

Diferencias sociodemográficas y de práctica profesional asociadas a estrés percibido entre dentistas colegiados de Monterrey

Socio-Demographic and Professional Practice Differences Associated to Perceived Stress among Monterrey Collegiate Dentists

Diferenças sociodemográficas e de prática profissional associadas ao stress percebido entre dentistas colegiados de Monterrey

Francisco Cázares de León,* José Moral de la Rubia*

Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Doi: [dx.doi.org/10.12804/apl34.1.2016.06](https://doi.org/10.12804/apl34.1.2016.06)

Resumen

Para una práctica profesional de calidad es importante que los índices de estrés no sean muy altos, pues es posible que el profesional incurra en más errores y ello afecte su salud y calidad de vida. Por ello es relevante evaluar el estrés y conocer sus factores de riesgo y protección. Este artículo tiene como objetivos: (1) describir el nivel de estrés percibido y (2) estudiar la relación de variables sociodemográficas, de práctica profesional e interacción familiar con el estrés percibido en dentistas colegiados de la ciudad de Monterrey, México. Preguntas sobre información sociodemográficas, práctica profesional e interacción con la familia y la escala de estrés percibido PSS-14 fueron aplicadas a una muestra aleatoria de 140 dentistas colegiados. Aproximadamente, 8 de cada 100 dentistas reportaron sufrir nivel alto de estrés percibido. Los dentistas más jóvenes percibieron

más estrés. La disminución del estrés percibido se asoció con trabajar en consulta privada y con asistente dental. Se concluye que el estrés percibido en la población de dentistas colegiados de Monterrey es bajo en comparación con otras poblaciones. Se sugiere trabajar con aspectos de calidad en el desempeño laboral en talleres de manejo del estrés en dentistas.

Palabras clave: dentistas; estrés percibido; género; edad; rendimiento laboral.

Abstract

For a professional practice of quality is important that levels of stress are not very high, because the professional can incur diagnostic and intervention errors and affect their health and quality of life. Therefore assessing the level of stress and its risk and protector factors takes great relevance. The aims of this paper were: (1) to des-

* Francisco Cázares de León y José Moral de la Rubia, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.

La correspondencia relacionada con este artículo debe ser enviada a Francisco Cázares de León. Correos electrónicos: fclsalud@gmail.com, jose_moral@hotmail.com

Cómo citar este artículo: Cázares, F. & Moral, J. (2016). Diferencias sociodemográficas y de práctica profesional asociadas a estrés percibido entre dentistas colegiados de Monterrey. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 83-97. doi: [dx.doi.org/10.12804/apl34.1.2016.06](https://doi.org/10.12804/apl34.1.2016.06)

cribe the levels of perceived stress and (2) to study the relationship between socio-demographic, professional practice and family interaction variables and perceived stress among collegiate dentists from Monterrey. Questions about socio-demographic information, professional practice, family interaction and the 14-item perceived stress scale (PSS-14) were applied to a random sample of 140 collegiate dentists. About 8 out of 100 dentists reported to suffer high levels of perceived stress. Younger dentists perceived more stress. Working in private practice and having dental assistant were associated to lower level of perceived stress. It is concluded that the level of perceived stress in the collegiate dentists from Monterrey is low compared to other populations. It is suggested working quality aspects of job performance in stress management workshops for dentists.

Key words: dentist; stress; gender; age; job performance.

Resumo

Para uma prática profissional de qualidade é importante que os níveis de stress não sejam muito altos, pois o profissional pode incorrer mais em erros e afetar a sua saúde e qualidade de vida. Assim a avaliação do nível de stress e conhecer seus fatores de risco e proteção adquire grande relevância. Este artigo tem com objetivos: 1) descrever o nível de stress percebido e 2) estudar a relação de variáveis sociodemográficas, de prática profissional e interação familiar com o stress percebido em dentistas colegiados da cidade de Monterrey, México. Perguntas sobre informação sociodemográfica, prática profissional e interação com a família e a escala de stress percebido PSS-14 foram aplicadas a uma amostra aleatória de 140 dentistas colegiados. Aproximadamente 8 de cada 100 dentistas reportaram sofrer um nível alto de stress percebido. Os dentistas mais jovens perceberam mais stress. A diminuição do stress percebido associou-se com trabalhar em consulta privada e com assistente dental. Conclui-se que o nível de stress percebido na população de dentistas colegiados de Monterrey é baixo em comparação a outras populações. Sugere-se trabalhar com aspetos de qualidade no desempenho laboral em workshops de gestão do stress em dentistas.

Palavras-chave: dentistas; stress percebido; gênero; idade; rendimento laboral.

Desde 1986, la Organización Mundial del Trabajo reconoce que el estrés constituye uno de los principales problemas para la salud y el rendimiento de los trabajadores y el correcto funcionamiento de las entidades laborales (Stavroula, Griffiths & Cox, 2004). El estrés hace a las personas más susceptibles a enfermedades relacionadas con alteraciones en el equilibrio del sistema nervioso vegetativo y la competencia inmunológica, más propensas a accidentes y más proclives a discusiones y conflictos interpersonales (Cohen, Janicki & Miller, 2007). Aunque el estrés puede estar provocado por problemas personales o laborales, sus consecuencias se manifiestan en todas las áreas de actividad y relaciones personales una vez que se padece (Folkman, 2011).

Sandín (1999) refiere que el estrés es una respuesta orgánica de excitación simpática relacionada con cantidades altas de catecolaminas (en la reacción aguda) y cantidades elevadas de cortisol (ante una respuesta persistente o sostenida en el tiempo), acompañada usualmente de una respuesta psicológica de ansiedad, temor, inseguridad o irritación ante ciertos eventos ambientales que perturban a la persona por amenazas o demandas que sobrecargan sus recursos. Folkman (2010) señala que deben existir unas condiciones externas e internas (estímulos interpretados como demandas, desafíos, conflictos o carencias desbordantes, fuera de control, imprevisibles o peligrosos) para que ocurra esta reacción del individuo hacia su entorno. Desde una perspectiva cognitiva, las interpretaciones se explican porque los individuos pueden responder de maneras diferentes a los mismos estímulos; estas interpretaciones dependen de las historias de aprendizaje, del marco cultural y de las características personales (Folkman, 2011). El estrés percibido es parte de una respuesta global que impacta en la salud de forma negativa, especialmente en la

medida en que la respuesta de estrés es más intensa y sostenida en el tiempo (Cohen et al., 2007).

En la psicología de la salud, debido a la relevancia que tiene el estrés en los individuos al afectar a su rendimiento, salud y calidad de vida (Folkman, 2011), surgió la necesidad de elaborar instrumentos para medirlo. Atendiendo a esta necesidad, la Escala de Estrés Percibido (PSS) fue creada por Cohen, Kamarak y Mermelstein (1983). La PSS se diseñó para medir el grado en que las situaciones de la vida se evalúan como imprevisibles, desbordantes o fuera de control, esto es, para evaluar el componente psicológico del estrés (Carlson & Heth, 2007).

En profesionales de la salud, existen estudios que evalúan frecuencia de síntomas de estrés (Pozos, Torres, Aguilera, Acosta & González, 2008; Pozos et al., 2011), estrés percibido (Polychronopoulou & Divaris, 2010), estrés laboral (Baldwin, Dodd & Rennie, 1999; Boran, Shawaheen, Khader, Amarin & Rice, 2012; LaPorta, 2010; Rolander, Stenstrom & Jonker, 2008) y síndrome de *burnout* (Divaris, Lai, Polychronopoulou, Eliades & Katsaros, 2012; Divaris, Polychronopoulou, Taoufik, Katsaros & Eliades, 2012), siendo la profesión del odontólogo una de las que se consideran más estresantes por el tipo de práctica realizada en las consultas clínicas (Divaris, Lai et al., 2012; Divaris, Polychronopoulou et al., 2012; Kumar et al., 2009). Con frecuencia, los pacientes llegan a la consulta odontológica con gran ansiedad dental y, en caso de niños, con una notable resistencia que puede hacer difícil y peligrosa la intervención o, incluso, impedir su terminación (Sánchez, Toledano & Osorio, 2004).

Pozos et al. (2008) reportaron que 13.7% de los dentistas mexicanos encuestados mostraron un nivel alto de estrés, al emplear un listado de síntomas de estrés creado en Brasil. LaPorta (2010) menciona que los cirujanos orales y maxilofaciales son los que reportan mayor estrés entre los profesionales de la salud bucal. Pozos et al. (2011) hallaron que el 27.5% de los cirujanos dentistas mexicanos tenían nivel alto de estrés, al usar el mismo listado de síntomas de estrés de su estudio publicado en 2008.

Dentro de las causas de estrés entre estos profesionistas de la salud, algunos estudios señalan el género femenino como factor de riesgo (Boran et al., 2012; Polychronopoulou & Divaris, 2010). El estudio de Pozos et al. (2008) en una población mexicana de dentistas halló que las mujeres tuvieron mayor estrés que los hombres. No obstante, un estudio realizado en India mostró una diferencia significativa en la percepción de estrés entre el género, con una mayor media en hombres (Kumar et al., 2009). Otro estudio sobre *burnout* en dentistas señaló que los hombres reportan niveles de despersonalización más altos que las mujeres, pero no hubo diferencias de género en agotamiento emocional y de realización personal (Brake, Bloemendal & Hoogstraten, 2003). Baldwin et al. (1999) hallaron que los síntomas psicológicos de estrés y depresión se incrementaban en mujeres dentistas en la medida en que aumentaba el consumo de alcohol.

El efecto del sexo en el estrés se atribuye a diferencias biológicas (estrógenos con variación cíclica en mujeres que afectan a las concentraciones de catecolaminas e indolaminas cerebrales) y socioculturales (feminidad, dependencia económica, mayor vulnerabilidad ante estresores sociales y doble carga laboral si la mujer trabaja fuera del hogar) (American Psychiatry Association, 2013). Debe señalarse que la población infantil en la consulta dental es atendida por una mayor proporción de mujeres que de hombres (López & Lara, 2005), que los niños son los pacientes más difíciles por su actitud y que una mayor propensión a la empatía y contagio emocional incrementaría sufrir estrés en estas situaciones, lo que se asocia más con ser mujer que con ser hombre (Leinweber & Rowe, 2010). En población general, aparte del género femenino, una edad más joven, estado civil soltero, falta de apoyo social son características asociadas al estrés percibido (Cohen & Janicki, 2012; Cohen & Williamson, 1988).

Otras de las causas o factores asociados al estrés son el tipo de práctica que llevan los dentistas. Largas horas de jornada laboral, práctica pública

o general, falta de ayudantes (Boran et al., 2012; Newton, Allen, Coates, Turner & Prior, 2006), sobrecarga y falta de control sobre las demandas laborales son variables laborales predictoras de estrés (Rolander et al., 2008); asimismo, rasgos de personalidad, como introversión, neuroticismo y mayor tendencia a responder en sentido socialmente deseable para dar una buena imagen social a la hora de ser encuestado o entrevistado (Rolander et al., 2008) predicen mayor reporte de estrés en dentistas.

En México, se han publicado investigaciones sobre el fenómeno del estrés en población de dentistas (Díaz, Lartigue & Acosta, 2001; Flores et al., 2009; Pozos et al., 2008; Pozos et al., 2011); no obstante, se conoce poco de la relación entre el estrés y las variables sociodemográficas y de práctica profesional en esta población. Aunque la expectativa es de mayor estrés en mujeres, existen hallazgos contradictorios en relación con el género al comparar estudios de distintos países (Brake et al., 2003; Kumar et al., 2009). Además, la investigación que existe entre dentistas mexicanos se ha llevado a cabo, en general, usando escalas con pobres propiedades psicométricas.

Considerando lo estresante que puede llegar a ser la práctica odontológica y observando la necesidad de más investigación sobre el estrés en dentistas mexicanos con instrumentos validados y con buenas propiedades psicométricas para medirlo (Pozos et al., 2011), como la escala PSS-14 validada en México por González y Landero (2007), este estudio tiene como objetivos identificar el nivel de estrés percibido en los dentistas colegiados de la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México, así como identificar las variables asociadas al estrés percibido, incluidas variables sociodemográficas (sexo, edad y estado civil), características de la práctica profesional (horas de trabajo, lugar de trabajo, si trabaja o no con asistente y si cuenta o no con otro empleo) y el tiempo de interacción con la familia. Esta investigación cobra importancia en el área de la odontología, la psicología y la

salud pública al estudiarse la relación del estrés en odontólogos con factores de riesgo y protección en una de las principales ciudades del país, usando el PSS-14 para la evaluación del estrés percibido.

En correspondencia con los objetivos formulados, se esperan niveles de estrés altos en el 13.7% de la población (Pozos et al., 2008). El estrés percibido, medido por la escala PSS-14, estará asociado con el género (mayor promedio en mujeres que en hombres), edad (a mayor edad menor estrés) y estado civil soltero (Cohen & Janicki, 2012; Cohen & Williamson, 1988; Pozos et al., 2011); asimismo, con más horas de trabajo, pluriempleo, trabajo en clínica u hospital público y no contar con ayudante (Boran et al., 2012; Díaz et al., 2001; Newton et al., 2006; Rolander et al., 2008). Se hipotetiza que una mayor interacción con la familia desempeña un papel protector contra el estrés, al ser relaciones positivas de apoyo y afecto (Telzer & Fuligni, 2013).

Método

Participantes

Los criterios de inclusión fueron: ser miembros del Colegio de Odontólogos de Monterrey y prestar el consentimiento informado para participar. El criterio de exclusión fue: cuestionario incompleto en más de 2 preguntas.

Se empleó una muestra aleatoria simple compuesta por 140 participantes (63% mujeres y 37% hombres). La mediana de edad correspondió al intervalo de 30 a 39 años. La media de edad fue 2.5 en un rango de 5 valores que corresponden a 5 intervalos de 10 años. Si se expanden, este estadístico a la amplitud de 10 años de los 5 intervalos, la media correspondería a 34.5 años en un rango de 20 a 69 años. Para los detalles sociodemográficos de la muestra véase la tabla 1.

El tamaño muestral se determinó con el objetivo de calcular el porcentaje de un nivel de estrés percibido alto (moderado o severo). Con un intervalo de

Tabla 1
Descripción de la muestra (N = 140)

Variabes	Categorías	f(%)
Género	Femenino	88 (63)
	Masculino	52 (37)
Años de edad	De 20 a 29	32 (23)
	De 30 a 39	45 (32)
	De 40 a 49	32 (23)
	De 50 a 59	23 (16)
	De 60 a 69	8 (6)
	De 70 o más	0 (0)
Estado civil	Casados	80 (57)
	Solteros	50 (36)
	Divorciados o separados	10 (7)
Horas de trabajo al día	De 4 a 6	44 (31.4)
	De 7 a 9	67 (47.9)
	De 10 a 12	29 (20.7)
Lugar de trabajo	Consulta privada	82 (59)
	Institución	42 (30)
	En ambos lugares	16 (11)
Tener asistente dental	Sí	54 (38.6)
	No	86 (61.4)
Tener dos empleos	Sí	34 (24)
	No	106 (76)
Porcentaje de tiempo de interacción con la familia durante la vigilia	< 30%	50 (35.7)
	De 30 a 50%	67 (47.9)
	> 50%	23 (16.4)

confianza del 95% (a dos colas) y un error de estimación del 4.5%, se requeriría una muestra de 140 participantes para un porcentaje esperado de estrés percibido alto del 14% en una población de 350 odontólogos colegiados en la ciudad de Monterrey, es decir, se requeriría una fracción de muestreo del 40%.

El Colegio de Odontólogos de Monterrey proporcionó el censo de sus agremiados. Por medio

del generador de números aleatorios de SPSS se seleccionaron los 140 participantes. Para alcanzar el tamaño de muestra requerido, se usó la reposición aleatoria en caso de que alguna persona no quisiera participar, lo que ocurrió en 8 casos, por no poder asistir a las reuniones. Tras un primer contacto telefónico, la aplicación colectiva del cuestionario se realizó en salas de juntas disponibles en las fechas de las juntas mensuales de la asociación. El encuestador, el primer autor del artículo, leía la hoja de consentimiento informado. En caso de que la persona sí quisiera participar, firmaba la hoja de consentimiento y se le entregaba el cuestionario para que fuese respondido. El encuestador permanecía presente para resolver dudas o preguntas, recoger el cuestionario y comprobar a la hora de su recogida que no se dejaran preguntas sin responder y motivar al participante a que completase la información faltante. La muestra se recolectó entre octubre y noviembre de 2013.

Instrumentos

Una hoja de consentimiento informado, preguntas sobre información sociodemográfica (género, edad y estado civil), práctica profesional (trabajar con asistente, horas de trabajo al día, tener otro empleo y trabajo en consulta privada o en institución) y tiempo de interacción con la familia, así como la escala PSS-14 integraron el cuestionario.

La Escala de Estrés Percibido (PSS-14) de Cohen et al. (1983) evalúa el grado en que los participantes valoran las situaciones del último mes como impredecibles, sobrecargantes y fuera de control. Consta de 14 reactivos con formato de respuesta tipo Likert de 5 opciones de respuesta que varían desde 0 “nunca” hasta 4 “siempre”. Para obtener la puntuación total en el PSS-14, se deben invertir las puntuaciones de los ítems positivos (4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13) para, posteriormente, sumar los 14 ítems. El rango de puntuación varía entre 0 (mínimo estrés percibido) y 56 (máximo estrés percibido) (Cohen & Williamson, 1988). Se empleó la traducción al

español realizada por Remor y Carrobbles (2001), que ya había sido empleada en el estudio de validación en México realizado por González y Landero (2007). Puntuaciones menores de 19 se suelen considerar no casos de estrés percibido; de 19 a 28, estrés percibido leve; de 29 a 38, estrés percibido moderado, y de 39 a 56, estrés percibido severo (Amr, Gilany & El-Hawary, 2008; Meyer, Ramírez & Pérez, 2013; Shah, Hasan, Malik & Sreeramareddy, 2010).

Procedimientos

A los participantes se les garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información proporcionada siguiendo las normas de la Sociedad Mexicana de Psicología (2007). En la hoja de consentimiento informado se indicaba si se deseaba o no participar, marcando la opción correspondiente, y se firmaba. El cuestionario, entregado posteriormente, no solicitaba datos personales de identificación y así se mantuvo el anonimato del participante. En la base de datos cada caso quedó identificado con un número.

Análisis de datos

En relación con el primer objetivo del estudio, se calcularon las frecuencias y porcentajes de los niveles de estrés percibido.

En relación con el segundo objetivo del estudio, por una parte, se contrastaron diferencias de medias de estrés percibido entre los grupos de cada posible correlato y se estimó el efecto de cada variable diferencial sobre el estrés percibido y, por otra, se calculó un modelo de regresión logística binaria para predecir el pertenecer o no al grupo de estrés.

Para comparar las medias de estrés percibido entre los dos grupos, como el caso del género, se usó la prueba *t* de Student para muestras independientes; y entre tres o más grupos, como el caso del estado civil, se usó el análisis de varianza (Anova). La homogeneidad de varianza entre los grupos se

contrastó por la prueba de Levene. En caso de mantenerse la hipótesis nula de igualdad de varianza, se usó el error estándar conjunto para cálculo de la *t* de Student y la prueba de la diferencia mínima significativa (DMS) de Fisher para hacer los contrastes de medias por pares *a posteriori*. En caso de rechazarse la hipótesis nula de igualdad de varianza, se usó la aproximación de Satterthwaite para el cálculo de la *t* de Student y la prueba T_2 de Tamhane para hacer los contrastes de medias por pares *a posteriori* en el Anova. El tamaño del efecto se calculó por el estadístico *d* de Cohen para las comparaciones de dos muestras. Unos valores del estadístico *d* de Cohen $< .20$ fueron interpretados como un tamaño de efecto trivial, entre $.20$ y $.49$ como pequeño, entre $.50$ y $.79$ como mediano y $\geq .80$ como grande (Ellis, 2010). El tamaño del efecto se calculó por el coeficiente η^2 para las comparaciones de tres o más muestras. Unos valores del estadístico η^2 entre $.02$ y $.14$ se interpretaron como un tamaño de efecto pequeño; entre $.15$ y $.34$ como mediano y $\geq .35$ como grande (Ellis, 2010).

El modelo de regresión logística se calculó por el método de pasos sucesivos hacia adelante, usando el criterio de la probabilidad condicional. La significación de los coeficientes de regresión (*B*) se contrastó por la prueba de Wald. El tamaño del efecto se estimó por la pseudo- R^2 de Nagelkerke. A semejanza de la R^2 , valores de pseudo- $R^2 < .10$ indican un tamaño de efecto pequeño; de $.10$ a $.24$ como mediano; de $.25$ a $.49$ como grande y $\geq .50$ como muy grande (Ellis, 2010).

Los valores perdidos se sustituyeron por la media de la variable. El nivel de significación estadística usado fue $\alpha = .05$. Los cálculos estadísticos se realizaron con SPSS 21.

Resultados

Niveles de estrés percibido

Los valores de la puntuación total de la PSS-14 variaron de 6 a 41, con media de 19.99 (95%

IC: 18.91, 21.07), desviación estándar de 6.46 y mediana de 19. Su distribución presentó asimetría positiva ($S = .58$; $EE = .21$), no ajustándose a una curva normal (Prueba de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors: $D_{abs.} = .10$; $p < .01$).

Para la escala PSS-14 no existen puntuaciones de corte establecidas para hacer diagnóstico clínico (Cohen & Janicki, 2012). Varias investigaciones en población de estudiantes universitarios han empleado una puntuación mayor que 28 como punto de corte para definir un nivel alto de estrés (Amr et al., 2008; Meyer et al., 2013; Shah et al., 2010). Bajo este criterio, el 8.6% (12 de 140) de los participantes serían casos de estrés moderado o severo (tabla 2). Este punto de corte corresponde a la mediana de un estudio de un estudio egipcio de Amr et al. (2008).

Moral y Martínez (2009), considerando puntuaciones por encima de una desviación estándar de la media de población general estadounidense (Cohen & Williamson, 1988) y de estudiantes universitarios mexicanos (González & Landeros, 2008) y la mediana de una muestra clínica de padres mexicanos que recientemente habían recibido el diagnóstico de cáncer de un hijo menor de edad, propusieron una puntuación ≥ 30 para definir caso de estrés. Bajo este criterio el 7.1% (10 de 140) de los participantes serían casos de estrés (véase tabla 2).

Una opción más clara para interpretar los niveles de estrés es emplear las etiquetas de respuesta

de los ítems. A tal fin, en primer lugar, se dividieron las puntuaciones de la escala PSS-14 por su número de ítems (PT/14) y se obtuvo un rango continuo de 0 a 4; en segundo lugar, se dividió este rango continuo en 5 intervalos de amplitud constante ($[(\text{valor máximo} - \text{valor mínimo})/\text{número de intervalos}] = [(4 - 0)/5 = .8]$); y en tercer lugar, ordenados en sentido creciente, se hizo corresponder los 5 intervalos con los 5 valores discretos de respuesta a los ítems (nivel de conformidad o asentimiento con una afirmación de falta de control, imprevisibilidad o sobrecarga). De este modo, se interpretaron las puntuaciones usando las etiquetas de respuesta de los ítems: de 0 a .79 = 0 = “nunca”, de .80 a 1.59 = 1 = “casi nunca”, de 1.60 a 2.39 = 2 = “de vez en cuando”, de 2.40 a 3.19 = 3 = “a menudo” y de 3.20 a 4 = 4 = “muy a menudo”. El 7.1% (10 de 140) reportaron nunca sufrir estrés; el 61.4% (86), casi nunca; el 26.5% (37), de vez en cuando, y el 5% (7), a menudo (véase tabla 2).

Otra opción para interpretar los niveles de estrés sería convertir las puntuaciones de la escala en un índice y dividir este índice en 4 partes iguales. A tal fin, se dividieron las puntuaciones de la escala PSS-14 por su número de ítems multiplicado por el valor máximo de cada ítem (PT/56). Dicho cociente se multiplicó por 100, que dio puntuaciones continuas de 0 a 100. Puntuaciones de 0 a 24.99 se consideraron situaciones de no estrés; de 25 a 49.99, casos de estrés leve; de 50 a 69.99, casos de estrés moderado, y de 70 a 100, casos de estrés

Tabla 2
Niveles de estrés bajo distintos criterios desde la puntuación total de PSS-14

Niveles de estrés	Amr et al.		Moral y Martínez		Etiquetas*		Índice	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sin estrés	67	47.9	130	92.9	96	68.5	21	15.0
Leve	61	43.6			37	26.4	103	73.6
Moderado	11	7.9	10	7.1	7	5	15	10.7
Severo	1	.7			0	0	1	.7
Total	140	100	140	100	140	100	140	100

* Sin estrés = “nunca” o “casi nunca”; leve = “de vez en cuando”; moderado = “a menudo”; severo = “muy a menudo”.

severo. Bajo este criterio, el 15% (21 de 149) de los participantes no presentaron estrés; el 73.6%, estrés leve; el 10.7% (15), estrés moderado, y el .7% (1), estrés severo (véase tabla 2).

Según los cuatro criterios contemplados, el nivel de estrés alto (moderado/severo o a menudo/muy a menudo) varía de 5 a 11.4% con una media de 8% (véase tabla 2).

Diferencias en estrés percibido en función de las variables analizadas

Hubo una diferencia de medias estadísticamente significativa entre los 5 grupos de edad ($F[4, 135] = 4.34; p < .01$). El tamaño del efecto de la edad en el estrés percibido fue pequeño ($\eta^2 = .11$). Las varianzas no fueron estadísticamente equivalentes entre los 5 grupos de edad (prueba de Levene: $F[4, 135] = 2.80; p = .03$), por lo que las comparaciones de medias por pares *a posteriori* se hicieron por la prueba T_2 de Tamhane. El grupo de dentistas de 20 a 29 tuvo significativamente más estrés que el grupo de 50 a 59 años ($D = 5.88; 95\% \text{ IC: } .19; 11.57; p = .04$) y el grupo de 40 a 49 años ($D = 5.53; 95\% \text{ IC: } .58; 10.48; p = .02$) (véase figura 1).

Hubo diferencia estadísticamente significativa entre quienes trabajan o no con asistente dental ($t[134.84] = -2.15; p = .03$), siendo la diferencia media de -2.22 ($95\% \text{ IC: } -17.45, -4.26$). La media de los 54 dentistas dijeron tener asistente fue significativamente menor ($M = 18.63; DE = 5.14$) que la media de los que dijeron no tener asistente ($M = 20.85; DE = 7.06$). El tamaño del efecto de tener o no asistente dental sobre el estrés percibido fue pequeño (d de Cohen = $-.35$).

También hubo diferencia de medias estadísticamente significativa entre los 3 grupos de lugar de trabajo ($F[2, 137] = 3.29; p = .04$). El tamaño del efecto del lugar de trabajo sobre el estrés percibido fue pequeño ($\eta^2 = .05$). Las varianzas no fueron estadísticamente equivalentes entre los 3 grupos de lugar de trabajo (prueba de Levene: $F[2, 137] = 4.52; p = .01$), por lo que las comparaciones de medias por pares *a posteriori* se hicieron por la prueba T_2 de Tamhane. Los dentistas que trabajan en una consulta privada tienen significativamente menos estrés que los dentistas que trabajan en una institución pública ($D = -3.05; 95\% \text{ IC: } -6.29, -.19; p = .04$) (véase figura 2).

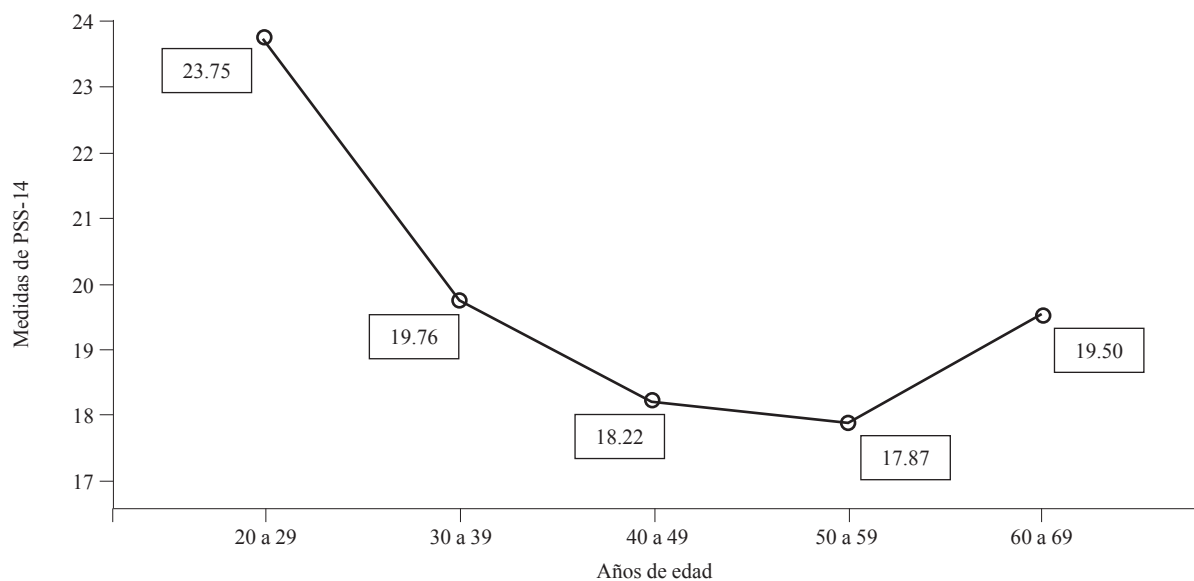


Figura 1. Diagrama de las medias de PSS-14 por grupos de edad

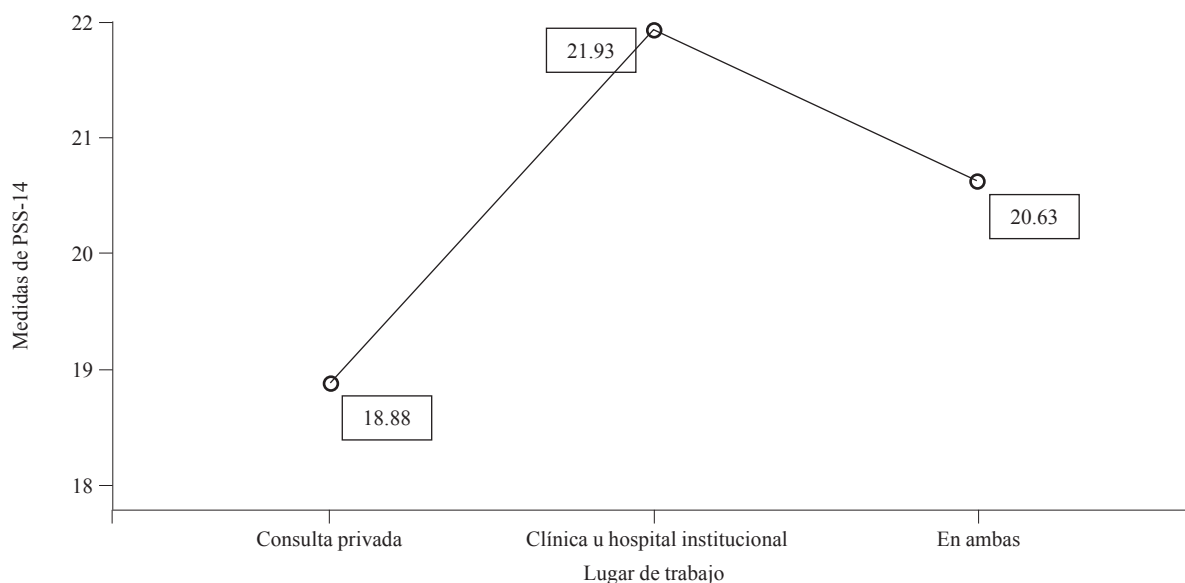


Figura 2. Diagrama de las medias de PSS-14 por grupos de lugar de trabajo

No se encontraron diferencias de medias de estrés percibido (PSS-14) estadísticamente significativas al hacer las comparaciones por género ($t[138] = -.42; p = .67$), horas de trabajo durante el día ($F[2, 137] = .16; p = .85$), si tiene o no otro empleo ($t[138] = .89; p = .37$), estado civil ($F[2, 137] = 2.57; p = .08$) y el tiempo de interacción con la familia ($F[2, 137] = 2.51; p = .09$).

Se integró al grupo de dentistas sin estrés percibido con aquellos participantes con valores < 1.80 (“nada”) en el cociente entre la puntuación total de la escala PSS-14 y su número de ítems (PT/14), y se integró al grupo con estrés percibido con aquellos participantes con valores ≥ 1.80 (“casi nunca”, “de vez en cuando”, “a menudo” y “muy a menudo”). Se intentó predecir la pertenencia a uno de estos dos grupos por medio de tres variables cualitativas dicotómicas (sexo, tener asistente dental y tener dos empleos), dos variables cualitativas policotómicas (estado civil y lugar de trabajo) y tres variables ordinales (años de edad, horas de trabajo al día y porcentaje de tiempo de interacción con la familia durante la vigilia). Por el método de pasos sucesivos hacia adelante, usando el criterio de la probabilidad

condicional, entraron dos variables como predictores significativos: lugar de trabajo ($OR = 3.10; 95\% IC: 1.14, 8.39$) y edad ($OR = .64; 95\% IC: .46, .90$). El porcentaje de varianza explicada del criterio dicotómico (grupo con o sin estrés) fue del 22%. Se clasificó correctamente al 93% (89 de 96) de las personas sin estrés y al 66% (29 de 44) de las personas con estrés. La edad actúa como factor protector y reduce en un tercio la probabilidad de pertenecer al grupo de estrés y el contar con asistente actúa como factor protector y reduce en un tercio la probabilidad de pertenecer al grupo de estrés.

Predicción de pertenecer o no al grupo de estrés en función de las variables analizadas

Se integró al grupo de dentistas sin estrés percibido con aquellos participantes con valores < 1.80 (“nada”) en el cociente entre la puntuación total de la escala PSS-14 y su número de ítems (PT/14), y se integró al grupo con estrés percibido con aquellos participantes con valores ≥ 1.80 (“casi nunca”, “de vez en cuando”, “a menudo” y “muy a menudo”). Como predictores iniciales de

pertenecer o no al grupo de estrés percibido se introdujeron tres variables cualitativas dicotómicas (sexo, tener asistente dental y tener dos empleos), dos variables cualitativas policotómicas (estado civil y lugar de trabajo) y tres variables numéricas ordinales (años de edad [5 valores correspondientes a 5 intervalos con una amplitud de 10 años], horas de trabajo al día [3 valores correspondientes a 3 intervalos con una amplitud de 3 horas] y porcentaje de tiempo de interacción con la familia durante la vigilia [3 valores correspondientes a 3 intervalos de amplitud variable]).

Ejecutado el cálculo, entraron dos variables como predictores significativos: tener asistente ($OR = .55$; IC 95%: .25, .93) y edad ($OR = .67$; IC 95%: .48, .94). La bondad de ajuste se mantuvo por la prueba de Hosmer-Lemeshow ($\chi^2[6, N = 140] = 6.37$; $p = .383$), lo que indica la confiabilidad del modelo (tabla 3). Desde la pseudo- R^2 de Nagelkerke, el porcentaje de varianza explicada del criterio dicotomizado (pertenecer o no al grupo de estrés) fue del 11%, lo que muestra un tamaño de efecto mediano. El modelo tuvo más especificidad que sensibilidad, y detectó mejor los no casos de estrés que los casos. Se clasificó correctamente al 93% (89 de 96) de las personas sin estrés y al 66% (29 de 44) de las personas con estrés.

Tabla 3
Modelo de regresión logística binaria para predecir el pertenecer o no al grupo de estrés

Variables predictivas	B	EE	Wald	gl	p	OR	IC 95%	
							LI	LS
Edad	-.41	.17	5.46	1	.020	.67	.48	.94
Asistente (1 = Sí)	-.59	.34	3.11	1	.046	.55	.25	.93
Constante	.39	.44	.80	1	.372	1.48		

Nota: Método: Pasos sucesivos hacia adelante (criterio probabilidad condicional).

El contar con asistente actuó como factor protector y redujo a casi la mitad la probabilidad de

pertenecer al grupo de estrés en comparación con no contar con asistente, y todas las demás variables permanecieron constantes. La edad también actuó como un factor protector. La probabilidad de un participante de pertenecer al grupo de estrés fue aproximadamente de dos tercios en comparación con la probabilidad de otro participante con 10 años menos de edad; todas las demás variables permanecieron constantes.

Discusión

Estimar el porcentaje de estrés percibido alto (moderado o severo) en dentistas del Colegio de Odontólogos de Monterrey constituye el primer objetivo formulado de este estudio. Desde la media de las 4 opciones de definición de caso contempladas (puntuaciones en PSS-14 > 28 [Amr et al., 2008], puntuaciones en PSS-14 ≥ 30 [Moral & Martínez, 2009]; puntuaciones en PSS-14 con un rango de 0 a 4 ≥ 2.40 ; y valores ≥ 50 en el índice de estrés percibido con un rango de 0 a 100), se tiene que 8 de cada 100 dentistas colegiados de Monterrey sufren un nivel alto de estrés percibido. Al ser el tamaño de muestra de 140 participantes y la población de 350 dentistas colegidos, el error de estimación exacto es de 3.5% para un intervalo de confianza del 95%. Por lo tanto, el porcentaje poblacional se ubica entre 4.5 y 11.5%. Este porcentaje es significativamente menor que el esperado de 13.7% desde el estudio de Pozos et al. (2008). En dicho estudio se evaluó el estrés con el inventario de síntomas de estrés de Lipp y Guevara (1994); y se tomó, como punto de corte para definir nivel alto de estrés, puntuaciones en el inventario por encima de dos desviaciones estándar de la media, siendo ambos estadísticos calculados en su muestra de 256 dentistas mexicanos. El porcentaje de estrés percibido alto del presente estudio aún es menor que el porcentaje de 27.5% reportado en cirujanos dentistas mexicanos por Pozos et al. (2011) con el mismo instrumento de medida y punto de corte, conforme con la expectativa, al ser los cirujanos maxilofaciales quienes sufren más

estrés entre los profesionales de la salud bucal (Díaz et al., 2001; LaPorta, 2010).

Siguiendo el criterio de Moral y Martínez (2009), el porcentaje del presente estudio es significativamente menor que el de padres ante la situación de diagnóstico de cáncer de un hijo: 7.1% *versus* 50%. Asimismo, siguiendo criterio de Amr et al. (2008), el porcentaje del presente estudio es significativamente menor que el de los 200 estudiantes pakistaníes de medicina del estudio de Shah et al. (2010): 8.6% *versus* 54%.

El establecimiento de puntos de corte para el diagnóstico de estrés percibido con la escala PSS-14 es controvertido y aún está pendiente (Cohen & Janicki, 2012). Por el contrario, la comparación de medias entre muestras permite una interpretación más clara de los datos. La media de la PSS-14 de este estudio (19.99; 95% IC [18.91, 21.07]) es estadísticamente equivalente a la media de población general americana del estudio de Cohen y Williamson (1988) (19.62; 95% IC [19.92, 19.31]) y a la media de los 897 estudiantes de odontología de Australia, Nueva Zelanda y Chile del estudio de Gambetta, Mariño, Morgan, Evans y Anderson (2013) (18.90; 95% IC [18.45, 19.35]), pero es significativamente menor que la media de los 365 estudiantes mexicanos de psicología del estudio de González y Landero (2007) (21.90; 95% IC [21.18, 22.63]), la media de los 200 estudiantes pakistaníes de medicina del estudio de Shah et al. (2010) (30.84; 95% IC [31.81, 29.87]), la media de los 100 ciudadanos griegos del estudio de Katsarou et al. (2012) (25.29; 95% IC [23.74, 26.84]), la media de los 30 padres mexicanos que habían recientemente recibido el diagnóstico de cáncer de un hijo del estudio de Moral y Martínez (2009) (27.87; 95% IC [24.85, 30.88]), la media de las 100 personas españolas con VIH del estudio de Remor y Carroles (2001) (22.57; 95% IC [24.27, 20.87]) y la media de los 440 participantes españoles de muestras de diversas poblaciones del estudio de Remor (2006) (25; 95% IC [24.24, 25.76]). Por lo tanto, no se sostiene la hipótesis de niveles muy

elevados de estrés percibido dentro de la población de odontólogos colegiados de Monterrey. El nivel promedio de estrés percibido es menor que el de muestras clínicas y estudiantes de medicina y psicología, siendo equivalente al de población general estadounidense y estudiantes de odontología de varios países del hemisferio sur de la Tierra.

Identificar las variables asociadas al estrés percibido constituye el segundo objetivo de este estudio. Se tiene la expectativa de mayor estrés percibido en mujeres (Baldwin et al., 1999; Boran et al., 2012; Cohen & Janicki, 2012; Cohen & Williamson, 1988; Divaris et al., 2012; Polychronopoulou & Divaris, 2010; Pozos et al., 2008). No se confirma dicha hipótesis. Aunque la media de estrés percibido es mayor en mujeres que en hombres, la diferencia entre ambos sexos no es estadísticamente significativa. Parece que las dentistas encuestadas logran manejar su estrés de una forma eficiente con el apoyo de asistentes en el consultorio (41% de ellas cuentan con asistente), así como con el apoyo del servicio doméstico, la pareja y otros familiares en la casa. Probablemente, los rasgos de masculinidad en el rol de género de estas mujeres estén más definidos que en otras poblaciones femeninas y les permitan un manejo del estrés más eficiente (Wu & Shih, 2010). En apoyo de esta interpretación debe señalarse que estas dentistas reportan pasar una porción de su tiempo con la familia estadísticamente equivalente al de sus colegas masculinos ($\chi^2[2, N = 140] = 4.93; p = .09$). El 32% de las participantes reportan pasar al menos el 30% de su tiempo con la familia; el 46%, la mitad de su tiempo, y el 22%, más de la mitad de su tiempo. Estos porcentajes en hombres fueron 42, 50 y 8%, respectivamente. Asimismo, son estadísticamente equivalente entre ambos sexos las características laborales de contar o no con asistente dental ($\chi^2[1, N = 140] = .55; p = .46; \chi^2[1, N = 140] = .31; p = .58$ con la corrección por continuidad de Yates), tener o no otro empleo ($\chi^2[1, N = 140] = .94; p = .33; \chi^2[1, N = 140] = .58; p = .45$ con la corrección por continuidad de Yates) y lugar de trabajo ($\chi^2[2, N =$

140] = .82; $p = .67$). Aunque las mujeres reportan trabajar menos horas a la semana que los hombres ($\chi^2[2, N = 140] = 6.82; p = .03$), el tamaño del efecto del sexo sobre las horas de trabajo es muy pequeño (V de Cramer = .08). Estas equivalencias reflejan unos rasgos de masculinidad más definidos en el rol de género de estas dentistas que en población general de mujeres mexicanas.

Se confirma la asociación negativa entre estrés percibido y edad, siendo la magnitud de la asociación pequeña, al igual que en otros estudios (Cohen & Janicki, 2012; Cohen & Williamson, 1988; Divaris, Polychronopoulou et al., 2012; Gambetta et al., 2013). Los dentistas más jóvenes (de 20 a 29 años) reportan más estrés percibido, probablemente, por las dificultades de iniciar un consultorio, la menor experiencia y los hijos pequeños en comparación con aquellos con más edad que cuentan con un consultorio establecido, más experiencia e hijos con más edad. Además, esta asociación es reforzada por el modelo de regresión logística, al resultar la mayor edad un factor protector de pertenecer al grupo de estrés. En el estudio de Pozos et al. (2008), los niveles más altos de estrés aparecieron en este grupo de 30 a 39 años y se observó una tendencia lineal tan clara como este estudio. El estrés percibido fue bajo en los más jóvenes (estudiantes) y en las personas más maduras dentro del estudio de Pozos et al. (2008). Gambetta et al. (2013) muestran que los niveles de estrés percibido en estudiantes son bajos. El hecho de que en el presente estudio no haya estudiantes podría explicar que la asociación entre el estrés percibido y la edad presente una linealidad más clara que en el estudio de Pozos et al. (2011). En el grupo de más edad (de 60 a 69 años) hay un ligero aumento del estrés, posiblemente en relación con la jubilación y final de la carrera profesional.

No se confirma la expectativa de menor estrés percibido en los colegiados casados en comparación con solteros o separados/divorciados. A pesar de que la media de estrés percibido más alta aparece en solteros y las medias más bajas en

casados y separados/divorciados, las diferencias no son estadísticamente significativas; incluso, al comparar a solteros y casados, por la prueba a posteriori T_2 de Tamhane (a no mantenerse la igualdad de varianza) o por la prueba t de Student (con la aproximación de Satterthwaite). En esta población, estar casado no reduce la percepción de estrés. Debe mencionarse que en el estudio de Pozos et al. (2011), en México, se halló esta misma tendencia sin significación estadística. Puede que el apoyo de la familia de origen y relaciones de noviazgo en solteros tengan un efecto parecido al apoyo del cónyuge o la persona con la que se cohabita (Gambetta et al., 2013).

El hecho de que el tiempo de interacción con la familia no tenga un efecto en la percepción del estrés, al igual que el estado civil, pudiera interpretarse en el sentido de que la vida personal tiene poco peso en la percepción del estrés en comparación con ciertos aspectos de la vida profesional. Lo personal y la familia no tienen una tendencia clara en su efecto en la percepción del estrés como sí lo tiene la calidad del trabajo.

Las horas de trabajo y si cuenta o no con otro empleo no tienen un efecto significativo en la percepción de estrés. Por el contrario, si trabaja o no con asistente y el lugar de trabajo sí tienen efecto significativo. Contar con asistente y trabajar en la consulta privada actúan como factores protectores de estrés percibido. No contar con asistente y trabajar en una consulta pública actúan como factores de riesgo de percepción de estrés. La mayor demanda de consulta y la pérdida de calidad en la asistencia en instituciones públicas, especialmente si no se cuenta con asistente, son estresantes con independencia de las horas de trabajo. No es tanto la cantidad de trabajo (horas, pluriempleo), sino la calidad y control sobre el propio desempeño lo que impacta sobre la percepción de estrés, así como señalan otros autores (Boran et al., 2012; Newton et al., 2006; Rolander et al., 2008). Además, el modelo de regresión logística muestra que el contar con un asistente aunado a mayor edad es una

situación protectora de presentar estrés; de ahí que los dentistas más jóvenes, quienes probablemente tengan menos recursos para costearse un asistente, sean quienes tienen más riesgo de sufrir estrés.

Los resultados de este estudio constituyen estimaciones de parámetros exclusivamente válidas para la población de dentistas del Colegio de Odontólogos de Nuevo León, México, en 2013. La inferencia hacia poblaciones semejantes, dentistas de otros estados de México o de otros países latinos, debe manejarse como hipótesis. Los datos son de autorreporte, por lo que los resultados podrían diferir con los obtenidos por otra metodología, como medidas psicofisiológicas, análisis de laboratorio, pruebas proyectivas o entrevistas de preguntas abiertas.

En conclusión, el nivel de estrés percibido en la población de dentistas colegiados de Monterrey es bajo en comparación con otras poblaciones. Aproximadamente 8 de cada 100 dentistas sufren un nivel alto de estrés percibido. El promedio de estrés percibido en correspondencia con las opciones de respuesta a los ítems viene a ser “nunca”. El nivel medio de estrés percibido es equivalente entre ambos sexos, probablemente por rasgos de masculinidad en su rol de género más definidos en las mujeres de esta población que en las mujeres de otras poblaciones. Los dentistas más jóvenes perciben más estrés posiblemente por la menor experiencia, dificultades para establecerse como profesionales y presiones por la atención de hijos pequeños. La calidad de trabajo, facilitada por trabajar en consulta privada y con asistente dental, disminuye el estrés percibido. Por el contrario, las horas de trabajo y el pluriempleo no impactan en el estrés percibido. El modelo predictivo muestra que los dentistas con más edad y que cuentan con asistente tienen más probabilidad de pertenecer al grupo sin estrés, siendo este modelo confiable, muy específico al identificar al grupo sin estrés y con un tamaño de efecto global mediano.

Se sugiere estudiar y mejorar los aspectos de calidad de trabajo en consultorios dentales de ins-

tituciones públicas; asimismo, trabajar sobre la calidad del trabajo y consolidación de un consultorio privado en talleres del manejo de estrés en dentistas, siendo estos talleres más necesarios en jóvenes dentistas que debutan como profesionales.

Se sugiere emplear la escala PSS-14 para el estudio del estrés, establecer puntos de corte más claros con este instrumento, estudiar el papel del rol de género en la percepción del estrés dentro de esta población y poner a prueba la hipótesis de una mayor masculinidad en su rol de género en mujeres dentistas en comparación con mujeres de población general.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)* (5th ed.). Washington, DC: APA.
- Amr, M., Gilany, A. H., & El-Hawary, A. (2008). Does gender predict students' stress in Mansoura, Egypt? *Medical Education Online*, 13(12). doi:10.3885/meo.2008.Res00273
- Baldwin, P. J., Dodd, M., & Rennie, J. S. (1999). Young dentists – work, wealth, health and happiness. *British Dental Journal*, 186(1), 30-36. doi: 10.1038/sj.bdj.4800010a
- Boran, A., Shawaheen, M., Khader, Y., Amarin, Z., & Rice, V. H. (2012). Work related stress among health professionals in northern Jordan. *Occupational Medicine-Oxford*, 62(2), 145-147. doi: 10.1093/occmed/kqr180
- Brake, H., Bloemendal, E., & Hoogstraten, J. (2003). Gender differences in burnout among Dutch dentists. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(5), 321-327. doi:10.1034/j.1600-0528.2003.t01-1-00010.x
- Carlson, N. R., & Heth, C. D. (2007). *Psychology the science of behavior* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education. doi:10.1037%2Fh0088235
- Cohen, S., & Janicki, D. (2012). Who's stressed? Distributions of psychological stress in the

- United States in probability samples from 1983, 2006 and 2009. *Journal of Applied Social Psychology*, 42(6), 1320. doi: 10.1111/j.1559-1816.2012.00900.x
- Cohen, S., Janicki, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *Journal of American Medicine Association*, 298, 1685-1687. doi:10.1001%2Fjama.298.14.1685
- Cohen, S., Kamarak, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24(4), 385-396. doi:10.2307/2136404
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the U.S. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health: Claremont symposium on applied social psychology* (pp. 31-67). Newbury Park, CA: Sage.
- Díaz, R. M., Lartigue, T., & Acosta, M. E. (2001). Síndrome de burnout: desgaste emocional en cirujanos dentistas. *Revista ADM*, 58(2), 63-67.
- Divaris, K., Lai, C. S., Polychronopoulou, A., Eliades, T., & Katsaros, C. (2012). Stress and burnout among Swiss dental residents. *Shweiz Monatsschr Zahmed*, 122(7-8), 610-615.
- Divaris, K., Polychronopoulou, A., Taoufik, K., Katsaros, C., & Eliades, T. (2012). Stress and burnout in postgraduate dental education. *European Journal of Dental Education*, 16(1), 35-42. doi: 10.1111/j.1600-0579.2011.00715.x
- Ellis, P. D. (2010). *The essential guide to effect sizes: An introduction to statistical power, meta-analysis and the interpretation of research results*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Flores, C., Huerta, R., Carrillo, J. G., Zarate, T., McGrath, M. J., & Morales, I. (2009). Incidencia de estrés en odontólogos de diferentes especialidades ocasionado por ruido en el consultorio dental. *Revista Electrónica Nova Scientia*, 1(2), 1-21.
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psychoncology*, 19(9), 901-908. doi: 10.1002/pon.1836.
- Folkman, S. (Ed.). (2011). *The Oxford handbook of stress, health, and coping*. Oxford, NY: Oxford University Press. doi:10.1093/oxford-hb/9780195375343.001.0001
- Gambetta, K., Mariño, R., Morgan, M., Evans, W., & Anderson, V. (2013). Stress and health-promoting attributes in Australian, New Zealand, and Chilean dental students. *Journal of Dental Education*, 77(6), 801-809.
- González, M. T., & Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206.
- Katsarou, A., Panagiotakos, D., Zafeiropoulou, A., Vryonis, M., Skoularigis, I., Tryposkiadis, F., & Papageorgiou, C. (2012). Validation of a Greek version of PSS-14; a global measure of perceived stress. *Central European Journal of Public Health*, 20(2), 104-109.
- Kumar, S., Dagli, R. J., Mathur, A., Jain, M., Prabu, D., & Kulkarni, S. (2009). Perceived sources of stress amongst Indian dental students. *European Journal of Dental Education*, 13(1), 39-45. doi:10.1111/j.1600-0579.2008.00535.x
- LaPorta, L. D. (2010). Occupational stress in oral and maxillofacial surgeons: Tendencias, traits, and triggers. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North*, 22(4), 495-502. doi: 10.1016/j.coms.2010.07.006
- Leinweber J., & Rowe, H. J. (2010). The costs of 'being with the woman': secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery*, 26(1), 76-87. doi: 10.1016/j.midw.2008.04.003
- Lipp, M. E. N., & Guevara A. J. H. (1994). Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress (ISS). *Estudos de Psicologia*, 11(3), 43-49.
- López, V., & Lara, N. (2005). Práctica profesional de mujeres odontólogas en la ciudad de México. *Revista ADM*, 62(3), 107-112.
- Meyer, A., Ramírez L., & Pérez C. (2013). Percepción de estrés en estudiantes chilenos de medicina y enfermería. *Revista de Educación en Ciencias de la Salud*, 10(2), 79-85.

- Moral, J., & Martínez, J. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y Salud*, 19(2), 189-196.
- Newton, J. T., Allen, C. D., Coates, J., Turner, A., & Prior, J. (2006). How to reduce the stress of general dental practice: The need for research into effectiveness of multifaceted interventions. *British Dental Journal*, 200(8), 437-440. doi:10.1038/sj.bdj.4813463
- Polychronopoulou, A., & Divaris, K. (2010). A longitudinal study of Greek dental students' perceived sources of stress. *Journal of Dental Education*, 74, 524-530.
- Pozos, B. E., Torres, T. M., Aguilera, M. A., Acosta, M., & González, G. J. (2008). Stress-associated factors in Mexican dentists. *Brazilian Oral Research*, 22(3), 223-228.
- Pozos, B. E., Zaragoza, S., Aguilera, M. A., Acosta, M., Torres, T. M., & Ramírez, M. A. (2011). El cirujano dentista ante el estrés no percibido como un riesgo ocupacional. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 12(1), 10-15.
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93.
- Remor, E., & Carrobbles, J. (2001). Versión española de la Escala de Estrés percibido (PSS-14): estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7, 195-201.
- Rolander, B., Stenstrom, U., & Jonker, E. (2008). Relationship between psychosocial work environment, factors, personality, physical work demands and workload in a group of Swedish dentists. *Swedish Dental Journal*, 32(4), 197-203.
- Sánchez, F., Toledano, M., & Osorio, R. (2004). Influencia del sexo y del tratamiento dental en la aparición de ansiedad en el paciente odontopediátrico. Valoración del comportamiento. *Avances en Odontoestomatología*, 20(4), 199-206.
- Sandín, B. (1999). *Estrés psicosocial*. Madrid: Klinik.
- Shah, M., Hasan, S., Malik, S., & Sreeramareddy, C. T. (2010). Perceived stress, sources and severity of stress among medical undergraduates in a Pakistani medical school. *BMC Medical Education*, 10(2). Recuperado de <http://www.med-ed-online.org>. doi:10.1186/1472-6920-10-2
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código ético del psicólogo* (4a ed.). México: Trillas.
- Stavroula, B. A., Griffiths, A., & Cox, T. (2004). *La organización del trabajo y el estrés*. (Serie Protección de la Salud de los Trabajadores. No. 3). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Telzer, E. H., & Fuligni, A. J. (2013). Positive daily family interactions eliminate gender differences in internalizing symptoms among adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(10), 1498-1511. doi 10.1007/s10964-013-9964-y
- Wu, Y. C., & Shih, K. Y. (2010). The effects of gender role on perceived job stress. *The Journal of Human Resource and Adult Learning*, 6(2), 74-79.

Fecha de recepción: 11 de julio de 2014
Fecha de aceptación: 26 de octubre de 2015

