

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Odontología



Trabajo de grado para optar por el título en:

Doctor en Odontología

Determinantes psicosociales de la ansiedad, actitud y conocimientos de los odontólogos docentes dominicanos frente a la pandemia del COVID-19

Sustentantes

Br. Eimy Teresa Sierra Ferreras

Br. Silvia Yaritza Marmolejos Contreras

Asesoría temática

Dra. Julissa Ercilia Rodríguez Salcedo

Asesoría metodológica

Dra. Ruth Isabel Gómez Campusano

Los conceptos emitidos en este trabajo de investigación son única y exclusivamente responsabilidad de los sustentantes

Santo Domingo, República Dominicana.

2020

Determinantes psicosociales de la ansiedad, actitud y conocimientos de los odontólogos docentes dominicanos frente a la pandemia del COVID-19

Índice

Dedicatoria	6
Agradecimiento	8
Agradecimiento	10
Introducción	12
CAPÍTULO I. PROBLEMA DEL ESTUDIO	13
1.1 Antecedentes del estudio.....	13
1.1.1 Antecedentes Internacionales.....	13
1.1.2 Antecedentes Nacionales	23
1.1.3 Antecedentes Locales.....	23
1.2 Planteamiento del problema.....	23
1.3 Justificación.....	24
1.4 Objetivos	25
1.4.1 Objetivo general	25
1.4.2 Objetivos específicos	25
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	26
2.1. COVID-19.....	26
2.1.1. Medios de contagio	27
2.1.2. Cuadro clínico	27
2.1.3. Diagnóstico	28
2.1.4. Tratamiento	29
2.1.5. Medidas de prevención y contención	29
2.2. COVID-19 y la odontología.....	30
2.2.1. Los pacientes.....	31

2.2.2.	Instrumental y equipo	32
2.2.3.	Control en la generación de aerosoles y gotas	32
2.2.4.	Barreras de protección personal	34
2.2.5.	Manejo de desechos y desinfección	34
2.3.	Determinantes psicosociales de conductas.....	36
2.3.1.	Percepción de riesgo	36
2.3.3.	Ansiedad.....	38
2.3.4.	Actitud.....	39
2.3.5.	Conocimiento	40
CAPÍTULO III. LA PROPUESTA		41
3.1.	Hipótesis.....	41
3.2.	Variables y Operacionalización de variables	41
3.2.1.	Variable independiente.....	41
3.2.2.	Variables dependientes.....	41
3.2.3.	Operacionalización de variables	42
CAPÍTULO IV. MARCO METODOLÓGICO.....		44
4.1.	Tipo de estudio.....	44
4.2.	Localización, Tiempo.....	44
4.3.	Universo y muestra	44
4.4.	Criterios de inclusión y exclusión.....	44
4.4.1.	Criterios de inclusión	44
4.4.2.	Criterios de exclusión.....	44
4.5.	Técnicas y procedimientos para recolección y presentación de información	45
4.5.1.	Instrumentos de medición	45

4.5.2.	Redacción de ítems	45
4.5.3.	Valoración de la ansiedad	45
4.5.4.	Valoración de la actitud	46
4.5.5.	Valoración del conocimiento	46
4.5.6.	Procedimientos para la recolección de datos.....	47
4.6.	Plan estadístico de análisis de información.....	47
4.7.	Presupuesto	47
4.8.	Aspectos éticos implicados en la investigación	48
CAPÍTULO V. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS		49
5.1.	Resultados del estudio.....	49
5.2.	Discusión.....	55
5.3.	Conclusión.....	58
5.4.	Recomendaciones.....	59
Referencias bibliográficas		60
Anexos		67
Anexo A. Cuestionario online		67
Anexo B. Cartas de autorización		73
Glosario		85

Dedicatoria

A Dios, por su infinita misericordia, por ser mi guía en todo momento, mi fortaleza y mi protector en cada etapa de mi vida.

A mis padres, Héctor Marmolejos y Mayra Contreras por ser mis proveedores, mis mayores admiradores y mi columna vertebral, por siempre estar para brindarme su apoyo incondicional, gracias a ustedes he logrado cada meta que me he propuesto en la vida, sin su ayuda no habría llegado donde estoy, ustedes son mi mayor orgullo y mi meta es nunca defraudarlos y que siempre estén orgullosos de mí.

A mi familia, por siempre apoyarme y estar para mí en cualquier circunstancia de la vida, por siempre darme una solución a cada problema y por siempre velar por mi bienestar.

Silvia Yaritza Marmolejos Contreras

Dedicatoria

A Dios, por permitirme llegar hasta hoy y darme la fuerza para seguir.

A mis padres; Manuel E. Sierra Recio y María T. Ferreras Matos, por el apoyo incondicional, por servir de consuelo en los momentos difíciles, por ayudarme en cada tropiezo a seguir adelante, por ser mis ejemplos a seguir y por enseñarme que sin importar lo que la vida traiga consigo tengo que dar lo mejor de mí. Este logro no es solo mío, si no nuestro

A mi familia, fueron parte de mi desarrollo, como persona y como profesional, y por darme ánimos y motivarme a cumplir esta etapa.

Eimy Teresa Sierra Ferreras

Agradecimiento

A Dios, por haberme guiado por el camino correcto durante toda mi vida y mi carrera, por siempre bendecirme y nunca desampararme en los momentos más difíciles, por haber puesto en mi camino a las personas correctas que formaron parte de mi crecimiento personal y profesional, sin su misericordia y bondad no habría logrado mis metas.

A mis padres Héctor Marmolejos y Mayra Contreras, por ser mis héroes, mi mayor sustento, mis guías, por brindarme su amor y apoyo incondicional, por enseñarme el valor de las cosas y que hay que luchar por conseguir lo que uno quiere en la vida, por ser mis mayores admiradores, por siempre impulsarme a conseguir mis metas y propósitos, sin ustedes no habría conseguido este logro.

A mi hermana Yadhira Marmolejos, mis tíos Marilyn Contreras, Zoraida Contreras, Franklin Contreras y Héctor Contreras, a mi abuela Ana Silvia Ovalle, por siempre apoyarme incluso desde la distancia y darme ánimos de continuar cuando las cosas se ponían difíciles, por nunca desampararme y siempre velar por mi bienestar.

En memoria de mi abuelo Eligio Contreras, por ser el mejor abuelo y velar por mi bienestar desde niña.

A mi compañera de tesis Eimy Sierra, por ser una amiga, compañera y colega incondicional desde el día 1, por acompañarme en este proceso y siempre ser un apoyo incondicional en los peores momentos.

A mi prima Krystal Ovalle por siempre estar ahí cuando más lo necesito y escucharme en mis momentos de angustia, por ser mi desahogo y siempre apoyar todas mis locuras.

A mis compañeras de la UNPHU Luciel Lluveres, Ana Ciriaco, Geraldines Beato y Prisley Aybar por su amistad incondicional, por haberme acompañado y colaborado a lo largo de mi carrera para que este logro fuera posible, gracias por sus consejos y apoyo siempre.

A mis amigas de infancia Harley Núñez, Camila Rodríguez y Leticia Diaz por siempre estar para mí cuando las necesito, por ser amigas incondicionales y siempre apoyar todas mis locuras, las quiero con todo mi corazón y doy gracias a Dios por ustedes y por haberlas puesto en mi camino.

A mis asesoras, la Dra. Ruth Gómez y la Dra. Julissa Rodríguez por ser mis guías en esta etapa final, por su tiempo y su dedicación constante.

A la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, por ser mi alma mater y permitirme adquirir los conocimientos que hoy me acompañan.

!Gracias!

Silvia Yaritza Marmolejos Contreras

Agradecimiento

A mi madre, María T. Ferreras Matos, no tengo palabras suficientes para agradecerte todo lo que hiciste por mí, fuiste mi inspiración para ser profesional, me enseñaste todo lo que se y gracias a ti soy lo que soy hoy. Gracias por tener paciencia conmigo, sé que no fue fácil, por acompañarme en cada momento, por siempre velar por lo mejor para mi y por estar para ahí. No pude haber escogido un mejor modelo a seguir y espero en un futuro ser la mitad de la maravillosa persona que eres hoy.

A mi padre, a pesar de no pertenecer a las mismas áreas de trabajo no pude haber pedido un mejor confidente que tú, que aunque de seguro no entendías nada de lo que decía siempre estabas dispuesto a escucharme. Gracias por enseñarme el valor de las cosas, por apoyarme, por enseñarme a siempre hacer lo correcto y por creer en mi sin importar que. Eres una persona muy valiosa para mí y le agradezco grandemente a Dios el permitirme tenerte a mi lado.

A mis hermanos, Mario Sierra Ferreras, Fara Sierra Ferreras, Lara Sierra Ferreras y Manuel Emil Sierra Ferreras, gracias por estar ahí para mí en todo momento, me mostraron que para un hermano no existen barreras y que sin importar lo que suceda siempre estaremos para apoyarnos. Doy gracias a Dios por ponerlos en mi vida y espero que sepan que estaré siempre para ustedes y cuando sea su turno los apoyare en todo.

A mis compañeras, Luciel Lluveres, Chabeli Sánchez, Mariely Batista, Altagracia García, Laura Estrella y Pamela Rojas, por estar ahí para mi cuando las necesite, por acompañarme en cada paso y por escucharme cuando las necesite.

A mis amigos; no tengo suficiente espacio para mencionar a todas las personas que formaron parte de este logro, les agradezco grandemente por ser parte de este capítulo, por darme ánimos e impulsarme a seguir adelante , y por permitirme estar donde estoy hoy.

A mi compañera de tesis, Silvia Y. Marmolejos, no lo hubiese logrado sin ti, gracias por estar ahí para mí, por el apoyo y por depositar en mi la confianza de ser tu compañera, gracias.

A mis asesoras, la Dra. Ruth Gómez y la Dra. Julissa Rodríguez, gracias por ser nuestras guías y por la paciencia y apoyo que nos dieron.

A la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, por ser la base en mi desarrollo como profesional.

Gracias por todo.

Eimy Teresa Sierra Ferreras

Introducción

La familia de los Coronavirus como potenciales agentes infecciosos para humanos y animales se descubrieron alrededor de la década de los 60 con un cuadro clínico que variaba de un resfriado común hasta casos graves de neumonía, se tenía conocimiento de una totalidad de 6 tipos de coronavirus que afectaban a los seres humanos. En la actualidad el mundo se encuentra lidiando con una mutación de brotes descubiertos años atrás con un alto grado de contagio y propagación. El mismo se originó a finales del 2019 en Wuhan, el cual con rapidez se esparció en China convirtiéndose en epidemia, que posteriormente recorrió el mundo y en marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo declaró como pandemia¹.

En el área de la salud la transmisión y dispersión de este virus ha planteado grandes desafíos en todos los países afectados. Los odontólogos se encuentran entre los profesionales más afectados ya que tanto pacientes como operadores están expuestos a microorganismos patógenos, que infectan la cavidad oral y el tracto respiratorio, y que su contención depende de las acciones, actitudes y conocimientos que tenga no solo el profesional sino de los que tenga el paciente y su personal ayudante. Actualmente existe una disyuntiva entre los odontólogos generales sobre los procedimientos que estos pueden realizar, ya que anteriormente (pre pandemia) un odontólogo general realizaba la mayoría de los procedimientos en el consultorio dental, ahora surgen muchas dudas sobre qué pueden o no pueden realizar durante esta pandemia y sobre los cuidados y conocimientos que deben tener al respecto².

En la actualidad los estudios que se tienen sobre el coronavirus y odontología son escasos por tratarse de algo prácticamente nuevo, por lo cual la finalidad de la presente investigación es determinar cómo esta pandemia afecta a profesionales de la salud no solo en un ámbito físico, sino en su estado emocional, y que el mismo sirva de base para futuras investigaciones en el área y posibles prácticas para mejorar la seguridad de cualquier profesional al trabajar en medio de una pandemia.

CAPÍTULO I. PROBLEMA DEL ESTUDIO

1.1 Antecedentes del estudio

1.1.1 Antecedentes Internacionales

Mera, Delgado, et al³ realizaron una investigación titulada “Conocimientos y necesidades del personal de salud sobre elementos de protección personal en el departamento del Cauca, durante la pandemia por coronavirus COVID-19” con el objetivo de determinar las necesidades de protección personal de profesionales de la salud en el departamento del Cauca, durante la pandemia COVID-19. Se realizó un estudio descriptivo transversal a través de una encuesta virtual anónima compartida por la web o redes sociales al personal de salud que labora en los hospitales nivel III de atención en la ciudad de Popayán, departamento del Cauca. En las respuestas de los primeros 521 participantes, con respecto a la vinculación laboral, el 90.8% pertenecen a una única institución y el restante 9.1% laborando activamente en dos o más de estas instituciones. En cuanto a los procesos de capacitación, 27.3% refiere haber recibido capacitación sobre los procesos para la atención de pacientes infectados, mientras que el 24.5% refieren que dichas capacitaciones han sido muy pocas o nulas. Un 47.9% (249/521) de los participantes refieren no haber recibido capacitaciones acerca del uso de elementos personal de protección (EPP) para su actividad hospitalaria. Al ser encuestados en cuanto al nivel de conocimientos respecto a los EPP que deberían utilizar para su labor; el 13.2 % (69/521) de los participantes, refiere conocer a la perfección los EPP, el 49.7% (259/521), tener buen conocimiento, un 35.1% (183/521) manifiesta sentirse inseguro y el 1.9% (10/521) no saber nada respecto al tema, esta inseguridad fue frecuente entre los participantes de los servicios de hospitalización, quirófano y unidades de aislamiento respiratorio. Al preguntarles respecto a la disponibilidad de los EPP solo el 4.6% refieren que estos siempre están disponibles, mientras que el 29.2% manifestaron que casi nunca o nunca están disponibles, siendo los elementos más escasos las mascarillas N95 (450 respuestas) y tapabocas o mascarillas quirúrgicas (370 respuestas). El 64% de los participantes refieren haber tenido que comprar o conseguir por su cuenta los EPP.

Finalmente, se consultó al personal de salud participante, si considerarían continuar con su actividad laboral en caso de que no fuese posible conseguir todos los EPP necesarios para atender pacientes con infección por COVID-19, a lo cual el 41.8% (218) respondieron que reducirían sus actividades en el hospital, el 41.8% (218) suspenderían completamente sus actividades y el 12.5% (65) continuarían.

Wang, Pan, et al⁴, en abril del 2020 llevaron a cabo un estudio titulado “*A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China*” con la finalidad de evaluar el impacto psicológico temporal y el estado de la salud mental adversa durante el brote inicial y el pico de la epidemia de COVID-19. Para llevar a cabo el estudio se realizaron dos encuestas entre periodos de febrero y marzo con una estrategia de muestreo de bola de nieve con la meta de reclutar al público general que vivió en la China continental durante el brote de COVID-19. El cuestionario se realizó a través de una plataforma de encuestas en línea ('SurveyStar', Changsha Ranxing Science y Tecnología, Shanghai, China). La aprobación ética se obtuvo de la Junta de Revisión Institucional de la Universidad Normal de Huaibei (HBU-IRB-2020-001). El cuestionario contenía preguntas relacionadas con datos demográficos; síntomas físicos durante los primeros 14 días; historial de contacto con un paciente COVID-19 en los últimos 14 días; conocimiento y preocupaciones sobre COVID-19 y medidas de precaución tomadas contra COVID-19 en los últimos 14 días. El impacto psicológico de COVID-19 se midió utilizando la escala de Impacto de Eventos Revisado (IES-R) y el estado de salud mental de los encuestados se midió utilizando la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Para analizar las diferencias en el impacto psicológico, los niveles de depresión, ansiedad y estrés, se utilizó la prueba t de muestra independiente para comparar la puntuación media entre la primera y la segunda encuesta. De los 1406 participantes invitados de 194 ciudades en China, 1304(92.7%) completaron el cuestionario durante la primera encuesta. A pesar de que hubo 865 participantes de 159 ciudades durante la segunda encuesta, solo se completaron 861 cuestionarios (99.5%), que se incluyeron en el estudio. Un total de 1738 encuestados individuales participaron en este estudio longitudinal. Este estudio encontró que había una reducción significativa en las puntuaciones medias de IES-R (de 32.98 a 30.76, $p < 0.01$) después de 4 semanas. Sin embargo, el puntaje IES-R promedio de los encuestados de la primera y segunda encuesta

estaba por encima de los puntajes de corte (> 24), lo que sugiere que la reducción en las puntuaciones no fue clínicamente significativa. Durante la evaluación inicial, se notó estrés moderado a severo, ansiedad y depresión en 8.1%, 28.8% y 16.5%, respectivamente y no hubo cambios longitudinales significativos en los niveles de estrés, ansiedad y depresión ($p > 0,05$). Los factores protectores incluyeron un alto nivel de confianza en los médicos, la probabilidad de supervivencia percibida y bajo riesgo de contraer COVID-19, satisfacción con la información de salud, medidas de precaución personal. Como países de todo el mundo se preparan para una escalada en los casos, los gobiernos deberían centrarse en métodos efectivos de diseminar conocimiento imparcial de COVID-19, enseñar métodos de contención correctos, asegurar la disponibilidad de servicios, productos esenciales, y proporcionar suficiente apoyo financiero

En abril del año 2020 Zhou, Tang et al⁵, publicaron un estudio transversal titulado "*Knowledge, attitude and practice regarding COVID-19 among health care workers in Henan, China*", cuyo objetivo era el de identificar los conocimientos y actitudes de estos trabajadores frente al COVID-19. Este estudio se realizó en la provincia de Henan en China, la cual está geográficamente cerca de Wuhan, el centro de la epidemia. Este estudio se realizó en las etapas media y temprana del brote de COVID-19 en un área no epidémica pero aun críticamente afectada. Los autores identificaron un total de 1825 hospitales generales, 180,402 médicos, 263,100 enfermeros, y 103,306 paramédicos en la provincia de Henan. Se enviaron encuestas de investigación a los 1825 hospitales generales de la provincia. Aproximadamente 100 hospitales proporcionaron comentarios y registraron datos para sus HCW (trabajadores de la salud) por sus siglas en inglés. Luego fueron enviadas encuestas electrónicas a 10 hospitales (10%) para recolectar información acerca de sus trabajadores de la salud sobre el COVID-19. Estos hospitales fueron seleccionados en función de la accesibilidad de los encuestados (ubicación, cooperación e interés de la administración del hospital). Los diez hospitales eran públicos, acreditados, de especialidad múltiple, atención terciaria con 1800 a 10,000 camas. Los datos fueron recogidos de los trabajadores sanitarios en salas médicas y quirúrgicas y unidades de cuidados intensivos utilizando un cuestionario autoadministrado anónimo diseñado para evaluar el conocimiento y las actitudes con respecto a COVID-19. Todos los participantes dieron su consentimiento informado. El

cuestionario constó de 2 partes, la primera parte evaluó la información general y demográfica de los HCW. En esta encuesta, un HCW de primera línea se definió como un trabajador directamente involucrado en el COVID-19 y que tuvo contacto directo con casos confirmados o sospechosos a través de la admisión del paciente. La segunda parte de la encuesta contenía 16 ítems para evaluar los KAP (conocimiento, actitudes y prácticas) sobre la epidemia. Los resultados de este estudio fueron los siguientes: de los HCW encuestados en este estudio, el 89% demostró un conocimiento suficiente de COVID-19. Los médicos mostraron puntajes de conocimiento más altos (38.56 ± 3.31) que las enfermeras (37.85 ± 2.63) y paramédicos (36.72 ± 4.82). Esta investigación también encontró que el conocimiento afectaba directamente las actitudes, cuanto mayor era el conocimiento de los HCW, más confianza tenían en derrotar al virus (OR = 1.411, intervalo de confianza [IC] del 95%: 1.123, 1.774). Alrededor del 85% de los trabajadores sanitarios encuestados tenían miedo de infectarse en el trabajo. En comparación con los trabajadores sanitarios de primera línea, los trabajadores no de primera línea tuvieron menores confianza en derrotar al virus (OR = 0.562, IC 95%: 0.376, 0.839). Como conclusión estos indicaron que la capacitación en materia de protección debe organizarse de acuerdo con diferentes factores (experiencia laboral, nivel educativo, etc.), y los sistemas médicos deben garantizar que los trabajadores de primera línea tengan suficiente tiempo para descansar entre turnos, para evitar el exceso de trabajo y la falta de conciencia, así como los errores durante los esfuerzos de ayuda epidémica y para reducir el riesgo de infección entre la asistencia sanitaria.

Luu, Huynh, et al⁶ en abril del 2020, publicaron un artículo titulado “*Data for understanding the risk perception of COVID-19 from Vietnamese sample*” en el cual mediante datos se describe la percepción de riesgo de un grupo de vietnamitas. El mismo tiene por objetivo comprender mediante datos la percepción de riesgo sobre la pandemia del COVID-19 en base a la información que la población obtiene en las redes sociales y que los mismos sirvan como base para futuros estudios. Fueron encuestados un total de 391 vietnamitas, entre edades de 15-47 años y el formulario de recolección fue una herramienta de internet proporcionada por la Universidad de Economía, Ho Ciudad Chi Minh (Vietnam), el mismo fue impartido en vietnamita. Se usó la escala Likert de 10 puntos para estimar la percepción de riesgo y los datos fueron recolectados mediante autoadministración anónima mediante la plataforma en

internet. Los autores de este estudio refieren que sus datos pueden ser analizados por STATA u otro software para modelos ecométricos, y que los estudios de seguimiento pueden ampliar la información expuesta permitiendo determinar algunas características para contener con éxito la pandemia.

En abril del año 2020 Yousef Khader, Mohannad Al Nsour et al⁷ publicaron un estudio titulado "*Dentists Awareness, Perception, and Attitude Regarding COVID-19 and Infection Control: Cross-Sectional Study Among Jordanian Dentists*" en Jordania, cuyo objetivo fue el de evaluar el nivel de conciencia, percepción y actitud con respecto a la enfermedad por coronavirus (COVID-19) y el control de infecciones entre los dentistas jordanos. La metodología utilizada fue convocar un grupo de dentistas de Jordania, tanto de hospitales, clínicas privadas y centros de salud sin importar la localización, los cuales fueron seleccionados por un grupo de dentistas de Facebook. Estos verificaron que los dentistas seleccionados sean dentistas de Jordania y que estuvieran inscritos en la Asociación Dental de Jordania. Se eligieron 5 grupos al azar de los cuales solamente fueron seleccionados 700 dentistas jordanos, a los cuales se les llamó para verificar su participación y su perfil profesional. Se les realizó un cuestionario online creado con Google Forms en el idioma inglés, de forma anónima, el cual consistía de preguntas relacionadas al perfil sociodemográfico, el conocimiento, las actitudes de los dentistas, sus percepciones y las medidas de control frente al COVID-19. Para el análisis de los datos los autores utilizaron el programa SPSS (IBM Corp), también utilizaron un análisis estadístico descriptivo para describir los elementos incluidos en la encuesta. En este estudio participaron un total de 368 dentistas jordanos (245 mujeres y 123 hombres) de 700 dentistas que fueron invitados, formando una tasa de respuesta de aproximadamente el 52,6%. Los resultados que obtuvieron fueron los siguientes: cuando se le preguntó sobre el periodo de incubación 133 (36,1%) respondió de 1 a 14 días, 12 (3.3%) respondió de 2 a 7 días, 162 (44.0%) respondió de 7 a 14 días y 61 (16.6%) respondió de 7 a 21 días. Cuando se les preguntó sobre los aspectos que deberían considerarse para identificar a los pacientes en riesgo de tener COVID-19, 316 (85.9%) mencionaron la presencia de síntomas de una infección respiratoria, 347 (94.3%) mencionaron antecedentes de viajes a áreas que experimentaron transmisión de COVID-19 y 345 (93.8%) mencionaron antecedentes de contacto con posibles pacientes infectados. En

cuanto al conocimiento sobre las medidas para prevenir la transmisión del COVID-19 en las clínicas dentales, la mayoría de los 368 dentistas informaron que la limpieza frecuente de las manos mediante el uso de un desinfectante para manos a base de alcohol o agua y jabón, la limpieza y desinfección rutinaria de superficies en contacto con pacientes conocidos o sospechosos, y el uso de protección personal el equipo puede ayudar a prevenir la transmisión de pacientes con COVID-19 conocido o sospechado. Con respecto a las acciones preventivas de los dentistas en la clínica dental, un total de 275 (74.7%) consideraban que era necesario pedirles a los pacientes que se sentaran lejos el uno del otro, usar máscaras mientras estaban en la sala de espera y lavarse las manos antes de subirse al sillón dental para disminuir la transmisión de la enfermedad, mientras que 80 (21.7%) creían que esto no era necesario y podría causar pánico. Sin embargo, un total de 304 (82,6%) dentistas informaron que prefieren evitar trabajar con un paciente con un caso sospechoso de COVID-19. Los autores de este estudio concluyeron que los dentistas jordanos encuestados podrían identificar los síntomas principales de COVID-19, lo que ayuda a los dentistas a reconocer la amenaza y tomar las medidas necesarias y se considera esencial en el tratamiento y control de la propagación de la enfermedad. Como conclusión estos indicaron que los dentistas jordanos conocían los síntomas de COVID-19, el modo de transmisión, el control de infecciones y las medidas en las clínicas dentales. Sin embargo, los dentistas tenían una comprensión limitada de las medidas de precaución adicionales que protegen al personal dental y a otros pacientes de COVID-19.

En marzo del 2020 Shi, Wang, et al⁸, publicaron un artículo titulado “*Knowledge and attitudes of medical staff in Chinese psychiatric hospitals regarding COVID-19*”, con el propósito de evaluar el conocimiento y las actitudes de personal médico en centros de salud mental chinos durante el brote de COVID-19, e identificar factores independientes que afectan la voluntad de trabajar con pacientes infectados con COVID-19 con trastornos psiquiátricos. La encuesta constaba de 33 ítems con una escala de Likert de 5 puntos y fue impartida en la plataforma online Questionnaire Star. La población se dividió en psiquiatras y enfermeras, incluyendo un total de 141 psiquiatras y 170 enfermeras psiquiátricas en el estudio. El estudio demostró que durante la epidemia de COVID-19 solo el 7.40% del personal médico tenía la experiencia en cuanto al trato de pacientes sospechosos o

confirmados y que solo un 77.1% de los participantes expresaron su disposición atención a pacientes psiquiátricos que padecen infección por COVID-19, lo cual explica el por qué más del 20% del personal médico visto expresó su renuncia a tratar con pacientes psiquiátricos infectados. En conclusión, este estudio sugiere que se debe prestar mayor atención al conocimiento y las actitudes del personal médico en hospitales psiquiátricos durante el brote de COVID-19.

En marzo del año 2020, Tara Ma, Anita Heywood et al⁹ publicaron un estudio cualitativo que fue realizado en junio del año 2013 titulado *“Travel health risk perceptions of Chinese international students in Australia e Implications for COVID-19”* en la Universidad de New South Wales en Sydney, Australia. Este estudio no se realizó durante la situación de pandemia del COVID-19, sin embargo, hubo un brote de gripe H7N9 en ese momento en muchas partes de China. El estudio constó de un total de 28 estudiantes internacionales chinos que estudiaban en dicha universidad de 18 años o más y que habían regresado a China continental u Hong Kong durante los 18 meses anteriores con el fin de visitar amigos o familiares. No hubo criterios de exclusión adicionales. Para convocar a los estudiantes se utilizó una combinación de métodos de reclutamiento, incluidos anuncios publicitarios colocados en el campus y anuncios electrónicos en publicaciones y sitios web universitarios seleccionados. Los jefes de escuela de todas las facultades, la Asociación de Estudiantes Chinos de UNSW y la Asociación de Estudiantes de Hong Kong de UNSW fueron contactados para ayudar con la distribución de la información del estudio. Los jefes de escuela y las asociaciones de estudiantes enviaron invitaciones para participar a través de listas de distribución por correo electrónico. Se dividieron en dos grupos focales en la UNSW. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito antes de comenzar las sesiones de grupos focales. Los participantes completaron un breve cuestionario demográfico. Hubo moderadores disponibles para traducir ciertos términos chinos donde fuera necesario. Los resultados fueron discutidos al final de cada grupo focal por los investigadores. Como incentivo por su participación, los participantes recibieron una tarjeta de regalo de \$30 y un paquete de información de salud para viajes. Ninguno de los participantes informó haber consultado a un profesional médico antes de cualquiera de sus viajes de regreso a China. Todas las discusiones de grupos focales fueron grabadas y luego transcritas manualmente por

dos transcritores fluyentes en mandarín y / o cantonés. Los datos fueron transcritos de forma anónima. Los datos fueron analizados utilizando el software nVivo 10 se decidió a priori, utilizando un enfoque de análisis temático. Los datos fueron codificados en una estructura de códigos, cada código representando un tema. La lista de códigos de los temas principales se desarrolló a través del análisis de contenido de los datos y se construyó de forma independiente por los investigadores. No se utilizaron temas predeterminados, y se aplicó un marco temático final acordado a todas las entrevistas. Los datos codificados fueron luego analizados y resumidos. Con este estudio se llegó a las siguientes conclusiones: muchos de los estudiantes internacionales que participaron expresaron un fuerte sentimiento de China como su hogar. Esto puede deberse a que muchos estudiantes internacionales no han tomado la decisión de emigrar permanentemente a Australia, y a menudo tienen familia en China, pero no en Australia. Esto tiene implicaciones para la búsqueda de salud previa al viaje. El uso del Internet en los preparativos previos al viaje fue extenso entre los estudiantes internacionales participantes en este estudio. Internet es una fuente común de información sobre salud en viajes para estudiantes universitarios, con extensos buscadores que incluyen información y opiniones sobre vacunación, y el uso de fuentes de información tanto oficiales como no oficiales. En este estudio, los participantes declararon tener un médico de cabecera regular y tener cobertura de seguro médico como posibles razones por las cuales los migrantes a largo plazo tienen más probabilidades de buscar asesoramiento médico previo al viaje.

En marzo del año 2020 Khader et al.¹⁰, en Jordania llevaron a cabo una investigación con el objetivo de evaluar la conciencia, percepción y actitudes de los dentistas con respecto a COVID-19 y control de infecciones. Para la realización de este estudio seleccionaron al azar 700 dentistas jordanos de los cuales tomaron una muestra de 368 entre 22 y 73 años de edad. A cada participante le fue enviado un cuestionario online que constaba de una lista de preguntas sobre las características demográficas de los dentistas, la conciencia del período de incubación del virus COVID-19 y su actitud frente a tratar pacientes con el virus. Los resultados reflejaron que 245 de los participantes eran mujeres, que la experiencia en la práctica odontológica fue variada entre 1 a 30 años , que el 30.4% habían completado programas de maestrías o residencias odontológicas, mientras que el resto había recibido

capacitación en control de infecciones o sobre el COVID-19; solo el 74.7% estuvo de acuerdo con mantener los pacientes lejos en la sala de espera, con mascarilla y lavarse las manos antes del sillón dental y 17.7% de los dentistas percibieron el virus como muy peligroso mientras que el 71.7% como moderadamente peligroso y 9.5% como no peligroso. Mediante estos resultados pudieron concluir que los dentistas jordanos conocían los síntomas, modo de transmisión y control en la clínica dental, pero presentaron dominio limitado de las medidas de precaución para proteger el personal dental.

Un estudio publicado en marzo del 2020 por Cao et al.¹¹, se encargaron de analizar el estado de salud mental de los estudiantes universitarios durante la epidemia con el fin de evaluar la situación mental de los estudiantes universitarios durante la epidemia; proporcionar una base teórica para intervenciones psicológicas con estudiantes universitarios; y proporcionar una base para la promulgación de políticas nacionales y gubernamentales. Se desarrolló un paquete de cuestionarios rápidos de completar con el propósito de evaluar la situación mental durante la epidemia y proporcionar una base para intervenciones psicológicas a los estudiantes. Los 7,143 estudiantes encuestados tuvieron que responder a la escala de trastorno de ansiedad generalizada de 7 ítems (GAD-7), preguntas sobre sus cogniciones y comportamiento frente a COVID-19 y disponibilidad de apoyo social. En cuanto a las características de los participantes aproximadamente dos tercios eran mujeres, 43.8% vivían en zonas rurales y 95.4% vivían con sus padres. Dentro de los aspectos de ansiedad 75.1% no tenían síntomas de ansiedad mientras que 21.3% presentaron ansiedad leve. Otros de los resultados fueron que los estudiantes que tenían familiares o conocidos infectados con COVID-19 tenían riesgo de aumentar la ansiedad. Los autores concluyen que el análisis de correlación indicó que los efectos económicos, los efectos sobre la vida diaria, así como los retrasos académicos están asociados positivamente con síntomas de ansiedad, pero que el hecho de vivir en zonas urbanas, tener apoyo familiar e ingresos familiares estables son factores protectores de la ansiedad en estudiantes universitarios.

En marzo del 2020, Roy et al.¹² realizaron una investigación de tipo transversal en distintas ciudades sobre el conocimiento, actitud, ansiedad y necesidad percibida de salud mental durante la pandemia del COVID-19. Utilizaron una técnica de muestreo de bola de nieve y

usando formularios de Google desarrollaron un cuestionario el cual les fue enviado por medio de WhatsApp, correos electrónicos y otras redes a 662 personas de 18 años de edad en adelante. Como resultado, se obtuvo que un 51.2% fueron mujeres. La mitad de la población eran profesionales de la salud, 80% eran de áreas urbanas y aproximadamente el 87% eran hindúes. Una segunda sección sobre la conciencia de la población sobre el COVID-19 en la cual resaltó el hecho de que solo el 18.2% consideró la fiebre como un síntoma, el 29.5% respondió que el virus se propaga de las múltiples formas y el 43% de los encuestados consideró el virus como altamente contagioso. En cuanto a la ansiedad, el 40% informaron estar preocupados, 12% tener dificultades para dormir, más de la mitad de la muestra reportó tener pánico y el 80% de los participantes sintió la necesidad de ayuda profesional por su salud mental. Basado en estos resultados demostraron que la población conoce sobre la infección, existe aumento de la preocupación y temor por el COVID-19 y que las personas tienen mayor dificultad para lidiar con su salud mental.

En la China, país que se ha visto gravemente afectado por la enfermedad del coronavirus 2019, en febrero del 2020, Huang y Zhao¹³, evaluaron la carga mental y comportamiento de la población China frente a la situación de pandemia mediante un estudio tipo transversal, llamado “Trastorno de ansiedad generalizada, síntomas depresivos y calidad del sueño durante el brote del COVID-19”. Para la realización de esta investigación lograron a través de la plataforma WeChat evaluar 7,236 voluntarios autoseleccionados de 6 a 80 años de edad con una tardanza de solo 1 minuto. En la evaluación de los distintos acápite usaron versiones chinas de escalas psicológicas, entre ellas la escala GAD-7 (Trastorno de ansiedad generalizada-7) y se añadieron preguntas para estimar las variables demográficas y el conocimiento relacionado con el COVID-19. Los resultados mostraron que 54.6% eran mujeres y 45.4% hombres, entre esas muestras 31.1% eran trabajadores del área de la salud, 43.6% pasaba 3 o más horas enfocado en el COVID-19 los cuales resultaron ser más propensos a desarrollar ansiedad, 78.8% de los participantes tenía bastante conocimiento sobre el virus. En base a estos resultados identificaron una reveladora carga de salud mental de la población durante el brote COVID-19, que las personas que pasan mucho tiempo pensando en el brote y los trabajadores de salud tenían un alto riesgo de enfermedad mental y que los trabajadores de salud tienen un alto riesgo por la mala calidad del sueño.

1.1.2 Antecedentes Nacionales

No se encontraron debido a que es un tema nuevo y reciente.

1.1.3 Antecedentes Locales

No se encontraron debido a que es un tema nuevo y reciente.

1.2 Planteamiento del problema

La enfermedad del COVID-2019 es causada por el nuevo coronavirus que se ha descubierto recientemente. Tanto el nuevo virus como la enfermedad eran desconocidos antes de que estallara el brote en China en diciembre de 2019 y pertenece a una extensa familia de virus que pueden causar desde el resfriado común hasta una neumonía infecciosa aguda que puede producir la muerte ^{7,14}. La COVID-2019 se ha convertido en pandemia, con 1, 696, 588 casos confirmados y más de 100 mil muertes en todo el mundo, de acuerdo con el reporte 83 del 12 de abril del 2020, de los cuales, 33.8% (573, 940) de los casos son de la región de las Américas y 2,620 pertenecen a República Dominicana¹⁵.

Debido a que el COVID-2019 se transmite principalmente por el contacto con una persona que esté infectada por el virus, dentro de las acciones más importantes para limitar su transmisión están el distanciamiento social, autoaislamiento y cuarentena. Estas medidas tienen impactos positivos para la salud al aplanar la curva de contagio. Sin embargo, también afecta la actividad económica, implica la desaceleración de la producción o incluso su interrupción total, y debido a entidades internacionales han reportado que aún se desconoce cuánto tiempo durará la crisis, toda esta situación puede predisponer a la ansiedad, el estrés agudo y las actitudes perjudiciales^{14,16}. En el caso de los trabajadores de la salud, a medida que la pandemia avanza, se ha ido notificando el contagio del personal médico, debido a que están expuestos a trabajar con individuos infectados¹⁵. Los odontólogos, por su parte, pueden

ser individuos de alto riesgo infeccioso, por el contacto cercano que tienen con los pacientes, la generación de aerosoles por parte del equipo dental y la naturaleza del tratamiento dental, en caso de que las medidas de bioseguridad y protección personal no sean implementadas de manera protocolar^{16,17}.

Estas situaciones mencionadas anteriormente pudieran estar vinculadas a determinantes psicosociales, como la percepción de riesgo, autoeficacia o la percepción de susceptibilidad, o el conocimiento acerca de la enfermedad, que podrían ejercer influencia en la agudización de las mismas¹⁸. Específicamente, la percepción de riesgo, que se refiere a la manera en que piensan y sienten los individuos sobre los riesgos que afrontan, es considerado un determinante trascendental para un comportamiento protector. Además, se ha informado que, por ejemplo, las respuestas al virus AH1N1 en 2009 y el éxito de los programas de intervención de salud pública dependen en gran medida de la percepción del riesgo individual, por lo tanto, pudiera ser que la ansiedad o actitud hacia el COVID-19 se vea fuertemente influenciado por esta percepción. Por todo lo anteriormente expuesto surge la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los determinantes psicosociales de la ansiedad, estrés agudo y actitud de los odontólogos docentes dominicanos frente a la pandemia del COVID-19?

1.3 Justificación

La pandemia del COVID-19 ha significado una crisis sanitaria, humana y económica para todos los países del mundo¹⁹ y esto pudiera tener efectos psicosociales muy diversos. Por lo tanto, analizar los determinantes psicosociales de la ansiedad, estrés agudo, actitud y conocimientos de los odontólogos docentes acerca de la pandemia del COVID-19, permitiría abordar la percepción de riesgo y de susceptibilidad de estos, podría mejorar los comportamientos de salud e incluso podría ayudar a evitar la propagación del virus porque solo la percepción del riesgo, es decir, cómo piensan y sienten los individuos sobre los riesgos que enfrentan, es un determinante importante de la conducta protectora²⁰.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

- 1.4.1.1 Analizar los determinantes psicosociales de la ansiedad, actitud y conocimiento de los odontólogos docentes dominicanos frente a la pandemia del COVID-19.

1.4.2 Objetivos específicos

- 1.4.2.1 Identificar la percepción de riesgo de COVID-19 de los odontólogos docentes dominicanos.
- 1.4.2.2 Identificar la percepción de susceptibilidad de COVID-19 de los odontólogos docentes dominicanos.
- 1.4.2.3 Determinar el rol de la autoeficacia de los odontólogos docentes dominicanos ante el COVID-19
- 1.4.2.4 Determinar el nivel de ansiedad de los odontólogos docentes dominicanos por la pandemia del COVID-19.
- 1.4.2.5 Determinar el conocimiento de los odontólogos docentes dominicanos sobre el COVID-19 y su manejo.
- 1.4.2.6 Identificar la actitud de los odontólogos docentes dominicanos hacia la pandemia del COVID-19.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. COVID-19

Los coronavirus son una familia de virus que habitan tanto en los seres humanos y en los animales, provocando diferentes enfermedades respiratorias, como es el resfriado común; se identificaron por vez primera en la década de 1960 y reciben su nombre de las puntas en forma de corona que se encuentran en su superficie. En 2019 se identificó un nuevo coronavirus como la causa de un brote de enfermedades que se originó en China^{14,21}. Los primeros reportes de casos confirmados fueron entre el 18 y el 29 de diciembre, un total de 5 pacientes fueron hospitalizados por dificultad respiratoria aguda, para inicios de enero se contabilizó un total de 41 pacientes confirmados con pruebas de laboratorio. Al 22 de enero se reportaron 571 casos del nuevo coronavirus en 25 provincias de China, para el 25 de enero la cifra aumentó a 1975 casos, pero un reporte del 24 de enero estimó que la incidencia era de 5502 casos. Al 30 de enero ya se confirmaron 7734 casos y 90 en otros países alrededor del globo. En Estados Unidos se confirmaron casos a finales de enero, haciendo imperativo describir, identificar, diagnosticar, determinar el curso clínico y el adecuado manejo de estos pacientes. Para el 16 de febrero del 2020 se reportó que a nivel mundial las cifras habían llegado de los 51,857 en 25 países y en la actualidad las cifras siguen en aumento²².

La irrefrenable dispersión que ha tenido este virus ha alcanzado niveles epidemiológicos para ser considerada una pandemia, con cifras de más de 100,000 personas infectadas en más de 100 países. En vista de esto se evidencia la necesidad de una acción global para enfrentar este desafío; aquellos países que por desdicha ya fueron afectados tienen para los demás conocimientos valiosos en cuanto al manejo²³. Nuevas cepas de Coronavirus se generan periódicamente en humanos debido a su gran diversidad y recombinación de genomas; también se le adjudica el aumento en la interacción entre humanos y animales²⁴. Este virus ahora se conoce como el síndrome respiratorio agudo grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2). La enfermedad que causa se llama enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19)^{14,21}. Analizándolo desde un ámbito estrictamente biológico, el SARS-CoV-2 es un RNA-virus del género Beta coronavirus. El virus pertenece a una gran familia que puede causar desde

infecciones respiratorias leves hasta formas más severas como el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (conocido por sus siglas en inglés MERS) y el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (conocido por sus siglas en inglés SARS)²⁵.

En marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que este brote de COVID-19 es una pandemia, cuya tasa de mortalidad es de alrededor de 3%, mientras que para SARS-CoV y MERS-CoV es de aproximadamente 10 y 34%, respectivamente^{14,21}.

2.1.1. Medios de contagio

El medio de transmisión del COVID-19 puede describirse como directo, por medio de gotas respiratorias producidas al estornudar o toser; e indirecto por el contacto con superficies contaminadas. Según estudios realizados en Wuhan, China, el periodo de incubación del virus es de 2 a 7 días y el de latencia oscila entre los 12 días. El virus se puede inactivar de manera efectiva con solventes orgánicos como éter, etanol, cloroformo y desinfectantes que contengan cloro o ácido peroxiacético²⁴.

2.1.2. Cuadro clínico

El cuadro clínico va desde pacientes asintomáticos hasta pacientes con insuficiencia respiratoria grave, con riesgo de compromiso a causa de sepsis, shock séptico y síndrome de disfunción multiorgánica²⁴. Los signos y síntomas de COVID-19, pueden aparecer entre dos y 14 días después de estar expuesto. En el 80% de casos pueden incluir fiebre, tos seca, cansancio, dolores, goteo de la nariz, dolor de garganta, dolor de cabeza, diarrea, vómitos, y algunas personas pierden el sentido del olfato o del gusto ^{14,21,24,26}. En casos más graves presentan dificultad respiratoria (disnea), respiración anormalmente rápida (taquipnea), cianosis e hipoxia. También existen aquellos casos en los que el único síntoma es la pérdida del olfato (anosmia) ²⁴. A nivel gastrointestinal, un estudio descriptivo, multicéntrico realizado en China reveló que el 48,5% de los pacientes (adultos) evaluados en tres hospitales, consultaron por síntomas digestivos (diarrea, vómitos, dolor abdominal e

hiporexia) y que estos síntomas estuvieron asociados con una hospitalización más prolongada y un peor pronóstico. También pueden manifestarse en el 10% de los pacientes pediátricos. En relación a estos últimos, la evidencia sugiere que los niños se infectan menos y cuando lo hacen, lo hacen de forma menos severa²⁵.

La gravedad de los síntomas de COVID-19, puede ser de muy leve a seria. Algunas personas no tienen ningún síntoma. El transcurso de la enfermedad varía según la edad o la presencia de una enfermedad o condición preexistente: infantes y jóvenes menores de 24 años cursan una sintomatología leve, adultos entre 24-65 años evolucionan bien si no existe algún factor agravante, pero aquellos que superan los 65 años son más vulnerables. Los adultos mayores o las personas que tienen ciertas afecciones crónicas, como enfermedades cardíacas o pulmonares, diabetes, o que tienen un sistema inmunitario comprometido, pueden correr un riesgo más alto de enfermarse de gravedad. Esto es similar a lo que se ve con otras enfermedades respiratorias, como la influenza (gripe)^{14,18,21,26}.

Aunque la mayoría de las personas con COVID-19, tienen síntomas entre leves y moderados, la enfermedad puede causar complicaciones médicas graves y, en algunas personas, la muerte. Los adultos mayores o las personas con afecciones crónicas están a mayor riesgo de enfermarse gravemente con COVID-19. Algunas de las complicaciones pueden ser neumonía en los dos pulmones e insuficiencia de varios órganos^{14,21,26}.

2.1.3. Diagnóstico

La OMS exhorta reservar las pruebas para aquellos casos sospechosos de COVID-19, personas que hayan tenido algún tipo de contacto con pacientes contagiados, que hayan hecho viajes recientes o que presenten algún síntoma. Las pruebas disponibles son: (a) la amplificación de ácido nucleico (NAAT), como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real (RT-PCR), se recomienda realizarla para hacer el diagnóstico de COVID-19 en pacientes sintomáticos; (b) los estudios serológicos están aún en investigación, en un futuro reciente se sabrá su utilidad y aplicabilidad; (c) la secuenciación viral, que es útil para

demostrar mutaciones del genoma viral y (d) el cultivo viral que no se recomienda realizar de rutina²⁴.

Pueden presentarse casos de falsos negativos que dependen tanto del individuo como de la etapa en la que se encuentre la enfermedad al tomar la muestra. La OMS recomienda repetir la toma de la muestra a las 48 horas para confirmar el diagnóstico, exclusivamente en aquellos casos que se tenga una alta sospecha clínica²⁴.

2.1.4. Tratamiento

En la actualidad no se dispone de un tratamiento antiviral específico o vacuna. El tratamiento es de soporte y preventivo, mediante recomendaciones de aislamiento de pacientes contagiados y distanciamiento social²⁴. Para pacientes infectados el tratamiento general es de soporte y en casos más graves oxigenoterapia con ventilación mecánica, manejo de sepsis con antibioticoterapia y de shock con inotrópicos o corticoides¹⁸.

2.1.5. Medidas de prevención y contención

La prevención y contención está dirigida a disminuir la transmisibilidad del agente infectante y evitar el daño potencial que genera; estas medidas se pueden analizar en tres niveles: nacional (medidas que toma salud pública para reducir la transmisión, que incluyen aislamiento, identificación temprana, seguimiento de casos y uso de barreras de bioseguridad), caso relacionado (tratamiento ofrecido a pacientes y aislamiento de casos y contactos) y control poblacional general (la medida eficiente sería una vacuna, pero por el momento la mejor medida es evitar exponerse al virus)^{18,24}. La OMS y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan tomar precauciones para evitar el COVID-19, y aunque no existan vacunas para prevenir la infección del nuevo coronavirus, las medidas sirven para reducir el riesgo de infección y contagio. Las medidas son las siguientes^{14,21,24,26}:

- Evitar eventos con mucha gente, y reuniones multitudinarias.
- Evitar contacto cercano (menos de 6 pies o 2 metros) con cualquier persona que esté enferma o que presente síntomas.
- Mantener distancia física entre personas, aunque estén asintomáticas.
- Lavarse las manos con frecuencia con agua y jabón, después de haber visitado el exterior, estornudar o toser, por lo menos por 20 segundos, o usar un desinfectante para manos con base de alcohol que contenga al menos 60% de alcohol.
- Cubrirse la boca y la nariz con el codo o un pañuelo descartable al toser o estornudar.
- Desechar el pañuelo descartable usado.
- Evitar tocarse los ojos, la nariz, y la boca.
- Evitar compartir platos, vasos, ropa de cama y otros objetos de la casa si estás enfermo.
- Limpiar y desinfectar diariamente las superficies que se tocan con frecuencia con soluciones de hipoclorito de sodio (cinco cucharadas en un galón de agua) o alcohol (concentración mínima de 70%).
- Quedarse en casa y no ir al trabajo, a la escuela, ni a lugares públicos si se está enfermo, a no ser para recibir atención médica. Evitar el transporte público si se está enfermo.

El CDC recomienda ponerse mascarillas de tela en lugares públicos, como el supermercado, donde es difícil evitar el contacto cercano con otros. Esto se recomienda especialmente en las áreas donde actualmente hay propagación en la comunidad. Este consejo actualizado está basado en datos que muestran que las personas con COVID-19, pueden transmitir el virus antes de darse cuenta de que lo tienen. Usar mascarillas en público puede ayudar a reducir el contagio de las personas que no tienen síntomas. Las mascarillas de tela que no son para uso médico se recomiendan para el público en general. Hay escasez de mascarillas quirúrgicas y de respiradores N-95, y se deben reservar para los proveedores de atención médica^{14,21,26}.

2.2. COVID-19 y la odontología

Los odontólogos corresponden a un grupo de profesionales con alto riesgo de contagio por la constante exposición a saliva, sangre y aerosoles/gotas que se generan en la gran parte de los procedimientos dentales. En la actualidad no se tiene mucha información sobre el correcto manejo odontológico durante esta pandemia por lo que como medida de prevención primaria se debe mantener especial cuidado en el uso de barreras de protección adecuadas a la hora de realizar procesos diagnósticos o cualquier tratamiento oral. El contagio en esta rama de la salud se da por la inhalación de microorganismos en aerosoles de individuos infectados o por un mal manejo de bioseguridad al tener contacto directo con mucosas, fluidos, instrumentos o superficies contaminadas²⁷⁻²⁹.

La consulta dental corresponde un complejo donde se agrupan la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de pacientes, y estas labores no solo se realizan en el sillón dental, sino que inician desde que el paciente ingresa a la clínica. Debido a la gran infectividad que posee el virus el tratamiento oral tiene ciertos agravantes; durante la evaluación oral el clínico y el paciente tienen contacto cercano cara a cara, si el paciente tose, estornuda, el clínico corta tejidos duros del diente o usa equipos de ultrasonido esto provoca que las secreciones, saliva o sangre en el paciente salpiquen. Si no existen medidas de protección adecuadas, estas gotas pueden salpicar directamente a la conjuntiva, mucosa oral y nasal del personal clínico causando así contagio; estas partículas al usar piezas de alta velocidad se quedan suspendidas en el aire en forma de aerosol, que pueden contaminar al inhalarlas; también se puede dar infección cruzada entre el clínico, el paciente, el personal y otros pacientes presentes; los microorganismos pueden mantenerse adheridos a los instrumentos o superficies, y así existen muchas más formas en las que se puede esparcir el virus si no se toman las normativas de seguridad pertinentes ante el contagio^{29,30}.

2.2.1. Los pacientes

La selección de los pacientes es determinante para limitar el riesgo de exposición entre el profesional y personas no infectadas al virus. Previo al inicio de cualquier tratamiento al paciente se le deben realizar una serie de preguntas, de preferencia vía telefónica, como son:

¿Si ha tenido fiebre, tos, dolor de garganta o algún problema respiratorio en los últimos 14 días? ¿Si ha tenido contacto con alguna persona contagiada? ¿Si ha habido algún caso del virus en las zonas que frecuenta en los últimos 14 días? Acorde con las respuestas se pueden clasificar en bajo, alto y mediano riesgo^{28,31}

Las medidas del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) indica que si algún paciente presenta algún síntoma se debe considerar el posponer el tratamiento que no sea de emergencia hasta que el paciente pase a una categoría de no sospecha o no contagiabile; en caso de que no pueda ser pospuesta se deben emplear todas las barreras de seguridad necesarias, tanto para el doctor como su personal para limitar la contaminación cruzada de otros pacientes, visitantes o del personal²⁸.

2.2.2. Instrumental y equipo

Se debe tener un plan detallado de desinfección tanto del instrumental de mano como del equipo dental y la desinfección del paciente y del odontólogo. El coronavirus se esparce a través de los aerosoles producidos durante el tratamiento dental y puede mantenerse activo en superficies metálicas, cristal y plástico por un par de días. Aún no existe un protocolo específico de bioseguridad para el COVID-19, sin embargo, se utilizan las medidas básicas expuestas por el CDC. Se debe utilizar material estéril y desechable y aquellos no desechables ser esterilizados mediante el uso de autoclave. Las superficies clínicas que se manipulan de manera frecuente con los guantes o se contaminan con sangre o saliva pueden ser cubiertas con barreras protectoras y ser desinfectadas entre paciente y paciente²⁸.

2.2.3. Control en la generación de aerosoles y gotas

El objetivo de controlar la generación de aerosoles es evitar la propagación de agentes contaminantes en el ambiente, ya que aumenta el riesgo de trasmisión al exponerse a un ambiente contaminado. Investigaciones realizadas en China consideran que la práctica odontológica es riesgosa, ya que es un frecuente generador de aerosoles potencialmente

contaminados encontrados en sangre, saliva y cavidad oral de los pacientes. Pero para asegurar una práctica segura se debe tomar en cuenta las siguientes normativas²⁸:

- Usar colutorios orales previos a iniciar el tratamiento, ya que los enjuagues de clorhexidina aparentemente son efectivos para eliminar el virus.
- Aquellos pacientes con síntomas de gripe o tos deben permanecer siempre con mascarillas hasta que se les vaya a trabajar, para evitar esparcir microorganismos en el aire.
- Usar diques de goma reduce la propagación de aerosoles en un 70%.
- Disminuir el uso de radiografías periapicales, porque induce la salivación y el toser, fomentar el uso de radiografías extraorales.
- Reducir el tiempo de trabajo e instruir al paciente evitar la charla innecesaria.
- Mantener buena ventilación del ambiente; puede emplearse el uso de purificadores de aire o radiación ultravioleta para eliminar el virus en el aire.

También se recomienda evitar aquellos tratamientos que produzcan aerosoles y limitarse a aliviar el malestar del paciente²⁸.

Tabla. Operación oral y medidas de control correspondientes que son fáciles de producir gotas y / o aerosoles²⁹.

Procedimiento	Medidas de prevención
Evaluación intraoral	Mantener al paciente en una posición cómoda y relajada; usar el eyector para aspirar la saliva a tiempo.
Jeringa triple	Evitar su uso, de ser posible secar con algodón o enjuagar al paciente.
Radiografías Intraorales	Limitarse a técnicas extraorales (Panorámicas, tomografías, etc.) de ser posible.
Retiro de restauraciones defectuosas o remoción de caries	Tratamiento optativo; cuando sea necesario, con anestesia local. Usar un dique de goma y una buena succión. Para la eliminación de caries usar productos químicos o cucharillas.
Procedimientos endodónticos	Con anestesia local, dique de goma y buena succión. Si hay perforación eliminar la caries con cucharilla; si no hay perforación hacer acceso con pieza de alta velocidad.
Tallado dentario	Tratamiento selectivo; si es necesario, optar por el uso de dique de goma y buena succión.
Protocolo de adhesión	Tratamiento optativo; cuando sea necesario, usar dique y buena succión, lavar con poca presión en la jeringa triple y apuntar en dirección contraria a la suya.

Raspajes periodontales	Tratamiento optativo; cuando sea necesario, limitarse a un detartraje manual sin ultrasonido, con buena succión y buen ángulo de trabajo.
Exodoncias	Tratamiento electivo; si es necesario, uso de anestesia local, procedimientos mínimamente invasivos con movimientos suaves.
Irrigación y sutura de incisiones	Enjuagar lentamente con anestesia local, emplear suturas reabsorbibles
Drenaje de absceso	Corte el drenaje y muévelo lo más suavemente posible para evitar salpicaduras.

2.2.4. Barreras de protección personal

El uso de equipo de protección ayuda a reducir el riesgo de infección. Un correcto protocolo incluye²⁸⁻³⁰

- Primero un apropiado lavado de manos e higienización con sustancias con etanol al 60% o alcohol al 70% como mínimo. Deben lavarse las manos antes de ver al paciente, después de ver al paciente, después de exponerse a fluidos corporales o estar en contacto con superficies a las que haya tenido contacto el paciente. El uso de guantes no reemplaza el lavado de manos, y se deben lavar o desinfectar las manos después de quitarse los guantes.
- El dentista debe usar todas sus barreras de bioseguridad completas, incluidos guantes, gorro, mascarilla, gafas, máscaras protectoras, ropa protectora, etc., diseñados para evitar que la piel, las membranas mucosas de los ojos, la boca, la nariz y otras partes entren en contacto con la saliva, la sangre u otros fluidos corporales del paciente. Se recomienda usar mascarillas N95 al realizar procedimientos que produzcan aerosoles.
- La mascarilla debe cubrir la barbilla, boca y nariz, y debe tener buen ajuste en la cara.
- El uso continuo no debe exceder las 4 horas.
- Las batas desechables deben ser solamente utilizadas dentro de la clínica, antes de salir de la consulta deben ser retiradas y debidamente esterilizadas o desechadas.

2.2.5. Manejo de desechos y desinfección

Luego de terminar los procedimientos todas las barreras de protección deben ser retiradas de manera cuidadosa para evitar contaminaciones. Primero se retiran los guantes por ser considerados altamente contaminados, luego se desinfectan las manos y se colocan un nuevo

par de guantes para el resto. Con los nuevos guantes retirar la bata desechable, lentes protectores o visor, evitando tocar la cara frontal; estos deben ser desinfectados, con etanol al 75% o sumergirlos en un desinfectante que contenga cloro por 30 minutos, luego enjuagar con abundante agua. Continuamos retirando la protección respiratoria, siempre por los elásticos, sin tocar la mascarilla. Ya por último desechamos el nuevo par de guantes que ya está contaminado²⁸.

Para los residuos biológicos la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) que deben manejarse con el mismo protocolo²⁸:

- Emplear bolsas resistentes a fugas, adecuadas para el manejo de residuos médicos, procurando no contaminar la parte externa de la bolsa.
- Si esta se llegase a perforar, colocarla dentro de una segunda bolsa.
- Las bolsas deben estar bien cerradas y no exceder el 80 % de su capacidad.
- Utilizar contenedores rígidos para los objetos punzo cortantes.
- Las bolsas plásticas deben ser transportadas en un contenedor rígido y éstas antes de su transporte deben ser rociadas con soluciones con cloro.

Tabla. Sugerencias sobre los métodos de desinfección en el entorno del tratamiento²⁹.

Superficie a desinfectar	Método de desinfección	Desinfectante
Aire interior	Uso de luz UV o purificadores.	Ácido paracético, dióxido de cloro, peróxido de hidrógeno.
Piso, pared, mesas auxiliares	Limpiar o rociar.	Desinfectante de cloro, dióxido de cloro o etanol al 75%.
Superficie del objeto	Limpiar o rociar.	Desinfectante de cloro, dióxido de cloro o etanol al 75%.
Superficies contaminadas con residuos biológicos	Usar materiales absorbentes desechables para eliminar el residuo y una gran cantidad de polvos desinfectantes que contienen componentes absorbentes para cubrir completamente.	Desinfectante que contiene cloro (5 000 ~ 10 000 mg / L).

2.3. Determinantes psicosociales de conductas

2.3.1. Percepción de riesgo

La percepción de riesgo hace referencia a la manera en cómo piensan y sienten los individuos acerca de los riesgos que enfrentan, y es considerado un determinante importante de protección. El riesgo se define comúnmente como una combinación multiplicativa de la probabilidad de que ocurra un evento peligroso (por ejemplo, fumar) y la gravedad de las consecuencias negativas resultantes (por ejemplo, cáncer de pulmón). Esta definición de riesgo, como "severidad de probabilidad", implica que una mayor probabilidad y severidad dan como resultado un mayor riesgo general. Determinar numéricamente la probabilidad de eventos adversos y posibles consecuencias adversas es uno de los principales desafíos para la evaluación científica de riesgos. Estos riesgos para la salud pueden evaluarse sobre la base de diferentes métricas, como las tasas de morbilidad y mortalidad (número de casos de enfermedad o muertes por año)³².

La percepción del riesgo considera cómo las personas interpretan el riesgo. La evaluación de riesgos puede verse como un enfoque objetivo para determinar el riesgo, que comúnmente considera dos componentes centrales: la gravedad de las consecuencias negativas y la probabilidad de que ocurra un evento peligroso³²⁻³⁴

Un estudio pionero de Fischhoff et al. examinaron las percepciones de riesgo de varios peligros, que se evaluaron en términos de varios atributos de riesgo. El análisis factorial se utilizó para condensar las calificaciones de los atributos de riesgo en dos dimensiones ortogonales de 'temor' y 'riesgo desconocido'. El factor 'temor' captura aspectos tales como el control percibido sobre la exposición al riesgo, el grado de consecuencias catastróficas o ramificaciones globales. El factor "riesgo desconocido" se refiere al grado en que un riesgo es predecible, observable y comprendido. El paradigma psicométrico desempeña un papel destacado en la investigación de la percepción del riesgo y numerosos estudios han confirmado los dos factores, "temor" y "riesgo desconocido". En general, este trabajo constituye un hito en la investigación de la percepción del riesgo al mostrar que las

características más allá del cálculo de "probabilidad" por "gravedad" influyen en la percepción pública y las actitudes hacia el riesgo^{32,35}

Intuición y sentimientos en la percepción del riesgo

El factor "temor", identificado por la investigación que utiliza el paradigma psicométrico, alude claramente a las características emocionales. Sin embargo, las emociones rara vez se discutieron explícitamente en las teorías anteriores de la percepción del riesgo. Esto ahora ha cambiado y la emoción se ha convertido en un área clave de la investigación de la percepción del riesgo. Por ejemplo, Loewenstein et al. proponen que los sentimientos emocionales pueden afectar las percepciones de riesgo independientemente de las cogniciones numéricas (probabilidad, gravedad) u otros atributos de riesgos (por ejemplo, controlabilidad, potencial catastrófico). Del mismo modo, Slovic y Peters distinguen entre un modo intuitivo de percepción del riesgo basado en los sentimientos y el análisis racional y deliberativo del riesgo. Ambos enfoques comparten la noción de que los sentimientos de riesgo provienen de rutinas rápidas y en gran medida automáticas que reflejan un modo paralelo de pensamiento basado en asociaciones, que a menudo se denomina "intuición". En contraste, el llamado modo "racional" se presume que el análisis de riesgos depende de procesos dependientes de recursos, de esfuerzo y en serie. Un desafío para examinar la percepción intuitiva del riesgo es que el procesamiento rápido y en gran medida automático es difícil de capturar. Existen hallazgos que indican que cuando las personas informan que "solo conocen" el riesgo que representa un determinado individuo, su sensación de riesgo puede reflejar la evaluación implícita de las características personales relacionadas. Extrapolando desde esta línea de investigación, parece muy prometedora para descubrir la percepción de los riesgos para la salud.^{32,35,36}

Las percepciones de riesgo relacionadas con la salud juegan un papel importante en motivar el cambio de comportamiento de salud. Se sabe mucho acerca de la formación de percepciones deliberativas de riesgo relacionadas con la salud, incluido el papel de la aritmética, las experiencias previas y los casos destacados de la amenaza y la emoción³⁷.

2.3.2. Autoeficacia

La autoeficacia es una creencia en la capacidad para organizar y ejecutar acciones que conduzcan a un resultado específico. Esta es una creencia poderosa que influye en la adopción y el mantenimiento de comportamientos que promueven la salud³⁸.

La autoeficacia es una construcción en varias teorías que se utilizan para diseñar y guiar las intervenciones de cambio de comportamiento. En la teoría cognitiva social, la interacción entre la autoeficacia, el valor que se le da al resultado y las expectativas sobre las consecuencias físicas, sociales y psicológicas positivas o negativas del resultado se utilizan para explicar y predecir el comportamiento. Alguien que espera y valora los beneficios de cortar la comida rápida continuará comiendo comida rápida si tiene poca confianza en su capacidad para preparar comidas saludables^{38,39}.

La autoeficacia también es una de las construcciones clave del Modelo Transteórico. Se predice que la autoeficacia aumentará a medida que uno progresa a través de las etapas de cambio y puede ser dirigida en una intervención para ayudar a alguien a avanzar a la siguiente etapa y mejorar³⁸⁻⁴⁰.

La teoría de la autodeterminación asume tres necesidades básicas (autonomía, relación y competencia), y la necesidad de un sentido de competencia, es decir, la necesidad de experimentar el dominio y lograr los resultados deseados, está estrechamente alineada con la autoeficacia. Por lo tanto, los individuos se atienen a comportamientos que creen que pueden hacer bien (autoeficacia) para satisfacer la necesidad de sentirse competentes, y evita aquellas acciones en las que dudan de su capacidad^{38,39,41}.

2.3.3. Ansiedad

Se puede definir la ansiedad como una respuesta de alerta ante una amenaza conocida o no; es una condición que produce malestar, perturbación, inquietud y expectativa de peligro que

se acompaña de miedo como enfermarse, separarse de la familia, permanecer en un centro hospitalario o de aislamiento⁴².

Ansiedad por la salud

Es una situación en la que debido a sensaciones o cambios en el cuerpo se interpreta como la sintomatología de una enfermedad. En lo que se refiere al COVID-19, personas con mucha ansiedad pueden malinterpretar síntomas inofensivos como prueba de que contrajeron la enfermedad, lo que altera su razonamiento y comportamiento. Estas personas tienden a acudir a centros de salud, lavarse mucho las manos o miedo a salir de su hogar, lo cual visto de manera general es lo que recomiendan, pero estos lo llevan al extremo, lo que genera consecuencias deletéreas para el individuo y su comunidad (p.ej. comprar en exceso materiales de protección personal, como mascarillas, guantes y jabones puede generar desabastecimiento en la comunidad). En caso contrario también un nivel muy bajo de ansiedad puede resultar peligroso, ya que nos tornamos más relajados y no acatamos medidas de prevención ⁴³.

2.3.4. Actitud

Gordon Allport⁴⁴ define la actitud como un estado de disposición mental organizado, que ejerce una influencia directa en el comportamiento de una persona en su diario vivir. La actitud tiene 3 implicaciones principales:

- La actitud apunta siempre "hacia algo". Según Eagly y Chaiken⁴⁴, cualquier cosa que se pueda convertir en objeto de pensamiento, también es susceptible de convertirse en objeto de actitud.
- Por ser un estado interno, actúa como mediador entre las respuestas de la persona y su exposición a los estímulos del ambiente social.
- La actitud es una variable latente: a ella subyacen procesos psicológicos (proceso de categorización) y fisiológicos. Según Eagly y Chaiken⁴⁴, la actitud no es ese proceso

de categorización, sino su resultado. Una vez llevado a término el proceso de categorización, lo que subsiste es un estado interno evaluativo, es decir la actitud.

2.3.5. Conocimiento

El conocimiento es una forma de corresponder con la realidad, una forma de interpretarla, de dar cuenta de ella. El conocimiento describe objetos, estados de cosas que existen, que existieron o que pueden existir⁴⁵.

La ganancia de conocimientos confiables acerca de muchos aspectos de la vida y realidad inició con la especie humana y, en cierto modo, recomienza con cada vida humana. Las demostraciones arqueológicas muestran que los seres humanos, anteriormente a cualquier rastro de conocimiento científico, ya manejaban gran cantidad de información acerca de su medio natural, de las sustancias alimentarias, de la manera de sobrevivir convirtiendo materias primas en refugios, de sus vestidos o de los utensilios que iban a utilizar⁴⁵.

CAPÍTULO III. LA PROPUESTA

3.1. Hipótesis

H1: Más de la mitad de los odontólogos docentes dominicanos encuestados presentan un nivel de ansiedad moderado o alto, una actitud positiva y un buen conocimiento con respecto a la pandemia de COVID-19.

H0: Mas de la mitad de los odontólogos docentes dominicanos encuestados presentan un nivel de ansiedad bajo, una actitud negativa y un conocimiento bajo con respecto a la pandemia de COVID-19.

3.2. Variables y Operacionalización de variables

3.2.1. Variable independiente

- Edad
- Sexo
- Años de estudio
- Estado civil
- Lugar de residencia
- Pluriempleo
- Especialidad
- Religión

3.2.2. Variables dependientes

- Determinantes psicosociales (percepción de riesgo y autoeficacia).
- Ansiedad por el COVID-19
- Actitud hacia el COVID-19

- Conocimientos sobre el COVID-19.

3.2.3. Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Definición operacional	Indicadores	Dimensión
Percepción de riesgo (Ordinal)	Es una combinación de la gravedad percibida (la creencia de una persona sobre cuán grave sería para él contraer la enfermedad del COVID-19) y la vulnerabilidad percibida (la percepción de la persona de la posibilidad que tiene de contraer la enfermedad).	Creencia del docente en cuanto a las posibilidades de contagiarse de coronavirus.	5 ítems, respuestas en escala de Likert (1= Nada, 5=Totalmente). Posteriormente, $(\sum \text{ítem1} + \dots + \text{ítem5}) / 5$. A mayor puntaje mayor percepción de riesgo.
Autoeficacia (Ordinal)	Nivel de confianza de una persona en su capacidad para realizar medidas preventivas del COVID-19.	Capacidad percibida del docente de llevar a cabo las conductas de prevención adecuadas (Lavarse las manos, mantener el distanciamiento, no tocarse la cara).	Posteriormente, $(\sum \text{ítem1} + \dots + \text{ítem3}) / 3$; a mayor puntaje mayor nivel de autoeficacia.
Ansiedad (Ordinal)	Es la preocupación y miedo intenso, excesivo y continuo ante el COVID-19.	Estrés generado acerca de algo conocido o desconocido.	Posteriormente, $(\sum \text{ítem1} + \dots + \text{ítem4}) / 4$; a mayor puntaje mayor nivel de ansiedad.
Actitud (Ordinal)	Es el estado de ánimo en el cual se encuentra un individuo que puede abarcar desde su postura hasta su manejo personal. Respuesta relacionada a la actitud positiva o negativa frente al COVID-19.	Comportamiento asumido por los docentes en cuanto al COVID-19. Despreocupados. Preocupados. Interesados en saber e informarse sobre el COVID-19.	Actitud positiva: Respuesta Sí a las preguntas. Actitud negativa: Respuesta No a las preguntas.
Conocimiento (Ordinal)	Comprensión teórica vital sobre el COVID-19.	Qué tanto sabe el docente acerca del COVID-19 y cómo manejarse frente a este.	Alto conocimiento Bajo conocimiento Conoce lo necesario
Edad (Continua)	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Años de vida	Años cumplidos

Sexo (Nominal)	Características físicas y sexuales con las que nacen las mujeres y hombres.	Características físicas distintivas de cada sexo.	Femenino o masculino
Años de docencia (Discreta)	Tiempo siendo docente.	Cantidad en años siendo docente.	Menos de 5 años Más de 5 años
Pluriempleo (Nominal)	Situación del trabajador por cuenta ajena que preste sus servicios profesionales a dos o más empresarios distintos y en actividades que den lugar a su alta obligatoria en un mismo Régimen de la Seguridad Social	Empleos que ejerce	Docente Odontólogo
Especialidad (Nominal)	Estudios complementarios de la odontología, enfocándose en un área específica.	Área de la especialidad	Rehabilitación Cirugía Periodoncia Operatoria y estética Endodoncia Odontopediatría Patología bucal
Estado civil (Nominal)	Con pareja (casada, unión libre) vs sin pareja (soltera, separada, divorciada, viuda)	Con pareja o sin pareja	Casado, unión libre, soltero, separado, divorciado, viudo
Lugar de residencia (Nominal)	Lugar donde reside el docente de manera permanente.	Lugar donde vive	Dirección de residencia
Religión (Nominal)	Creencias religiosas que tiene el docente.	Tipos de religión	Ninguna, católica, protestante, testigo de Jehová, otra.

CAPÍTULO IV. MARCO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo transversal

4.2. Localización, Tiempo

La encuesta se realizará de manera digital a través de una plataforma. Será realizada en el cuatrimestre septiembre-diciembre 2020.

4.3. Universo y muestra

Universo: Todos los odontólogos docentes dominicanos.

Muestra: 100 odontólogos docentes dominicanos residentes en República Dominicana.

4.4. Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1. Criterios de inclusión

- Odontólogos dominicanos docentes residentes en República Dominicana.

4.4.2. Criterios de exclusión

- Odontólogos retirados.
- Odontólogos que no acepten participar.

4.5. Técnicas y procedimientos para recolección y presentación de información

4.5.1. Instrumentos de medición

El instrumento de medición consistió de un cuestionario autoadministrado aplicado a través de encuesta online, el cual estuvo estructurado con los siguientes apartados: determinantes psicosociales (percepción de riesgo y autoeficacia), medición de ansiedad, conocimiento y actitud, y perfil sociodemográfico (edad sexo, etc.) (Anexo 1).

4.5.2. Redacción de ítems

Validez de contenido. En primera instancia, se identificaron en la literatura enunciados concernientes a constructos cognitivos aplicados para la medición de determinantes psicosociales, ansiedad, actitud y conocimientos sobre el COVID-19. Así, con base en tal revisión, se generó un listado de reactivos organizados. Posteriormente, los ítems fueron sometidos a consenso de expertos con especial interés en validar el contenido de los mismos, además de su adecuación cultural y lingüística. Los ítems fueron redactados evitando ambigüedad y vocabulario técnico que no era parte del lenguaje cotidiano. No obstante, se llevó a cabo una preprueba y prueba piloto para verificar su claridad y facilidad de comprensión. Se estimó el alfa de Cronbach en las siguientes subescalas: actitud y autoeficacia.

4.5.3. Valoración de la ansiedad

Se utilizó la versión en español del cuestionario Generalised Anxiety Disorder Assessment (GAD-7). Este instrumento presenta siete ítems que evalúan la frecuencia de síntomas de ansiedad durante las dos últimas semanas previas a la encuesta. Utiliza una escala de Likert de 4 puntos, que va de 0 (nada) a 3 (casi todos los días). Autores han utilizado una puntuación

total para el instrumento que va de 0 a 21, cuyos puntajes crecientes indican deficiencias funcionales más graves como resultado de la ansiedad^{13,46-48}. Para los fines de este estudio, por consenso de los investigadores, se extrajeron las 3 preguntas más relacionadas con situaciones de ansiedad por la pandemia y se elaboró una. Se determinó que la puntuación iría de 0 a 12, y que un puntaje de 6 o más sería un indicador de la presencia de síntomas de ansiedad.

4.5.4. Valoración de la actitud

Como lo ha reportado Zhou et al.⁵, este estudio evaluó la actitud frente al COVID-19, la confianza en la derrota del virus, el sentimiento de fatiga después de declarada la pandemia. Se utilizó una escala de Likert de 4 puntos, que va de 0 (nada) a 5 (Totalmente).

4.5.5. Valoración del conocimiento

Similar a lo evaluado por Shi et al.⁸, este estudio midió el conocimiento preguntando a los odontólogos docentes si han recibido capacitación de control de infecciones o del COVID-19, si es bueno tomar medicamentos antibióticos para prevenir o tratar el COVID-19, si creen que existe una vacuna disponible para el COVID-19 y si una persona puede morir por COVID-19.

Para la aplicación de las encuestas se utilizó la plataforma de QuestionPro. Las encuestas se alinearon con prácticas publicadas previamente para aumentar la validez de encuestas de este tipo reportadas por Roy et al.⁴⁹, Regmi et al.⁵⁰, Jones et al.⁵¹, Andrews et al.⁵², Holmes et al.⁵³, Cunningham et al.⁵⁴

Para evaluar el conocimiento se creó un sistema de puntuación por cada respuesta en la cual “Sí” equivalía a 1, “No” equivalía a 2 y “No se” equivalía a 3; el conocimiento se midió en base a los puntos obtenidos de cada participante, mientras menor fuera la puntuación mayor era el conocimiento. Se establecieron rangos donde de 4-6 puntos obtenidos se consideraba

como un alto conocimiento, de 7-9 puntos se consideraba como conocimiento medio o lo necesario y de 10-12 puntos conocimiento bajo.

4.5.6. Procedimientos para la recolección de datos

Inicialmente se invitó a participar de manera masiva por medio de correo electrónico a odontólogos residentes en República Dominicana, así como a través de grupos y redes sociales, como lo han llevado a cabo diversos estudios recientes.^{3-13,55-64}

Se pidió de manera voluntaria el consentimiento informado, una vez comprendido el objetivo del estudio, riesgos y beneficios y que no tengan dudas, y una vez la plataforma constataste que el participante reúne con los criterios de selección, se inició la encuesta de manera automática después del acceso al link proporcionado. La técnica muestra fue de dos tipos: por conveniencia y bola de nieve.^{4,12,56,60,63}

4.6. Plan estadístico de análisis de información

Se estimó la estadística descriptiva (media y desviación estándar, moda, porcentaje, valor mínimo y valor máximo). Asimismo, se estimaron los análisis de estadística inferencial correspondientes.

4.7. Presupuesto

Se contó con equipo básico para las actividades de soporte de la investigación, por ejemplo, computadora con conexión a internet y programas de cómputo necesarios para el análisis de información. El proyecto de investigación fue financiado con recursos propios de los colaboradores del estudio.

4.8. Aspectos éticos implicados en la investigación

Esta investigación se llevó a cabo con respeto a los principios bioéticos, enfatizando la autonomía de las personas y buscando siempre el mayor beneficio, que no cause daño individual ni colectivo, cumpliendo con las normas y declaraciones de principios internacionales como: la Declaración de Helsinki, el Reporte Belmont, las Normas para la Investigación Biomédica en Sujetos Humanos, CIOMS y el Código de Nüremberg.

CAPÍTULO V. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

5.1. Resultados del estudio

Se alcanzaron resultados de un total de 102 participantes que contestaron de manera voluntaria la encuesta virtual y que cumplían con las características específicas de la población para participar. La edad media de los encuestados fue de 57,5, con una desviación estándar de 10,6. La edad mínima fue 23 años y la máxima 72.

Se obtuvieron respuestas de más personas del sexo femenino (73.79 %) que del masculino (26.21 %) (Gráfico 1). Los estados civiles fueron variados, siendo el mayor porcentaje participantes casados (64,71%), en menor proporción participantes separados (0,98%) y no se obtuvieron respuestas de parte de participantes viudos (0,00%) (Gráfico 2). En gran porcentaje (93,14%) los participantes residen en Santo Domingo de manera permanente, mientras que el restante (6,86%) reside en el interior del país (Gráfico 3). En cuanto a la ocupación, el 84.4% de indicó ser docente y trabajar en la práctica privada, el 8.8% se dedica a la docencia y trabajan en el sector público y el 10.8% refirió solo haberse dedicado a la docencia hasta la fecha (Gráfico 4). En cuanto a los años de docencia la media fue de 13,8, con una desviación estándar de 6,7. El mayor tiempo de docencia fue de 47 años y el menor tiempo de menos de un año.

Distribución genero

- Femenino
- Masculino

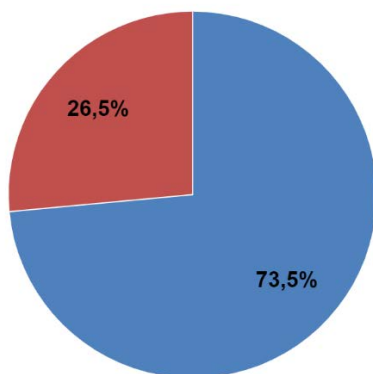


Gráfico 1. Distribución de la población según el sexo de los odontólogos docentes.

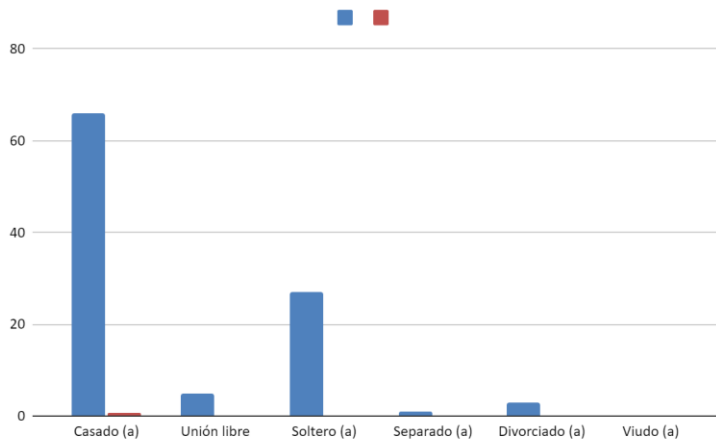


Gráfico 2. Porcentajes del estado civil de los odontólogos docentes

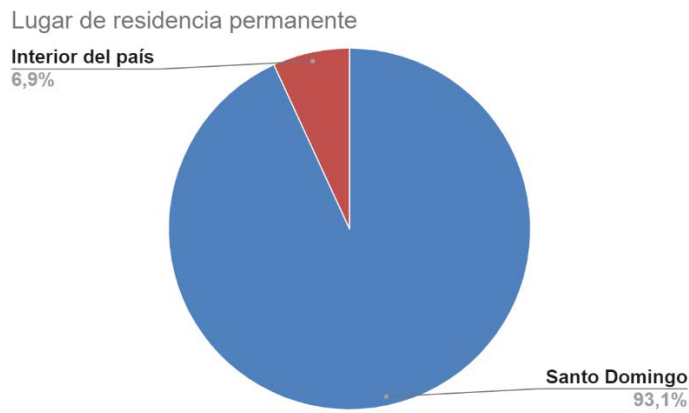


Gráfico 3. Porcentajes según el lugar de residencia permanente

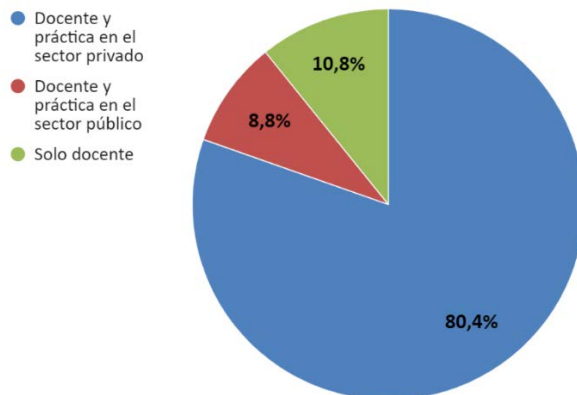


Gráfico 4. Distribución de ocupaciones de los odontólogos docentes

En la tabla No. 1 se muestran los 102 (100%) docentes que participaron en el estudio y qué contestaron a las preguntas correspondientes al objetivo 1. En cuanto a la pregunta “¿Qué tan grave para su salud podría ser enfermarse de COVID-19?” la respuesta más contemplada fue “Más o menos” con 34 respuestas (33.33 %). En cuanto a la pregunta “¿Qué tan riesgoso para contraer COVID-19 podría ser estar en contacto cercano con alguien que no usa mascarilla?” la respuesta más contemplada fue “totalmente” con 47 respuestas (46.08%).

Tabla 1. Percepción de riesgo de COVID-19 de los odontólogos docentes dominicanos

	Nada	Poco	Mas o menos	Bastante	Totalmente	No se	Total
Gravedad para su salud	6 (5.88%)	7 (6.86%)	34 (33.33%)	29 (28.43%)	19 (18.63%)	7 (6.86%)	102 (100%)
Riesgo contagio por contacto con alguien sin mascarilla	1 (0.98%)	1 (0.98%)	8 (7.84%)	43 (42.16%)	47 (46.08%)	2 (1.96%)	102 (100%)

Fuente propia del autor

En la tabla No. 2 observamos los 102 (100%) docentes que participaron en el estudio y qué contestaron a las preguntas correspondientes al objetivo 2. En cuanto a la pregunta “¿Que tanta probabilidad cree que tiene usted de contagiarse de COVID-19 en el futuro cercano sólo con síntomas leves (tos, fiebre)?” la opción con más respuestas fue “Más o menos” con 40 respuestas (39.22 %). En la pregunta “¿Que tanta probabilidad cree que tiene usted de contagiarse de COVID-19 en el futuro cercano y tenga que ser hospitalizado?” la opción con más respuestas fue “poco” con 42 respuestas (41.18%). En cuanto a la pregunta “¿Que tanta probabilidad cree que tiene usted de morir si se contagia de COVID-19? La opción con más respuestas fue “poco” con 41 respuestas (40.2%).

Tabla 2. Percepción de susceptibilidad de COVID-19 de los odontólogos docentes dominicanos.

	Nada	Poco	Mas o menos	Bastante	Totalmente	No se	Total
Probabilidad de contagio leve (Tos, Fiebre)	0 (0%)	7 (6.86%)	40 (39.22%)	31 (30.39%)	11 (10.78%)	13 (12.75%)	102 (100%)
Probabilidad de contagio con hospitalización	7 (6.86%)	42 (41.18%)	24 (23.53%)	13 (12.75%)	1 (0.98%)	15 (14.71%)	102 (100%)
Probabilidad de muerte en caso de contagio	19 (18.63%)	41 (40.2%)	16 (15.69%)	2 (1.96%)	2 (1.96%)	22 (21.57%)	102 (100%)

Fuente propia del autor

En la tabla No.3 se obtuvieron respuestas de 102 (100%) docentes que participaron en el estudio y qué contestaron a las preguntas correspondientes al objetivo 3. En cuanto a la pregunta “¿Qué tan capaz se cree usted de evitar contacto cercano (menos de 2 metros) con una persona que esté enferma o que presente síntomas de COVID-19? la respuesta más contemplada fue “bastante” con 39 respuestas (38.24%). En cuanto a la pregunta “¿Qué tan capaz se cree usted de lavarse las manos con frecuencia con agua y jabón o usar un desinfectante para manos con base de alcohol? la respuesta más contemplada fue “totalmente” con 76 respuestas (74.51%). En cuanto a la pregunta ¿Qué tan capaz se cree usted de evitar tocarse los ojos, la nariz, y la boca? La respuesta más contemplada fue “bastante” con 51 respuestas (50%).

Tabla 3. Rol de la autoeficacia de los odontólogos docentes dominicanos ante el COVID-19.

	Nada	Poco	Mas o menos	Bastante	Totalmente	No se	Total
Capacidad de evitar contacto cercano	1 (0.98%)	6 (5.88%)	13 (12.75%)	39 (38.24%)	38 (37.25%)	5 (4.9%)	102 (100%)
Capacidad de lavarse las manos o desinfectarlas con frecuencia	0 (0%)	1 (0.98%)	2 (1.96%)	22 (21.57%)	76 (74.51%)	1 (0.98%)	102 (100%)

Capacidad de evitar tocarse los ojos, nariz y boca	2 (1.96%)	3 (2.94%)	17 (16.67%)	51 (50%)	28 (27.45%)	1 (0.98%)	102 (100%)
--	--------------	--------------	----------------	----------	----------------	--------------	-----------------------

Fuente propia del autor

En la tabla No.4 se presentan las respuestas de los 102 (100%) docentes que participaron en el estudio y qué contestaron a las preguntas correspondientes al objetivo 4. En cuanto a la pregunta “¿Se ha sentido nervioso(a) o ansioso(a) por la pandemia del COVID-19? la respuesta más contemplada fue “Varios días (1 a 7 días)” con 47 respuestas (46.08%). En cuanto a la pregunta “¿Se le ha dificultado controlar su preocupación por lo que pudiera suceder como consecuencia del COVID-19? La respuesta más contemplada fue “ningún día (0 días)” con 58 respuestas (56.86%). En cuanto a la pregunta “¿Ha tenido dificultad para dormir por su preocupación por el COVID-19? La respuesta más contemplada fue “ningún día (0 días)” con 76 respuestas (74.51%). En la pregunta “¿Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar por el COVID-19? La respuesta más contemplada fue “ningún día (0 días)” con 60 respuestas (58.82%).

Nivel de ansiedad de los odontólogos docentes dominicanos por la pandemia del COVID-19

	Ningún día (0 días)	Varios días (1 a 7 días)	Más de la mitad de los días (8 a 10 días)	Casi todos los días (11 a 14 días)	Total
Sensación de ansiedad o nervios en las últimas dos semanas	39 (38.24%)	47 (46.08%)	11 (10.78%)	5 (4.9%)	102 (100%)
Dificultad control preocupación en últimas dos semanas	58 (56.86%)	33 (32.35%)	7 (6.86%)	4 (3.92%)	102 (100%)

Dificultad dormir por preocupación en últimas dos semanas	76 (74.51%)	20 (19.61%)	3 (2.94%)	3 (2.94%)	102 (100%)
Frecuencia de miedo en últimas dos semanas	60 (58.82%)	35 (34.31%)	4 (3.92%)	3 (2.94%)	102 (100%)

Fuente propia del autor.

En la tabla No. 5 se muestran los 102 (100%) docentes que participaron en el estudio, agrupados según su nivel de conocimiento. A nivel general se observa que la mayoría posee un “alto nivel” de conocimiento 69.61% de la población (71 respuestas) y el 30.39% restante (31 respuestas) conoce lo necesario acerca del tema.

Tabla 5. Conocimiento de los odontólogos docentes dominicanos sobre el COVID-19 y su manejo.

	Bajo	Lo necesario	Alto	Total
Nivel conocimiento	0 (0%)	31 (30.39%)	71 (69.61%)	102 (100%)

Fuente propia del autor.

En la tabla No. 6 se muestran los 102 (100%) docentes que participaron en el estudio y qué contestaron a las preguntas correspondientes al objetivo 6. En cuanto a la pregunta “¿Considera que los pacientes utilicen mascarillas en la sala de espera de la consulta dental? La respuesta más contemplada fue “totalmente” con 79 respuestas (77.45%). En cuanto a la pregunta ¿Considera el uso de mascarilla en el campus (no clínico) del lugar donde usted imparte docencia de odontología? La respuesta más contemplada fue “totalmente” con 72 respuestas (70.59%). En cuanto a la pregunta ¿Cree que todo paciente debe enjuagarse la boca con colutorio antes de comenzar cualquier procedimiento clínico odontológico? la respuesta más contemplada fue “totalmente” con 82 respuestas (80.39%). En cuanto a la pregunta ¿Considera que todos los pacientes odontológicos deben ser tratados como

infecciosos y se deben tomar medidas preventivas universales por igual? La respuesta más contemplada fue “totalmente” con 92 respuestas (90.2%).

Tabla 6. Actitud de los odontólogos docentes dominicanos hacia la pandemia del COVID-19

	Nada	Poco	Más o menos	Muy necesario	Totalmente	Total
Uso de mascarilla en la sala de espera	0 (0%)	0 (0%)	2 (1.96%)	21 (20.59%)	79 (77.45%)	102 (100%)
Uso de mascarilla en el campus (No clínico)	0 (0%)	1 (0.98%)	4 (3.92%)	25 (24.51%)	72 (70.59%)	102 (100%)
Uso de colutorios antes de cualquier procedimiento	0 (0%)	3 (2.94%)	2 (1.96%)	15 (14.71%)	82 (80.39%)	102 (100%)
Tratar todos los pacientes como infecciosos	1 (0.98%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (8.82%)	92 (90.2%)	102 (100%)

Fuente propia del autor.

5.2. Discusión

La actual pandemia de COVID-19 ha presentado un reto para la población mundial, ha cobrado muchas vidas, ha cambiado nuestro modo de vida y nuestra manera de relacionarnos en nuestro entorno, nos ha orillado de encerrarnos en burbujas metafóricas para evitar cualquier tipo de contagio, nos ha separado de seres queridos y nos ha quitado parte de nuestra paz emocional y psicológica. En contexto de COVID-19, el impacto psicológico es evidente y se encuentra en aumento, destacando, claro está, que no toda la población sufrirá alguna alteración mental por el mismo. Sin embargo, la población que si llegara a experimentar una reacción intensa es considerable, las causas más probables son un miedo a exponerse y contagiarse, el aumento en el periodo de cuarentena, perder personas cercanas y seres queridos o el desbalance en la estabilidad económica.⁶⁵ El presente estudio busco evaluar en odontólogos docentes dominicanos la percepción de riesgo, la percepción de

susceptibilidad, el rol de la autoeficacia, el nivel de ansiedad, el conocimiento y la actitud hacia la pandemia en curso.

En contexto de percepción de riesgo hacemos referencia al pensar y desenvolvimiento de los individuos hacia un potencial riesgoso y como puede protegerse del mismo. Nos da instinto de autoprotección y calcula nuestra susceptibilidad ante la posible amenaza³² En el presente estudio el riesgo percibido por parte de la población, un tercio de la misma, fue de moderado a alto, conocen los riesgos y todas las medidas a tener en cuenta para no contagiarse. Resultados similares encontramos en el estudio llevado a cabo por Yousef Khader, Mohannad Al Nsour et al⁷ en dentistas de Jordania, donde concluyeron encuestados podrían identificar los síntomas principales de COVID-19, lo que ayuda a los dentistas a reconocer la amenaza y tomar las medidas necesarias y se considera esencial en el tratamiento y control de la propagación de la enfermedad. Como conclusión estos indicaron que los dentistas jordanos conocían los síntomas de COVID-19, el modo de transmisión, el control de infecciones y las medidas en las clínicas dentales. Sin embargo, los dentistas tenían una comprensión limitada de las medidas de precaución adicionales que protegen al personal dental y a otros pacientes de COVID-19.

La autoeficacia nos permite autodeterminar nuestras necesidades básicas y en ese sentido el dominio de nuestra propia protección y así lograr los resultados deseados.^{38,39,41} En presente estudio pudo determinar que los odontólogos docentes dominicanos encuestados, en un porcentaje alto, son bastantes o totalmente capaces de llevar a cabo las medidas de bioseguridad básicas. Resultados similares tuvieron Mera, Delgado, et al³ al evaluar al personal de salud sobre elementos de protección personal (EPP). La gran mayoría refiere conocer a la perfección los EPP, el 49.7% (259/521) y tener buen conocimiento de las medidas adecuadas de bioseguridad, un 35.1% (183/521) manifiesta sentirse inseguro y el 1.9% (10/521) no saber nada respecto al tema.

Debido a la situación actual niveles altos de ansiedad pueden llegar a interpretar las sensaciones o cambios en el cuerpo como síntomas de COVID-19. Las personas con mucha ansiedad pueden malinterpretar síntomas inofensivos como prueba de que contrajeron la

enfermedad, lo que altera su razonamiento y comportamiento. Sin embargo, niveles muy bajos de ansiedad puede resultar peligroso, ya que nos tornamos más relajados y no acatamos medidas de prevención ⁴³. Mediante este estudio se llegó a la conclusión de que, contrario a lo esperado por los evaluadores, una gran parte de la población en cuestión no mantuvo niveles altos de ansiedad o estrés. Contrario a lo obtenido en este estudio, Wang, Pan, et al⁴, evaluaron el impacto psicológico durante el brote inicial y el pico de la epidemia de COVID-19. Durante la evaluación inicial, se notó estrés moderado a severo, ansiedad y depresión en 8.1%, 28.8% y 16.5%, respectivamente y no hubo cambios longitudinales significativos en los niveles de estrés, ansiedad y depresión ($p > 0,05$). De igual forma Roy et al¹² realizaron una investigación la de salud mental durante la pandemia del COVID-19 y como resultado, se obtuvo que en cuanto a la ansiedad, el 40% informaron estar preocupados, 12% tener dificultades para dormir, más de la mitad de la muestra reportó tener pánico y el 80% de los participantes sintió la necesidad de ayuda profesional por su salud mental.

El conocimiento representa un factor fundamental en el diario vivir, no solo con la finalidad de saber cómo funcionan las cosas, sino para comprender como estas reaccionan y que podemos hacer ante una reacción adversa a nuestra persona. Con la actual pandemia el conocimiento se ha vuelto nuestra línea de defensa más importante.⁴⁵. Este estudio pudo determinar que la población encuestada maneja un alto conocimiento acerca del COVID-19 o conoce lo necesario del tema. Resultados similares se obtuvieron del estudio de Zhou, Tang et al⁵, donde el 89% de los encuestados demostró un conocimiento suficiente de COVID-19. Mera, Delgado, et al³, estudiaron el conocimiento al ser encuestados sobre el conocimiento de los elementos personal de protección (EPP) el 13.2 % (69/521) de los participantes, refiere conocer a la perfección los EPP, el 49.7% (259/521), tener buen conocimiento, un 35.1% (183/521) manifiesta sentirse inseguro y el 1.9% (10/521) no saber nada respecto al tema. También se obtuvo un gran porcentaje en cuanto al conocimiento en la población estudiada por Khader et al. 10, la misma estaba bien documentada en cuanto a los síntomas, modo de transmisión y control en la clínica dental, pero presentaron dominio limitado de las medidas de precaución para proteger el personal dental. La diferencia en el estudio de Khader et al. 10 puede verse reflejada en la diferencia de tiempo en la que se llevaron a cabo las encuestas,

para la fecha en la que se llevó a cabo este estudio no se tenía tanto conocimiento sobre el virus y su comportamiento.

Gordon Allport⁴⁴ define la actitud como un estado de disposición mental organizado, esta representa la postura que mantenemos en una situación y determina la acción a seguir respectivamente. En este estudio se obtuvieron resultados concluyentes de que al menos dos tercios del total de participantes mantienen una actitud positiva frente a la pandemia. Zhou, Tang et al⁵, realizaron un estudio en las etapas media y temprana del brote de COVID-19 en un área no epidémica pero aun críticamente afectada. Esta investigación también encontró que el conocimiento afectaba directamente las actitudes, cuanto mayor era el conocimiento, más confianza tenían en derrotar al virus.

5.3. Conclusión

Luego de haber analizado los resultados del presente estudio podemos llegar a las siguientes conclusiones:

- En cuanto a la percepción de riesgo de la población encuestada sobre qué tan grave para su salud podría ser enfermarse de COVID-19 hubo respuestas diversas, un tercio de la población considera “no grave” enfermarse, grupos significativos consideran “bastante” o “totalmente” grave enfermarse, mientras que un grupo más reducido indicó no estar claros.
- Enfocándonos en su probabilidad de contagio, esta se verían incrementadas si están en contacto con alguna persona que no esté debidamente protegida.
- No tuvieron una respuesta clara en cuanto a su susceptibilidad de contagiarse de COVID-19 con síntomas leves.
- Es poco probable que puedan contagiarse y llegar a presentar síntomas graves que pudieran requerir su hospitalización o que los pudieran conducir a la muerte.
- Con relación a la autoeficacia de los encuestados, son capaces de llevar a cabo las medidas básicas de bioseguridad para evitar contagiarse de COVID-19.

- No se mantuvieron niveles altos de ansiedad o estrés, según la Escala de Likert.
- Con relación al conocimiento, se demostró un alto conocimiento por parte de la población en cuestión o que conocen lo necesario.
- La actitud de los odontólogos docentes dominicanos es positiva con relación al COVID-19.

5.4. Recomendaciones

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación, se pueden considerar las siguientes recomendaciones:

- Implementar campañas de prevención del COVID-19 entre los odontólogos de las diferentes áreas para afianzar su conocimiento y poder aclarar cualquier duda existente.
- Proveer las informaciones necesarias a los odontólogos sobre los diferentes avances del COVID-19, para mantenerlos informados y que puedan tomar cualquier medida extra para su bioseguridad.
- Ampliar la investigación enfocándose en docentes que no estén relacionados con el área de la salud, para así tener otra perspectiva de otra población y poder comparar los resultados.
- Ampliar esta investigación más a fondo y con una población más amplia.

Referencias bibliográficas

1. NEUMOSUR. Documento general COVID-19 [Internet]. [citado el 20 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.neumosur.net/>
2. Sigua-Rodríguez A, Luis Bernal-Pérez J, Antonio ;, Lanata-Flores G, Celeste Sánchez-Romero ;, Jaime Rodríguez-Chessa ;, et al. COVID-19 y la Odontología: una Revisión de las Recomendaciones y Perspectivas para Latinoamérica COVID-19 and Dentistry: a Review of Recommendations and Perspectives for Latin America. Vol. 14, Int. J. Odontostomat. 2020.
3. Mera-Mamian A, Delgado-Noguera M, Merchan-Galvis A, Cabra G, Calvache J. Conocimientos y necesidades del personal de salud sobre elementos de protección personal en el departamento del Cauca, durante la pandemia por coronavirus COVID-19. Resultados preliminares [Internet]. OFSPreprints. Popayan; 2020. Disponible en: <https://osf.io/7agph>
4. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, McIntyre RS, et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. Brain Behav Immun [Internet]. abril de 2020 [citado el 17 de abril de 2020]; Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889159120305110>
5. Zhou M, Tang F, Wang Y, Nie H, Zhang L, You G, et al. Knowledge, attitude and

- practice regarding COVID-19 among health care workers in Henan, China. *J Hosp Infect* [Internet]. 2020; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32278701>
6. Luu T, Huynh D. Data for understanding the risk perception of COVID-19 from Vietnamese sample. *Data Br* [Internet]. 2020;30:105530. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.dib.2020.105530>
 7. Khader Y, Nsour M Al, Al-batayneh OB, Saadeh R, Street A. Dentists ' Awareness , Perception , and Attitude Regarding COVID-19 and Infection Control : Cross-Sectional Study Among Jordanian Dentists Corresponding Author : 6.
 8. Shi Y, Wang J, Yang Y, Wang Z, Wang G, Hashimoto K, et al. Knowledge and attitudes of medical staff in Chinese psychiatric hospitals regarding COVID-19. *Brain, Behav Immun - Heal* [Internet]. 2020;4(March):100064. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100064>
 9. Ma T, Heywood A, Raina MacIntyre C. Travel health risk perceptions of Chinese international students in Australia – implications for COVID-19. *Infect Dis Heal* [Internet]. 2020;(xxxx). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.idh.2020.03.002>
 10. Khader et Al. Dentists' Awareness, Perception, and Attitude Regarding COVID-19 and Infection Control: Cross-Sectional Study Among Jordanian Dentists. *JMIR Public Heal Th And Surveillance*. 2020;6(2): e18798.
 11. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, Zheng J. The Psychological Impact of the COVID-19 Epidemic on College Students in China. *Psychiatry Res*. 2020; 287:112934.
 12. Roy D, Tripathy S, Kar SK, Sharma N, Verma SK, Kaushal V. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2020;51(April):102083. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102083>
 13. Yeen Huang , Ning Zhao , Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*. 2020.
 14. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Disponible en:

- <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>.
15. OMS. Coronavirus disease 2019 (COVID-19), situation Report – 83. 2020.
 16. Organizacion Naciones Unidas. América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19. CEPAL. 2020;(1):1–15.
 17. American Dental Association. Summary of ADA guidance during the COVID-19 crisis [Internet]. ADA. 2020. Disponible en: https://www.ada.org/en/press-room/news-releases/2020-archives/april/summary-of-ada-guidance-during-the-covid-19-crisis?utm_source=mouthhealthy&utm_medium=covid-19-mh&utm_content=cv-gov—interim-statement&utm_campaign=covid-19
 18. Deng S-Q, Peng H-J. Characteristics of and Public Health Responses to the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in China. *J Clin Med*. 2020;9(2):575.
 19. Ather A, Patel B, Ruparel NB, Diogenes A, Hargreaves KM. Coronavirus Disease 19 (COVID-19): Implications for Clinical Dental Care. *J Endod* [Internet]. el 6 de abril de 2020 [citado el 16 de abril de 2020]; Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S009923992030159X>
 20. Schupp HT, Renner B, Gamp M, Schma R. Health Risk Perception. Second Edi. Vol. 10, *International Encyclopedia of Social & Behavioral Sciences*. Elsevier; 2015. 702–709 p.
 21. Mayo Foundation for Medical Education and Research. Enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19). Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/symptoms-causes/syc-20479963>.
 22. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. Vol. 109, *Journal of Autoimmunity*. Academic Press; 2020. p. 102433.
 23. Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next? Vol. 395, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2020. p. 1225–8.
 24. Otoyato AM, García M, Wills CJC. Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello y medidas adoptadas en medio de la pandemia en Colombia. 2020;4–13.
 25. Alvarez RP, Harris PR. Versión in press ID 2157 COVID-19 en América Latina :

- Retos y oportunidades COVID-19 in Latin America : Challenges and opportunities. 2020;91(2):179–82.
26. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19). Síntomas de la enfermedad del coronavirus [sede Web]. CDC; [20 de marzo del 2020; 29 de abril del 2020]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronav>.
 27. Izzetti R, Nisi M, Gabriele M, Graziani F. COVID-19 Transmission in Dental Practice: Brief Review of Preventive Measures in Italy. *J Dent Res*. 2020;
 28. Be F, Gs F. Recommendations for Control of Infection with Novel Coronavirus in Dentistry. 2020;6(2).
 29. Li ZY, Meng LY. The prevention and control of a new coronavirus infection in department of stomatology. *Chinese J Stomatol* [Internet]. el 14 de febrero de 2020 [citado el 23 de mayo de 2020];55(00). Disponible en: <http://rs.yiigle.com/yufabiao/1181133.htm>
 30. Meng L, Hua F, Bian Z. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine. *J Dent Res* [Internet]. el 12 de mayo de 2020 [citado el 23 de mayo de 2020];99(5):481–7. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022034520914246>
 31. Federación odontológica de la policía de Buenos Aires. Recomendaciones en odontología [Internet]. 2020 [citado el 9 de julio de 2020]. Disponible en: <http://www.fopba.org.ar/noticias/recomendaciones-en-odontologia>
 32. Renner B, Gamp M, Schma"lzle R, Schupp H. Health Risk Perception. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2010; 2nd edition, Volume 10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14138-8>.
 33. Reyna, V.F., Nelson, W.L., Han, P.K., Dieckmann, N.F. How numeracy influences risk comprehension and medical decision making. *Psychological Bulletin*. 2009; 135 (6): 943–973.
 34. Gigerenzer, G., Gaissmaier, W., Kurz-Milcke, E., Schwartz, L.M., Woloshin, S. Helping doctors and patients make sense of health statistics. *Psychological Science in the Public Interest*. 2008; 8 (2), 53–96.
 35. Fischhoff, B., Slovic, P., Lichtenstein, S., Read, S., Combs, B.. How safe is safe

- enough? A psychometric study of attitudes towards technological risks and benefits. *Policy Sciences*. 1978; 9 (2): 127–152.
36. Loewenstein, G.F., Weber, E.U., Hsee, C.K., Welch, N. Risk as feelings. *Psychological Bulletin*. 2001; 127 (2): 267–286.
 37. Ferrer, R., & Klein, W. M. Risk perceptions and health behavior. *Current opinion in psychology*. 2015; 5: 85–89.
 38. Buckworth J. Promoting Self-Efficacy for Healthy Behaviors, *ACSM's Health & Fitness Journal*. 2017; 21 (5): 40-42.
 39. Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York, NY: W.H. Freeman and Company; 1997.
 40. Marcus BH, Eaton CA, Rossi JS, Harlow LL. Self-efficacy, decision-making and the stages of change: an integrative model of physical exercise. *J Appl Soc Psychol*. 1994;24:489–508.
 41. Deci E, Ryan ND. Self-determination theory: a macrotheory of human motivation, development and health. *Can Psychol*. 2008;49(3):182–5.
 42. Mercedes L, Sánchez IV, Águila HRD. COVID-19: respuestas psicológicas y maneras de gestionarlas. 2020;1(1):33–4.
 43. Huarcaya J. Consideraciones Sobre La Salud Mental En La Pandemia De Covid-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;(1):1–8.
 44. Definición de actitud - Psicología Social [Internet]. *Psicología Online*. 2018 [citado el 16 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/definicion-de-actitud-psicologia-social-1394.html>
 45. Diaz E. Conocimiento, ciencia y epistemología.
 46. Spitzer R, Williams J, Kroenke K et al. GAD-7 Spanish. https://www.ons.org/sites/default/files/2017-06/GeneralAnxiety_Spanish_0.pdf.
 47. Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B., Lowe, B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006; 166: 1092-1097.
 48. Wang Y., Chen R., Zhang L. Reliability and validity of generalized anxiety scale-7 in inpatients in Chinese general hospital. *J Clin Psychiatr*. 2018; 28: 168-171.
 49. Royya D, Tripathya S, Kumar Kar S. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian*

- Journal of Psychiatry. 2020. doi:doi: 10.1016/j.ajp.2020.102083.
50. Regmi PR, Waithaka E, Paudyal A. Guide to the design and application of online questionnaire surveys. *Nepal Journal of Epidemiology*. 2016; 6(4): 640-644.
 51. Jones TL, Baxter MAJ, Khanduja V. A quick guide to survey research. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 2013; 95, 5-7.
 52. Andrews D, Nonnecke B, Preece J. Conducting Research on the Internet: Online Survey Design, Development and Implementation Guidelines. *International Journal of Human-Computer Interaction*. 2003; 16(2), 185-210.
 53. Holmes S. Methodological and ethical considerations in designing an Internet study of quality of life: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*. 2009; 46: 394–405.
 54. Cunningham J, Neighbors C, Bertholet N. Use of mobile devices to answer online surveys: implications for research. *BMC Research Notes*. 2013; 6, 258.
 55. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China Wenjun. *Psychiatry Res*. 2020;(January).
 56. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cad Saude Publica*. 2020;36(4):1–10.
 57. Roy D, Tripathy D, Kumar Kar S et al. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian J Psychiatr*. 2020; 51: 102083.
 58. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res [Internet]*. el 1 de junio de 2020 [citado el 24 de junio de 2020];288:112954. Disponible en: /pmc/articles/PMC7152913/?report=abstract
 59. Consolo U, Bellini P, Bencivenni D, Iani C, Checchi V. Epidemiological aspects and psychological reactions to COVID-19 of dental practitioners in the Northern Italy districts of modena and reggio emilia. *Int J Environ Res Public Health*. el 2 de mayo de 2020;17(10).

60. Maffia F, Fontanari M, Vellone V, Cascone P, Mercuri LG. Impact of COVID-19 on maxillofacial surgery practice: a worldwide survey. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2020;
61. Ahmed MA, Jouhar R, Ahmed N, Adnan S, Aftab M, Zafar MS, et al. Fear and practice modifications among dentists to combat novel coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Int J Environ Res Public Health.* el 2 de abril de 2020;17(8).
62. Kamate SK, Sharma S, Thakar S, Srivastava D, Sengupta K, Hadi AJ, et al. Assessing knowledge, attitudes and practices of dental practitioners regarding the covid-19 pandemic: A multinational study. *Dent Med Probl.* 2020;57(1):11–7.
63. Modi PD, Nair G, Uppe A, Modi J, Tuppekar B, Gharpure AS, et al. COVID-19 Awareness Among Healthcare Students and Professionals in Mumbai Metropolitan Region: A Questionnaire-Based Survey. *Cureus.* 2020;12(4).
64. Pedrozo-Pupo JC, Pedrozo-Cortés MJ, Campo-Arias A. Perceived stress associated with COVID-19 epidemic in Colombia: an online survey. *Cad Saude Publica.* 2020;36(5):e00090520.
65. Inchausti F, García-Poveda N V., Prado-Abril J, Sánchez-Reales S. La psicología clínica ante la pandemia COVID-19 en España [Internet]. Vol. 31, *Clinica y Salud.* Colegio Oficial de Psicología de Madrid; 2020 [citado el 1 de enero de 2021]. p. 105–7. Disponible en: <https://doi.org/10.5093/clysa2020a11>

Anexos

Anexo A. Cuestionario online



Determinantes psicosociales de la ansiedad, actitud y conocimientos de los odontólogos docentes dominicanos frente a la pandemia del COVID-19

El objetivo de este estudio es identificar los determinantes psicosociales de la ansiedad, actitud y conocimientos de los odontólogos docentes dominicanos frente a la pandemia del COVID-19. Si acepta participar, responderá un cuestionario sobre la percepción de riesgo frente a la pandemia del COVID-19, y otros aspectos sobre ansiedad, etc.; le tomará unos 5 minutos. Su participación es: voluntaria; confidencial; sin costo ni pago; libre; implican un riesgo mínimo para la salud. Puede retirarse en cualquier momento sin que esto implique consecuencia alguna. Los resultados del estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificadas las personas. Cualquier inquietud escriba a Ruth Gómez al correo ruth.gomezcam@gmail.com.

Siguiente

¿Acepta participar?

- Entiendo y acepto
- No acepto participar

Del 1 al 5, ¿Qué tan grave para su salud cree que podría ser enfermarse de COVID-19 ?

- (1) Nada
- (2) Poco
- (3) Más o menos
- (4) Bastante
- (5) Totalmente
- No sé

Del 1 al 5, ¿Qué tan riesgoso para contraer COVID-19 podría ser estar en contacto cercano con alguien que no usa mascarilla?

- (1) Nada
- (2) Poco
- (3) Más o menos
- (4) Bastante
- (5) Totalmente
- No sé

Del 1 al 5, ¿Qué tanta probabilidad cree que tiene usted de contagiarse de COVID-19 en el futuro cercano solo con síntomas leves (tos, fiebre)?

- (1) Nada
- (2) Poco
- (3) Más o menos
- (4) Bastante
- (5) Totalmente
- No sé

Del 1 al 5, ¿Qué tanta probabilidad cree que tiene usted de contagiarse de COVID-19 en el futuro cercano y tenga que ser hospitalizado?

- (1) Nada
- (2) Poco
- (3) Más o menos
- (4) Bastante
- (5) Totalmente
- No sé

Del 1 al 5, ¿Qué tanta probabilidad cree que tiene usted de morir si se contagia de COVID-19?

- (1) Nada
- (2) Poco
- (3) Más o menos
- (4) Bastante
- (5) Totalmente
- No sé

Durante las dos últimas semanas, ¿qué tan frecuente se ha sentido nervioso o ansioso por la pandemia del COVID-19?

- Ningún día (0 días)
- Varios días (1 a 7 días)
- Más de la mitad de los días (8 a 10 días)
- Casi todos los días (11 a 14 días)

Durante las dos últimas semanas, ¿qué tan frecuente se le ha dificultado controlar su preocupación por lo que pudiera suceder como consecuencia del COVID-19?

- Ningún día (0 días)
- Varios días (1 a 7 días)
- Más de la mitad de los días (8 a 10 días)
- Casi todos los días (11 a 14 días)

Durante las dos últimas semanas, ¿qué tan seguido ha tenido dificultad para dormir por su preocupación por el COVID-19?

- Ningún día (0 días)
- Varios días (1 a 7 días)
- Más de la mitad de los días (8 a 10 días)
- Casi todos los días (11 a 14 días)

Durante las dos últimas semanas, ¿qué tan seguido ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar por el COVID-19?

- Ningún día (0 días)
- Varios días (1 a 7 días)
- Más de la mitad de los días (8 a 10 días)
- Casi todos los días (11 a 14 días)

¿Qué tanto considera importante el uso de mascarilla en el campus (no clínico) del lugar donde usted imparte docencia de odontología?

- Nada importante
- Poco importante
- Más o menos importante
- Muy importante
- Totalmente importante

Todo paciente debe de enjuagarse la boca con colutorio antes de comenzar cualquier procedimiento clínico odontológico

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Indeciso
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

¿Qué tan necesario considera que los pacientes usen mascarilla en la sala de espera de la consulta dental?

- Nada necesario
- Poco necesario
- Más o menos necesario
- Muy necesario
- Totalmente necesario

Todos los pacientes odontológicos deben ser tratados como infecciosos y se deben tomar medidas preventivas universales por igual

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Indeciso
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Del 1 al 5, ¿Qué tan capaz se cree usted de evitar contacto cercano (menos de 2 metros) con persona que esté enferma o que presente síntomas de COVID-19?

- (1) Nada
- (2) Poco
- (3) Más o menos
- (4) Bastante
- (5) Totalmente
- No sé

Del 1 al 5, ¿Qué tan capaz se cree usted de lavarse las manos con frecuencia con agua y jabón o usar un desinfectante para manos con base de alcohol?

- (1) Nada
- (2) Poco
- (3) Más o menos
- (4) Bastante
- (5) Totalmente
- No sé

Del 1 al 5, ¿Qué tan capaz se cree usted de evitar tocarse los ojos, la nariz, y la boca?

- (1) Nada
- (2) Poco
- (3) Más o menos
- (4) Bastante
- (5) Totalmente
- No sé

¿Has recibido capacitación de control de infecciones o del COVID-19?

- Sí
- No
- No sé

¿Es bueno tomar medicamentos antibióticos para prevenir o tratar el COVID-19?

- Sí
- No
- No sé

¿Existe una vacuna disponible contra el COVID-19?

- Sí
- No
- No sé

¿Una persona puede morir por COVID-19?

- Sí
- No
- No sé

Edad

Sexo

- Femenino
- Masculino

Estado civil

- Casado (a)
- Unión libre
- Soltero (a)
- Separado (a)
- Divorciado (a)
- Viudo (a)

Lugar de residencia permanente

- Santo Domingo
- Interior del país

Ocupación

- Docente y práctica en el sector privado de odontología
- Docente y práctica en el sector público de odontología
- Solo docente

Años de docencia actuales

Especialidad (si la tiene)

- Rehabilitación oral
- Periodoncia
- Endodoncia
- Odontopediatría
- Ortodoncia
- Salud pública odontológica
- Implantología oral
- Odontología estética
- No tiene (Odontología general)
- Otra especialidad

¿Usted ha sido diagnosticado con COVID-19 en algún momento?

- Sí
- No

¿Algún familiar suyo o conocido cercano ha sido diagnosticado con COVID-19?

- Sí
- No

¿A qué religión pertenece usted?

- A ninguna
- Católica
- Protestante
- Testigo de Jehová
- Otra religión

Si desea los resultados de este estudio una vez completada la encuesta, proporcione un correo (los resultados se presentarán en porcentajes, no con nombres ni ninguna identificación personal)



Finalizar

Anexo B. Cartas de autorización

Santo Domingo, 22 de octubre de 2020

Dra. Alfonsina Hernández

Directora de la Escuela de Odontología de la Universidad Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (PUCMM)

Asunto: Solicitud de autorización para realizar encuesta *online* a docentes

Por este medio le pedimos su autorización para que las estudiantes de la carrera de odontología de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), Eimy T. Sierra Ferreras y Silvia Marmolejos Contreras puedan llevar a cabo una encuesta digital (por correo electrónico) dirigida a los docentes de odontología de PUCMM, con el objetivo de completar un estudio que corresponde al trabajo de grado para obtener el grado académico. La investigación se titula "*Determinantes psicosociales de la ansiedad, actitud y conocimientos de los odontólogos docentes dominicanos frente a la pandemia del COVID-19*", tema que ha sido investigado en diversos países del mundo, como el estudio de Cagetti et al.¹ en Italia; en China, Wang et al.² en varios países, Kamate et al.³; en Jordania, Khader et al. ⁴; en India, Modi et al.⁵; entre otros, y quisiéramos también que en el país se cuente con una investigación sobre el tema.

Otro de los motivos que nos impulsaron a iniciar la investigación se debe a que las respuestas al virus AH1N1 en el año 2009 y el éxito de los programas de intervención de salud pública dependieron en gran medida de la percepción del riesgo individual, por lo tanto, pudiera ser que la ansiedad o actitud hacia el COVID-19 se vea fuertemente influenciado por esta percepción, incluyendo a los trabajadores de la salud, por lo tanto, nos llama la atención investigar al respecto.

Estáremos a la espera de su aprobación para que las estudiantes en cuestión puedan continuar con su investigación, la cual se acogerá a los principios bioéticos, enfatizando la autonomía de las docentes, cumpliendo con las normas y declaraciones de principios internacionales como la Declaración de Helsinki, el Reporte Belmont, las Normas para la Investigación Biomédica en Sujetos Humanos, CIOMS y el Código de Nüremberg. El llenado de la encuesta tomará unos 5 minutos; la participación de los docentes será anónima; voluntaria; confidencial; sin costo ni pago; y libre. Los resultados del estudio pretenden ser publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificadas las personas o las instituciones.

Link de encuesta digital: <https://www.questionpro.com/t/AQ6GXZi5TI>

Quedamos a disposición ante cualquier pregunta o inquietud,



Eimy T. Sierra (Estudiante).

Teléfono: (809) 505-5381. Correo: es15-2691@unphu.edu.do.

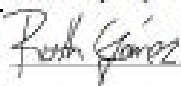

Silvia Y. Marmolejos (Estudiante)

Teléfono: (829) 639-7310. Correo: sm15-126@unphu.edu.do



Dra. Julissa Rodríguez (Asesora temática)

Teléfono: (809) 729-0725. Correo: jr4996@unphu.edu.do



Dra. Ruth Gómez (Asesora metodológica)

(829) 993-1660. Correo: rgomez@unphu.edu.do



Dr. Rogelio Cordero (Director Escuela de Odontología)

Correo: rcordero@unphu.edu.do

Referencias bibliográficas:

1. Cagetti MG, Cairoli JL, Senna A, Campus G. COVID-19 Outbreak in North Italy: An Overview on Dentistry. A Questionnaire Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May;17(11):3835.
2. Wang C, Zhao H. The Impact of COVID-19 on Anxiety in Chinese University Students. *Front Psychol*. 2020 May;11.
3. Kamate S, Sharma S, Thakar S, Srivastava D, Sengupta K, Hadi AJ, et al. Assessing Knowledge, Attitudes and Practices of dental practitioners regarding the COVID-19 pandemic: A multinational study. *Dent Med Probl*. 2020 Mar;57(1):11-7.
4. Khader Y, Al Nsour M, Al-Batayneh OB, Saadeh R, Bashier H, Alfaqih M, et al. Dentists' Awareness, Perception, and Attitude Regarding COVID-19 and Infection Control: Cross-Sectional Study Among Jordanian Dentists. *JMIR Public Heal Surveill*. 2020 Apr;6(2):e18798.
5. Modi PD, Nair G, Uppe A, Modi J, Tuppekar B, Gharpure AS, et al. COVID-19 Awareness Among Healthcare Students and Professionals in Mumbai Metropolitan Region: A Questionnaire-Based Survey. *Cureus*. 2020 Apr;12(4):e7514.

Santo Domingo, 22 de octubre de 2020

Dra. Johanna Nicolas

Directora de la Escuela de Odontología de la Universidad Central del Este (UCE)

Asunto: Solicitud de autorización para realizar encuesta *online* a docentes

Por este medio le pedimos su autorización para que las estudiantes de la carrera de odontología de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), Eimy T. Sierra Ferreras y Silvia Marmolejos Contreras puedan llevar a cabo una encuesta digital (por correo electrónico) dirigida a los docentes de odontología de UCE, con el objetivo de completar un estudio que corresponde al trabajo de grado para obtener el grado académico. La investigación se titula "*Determinantes psicosociales de la ansiedad, actitud y conocimientos de los odontólogos docentes dominicanos frente a la pandemia del COVID-19*", tema que ha sido investigado en diversos países del mundo, como el estudio de Cagetti et al.¹ en Italia; en China, Wang et al.² en varios países, Kamate et al.³; en Jordania, Khader et al.⁴; en India, Modi et al.⁵; entre otros, y quisiéramos también que en el país se cuente con una investigación sobre el tema.

Otro de los motivos que nos impulsaron a iniciar la investigación se debe a que las respuestas al virus AH1N1 en el año 2009 y el éxito de los programas de intervención de salud pública dependieron en gran medida de la percepción del riesgo individual, por lo tanto, pudiera ser que la ansiedad o actitud hacia el COVID-19 se vea fuertemente influenciado por esta percepción, incluyendo a los trabajadores de la salud, por lo tanto, nos llama la atención investigar al respecto.

Estáramos a la espera de su aprobación para que las estudiantes en cuestión puedan continuar con su investigación, la cual se acogerá a los principios bioéticos, enfatizando la autonomía de las docentes, cumpliendo con las normas y declaraciones de principios internacionales como la Declaración de Helsinki, el Reporte Belmont, las Normas para la Investigación Biomédica en Sujetos Humanos, CIOMS y el Código de Núremberg. El llenado de la encuesta tomará unos 5 minutos; la participación de los docentes será anónima; voluntaria; confidencial; sin costo ni pago; y libre. Los resultados del estudio pretenden ser publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificadas las personas o las instituciones.

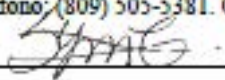
Link de encuesta digital: <https://www.questionpro.com/t/AQ6GXZi5TI>

Quedamos a disposición ante cualquier pregunta o inquietud,

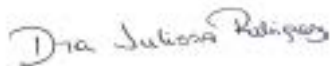


Eimy T. Sierra (Estudiante).

Teléfono: (809) 505-5381. Correo: es15-2691@unphu.edu.do.


Silvia Y. Marmolejos (Estudiante)

Teléfono: (829) 639-7310. Correo: sm15-126@unphu.edu.do



Dra. Julissa Rodríguez (Asesora temática)

Teléfono: (809) 729-0725. Correo: jr4996@unphu.edu.do



Dra. Ruth Gómez (Asesora metodológica)

(829) 993-1660. Correo: rgomez@unphu.edu.do



Dr. Rogelio Cordero (Director Escuela de Odontología)

Correo: rcordero@unphu.edu.do

Referencias bibliográficas:

1. Cagetti MG, Cairoli JL, Senna A, Campus G. COVID-19 Outbreak in North Italy: An Overview on Dentistry. A Questionnaire Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May;17(11):3835.
2. Wang C, Zhao H. The Impact of COVID-19 on Anxiety in Chinese University Students. *Front Psychol*. 2020 May;11.
3. Kamate S, Sharma S, Thakar S, Srivastava D, Sengupta K, Hadi AJ, et al. Assessing Knowledge, Attitudes and Practices of dental practitioners regarding the COVID-19 pandemic: A multinational study. *Dent Med Probl*. 2020 Mar;57(1):11-7.
4. Khader Y, Al Nsour M, Al-Batayneh OB, Saadeh R, Bashier H, Alfaqih M, et al. Dentists' Awareness, Perception, and Attitude Regarding COVID-19 and Infection Control: Cross-Sectional Study Among Jordanian Dentists. *JMIR Public Heal Surveill*. 2020 Apr;6(2):e18798.
5. Modi PD, Nair G, Uppe A, Modi J, Tuppekar B, Gharpure AS, et al. COVID-19 Awareness Among Healthcare Students and Professionals in Mumbai Metropolitan Region: A Questionnaire-Based Survey. *Cureus*. 2020 Apr;12(4):e7514.

Santo Domingo, 23 de octubre de 2020

Dr. Omar Diaz Olivares

Director de la Escuela de la Graduados de Odontología de la Universidad Católica de Santo Domingo (UCSD)

Asunto: Solicitud de autorización para realizar encuesta *online* a docentes

Por este medio le pedimos su autorización para que las estudiantes de la carrera de odontología de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), Eimy T. Sierra Ferreras y Silvia Marmolejos Contreras puedan llevar a cabo una encuesta digital (por correo electrónico) dirigida a los docentes de odontología de UCSD, con el objetivo de completar un estudio que corresponde al trabajo de grado para obtener el grado académico. La investigación se titula "*Determinantes psicosociales de la ansiedad, actitud y conocimientos de los odontólogos docentes dominicanos frente a la pandemia del COVID-19*", tema que ha sido investigado en diversos países del mundo, como el estudio de Cagetti et al.¹ en Italia; en China, Wang et al.² en varios países, Kamate et al.³; en Jordania, Khader et al.⁴; en India, Modi et al.⁵; entre otros, y quisiéramos también que en el país se cuente con una investigación sobre el tema.

Otro de los motivos que nos impulsaron a iniciar la investigación se debe a que las respuestas al virus AH1N1 en el año 2009 y el éxito de los programas de intervención de salud pública dependieron en gran medida de la percepción del riesgo individual, por lo tanto, pudiera ser que la ansiedad o actitud hacia el COVID-19 se vea fuertemente influenciado por esta percepción, incluyendo a los trabajadores de la salud, por lo tanto, nos llama la atención investigar al respecto.

Estariamos a la espera de su aprobación para que las estudiantes en cuestión puedan continuar con su investigación, la cual se acogerá a los principios bioéticos, enfatizando la autonomía de las docentes, cumpliendo con las normas y declaraciones de principios internacionales como la Declaración de Helsinki, el Reporte Belmont, las Normas para la Investigación Biomédica en Sujetos Humanos, CIOMS y el Código de Nüremberg. El llenado de la encuesta tomará unos 5 minutos; la participación de los docentes será anónima; voluntaria; confidencial; sin costo ni pago; y libre. Los resultados del estudio pretenden ser publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificadas las personas o las instituciones.

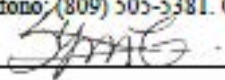
Link de encuesta digital: <https://www.questionpro.com/t/AQ6GXZiSTI>

Quedamos a disposición ante cualquier pregunta o inquietud,

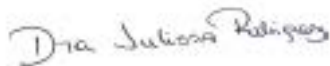


Eimy T. Sierra (Estudiante).

Teléfono: (809) 505-5381. Correo: es15-2691@unphu.edu.do.


Silvia Y. Marmolejos (Estudiante)

Teléfono: (829) 639-7310. Correo: sm15-126@unphu.edu.do



Dra. Julissa Rodríguez (Asesora temática)

Teléfono: (809) 729-0725. Correo: jr4996@unphu.edu.do



Dra. Ruth Gómez (Asesora metodológica)

(829) 993-1660. Correo: rgomez@unphu.edu.do



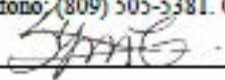
Dr. Rogelio Cordero (Director Escuela de Odontología)

Correo: rcordero@unphu.edu.do

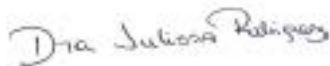
Referencias bibliográficas:

1. Cagetti MG, Cairoli JL, Senna A, Campus G. COVID-19 Outbreak in North Italy: An Overview on Dentistry. A Questionnaire Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May;17(11):3835.
2. Wang C, Zhao H. The Impact of COVID-19 on Anxiety in Chinese University Students. *Front Psychol*. 2020 May;11.
3. Kamate S, Sharma S, Thakar S, Srivastava D, Sengupta K, Hadi AJ, et al. Assessing Knowledge, Attitudes and Practices of dental practitioners regarding the COVID-19 pandemic: A multinational study. *Dent Med Probl*. 2020 Mar;57(1):11-7.
4. Khader Y, Al Nsour M, Al-Batayneh OB, Saadeh R, Bashier H, Alfaqih M, et al. Dentists' Awareness, Perception, and Attitude Regarding COVID-19 and Infection Control: Cross-Sectional Study Among Jordanian Dentists. *JMIR Public Heal Surveill*. 2020 Apr;6(2):e18798.
5. Modi PD, Nair G, Uppe A, Modi J, Tuppekar B, Gharpure AS, et al. COVID-19 Awareness Among Healthcare Students and Professionals in Mumbai Metropolitan Region: A Questionnaire-Based Survey. *Cureus*. 2020 Apr;12(4):e7514.

Teléfono: (809) 505-5381. Correo: es15-2691@unphu.edu.do.


Silvia Y. Marmolejos (Estudiante)

Teléfono: (829) 639-7310. Correo: sm15-126@unphu.edu.do



Dra. Julissa Rodríguez (Asesora temática)

Teléfono: (809) 729-0725. Correo: jr4996@unphu.edu.do



Dra. Ruth Gómez (Asesora metodológica)

(829) 993-1660. Correo: rgomez@unphu.edu.do



Dr. Rogelio Cordero (Director Escuela de Odontología)

Correo: rcordero@unphu.edu.do

Referencias bibliográficas:

1. Cagetti MG, Cairoli JL, Senna A, Campus G. COVID-19 Outbreak in North Italy: An Overview on Dentistry. A Questionnaire Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May;17(11):3835.
2. Wang C, Zhao H. The Impact of COVID-19 on Anxiety in Chinese University Students. *Front Psychol*. 2020 May;11.
3. Kamate S, Sharma S, Thakar S, Srivastava D, Sengupta K, Hadi AJ, et al. Assessing Knowledge, Attitudes and Practices of dental practitioners regarding the COVID-19 pandemic: A multinational study. *Dent Med Probl*. 2020 Mar;57(1):11-7.
4. Khader Y, Al Nsour M, Al-Batayneh OB, Saadeh R, Bashier H, Alfaqih M, et al. Dentists' Awareness, Perception, and Attitude Regarding COVID-19 and Infection Control: Cross-Sectional Study Among Jordanian Dentists. *JMIR Public Heal Surveill*. 2020 Apr;6(2):e18798.
5. Modi PD, Nair G, Uppe A, Modi J, Tuppekar B, Gharpure AS, et al. COVID-19 Awareness Among Healthcare Students and Professionals in Mumbai Metropolitan Region: A Questionnaire-Based Survey. *Cureus*. 2020 Apr;12(4):e7514.

Santo Domingo, 22 de octubre de 2020

Dra. Margarita Burgos

Directora de la Escuela de Odontología de la Universidad Eugenia María de Hostos
(UNIREMHOS)

Asunto: Solicitud de autorización para realizar encuesta *online* a docentes

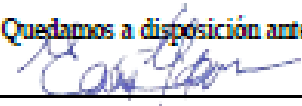
Por este medio le pedimos su autorización para que las estudiantes de la carrera de odontología de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), Eimy T. Sierra Ferreras y Silvia Marmolejos Contreras puedan llevar a cabo una encuesta digital (por correo electrónico) dirigida a los docentes de odontología de UNIREMHOS, con el objetivo de completar un estudio que corresponde al trabajo de grado para obtener el grado académico. La investigación se titula "*Determinantes psicosociales de la ansiedad, actitud y conocimientos de los odontólogos docentes dominicanos frente a la pandemia del COVID-19*", tema que ha sido investigado en diversos países del mundo, como el estudio de Cagetti et al.¹ en Italia; en China, Wang et al.², en varios países, Kamate et al.³; en Jordania, Khader et al. ⁴; en India, Modi et al.⁵; entre otros, y quisiéramos también que en el país se cuente con una investigación sobre el tema.

Otro de los motivos que nos impulsaron a iniciar la investigación se debe a que las respuestas al virus AH1N1 en el año 2009 y el éxito de los programas de intervención de salud pública dependieron en gran medida de la percepción del riesgo individual, por lo tanto, pudiera ser que la ansiedad o actitud hacia el COVID-19 se vea fuertemente influenciado por esta percepción, incluyendo a los trabajadores de la salud, por lo tanto, nos llama la atención investigar al respecto.

Estáramos a la espera de su aprobación para que las estudiantes en cuestión puedan continuar con su investigación, la cual se acogerá a los principios bioéticos, enfatizando la autonomía de las docentes, cumpliendo con las normas y declaraciones de principios internacionales como la Declaración de Helsinki, el Reporte Belmont, las Normas para la Investigación Biomédica en Sujetos Humanos, CIOMS y el Código de Nuremberg. El llenado de la encuesta tomará unos 5 minutos; la participación de los docentes será anónima; voluntaria; confidencial; sin costo ni pago; y libre. Los resultados del estudio pretenden ser publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificadas las personas o las instituciones.

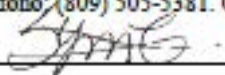
Link de encuesta digital: <https://www.questionpro.com/t/AQ6GXZi5TI>

Quedamos a disposición ante cualquier pregunta o inquietud,



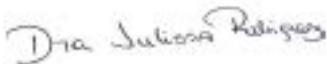
Eimy T. Sierra (Estudiante).

Teléfono: (809) 505-5381. Correo: es15-2691@unphu.edu.do.



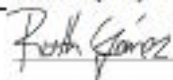
Silvia Y. Marmolejos (Estudiante)

Teléfono: (829) 639-7310. Correo: sm15-126@unphu.edu.do



Dra. Julissa Rodríguez (Asesora temática)

Teléfono: (809) 729-0725. Correo: jr4996@unphu.edu.do



Dra. Ruth Gómez (Asesora metodológica)

(829) 993-1660. Correo: rgomez@unphu.edu.do



Dr. Rogelio Cordero (Director Escuela de Odontología)

Correo: rcordero@unphu.edu.do

Referencias bibliográficas:

1. Cagetti MG, Cairoli JL, Senna A, Campus G. COVID-19 Outbreak in North Italy: An Overview on Dentistry. A Questionnaire Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May;17(11):3835.
2. Wang C, Zhao H. The Impact of COVID-19 on Anxiety in Chinese University Students. *Front Psychol*. 2020 May;11.
3. Kamate S, Sharma S, Thakar S, Srivastava D, Sengupta K, Hadi AJ, et al. Assessing Knowledge, Attitudes and Practices of dental practitioners regarding the COVID-19 pandemic: A multinational study. *Dent Med Probl*. 2020 Mar;57(1):11-7.
4. Khader Y, Al Nsour M, Al-Batayneh OB, Saadeh R, Bashier H, Alfaqih M, et al. Dentists' Awareness, Perception, and Attitude Regarding COVID-19 and Infection Control: Cross-Sectional Study Among Jordanian Dentists. *JMIR Public Heal Surveill*. 2020 Apr;6(2):e18798.
5. Modi PD, Nair G, Uppe A, Modi J, Tuppekar B, Gharpure AS, et al. COVID-19 Awareness Among Healthcare Students and Professionals in Mumbai Metropolitan Region: A Questionnaire-Based Survey. *Cureus*. 2020 Apr;12(4):e7514.

Santo Domingo, 22 de octubre de 2020

Dra. Angelina Suero

Directora de la Escuela de Odontología de la Universidad Odontológica Dominicana
(UOD)

Asunto: Solicitud de autorización para realizar encuesta *online* a docentes

Por este medio le pedimos su autorización para que las estudiantes de la carrera de odontología de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), Eimy T. Sierra Ferreras y Silvia Marmolejos Contreras puedan llevar a cabo una encuesta digital (por correo electrónico) dirigida a los docentes de odontología de UOD, con el objetivo de completar un estudio que corresponde al trabajo de grado para obtener el grado académico. La investigación se titula "*Determinantes psicosociales de la ansiedad, actitud y conocimientos de los odontólogos docentes dominicanos frente a la pandemia del COVID-19*", tema que ha sido investigado en diversos países del mundo, como el estudio de Cagetti et al.¹ en Italia; en China, Wang et al.², en varios países, Kamate et al.³, en Jordania, Khader et al.⁴, en India, Modi et al.⁵, entre otros, y quisiéramos también que en el país se cuente con una investigación sobre el tema.

Otro de los motivos que nos impulsaron a iniciar la investigación se debe a que las respuestas al virus AH1N1 en el año 2009 y el éxito de los programas de intervención de salud pública dependieron en gran medida de la percepción del riesgo individual, por lo tanto, pudiera ser que la ansiedad o actitud hacia el COVID-19 se vea fuertemente influenciado por esta percepción, incluyendo a los trabajadores de la salud, por lo tanto, nos llama la atención investigar al respecto.

Estáramos a la espera de su aprobación para que las estudiantes en cuestión puedan continuar con su investigación, la cual se acogerá a los principios bioéticos, enfatizando la autonomía de las docentes, cumpliendo con las normas y declaraciones de principios internacionales como la Declaración de Helsinki, el Reporte Belmont, las Normas para la Investigación Biomédica en Sujetos Humanos, CIOMS y el Código de Nuremberg. El llenado de la encuesta tomará unos 5 minutos; la participación de los docentes será anónima; voluntaria; confidencial; sin costo ni pago; y libre. Los resultados del estudio pretenden ser publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificadas las personas o las instituciones.

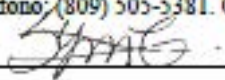
Link de encuesta digital: <https://www.questionpro.com/t/AQ6GXZi5TI>

Quedamos a disposición ante cualquier pregunta o inquietud,

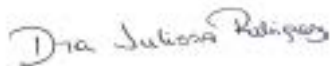


Eimy T. Sierra (Estudiante).

Teléfono: (809) 505-5381. Correo: es15-2691@unphu.edu.do.


Silvia Y. Marmolejos (Estudiante)

Teléfono: (829) 639-7310. Correo: sm15-126@unphu.edu.do



Dra. Julissa Rodríguez (Asesora temática)

Teléfono: (809) 729-0725. Correo: jr4996@unphu.edu.do



Dra. Ruth Gómez (Asesora metodológica)

(829) 993-1660. Correo: rgomez@unphu.edu.do



Dr. Rogelio Cordero (Director Escuela de Odontología)

Correo: rcordero@unphu.edu.do

Referencias bibliográficas:

1. Cagetti MG, Cairoli JL, Senna A, Campus G. COVID-19 Outbreak in North Italy: An Overview on Dentistry. A Questionnaire Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May;17(11):3835.
2. Wang C, Zhao H. The Impact of COVID-19 on Anxiety in Chinese University Students. *Front Psychol*. 2020 May;11.
3. Kamate S, Sharma S, Thakar S, Srivastava D, Sengupta K, Hadi AJ, et al. Assessing Knowledge, Attitudes and Practices of dental practitioners regarding the COVID-19 pandemic: A multinational study. *Dent Med Probl*. 2020 Mar;57(1):11-7.
4. Khader Y, Al Nsour M, Al-Batayneh OB, Saadeh R, Bashier H, Alfaqih M, et al. Dentists' Awareness, Perception, and Attitude Regarding COVID-19 and Infection Control: Cross-Sectional Study Among Jordanian Dentists. *JMIR Public Heal Surveill*. 2020 Apr;6(2):e18798.
5. Modi PD, Nair G, Uppe A, Modi J, Tuppekar B, Gharpure AS, et al. COVID-19 Awareness Among Healthcare Students and Professionals in Mumbai Metropolitan Region: A Questionnaire-Based Survey. *Cureus*. 2020 Apr;12(4):e7514.

Glosario