanzadas y pacientes con comorbilidades. Se reportaban, a diario, miles de casos confirmados por laboratorio y miles de fallecidos, lo que obligó a la comunidad internacional, orientada por la OMS, a establecer medidas de protección higiénico-sanitarias, de aislamiento de los casos y freno de la expansión con medidas de control. Se estima que por cada caso infectado se contagian, como mínimo, tres personas.[3]

La emergencia sanitaria se ha experimentado de forma diferente en todos los países del mundo, cada nación enfrenta la pandemia atendiendo a protocolos de atención que establecen y los resultados expresan la eficacia de estos, la organización de su sistema sanitario y la respuesta social de su población.

En Cuba, desde que la COVID-19 fue declarada “emergencia de importancia internacional” se confeccionó el Plan Nacional de Enfrentamiento a la Pandemia. El Ministro de Salud, Dr. José Ángel Portal Miranda, expresó que el modelo cubano de gestión sanitaria para el enfrentamiento a la COVID-19 abarcaba tres componentes: uno vinculado al área epidemiológica, otro a la organización de los servicios y un tercero, a la gestión de la ciencia y la innovación tecnológica.[4]

En el área epidemiológica la emergencia sanitaria ocasionada por el COVID-19 ha provocado modificaciones en los modos de hacer ante las enfermedades transmisibles. Aun con la existencia de vacunas, la prevención del contagio del coronavirus SARS-CoV-2 es la principal arma para reducir el número de casos contagiados y, en Cuba, esa prevención se llevó a cabo fundamentalmente con el aislamiento social en determinados centros específicos y el establecimiento de cuarentenas, con una mayor incidencia en aquellos lugares donde se reportó transmisión local. El término cuarentena hace referencia a la separación y restricción de movimiento de personas que han sido expuestas a enfermedades contagiosas, o que se encuentran en riesgo de contagio, para de esta forma reducir el riesgo de transmisión de una enfermedad, mientras que el aislamiento social depende, en muchos casos, de la voluntariedad de las personas.[5]

El aislamiento social y la cuarentena durante la pandemia de COVID-19 constituyeron medidas efectivas con el objetivo de salvaguardar vidas. Sin embargo, en la población existieron dificultades para afrontar la contingencia y resistir el confinamiento, aparecieron las emociones negativas como la ansiedad, la depresión, la negación y la ira, así como el aumento de la sensibilidad a los riesgos sociales, en tanto disminuyeron las emociones positivas (por ejemplo, la felicidad) y la satisfacción con la vida. En general los estudios demuestran que las personas se preocupan más por su salud y su familia, y menos por el ocio y los amigos, siendo más evidentes en las personas que no habían presentado síntomas o emociones negativas durante su rutina de vida.[6]

Aunque en el mundo predominaron las medidas de cuarentena absoluta, en Cuba se llamó a la reclusión domiciliaria voluntaria, y en menor medida se dispuso de la cuarentena obligatoria. La primera medida de cuarentena fue reportada el 31 de marzo de 2020, en el municipio Consolación del Sur (Comunidad Camilo Cienfuegos) de la provincia de Pinar del Río. Posteriormente se incorporaron provincias, municipios y áreas de acuerdo a la situación epidemiológica existente en cada región en particular, de esta manera siempre que existe rebrote de la enfermedad se ha estado implementado la cuarentena como medida para evitar su propagación.[5]

El aislamiento social y la reclusión de las personas en centros de vigilancia ha sido unas de las medidas más efectivas para detener la transmisión y detectar tempranamente los casos positivos relacionados con los contactos de casos positivos confirmados, pero el impacto del confinamiento en hábitos y costumbres básicos como la alimentación, horarios de sueño, o actividad física, no se comportan de igual forma en el ser humano, aparecen cambios en la conducta para los que existen factores moduladores que median la relación entre las circunstancias en las que se sitúa la persona (como los sucesos vitales) y sus consecuencias sobre la salud, enfermedad y calidad de vida. En este sentido, el monitoreo de las modulaciones de la conducta derivadas por las restricciones obligatorias de movimiento (cuarentenas), así como de los periodos de aislamiento social en estos centros de vigilancia debe constituir una prioridad para los trabajadores de los sistemas de salud.[6]

Para atenuar el efecto negativo que puede provocar el solo hecho de comunicar a la persona su reclusión en un centro de aislamiento, por ser caso contacto de caso positivo confirmado, o sospechoso por sintomatologías presentadas, provoca cambios de conducta que se producen dada la interacción entre lo que no percibe como riesgo o problema y el aislamiento que lo considera como no necesario.

Lo anteriormente expuesto motivó a los autores a realizar este trabajo con el objetivo de describir la modulación de la conducta ante la enfermedad producida por el virus SARS-CoV-2 en pacientes contactos de casos positivos confirmados atendidos en el centro de aislamiento Villa Azucarera, antes, durante y al término de su vigilancia epidemiológica.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal teniendo como fuente de información el resultado de los métodos empíricos aplicados: la observación externa directa, encuesta epidemiológica y la entrevista.
En calidad de métodos teóricos se aplicaron el método clínico-epidemiológico, y otros que se corresponden con operaciones del pensamiento (histórico-lógico, analítico-sintético, inductivo-deductivo). Se empleó la estadística descriptiva concretamente en el análisis de frecuencia y el cálculo porcentual. Se trabajó con la totalidad del universo constituido por 41 pacientes atendidos en un ciclo de trabajo.

Para la descripción de la modulación de la conducta se tuvo en cuenta la información recogida en tres momentos de la vigilancia: al ingreso, durante y al alta epidemiológica. Se hizo énfasis en lo expresado en las entrevistas sobre la percepción del riesgo al contagio del coronavirus, la necesidad del aislamiento y la importancia de cumplir con las normas de conducta orientadas.

Se excluyeron los sujetos que no lograron completar los instrumentos aplicados.

Variables: actitud hacia la vigilancia en la institución, percepción del riesgo a enfermar, presencia de síntomas y modulación de la conducta (entendida como «cambios beneficiosos conductuales y emocionales en la persona, instrumentales o expresivos, reales o percibidos, resultado de la interacción con la comunidad, instituciones, redes sociales o amigos íntimos).

Dimensiones:

- Actitud hacia la vigilancia en la institución: aceptación, rechazo, neutro.
- Percepción del riesgo a enfermar: alta, media y baja.
- Síntomas subjetivos de la enfermedad que presentaron (se consideraron aquellos síntomas presentados, sin que se correspondiera con la presencia de enfermedad)
- Cumplimiento de las normas de conducta, fundamentalmente el uso del nasobuco, el lavado frecuente de las manos y el distanciamiento entre personas.

RESULTADOS

Al realizar la caracterización de la muestra según edad y sexo se observó predominio del sexo masculino y el grupo de 31 a 40 años de edad. (Tabla 1).

Tabla 1. Caracterización de la muestra según grupo de edad y sexo

Edad	20-30 años		31-40 años		41-50 años		51-60 años		61 y más años		Total	
Sexo	No.	%	No.	%	No	%	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	2	33,3	7	43,7	5	55,5	2	28,5	1	33,3	**17**	**41,4**
Masculino	4	66,6	9	56,2	4	44,4	5	71,4	2	66,6	**24**	**58,5**
Total	**6**	**100**	**16**	**100**	**9**	**100**	**7**	**100**	**3**	**100**	**41**	**100**

Fuente: encuesta epidemiológica

El análisis de las entrevistas y revisión de las encuestas epidemiológicas evidenció la modulación en la conducta que experimentaron las personas ante el ingreso a centros de vigilancia por ser contactos de personas positivas al COVID-19. A la llegada al centro de aislamiento el predominio de las actitudes en relación con la institución era negativa, con conductas hostiles hacia el personal de salud, negación a mantenerse en el centro y expresiones de rechazo al aislamiento. Las mediciones efectuadas durante la vigilancia y al término de ella indicaron que la conducta se moduló hacia actitudes neutras y de aceptación. Es relevante que durante el periodo de vigilancia el 21,9 % manifestó neutralidad y al egreso la aceptación fue de un 75,6 %. (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la muestra según actitud hacia la vigilancia en la institución

Actitud	Al ingreso		Durante la vigilancia		Al egreso	
	No.	%	No.	%	No.	%
Aceptación	11	26,8	25	61,0	31	75,6
Rechazo	17	41,4	7	17,1	4	9,8
Neutro	13	31,8	9	21,9	6	14,6
Total	**41**	**100**	**41**	**100**	**41**	**100**

Fuente: entrevista

Al analizar la percepción sobre el riesgo de enfermar se comprobó que el 44 % tenía una baja percepción en el momento del ingreso y no es hasta el egreso, cuando se ha culminado la etapa de vigilancia, cuando se apreció que el 82,9 % había alcanzado una percepción alta del riesgo a enfermar. (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de la muestra según percepción del riesgo a enfermar

Percepción del riesgo	Al ingreso		Durante la vigilancia		Al egreso	
	No.	%	No.	%	No.	%
Alta	9	21,9	21	51,2	34	82,9
Media	14	34,1	11	26,9	4	9,8
Baja	18	44	9	21,9	3	7,3
Total	**41**	**100**	**41**	**100**	**41**	**100**

Fuente: entrevista

Se observó la existencia de síntomas manifestados por el paciente que aumentaron durante la estadía en la institución, para disminuir notablemente al final del aislamiento. Ninguno resultó positivo al COVID-19, como resultado a las diferentes pruebas diagnósticas realizadas, por lo que se consideraron síntomas subjetivos. Varios de los pacientes entrevistados refirieron más de un síntoma, que no fueron corroborados como reales, por lo que su totalidad supera el 100 %. (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de la muestra según síntomas subjetivos de la enfermedad

Síntomas	Al ingreso		Durante la vigilancia		Al egreso	
	No.	%	No.	%	No.	%
Congestión nasal	3	7,31	19	46,3	1	2,43
Cefalea	1	2,43	17	41,4	0	0
Dolor de garganta	3	7,31	8	19,5	1	2,43
Tos	3	7,31	11	26,8	2	4,87
Dificultad respiratoria	0	0	9	21,9	0	0
Diarrea	0	0	3	7,31	0	0
Total	**10**	**24,3**	**69**	**168,29**	**4**	**9,75**

Fuente: observación y encuesta epidemiológica

Descripción cualitativa

Cualitativamente se corroboraron cambios de pensamiento y valoración de aspectos positivos que los pacientes manifestaron haber aprendido al término de su periodo de vigilancia y que, posiblemente, fueron factores que influyeron en la modulación de su conducta.

- Aumentó la percepción del riesgo.
- Incorporaron la importancia de no omitir contactos.
- Comprendieron la necesidad del distanciamiento social y el uso adecuado del nasobuco.
- Percibieron lo necesario de la higiene personal

y ambiental.
- Apreciaron que el lavado frecuente de las manos es una forma de protegerse.
- Concientizaron la importancia de la protección a la familia.

DISCUSIÓN

La nueva enfermedad por coronavirus, COVID-19, ha impactado al mundo, de múltiples formas al sistema de salud, y específicamente en la atención primaria, porque la mejor estrategia de manejo, según los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), es evitar la exposición al virus, por lo que la vigilancia epidemiológica, en la atención primaria, es fundamental.[7]

Cabrera-Gaytán plantea que es imprescindible la vigilancia epidemiológica y la realización de nuevos estudios, a efecto de describir la historia natural de la enfermedad, evidenciar las medidas preventivas y de controles, tanto individuales como colectivos, y evaluar el impacto en la salud pública internacional.[8]

Henríquez-Márquez expone que en las regiones donde se cuenta con una estructura más organizada y con mayor control poblacional, ya sea por menor densidad poblacional o por mayor número de equipo de salud comunitaria, el brote tiende a controlarse. Esto ha demostrado la importancia de la labor del nivel primario que juega un papel muy relevante en la prevención e identificación de casos y el seguimiento oportuno. Señala, además, que el sistema de vigilancia epidemiológica es indispensable para la detección y la monitorización de los brotes.[7]

Rodríguez-Morales Alfonso J, aclara que no en todos los países se dispone de pruebas estandarizadas de reacción en cadena de polimerasa de transcriptasa reversa en tiempo real (rRT-PCR, por sus siglas en inglés) para hacer diagnósticos moleculares, ni de antivirales específicos para el tratamiento de COVID-19, pero si se cuentan ya con candidatos vacunales y varias vacunas con efectos probados, aunque sigue siendo la mejor estrategia de manejo evitar la exposición al virus y prevenir la infección.[9]

Si bien varias medidas están bien estipuladas, es criterio de los autores que aún subyace irresponsabilidad en algunos ciudadanos al no dar crédito a la importancia de su cumplimiento. Múltiples son los ejemplos a destacar en los cuales se pone de manifiesto la indisciplina social, fundamentalmente por el no uso, o uso incorrecto del nasobuco y no mantener el distanciamiento físico, como medida demostrada para evitar el contagio.

Pero, diversas son las causas que han podido incidir en que parte de la población no adopte las conductas preventivas, entre estas una baja percepción de riesgo dada por un optimismo ilusorio. Sin duda alguna, este es un gran reto, considerando estrategias para intervenir en cada población, y la herramienta más poderosa de prevención es la información, y que esta llegue de la manera correcta y responsable para que toda la población conozca el riesgo y las medidas de seguridad; por ello, como personal de salud, estamos obligados a ser los voceros de esta información para que se difunda responsablemente. Una población educada y consciente será una población colaboradora ante las medidas de prevención.[7]

Tanto el aislamiento social que protagonizan los contextos de epidemias y pandemias, como los vertiginosos cambios en las esferas de lo público y lo privado hacen que las víctimas directas e indirectas sufran un variado espectro de problemas psicosociales (estigma, ansiedad, miedo, pérdida, pobreza), trastornos emocionales, depresión, estrés, apatía, irritabilidad, insomnio, trastorno de estrés postraumático, ira y agotamiento emocional.[5,10]

Durante la aplicación de los instrumentos la observación permitió comprobar la existencia de síntomas psicológicos, de tipo afectivo-vivencial en la mayoría de los sujetos de la muestra. Se expresaron emociones negativas como el temor, la preocupación, la depresión y se constató la presencia de síntomas físicos, cognitivos y emocionales de ansiedad que coinciden con lo planteado por Molero MM, Pérez MC, y Millán-Franco.[10,11]

Berg-Weger, en su trabajo, plantea que cada colectivo, y específicamente cada persona, experimenta el aislamiento social derivado del COVID-19 de manera distinta, por lo que la intervención social es sumamente compleja y, por tanto, más que nunca debe fundamentarse en la práctica basada en la evidencia.[12] Teniendo en cuenta lo anterior la situación ha de ser afrontada mediante una estrategia transdisciplinaria entre las ciencias médicas, jurídicas, económicas, de la comunicación y la psicología, entre otras; para conjugar los

importantes roles que todas cumplen en la conducción de los procesos sociales en el actual contexto sanitario. Para ello, es de suma importancia el enfoque ante esta grave situación epidemiológica y la actuación eficiente a partir de la utilización de los aportes científico-metodológicos que con anterioridad se obtuvieron y los que en la marcha se logren.[13]

A través del presente trabajo se refleja que en este centro de aislamiento predominaron los casos del sexo masculino, aspecto que coincide con el comportamiento en el país, de forma general. Se pone de manifiesto, además, cómo se percibe bajo el riesgo a enfermar por parte de los casos, al ingreso y no es hasta el egreso, cuando se ha culminado la etapa de vigilancia, que manifiestan una percepción alta. Los autores consideran que este cambio pudiera estar condicionado por la información que se les brinda, la relación terapéutica que se establece y el incremento de la percepción visual con la entrada al centro de aislamiento de la Villa Azucarera que ha supuesto, para los sujetos de la muestra, una experiencia que los autores consideran, fueron factores que influyeron en la modulación de su conducta a partir del encuentro más cercano al personal de salud y al enfrentamiento de la posibilidad real de contagio.

Varias investigaciones[5,14] realizadas recientemente apuntan a la presencia de síntomas subjetivos, patognomónicos de la enfermedad COVID-19 en los sujetos en vigilancia epidemiológica que coinciden con los manifestados por los pacientes de la muestra del presente estudio, con la particularidad que al ingreso señalaron una existencia casi nula, no así durante la vigilancia y en la segunda evaluación antes de conocer el resultado del PCR. Estos son síntomas que no se corroboran clínicamente, son percepción de la persona cuando se refiere al modo de pensar o de sentir. Los autores consideran que esto fue producto de la concientización de la percepción del riesgo y lo agresivo de la enfermedad y sus secuelas, conocimiento incorporado durante su estancia en el centro de aislamiento que les provoca miedo, ansiedad y otras alteraciones subjetivas.

Dentro de la valoración de los aspectos positivos que relatan haber aprendido en el periodo de vigilancia se resaltan las acciones de autocuidado, la importancia de la declaración de todos los contactos, la comprensión de las fases y etapas que el Sistema de Salud en Cuba establece para la contención de la pandemia, así como las medidas que cada uno contiene.

Los autores son del criterio que se puede contribuir a la modulación de la conducta si se tienen en cuenta aspectos como:

1. Ofrecer la mayor cantidad de información posible y mantener canales de retroalimentación abiertos. Las personas, en aislamiento y mal informadas, incrementan las reacciones negativas en su conducta, pensamientos y aparecen los seudosíntomas.
2. Reducir el tiempo de duración de la medida tanto como sea posible, el tiempo prolongado es el mayor predictor de alteraciones psicológicas a mediano y largo plazo, que puede influir en su conducta.
3. Fomentar las estrategias de afrontamiento al estrés y generar contactos sociales positivos que puedan contribuir en la modelación de la conducta.

Se considera, analizado por los autores, de gran importancia los aspectos positivos logrados en los pacientes durante el periodo de vigilancia, pero se hace imprescindible enfatizar en la población en general la necesidad de protegerse para evitar el contagio, aspecto que coincide con lo planteado por varios autores, entre ellos Aguilar Gamboa, quien plantea que el SARS-CoV-2 no debe considerarse solo como un virus respiratorio de curso agudo, que la COVID-19 requiere un enfoque terapéutico y manejo clínico distinto debido a las características clínicas evidenciadas en el SNC, cardiovascular, endocrino y renal, que sugiere su progresión posaguda y persistente en algunos pacientes y que existen evidencias de que puede utilizar el tracto respiratorio como sitio de replicación inicial, para luego migrar a otros órganos, donde, en una segunda replicación, continúa produciendo daño.[15]

La conducta de los pacientes atendidos en el centro de aislamiento Villa Azucarera se moduló durante el periodo de vigilancia epidemiológica estudiado, la actitud hacia la vigilancia en la institución se modificó de un explícito rechazo al inicio, a una aceptación en el momento del egreso; aumentó en ellos la percepción del riesgo

a enfermar, a partir del incremento del nivel de información y de la relación terapéutica que se estableció con el personal de salud que labora en el centro; los síntomas subjetivos de enfermedades respiratorias predominan en la etapa de vigilancia, antes de saber el resultado del PCR, y se fomentaron acciones de autocuidado en el cumplimiento de las normas de conducta, fundamentalmente el uso del nasobuco, el lavado frecuente de las manos y el distanciamiento entre personas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Isela Casas Olazabal, Ricardo Vázquez Casas.

Curación de datos: Isela Casas Olazabal, Ricardo Vázquez, Casas Jaqueline García Rodríguez,

Análisis formal: Isela Casas Olazabal, Enia Lorenzo Pérez.

Investigación: María Cristina Pérez Guerrero, Enia Lorenzo Pérez Ricardo Vázquez Casas.

Metodología: Enia Lorenzo Pérez, Isela Casas Olazabal.

Administración del proyecto: Isela Casas Olazabal, Ricardo Vázquez Casas.

Supervisión: Isela Casas Olazabal.

Validación: Isela Casas Olazabal, Ricardo Vázquez Casas.

Visualización: Isela Casas Olazabal, María Cristina Pérez Guerrero.

Redacción – borrador original: Isela Casas Olazabal, María Cristina Pérez Guerrero, Enia Lorenzo Pérez, Jaqueline García Rodríguez.

Redacción – revisión y edición: Isela Casas Olazabal, María Cristina Pérez Guerrero, Enia Lorenzo Pérez, Ricardo Vázquez Casas, Jaqueline García Rodríguez

Financiación

Universidad de Ciencias Médicas. Facultad Tecnológica. Camagüey. Cuba

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Abreu MR, Gómez Tejeda JJ, Diéguez Guach RA. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. Rev Haban Cienc Méd [revista en Internet]. 2020 [cited 14 Abr 2021] ; 19 (2): [aprox. e3254p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000200005&lng=es.

2. Aragón-Nogales R, Vargas-Almanza I, Miranda-Novales MG. COVID-19 por SARS-CoV-2: la nueva emergencia de salud. Rev Mex Pediatr. 2019 ; 86 (6): 213-18.

3. Serra Valdés MÁ. Infección respiratoria aguda por COVID-19: una amenaza evidente. Rev Habanera Cienc Méd [revista en Internet]. 2020 [cited 14 Abr 2021] ; 19 (1): [aprox. 5p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-19X2020000100001&lng=es.

4. Álvarez Sintes R. La educación médica cubana ante la pandemia provocada por la COVID-19. MediCiego [revista en Internet]. 2020 [cited 14 Abr 2021] ; 26 (4): [aprox. 5p]. Available from: http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/2865.

5. Broche-Pérez Y, Fernández-Castillo E. Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. Revista Cubana de Salud Pública. 2020 ; 46 (Supl. especial): e2488.

6. Ramírez-Ramírez LN, Arvizu-Reynaga V, Ibáñez-Reyes L, Claudio-Martínez C, Ramírez-Arias V. Apoyo ante covid-19 en Latinoamérica: estudio exploratorio de las necesidades psico-socio educativas durante la contingencia [Internet]. Málaga: Eumed.net; 2020. [cited 1 Abr 2021] Available from: https://www.eumed.net/actas/20/covid/8-apoyo-ante-covid-19-en-latinoamerica-estudio-exploratorio-de-las-necesidades.pdf.

7. Henríquez- Márquez KI, Zambrano LI, Kovy Arteaga L, Rodríguez-Morales AJ. Prevención e identificación temprana de casos sospechosos COVID-19 en el primer nivel de atención en Centro América. Aten Primaria. 2021 ; 53 (1): 115-6.

8. Cabrera-Gaytán, DA, Vargas-Valerio A, Grajales-Muñiz C. Infección del nuevo coronavirus: nuevos retos, nuevos legados. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2014 ; 52 (4): 438-41.

9. Rodríguez-Morales AJ, Sánchez-Duque JA, Hernández Botero S, Pérez-Díaz CE, Villamil-Gómez Wilmer E, Méndez CA, et al. Preparación y control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina. Acta Méd Peru [revista en Internet]. 2020 [cited 14 Abr 2021] ; 37 (1): [aprox. 5p]. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000100003&lng=es.

10. Millán-Franco M. Trabajo social y covid-19. Un análisis de las consecuencias sociales y sus implicaciones para la intervención social con colectivos vulnerables [Internet]. Málaga: Eumed.net; 2020. [cited 1 Abr 2021] Available from: https://www.eumed.net/actas/20/covid/17-trabajo-social-y-covid-19-un-ana-lisis-de-las-consecuencias-sociales.pdf.

11. Molero MM, Pérez MC, Soriano JG, Oropesa NF, Simón MM, Sisto M. Factores psicológicos en situaciones de cuarentena: una revisión sistemática. Eur J Health Research [revista en Internet]. 2020 [cited 1 Mar 2021] ; 6 (1): [aprox. 11p]. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7562691.

12. Berg-Weger M, Morley J. Loneliness and Social Isolation in Older Adults during the COVID-19 Pandemic: Implications for Gerontological Social Work. J Nutr Health Aging. 2020 ; 28: 1-3.

13. Macias-Llanes ME. COVID- 19: La respuesta social a la pandemia. Rev Hum Med [revista en Internet]. 2020 [cited 20 May 2021] ; 20 (1): [aprox. 4p]. Available from: http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/1640.

14. Rodríguez-Ceberio M. Psicólogos en el frente: la atención durante la crisis del Covid-19. De las emociones tóxicas a la salud psicológica. Arch Med Manizales [revista en Internet]. 2021 [cited 20 Mar 2021] ; 21 (1): [aprox. 20p]. Available from: https://doi.org/10.30554/archmed.21.1.3941.2021.

15. Aguilar-Gamboa F, Vega-Fernández J, Suclupe-Campos D. SARS-CoV-2: mucho más que un virus respiratorio. Arch Méd Camagüey [revista en Internet]. 2021 [cited 14 Abr 2021] ; 25 (2): [aprox. 16p]. Available from: http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/8018.