



UNIVERSIDAD PERUANA

CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

**IMPACTO DE LAS MEDIDAS DE AISLAMIENTO SOCIAL
OBLIGATORIO POR LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL
BIENESTAR SUBJETIVO DE ODONTÓLOGOS LATINOAMERICANOS
Y DEL CARIBE**

IMPACT OF MANDATORY SOCIAL ISOLATION MEASURES DUE TO
THE COVID-19 PANDEMIC ON THE SUBJECTIVE WELL-BEING OF
LATIN AMERICAN AND CARIBBEAN DENTISTS

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN SALUD
PÚBLICA ESTOMATOLÓGICA

AUTORA

CD. MARÍA CLAUDIA GARCÉS ELIAS

ASESOR

MG. ESP. ROBERTO ANTONIO LEÓN MANCO

LIMA-PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Dr. Esp. Jorge Beltrán Silva

Vocal: Mg. Esp. César del Castillo López

Secretario: Mg. Pablo Sánchez Borjas

Fecha de sustentación: 07 de septiembre del 2021

Calificación: Aprobado con Honores

ASESOR DE TESIS

ASESOR

Mg. Esp. Roberto A. León Manco

Departamento Académico de Odontología Social

ORCID: 0000-0001-9641-1047

DEDICATORIA

A mi querido papito Juan.

Pese a que las circunstancias no permitieron que estuviésemos juntos durante mi sustentación, sé que estuviste presente espiritualmente, y siempre recordaré con mucho cariño tu respaldo incondicional.

AGRADECIMIENTO

A mi papá, mamá, hermano y mamita por su cariño y respaldo durante cada una de las etapas de formación que he emprendido.

Al Dr. César del Castillo por su guía y consejos durante toda la especialidad.

A los Dres. Ana Armas-Vega y Andrés Viteri-García por su contribución para la elaboración de esta tesis.

Al Dr. Andrés A. Agudelo-Suárez por su amable colaboración y mentoría durante el desarrollo de este estudio.

Al Dr. Roberto León-Manco por su apoyo y asesoría desde que inició este proceso investigativo; además agradecerle por brindarnos, con mucha paciencia, tantas correcciones, sugerencias y enseñanzas durante el transcurso de la especialidad.

DECLARACIONES Y CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

TABLA DE CONTENIDOS

| | Pág. |
|---------------------------------|-------------|
| I. Introducción | 1 |
| II. Objetivos | 3 |
| III. Materiales y Métodos | 4 |
| IV. Resultados | 8 |
| V. Discusión | 9 |
| VI. Conclusiones | 16 |
| VII. Referencias bibliográficas | 17 |
| VIII. Tablas | 22 |

RESUMEN

Antecedentes: La pandemia por COVID-19 impuso desafíos para los sistemas de salud y comunidades en general, a través de la interrupción drástica y obligatoria de los estilos de vida tradicionales de la población, situación que implicó restricciones en la movilización, la interacción social y las actividades económicas, resultando en una cuarentena masiva; en consecuencia, estas medidas incidieron de manera alarmante en el bienestar mental de los individuos debido a las implicancias psicológicas y emocionales ligadas al aislamiento social, y que desencadenan en el desarrollo de ansiedad, depresión y desorden de estrés postraumático. **Objetivo general:** Determinar el impacto de las medidas de aislamiento social obligatorio en el bienestar subjetivo de odontólogos latinoamericanos y del Caribe durante la cuarentena comunitaria por la pandemia por COVID-19 en el 2020. **Materiales y métodos:** Se realizará un estudio transversal con una base de datos secundaria. La variable dependiente a estudiar será el bienestar subjetivo medido a través del Índice de Bienestar de la Organización Mundial de la Salud (WHO-5). Además, se contemplarán otras variables como número de días en aislamiento obligatorio, nivel de confinamiento y número de personas con las que convivió, niños y adultos mayores bajo responsabilidad, seguimiento de recomendaciones contra la COVID-19, especialidad, nivel de ingresos económicos, estado nutricional, edad y sexo. **Resultados:** Del análisis multivariado, el Modelo 4 tuvo un $R^2=9.00$ ($p<0.001$), una constante de 44.190; en el modelo, tener niños bajo responsabilidad en cuarentena presentó un coeficiente de regresión no estandarizado (b) de 2.446 (IC95%:0.223-4.668; $p=0.031$), el nivel de ingresos económicos durante el aislamiento social obligatorio presentó un $b=5.354$ (IC95%:3.461-7.247; $p<0.001$), el seguimiento de recomendaciones para prevenir la COVID-19 reportó un b de 2.316 (IC95%:1.133-3.499; $p<0.001$), el nivel de preocupación autopercebido frente a la COVID-19 obtuvo un b de -5.470 (IC95%:-7.509--3.430; $p<0.001$); finalmente, la variable sexo manifestó un b de -5.417 (IC95%:-1.157-1.910; $p<0.001$). **Conclusión:** Se encontró asociación entre bienestar subjetivo y tener responsabilidades familiares (niños), nivel de preocupación, seguimiento de medidas preventivas frente a la pandemia, características laborales (disminución del nivel de ingresos) y ser mujer, en odontólogos generales y especialistas debido al confinamiento por la COVID-19.

Palabras clave: Cuarentena; Infecciones por Coronavirus; Odontólogos; WHO-5; Estudios transversales (DeCS).

ABSTRACT

Background: The COVID-19 pandemic imposed challenges for health systems and communities in general, through the drastic and mandatory interruption of the population's traditional lifestyles, a situation that implied restrictions in mobilization, social interaction and economic activities, resulting in a massive quarantine; consequently, these measures had an alarming impact on the mental well-being of individuals due to the psychological and emotional implications linked to social isolation, and which trigger the development of anxiety, depression and post-traumatic stress disorder. **General objective:** To determine the impact of mandatory social isolation measures on the subjective wellbeing of Latin American and Caribbean dentists during community quarantine due to the COVID-19 pandemic in 2020. **Materials and methods:** A cross-sectional study will be carried out with a secondary database. The dependent variable to be studied will be subjective well-being measured through the World Health Organization Well-Being Index (WHO-5). In addition, other variables will be contemplated such as number of days in compulsory isolation, level of confinement and number of people with whom cohabited, children and older adults under responsibility, following recommendations against COVID-19, specialty, economic income level, nutritional status, age and sex. **Results:** From the multivariate analysis, Model 4 had an $R^2=9.00$ ($p<0.001$), a constant of 44.190; in the model, having children under responsibility in quarantine presented an unstandardized regression coefficient (b) of 2.446(CI95%:0.223-4.668; $p=0.031$), the level of economic income during mandatory social isolation presented a $b=5.354$ (CI95%:3.461-7.247; $p<0.001$), following recommendations to prevent COVID-19 reported a b of 2.316 (CI95%:1.133-3.499; $p<0.001$), the self-perceived level of concern against COVID-19 obtained a b of -5.470 (IC95%:-7.509--3.430; $p<0.001$); finally, the sex variable showed a b of -5.417 (IC95%:-1.157-1.910; $p<0.001$). **Conclusion:** An association was found between subjective well-being and having family responsibilities (children), level of worry, following preventive measures in the face of the pandemic, work characteristics (decrease in income level) and being a woman, in general dentists and specialists due to confinement by COVID-19.

Keywords: Quarantine; Coronavirus infections; Dentists; WHO-5; Cross-sectional studies (MeSH).

I. INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 impuso desafíos para los sistemas de salud y comunidades en general, a través de la interrupción drástica y obligatoria de los estilos de vida tradicionales de la población, situación que implicó restricciones en la movilización, la interacción social y las actividades económicas, resultando en una cuarentena masiva; en consecuencia, estas medidas incidieron de manera alarmante en el bienestar mental de los individuos debido a las implicancias psicológicas y emocionales ligadas al aislamiento social, y que desencadenan en el desarrollo de ansiedad, depresión y desorden de estrés post-traumático (1-5).

Asimismo, resulta importante considerar la existencia de factores que impactan favorablemente en el bienestar de las personas como la calidad de sueño, conducta alimenticia y la actividad física (6); sin embargo, el establecimiento de políticas para prevenir la propagación de la COVID-19 como el distanciamiento social y confinamiento domiciliario resultan opuestas a un óptimo bienestar personal y limitan los derechos individuales, lo que generaría estresores que contribuirían a una angustia emocional generalizada, al agravamiento de enfermedades preexistentes y el posible surgimiento de trastornos del sueño y/o disminución en la respuesta inmunológica (7-9). En cuanto a las estrategias de contención ante la propagación de la enfermedad, el aislamiento social obligatorio fue adoptado por la mayoría de gobiernos, pese a que muchos de estos países se caracterizaban por sus bajos o medianos ingresos, y por carecer de un acceso adecuado a servicios básicos, los cuáles son indispensables para cumplir con las disposiciones

restrictivas vinculadas al confinamiento durante la cuarentena (1). Asimismo, los largos períodos de cuarentena, enfrentarse a pérdidas económicas, contar con un empleo y la percepción de escasa información sobre la coyuntura por parte de la autoridad sanitaria, guardan una estrecha relación con el bienestar individual percibido dentro de ese contexto (10). Sumado a esto, destaca el fortalecimiento del trabajo remoto como factor modificante de los hábitos de estudiantes y trabajadores; situación que influyó en la pérdida de oportunidades laborales o académicas, disminución salarial y deserción estudiantil (11).

De la misma forma, el personal de salud se ha visto afectado significativamente en el pleno ejercicio de sus actividades profesionales debido a la COVID-19; en el caso de los odontólogos, quienes también se encuentran incluidos dentro de esta problemática, han interrumpido los procedimientos dentales rutinarios limitándolo solo a tratamientos de urgencia y emergencia; situación que denota la alta vulnerabilidad de este grupo ocupacional, tanto por el peligro de contagio como por una inestabilidad financiera provocada por recortes de personal y menor demanda en la atención; adicional a los estresores propios de la cuarentena. Sin embargo, la evidencia científica a nivel latinoamericano resulta escasa para describir esta situación, pese a ser una problemática sumamente relevante para los odontólogos, que como los demás profesionales de la salud, se han visto afectados a lo largo de esta pandemia (12,13). En ese sentido, el objetivo de este estudio fue determinar el impacto de las medidas de aislamiento social obligatorio en el bienestar subjetivo de odontólogos latinoamericanos y del Caribe durante la cuarentena comunitaria por la pandemia por COVID-19 en el 2020.

II. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar el impacto de las medidas de aislamiento social obligatorio en el bienestar subjetivo de odontólogos latinoamericanos y del Caribe durante la cuarentena comunitaria por la pandemia por COVID-19 en el 2020.

Objetivos Específicos

1. Determinar el impacto de las medidas de aislamiento social obligatorio en el bienestar subjetivo de odontólogos latinoamericanos y del Caribe durante la cuarentena comunitaria por la pandemia por COVID-19 en el 2020 según características sociodemográficas.
2. Determinar el impacto de las medidas de aislamiento social obligatorio en el bienestar subjetivo de odontólogos latinoamericanos y del Caribe durante la cuarentena comunitaria por la pandemia por COVID-19 en el 2020 según aislamiento social obligatorio.
3. Determinar un modelo de regresión jerárquica múltiple para los niveles de bienestar subjetivo en odontólogos latinoamericanos y del Caribe durante la cuarentena comunitaria por la pandemia por COVID-19 en el 2020.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Este manuscrito fue redactado siguiendo lo establecido por la iniciativa STROBE para estudios observacionales. Se ejecutó un estudio transversal a través de una encuesta anónima, proporcionado de manera virtual a una muestra por conveniencia conformada por odontólogos profesionales y estudiantes de odontología de 21 países de América Latina y el Caribe (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Uruguay y Venezuela), constituyendo una muestra inicial de 2442 encuestados.

Para el diseño del cuestionario fue empleada la plataforma Google Forms; posteriormente, se ejecutó una prueba piloto con una muestra de 30 participantes con el fin de evaluar la consistencia interna y el tiempo de llenado. El tiempo comprendido para el trabajo de campo fue desde el 15 de mayo al 26 de agosto del 2020. Sobre el cuestionario en línea, éste fue distribuido por medios digitales como grupos de Facebook, mensajes de WhatsApp, correos electrónicos e invitaciones institucionales a diferentes facultades de odontología. Adicionalmente, se empleó la técnica de bola de nieve para elevar el número de participantes. El cuestionario recopiló información acerca de datos sociodemográficos e incorporó preguntas sobre la pandemia por COVID-19 (conocimientos y prácticas) y bienestar autopercebido. Cabe mencionar que, para este estudio en particular, se consideraron únicamente los registros de

odontólogos generales y especialistas; además de haber sido descartadas aquellas encuestas con errores en el registro de información, definiéndose una muestra final de 1195 encuestados (tasa de cooperación: 83,4%).

Definición de variables

Para esta investigación, además de la variable dependiente, se establecieron cuatro dimensiones para agrupar a las variables independientes presentes en el estudio:

- Variable dependiente: El Índice de bienestar de la Organización Mundial de la Salud (WHO-5) fue aplicado para medir el Bienestar subjetivo de los participantes. Este instrumento comprende cinco afirmaciones: Me he sentido alegre y de buen humor, Me he sentido tranquilo y relajado, Me he sentido activo y enérgico, Me he despertado fresco y descansado y, Mi vida cotidiana ha estado llena de cosas que me interesan; valorados en una escala de Likert del 0 al 5, donde 0=nunca, 1= de vez en cuando, 2= menos de la mitad del tiempo, 3= más de la mitad del tiempo, 4= la mayor parte del tiempo, 5= todo el tiempo. Posteriormente, se suman las puntuaciones para obtener un valor total que deberá ser multiplicado por 4, obteniéndose una cifra del 0 al 100, donde a mayor puntuación mayor bienestar (14).
- Dimensión de características sociodemográficas: Éstas incluyen a las variables edad, sexo, Índice de Masa Corporal definido como el peso del individuo en kilogramos dividido por la medida en metros al cuadrado

(kg/m²), acorde a esta información se clasifica en bajo peso (IMC \leq 18.50), peso normal (IMC entre 18.50 y 24.99), sobrepeso (IMC entre 25.00 y 29.99) y obesidad (IMC \geq 30.00) (15). Además, especialidad para los que realizaron estudios de postgrado, lugar de origen y nivel de ingresos económicos durante el aislamiento social obligatorio.

- Dimensión del cumplimiento del aislamiento social obligatorio: Ésta comprende variables como el número de días en aislamiento obligatorio, nivel de confinamiento durante la cuarentena y cumplimiento del distanciamiento social.
- Dimensión de responsabilidades durante el aislamiento social obligatorio: Compuesta por el número de personas con las que convivió durante la cuarentena, niños bajo responsabilidad en cuarentena y adultos mayores bajo responsabilidad durante cuarentena.
- Dimensión de conductas preventivas: Comprendida por las variables seguimiento de recomendaciones para prevenir la COVID-19 y nivel de preocupación autopercebido frente a la COVID-19.

Análisis estadístico

Fue ejecutado un análisis descriptivo para las variables cualitativas y cuantitativas; adicionalmente, a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov se

evaluó la normalidad de la distribución en la variable dependiente y en las otras variables cuantitativas incluídas dentro de las cuatro dimensiones. Posteriormente fueron aplicadas las pruebas no paramétricas de U de Mann–Whitney para variables dicotómicas y la de Kruskal-Wallis para las politómicas. Asimismo, se desarrolló una regresión múltiple jerárquica con la finalidad de generar modelos entre las variables independientes y bienestar subjetivo según dimensiones de análisis, cabe resaltar que previamente fue aplicada una transformación logarítmica al WHO-5 por carecer de una distribución normal. El estudio tuvo un nivel de confianza del 95%, y en todas las pruebas fue considerado un $p < 0.05$ como indicador de significancia estadística. Para el análisis, fue empleado el programa SPSS® v. 25.0 (IBM, NY, US).

Ética

El presente estudio fue aprobado tanto por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIEI -UPCH) con fecha 02 de agosto del 2021 y registro SIDISI N° 206426; así como por la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquía (Medellín, Colombia; Acta 9-2020). Siguiendo los lineamientos internacionales para encuestas en línea, todos los encuestados respondieron a un consentimiento informado presente en la primera página del cuestionario, considerando que tuvieron la posibilidad de declinar su participación en el estudio. De igual forma, se garantizó la confidencialidad a lo largo de todo el proceso investigativo, en concordancia con lo que se expresa en la Declaración de Helsinki y en las pautas CIOMS para investigaciones en salud.

IV. RESULTADOS

El bienestar subjetivo promedio de la muestra fue de 56.83 (DE=18.32); de igual manera, se observa asociación entre bienestar subjetivo y las variables edad y sexo biológico ($p<0.05$) (Tabla 1). Además, se encontró asociación entre el bienestar subjetivo y las variables número de días en aislamiento obligatorio, nivel de ingresos económicos en cuarentena ($p<0.05$), sigue medidas preventivas para COVID-19 y autopercepción de nivel de preocupación frente a la COVID-19 (Tabla 2).

Adicionalmente, se ejecutó un análisis de regresión lineal múltiple, donde se organizó jerárquicamente a las variables en cuatro modelos, observándose en el Modelo 1 un $R^2\%$ de 0.600 ($p=0.059$), en el Modelo 2 un $R^2\%$ de 3.000 ($p<0.001$), para el Modelo 3 un $R^2\%$ de 6.400 ($p<0.001$), mientras que en el Modelo 4 se halló un $R^2\%$ de 9.00 ($p<0.001$), donde el cambio del $R^2\%$ fue significativo ($p<0.001$) y una constante de 44.190; asimismo, dentro de este modelo, la variable tener niños bajo responsabilidad en cuarentena presentó un coeficiente de regresión no estandarizado (b) de 2.446 y un intervalo de confianza al 95% (IC95%) de 0.223-4.668 ($p=0.031$), para el nivel de ingresos económicos durante el aislamiento social obligatorio presentó un $b=5.354$ (IC95%:3.461-7.247; $p<0.001$), el seguimiento de recomendaciones para prevenir la COVID-19 reportó un b de 2.316 (IC95%:1.133-3.499; $p<0.001$), el nivel de preocupación autopercebido frente a la COVID-19 obtuvo un b de -5.470 (IC95%:-7.509--3.430; $p<0.001$); finalmente, la variable sexo manifestó un b de -5.417 (IC95%:-1.157-1.910; $p<0.001$) (Tabla 3).

V. DISCUSIÓN

Debido a la alta tasa de transmisión de la COVID-19 entre persona y persona, surgieron múltiples políticas, de carácter obligatorio, con el objetivo de prevenir la enfermedad, destacando entre ellas el confinamiento en el hogar durante la cuarentena (16). Dentro de ese contexto, las personas han percibido una mayor inseguridad laboral en gran parte de los sectores económicos (17), además de una reducción en la percepción de salud y el aumento de la sensación de angustia (18); las que afectan directamente al bienestar individual de la población en general, donde de igual manera el personal de salud está inmerso (1,12).

Dentro de los hallazgos de la presente investigación, es importante indicar que conforme se agregaban más variables según las dimensiones establecidas, el modelo explicativo fue más significativo. Dentro de ello, se observó una asociación negativa entre el bienestar subjetivo de los odontólogos profesionales latinoamericanos y el tener niños bajo responsabilidad, durante la cuarentena comunitaria en la pandemia por COVID-19. Mahdee et. al. indicaron en su estudio que las mujeres trabajadoras de salud presentaron mayores niveles de preocupación por temas como seguridad laboral, finanzas, salud personal, salud de la pareja y salud de los niños; también el 78.00% de los encuestados manifestó sentirse más agotado durante la pandemia. Además, se evidenció que ser de sexo femenino y tener hijos menores de 5 años está asociado a un mayor riesgo de agotamiento (19). Mientras que, en una investigación a trabajadores sanitarios, Hammond et. al. expusieron que entre el 22 y 29% de los encuestados informaron síntomas de depresión, ansiedad y estrés moderado a grave; además declararon

que sus principales preocupaciones abarcaban temas como el entorno laboral y el riesgo de infección para familiares, amigos y ellos mismos (20); lo que podría fundamentarse en el alto compromiso que implica el tener niños a cargo y velar por su cuidado, una tarea que podría haber sido más extenuante durante la cuarentena por factores como evitar el contagio en menores, el adaptarse a la educación remota y lidiar con el estrés del confinamiento.

De igual manera, este estudio determinó una asociación negativa entre el bienestar subjetivo de los odontólogos profesionales latinoamericanos y el seguimiento de medidas preventivas para COVID-19 durante la cuarentena comunitaria, lo que involucraría altos niveles de estrés y tensión en estos profesionales para limitar las oportunidades de contagio. Coincidentemente, Ahmed et. al. mencionan que los odontólogos a nivel global, pese a contar con un elevado nivel de conocimientos y prácticas, presentan un estado de ansiedad y miedo asociado a la COVID-19 (21); asimismo, Putrino et. al. manifiestan que tanto médicos como odontólogos son conscientes del riesgo asociado al desarrollo de sus actividades laborales, además de la responsabilidad que conlleva conocer las características del virus, mediante información precisa y verídica; así como el deber de asumir una actitud cuidadosa y proactiva para la protección de sus pacientes y de toda la comunidad (22).

Por otro lado, a razón del alto nivel de preocupación percibido por los odontólogos debido a la elevada exposición que enfrentan a la enfermedad durante el desarrollo de su labor profesional, se determinó una correlación negativa entre el bienestar subjetivo y el nivel de preocupación autopercebido frente a la COVID-19 durante la cuarentena comunitaria, lo que guarda relación

con la investigación hecha por Mahdee et. al., donde existe una alta preocupación entre los trabajadores de salud, especialmente dentistas, respecto a la aparición, transmisión y posibilidad de contraer la COVID-19, sumándose a ello un incremento drástico de la ansiedad; pese a la generación de un alto nivel de conocimiento sobre la manera de abordar la enfermedad por parte de estos profesionales (19). Asimismo, Ahmed et. al. exponen que los odontólogos de todo el mundo presentan un estado de ansiedad y miedo, debido al impacto que la pandemia por COVID-19 a producido en la humanidad (21); así como, lo definido por Shacham et. al. donde esta enfermedad se asocia a elevados niveles de angustia en el personal odontológico, debido al temor de contraerla por poseer alguna comorbilidad o en aquellos con mayores niveles de sobrecarga (23).

Acerca de las diferencias existentes entre el bienestar subjetivo y el sexo, los estudios demuestran que las mujeres enfrentaron situaciones desafiantes durante la cuarentena como el cuidado de niños o adultos mayores y las responsabilidades del hogar (24); situación que se agudizó en aquellas que laboraban para el sector sanitario y que presentaron altos niveles de preocupación (19). Es evidente que la estabilidad económica tiene gran implicancia en la salud y calidad de vida de las personas, especialmente en aquellos profesionales que han debido disminuir y/o frenar sus actividades laborales, de acuerdo a lo indicado en marzo del 2020 por la Asociación Dental Americana (25) y ratificado por la mayoría de Ministerios de Salud a nivel regional (26). Se puede observar en este estudio, que existe asociación positiva entre el bienestar subjetivo de los odontólogos profesionales latinoamericanos y el nivel de ingresos en la cuarentena comunitaria durante la pandemia por COVID-19, Gasparro et. al. demostraron que la interacción entre el

miedo a la COVID-19 y la percepción de inseguridad laboral, incidieron directamente en el desarrollo de síntomas depresivos en odontólogos italianos, durante la primera cuarentena del 2021 (17); de igual manera, en la investigación de Mahdee et. al. encontraron que, dentro de la pandemia por COVID-19, la ansiedad entre los dentistas aumentó drásticamente, además de haber visto afectados sus ingresos con una reducción del 50%; coincidentemente, Ahmadi et. al. señalaron que los odontólogos enfrentaron problemas económicos debido al cierre de las clínicas dentales, mientras que la depresión y ansiedad fueron síntomas comunes dentro de este grupo ocupacional (19,27). Resulta evidente el gran desafío al que incurrieron los gobiernos al priorizar la salud de las personas, mientras se pone en riesgo la economía nacional; desde una perspectiva odontológica, son las clínicas privadas las que han sufrido mayores pérdidas financieras, reflejado en el descenso significativo del número de atenciones, altos costos en equipos de protección personal e implementos de bioseguridad; desencadenando en despidos masivos y cierre permanente de muchas de ellas (28,29). No obstante, las autoridades sanitarias de algunos países de altos ingresos se han manifestado, brindando soporte económico a través de préstamos, créditos y reembolsos; situación que no ha sido replicada por los países de la región latinoamericana y del Caribe (30).

En ese sentido, las políticas de contención contra la COVID-19, como el confinamiento en el hogar, repercuten nocivamente sobre la salud y pueden conllevar a una reducción en el bienestar subjetivo de la población en general, como se indica en un reciente estudio aplicado en 14 países alrededor del mundo

durante la presente pandemia; adicionalmente, existen ciertos grupos que enfrentan un mayor riesgo como los profesionales de la salud (31), para quienes el seguimiento de estas medidas , sumado a otros factores , pueden desencadenar en escenarios más perjudiciales a nivel psicológico (32). Asimismo, son los odontólogos quienes también se han visto afectados durante esta coyuntura, tanto por la percepción de un alto riesgo de contagio, como la estricta adherencia a medidas de bioseguridad; situación que puede haber influido en su desempeño laboral, como en el emprendimiento de planes académicos a futuro (33). Es importante mencionar que el Índice de Bienestar (WHO-5), instrumento empleado en este estudio para la evaluación del bienestar subjetivo, ha sido aplicado mayormente a población en general (14), resultando notorio la necesidad de generar mayor evidencia científica, a través de este instrumento, en profesionales de la salud.

A julio del 2021, Latinoamérica y el Caribe ha sido la región más afectada durante la pandemia, donde 8 de los países que la conforman, presentaron las tasas de mortalidad más altas mundialmente; situación que podría haberse agudizado por un contexto de economías informales e inestables y crisis de sistemas sanitarios. En relación con el personal de la salud, se observa que 9000 de ellos fallecieron a causa de la infección viral; sin embargo, para mayo del 2020, más de 1.5 millones de personal sanitario de 18 países, en esta zona geográfica, han sido completamente inmunizados contra la COVID-19. Es importante resaltar la necesidad de un proceso de vacunación más eficiente, debido a que solo el 11% de población total dentro del territorio ha sido inoculada con ambas dosis,

destacando el desempeño de Chile con una tasa de vacunación del 65% ; asimismo, el surgimiento de variantes de preocupación que ya han sido detectadas en América Latina y el Caribe, como la gamma (P.1) y delta (B.1.617.2), ratifican que la COVID-19 persiste como emergencia sanitaria, y que además requiere del apoyo comunitario global (34, 35).

En cuanto a las limitaciones de esta investigación, resalta el diseño de tipo transversal, que no permite inferir relaciones causa – efecto; además, de la posibilidad de sesgos de selección, debido a que la manera de captar participantes fue mediante correos electrónicos y redes sociales; de igual manera, éste estudio incluyó participantes de varios países latinoamericanos, donde cada uno ha ido experimentado variabilidad en sus políticas, recomendaciones, acceso a información y severidad de casos COVID-19, lo que pudo haber influido en la respuesta de quienes conformaron la muestra y en el resultado de la encuesta aplicada. Adicionalmente, dentro del análisis estadístico, no es posible establecer diferencias significativas entre los modelos, lo que no permite evidenciar distinción entre ellos e imposibilita brindar una mayor explicación; pudiéndose inferir solamente, que el primero difiere de los otros porque no fue significativo, mientras que los últimos si presentan esa característica, sobre todo el modelo 4 que posee mayor explicación. Por todo lo mencionado anteriormente, se sugiere que lo hallado en esta investigación sea interpretado cautelosamente y no generalizado.

Resulta evidente que esta última pandemia ha generado poderosos y drásticos cambios en la comunidad, los que afectaron tanto a la salud como al bienestar

individual; es por ello la importancia de abordar lo que ha implicado el confinamiento y cuarentena por la COVID-19 a los profesionales de salud, especialmente a los odontólogos, para quienes esta enfermedad ha resultado desafiante en múltiples aspectos; sobre todo, para los que residen en Latinoamérica, una región donde la situación es crítica y se ha caracterizado por el colapso de los sistemas sanitarios, aumento dramático de los casos positivos y medidas de contención que no siempre han resultado efectivas; además de las preexistentes inequidades sociales que agravan el desarrollo de la enfermedad en quienes la padecen.

VI. CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio evidencian que tener responsabilidades familiares (niños), el nivel de preocupación, seguimiento de medidas preventivas frente a la pandemia, las características laborales (disminución del nivel de ingresos) y ser mujer, son factores asociados a los niveles de bienestar subjetivo en odontólogos generales y especialistas debido al confinamiento por la COVID- 19.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eyawo O, Viens AM, Ugoji UC. Lockdowns and low- and middle-income countries: building a feasible, effective, and ethical COVID-19 response strategy. *Global Health*. 2021;17(1):13.
2. Kalok A, Sharip S, Abdul Hafizz AM, Zainuddin ZM, Shafiee MN. The Psychological Impact of Movement Restriction during the COVID-19 Outbreak on Clinical Undergraduates: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(22):8522.
3. Kilani HA, Bataineh MF, Al-Nawayseh A, Atiyat K, Obeid O, Abu-Hilal MM et al. Healthy lifestyle behaviors are major predictors of mental wellbeing during COVID-19 pandemic confinement: A study on adult Arabs in higher educational institutions. *PLoS ONE*. 2020; 15(12): e0243524.
4. Sharma AJ, Subramanyam MA. A cross-sectional study of psychological wellbeing of Indian adults during the Covid-19 lockdown: Different strokes for different folks. *PLoS ONE*. 2020; 15(9): e0238761.
5. Chu IY, Alam P, Larson HJ, Lin L. Social consequences of mass quarantine during epidemics: a systematic review with implications for the COVID-19 response. *J Travel Med*. 2020; 27(7):taaa192.
6. Pieh C, O'Rourke T, Budimir S, Probst T. Relationship quality and mental health during COVID- 19 lockdown. *PLoS ONE*.2020; 15(9): e0238906.
7. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet*. 2020; 395(10223): 470–3.

8. Nathawad R, Roblin PM, Pruitt D, Arquilla B. Addressing the gaps in preparation for quarantine. *Prehosp Disaster Med.* 2013; 28:132–8.
9. Ammar A, Mueller P, Trabelsi K, Chtourou H, Boukhris O, Masmoudi L et al. Psychological consequences of COVID-19 home confinement: The ECLB-COVID19 multicenter study. *PLoS ONE.* 2020; 15(11): e0240204.
10. Gonzalez-Berna JJ, Rodríguez-Fernández P, Santamaría-Peláez M, González-Santos J, León-del-Barco B, Minguez LA et al. Life Satisfaction during Forced Social Distancing and Home Confinement Derived from the COVID-19 Pandemic in Spain. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18: 1474.
11. Brancaccio M, Mennitti C, Gentile A, Correale L, Buzzachera CF, Ferraris C et al. Effects of the COVID-19 Pandemic on Job Activity, Dietary Behaviours and Physical Activity Habits of University Population of Naples, Federico II-Italy. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18: 1502.
12. Vergara-Buenaventura A, Chavez-Tuñon M, Castro-Ruiz C. The Mental Health Consequences of Coronavirus Disease 2019 Pandemic in Dentistry. *Disaster Med Public Health Prep.* 2020; 1-4.
13. Brkić H. Dental medicine and COVID-19 pandemic. *Acta Stomatol Croat.* 2020;54(2):118-20.
14. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. *Psychother Psychosom.* 2015; 84 (3):167–76.
15. World Health Organization. Body mass index – BMI. (Consultado el 10 de mayo del 2021). Disponible en URL: <https://www.euro.who.int/en/health->

topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi.

16. Bastani P, Mohammadpour M, Ghanbarzadegan A, Kapellas K, Do LG. Global concerns of dental and oral health workers during COVID-19 outbreak: a scope study on the concerns and the coping strategies. *Syst Rev*. 2021;10(1):45.
17. Gasparro R, Scandurra C, Maldonato NM, et al. Perceived Job Insecurity and Depressive Symptoms among Italian Dentists: The Moderating Role of Fear of COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):5338.
18. De Sio S, La Torre G, Buomprisco G, et al. Consequences of COVID19-pandemic lockdown on Italian occupational physicians' psychosocial health. *PLoS One*. 2021;16(2):e0243194.
19. Mahdee AF, Gul SS, Abdulkareem AA, Qasim SSB. Anxiety, Practice Modification, and Economic Impact Among Iraqi Dentists During the COVID-19 Outbreak. *Front Med (Lausanne)*. 2020; 7:595028.
20. Hammond NE, Crowe L, Abbenbroek B, et al. Impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on critical care healthcare workers' depression, anxiety, and stress levels. *Aust Crit Care*. 2021;34(2):146-54.
21. Ahmed MA, Jouhar R, Ahmed N, et al. Fear and Practice Modifications among Dentists to Combat Novel Coronavirus Disease (COVID-19) Outbreak. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(8):2821.
22. Putrino A, Raso M, Magazzino C, Galluccio G. Coronavirus (COVID-19) in Italy: knowledge, management of patients and clinical experience of Italian dentists during the spread of contagion. *BMC Oral Health*. 2020;20(1):200.

23. Shacham M, Hamama-Raz Y, Kolerman R, Mijiritsky O, Ben-Ezra M, Mijiritsky E. COVID-19 Factors and Psychological Factors Associated with Elevated Psychological Distress among Dentists and Dental Hygienists in Israel. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(8):2900.
24. The Lancet. The gendered dimensions of COVID-19. *Lancet*. 2020;395(10231):1168.
25. American Dental Association. ADA calls upon dentists to postpone elective procedures. Consultado el 24 de agosto del 2021. Disponible en: <https://www.ada.org/en/press-room/news-releases/2020-archives/march/ada-calls-upon-dentists-to-postpone-elective-procedures>.
26. Ricaldi-Camahualf JN. A comparative policy analysis of oral health policies in Latin America to respond to the COVID-19 pandemic [Master Thesis]. [Washington]: University of Washington; 2020.
27. Ahmadi H, Ebrahimi A, Ghorbani F. The impact of COVID-19 pandemic on dental practice in Iran: a questionnaire-based report. *BMC Oral Health*. 2020; 20(1):354.
28. Coulthard P, Thomson P, Dave M, Coulthard FP, Seoudi N, Hill M. The COVID-19 pandemic and dentistry: the clinical, legal and economic consequences - part 2: consequences of withholding dental care. *Br Dent J*. 2020; 229(12):801-5.
29. Chamorro-Petronacci C, Carreras-Presas MC, Sanz-Marchena A, Rodríguez-Fernández A, Suárez-Quintanilla MJ, Rivas-Mundiña B, et al. Assessment of the Economic and Health-Care Impact of COVID-19 (SARS-

- CoV-2) on Public and Private Dental Surgeries in Spain: A Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(14):5139.
30. Farooq I, Ali S. COVID-19 outbreak and its monetary implications for dental practices, hospitals and healthcare workers. *Postgrad Med J*. 2020; 96(1142):791-2.
 31. Landa-Blanco M, Mejía CJ, Landa-Blanco AL, Martínez – Martínez CA, Vásquez D, Vásquez G et al. Coronavirus awareness, confinement stress, and mental health: Evidence from Honduras, Chile, Costa Rica, Mexico and Spain. *Soc Sci Med*. 2021; 277:113933.
 32. Wilk J, Hollander K, Mohr L, Edouard P, Fossati C, González-Gross M et al. Drastic Reductions in Mental Well-Being Observed Globally During the COVID-19 Pandemic: Results From the ASAP Survey. *Front Med (Lausanne)*. 2021; 8:578959.
 33. Barbosa-Liz DM, Agudelo-Suarez AA, Tuesta-Mondragón Mf, Ariza-Olaya JT, Plaza-Ruiz SP. Modificación de la práctica odontológica, seguimiento a protocolos y percepción de riesgo de los odontólogos durante la pandemia de COVID-19 en Colombia: estudio de corte transversal. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*. 2021; 33.
 34. The Lancet. COVID-19 in Latin America-emergency and opportunity. *Lancet*. 2021; 398(10295):93.
 35. Pan American Health Organization. PAHO steps up assistance to help countries cope with shortages of oxygen and health workers. Consultado el 24 de agosto del 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/en/news/12-5-2021-paho-steps-assistance-help-countries-cope-shortages-oxygen-and-health-workers>.

VIII. TABLAS

Tabla 1. Bienestar Subjetivo según características sociodemográficas (n=1195).

| Variables | n | % | Bienestar Subjetivo (WHO-5) | | |
|--|------------------|---------------|-----------------------------|--------------|--------------------|
| | | | X | DE | p |
| <i>Características sociodemográficas</i> | | | | | |
| Edad | 38.46 (11.10) | | | | |
| X (DE) | | | | | |
| 18-24 | 45 | 3.77 | 56.09 | 20.26 | |
| 25-34 | 522 | 43.68 | 55.20 | 16.84 | 0.007* |
| ≥ 35 | 628 | 52.55 | 58.24 | 19.24 | |
| Sexo | | | | | |
| Hombre | 381 | 31.88 | 60.90 | 18.04 | |
| Mujer | 814 | 68.12 | 54.92 | 18.15 | <0.001** |
| Índice de Masa Corporal | | | | | |
| Bajo peso | 29 | 2.43 | 57.10 | 18.85 | |
| Peso normal | 692 | 57.91 | 55.97 | 18.64 | |
| Sobrepeso | 370 | 30.96 | 57.99 | 17.42 | 0.246* |
| Obesidad | 104 | 8.70 | 58.31 | 19.05 | |
| Especialidad | | | | | |
| Si | 850 | 71.13 | 57.31 | 18.57 | |
| No | 345 | 28.87 | 55.63 | 17.65 | 0.075** |
| Lugar de origen | | | | | |
| México, Centro América y el Caribe | 130 | 10.88 | 57.54 | 18.10 | |
| América del Sur | 1065 | 89.12 | 56.74 | 18.35 | 0.574** |
| Nivel de ingresos económicos en cuarentena | | | | | |
| Disminuyeron | 840 | 70.29 | 55.07 | 17.96 | |
| Siguen igual | 319 | 26.69 | 60.71 | 17.90 | <0.001* |
| Aumentaron | 36 | 3.01 | 63.33 | 23.35 | |
| Total | 1195 | 100.00 | 56.83 | 18.32 | |

*Prueba de Kruskal Wallis.

**Prueba de U de Mann Whitney .

Tabla 2. Bienestar subjetivo según aislamiento social obligatorio (n=1195).

| Variables | n | % | Bienestar subjetivo (WHO-5) | | |
|--|-------------|---------------|-----------------------------|--------------|----------------|
| | | | X | DE | p |
| Cumplimiento del aislamiento social obligatorio | | | | | |
| Número de días en aislamiento social obligatorio | | | | | |
| ≤ 60 | 684 | 57.24 | 55.92 | 18.45 | 0.024** |
| > 60 | 511 | 42.76 | 58.04 | 18.09 | |
| Nivel de confinamiento | | | | | |
| No he salido ningún día | 69 | 5.77 | 55.30 | 19.52 | 0.425* |
| He salido muy poco | 993 | 83.10 | 56.67 | 18.11 | |
| He salido frecuentemente | 53 | 4.44 | 57.89 | 19.00 | |
| He salido todos los días | 80 | 6.69 | 59.40 | 19.39 | |
| Distanciamiento social | | | | | |
| Si | 1135 | 94.98 | 56.75 | 18.30 | 0.724** |
| No | 60 | 5.02 | 58.20 | 18.67 | |
| Responsabilidades durante el aislamiento social obligatorio | | | | | |
| Número de personas en casa en cuarentena | | | | | |
| ≤ 3 | 903 | 75.56 | 56.67 | 18.31 | 0.391** |
| > 3 | 292 | 24.44 | 57.30 | 18.36 | |
| Niños bajo su responsabilidad en cuarentena | | | | | |
| Si | 426 | 35.65 | 55.83 | 18.38 | 0.185** |
| No | 769 | 64.35 | 57.38 | 18.27 | |
| Adultos mayores bajo su responsabilidad en cuarentena | | | | | |
| Si | 871 | 72.89 | 56.85 | 18.34 | 0.836** |
| No | 324 | 27.11 | 56.78 | 18.30 | |
| Conductas preventivas | | | | | |
| Seguimiento de medidas preventivas para COVID-19 | | | | | |
| Nunca | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | <0.001* |
| Pocas veces | 2 | 0.17 | 62.00 | 25.46 | |
| Casi siempre | 294 | 24.60 | 54.29 | 17.67 | |
| Algunas veces | 16 | 1.34 | 41.50 | 13.92 | |
| Siempre | 883 | 73.89 | 57.94 | 18.41 | |
| Nivel de preocupación autopercebido frente a la COVID-19 | | | | | |
| Preocupación baja | 634 | 53.05 | 59.20 | 17.51 | <0.001** |
| Preocupación alta | 561 | 46.95 | 54.15 | 18.85 | |
| Total | 1195 | 100.00 | 56.83 | 18.32 | |

*Prueba de Kruskal Wallis.

**Prueba de U de Mann Whitney .

Tabla 3. Modelos de regresión jerárquica múltiple para los niveles de bienestar subjetivo en la muestra de estudio (n= 1195).

| Variables | Coefficiente de determinación % (R ² %) | Cambio de R ² % | p del cambio de R ² % | Constante | Coefficiente de regresión no estandarizado | Coefficiente de regresión estandarizado | Intervalo de confianza al 95% | p | p del modelo |
|---|--|----------------------------|----------------------------------|-----------|--|---|-------------------------------|--------------|------------------|
| Modelo 1 | | | | | | | | | |
| Cumplimiento del aislamiento social obligatorio | | | | | | | | | |
| Número de días en aislamiento social obligatorio | 0.600 | 0.600 | 0.059 | 51.407 | 2.349 | 0.064 | 0.239 - 4.460 | 0.029 | 0.059 |
| Nivel de confinamiento | | | | | 1.591 | 0.052 | -0.181 - 3.364 | 0.078 | |
| Distanciamiento social | | | | | -1.351 | -0.016 | -6.170 - 3.467 | 0.582 | |
| Modelo 2 | | | | | | | | | |
| Cumplimiento del aislamiento social obligatorio | | | | | | | | | |
| Número de días en aislamiento social obligatorio | | | | | 2.252 | 0.061 | 0.140 - 4.364 | 0.037 | |
| Nivel de confinamiento | | | | | 1.336 | 0.044 | -0.424 - 3.095 | 0.137 | |
| Distanciamiento social | | | | | -0.383 | -0.005 | -5.169 - 4.404 | 0.875 | |
| Responsabilidades durante el aislamiento social obligatorio | 3.000 | 2.400 | <0.001 | 40.217 | | | | | <0.001 |
| Número de personas en casa en cuarentena | | | | | 0.975 | 0.023 | -1.506 - 3.457 | 0.441 | |
| Niños bajo su responsabilidad en cuarentena | | | | | 1.522 | 0.040 | -0.664 - 3.709 | 0.172 | |
| Adultos mayores bajo su responsabilidad en cuarentena | | | | | 0.297 | 0.007 | -2.064 - 2.658 | 0.805 | |

Tabla 3. Modelos de regresión jerárquica múltiple para los niveles de bienestar subjetivo en la muestra de estudio (n= 1195) (Cont.)

| Variables | Coefficiente de determinación% (R ² %) | Cambio de R ² % | p del cambio de R ² % | Constante | Coefficiente de regresión no estandarizado | Coefficiente de regresión estandarizado | Intervalo de confianza al 95% | p | p del modelo |
|---|---|----------------------------|----------------------------------|-----------|--|---|-------------------------------|------------------|------------------|
| Modelo 3 | | | | | | | | | |
| Cumplimiento del aislamiento social obligatorio | | | | | | | | | |
| Número de días en aislamiento social obligatorio | | | | | 2.202 | 0.060 | 0.122 - 4.282 | 0.038 | |
| Nivel de confinamiento | | | | | 1.375 | 0.045 | -0.360 - 3.111 | 0.120 | |
| Distanciamiento social | | | | | -1.014 | -0.012 | -5.767 - 3.739 | 0.675 | |
| Responsabilidades durante el aislamiento social obligatorio | | | | | | | | | |
| Número de personas en casa en cuarentena | 6.400 | 3.400 | <0.001 | 38.691 | | | | | <0.001 |
| Niños bajo su responsabilidad en cuarentena | | | | | 1.712 | 0.045 | -0.440 - 3.864 | 0.119 | |
| Adultos mayores bajo su responsabilidad en cuarentena | | | | | -0.197 | -0.005 | -2.537 - 2.142 | 0.869 | |
| Conductas preventivas | | | | | | | | | |
| Seguimiento de medidas preventivas para COVID-19 | | | | | 2.432 | 0.116 | 1.240 - 3.624 | <0.001 | |
| Nivel de preocupación autopercebido frente a la COVID-19 | | | | | -5.931 | -0.163 | -7.980 - -3.881 | <0.001 | |

Tabla 3. Modelos de regresión jerárquica múltiple para los niveles de bienestar subjetivo en la muestra de estudio (n= 1195) (Cont.)

| Variables | Coefficiente de determinación % (R ² %) | Cambio de R ² % | p del cambio de R ² % | Constante | Coefficiente de regresión no estandarizado | Coefficiente de regresión estandarizado | Intervalo del confianza al 95% | p | p del modelo |
|---|--|----------------------------|----------------------------------|-----------|--|---|--------------------------------|------------------|------------------|
| Modelo 4 | | | | | | | | | |
| Cumplimiento del aislamiento social obligatorio | | | | | | | | | |
| Número de días en aislamiento social obligatorio | | | | | 1.725 | 0.047 | -0.369 - 3.818 | 0.106 | |
| Nivel de confinamiento | | | | | 1.053 | 0.035 | -0.668 - 2.775 | 0.230 | |
| Distanciamiento social | | | | | -1.710 | -0.021 | -6.442 - 3.022 | 0.478 | |
| Responsabilidades durante el aislamiento social obligatorio | | | | | | | | | |
| Número de personas en casa en cuarentena | | | | | 1.273 | 0.030 | -1.176 - 3.722 | 0.308 | |
| Niños bajo su responsabilidad en cuarentena | | | | | 2.446 | 0.064 | 0.223 - 4.668 | 0.031 | |
| Adultos mayores bajo su responsabilidad en cuarentena | 9.000 | 2.600 | <0.001 | 44.190 | -0.254 | -0.006 | -2.596 - 2.088 | 0.831 | <0.001 |
| Conductas preventivas | | | | | | | | | |
| Seguimiento de medidas preventivas para COVID-19 | | | | | 2.316 | 0.110 | 1.133 - 3.499 | <0.001 | |
| Nivel de preocupación autopercibido frente a la COVID-19 | | | | | -5.470 | -0.150 | -7.509 - -3.430 | <0.001 | |
| Características sociodemográficas | | | | | | | | | |
| Edad | | | | | 1.871 | 0.059 | -0.058 - 3.799 | 0.057 | |
| Sexo | | | | | -5.417 | -0.139 | -7.632 - 3.202 | <0.001 | |
| Índice de masa corporal | | | | | 0.377 | 0.014 | -1.157 - 1.910 | 0.630 | |
| Especialidad | | | | | -0.831 | -0.021 | -3.086 - 1.423 | 0.470 | |
| Lugar de origen | | | | | -0.232 | -0.004 | -3.489 - 3.024 | 0.889 | |
| Nivel de ingresos económicos en cuarentena | | | | | 5.354 | 0.156 | 3.461 - 7.247 | <0.001 | |