

Miedo y autoevaluación conductual

para el cuidado frente a la emergencia sanitaria por COVID-19 en la población de Azogues

Fear and behavioral self-assessment for care in the face of the COVID-19 health emergency in the population of Azogues

 Fanny Mercedes González-León¹,  Isabel Cristina Mesa-Cano^{1,2},  Andrés Alexis Ramírez-Corona^{1,2,3,4,6},  Susana Janeth Peña-Cordero^{1,5}

¹Maestría en Gestión del Cuidado, Posgrados de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador.

²Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador.

³Laboratorio de Psicometría, Psicología Comparada y Etología (LABPPCE), Cuenca, Ecuador.

⁴Centro de Investigación, Innovación y Transferencia de Tecnología (CIITT), Cuenca, Ecuador ⁵Decana de la Unidad Académica de Salud y Bienestar, Universidad Católica de Cuenca, Ecuador.

⁶Health and Behavior Research Group (HBR), Cuenca, Ecuador.

*Autor de correspondencia: Isabel Cristina Mesa Cano, imesac@ucacue.edu.ec

Received/Recibido: 09/28/2021 Accepted/Aceptado: 10/15/2021 Published/Publicado: 11/10/2021 DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.5749895>

Resumen

El objetivo fue determinar el efecto del miedo y la autoevaluación conductual en el cuidado frente a la emergencia sanitaria por COVID-19 en la población de Azogues, así como la generación de un plan de cuidados de enfermería con enfoque de promoción de la salud para la prevención. Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo correlacional, de corte trasversal y no experimental con muestra constituida por 438 adultos que residen en el cantón Azogues. Se aplicaron los cuestionarios miedo a la coronavirus-19 escala (FCV-19S) y la autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19. La recolección de datos se realizó mediante la técnica de encuesta, formato virtual. El consentimiento informado se solicitó en línea, previo llenado de la encuesta. Se obtuvo una consistencia interna de 0.82 en la Escala de Miedo al COVID-19 y de 0,88 para la escala de autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19. El análisis indica del total de 438 personas estudiadas, un 26,48% presentan miedo al COVID-19, y en la autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 indican que el 6,85% no se están cuidando adecuadamente. En el Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 se evidenció diferencias significativas con el lugar residencia (urbano vs rural) y la ocupación. En conclusión, La adherencia a las medidas de autocuidado y bioseguridad en la población de estudio ayuda a disminuir los niveles de miedo y mejorar la salud mental frente a la COVID-19.

Palabras Clave: Autocuidado, Cuidado de enfermería, Miedo, COVID-19

Abstract

The aim was to determine the effect of fear and behavioral self-evaluation in the care in the face of the health emergency due to COVID-19 in the population of Azogues, as well as the generation of a nursing care plan with a health promotion approach for the prevention. A quantitative, descriptive, correlational, cross-sectional, and non-experimental study was carried out with a sample made up of 438 adults residing in the canton of Azogues. The questionnaires fear of the coronavirus-19 scales (FCV-19S) and the behavioral self-assessment for care in the face of the health emergency COVID-19 were applied. Data collection was carried out using the survey technique, virtual format. Informed consent was requested online, after completing the survey. An internal consistency of 0.82 was obtained on the COVID-19 Fear Scale and 0.88 for the behavioral self-assessment scale for care in the face of the COVID-19 health emergency. The analysis indicates of the total of 438 people studied, 26.48% are afraid of COVID-19, and in the behavioral self-assessment for care in the face of the health emergency COVID-19 they indicate that 6.85% are not taking care of themselves adequately. In the behavioral self-assessment for care in the face of the COVID-19 health emergency, significant differences were evidenced with the place of residence (urban vs rural) and occupation. In conclusion, adherence to self-care and biosafety measures in the study population helps to reduce fear levels and improve mental health in the face of COVID-19.

Keywords: Self-care, Nursing care, Fear, COVID-19.

La salud es un estado que significa integridad estructural y funcional que se consigue por medio de acciones universales llamadas autocuidado y no solo la ausencia de enfermedades¹. En el marco de esa conceptualización, se distingue el proceso de atención de enfermería (PAE), método científico que permite planificar y prestar cuidados al individuo, familia o comunidad de forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática².

En coherencia con lo descrito, la ciencia de la enfermería promueve el cuidado al individuo y la colectividad, con enfoque basado en la Atención Primaria de Salud (APS), estrategia sanitaria que permite la articulación del sistema de salud^{3,4}.

En este contexto, la enfermería potencia el cuidado mediante acciones de educación, orientación, implementación de prácticas de autocuidado en el individuo sano y enfermo. En tiempos de pandemia por COVID-19, el aporte de enfermería es reconocido por la atención directa a enfermos en sus diversos niveles de gravedad, la educación a familiares, la participación en la pesquisa activa de la enfermedad, entre otros⁵.

La enseñanza del autocuidado basado en la teoría Dorothea E Orem⁶ se reconoce como la conducta aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, que busca el bienestar⁷. Lo descrito alcanza singular relevancia en el contexto de la emergencia sanitaria mundial por Coronavirus (COVID-19), al fomentar la prevención de esta enfermedad, considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como infecto contagiosa⁸, causada por un agente etiológico conocido como el virus SARS-CoV-2, el que se manifiesta por cuadros clínicos que transitan desde un resfriado común hasta enfermedades graves como es el síndrome respiratorio e incluso la muerte³.

El primer enfermo de coronavirus COVID-19 en el Ecuador se reportó el 29 de febrero de 2020 como un caso importado. Desde ese momento y hasta la fecha 15 de enero 2021 se han confirmado 226.866 pacientes; 193.581 recuperados y 14.273 fallecidos³.

La sociedad mundial vive una experiencia sin precedente, que moviliza todas las estructuras gubernamentales, sanitarias y sociales donde las manifestaciones psicológicas observadas durante la atención a individuos durante la pandemia son agudas; sin embargo, es posible observar secuelas emocionales a largo plazo⁹.

El miedo se presenta con alta frecuencia, debido a que expresa una emoción básica, fundamental para la supervivencia, constituye una reacción natural ante un objeto o situación que amenaza la vida o integridad física y/o psicológica¹⁰. El COVID-19 es considerado una importante fuente de generación de miedo y ansiedad, afecta la salud y el bienestar de las personas. El estrés a causa del coronavirus se crea por la misma cuarentena debido a que los individuos se vuelven vulnerables porque presentan distintos factores como: no saber qué hacer y cómo actuar; un ejemplo, es la manifestación del temor del individuo de ser contagiado⁸.

Atender el impacto de la pandemia en la salud mental es importante no solo para mejorar la salud sino también para evi-

tar otros problemas sociales, tales como la estigmatización de personas, la falta de adherencia a medidas de prevención, y el duelo frente a la pérdida de seres queridos⁹.

Es necesario aportar evidencia en Enfermería, para facilitar la valoración y elaboración de planes de cuidados a los pacientes con COVID-19, así como de prevención a la familia y comunidad, estableciendo criterios comunes de actuación, que sirvan como ejemplo para poder establecer un Plan estándar que facilite la atención y manejo de los casos en sospecha confirmados y preventivos¹¹.

Por este motivo, es fundamental trabajar para adquirir una mentalidad abierta y objetiva para el entendimiento de esta nueva realidad, que debe ser aprovechada con la concientización y aplicación de estrategias para el autocuidado personal familiar y colectivo, destinar horarios no solo para la actividad laboral, sino también para el deporte, cultura y ocio o simplemente para darse un respiro de las presiones diarias y descansar, ambas opciones son adecuadas y no se debe crear sentimientos de culpa al elegir una sobre la otra. Una adecuada alimentación es necesaria ya que la ansiedad induce a los trastornos alimentarios los cuales afectan física y emocionalmente¹².

Por lo antes expuesto se plantearon las siguientes preguntas: ¿Qué pasa con las personas y su autocuidado en tiempos de COVID-19? y ¿Qué puede aportar la enfermería en el autocuidado en salud mental frente al COVID-19?

Por otro lado, el miedo que hoy se hace visible en las personas, como una reacción adaptativa y necesaria para sobrevivir al virus, activará comportamientos de cuidado personal y de otros^{17,18}.

El miedo tiene un gran impacto en el comportamiento es una amenaza real que desencadena reacciones a través de respuestas fisiológicas (como acortamiento de la respiración, aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca, alteración en el sueño y apetito), emocionales (angustia, temor, tristeza, entre otros) y hormonales (la liberación de hormonas del estrés como la adrenalina y el cortisol), las cuales están altamente conservadas en los humanos¹⁹.

Las diferencias individuales en la expresión de estas emociones pueden ir desde una respuesta de miedo y ansiedad óptima para responder en proporción a la amenaza, hasta estados emocionales desproporcionados y prolongados (incluso irreversibles), experimentados como miedo y ansiedad generalizados excesivos, persistentes y/u omnipresentes¹⁹.

La pandemia amenaza distintas esferas de la vida cotidiana, generando miedo e incertidumbre, condiciones que facilitan y aceleran comportamientos evitativos, como formas activas de regulación del miedo²⁰⁻²³.

En una pandemia, el miedo incrementa los niveles de estrés y ansiedad en individuos sanos e intensifica los síntomas de aquellos con trastornos mentales preexistentes, a saber, los pacientes diagnosticados con COVID-19 o sospecha de estar infectados pueden experimentar emociones intensas y reacciones comportamentales, además de miedo, aburrimiento, soledad, ansie-

dad, insomnio o rabia¹⁵. Estas condiciones pueden evolucionar en desórdenes como depresión, ataques de pánico, síntomas psicóticos y suicidio, especialmente prevalentes en pacientes en cuarentena, en quienes el estrés psicológico tiende a ser mayor²⁴⁻²⁶.

El proceso de atención de enfermería (PE) es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera²⁷⁻³⁰. El proceso enfermero (PE) sustentado en evidencia científica estandarizada; con sus 5 etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación, actualmente se consideran a las taxonomías de la North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), la Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC), las cuales se han convertido en lenguajes propios de la disciplina, que son reconocidos y aceptados internacionalmente^{31,32}.

En definitiva, el diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre respuestas individuales, familiares o sociales a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir resultados de los que el profesional enfermero es responsable³³.

Por tanto, el proceso de afrontamiento en enfermería está relacionado con la consciencia encargada de monitorizar y regular el comportamiento humano por ello es importante el proceso de adaptación entendido este como la etapa y el resultado por el cual un individuo utiliza la conciencia para crear, modificar y mejorar la integridad humana y ambiental³⁴.

Por lo antes expuesto, el objetivo del presente estudio consistió en evaluar el Miedo y la Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria por COVID-19 en la población de Azogues, además de generar un plan de cuidados de enfermería con enfoque de promoción de la salud para la prevención. Para ello, se evaluaron los siguientes aspectos: a) identificar la consistencia interna de la escala del Miedo al COVID-19 (FCV-19S) y la Escala de autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 en la población Azogueña adulta, b) Caracterizar las variables sociodemográficas, el autocuidado conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 y miedo al COVID-19 en la población de estudio, c) analizar si la Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 se relaciona con el miedo al COVID-19 y la edad según el total de la población y el género, d) Verificar si existen diferencias en la Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 y Miedo al COVID-19 según residencia y ocupación; y e) elaborar un plan de cuidados de enfermería con enfoque de promoción de la salud para la prevención del miedo por COVID-19, basado en la taxonomía NANDA NOC NIC.

Metodología

Se efectuó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo correlacional, de corte Transversal con diseño no experimental y de enfoque cuantitativo. La población de estudio estuvo constituida por ciudadanos mayores de 18 años del cantón Azogues que de acuerdo Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC) son 149.139 habitantes en la ciudad de Azogues, perteneciente a la provincia del Cañar, Ecuador.

Se efectuó un muestreo aleatorio simple. La muestra estuvo constituida por 438 adultos que residen en el cantón Azogues, de acuerdo con la fórmula Sierra Bravo de 1988, el error (5%) que cometemos de estimación del tamaño de la muestra, partiendo de un nivel de confianza del 96%.

El criterio de inclusión fue, personas mayores de edad que deseen participar en la investigación, previa firma del consentimiento informado y que residan en el cantón Azogues. y, se excluyeron del estudio a menores de edad, y personas que tengan algún tipo de discapacidad.

Se utilizó una ficha con datos sociodemográficos (género, edad, residencia, ocupación, instrucción, estado civil, personas con las que convive, si son grupos vulnerables). Posteriormente se aplicó la Escala Miedo a COVID-19 (FCV-19S) presentando los valores de fiabilidad como la consistencia interna ($\alpha=0,82$) y la fiabilidad test-retest ($ICC=0,72$) fueron aceptables. Esta escala consta de siete ítems, con propiedades psicométricas robustas, es confiable y válido para evaluar el miedo al COVID-19 entre la población general, los participantes indican su nivel de acuerdo con las declaraciones utilizando una escala tipo Likert de cinco ítems. Las respuestas incluyeron "totalmente en desacuerdo", "en desacuerdo", "ni de acuerdo ni en desacuerdo", "de acuerdo" y "muy de acuerdo". El puntaje mínimo posible para cada pregunta es 1, y el máximo es 5. Un puntaje total se calcula sumando el puntaje de cada ítem (de 7 a 35). Cuanto mayor es el puntaje, mayor es el miedo al COVID-19¹⁰. Y, por último, se suministró la escala de autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19, es una herramienta ad hoc, creada para evaluar la conducta frente a las medidas de autoprotección para mitigar la propagación del COVID-19. Presenta adecuadas propiedades psicométricas en población latinoamericana, consistencia interna ($\alpha=0,84$). Consta de 12 preguntas que se miden en una escala Likert del 1 al 7 donde 1 indica nunca, 2 rara vez, 3 algunas veces, 4 a veces, 5 frecuentemente, 6 casi siempre y 7 siempre. En su interpretación una puntuación de 12 a 44 indica que no me estoy cuidando adecuadamente, de 45 a 60 me cuido, pero no lo suficiente, y de 61 a 84 me estoy cuidando adecuadamente³⁵.

Se utilizó la adaptación propuesta por Ahorsu y col.¹⁸ en la escala FCV-19S y la escala de autoevaluación conductual para las poblaciones indicadas. Como segundo paso, se verificó que sea entendible para la población adulta. En tercer lugar, se aplicó y se verificó que cada persona conteste la totalidad de los ítems. Se solicitó a cada participante el consentimiento informado, que incluye la solicitud de participación en el estudio y se expuso el objetivo del estudio. Una vez obtenido el consentimiento aceptado de los participantes, se procedió con el llenado de la escala

FCV-19S, autoevaluación conductual y los factores sociodemográficos, de manera virtual. Durante el proceso de administración, los participantes contaron con el acompañamiento de la investigadora, para responder dudas y solucionar cualquier situación que se pudiera presentar mediante llamada telefónica o Video llamada. La recolección de datos se realizó mediante la técnica de encuesta, para la cual el autor envió la encuesta en formato virtual a contactos correo electrónico, blogs, redes sociales y campañas de SMS, el consentimiento informado se solicitó en línea, previo llenado de la encuesta.

Análisis estadístico

1. Se efectuó análisis de las propiedades psicométricas mediante el alfa de Cronbach y basada en las correlaciones (r de Pearson) entre distintos ítems dentro de la misma prueba de la escala del Miedo al COVID-19 (FCV-19S) y la Escala de autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 en la población Azogueña adulta. Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo para la caracterización de las variables sociodemográficas, el autocuidado conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 y miedo al COVID-19 en la población de estudio, mediante frecuencias absolutas, relativas (variables cualitativas) y medidas de tendencia central (variables cuantitativas). Posteriormente, se efectuó una prueba de normalidad mediante Shapiro Wilk, se demostró en las variables cuantitativas valores inferiores al umbral de normalidad ($p > 0.05$), es decir se detectó supuesto no paramétricos. Por tanto, se aplicó el coeficiente de correlación Rho de Spearman con la finalidad de analizar si la Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 se relaciona con el miedo al COVID-19 y la edad según el total de la población y el género. Y, por último, se examinó mediante la prueba de homocedasticidad

(Prueba de Levene) la normalidad de las variables dependientes (puntaje total de la Escala del Miedo al COVID-19 y el puntaje total de la Escala de Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19) particionados por las variables independientes (residencia y ocupación); presentado como resultados supuestos no paramétrico para las diferencias de las medianas. Por lo tanto, para la verificación de las diferencias en la Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 y Miedo al COVID-19 según residencia y ocupación, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney (prueba no paramétrica para las diferencias de muestras independientes). Los análisis estadísticos se realizaron mediante el programa estadísticos Infostat, R y SPSS versión 26.

Resultados

Tabla 1. Consistencia Interna de la Escala del Miedo al COVID-19 (FCV-19S)s

	1	2	3	4	5	6	7	Total
1		,480**	,242**	,468**	,375**	,206**	,224**	,639**
2	,480**		,371**	,419**	,439**	,252**	,232**	,663**
3	,242**	,371**		,401**	,466**	,551**	,509**	,694**
4	,468**	,419**	,401**		,533**	,393**	,426**	,763**
5	,375**	,439**	,466**	,533**		,504**	,475**	,773**
6	,206**	,252**	,551**	,393**	,504**		,686**	,694**
7	,224**	,232**	,509**	,426**	,475**	,686**		,695**

Correlación de Pearson**. La correlación es significativa en el nivel 0,01

El alfa de Cronbach fue de 0,826 ($\alpha = 0,82$), lo que indica adecuada consistencia interna de los ítems de la Escala del Miedo al COVID-19 (FCV-19S), presentaron todos los ítems relaciones estadísticamente significativas a nivel de 0,01 (Tabla 1).

Tabla 2. Consistencia Interna de la Escala de autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total
1		,454**	,454**	,458**	,393**	,419**	,379**	,305**	,240**	,289**	,353**	,207**	,630**
2	,454**		,589**	,532**	,507**	,523**	,429**	,382**	,382**	,312**	,263**	,370**	,718**
3	,454**	,589**		,559**	,429**	,547**	,374**	,414**	,427**	,280**	,274**	,313**	,698**
4	,458**	,532**	,559**		,589**	,595**	,468**	,391**	,325**	,339**	,292**	,363**	,750**
5	,393**	,507**	,429**	,589**		,600**	,409**	,423**	,406**	,377**	,302**	,292**	,720**
6	,419**	,523**	,547**	,595**	,600**		,468**	,430**	,375**	,374**	,302**	,311**	,752**
7	,379**	,429**	,374**	,468**	,409**	,468**		,390**	,195**	,320**	,330**	,278**	,663**
8	,305**	,382**	,414**	,391**	,423**	,430**	,390**		,508**	,358**	,383**	,384**	,660**
9	,240**	,382**	,427**	,325**	,406**	,375**	,195**	,508**		,377**	,367**	,374**	,584**
10	,289**	,312**	,280**	,339**	,377**	,374**	,320**	,358**	,377**		,431**	,407**	,616**
11	,353**	,263**	,274**	,292**	,302**	,302**	,330**	,383**	,367**	,431**		,334**	,582**
12	,207**	,370**	,313**	,363**	,292**	,311**	,278**	,384**	,374**	,407**	,334**		,577**

Correlación de Pearson **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

El alfa de Cronbach fue de 0,881 ($\alpha = 0,881$), lo que indica adecuada consistencia interna de los ítems de la Escala de autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19, presentaron todos los ítems relaciones estadísticamente significativas a nivel de 0,01 mediante la correlación de Pearson (Tabla 2).

Tabla 3. Caracterización de las variables sociodemográficas, el autocuidado conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 y miedo al COVID-19 en la población de estudio.

		f	%
Genero	Femenino	306	69,86
	Masculino	132	30,14
Residencia	Urbana	325	74,20
	Rural	113	25,80
Instrucción	Primaria	7	1,60
	Secundaria	67	15,30
	Superior	364	83,11
Estado Civil	Soltero	220	50,23
	Casado	214	48,86
	Viudo	4	0,91
Ocupación	Profesional de la Salud	106	24,20
	Población General	332	75,80
Grupos vulnerables	Menor de 5 años	97	22,15
	Embarazadas	9	2,05
	Adultos Mayores	212	48,40
	Ninguno	120	27,40
Miedo al COVID-19	No presenta	322	73,52
	Presencia de Miedo	116	26,48
Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19	No me estoy cuidando adecuadamente	30	6,85
	Me cuido, pero no lo suficiente	79	18,04
	Me estoy cuidando adecuadamente	329	75,11
Total		438	100

Para la caracterización las variables sociodemográficas, el autocuidado conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 y miedo al COVID-19 en la población de estudio, se utilizó un análisis descriptivo mediante frecuencia y porcentajes para las variables nominales (Tabla 3) y para las variables cuantitativas se utilizó medidas de tendencia central y percentiles. El análisis indica de un total de 438 de la población estudiada, corresponde en relación a género femenino un 69% ($n=306$), residencia urbana 74%, ($n=325$), instrucción superior 83% ($n=364$), estado civil soltero el 50,23% ($n=220$), ocupación población general 75,80% ($n=332$), viven con grupos vulnerables adultos mayores 48,40% ($n=212$), presentan miedo a la COVID-19 un 26,48% ($n=116$) y en la autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 indican que no me estoy cuidando adecuadamente un porcentaje de 6,85% ($n=30$).

Tabla 4. Medidas de tendencia central y percentiles de las variables cuantitativas.

	Edad	Número de personas con las que vive	Miedo al COVID-19 (FCV-19S)	Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19
M	29,51	3,56	16,95	68,23
D.E.	11,48	2,39	6,02	13,55
Mín	18	0	7	18
Máx	85	23	35	84
Mediana	26	3	16	72
Q1			13	61
Q3			20	79
P(05)			9	41
P(10)			10	48
P(25)			13	61
P(50)			16	72
P(75)			20	79
P(90)			25	83
P(95)			29	84

Las medidas de tendencia central de las variables cuantitativas específicamente la media en la edad de los participantes fue de 29,51 años ($DE=11,48$), en el número de personas con las que viven la media fue 3,56 ($DE=2,39$); respecto a la escala del miedo a la COVID-19 la media fue de 16,95 ($DE=6,02$), y en la escala de autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria la media fue de 68,23 (13,55), véase en la tabla 4.

Tabla 5. Prueba de Normalidad mediante Shapiro Wilk de la edad, el puntaje total de la Escala del Miedo al COVID-19 (FCV-19S) y el puntaje total de la Escala de Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19

Variable	M	D. E.	W*	p
Edad	29,51	11,48	0,78	<0,0001
Miedo al COVID-19 (FCV-19S)	16,95	6,02	0,94	<0,0001
Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19	68,23	13,55	0,9	<0,0001

Antes de Analizar si la Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 se relaciona con el miedo al COVID-19 y la edad según el total de la población y el género, se realizó una prueba de normalidad Shapiro Wilk (Tabla 5), lo que indicó supuestos no paramétricos, es decir se aplicó la prueba de correlación de la Rho de Spearman.

Tabla 6. Análisis de la Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 relacionado con el miedo al COVID-19 y la edad según el total de la población y el género.

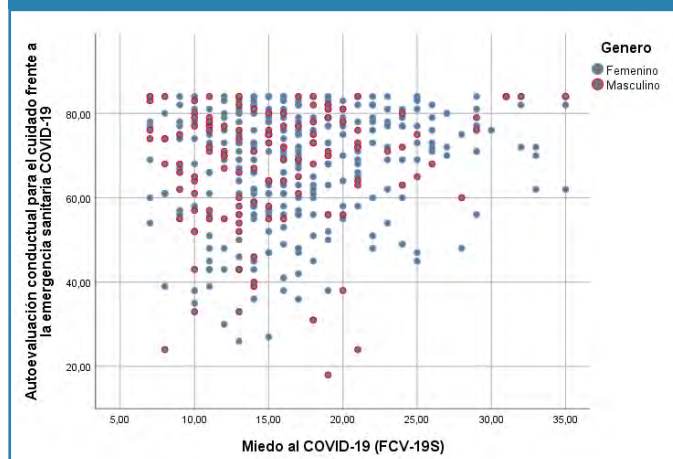
	Miedo al COVID-19 (FCV-19S)		Edad
	Población Total (n=438)	0,185**	0,154**
Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19	Femenino (n=306)	0,194**	0,148**
	Masculino (n=132)	0,145	0,214*

Correlación no paramétrica de la Rho de Spearman

** La correlación es significativa en el nivel 0,01

* La correlación es significativa en el nivel 0,05

Figura 1. Dispersiones agrupadas del puntaje total de la Escala de Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 y el puntaje total de la Escala del Miedo al COVID-19 (FCV-19S) por el género.



La correlación no paramétrica de la Rho de Spearman se encontró en la Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 en la población total ($r_s=0,185$) y en el género femenino ($r_s=0,194$) se relaciona positivamente con el miedo al COVID-19, pero en los masculinos no se evidenció una relación estadísticamente significativa (Tabla 4 y Figura 1).

También se encontró que el Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 en la población total ($r_s=0,154$), en el género femenino ($r_s=0,148$) y masculino ($r_s=0,214$) se relaciona positivamente con la edad.

Tabla 7. Diferencias en la Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 y Miedo al COVID-19 según residencia y ocupación

	RESIDENCIA					
	Urbano (n=325)		Rural (n=113)		U	p
	DE	Md	DE	Md		
Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19	12,6	72	15,66	70	22296	0,03
Miedo al COVID-19	6,23	16	6,23	16	23666,5	0,32

	Profesionales de la Salud (n=106)		Población General (n=332)		U	p
	DE	Md	DE	Md		
Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19	10,99	73,5	14,16	71	25726	0,03
Miedo al COVID-19	5,22	16	6,24	16	219340,5	0,23

U= Prueba U de Mann-Whitney.
Valor de significancia $p<0,05$.

En la Verificación si existen diferencias en la Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 y Miedo al COVID-19 según residencia y ocupación, se halló una diferencia estadísticamente significativa en la Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 según la residencia ($U= 22296$ y $p= 0,03$), es decir las personas que viven en el sector urbano ($n=325$) presentan mayor Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 que las personas que residen en el sector rural ($Md_{URBANO}=72$ Vs. $Md_{RURAL}=70$).

Se encontró diferencias estadísticamente significativas en el Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 según la ocupación ($U= 25726$ y $p= 0,03$), es decir los profesionales de la salud ($n=106$) presentan mayor Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 que las personas de población general. ($Md_{SALUD}=73,5$ Vs. $Md_{GENERAL}=71$)

Y, en el miedo al COVID-19 no se hallaron diferencia estadísticamente significativa según la residencia y la ocupación ($p>0,05$).

Tabla 7. Plan de cuidados de enfermería para el autocuidado frente al miedo causado COVID-19.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
DOMINIO: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés CLASE: 2 Respuesta de afrontamiento ETIQUETA: Ansiedad DIAGNOSTICO Ansiedad relacionada con una señal de alerta que advierte un peligro inminente (Miedo a la Covid-19), manifestado por angustia, temor, y preocupación.	DOMINIO: VII salud comunitaria CLASE: B Bienestar comunitario ETIQUETA O RESULTADO: Resiliencia de la comunidad DEFINICIÓN: Acciones comunitarias para adaptarse y funcionar colectivamente en respuesta a los retos adversos socioeconómicos geopolíticos y del entorno físico. INDICADORES Angustia, miedo, preocupación.	CAMPO: 7 Comunidad CLASE: C fomento de la salud en la comunidad INTERVENCIÓN: fomentar la salud de la comunidad. DEFINICIÓN: Ayudar a los miembros de la comunidad a identificar los intereses sanitarios de la comunidad, la movilización de recursos y la aplicación de soluciones. ACTIVIDADES Concientizar a la comunidad del problema sanitario y medidas de prevención. Fomentar la participación de la comunidad en acciones colectivas que influirá en la salud emocional individual y familiar.	La comunidad se adapta al nuevo estilo de vida para precautelar su salud y bienestar físico y mental.
DOMINIO: 1 Promoción de la Salud CLASE:2 Gestión de la Salud DIAGNOSTICO: Protección ineficaz de la salud, manifestado por disminución de la capacidad de protegerse de amenazas externas COVID-19.	DOMINIO: IV Conocimiento y conducta de salud. CLASE: T Control de riesgo y seguridad. ETIQUETA O RESULTADO: Control del riesgo: proceso viral. INDICADORES factores riesgo de contagio de Covid-19 en las actividades diarias (No uso de mascarilla, aglomeración de personas, no realizar el lavado de manos)	CAMPO: 4 Seguridad CLASE: V Control de riesgos. INTERVENCIÓN: Protección contra las infecciones. DEFINICIÓN: Prevención y detección precoz de sintomatología en personas expuestas a riesgo. ACTIVIDADES Fomentar la aplicación de medidas de bioseguridad como distanciamiento social, uso de mascarilla y lavado de manos.	La población Identifica los riesgos de contagio y aplica correctamente las recomendaciones de instituciones sanitarias como la OMS, OPS, MSP sobre medidas de bioseguridad.
DOMINIO: 9 afrontamiento/ tolerancia al estrés. CLASE: 2 Respuesta de afrontamiento. ETIQUETA: Disposición para mejorar el afrontamiento. DIAGNOSTICO: Disposición para mejorar el afrontamiento manifestado por el deseo de adoptar conductas y experiencias que optimicen el bienestar.	DOMINIO: Conocimiento y conducta de la salud (CLASE: IV Conducta de salud (Q) ETIQUETA O RESULTADO: Conducta de búsqueda de la salud. DEFINICIÓN: Acciones personales para fomentar el bienestar INDICADORES Describe estrategias para maximizar la salud. Sigue las estrategias desarrolladas por sí mismo para maximizar la salud.	CAMPO: 5 Familia. CLASE: X Cuidado de la vida. INTERVENCIÓN: Fomentar la implicación familiar. DEFINICIÓN: Facilitar la participación de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente. ACTIVIDADES Identificar la capacidad de la familia para implicarse en el Autocuidado Identificar las dificultades de afrontamiento de la familia.	Aplica las estrategias y medidas de autocuidado y bioseguridad para cuidar su salud física y mental de la familia.
DOMINIO: 12 Confort CLASE: 3 Confort social. ETIQUETA: Aislamiento social. DIAGNOSTICO: Aislamiento social relacionado con evitar contagio del covid-19 manifestado por tristeza, estrés preocupación e inseguridad.	DOMINIO: Salud Psicosocial (III) CLASE: Bienestar Psicológico (M) ETIQUETA O RESULTADO: Severidad de la soledad. DEFINICIÓN: Gravedad de la respuesta emocional, social o existencial de aislamiento INDICADORES Expresión de desesperación. Demostración de fluctuaciones en el estado de ánimo.	CAMPO: 3 Conductual. CLASE: R Ayuda para ser frente a situación difíciles. INTERVENCIÓN: Dar esperanza. DEFINICIÓN: Facilitar el desarrollo de una perspectiva positiva. ACTIVIDADES Enseñar a las personas a participar activamente en sus cuidados. Crear un ambiente que facilite la práctica de la religión, cuando sea posible. Ayudar a diseñar metas como actividades lúdicas, baño terapia, crear cultivos en familia.	Expresión de tranquilidad y esperanza. Mejor estado de ánimo en relación consigo mismo y el entorno.
DOMINIO: 12 Confort CLASE: 1, 2, 3 Confort Físico, ambiental, social. ETIQUETA: Disconfort DIAGNOSTICO: Disconfort relacionado con enfermedad pandémica (covid-19) manifestado por ansiedad, irritabilidad, intranquilidad en la situación y cambios en patrón de sueño	DOMINIO: Salud psicosocial (III) CLASE: Bienestar Psicosocial (M) ETIQUETA O RESULTADO: Nivel de ansiedad CÓDIGO: 1211 DEFINICIÓN: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable. INDICADORES Irritabilidad. Inquietud. Trastorno de los patrones del sueño. Ansiedad verbalizada	CAMPO: 3 Conductual. CLASE: T fomento de la comodidad psicológica. INTERVENCIÓN: Nivel de ansiedad. DEFINICIÓN: Minimizar la aprensión, temor, por una fuente identificada o no de peligro. ACTIVIDADES Promover un ambiente tranquilo y confortable que permita el descanso. Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. Instruir sobre el uso de técnicas de relajación. Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad	Mantener un buen patrón del sueño, ejercicios de relajación una buena alimentación contribuye a disminuir los niveles de ansiedad y mejora el estado mental.

Como se indica en la Tabla 7, se elaboró un plan de cuidados de enfermería con enfoque de promoción de la salud para la prevención del miedo por COVID-19, basado en la taxonomía NANDA NOC NIC, lo cual se recomienda implementar como un programa de intervención para futuras investigaciones.

Discusión

El presente estudio se aplicó la escala del Miedo al COVID-19 que mostró una consistencia interna de 0,82; en comparación con la realizada por los españoles fue de 0,87; puntuación similar a la escala original de 0,82; por tanto, se puede inferir que las mediciones del FCV-19S son sustancialmente estables^{10,37}.

Mientras que en la escala de autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19, tenemos una consistencia interna de 0,88; respecto a la original que es de 0,84³⁵.

Por otro lado, en relación con las variables sociodemográficas, el miedo y la evaluación conductual vemos que un 26,48% de la población estudiada tiene miedo, donde el género no parece afectar el patrón de esta respuesta, un dato relevante es que el 75,11% aplica las conductas de cuidado frente a la emergencia sanitaria del COVID-19, como medidas para cuidar la salud individual, familiar y comunitaria. A diferencia de un estudio realizado en la India destaca un alto porcentaje de personas que expresan miedo y preocupación frente al COVID-19 (80%)³⁸. También Vargas 2020³⁹ realizó un estudio descriptivo transversal en China en abril del 2020, en el cual se da a conocer que el miedo y depresión son mayores en mujeres con una estimación del 53,8%, y un 28,8% en hombres.

Al analizar la relación entre la autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 se asoció con el miedo al COVID-19 y con la edad tanto en el total de la muestra y en el género femenino, al igual que lo manifiesta un estudio donde se encontró que la información específica y actualizada sobre la salud (p. Ej., tratamiento, situación de brote local) y medidas de precaución específicas como higiene de manos, distanciamiento social y uso de una mascarilla) se asociaron con un menor impacto psicológico del brote y menores niveles de estrés, ansiedad y miedo¹⁵.

Al verificar si existen diferencias en la Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 y Miedo al COVID-19 según residencia y ocupación se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 según la residencia (urbano vs. rural) y la ocupación (profesionales de la salud vs. población general). En referencia a este tema Xia y col. (2019) expresan que, ante la probabilidad de encontrarse con un peligro, el miedo y la ansiedad pueden movilizar conductas de escape y evitación, para aprender a evitar una amenaza potencial. Sin embargo, en ocasiones, las personas se dedican a evitar amenazas de manera excesiva a pesar de una probabilidad relativamente baja de peligro¹⁵.

En el campo de la enfermería la teoría del autocuidado de Dorothea Orem incluye la evidencia de que todas las personas tienen

la capacidad de cuidar de sí mismas “autocuidado”, donde el papel del profesional de enfermería es promover, fomentar y reforzar esta capacidad de acuerdo con necesidades específicas del individuo, familia y comunidad²⁵. En los problemas relacionados con el miedo frente a la COVID-19 por el distanciamiento social como medida de seguridad por la mortalidad de este coronavirus hace que se presente situaciones como: temor y preocupación la salud individual y familiar, por la pérdida de trabajo, situación económica, ocasionando cambios en los patrones de sueño o alimentación, dificultades para dormir o concentrarse, agravamiento de problemas de salud crónicos y de salud mental. Frente a esto la actuación la enfermería comunitaria prioriza su trabajo para mantener la salud mental de la población mediante un correcto manejo del proceso de atención de enfermería y la aplicación de un lenguaje estandarizado y consensuado para lo cual contamos con la taxonomía NANDA, NOC, NIC, que nos contribuye a establecer planes de cuidados con calidad y calidez.

Conclusiones

Frente a una pandemia las alteraciones de salud emocional son comunes y pueden ser barreras para las intervenciones. La literatura científica evidencia que la emergencia sanitaria en la primera fase fue común la presencia de ansiedad, miedo, depresión y reacción al estrés en la población general y en el personal sanitario. Para lograr controlar los efectos frente a la pandemia de COVID-19 a nivel mundial y en Ecuador se mantiene un manejo adecuado e integral que señala que adherirse a las recomendaciones de autocuidado proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el ministerio de Salud Pública de Ecuador (MSP), como son el lavado de manos, uso de mascarilla y el distanciamiento social, ayudan a prevenir el contagio y por tanto mejorar la salud mental de la población y del personal de salud.

Concluyendo que los instrumentos aplicados en el presente estudio han mostrado consistencia interna significativa por lo que se sugiere como instrumentos para medir el miedo a la COVID-19 así como para la autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria COVID-19 en la población adulta mayor y en diferentes validaciones de propiedades psicométricas en diferencias cultural y nacionalidades.

También encontramos que la mayoría de la población independientemente del género y edad aplica las medidas de autocuidado frente al COVID-19, condición que influye en la reducción de los niveles del miedo. Es importante mencionar también que estas medidas tienen mayor cumplimiento en personas que pertenecen al área de residencia urbana y los que se desempeñan como profesionales de la salud.

Por otro lado, sería interesante realizar estudios empíricos sobre el miedo al COVID-19 frente a la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19 tanto en el confinamiento, el distanciamiento y la etapa de vacunación en diversas poblaciones^{40,41,42} relacionados con aspectos emocionales⁴³ y educativos^{44,45,46}.

Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado
Conflicto de intereses
No existen conflictos personales, profesionales o de otro tipo

Agradecimiento

A la Coordinadora y Docentes de la Maestría en Gestión del Cuidado de la Universidad Católica de Cuenca y al Laboratorio de Psicometría del Centro de Investigación, Innovación y Transferencia de Tecnología (CIITT).

Referencias

1. Conversano C, Marchi L, Miniati M. Psychological distress among healthcare professionals involved in the Covid-19 emergency: vulnerability and resilience factors. *Clinical Neuropsychiatry*, 2020 (citado el 16 de enero de 2021); 17(2):94-96. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2020-27302-011>
2. Hernández L. Planes de cuidados estandarizados de enfermería. Comunidad Autónoma del País Vasco: Osakidetza/Servicio vasco de salud; 2016. (citado el 16 de agosto de 2020) Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/es_def/adjuntos/cuidadosEstandarizados.pdf
3. Organization World Health Coronavirus disease (COVID-19). [Revisado 15 septiembre 2020], Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavir-2019>
4. CORONAVIRUS (COVID-19), [citado el 2 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Covid-19_copia.aspx
5. Morrow M. Ciencia del cuidado, práctica consciente: implementación de la teoría del cuidado humano de Watson, por K. Sitzman y J. Watson. (Nueva York: Springer, 2014) [citado 20 septiembre 2020]; 27 (3), 263–264 Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0894318414534468>
6. Taylor, S, La psicología de las pandemias: Preparación para el próximo brote mundial de enfermedades infecciosas Cambridge Scholars Publishing 2019 [citado 20 julio 2020], Disponible en: <https://www.cambridgescholars.com/the-psychology-of-pandemics>
7. Boaventura AP, Santos PAD, Duran CM. Conocimiento teórico-práctico del enfermero del Proceso de Enfermería y Sistematización de Enfermería. *Enferm. Glob.* 2017 [citado 2021 Ene 16]; 16(46):182-216. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16956141201700020018
8. Fuentes GP. Enfermería y COVID-19: reconocimiento de la profesión en tiempos de adversidad. *Rev. Colomb. Enferm.* 2020 [citado 16 de enero de 2021];19(1):e017. Disponible en: <https://revistacolombiana-deenfermeria.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/2970>
9. Asmundson GJG, Taylor S. Cómo la ansiedad por la salud influye en las respuestas a los brotes virales como el COVID-19: lo que todos los tomadores de decisiones, las autoridades sanitarias y los profesionales de la salud deben saber. 2020 [citado el 2 de octubre de 2020]; 71:102211. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32179380/>
10. Ahorsu D, Chung-ying L, Imani V, Saffari M, Griffiths M, Pakpour A. El miedo a la escala COVID-19: desarrollo y validación inicial. *Rev Int Salud Ment y Adicciones*. 2020 [citado el 2 de julio de 2020];2–10. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-020-00270-8>
11. Carrillo M; Conesa M. Grado de conocimiento del Proceso de Enfermería en la Unión Murciana de Hospitales. *Tesela* 2013. [Consultado el 2 de Noviembre de 2020]; 14 Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts14/ts8041.php>
12. Ornell F, Schuch J, Sordi A, Kessler F. 'Miedo pandémico' y COVID-19: carga y estrategias de salud mental" *Braz. J. Psiquiatria* 2020 [consultado el 16 de enero de 2021]; 42(3):232–5 Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462020000300232&lng=en
13. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2020 [consultado el 16 de enero de 2021];74(4):281–2. Disponible en: <https://covid19.elsevierpure.com/es/publications/public-responses-to-the-novel-2019-coronavirus-2019-ncov-in-japan>
14. Quezada-Scholz VE. Miedo y psicopatología la amenaza que oculta el Covid-19. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology* 2020 [citado el 2 de julio de 2020];14(1). Disponible en: <http://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/394>
15. Xiang Y, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, Ng C. Se necesita con urgencia atención de salud mental oportuna para el brote del nuevo coronavirus de 2019. 2020 [citado el 2 de julio de 2020]; 7(3): 228-229. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7128153/>
16. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, Yu T. Características epidemiológicas y clínicas de 99 casos de neumonía por el nuevo coronavirus de 2019 en Wuhan, China: un estudio descriptivo. 2020[citado el 2 de noviembre de 2020]; 395(10223):507-513 Disponible: <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-67362030211-7/fulltext>
17. Millán J, Rodríguez AJ, Camacho G, Mendoza H, Rodríguez IA, Álvarez C. Un nuevo virus zoonótico emergente preocupante: el nuevo coronavirus de 2019 (SARS CoV-2) . 2020 [consultado el 16 de enero de 2021]; 24 (3): 187-192. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012393922020000300187&script=sci_arttext&lng=en
18. Lombo J. Covid-19: el miedo, el efecto silencioso de las epidemias. 2020 [consultado el 16 de diciembre de 2020]; 3:6250. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/ijEPH/article/view/6256>
19. Wotjak, C., Pape, H. Circuitos neuronales de la memoria del miedo y la extinción del miedo. *Neuroforum* 2017[consultado el 16 de julio de 2020]; 19(3) Disponible en: <https://www.degruyter.com/view/journals/nf/19/3/article-p47.xml>
20. Quezada-Scholz, V, Miedo y psicopatología la amenaza que oculta el Covid-19. *Cuadernos de Neuropsicología Panamerican Journal of Neuropsychology* 2020 [consultado el 16 de agosto de 2020] Vol.14,núm.1. Disponible en: <http://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/394>
21. Fuentes G. Enfermería y COVID-19: reconocimiento de la profesión en tiempos de adversidad. *Revista Colombiana de Enfermería*, 2020, [consultado el 16 de agosto de 2020]; v.19,n.1,e017 Disponible en: <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/2970>
22. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, Du B. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *New England journal of medicine*. 2020; [acceso: 03/11/2020] 382(18):1708-1720 Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/339581314_Clinical_Characteristics_of_Coronavirus_Disease_2019_in_China
23. Carrillo A. Autocuidado: un reto para enfermería en salud comunitaria. *Enfermería Comunitaria*. 2020 [acceso: 03/11/2020];16:1-. Disponible en: <http://ciberindex.com/ce/e20161>
24. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Méd Espirit* 2017 [citado 2020 Nov 02]; 19(3):89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=en

25. Naranjo Y. Modelos meta paradigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. AMC 2019 [citado 2020 Nov 02]; 23(6):814-825. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600814&lng=es.%20%20Epub%2019-Nov-2019.
26. Raimondo ML, Fegadolli D, MéierMarineli J, Wall Marilene L, Labronici LM, Raimondo-Ferraz ML. Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa. Rev Bras. Enferm 2012 [citado 14 Jun 2020]; 65(3):529-34. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000300020
27. Amad M, Cánovas Á, Díaz I, ¿Cómo ayuda la aplicación del proceso enfermero a las mujeres con diagnóstico de ansiedad?. Enfermería Global 2017 [citado 14 Jun 2020]; 16(2):389-397. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365850359015>
28. Ibañez C, Manzanera R. Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria. Rev. Semergen 2012 [citado 14 Jun 2020]; 45(1):10-6. Disponible en: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2013/11/Tecnicas-cognitivo-conductuales-de-facil-aplicacion-en-atencion-primaria-parte-1.pdf>
29. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. Int J Soc Psychiatry. 2020 [citado 14 septiembre 2020]; 66(4):317-320. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0020764020915212>
30. Valero N, et al. Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. Enfermería Investiga, 2020, [citado 23 julio 2020] v.5,n.3,p.63-70. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/913>
31. Donald D et al. "Uso del lenguaje NANDA, NIC y NOC (NNN) para el razonamiento clínico con el modelo de prueba de estado actual de resultado (OPT)." the official journal of NANDA International 2006 [citado 23 julio 2020] vol.17,3:129-38. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1744-618X.2006.00033.x>
32. Hernandez L. Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería: Guías para la Práctica 2012 [Revisado Agosto 2020]; 1-119p. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/es_def/adjuntos/cuidadosEstandarizados.pdf
33. García A. NANDA North American Nursing Diagnosis Association "desde su nacimiento hasta nuestros días". Universidad de la Rioja. Revista electrónica enfermería, 2007 [Revisado Agosto 2020]; 0:17-36 web. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=234437>
34. Gutiérrez C, Velloza M, Moreno M, Durán M, López C, Crespo O. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy. Aquichan. 2013 [Revisado Agosto 2020]; 7(1):54-6. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74128688010.pdf>
35. Arias P. Autoevaluación conductual para el cuidado frente a la emergencia sanitaria covid-19. Neurocorp Ecuador (2020) [Revisado octubre 2020] 10.13140/RG.2.2.26560.07686. Disponible en: <https://www.neurocorpecuador.com/post/autoevaluaci%C3%B3n-conductual-para-el-cuidado-y-autoprotecci%C3%B3n-frente-a-la-emergencia-sanitaria-covid-19>
36. Gómez G, Molina M. Evaluación ética de los proyectos de investigación: una experiencia pedagógica, Universidad de Antioquia Colombia 2006 [Revisado octubre 2020]; 24(1):68-77. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215400006.pdf>
37. Huarcaya-Victoria, J, Villarreal-Zegarra, D., Podestà, A. et al. Propiedades psicométricas de una versión española de la escala de miedo al COVID-19 en población general de Lima, Perú. Int J Ment Health Ad-
- diction (2020) [Revisado enero 2021] <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00354-5>
38. Gabriel Marti-Amengual PSGJAM. Valoración médico legal de la infección por COVID-19 en el ámbito laboral. Revista Española de Medicina Legal. 2020 [Revisado diciembre 2020]; 1(2). <https://www.elsevier.es/es-revista-espanola-medicina-legal-285-pdf-S0377473220300341>
39. Lozano-Vargas Antonio. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. Rev Neuropsiquiatr. 2020 Ene [citado 2021 Ene 31]; 83(1):51-56. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034
40. Ramírez-Coronel A, Martínez-Suárez P, Pogoy-Morocho G, Estrella-González M, Mesa-Cano I, Minchala-Urgilés R, et al. Evaluación psicométrica e intervención de Enfermería frente al Miedo a COVID-19. Arch Venez Farmacol y Ter. 2020 [citado 2021 Ene 31]; 39(5):660-6. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/2478790383?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>
41. Torres-Criollo LM, Ramírez-Coronel AA, Martínez-Suárez PC, Romero-Sacoto LA, Mesa-Cano IC, González-León FM, et al. Clinical and para clinical variables predicting prognosis in patients with covid-19: Systematic review. Arch Venez Farmacol Ter 2020 [citado 2021 Ene 31];39(5):667-671. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/2478791926?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>
42. Ramírez-Coronel AA., Martínez-Suárez PC, Cabrera-Mejía JB, Buestán-Andrade PA, Torracchi-Carrasco E, Carpio MG. Social skills and aggressiveness in childhood and adolescence. Arch Venez Farmacol Ter 2020 [citado 2021 Ene 31];39(2):209-214. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/2422402946?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>
43. Ramírez AA. Laterality and reader process: correlational study. Espirales. 2019 [citado 2021 Ene 31]; 3(27):105-117. Disponible en: <https://www.revistaspirales.com/index.php/es/article/view/558>
44. Cabrera-Mejía JB, Martínez-Suárez PC, Ramírez-Coronel AA, Montánchez-Torres ML, Torracchi-Carrasco E, Castro-Ochoa FL. Analysis of problem-based learning impact on academic performance according to the forgotten (Fuzzy) effects theory. Arch Venez Farmacol Ter 2020 [citado 2021 Ene 31];39(5):651-659.
45. Andrade MC, Urgilés PT, Estrella MA. Information and communication technologies in the development of stochastic models applied to the health sector. Medicina 2020 [citado 2021 Ene 31]; 80(1):31-38. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32044739/>
46. Ramírez-Coronel A, Martínez-Suárez PC, Mesa-Cano I, Minchala-Urgilés RE, Ramírez-Coronel M, Torres-Criollo L, et al. Reseña histórica de Michel Foucault (1926-1984): concepto de ciencia e incidencia en la Psicología. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica 2020 [citado 2021 Ene 31];39(6):740-743. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/2478769623?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true> DOI: 10.5281/zenodo.4406598