

Artículo Original

Estrategias de afrontamiento ante la crisis sanitaria: un estudio comparativo en enfermeros de costa y sierra ecuatoriana

Coping strategies in the face of the health crisis: A comparative study in nurses from the Ecuadorian coast and highlands

<https://doi.org/10.52808/bmsa.7e6.625.022>

María Clemencia Villarreal Ger ^{1,*}

<https://orcid.org/0000-0003-0813-7629>

Olga Mireya Alonzo Pico ¹

<https://orcid.org/0000-0002-8535-884X>

Olger Efraín Velastegui Naranjo ¹

<https://orcid.org/0000-0001-5436-5679>

Belkis Sánchez Martínez ¹

<https://orcid.org/0000-0002-5051-2309>

Recibido: 16/03/2022

Aceptado: 02/09/2022

RESUMEN

Se realizó una encuesta transversal de dos muestras separadas por conveniencia de enero a marzo de 2021 a fin de comparar la prevalencia de percepción de riesgo e identificar diferentes estrategias de afrontamiento en enfermeros de la costa y la sierra ecuatoriana. Las muestras incluyeron dos grupos de profesionales de enfermería para un total de 518. El 49,0% (n= 254) de los participantes laboraban en la sierra ecuatoriana y el 50,8% (n= 263) prestaban sus servicios en la costa ecuatoriana. Muestreados provenientes de varias clínicas, tanto en la costa como en la sierra ecuatoriana, fueron abordados aleatoriamente por el entrevistador para participar en el estudio. Se examinaron y compararon los resultados de las pruebas de las tres muestras. Los grupos se eligieron en función de la conveniencia del muestreo y la supuesta conciencia de los factores de riesgo de COVID-19. En cuanto a la percepción de riesgo, su prevalencia es significativamente mayor para las enfermeras de la costa que las de la sierra. Las enfermeras que prefieren trabajar en equipo durante la crisis sanitaria tenían probabilidades alrededor de 0,30 más bajas, lo que puede interpretarse como un factor protector. Respecto al miedo al contagio no se hallaron diferencias entre enfermeras de la costa o la sierra.

Palabras clave: COVID-19, afrontamiento, enfermeros, sierra, costa

ABSTRACT

A cross-sectional survey of two samples separated by convenience was carried out from January to March 2021 to compare the prevalence of risk perception and identify different coping strategies in nurses from the Ecuadorian coast and highlands. The samples included two groups of nursing professionals for a total of 518. 49.0% (n= 254) of the participants worked in the Ecuadorian highlands and 50.8% (n= 263) provided their services on the Ecuadorian coast. Samples from various clinics, both on the coast and in the Ecuadorian highlands, were randomly approached by the interviewer to participate in the study. The test results of the three samples were examined and compared. Groups were chosen based on sampling convenience and presumed awareness of COVID-19 risk factors. Regarding the perception of risk, its prevalence is significantly higher for nurses from the coast than those from the mountains. Nurses who prefer to work in a team during the health crisis had probabilities around 0.30 lower, which can be interpreted as a protective factor. Regarding the fear of contagion, no differences were found between nurses from the coast or the mountains.

Keywords: COVID-19, coping, nurses, mountains, coast.

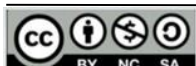
¹ Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador.

*Autor de Correspondencia: ut.mariavillarreal@uniandes.edu.ec

Introducción

Históricamente, las enfermeras han jugado un papel importante en la prevención de infecciones, el seguimiento de pacientes aislados, la contención y la salud pública. Durante la pandemia de COVID-19, las enfermeras se han enfrentado al miedo al contagio, una emoción compartida por los profesionales de la salud de todo el mundo. El contagio de COVID-19 entre los profesionales de la salud se ha relacionado con trabajar cerca de pacientes sin equipo de protección personal y haber tenido contacto cercano con personas infectadas (Montes *et al.*, 2021).

Investigaciones actuales acerca riesgo laboral entre profesionales de la salud en situaciones de alerta epidemiológica (Collado & Torre, 2015) han concluido que se crea una carga de estrés importante por el miedo a enfermarse y contagiar a la familia, así como por la elevada carga de trabajo, por lo que recomiendan apoyo psicológico para el personal médico. No obstante, estas investigaciones no recogen las autopercepciones y emociones que experimentan nuestros profesionales sanitarios como consecuencia de su experiencia profesional (Montes & Ortuñez, 2021).



Las enfermeras forman parte de la primera línea sanitaria y, durante esta pandemia, hemos visto a enfermeras de todo el mundo presentarse para brindar la mejor atención posible mientras se encuentran en lugares difíciles, en diferentes instalaciones, con escasez de mano de obra y equipo de protección personal (EPP) adecuado, además de hacer frente a niveles sin precedentes de morbilidad y mortalidad. Si bien los profesionales de enfermería tienen las competencias, las habilidades y el conocimiento para brindar atención a las personas durante los momentos más complicados y difíciles de sus vidas, esta pandemia plantea puntos de dolor particulares que agravan la prestación de atención.

Sin dejar de mencionar los riesgos que el malestar ético supone para los profesionales de enfermería durante la pandemia del COVID-19 por factores como la distribución etaria de los cuidados y otros, además de estresores como la incertidumbre sobre el curso de la pandemia. Es importante reconocer el estrés emocional que enfrentan muchas enfermeras durante cada turno, ya que estarán cuidando a los enfermos en estado crítico, mientras se dan cuenta de que muchos no se recuperarán (Jackson & Usher, 2020).

Durante la pandemia del VIH-SIDA, Gerbert *et al.*, (1988) citado por Romeu *et al.*, (2022) demostraron que la percepción de riesgo de las enfermeras estaba relacionada, por un lado, con el hecho de que las figuras de autoridad minimizaban la probabilidad de infección e introducían protocolos que no garantizaban la seguridad y la salud de las enfermeras; por otro lado, a los problemas de comunicación entre las enfermeras y las autoridades sanitarias, causados en parte por la valoración subjetiva del riesgo por parte de las propias enfermeras.

El afrontamiento se define como los pensamientos y acciones que las personas utilizan para hacer frente a eventos estresantes. La investigación ha identificado dos estrategias generales de afrontamiento: una es el afrontamiento centrado en el problema, donde el propósito es resolver el problema o tomar medidas para cambiar el status quo; y el otro es el afrontamiento centrado en la emoción, cuyo objetivo es reducir el malestar emocional asociado a situaciones estresantes (Huang *et al.*, 2020).

Los antecedentes de investigación han encontrado que las emociones conducen a estrategias de afrontamiento específicas y viceversa. Se cree que las emociones tienen propiedades que motivan ciertos comportamientos (Folkman & Lazarus, 1980). Por ejemplo, el miedo se relaciona con el deseo de evadir y protegerse de los incidentes, la ira lleva al deseo de atacar, el asco lleva al deseo de expulsar y la felicidad lleva al deseo de entretener. Además, las emociones se han relacionado con el uso de estrategias de afrontamiento específicas. En particular, los adultos que reportan más ira y miedo prefieren usar estrategias de afrontamiento orientadas a la actividad, como hacer preguntas, mientras que aquellos que están tristes son más propensos a usar estrategias de afrontamiento no activas, como evitar o aceptar problemas.

A su vez, el uso exitoso de estrategias de afrontamiento ayudará a las personas a manejar eventos estresantes y reducir las emociones negativas (Frida, 1994). Sin embargo, la dirección de la relación entre las respuestas emocionales y las estrategias de afrontamiento no está clara y la relación no siempre es constante.

Nakano (1991) investigó el papel de las estrategias de afrontamiento como moderadores en la relación entre las molestias y el bienestar psicológico/físico en una muestra japonesa (n=107). Los análisis de regresión múltiple revelaron que el afrontamiento conductual activo contribuyó a una predicción negativa de depresión después de descartar los niveles de molestias. El afrontamiento y la evitación centrados en la emoción proporcionaron predicciones significativas de los síntomas físicos, mientras que el afrontamiento centrado en el problema contribuyó significativamente a una predicción negativa. Los resultados indicaron que el afrontamiento activo-conductual y centrado en el problema fueron moderadores, mientras que el afrontamiento centrado en la emoción y la evitación fueron potenciadores en la relación estrés-síntomas (Nakano, 1991).

La relación entre las estrategias de afrontamiento que emplean los enfermeros y la percepción del riesgo durante la crisis de COVID-19 necesitan más evidencias de investigación. Por ello el objetivo del presente estudio es comparar la prevalencia de percepción de riesgo e identificar diferentes estrategias de afrontamiento en enfermeros de la costa y la sierra ecuatoriana.

Materiales y métodos

Se realizó una encuesta transversal de dos muestras de conveniencia separadas de enero a marzo de 2021. Las muestras incluyeron dos grupos de profesionales de enfermería para un total de 518. 49,0% (n= 254) de los participantes laboraban en la sierra ecuatoriana y el 50,8% (n= 263) prestaban sus servicios en la costa ecuatoriana. Muestreados procedentes de varias clínicas, tanto encosta y sierra ecuatoriana, fueron abordados al azar por el entrevistador para participar en el estudio. Se examinaron y compararon los resultados de las pruebas de las tres muestras. Los grupos se eligieron en función de la conveniencia del muestreo y la supuesta conciencia de los factores de riesgo de COVID 19.

Antes de aplicar el cuestionario diseñado Ad hoc se realizó una breve explicación sobre la percepción del riesgo y el miedo al contagio a fin de potenciar la validez de las respuestas. Se aplicó un criterio estricto como valor de corte para el informe de prevalencia. Se utilizaron pruebas de chi-cuadrado (para variables categóricas), prueba t y análisis de varianza (ANOVA) para comparar la prevalencia de percepción de riesgo. Se realizó un análisis de covarianza (ANCOVA) para identificar los factores de riesgo para ser consciente del riesgo.

El Modelo 1, un modelo de tres predictores (Tabla 1) y el Modelo 2, un modelo de cinco predictores (Tabla 2) que se seleccionaron utilizando la regresión del mejor subconjunto. Para dar cuenta de la no normalidad de la variable de prevalencia de la percepción del riesgo, estos modelos se confirmaron utilizando un modelo lineal general con una distribución de Poisson como función de identidad. Además, para identificar diferentes estrategias de afrontamiento se realizó un Análisis de Componentes Principales (Tabla 3). Estas estrategias de afrontamiento se agregaron al Modelo 1 y se analizaron utilizando ANCOVA en el Modelo 3 (Tabla 4).

Finalmente, para analizar las asociaciones multivariadas entre la variable dependiente (ser consciente del riesgo) y las variables predictoras (basadas en el Modelo 1 y el Modelo 3) se utilizó una regresión logística binaria simple usando variables dependientes dicotómicas. Los índices de probabilidad se determinaron con base en el Modelo 1 y el Modelo 3 para derivar estimaciones de asociaciones que predicen la conciencia del riesgo.

Resultados

El 6,5% (n= 34) de todos los encuestados podría identificarse como personal de primera línea durante la crisis sanitaria (criterio estricto). En cuanto a la percepción de riesgo, su prevalencia es significativamente mayor para las enfermeras de la costa que las de la sierra (8.7% vs. 4.3% criterio estricto), $t(514)=3,28$, $p=0,001$. enfermeras que trabajan en equipo durante la crisis sanitaria tienen un nivel más bajo de prevalencia de percepción de riesgo altamente significativo (4,4% vs. 15,5%), $t(514)=4,91$, $p=0<0,001$. Lo mismo puede reportarse para trabajar en equipo durante la crisis sanitaria (5,6% vs. 11,4%), $t(514)=3,93$, $p<0,001$.

Con respecto al miedo al contagio, 5,4% (n= 28) de todos los participantes informaron tener miedo de contagio. No se hallaron diferencias entre enfermeras de la costa o la sierra.

Otro punto de interés fue investigar las asociaciones entre la percepción del riesgo y miedo al contagio. Se había realizado un ANCOVA debido a las altas intercorrelaciones de las covariables.

Un modelo más parsimonioso fue una solución de tres predictores con laborar en la costa o en la sierra ecuatoriana, trabajar en equipo durante la crisis sanitaria y miedo al contagio (Tabla 1), $F(3,512)=23,39$, $R^2=0,12$, $p<0,001$.

Tabla 1. Modelo 1 (3 predictores) coeficientes beta para variables estandarizadas

Coefficientes	Estimado	Error estándar	t
Intercepto	1,430***	0,041***	34,49
Trabajar de forma individual durante la crisis sanitaria	0,289***	0,083	3,46
Ser personal de primera línea durante la crisis sanitaria	0,461***	0,085	5,42
Trabajar en equipo durante la crisis sanitaria	-0,437***	0,106	-4,10

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Agregando experiencia en epidemias y pandemias y frecuencia de contacto con cada paciente al modelo (el mejor modelo de cinco variables, Tabla 2) reveló un mejor ajuste estadísticamente significativo, sin embargo, el tamaño del efecto fue de pequeño a modesto, $F(2, 512)=5,85$, $p=0,003$, $\eta^2 p=0,022$.

Tabla 2. Coeficientes beta del modelo 2 (5 predictores) para variables estandarizadas

Coefficientes	Estimado	Error estándar	t
Intercepto	0,891***	0,167	5,30
Trabajar de forma individual durante la crisis sanitaria	0,312***	0,083	3,76
Ser personal de primera línea durante la crisis sanitaria	0,240***	0,060	3,97
Trabajar en equipo durante la crisis sanitaria	-0,376***	0,107	-3,49
Experiencia en epidemias y pandemias	0,094*	0,039**	2,37
Frecuencia de contacto con cada paciente	0,055*	0,021**	2,57

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

La regresión logística sobre una variable binaria podría respaldar tanto el Modelo 1 como el Modelo 2. Para el Modelo 1, el análisis de regresión revela que aquellos enfermeros que trabajan de forma individual durante la crisis sanitaria tienen una probabilidad de percepción de riesgo 2,35 veces mayor, con un intervalo de confianza del 95 % de 1,1 a 5,2 ($p \leq 0,001$).

Ser personal de primera línea durante la crisis sanitaria tenían probabilidades alrededor de 1,75 mayores ($p \leq 0,001$, IC= 1,2-2,4). Las enfermeras que prefieren trabajar en equipo durante la crisis sanitaria tuvo probabilidades alrededor de 0,30 menores, lo que puede interpretarse como un factor protector ($p \leq 0,001$, IC=0,14-0,65).

Se identificaron tres dimensiones para las estrategias de afrontamiento: dimensión 1 afrontamiento cognitivo, dimensión 2 afrontamiento basado en la emoción, y dimensión 3 afrontamiento basado en el problema. Los tres primeros

factores principales de variabilidad resumen el 62,1% de la inercia total (Tabla 3). La afirmación "Necesito fumar o medicarme para manejar la ansiedad" no contribuyó particularmente a ninguna de estas tres dimensiones.

Tabla 3. Contribución de las variables a las tres dimensiones del análisis de componentes principales

Ítem	Dimensión 1. Afrontamiento cognitivo	Dimensión 2. Afrontamiento basado en la emoción	Dimensión 3. Afrontamiento basado en el problema
Trato de evitar las noticias relacionadas con la pandemia	1,31	37,34	1,47
Reviso diariamente las estadísticas de morbi-mortalidad	10,98	2,86	21,69
Extremo las medidas de protección más allá de lo requerido	7,20	0,91	16,50
Hago rechazo a los equipos de protección personal	2,75	3,92	20,98
Necesito fumar o medicarme para manejar la ansiedad	5,61	5,04	4,436
Intento relajarme	12,54	0,10	0,68
Presiono a mis subordinados	13,42	3,94	9,46
No sé qué hacer	18,21	0,31	9,54
Tomo varios intervalos de descanso	12,30	2,12	8,20
Evito a los familiares de los pacientes críticos	13,74	4,72	6,12
Opto por realizar los procedimientos en pareja	1,89	38,69	0,86

Una regresión logística binaria simple reveló para el Modelo 3 que las enfermeras de la costa tienen casi 3,4 veces más probabilidades de ser conscientes del riesgo (OR= 3,37, $p \leq 0,001$, IC= 1,4-8,6). El personal de primera línea durante la crisis sanitaria tenía casi 1,9 veces más probabilidades de ser conscientes del riesgo (OR= 1,88, $p \leq 0,001$, IC= 1,0-3,2). Sin embargo, trabajar en equipo durante la crisis sanitaria pareció ser un factor protector (OR= 0,39, $p \leq 0,001$, IC= 0,2-0,9).

Además, las enfermeras con afrontamiento basado en la emoción tenían menos probabilidades de ser conscientes del riesgo (OR=0,30, $p \leq 0,001$, IC=0,2-0,5), mientras que las enfermeras que desarrollaron estrategias de afrontamiento cognitivo tenían más probabilidades de ser conscientes del riesgo (OR=1,48, $p \leq 0,001$, IC=0,8-2,4).

Tabla 4. Modelo 3 (5 predictores) coeficientes beta

Coefficientes β	Estimado	Error estándar	t
	0,891***	0,167	5,30
Afrontamiento basado en el problema	0,240***	0,060	3,97
Afrontamiento basado en la emoción	-0,376***	0,107	-3,49
Trabajar de forma individual durante la crisis sanitaria	0,055*	0,021**	2,57
Ser personal de primera línea durante la crisis sanitaria	0,312***	0,083	3,76
Trabajar en equipo durante la crisis sanitaria	0,094*	0,039**	2,37

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Discusión

No se hallaron diferencias entre enfermeras de la costa o la sierra respecto al miedo al contagio. Estos resultados son consistentes con los encontrados por otros investigadores (Meisenhelder & La Charite, 1989; Bennett, 1998; Montes *et al.*, 2021; Salvatierra Ávila *et al.*, 2021; Valencia González *et al.*, 2021; Romeu *et al.*, 2022).

En un estudio titulado Síndrome de Burnout en profesionales de la salud del Ecuador y factores asociados en tiempos de pandemia se encontró que la prevalencia de Síndrome de Burnout fue elevada, especialmente en el componente de despersonalización (95%) y agotamiento emocional (47%) y en un menor porcentaje en realización personal (11%). El 9% tuvo afectación concomitante de las 3 áreas evaluadas, representando la estructura de Síndrome de Burnout más severa y un 42% de dos de dichas áreas (Torres Toala *et al.*, 2021).

Así mismo, muchas noticias destacan las más negativas frente a las más positivas. Las noticias sobre contagios y muertes siempre salen primero y salen después, aunque parece que los medios han empezado a emplear esta noticia de una forma más positiva, con referencia al término botulismo, planteó Corella, (2014).

El 6,5% (n=34) de todos los encuestados podría identificarse como personal de primera línea durante la crisis sanitaria, se ha descrito la sobrecarga emocional secundaria al aislamiento del paciente y cómo, en esta situación, el apoyo emocional recae en los profesionales, y especialmente en los paramédicos. Porque, en circunstancias normales, la compañía de familiares y amigos es la que proporciona apoyo social y emocional a los empleados. Además, hay mucha interacción entre los propios pacientes hospitalizados, aquellos que recaen durante una crisis, y todo el apoyo emocional y social que uno esperaría de una enfermera (Ferrán & Barrientos, 2021).

Con referencia al cuidado, autocuidado y temor al contagio en un estudio reciente se realizaron entrevistas para valorar el alto grado de compromiso y la calidad humana del personal de enfermería en la atención a pacientes COVID-19. Se demostró que son capaces de poner en riesgo su salud para ayudar a otros. Por otra parte, el miedo constituyó un

factor importante en el personal de enfermería, pero prevalece el profesionalismo y la vocación. (Ávila *et al.*, 2021) Esto puede vincularse a nuestros resultados. Las enfermeras que trabajan en equipo durante la crisis sanitaria tienen un nivel de prevalencia de percepción de riesgo muy significativamente más bajo, creemos este resultado también puede explicarse si se tiene en cuenta lo planteado por Romeu *et al.*, (2022), quienes encontraron que la gravedad de la escasez de equipo de protección personal enfermeras y otros profesionales sanitarios afectados durante la primera ola de la pandemia en España, la reutilización de equipos de protección personal se relacionó con la percepción de riesgo entre las enfermeras españolas.

Los profesionales de la salud infectados inicialmente usaban poca protección porque desconocían la capacidad de transmisión del virus SARS-CoV-2 y también carecían de información sobre si sus pacientes estaban infectados (Wei *et al.*, 2020). Los servicios no especializados en hospitales, centros de atención primaria y hogares de ancianos enfrentaron la mayor escasez de equipos de protección personal, y estas áreas identificaron más iniciativas de enfermeras para reutilizar equipos, también hay antecedentes de reutilización en el trabajo con pacientes VIH positivos, lo que llevó a mayor percepción de riesgo de contagio entre las enfermeras (Olivera Jeréz *et al.*, 2012).

La reutilización del material debe realizarse de acuerdo con las instrucciones del fabricante, pero aún se desconoce si la reutilización es recomendable en el caso de COVID-19 (De Perio *et al.*, 2020). Esta escasez se experimentó en todo el mundo (Jackson & Usher, 2020; Raurell *et al.*, 2020; Servín *et al.*, 2020), contribuyendo a que las enfermeras sean los profesionales de la salud que experimentaron la mayor incidencia de infecciones (Bandyopadhyay *et al.*, 2020).

En nuestro estudio las enfermeras con afrontamiento basado en la emoción tenían menos probabilidades de ser conscientes del riesgo. Esto deviene en un elemento clave ya que la sobre exposición al virus y la insuficiencia de equipos de protección personal, fue la principal causa del fallecimiento de varios profesionales de enfermería. (MSP, 2020).

En cuanto a la percepción de riesgo, su prevalencia es significativamente mayor para las enfermeras de la costa que las de la sierra, esto pudiera deberse a que una importante provincia costeña, Guayaquil, fue la más brutalmente golpeada al inicio de la pandemia, registrando decesos de varios enfermeros (MSP, 2020). Durante este tiempo, en Ecuador mensualmente se necesitaban alrededor de 936 mil mascarillas para el personal de salud, calculando la disposición de una mascarilla diaria, no obstante, por su grado de exposición al virus, algunas áreas demandan el uso de hasta tres mascarillas diarias según Urgilés & Vilaret, (2020) citado por Torres Toala *et al.*, (2021).

Las enfermeras que prefieren trabajar en equipo durante la crisis sanitaria tienen probabilidad alrededor de 0,30 más bajas, lo que puede interpretarse como un factor protector. Otros resultados presentados por Romeu *et al.*, (2022) indican que la falta de credibilidad de los administradores de salud se debió a la falta de claridad en los protocolos y veracidad sobre el riesgo de infección por SARS-CoV-2 y cómo prevenirlo. La carencia de protocolos específicos y la existencia de contradicciones entre los diferentes protocolos generó confusión y sensación de inseguridad entre los participantes. Lo cual influye en la percepción del riesgo, según Zuzelo, (2018).

En una investigación realizada por Wiens *et al.*, (2006) se halló que la prueba t de muestra independiente encontró que más enfermeras utilizaron métodos de afrontamiento centrados en el problema. Los resultados mostraron que significativamente más mujeres que hombres recurrieron al afrontamiento centrado en el problema. Además, más hombres que mujeres recurrieron al afrontamiento centrado en las emociones.

Consideraciones finales

Aún cuando se utilizan todos los recursos para combatir la propagación de COVID 19, el personal de Enfermería necesita estrategias integrales de autocuidado y apoyo psicológico para reducir el impacto negativo en la salud mental, como técnicas cognitivo-conductuales para detener ciclos negativos, manejar estresores, buena gestión del tiempo, técnicas de autoayuda con terapia cognitiva conductual en línea, terapia de conversación, grupos de apoyo o psicoterapia y crisis organizacional.

La importancia de comparar la prevalencia de percepción de riesgo e identificar diferentes estrategias de afrontamiento en enfermeros de la costa y la sierra ecuatoriana radica en que aporta a la comprensión de los factores implicados en la percepción del riesgo puede ser útil para los responsables de la toma de decisiones que ayudan a proteger a las enfermeras en la práctica clínica. Estos resultados pueden ayudar a los tomadores de decisiones y formuladores de políticas, ya que apuntan a la necesidad de que las enfermeras identifiquen estos como factores inherentes a su salud y seguridad laboral.

Conflicto de intereses

No se reporta conflicto de intereses.

Agradecimientos

A UNIANDES, nuestra institución filial.

Referencias

- Bandyopadhyay, S., Baticulon, R. E., Kadhum, M., Alser, M., Ojuka, D. K., Badereddin, Y., Kamath, A., Parepalli, S. A., Brown, G., Iharchane, S., Gandino, S., Markovic-Obiago, Z., Scott, S., Manirambona, E., Machhada, A., Aggarwal, A., Benazaize, L., Ibrahim, M., Kim, D., Tol, I., & Khundkar, R. (2020). Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: a systematic review. *BMJ global health*, 5(12), e003097. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003097>
- Bennett J. (1998). Fear of contagion: a response to stress?. *ANS. Advances in nursing science*, 21(1), 76–87. <https://doi.org/10.1097/00012272-199809000-00008>
- Collado B, Torre Y. (2015). Actitudes hacia la prevención de riesgos laborales en profesionales sanitarios en situaciones de alerta epidemiológica. *Medicina y seguridad del trabajo*, 61(239), 233-253. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v61n239/09_revision1.pdf (Acceso diciembre 2021).
- Corella, A. (2014). Intoxicación. Disponible en: <https://alfonscornella.com/2013/10/02/intoxicacion/> (Acceso diciembre 2021).
- de Perio, M. A., Dowell, C. H., Delaney, L. J., Radonovich, L. J., Kuhar, D. T., Gupta, N., Patel, A., Pillai, S. K., & D'Alessandro, M. (2020). Strategies for Optimizing the Supply of N95 Filtering Facepiece Respirators During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *Disaster medicine and public health preparedness*, 14(5), 658–669. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.160>
- Ferrán, M. B., & Barrientos-Trigo, S. (2021). Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. *Enfermería clínica*, 31, S35-S39. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.006>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 21(3), 219–239. <https://doi.org/10.2307/2136617>
- Frijda, N. H. (1994). Emotions are functional, most of the time. In Ekman P. & Davidson R. J. (Eds), *The Nature of Emotion: Fundamental Questions* (pp. 112–122). New York: Oxford University Press.
- Huang, L., Lei, W., Xu, F., Liu, H., & Yu, L. (2020). Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during Covid-19 outbreak: A comparative study. *PloS one*, 15(8), e0237303. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237303>
- Jackson, D., & Usher, K. (2020). COVID-19: Resiliencia y la Fuerza Laboral de los Profesionales de Enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 22. Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/22%20\(2020\)/145263339002/145263339002_visor_jats.pdf](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/22%20(2020)/145263339002/145263339002_visor_jats.pdf) (Acceso noviembre 2021).
- Olivera Jeréz, J. M., de la Rúa Méndez, E., Nicado, A. G., & Olivera, A. M. R. (2012). Percepción de riesgo del enfermero en el cuidado del paciente viviendo con VIH-sida. *Revista cubana de Enfermería*, 28(4), 521-531. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=40475> (Acceso noviembre 2021).
- Meisenhelder, J. B., & LaCharite, C. (1989). Fear of contagion: the public response to AIDS. *Image--the journal of nursing scholarship*, 21(1), 7–9. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1989.tb00089.x>
- Ministerio de Salud Pública. Ecuador (MSP). (2020) El MSP informa: Situación coronavirus COVID-19 (10-06-2020). Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/el-ministerio-de-salud-publica-del-ecuador-msp-informa-situacion-coronavirus/> (Acceso diciembre 2021).
- Montes-Berges, B., & Ortúñez Fernández, M. E. (2021). Efectos psicológicos de la pandemia covid 19 en el personal del ámbito sanitario. *Enfermería Global*, 20(62), 254-282. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.427161>
- Nakano K. (1991). Coping strategies and psychological symptoms in a Japanese sample. *Journal of clinical psychology*, 47(3), 346–350. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199105\)47:3<346::aid-jclp2270470304>3.0.co;2-h](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199105)47:3<346::aid-jclp2270470304>3.0.co;2-h)
- Raurell-Torredà, M., Martínez-Estalella, G., Frade-Mera, M. J., Rodríguez-Rey, L. C., & de San Pío, E. R. (2020). Reflexiones derivadas de la pandemia COVID-19. *Enfermería Intensiva*, 31(2), 90-93. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.03.002>
- Romeu-Labayen, M., Tort-Nasarre, G., Alvarez, B., Subias-Miquel, M., Vázquez-Segura, E., Marre, D., & Galbany-Estragués, P. (2022). Spanish nurses' experiences with personal protective equipment and perceptions of risk of contagion from COVID-19: A qualitative rapid appraisal. *Journal of clinical nursing*, 31(15-16), 2154–2166. <https://doi.org/10.1111/jocn.16031>
- Salvatierra Ávila, L. Y., Gallegos Gallegos, E. M., Orellana Peláez, C. A., & Apolo Guamán, L. A. (2021). Bioseguridad en la pandemia Covid-19: Estudio cualitativo sobre la praxis de enfermería en Ecuador 2020. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*, 61(1), 47-53. <https://doi.org/10.52808/bmsa.7e5.611.007>

- Servín Torres, E., Nava Leyva, H., Romero García, A. T., Sánchez González, F. J., & Huerta García, G. (2020). Equipo de protección personal y COVID-19. *Cirujano general*, 42(2), 116-123. <https://doi.org/10.35366/95370>
- Torres Toala, F. G., Irigoyen Piñeiros, V., Moreno, A. P., Ruilova Coronel, E. A., Casares Tamayo, J., & Mendoza Mallea, M. (2021). Síndrome de Burnout en profesionales de la salud del Ecuador y factores asociados en tiempos de pandemia. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 8(1), 126-136. <https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2021.08.01.126>
- Valencia González, E. G., Correa Sinche, D. A., & Pazmiño Cruz, V. K. (2021). Síndrome de Burnout en personal de salud que brinda atención a pacientes con COVID-19. *Revista Scientific*, 6(21), 144-162. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2021.6.21.7.144-162>
- Wei, X. S., Wang, X. R., Zhang, J. C., Yang, W. B., Ma, W. L., Yang, B. H., Jiang, N. C., Gao, Z. C., Shi, H. Z., & Zhou, Q. (2021). A cluster of health care workers with COVID-19 pneumonia caused by SARS-CoV-2. *Journal of microbiology, immunology, and infection*, 54(1), 54–60. <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.04.013>
- Wiens, C. A., Koleba, T., Jones, C. A., & Feeny, D. F. (2006). The Falls Risk Awareness Questionnaire: development and validation for use with older adults. *Journal of gerontological nursing*, 32(8), 43–50. <https://doi.org/10.3928/00989134-20060801-07>
- Zuzelo, P. R. (2018). Risk Awareness, Harm Reduction, and Frontline Nurses on Alert. *Holistic nursing practice*, 32(2), 117–119. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000257>