



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

TESIS DOCTORAL

La calidad de vida en los dentistas en
España

ALFREDO HERNÁNDEZ-DÍAZ FERNÁNDEZ DE HEREDIA

ABRIL DE 2018



**VNIVERSIDAD
D SALAMANCA**

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
ÁREA DE ESTOMATOLOGÍA

Manuel Bravo Pérez, Catedrático de Odontología Preventiva y Comunitaria del Departamento de Estomatología en la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada.

Javier Montero Martín, Profesor Titular de Prótesis Dental y Maxilofacial del Departamento de Cirugía de la Universidad de Salamanca, y

Eva María Rosel Gallardo, Profesora del Máster Propio en Odontología Multidisciplinar y Estética del Departamento de Estomatología de la Universidad de Granada.

CERTIFICAN:

Que la Tesis Doctoral que presenta al superior juicio del Tribunal, que designe la Universidad de Salamanca, Don Alfredo Hernández-Díaz Fernández de Heredia “LA CALIDAD DE VIDA EN LOS DENTISTAS EN ESPAÑA”, ha sido realizada bajo nuestra supervisión, siendo expresión de la capacidad científica de su autor, que lo hacen acreedor del título de Doctor, siempre que así lo considere el citado Tribunal.

En Salamanca a 2 de Abril de 2018

Fdo.:

D. Manuel Bravo Pérez

D. Javier Montero Martín

D^a. Eva M^a Rosel Gallardo



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
ÁREA DE ESTOMATOLOGÍA

El Profesor D. Francisco Lozano Sánchez, Director del Departamento de Cirugía de la Universidad de Salamanca.

CERTIFICA

Que la presente Memoria de Tesis Doctoral, elaborada por D. Alfredo Hernández Díaz Fernández Heredia para optar al Título de Doctor por la Universidad de Salamanca, con el título “LA CALIDAD DE VIDA EN LOS DENTISTAS EN ESPAÑA”, realizada bajo la dirección de los Dres. D. Manuel Bravo Pérez, D. Javier Montero Martín y D^a. Eva María Rosel Gallardo, reúne los requisitos necesarios para su presentación y defensa ante el Tribunal Calificador para poder optar al Título de Doctor por la Universidad de Salamanca.

Y para que conste donde convenga y obren los efectos oportunos, expide el presente certificado en Salamanca a 2 de Abril 2018.

Fdo. Prf Dr. D. Francisco Santiago Lozano Sánchez
Director del Departamento de Cirugía

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a mis queridos directores de Tesis, los profesores D. Manuel Bravo Pérez, D. Javier Montero Martín y D^a. Eva María Rosel Gallardo, por su motivación, ayuda y dedicación desinteresada durante estos años.

Quisiera hacer extensiva mi gratitud al Ilustre Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España por facilitar desinteresadamente el listado de correos electrónicos de los dentistas que han sido encuestados en este estudio.

También quiero dar las gracias a todos los dentistas por su inestimable colaboración al responder el cuestionario utilizado para esta investigación.

Especial reconocimiento merece mi mujer por su inestimable colaboración durante toda la investigación y por la confianza depositada en mí.

Y por último, un agradecimiento muy especial a mi madre, mi familia y mis amigos por su comprensión, paciencia y apoyo incondicional.

A todos ellos, muchas gracias.

DICCIONARIO DE ACRÓMINOS

AIMC: Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación

ARCO: Derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición

BP: *Bodily Pain* o Dolor Corporal

CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud

eHHEALS: *eHealth Literacy Scale*

EQ-5D: EuroQoL 5-D: Questionario Europeo de Calidad de Vida-5 dimensiones

FECYT: Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología

GH: *General Health* o Salud General

GHQ: *General Health Questionnaire* o Questionario de Salud General

HT: *Health Transition* o Evolución Declarada de la Salud

INE: Instituto Nacional de Estadística

IQOLA: *International Quality of Life Assessment*

MCS: Componente Sumario Mental

MECD: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte

MH: *Mental Health* o Salud Mental

MOS: *Medical Outcomes Study*

MOT: *Medical Outcomes Trust*

OARS: *Older Americans Resources and Service Multidimensional and Functional Assessment*

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONTSI: Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información

PCS: Componente Sumario Físico

PCE: Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad

PECVEC: Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos

PF: *Physical functioning* o Función Física

PHQ: *Patient Health Questionnaire* o Questionario de Salud del Paciente

PSN: Perfil de Salud de Nottingham

QOL: *Quality of Life* o Calidad de Vida

RE: *Role Emotional* o Rol Emocional

REGCESS: Registro de Centros, Establecimientos y Centros Sanitarios

RP: *Role Physical* o Rol Físico

SEPE: Servicio Público de Empleo Estatal

SF: *Social Functioning* o Función Social

SF-36v2: *Short Form-36 version 2.0*

SIP: *Sickness Impact Profile* o Perfil de Impacto de Enfermedad

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences* o Paquete Estadístico para Ciencias Sociales

VT: *Vitality* o Vitalidad

WOS: *Web of Science*

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Evolución anual de dentistas en España de 2007-2016. Instituto Nacional de Estadística (INE).

Figura 2. Evolución matriculados en odontología (España): Licenciatura y Grado (1999/2000-2016/2017). Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (MECD).

Figura 3. Paro registrado en odontólogos y médicos estomatólogos. Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE).

Figura 4. Tendencia de la prevalencia de caries en población de 15 años y más según sexo, 1995-2014. Encuesta Nacional de Salud y Encuesta Europea de Salud en España (EESE).

Figura 5. Tiempo transcurrido desde la última visita al dentista 2003-2014. Adultos entre 15 y 84 años. Encuesta Nacional de Salud y Encuesta Europea de Salud en España (EESE).

Figura 6. Evolución del gasto total anual en cuidados dentales, España 2006-2016. Encuesta de Presupuestos Familiares (EPA).

Figura 7: Dimensiones, items y significado de las puntuaciones altas y bajas del SF- 36.

Figura 8. Medias de las 8 dimensiones del SF-36. Comparativa del Estudio Burnout y Calidad de Vida entre Personal Sanitario Español de 2013 Vs. Nuestro estudio sobre la Calidad de Vida de los Dentistas en España de 2017; PF, función física; RP, rol físico; BP, dolor corporal; GH, salud general; VT, vitalidad; SF, función social; RE, rol emocional; MH, salud mental.

Figura 9. Sintomatología depresiva según severidad y comunidad autónoma. Población de 15 y más años (%). Encuesta Europea de Salud 2014 (EESE).

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Oferta de titulaciones de grado en odontología 2016/2017.

Tabla 2. Número de estudiantes egresados de ciclo y grado por tipo de Universidad en estudios de Odontología (curso 2006/2007 – 2015/2016).

Tabla 3: Fiabilidad del cuestionario. Preguntas de Salud y Calidad de Vida. Test-retest (con una separación entre 1-2 semanas) (n=27 no pertenecientes a la muestra principal).

Tabla 4: Fiabilidad del cuestionario. Preguntas de acceso a internet. Test-retest (con una separación entre 1-2 semanas) (n=27 no pertenecientes a la muestra principal).

Tabla 5. Descriptiva sociodemográfica de los dentistas privados (n=568).

Tabla 6. Descriptiva socioprofesional de los dentistas privados (n=568).

Tabla 7. Uso de internet por los dentistas privados. ¿Con qué frecuencia suele Vd. acceder a las siguientes actividades en internet? (desde cualquier dispositivo fijo o móvil) (n=554).

Tabla 8. Uso de internet por los dentistas privados. Tiempo medio y falta de acceso (n=554).

Tabla 9. Dimensión “Función Física” (PF) del SF-36 en dentistas privados españoles (n=568).

Tabla 10. Dimensión “Rol Físico” (RP) del SF-36 en dentistas privados españoles (n=568).

Tabla 11. Dimensión “Dolor Corporal” (BP) del SF-36 en dentistas privados.

Tabla 12. Dimensión “Salud General” (GH) del SF-36 en dentistas privados españoles (n=568).

Tabla 13. Dimensión “Vitalidad” (VT) del SF-36 en dentistas privados españoles (n=568).

Tabla 14. Dimensión "Función Social" (SF) del SF-36 en dentistas privados españoles (n=568).

Tabla 15. Dimensión "Rol Emocional" (RE) del SF-36 en dentistas privados españoles (n=568).

Tabla 16. Dimensión "Salud Mental" (MH) del SF-36 en dentistas privados españoles (n=568).

Tabla 17. Evolución Declarada de la Salud (HT) del SF-36 en dentistas privados españoles (n=568).

Tabla 18. Descripción de las dimensiones en escala 0-100 del SF-36 en dentistas privados españoles (n=568).

Tabla 19. Descripción de las dimensiones normalizadas según población general española y transformadas a escala de media 50 y desviación estándar = 10, del SF-36 en dentistas privados españoles (n=568).

Tabla 20. Componentes Físico y Mental del SF-36 según variables generales del dentista, en dentistas privados españoles (n=568).

Tabla 21. Componentes Físico y Mental del SF-36 según variables socioprofesionales del dentista, en dentistas privados españoles (n=568).

Tabla 22. Componentes Físico y Mental del SF-36 según uso de internet por los dentistas privados (n=554).

Tabla 23. Componente físico del SF-36 (PCS). Modelo de regresión lineal múltiple en dentistas privados españoles (n=506).

Tabla 24. Componente mental del SF-36 (MCS). Modelo de regresión lineal múltiple en dentistas privados españoles (n=515).

Tabla 25. Comentarios de los encuestados (n=568).

ÍNDICE

Resumen	9
Abstract.....	10
1. Justificación.....	13
2. Introducción.....	17
2.1. Situación actual de la Odontología y del dentista en España.....	17
2.1.1. La Odontología en España	17
2.1.2. Evolución de los estudios de Odontología en España.....	17
2.1.3. Condiciones actuales para la actividad profesional	19
2.2. El estrés profesional.....	28
2.3. Calidad de vida.....	30
2.3.1. Calidad de vida e indicadores sociodemográficos	31
2.3.2. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).....	32
2.3.3. Medición del CRVS	33
2.3.4. SF-36	34
3. Objetivos	39
4. Material y Métodos	43
4.1. Diseño del estudio.....	43
4.2. Selección de la muestra	43
4.3. Recogida de datos	44
4.4. Análisis de datos	51
5. Resultados	55
5.1. Fiabilidad del cuestionario SF-36v2	55
5.2. Descriptiva sociodemográfica de los dentistas privados	58
5.3. Descriptiva socioprofesional de los dentistas privados	60
5.4. Uso de internet por los dentistas privados	62
5.5. Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) SF-36....	65
5.6. Componente físico y mental del SF-36	76
5.7. Comentarios de los encuestados	84
6. Discusión	89
6.1. Validez del cuestionario y del constructo	89
6.2. Sesgo de la encuesta online	89
6.3. Sesgo de selección	90

6.4. Sesgo del SF-36.....	92
6.5. Valoración de los hallazgos.....	93
6.5.1. Variables personales y sociodemográficas	95
6.5.2. Variables Socioprofesionales y Económicas	96
6.5.3. Uso de Internet	97
6.5.4. Burnout	100
6.6. Recomendaciones para la profesión	101
7. Conclusiones	107
8. Bibliografía.....	111
9. Anexos.....	133

RESUMEN

Introducción: Las condiciones sociolaborales en una determinada profesión pueden influir en la calidad de vida relacionada con la salud, y en Odontología aunque han sido estudiadas las primeras, poco se conoce de su efecto en la calidad de vida.

Objetivos: Describir la calidad de vida relacionada con la salud de los dentistas españoles privados y evaluar si ciertas variables sociodemográficas, socioprofesionales y el burnout pueden influir en la calidad de vida de los dentistas privados españoles.

Material y método: Se realizó, en 2017, un estudio analítico transversal a dentistas colegiados españoles con actividad profesional privada. En dicho análisis, se utilizó el cuestionario de salud SF-36v2 que evalúa ocho dimensiones de la salud, cuatro físicas y cuatro mentales, resumidas en dos componentes sumarios de salud: componente físico y componente mental.

Resultados y conclusiones: Se estudiaron 568 dentistas privados españoles entre 27 y 76 años, 270 hombres (47,5%) y 298 mujeres (52,5%). Los dentistas con problemas de conciliación familiar-laboral, insatisfacción con sus ingresos y síndrome de burnout presentan valores más bajos en los componentes de salud físico y mental que la media de la población española. Las mujeres tienen una percepción peor de salud, en el componente físico y mental, que la población española, presentando valores más bajos que los hombres, especialmente en la escala mental. Los especialistas tienen mayor puntuación en la escala física y mental que los dentistas generalistas. A mayor edad mayor salud mental.

Palabras clave: calidad de vida, CVRS, SF-36v2, dentistas, burnout.

ABSTRACT

Introduction: Social and working conditions on any profession can affect the health related quality of life and, in Dentistry, although previous conditions have been thoroughly studied, we still know little about their effect on quality of life.

Objectives: To describe the health related quality of life of private practice dentists in Spain and to evaluate whether certain sociodemographic, socioprofessional and burnout variables would influence the quality of life of Spanish private practice dentists.

Material and method: In 2017, a cross-sectional analytical study was carried out on Spanish collegiate dentists with private professional activity. In this analysis, the SF-36v2 health questionnaire was used, which evaluates eight dimensions of health, four physical and four mental, summarized in two components of health: physical component and mental component.

Results and conclusions: 568 Spanish private practice dentists between 27 and 76 years old, 270 men (47.5%) and 298 women (52.5%), were studied. Problems dentists with work-family balance, dissatisfaction with their income and burnout syndrome had lower values in physical and mental health components than spanish mean population. Women perceived their health to be worse, in the physical and mental component, than the spanish population, presenting lower values than men, especially in the mental scale. Specialists score higher on the physical and mental components than general dentists. Older dentists reported more mental health.

Keywords: quality of life, SF-36v2, dentists, burnout.

JUSTIFICACIÓN

1.- JUSTIFICACIÓN

En las últimas décadas la actividad profesional dental en España se ha caracterizado por un aumento notable de dentistas y en la oferta de titulaciones. A su vez, el incremento de las clínicas dentales en nuestro país en los últimos 10 años (2007-2016) sigue un ritmo mayor que el crecimiento de la población y que la demanda de servicios. A esto se une que la ampliación del número de clínicas ha evolucionado de forma más lenta que el de colegiados. Por tanto, la cantidad de dentistas crece mucho más rápido que las necesidades de tratamiento de la población (1-3).

En 1991, la OMS definió la calidad de vida (QOL) como “la percepción personal de un individuo de su situación vital, dentro del contexto sociocultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.

Hoy día existe una creciente preocupación por conceptualizar y evaluar la calidad de vida de los grupos humanos y su expresión para la salud. Según Peterson y Aguilera (4,5), varios son los factores aceptados científicamente en relación a la calidad de vida, el entorno social, el estado de salud, la situación laboral y económica, y los factores sociodemográficos. Una gran cantidad de investigaciones indican que estos factores están interrelacionados y que su cambio puede afectar a la calidad de vida (6).

A partir de los años setenta del siglo pasado surgen los índices de calidad de vida y el concepto de medición de QOL relacionada con la salud (cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud: CVRS). Entre los CVRS genéricos destaca el *Short-Form Health* (SF-36) por su uso mundial tanto en estudios descriptivos, como en evaluación de resultados clínicos (7). Los instrumentos genéricos, como el SF-36, son independientes de la condición clínica subyacente, pueden aplicarse a una amplia variedad de poblaciones y reflejan la salud desde la perspectiva de la persona (8,9).

García Sánchez (10) define el concepto de «calidad de vida profesional» como la «experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o carga de trabajo desafiante, intenso y complejo, y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que dispone para afrontar esas demandas».

En España son escasos los estudios dentro del ámbito odontológico relacionados con la calidad de vida de los dentistas. Los profesionales del sector dental ejercen su actividad privada sujetos a un incremento progresivo de la competencia. Nuestra investigación quiere centrarse en los efectos de la situación de la odontología en España sobre la calidad de vida de los dentistas. Además, se pretende valorar si otros factores (como el uso de internet) pueden influir en el comportamiento de los mismos y en su calidad de vida (11).

Maslach (12) define el burnout como síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas. En general, dentro del ámbito sanitario y médico en España, encontramos varias investigaciones sobre los factores de riesgo del burnout y, en particular, uno denominado “El síndrome de burnout en los dentistas en España” (13), que ha inspirado el estudio sobre el que se basa nuestra investigación.

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud y el burnout existen muchos estudios a nivel nacional e internacional, aunque ninguno, hasta lo que nosotros sabemos, se ha realizado en el sector de la odontología en España; asimismo, tampoco se ha intentado relacionar qué factores pueden afectar en la calidad de vida de los dentistas españoles. Con nuestro estudio, pretendemos relacionar la calidad de vida con variables sociodemográficas y socioprofesionales, así como la calidad de vida con la presencia del burnout y el uso de internet.

INTRODUCCIÓN

2.- INTRODUCCIÓN

2.1.- Situación actual de la Odontología y del dentista en España

2.1.1. La Odontología en España

Según la Ley 10/1986, de 17 de marzo, y el Real Decreto 1594/1994 de 15 de julio, por el que se regula la profesión de Odontólogo, Protésico e Higienista Dental, el odontólogo está capacitado para realizar el conjunto de actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento relativas a las anomalías y enfermedades de los dientes, de la boca, de los maxilares y de sus tejidos anejos, tanto sobre individuos aislados como de forma comunitaria. Asimismo están capacitados para prescribir los medicamentos, prótesis y productos sanitarios correspondientes al ámbito de su ejercicio profesional (14,15).

La formación en Odontología persigue que los odontólogos participen activamente en conseguir la salud total de sus pacientes mediante el manejo de su salud **oral**. Esta práctica odontológica debería alcanzarse al obtener el grado o licenciatura en Odontología. La extinción del título de odontología e implantación del título de grado en odontología se produjo durante el periodo 2010-2014 en virtud de la disposición adicional primera del Real Decreto 1393/2007, de Ordenación de las Enseñanzas Universitarias Oficiales (16).

2.1.2. Evolución de los estudios de Odontología en España

El primer título universitario de Odontólogo en España fue creado en 1901 por la Reina Regente María Cristina de Habsburgo. Esta licenciatura se impartía dentro de la Facultad de Medicina y se accedía a ella una vez completado el 2º curso de la licenciatura de Medicina. Constaba de 5 años y solo el 5º año consistía en materias odontológicas, fundamentalmente Prótesis. Con la regulación de los estudios de odontología, a partir de la Real Orden (R.O.) de 21 de Marzo de 1901, se creó el título de odontólogo que permitió el establecimiento de una profesión diferenciada de la Medicina (17). En 1910 se reforman los estudios de Odontología y se añade un año más al

periodo puramente odontológico, incluyendo sobre todo la materia Odontología que se añadía a la tradicional Prótesis. En este año se crea asimismo la Escuela de Odontología adscrita a la Facultad de Medicina.

En 1944 se modificó de nuevo el título de Licenciado en Odontología y se transformó en una especialidad de la Medicina. Para llevar a cabo dicha formación se crearon los institutos y las escuelas profesionales. La primera Escuela de Estomatología fue inaugurada en 1945 en la Ciudad Universitaria de la Complutense de Madrid, en el emplazamiento que dispone en la actualidad la Facultad de Odontología. En 1948 se reguló por ley el título de doctor licenciado Médico Estomatólogo, por el cual los licenciados en Medicina deberían cursar dos años de especialidad en las Escuelas de Estomatología. Con la Ley de Especialidades Médicas se reguló la formación de las distintas especialidades de la Medicina y se incluyó la Estomatología como una de ellas, transformándose por lo tanto el título de licenciado en el de médico especialista en Estomatología (18).

En 1982 dentro del marco de las negociaciones entre el Gobierno Español y la CEE para el ingreso de España en el Mercado Común se creó el protocolo para la creación de la profesión de odontólogo y la formación universitaria de los odontólogos de acuerdo con las Directivas Europeas. En Enero de 1984 España ya es miembro de pleno derecho de la Comunidad Europea, lo que le exige regular las profesiones de acuerdo a las nuevas directivas. En 1986 se aprobó la ley en la que se regula la profesión de odontólogo y establece su formación de acuerdo a las directivas comunitarias. Igualmente se regulan las profesiones auxiliares de protésico dental e higienista dental. Este Real Decreto establece además las directrices generales de los correspondientes planes de estudios que habían de impartir las Universidades que crearan las correspondientes Facultades de Odontología (14).

A partir del año 1987 comienza de nuevo la formación de Odontólogos en España con un plan de estudios de cinco años, independiente de Medicina y de acuerdo con las directivas comunitarias. En ese mismo año, el Ministerio de Educación promulga una ley por la que se establecen unas directrices generales comunes para todos los planes de estudios universitarios. Estos

planes de estudios definían unas materias comunes de impartición obligatoria en todas las Universidades, que se consideraban como fundamentales para la formación y que se denominaban troncales. En 1990 se promulgaron las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención del título oficial de Licenciado en Odontología. Siguiendo estas directrices en 1994 se aprobaron los distintos planes de estudio en todas las Facultades que imparten esta licenciatura. Durante el curso 1999/2000 el plan de estudios se adaptó de acuerdo con los RD 614/1997 de 29 de abril y 779/1998 de 30 de abril. Más tarde, el RD 1393/2007 de 29 de Octubre que establece la ordenación de enseñanzas universitarias oficiales, y su posterior modificación el RD 861/2010 de 2 de Julio, viene a dotar los mecanismos necesarios para el proceso de convergencia en el Espacio Europeo de Educación Superior, Declaración de Bolonia y, en particular, llevar a cabo la adaptación de todas las enseñanzas a la nueva estructura en el año 2010, vigente actualmente (19-22).

2.1.3. Condiciones actuales para la actividad profesional

Las condiciones actuales para el desarrollo de la actividad profesional dental están influidas por un entorno sociolaboral, caracterizado por un aumento notable del número de clínicas dentales, así como de profesionales de la odontología, una oferta incremental de titulaciones y una mejora progresiva de la salud oral en España.

a) Incremento de las clínicas dentales

En los últimos 5 años, el número de clínicas dentales se ha incrementado un 14,92%, según el Registro de Centros, Establecimientos y Centros Sanitarios (REGCESS); es decir, un aumento medio anual aproximado del 3%. Actualmente (31 de Diciembre de 2016) existen 21.643 clínicas dentales en España (2).

Este aumento no sigue el mismo ritmo que el crecimiento de la población, con una progresión menor, y su correspondiente demanda de servicios. En los últimos años el incremento en el número de clínicas dentales ha

evolucionado de forma más lenta que el de colegiados. Por tanto crece el número de clínicas, opciones de trabajo, pero menos que el número de nuevos colegiados.

b) Aumento del número de profesionales colegiados

Durante la última década el número de profesionales de la odontología en España ha sufrido un elevado crecimiento. En el periodo 2007-2016 el número de dentistas colegiados ha pasado de 24.515 (2007) a 35.716 (2016) lo que supone un aumento de cerca del 46%, es decir, una media incremental anual del 4,6% (figura 1). La previsión para el 2020 es que se alcance la cifra de 40 mil dentistas (3).

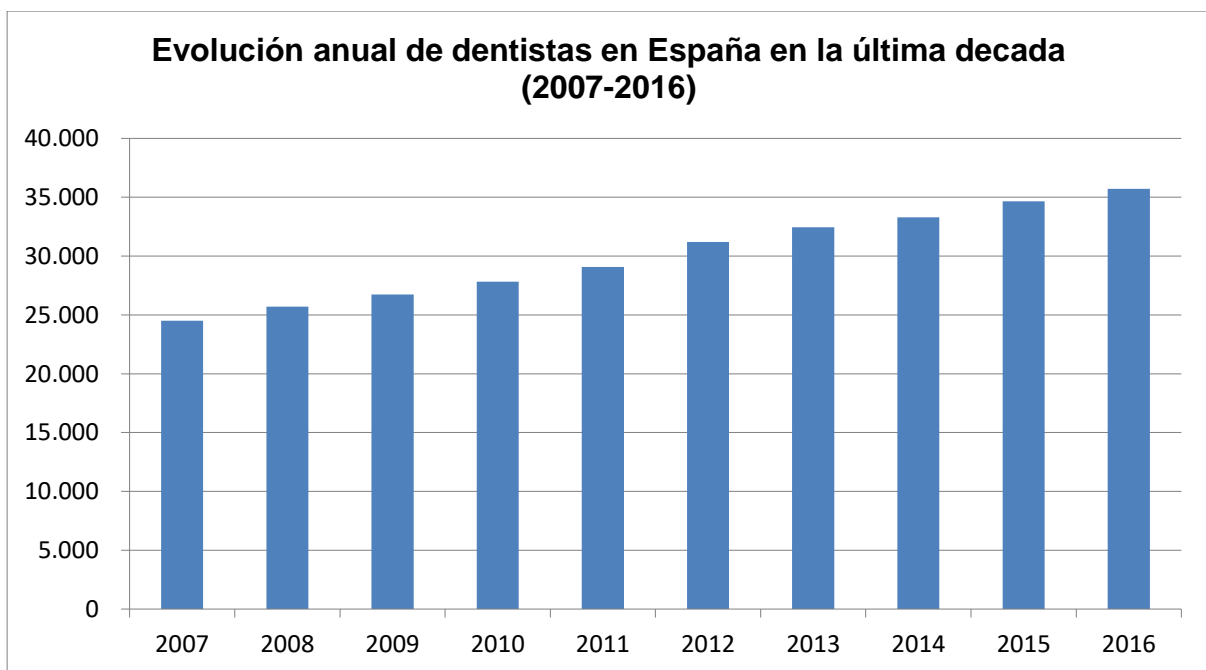


Figura 1. Evolución anual de dentistas en España de 2007-2016. Instituto Nacional de Estadística (INE) (23).

Para el mismo periodo, la población española ha crecido únicamente un 3,1% (45,12 millones el 1 de Enero de 2007 frente a 46,53 millones el 1 de Enero de 2017), cuya media incremental anual es del 0,3%, según los datos del Instituto Nacional de Estadística Español (INE). A lo largo de estos años el

cociente dentistas/habitantes ha descendido progresivamente. En este sentido, se debe tener en cuenta que la Organización Mundial de Salud (OMS) recomienda la existencia de 1 profesional dentista por cada 3.500 habitantes. Una cantidad ampliamente superada en España, que dispone, aproximadamente, de 1 dentista por cada 1.300 ciudadanos. Si continúa esta tendencia, se estima que en el año 2020 la cifra se sitúe en 1 odontólogo por cada 1.000 habitantes (3). Entre los factores que causan la situación actual, en la que el número de dentistas crece mucho más rápido que las necesidades de la población, están la inexistencia de un sistema de numerus clausus eficaz y el escaso control de las admisiones en las universidades privadas (24).

c) Aumento del número de egresados

En la actualidad se puede estudiar Odontología en un total de 21 centros universitarios, 12 pertenecientes a Universidades públicas y 9 privadas. El número total de plazas ofertadas de nueva inscripción en el curso 2016/17 para el grado de odontología se estima en unas 1.930 de acuerdo con datos del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte de España (MECD) (tabla 1).

Tabla 1. Oferta de titulaciones de grado en odontología 2016/2017 (25).

UNIVERSIDAD	CENTRO	TÍTULO	TIPO DE UNIV/ CENTRO	OFERTA DE PLAZAS 2016/2017
Universitat de València (Estudi General)	Facultad de Medicina y Odontología	Grado en Odontología	Pública / Propio	80
Universidad de Sevilla	Facultad de Odontología	Grado en Odontología	Pública / Propio	90
Universidad de Murcia	Facultad de Medicina	Grado en Odontología	Pública / Propio	40
Universidad de Granada	Facultad de Odontología	Grado en Odontología	Pública / Propio	85
Universidad de Salamanca	Facultad de Medicina	Grado en Odontología	Pública / Propio	30
Universidad de Santiago de Compostela	Facultad de Medicina y Odontología	Grado en Odontología	Pública / Propio	50
Universidad Complutense de Madrid	Facultad de Odontología	Grado en Odontología	Pública / Propio	100

Universidad Rey Juan Carlos	Facultad de Ciencias de la Salud. Campus de Alcorcón	Grado en Odontología	Pública / Propio	75
Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea	Facultad de Medicina y Enfermería	Grado en Odontología	Pública / Propio	35
Universidad de Zaragoza	Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte	Grado en Odontología	Pública / Propio	36
Universidad de Oviedo	Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud	Grado en Odontología	Pública / Propio	25
Universidad de Barcelona	Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud	Grado en Odontología	Pública / Propio	120
Universidad Alfonso X El Sabio	Facultad de Ciencias de la Salud	Grado en Odontología	Privada / Propio	297
Universidad Cardenal Herrera-CEU	Facultad de Ciencias de la Salud	Grado en Odontología	Privada / Propio	100
Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir	Facultad de Medicina y Odontología	Grado en Odontología	Privada / Propio	85
Universidad Católica San Antonio	Facultad de Ciencias de la Salud	Grado en Odontología	Privada / Propio	60
Universidad Europea de Madrid	Centro de Educación Superior Valencia	Grado en Odontología	Privada / Adscrito	-
Universidad Europea de Madrid	Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud. Campus Villaviciosa y Alcobendas	Grado en Odontología	Privada / Propio	242
Universidad Europea de Valencia	Facultad de Ciencias de la Salud	Grado en Odontología	Privada / Propio	120
Universidad Europea Miguel de Cervantes	Facultad de Ciencias de la Salud	Grado en Odontología	Privada / Propio	40
Universidad San Pablo-CEU	Facultad de Medicina	Grado en Odontología	Privada / Propio	110
Universitat de les Illes Balears	Escuela Universitaria de Odontología ADEMA	Grado en Odontología	Pública / Adscrito	-
Universitat Internacional de Catalunya	Facultad de Odontología	Grado en Odontología	Privada / Propio	110

Las universidades privadas registran un total de 6.155 alumnos matriculados frente a 3.691 de las públicas, la relación es ahora inversa, 5 alumnos en la privada por cada 3 de la pública (figura 2).

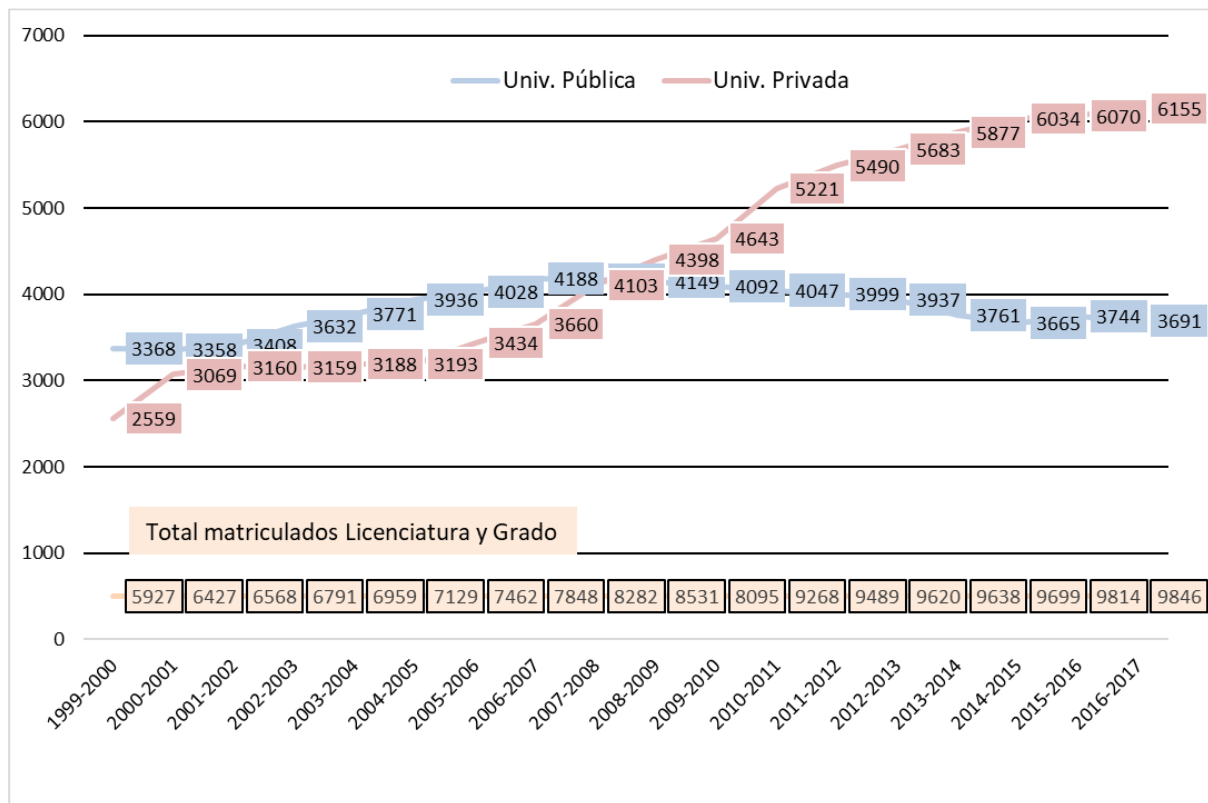


Figura 2. Evolución matriculados en odontología (España): Licenciatura y Grado (1999/2000-2016/2017). Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (MECD) (26).

De acuerdo con los últimos datos publicados por el MECD, el número de estudiantes matriculados de nuevo ingreso en estudios de grado de odontología en el curso 2015-2016 ha sido de 2.441 y en el mismo curso finalizaron sus estudios de ciclo y grado en odontología un total de 1.729 alumnos, 635 en Universidades públicas y 1.094 en Universidades privadas. La tabla 2 muestra la evolución del número de egresados en los últimos 10 años de acuerdo a la titularidad, pública o privada, de la Universidad donde se han cursado los estudios.

Tabla 2. Número de estudiantes egresados de ciclo y grado por tipo de Universidad en estudios de Odontología (curso 2006-2007 – 2015/2016) (27).

	2015/16	2014/15	2013/14	2012/13	2011/12	2010/11	2009/10	2008/09	2007/08	2006/07
Total Universidades Total Ciclo y Grado 091101-Odontología	1729	1742	1785	1609	1533	1394	1396	1298	1261	1173
Universidades Públicas Total Ciclo y Grado 091101-Odontología	635	594	709	819	734	730	700	611	704	670
Universidades Privadas Total Ciclo y Grado 091101-Odontología	1094	1148	1075	790	799	664	696	687	557	503

Entre los cursos 2006/2007 y 2015/2016, el número de alumnos que terminan estudios de odontología ha aumentado un 47%, a una tasa media anual del 4,7%. Este incremento se debe principalmente a la aparición de nuevas facultades, principalmente de titularidad privada, cuyos alumnos egresados alcanzan actualmente más del 60% del total de estudiantes egresados de odontología. Otro rasgo característico de la formación en odontología es que la especialización dentro de la profesión de dentista no está reglada ni reconocida legalmente. Pese a la cada vez mayor formación en cursos de posgrado, el elevado número de profesionales en el mercado español y la falta de un sistema que limite las plazas de acceso a los estudios favorecen una situación laboral adversa para los nuevos dentistas.

Según los datos del último informe del Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE), a 31 de diciembre de 2016 se presentaron un total de 389 demandas de empleo por parte de licenciados y graduados en odontología de las cuales 257 correspondían a dentistas en paro (28). Una cifra elevada si la comparamos con el número de nuevos odontólogos, 1.615, que en 2015-2016 terminaron sus estudios de grado. Si se compara los datos del SEPE con las estadísticas de la Encuesta de Población Activa, encontramos que sólo el 1,8% de los trabajadores obtiene su empleo a través del antiguo INEM, por lo que cabe esperar que las cifras de paro y demandantes de empleo sean todavía mayores. Según el informe de “Odontólogos y Médicos Estomatólogos” del Observatorio del SEPE, organismo adscrito al Ministerio

de Empleo y Seguridad Social de España, para el periodo 2004-2013 se produce un incremento progresivo en el número de parados, desde 310 parados en 2004 hasta 1.779 en 2013 (figura 3).

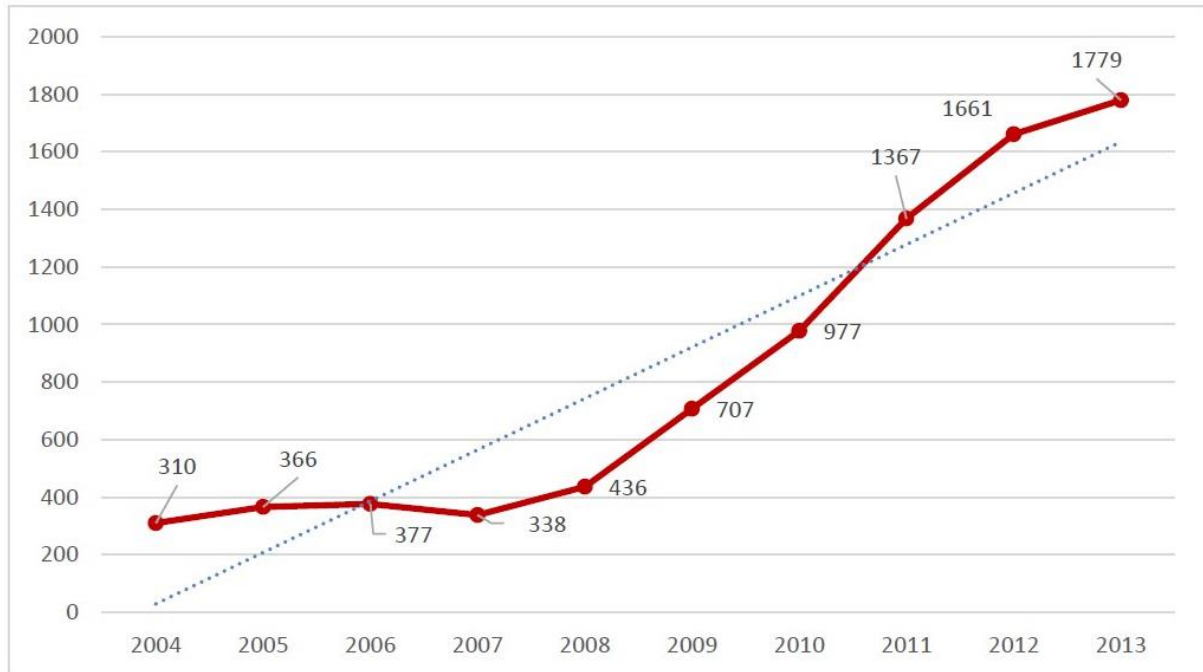


Figura 3. Paro registrado en odontólogos y médicos estomatólogos. Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE) (29).

El informe SEPE concluye: “Los flujos de tránsito entre las posibles situaciones del trinomio empleado-desempleado-inactivo están condicionados, en este caso, por la incorporación de nuevos titulados, que de momento no son absorbidos por el mercado, ni es compensado por la movilidad geográfica o funcional.”

d) Mejora de la salud oral y visitas al dentista

Según la encuesta de Salud Bucodental en España 2015, elaborado por el Consejo de Dentistas, sólo un 48% de la población acude al dentista con una periodicidad inferior al año (30). La cantidad de dentistas crece mucho más rápido que las necesidades de tratamiento de la población, y el número

medio de visitas por dentista se reduce drásticamente (1). Todavía no está aceptada, desde una perspectiva epidemiológica, ninguna fórmula concreta para cuantificar las necesidades reales de servicios dentales de una población. Casi la mitad de la población española piensa que no tiene ningún problema bucal en la actualidad siendo los problemas percibidos más frecuentes: las caries sin tratar, la presencia de dientes sensibles y tener encías sangrantes o movilidad dentaria. Sin embargo, sabemos que la caries dental ha sido históricamente la ocupación principal de los dentistas, y en el periodo 2004-2015 en España se observa una disminución de 13,9 puntos (25,5% en 2015 frente a 39,4% en 1995) en el porcentaje de la población de más de 15 años que dice tener caries (figura 4).

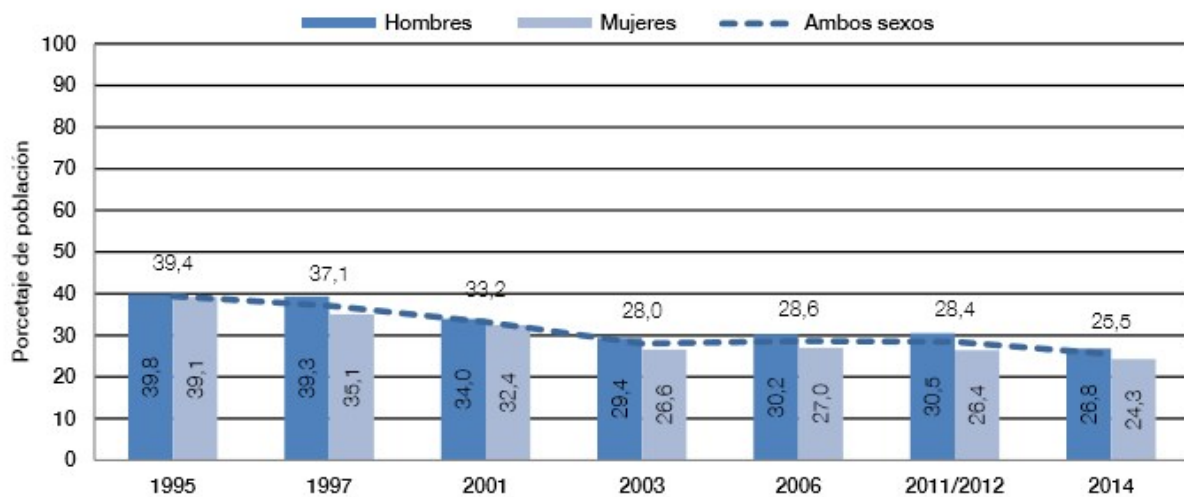


Figura 4. Tendencia de la prevalencia de caries en población de 15 años y más según sexo, 1995-2014. Encuesta Nacional de Salud y Encuesta Europea de Salud (EESE) (31).

De igual manera, la disminución de personas totalmente desdentadas entre los 65 y los 74 años de edad, el 16,7% en 2010 frente al 23,4% en 2000, perfila que serán las cohortes de mayor edad quienes requerirán los servicios del dentista, siempre teniendo en cuenta que la traducción en demanda de las necesidades de tratamiento de una población es una cuestión mucho más compleja (32). Por otro lado, la mejora de la salud oral generalizado, especialmente en la infancia, hacen que los procesos de patologías

periodontales se estabilizan en los adultos (33). Los españoles acuden al dentista cada vez con mayor frecuencia, el porcentaje que declara visitar al dentista al menos una vez al año ha pasado del 35% en 2003 al 47% en 2014 (figura 5). Paralelamente, el número de individuos que declara una frecuencia de visita al dentista superior al año o que nunca ha acudido al dentista desciende de manera considerable.

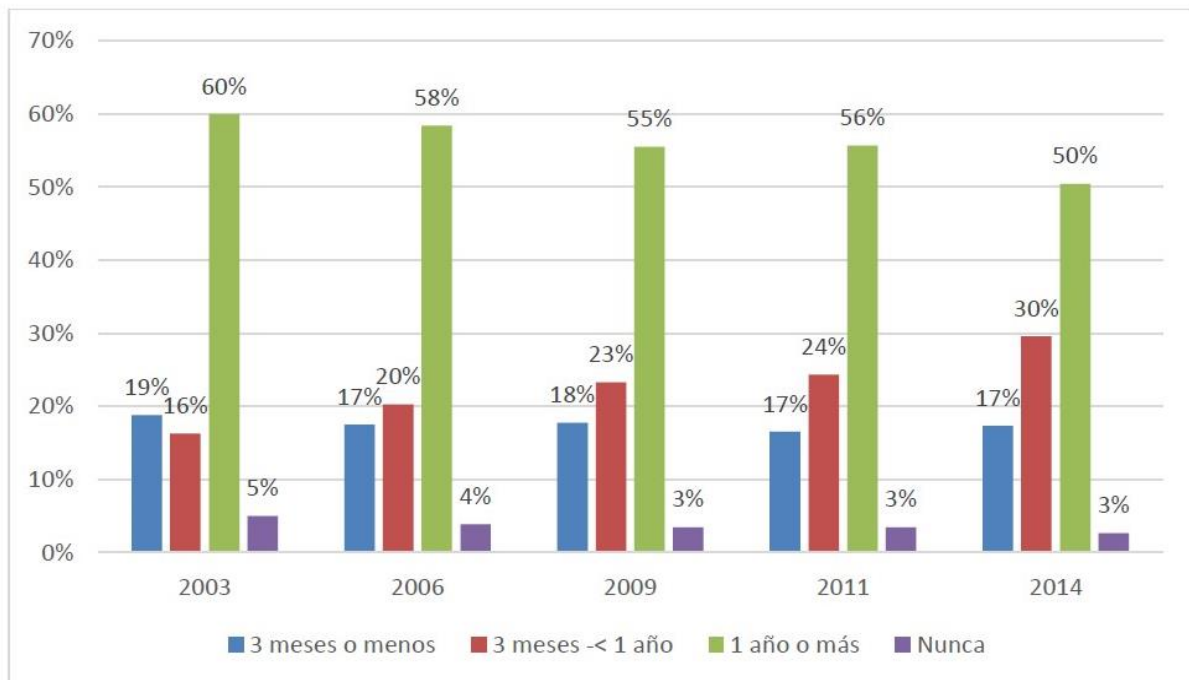


Figura 5. Tiempo transcurrido desde la última visita al dentista 2003-2014. Adultos entre 15 y 84 años. Encuesta Nacional de Salud y Encuesta Europea de Salud (EESE) (34).

Según la Encuesta de Presupuestos familiares, la evolución del gasto total anual en cuidados dentales ha caído en el periodo 2006-2016. En la figura 6, la circunstancia anterior se recoge en la línea roja que acompaña a la variación del gasto. Frente a incrementos del 2,9% anual en periodos anteriores al inicio de la crisis económica, el 2009 marca el inicio de una fuerte contención de precios con crecimientos sólo del 0,8%, 0,6% y hasta del 0,2%; muy por debajo de la variación del índice general de precios al consumo (IPC), un 1,22% anual entre 2008-2016. El ajuste de precios en el

sector de cuidados dentales todavía no se ha recuperado, entre 2015 y 2016 los precios subieron sólo un 0,9% (35).

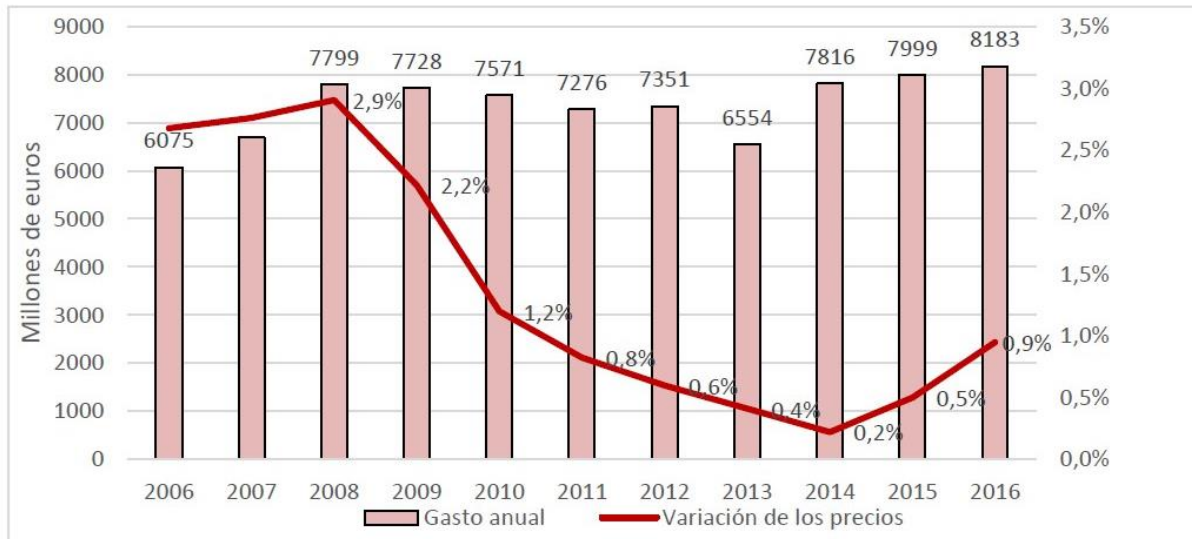


Figura 6. Evolución del gasto total anual en cuidados dentales, España 2006-2016. Encuesta de Presupuestos Familiares (36).

2.2. El estrés profesional

Entendemos como estrés profesional al síndrome de desgaste profesional, o también denominado estrés laboral. Para que este síndrome aparezca es necesaria la interacción entre las respuestas individuales al estrés, junto a la presión laboral en el ambiente de trabajo. Burnout, un concepto que ha sido ampliamente estudiado por más de 25 años, ha sido descrito por Maslach et al. (37) como un desajuste entre la persona y el trabajo en seis componentes (o áreas) de la vida de trabajo: carga de trabajo, la falta de control, falta de recompensas, la falta de comunidad, la falta de equidad y conflicto de valores. Este síndrome, que se caracteriza por altos niveles de agotamiento emocional, despersonalización y un sentimiento de baja realización personal, no es causado por una única etiología sino por la convergencia de diversos factores individuales y ambientales (38,39).

En los últimos años, el sector de servicios dentales en España se ha caracterizado por una nueva oferta fundamentada en unas condiciones

laborales precarias, caracterizadas por la existencia de bajos niveles retributivos de acuerdo con la cualificación. Es un sector en donde cada vez existe un mayor nivel de temporalidad y un freno importante a los mecanismos de desarrollo profesional, sin olvidar la existencia de riesgos laborales específicos de la profesión (40), acrecentados aún más por las prolongaciones de jornadas y sobrecargas de trabajo (41).

En el campo de la salud, los profesionales sanitarios han sido a menudo objeto de estudio para medir las repercusiones de su trabajo en su propia salud. La angustia psicológica aumentada ha tenido que ver con sobrecarga de trabajo, falta de personal, conflicto entre trabajo/familia, baja satisfacción laboral, falta de tiempo, carencia del apoyo social en el trabajo y dificultad para relacionarse con los pacientes. En su labor diaria, son con frecuencia expuestos a estresores que pueden afectar negativamente tanto a su salud mental como a su estado físico. Las consecuencias de la tensión ocupacional y burnout no son restringidas a la propia salud de los trabajadores, también disminuyen su compromiso de trabajo, la calidad de asistencia prestada al paciente y el bienestar organizativo en general (42). La investigación de burnout cada vez pone más énfasis en la importancia de que funcione bien la interacción entre vida/trabajo. El conflicto entre vida personal y trabajo son reconocidos como un pilar importante del burnout (43).

En el caso de los odontólogos, se trata de una profesión exigente que requiere esfuerzos físicos, mentales y de contacto con personas, lo que puede llevar al agotamiento (44). Kesner afirma que la odontología tiene una de las tasas más altas de síndrome de burnout debido a que es una profesión de alta tensión y alto riesgo. Además el ejercicio profesional mayoritario se realiza en una clínica propia con los riesgos y responsabilidades asociados a los propietarios de un negocio, con tensiones procedentes de los empleados, gastos asociados, responsabilidad del ejercicio, etc. que espera una adecuada retribución que no se alcanza (45).

Lee et al. destacan algunos factores que pueden provocar un mayor riesgo de agotamiento, como los odontólogos que carecen de apoyo interpersonal y que trabajan largas horas sin recompensas adecuadas. De ahí, la importancia

de alcanzar un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida personal, y el mantenimiento de las redes sociales de apoyo para gestionar mejor el estrés relacionado con el trabajo (46). Alpoz et al. concluyen que la ignorancia del síndrome de burnout puede contribuir a las implicaciones negativas para el dentista, paciente y calidad del trabajo. Por tanto, se deben aportar los medios necesarios para medir y disminuir sus riesgos, tales como un salario razonable, incentivos a un adecuado desarrollo profesional y la autorización de algún control sobre el trabajo (47). Según Vered et al., el desafío para el desgaste profesional frecuente entre los dentistas y estudiantes de odontología es el desarrollo de programas de intervención específicos para la profesión dental. Aprender acerca de cómo prevenir el desgaste profesional y sus consecuencias potencialmente graves es crucial. No es sólo un problema médico, sino también un problema de salud pública (48).

2.3. Calidad de vida

El concepto de «calidad de vida» como término científico ha originado múltiples interpretaciones en diversos campos. La primera utilización del concepto tuvo lugar a fines de los años 60, en la denominada investigación científica de la asistencia social benéfica con los trabajos del grupo de Wolganf Zapf (49). En aquel momento, el concepto fue definido como la correlación existente entre un determinado nivel de vida objetivo, de un grupo de población determinado, y su correspondiente valoración subjetiva (satisfacción, bienestar).

En las décadas siguientes, el término «calidad de vida» se usó indistintamente para nombrar innumerables aspectos diferentes de la vida como estado de salud, función física, bienestar físico (síntomas), adaptación psicosocial, bienestar general, satisfacción con la vida y felicidad. De manera general, calidad de vida se refiere al conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable, digna y valiosa la vida (50) o al grado de felicidad o satisfacción disfrutado por un individuo, especialmente en relación con la salud y sus dominios (51-53).

Más recientemente el constructo «calidad de vida» se ha asimilado al de bienestar subjetivo, abarcando juicio cognitivo, y ánimo positivo y negativo (54,55). La calidad de vida es un componente importante de la salud y engloba tanto esferas físicas como mentales. Está estrechamente relacionada con el estado y comportamientos de la salud. Puede ser definida como una construcción jerárquica, multidimensional que incluye tanto el estado físico como la salud mental. El estado físico es una esfera importante, pero el funcionamiento cognoscitivo, emocional y social, también son esferas importantes, y todos contribuyen a una calidad de vida total (56,57). El estudio de la calidad de vida desde una perspectiva social, mental, física, emocional, y espiritual es positivo e importante para el individuo (58). Son varios los determinantes que entran en juego en la calidad de vida y la satisfacción de los profesionales sanitarios. Entre ellos se encuentran: el conflicto entre vida personal/trabajo, la remuneración económica laboral, la carga laboral, la fatiga, el estrés laboral o síndrome de burnout (59-61).

2.3.1. Calidad de vida e indicadores sociodemográficos

Desde la II Guerra Mundial hasta los años 80, la calidad de vida abarcaba cuestiones del entorno en el cual el individuo estaba inmerso, su estilo de vida y condiciones socioeconómicas y demográficas. Los indicadores socioeconómicos y demográficos fueron por muchos años los indicadores usados para medir la calidad de vida por los servicios de salud. Dentro de esa percepción el índice de calidad de vida sería proporcional al poder adquisitivo. La progresión de esa perspectiva unifactorial condujo a la necesidad de una comprensión multifactorial, en el que la satisfacción personal en los diferentes ámbitos de la vida del individuo sería la manera más fidedigna de inferir sobre lo que habría de considerarse vida con calidad.

Esa transición de perspectiva empezó a consolidarse en la década de los 90, tras el consenso entre los estudiosos del área en relación a dos aspectos relevantes del concepto de calidad de vida: subjetividad y multidimensionalidad (62). Con respecto a la subjetividad, se considera la

percepción de la persona sobre su condición y sobre los aspectos no médicos de su contexto de vida. Además, por ser reflejo de la subjetividad, la percepción de calidad de vida cambia de un individuo a otro dependiendo de la demografía, es decir, de los aspectos peculiares del lugar donde vive, la época en el que el análisis se está realizando; según la edad, las condiciones socioeconómicas y culturales. La multidimensionalidad del término representa una forma de explicar lo que es vivir con calidad bajo la inferencia de distintos aspectos: salud, social, cultural, económico e histórico (63,64).

2.3.2. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es el aspecto de la calidad de vida que se refiere específicamente a la salud de la persona y se usa para designar los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas. Esta utilización básica del concepto se inició en EE.UU. hace unos 30 años, con la confluencia de dos líneas de investigación: una la de la investigación clínica de la medición del «estado funcional» (65) y otra la de la investigación psicológica del bienestar y de la salud mental (66-69).

La valoración del estado de salud se puede realizar de forma general o de forma específica. Una estimación general del estado de salud ante una pregunta del tipo ¿Cómo está su salud?¿Cómo se encuentra usted?. El estado de salud también se puede medir a través de respuestas de una serie de dominios que se piensan que subyacen al concepto genérico de salud: Las dimensiones física, mental y social. Este análisis tiene su origen en el concepto de salud propuesta por la OMS en 1948. De hecho, el ítem más universal de valoración general de salud declarada (“Diría que su estado de salud es: excelente, muy buena, buena, regular, mala”) refleja por igual la salud física y mental (70).

Gracias a la actitud activa de los pacientes (alimentada por el incremento del «consumismo» de los servicios sanitarios y la reivindicación de los derechos de los pacientes), gracias a los progresos metodológicos de la psicometría y

a la combinación de medidas de la función física y del bienestar psíquico, nació la moderna investigación clínica de la calidad de vida relacionada con la salud (71-73). La literatura apoya la idea de la CVRS como constructo multidimensional (74-76), aunque ha habido algún intento por demostrar su unidad conceptual, fundada en las nociones del bienestar y el funcionamiento extendidas por igual a las tres dimensiones física, emocional y social de la vida humana (77). La dimensión social de la calidad de vida personal, a pesar de su relevante papel, ha sido la última en ser considerada (78).

2.3.3. Medición del CRVS

La medición de la CRVS es un fenómeno cada vez más consolidado en la literatura médica (79-81). Se define como el grado en que la salud afecta a la funcionalidad de un individuo y a su percepción de bienestar en los dominios físico, mental y social (82). Con respecto al tipo de instrumentos utilizados en la investigación sobre calidad de vida, éstos son de dos clases: los genéricos y los específicos. Los instrumentos primeros permiten evaluar impactos en diversos grupos, poblaciones o situaciones y los segundos el impacto de un evento específico en las personas (83).

Las escalas de salud general o cuestionarios genéricos exploran un amplio abanico de problemas sanitarios y, dada su polivalencia, se considera que son útiles para evaluar el estado de salud de la población y establecer comparaciones entre grupos diferentes de pacientes o de enfermedades. Las escalas o cuestionarios específicos permiten analizar aspectos mucho más concretos: una enfermedad particular en un tipo de población, una función determinada, o un problema específico. Bowling (84) muestra con detalles los instrumentos de CVRS existentes, su contenido, características y propósito, y McHorney (85) presenta un cronograma del desarrollo de los diferentes instrumentos de medición de calidad de CVRS, tanto genéricos como específicos, desde los años 40 hasta finales de la década de los 90.

2.3.4. SF-36

La CVRS puede medirse con cuestionarios genéricos o específicos. Entre los primeros destaca el *Short Form-36* (SF-36) por su uso frecuente en todo el mundo, tanto en estudios descriptivos como de evaluación de resultados clínicos (7-9,80). Los instrumentos genéricos, como el SF-36, son independientes de la condición clínica subyacente, pueden aplicarse a una amplia variedad de poblaciones, y reflejan la salud desde la perspectiva de la persona o paciente (8,9). El SF-36 es, a su vez, una de las escalas genéricas más recomendadas en los estudios sobre dolor o trastornos musculoesqueléticos (86,87).

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el *Medical Outcomes Study* (MOS) (88). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la CVRS en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales (82). Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos, y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS. Ha sido calificada como la medida de salud genérica, basada en el paciente, más evaluada en un estudio bibliográfico sobre el incremento de las medidas de CVRS (89).

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más

frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento (82).

OBJETIVOS

3.- OBJETIVOS

Objetivos Generales:

- Examinar, mediante la realización de una encuesta, la calidad de vida relacionada con la salud de los dentistas españoles con actividad privada, y su relación con variables sociodemográficas, socioprofesionales y económicas.

Objetivos Específicos:

En referencia a los dentistas españoles con actividad privada:

- Analizar la validez del cuestionario SF-36v2 para medir la calidad de vida relacionada con la salud.
- Describir la calidad de vida relacionada con la salud.
- Evaluar la asociación de variables personales y sociodemográficas, con la calidad de vida relacionada con la salud, describiendo el estado de salud físico y mental.
- Evaluar la asociación de variables socioprofesionales y económicas con la calidad de vida relacionada con la salud, describiendo el estado de salud físico y mental.
- Comprobar si la percepción de calidad de vida puede verse afectada sin el uso de internet.
- Conocer la relación entre la calidad de vida y el burnout.

MATERIAL Y MÉTODO

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1.- Diseño del estudio

Se diseña un estudio transversal y analítico en el que se trata de medir la calidad de vida relacionada con la salud en la población de dentistas privados españoles en el año 2017 y su relación con las variables socio-profesionales. Este estudio está inspirado en la investigación realizada por la Doctora Carmen Anaya Aguilar, publicado en Diciembre de 2015, sobre “El síndrome de burnout en los dentistas españoles” (13) y que se extiende a través de un nuevo estudio sobre la calidad de vida relacionada con la salud y su conexión con el síndrome del burnout. El estudio cumple con los requisitos de la Declaración de Helsinki sobre investigación médica, y está avalado por el correspondiente informe de la Comisión de Ética de la Universidad de Salamanca (anexo 2).

4.2.-Selección de la muestra

Para la selección de la muestra, con la autorización previa del Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España, se han incluido Dentistas (Odontólogos o Médicos Estomatólogos) colegiados en algún colegio de Odontólogos y Estomatólogos de España, en activo y que desarrollen su actividad profesional en España, en el ámbito privado, bien por cuenta propia o por cuenta ajena. Se ha excluido de la muestra a los Odontólogos o Estomatólogos colegiados pero jubilados, o bien con ejercicio profesional que no incluya el ejercicio privado (por ejemplo, dentistas que trabajan exclusivamente en el sector público, sin simultañarlo con el ejercicio privado de la profesión).

La muestra de este trabajo está basada en los participantes del estudio de Anaya (13) que una vez finalizado mostraron interés por participar en estudios similares. Se enviaron (3 oleadas separadas por 15-20 días) entre Marzo y Mayo de 2017 el cuestionario (Anexo I) a un total de 1.308 dentistas con emails, representativos del total de dentistas. De la selección inicial

respondieron 609, si bien se eliminó para el análisis a 41 por distintos motivos (23 por no responder a todas las preguntas, 16 por no trabajar en el ámbito privado y 2 por declarar no ser dentistas). Quedaron, por tanto, 568 (609-41) dentistas para el análisis. Este tamaño muestral es suficiente (n=568) para estimar la prevalencia de la calidad de vida con una precisión del 4% partiendo de un tamaño poblacional de 35.716 dentistas, una confianza del 95%, y una prevalencia a priori del 50%, que es la situación a priori más desfavorable.

4.3. Recogida de datos

Antes de iniciar la recogida de datos, se realiza una estrategia de búsqueda para el estudio.

4.3.1. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Como fuente para investigar lo que la comunidad científica aporta sobre este tema, se realizó una búsqueda previa en las bases de datos *SCOPUS* y *WEB OF SCIENCE* (WOS) a través de la plataforma de la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT). La estrategia de búsqueda durante el periodo de Febrero de 2017 hasta Mayo de 2017 fue localizar artículos y publicaciones relacionadas con la calidad de vida en los profesionales de odontología usando como parámetros de búsqueda las palabras clave “quality of life” AND “dentists”, “SF-36” and “dentists”, “quality of life” AND “spain”, “SF-36” AND “spain”, “quality of life” AND “burnout” desde el año 2010. En la búsqueda se pretende localizar los documentos referidos al ámbito profesional específico de los dentistas y concretamente en España aquellos estudios que hubieran utilizado como instrumento de medida el cuestionario SF-36.

Para estudiar el uso de internet se utilizaron también las bases de datos, SCOPUS y WOS, con parámetros de búsqueda “internet use” AND “dentists” y “internet use” AND “quality of life”, así como estudios recientes sobre el uso

de internet (Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación - IMC, Fundación Telefónica o el Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información-ONTSI). Respecto al estudio de la situación actual de la práctica de la profesión de dentistas en nuestros días y su proyección en el futuro, se han consultado múltiples estudios, artículos y libro blanco de la profesión, publicados por el Consejo General de Colegios Oficiales de Dentistas y Estomatólogos de España y mantenido reuniones con expertos del sector. De igual manera, para recabar datos estadísticos sobre el sector se han extraídos de fuentes oficiales como el INE, SEPE y el MECD.

4.3.2. Selección del cuestionario SF-36v2

En la selección para este estudio, se valoraron varios cuestionarios de medida genéricas de la calidad de vida relacionada con la salud: Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad, Perfil de Salud de Nottingham, Cuestionario de Evaluación Multidimensional OARS, Cuestionario de Calidad de Vida de Ruíz-Vaca, Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos, EQ-5D, Láminas COOP-WONCA y Cuestionario de Salud SF-36 (90).

Los motivos principales para descartar cada uno de los cuestionarios no seleccionados fueron:

- El Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad (PCE). En inglés, *Sickness Impact Profile* (SIP). Es un cuestionario cuyo objetivo es medir la disfunción provocada por la enfermedad. El modelo no es el acertado dado que su público objetivo son pacientes que difiere del público objetivo del estudio: el colectivo de dentistas españoles.
- El Perfil de Salud de Nottingham (PSN). En inglés, *Nottingham Health Profile* (NHP). Este cuestionario es indicado para pacientes con un cierto nivel de afectación del estado de salud y no para el público objeto de nuestro análisis.

- Cuestionario de Evaluación Multidimensional OARS. En inglés, *Older Americans Resources and Service Multidimensional Functional Assessment Questionnaire*. Este cuestionario fue diseñado para evaluar la capacidad personal y el uso y necesidad de servicios de los adultos de edad avanzada (en concreto, mayores de 60 años). En nuestro estudio, se evalúa la calidad de vida de los dentistas privados españoles, sin limitación de edad.
- Cuestionario de Calidad de Vida de Ruíz-Vaca. Se desarrolló con el objetivo de disponer de un cuestionario breve y fácil de usar para valorar la calidad de vida percibida de la población española. Aunque este cuestionario cumple con todos los atributos y criterios de la *Medical Outcome Trust (MOT)*, incluye una serie de preguntas sobre la pareja que no son pertinentes para nuestro estudio.
- Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC). Su propósito es el estudio de enfermos crónicos. Estos pacientes difieren del público objeto de la investigación.
- EuroQoL 5-D (EQ-5D). Este cuestionario mide la cantidad y calidad de vida y aplica un método de obtención de preferencias sobre 3.125 estados de salud, resultado de combinar dimensiones y niveles (5⁵), sin embargo, dado que la valoración de los estados de salud puede resultar compleja y por motivos de interpretabilidad y carga se ha descartado su uso para el estudio presente.
- Láminas COOP-WONCA. Está diseñado para ser administrada en la práctica clínica en pacientes en atención primaria. El público objeto de este cuestionario no coincide con el público objetivo del presente estudio.
- Cuestionario de Salud SF-36. Fue desarrollado para su uso en el MOS y proporciona un perfil del estado de salud. Este cuestionario es el que mejor se adapta al cumplimiento de todos los atributos y criterios de nuestro estudio.

Este estudio utilizó la versión estándar del cuestionario genérico de calidad de vida relacionado con la salud SF-36v2. Se usó como base para la

adecuación cultural del instrumento la versión española de SF-36 la cual, fue adaptada sintáctica y semánticamente a la idiosincrasia española.

4.3.3.- Descripción del cuestionario utilizado

Se tomaron algunas preguntas del cuestionario previo del estudio de Anaya (13), y se añadieron cuestiones sobre la calidad de vida (SF-36v2) y el uso de internet. En el anexo 1 se recogen el total de preguntas que forman parte de nuestro estudio recogidos en los siguientes bloques:

- Características personales y sociodemográficas
- Características socioprofesionales y económicas
- Doble presencia
- Prevalencia del síndrome de Burnout (MBI-GS)
- Calidad de Vida (SF-36v2)
- Uso de Internet

La selección de las preguntas se realizó en una reunión de expertos en la materia: calidad de vida, burnout, relación social en la profesión y uso de internet. Se escogieron aquellas que habían sido validadas a su vez en otros estudios sobre el ejercicio de la profesión (11,24,91-94).

Estimamos conveniente que el cuestionario no fuera largo (10 minutos) y denso en aras de alcanzar una tasa de respuesta alta y optamos por una visión general, perdiendo con ello cierto detalle y grado de especificidad. Un experto en metodología de la investigación estudió la validez aparente del precuestionario y surgieron mejoras incluidas en la nueva redacción.

Los grupos de preguntas son:

4.3.3.1. Características personales y sociodemográficas

Se recoge el año de nacimiento, el sexo y el número de miembros de la unidad familiar.

4.3.3.2. Características socioprofesionales y económicas

Se pregunta por su lugar de trabajo, población de la localidad, tipo de práctica (si generalista o tiene especialidad), en cuántas clínicas trabaja, modalidad contractual, cuántos sillones dispone el lugar de trabajo, número de trabajadores que trabajan con él, número de horas a la semana trabajadas, número de pacientes a la semana que atiende, porcentaje de ingresos sobre el total familiar y nivel de satisfacción con sus ingresos.

4.3.3.3. Doble presencia

Se cuestiona la conciliación entre la vida familiar y laboral.

4.3.3.4. Prevalencia del síndrome de Burnout

Se utiliza el cuestionario de burnout *Maslach Burnout Inventory-General Survey* (MBI-GS) agrupado en 3 dimensiones: agotamiento, cinismo y eficacia profesional.

4.3.3.5. Calidad de vida

Respecto a las preguntas que evalúan la calidad de vida relacionada con la salud, se ha tenido en cuenta los debates de la comunidad científica, los avances en los sistemas de medición de la calidad de vida y se ha escogido el cuestionario específico SF-36, por ser uno de los más extendidos, usado y probado en múltiples estudios a nivel nacional e internacional (95). Además la versión 2 del SF-36, SF-36v2, incorpora mejoras respecto a la versión original SF-36 que incluye enunciados más sencillos para facilitar su lectura y cumplimentación, y algunos avances en el cálculo de las puntuaciones (96).

Este cuestionario está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud (82). El SF-36v2 contiene un

componente físico que agrupa cuatro sub-escalas que son función física o *physical functioning* (PF), rol físico o *role physical* (RP), dolor corporal o *bodily pain* (BP), y salud general o *general health* (GH) y un componente mental con otras cuatro sub-escalas de vitalidad o *vitality* (VT), función social o *social functioning* (SF), rol emocional o *role emotional* (RE) y salud mental o *mental health* (MH), las cuales están diseñadas de manera que a mayor puntuación mejor es el estado de salud considerando una puntuación transformada con valores posibles de cero a cien (figura 7).

Dimensión	N.º de ítems	Significado de las puntuaciones de 0 a 100	
		«Peor» puntuación (0)	«Mejor» puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de Transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

Figura 7. Dimensiones, ítems y significado de las puntuaciones altas y bajas del SF- 36 (97).

Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos:

1. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de salud».
2. Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).
3. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala).

Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

Además el cuestionario permite el cálculo de 2 puntuaciones sumario, el componente sumario físico (PCS) y el mental (MCS), mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión. Los estudios de análisis factorial realizados en diferentes muestras americanas (97-99) y sobre muestras representativas de la población general de 9 países europeos del proyecto International Quality of Life Assessment (IQOLA) (100,101) demostraron que las 8 escalas definen 2 componentes principales de salud, el componente sumario físico (PCS) y el mental (MCS).

Los pasos principales de los algoritmos de cálculo de las puntuaciones de las 2 medidas sumario son:

- a) estandarización de las 8 escalas del SF-36 con la media y la desviación estándar (DE) de la población general.
- b) ponderación de las escalas aplicando los pesos factoriales obtenidos en un análisis de componentes principales.
- c) agregación de las escalas y transformación para obtener una media de 50 y una DE de 10 en la población general.

La puntuación de 0 a 100 de las escalas del SF-36 ha sido ampliamente utilizada y goza de popularidad por la traducción directa de su máximo y mínimo a el mejor y el peor estado de salud posible. Sin embargo, los autores proponen para las nuevas componentes sumario del SF-36 las puntuaciones basadas en normas, cuya principal ventaja es que los resultados son directamente interpretables respecto a la población de referencia (102). Así, puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la media de la población de referencia.

4.3.3.6. Uso de internet

Las preguntas relacionadas sobre el uso de internet incluyen la frecuencia de acceso a actividades online, tiempo medio dedicado a dichas actividades y sentimiento sin acceso a internet.

4.3.4. Envío del cuestionario

El cuestionario indicado fue creado a través del proveedor de encuestas Limesurvey, cuyo sitio web es: <https://limesurvey.org> y el envío del cuestionario a través del proveedor de servicios de marketing por correo electrónico Mailchimp, cuyo sitio web es: <https://mailchimp.com>. La forma de envío a las personas que conforman la muestra fue a través de correo electrónico, de la base de datos de dentistas colegiados españoles facilitada por el Consejo.

En la carta de presentación se les confirmaba el tratamiento confidencial de la encuesta, de acuerdo con las normas que regulan la protección de datos personales. Todos los envíos se han adecuado a la Ley de Protección de Datos Personales (LOPD) y a la Ley de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico (LSSI) en referencia a permisos, tratamientos, derechos ARCO (acceso, rectificación, cancelación y oposición) y sistemas de baja.

En la primera pregunta se discernía si el encuestado ejercía para el servicio público o para el sector privado, agradeciendo la atención e invitando a los que exclusivamente trabajaban en el sector público a no participar teniendo en cuenta que nuestra población objeto de estudio era la que desarrolla su actividad en el ámbito privado.

4.4.- Análisis de datos

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.20.0 (IBM, Armonk, NY, USA) con los métodos explicitados a pie de cada tabla de resultados.

Siguiendo los criterios de evaluación de instrumentos de CVRS del Medical Outcome Trust (103) se recogieron los datos de fiabilidad del test-retest a través del coeficiente Kappa y de correlación intraclass (CCI) que evalúa la concordancia y reproducibilidad del cuestionario. Se valora con la escala de Landis & Koch (1977) (104) el grado de acuerdo indicado para los valores K donde <0 : *Poor* (pobre); 0.00-0.20: *Slight* (ligeramente); 0.21-0.40: *Fair* (justa); 0.41-0.60: *Moderate* (moderada); 0.61-0.80: *Substantial* (sustancia); 0.81-1.00: *Almost Perfect* (casi perfecto) La primera se cumplimentó por email y la segunda fue presencial escrita. La variabilidad de los datos incluye, por tanto, no sólo el test-retest sino la modalidad de aplicación.

El análisis estadístico y psicométrico de este estudio, se realizó usando solamente aquellas encuestas que contenían el 100% de respuestas contestadas de la versión estándar de la encuesta SF-36v2. Las variables cuantitativas son expresadas como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartil, y las variables categóricas son descritas con la frecuencia absoluta y porcentajes. Los valores de las dimensiones SF-36 y PCS y MCS se expresan como media y desviación estándar. Los valores teóricos de la población para cada dimensión del SF-36 se calcularon ajustando el valor para cada caso que corresponde según las tablas de referencia para la población española.

Para establecer la comparación entre los valores observados y los de la población, se usó test de student para las muestras apareadas. En las comparaciones múltiples en variables socioprofesionales se utiliza el test SNK, en prueba ANOVA con $p < 0,05$, y para determinar la relación lineal entre variables según uso de internet se aplican coeficientes de correlación de pearson. Por último, para explicar el PCS y MCS se utilizan modelos de regresión lineal múltiple con el método backward stepwise, considerando los valores válidos de todas las variables (generales, socioprofesionales y uso de internet) del estudio con una significación de $p > 0,05$.

RESULTADOS

5.- RESULTADOS

Se muestra a continuación los resultados de la encuesta SF-36v2 enviada por correo electrónico a una muestra representativa de dentistas españoles.

5.1. Fiabilidad del cuestionario SF-36v2

Un signo de fiabilidad de un instrumento multicomponente (formado por varias preguntas o ítem) como es el Cuestionario SF-36 es la consistencia interna que evalúa si el instrumento mide diferentes aspectos de un mismo constructo. En la tabla 3 se mide la concordancia y reproducibilidad del cuestionario sobre preguntas de salud y calidad de vida, para ello se evaluó el coeficiente Kappa y de correlación intraclase (CCI obteniendo resultados que reflejan una alta fiabilidad del SF-36v2, pues todos los resultados están incluidos en los rangos de valor moderado (0.41-0,60); sustancial (0.61-0.80); y casi perfecto (0.81-1.00), salvo las preguntas 2, 3h, 4d y 11d.

Tabla 3: Fiabilidad ^a del cuestionario. Preguntas de Salud y Calidad de Vida. Test-retest (con una separación entre 1-2 semanas) (n=27 no pertenecientes a la muestra principal).	
Dimensión/Item	CI/Kappa ^b
0. ¿Qué nivel de satisfacción tiene Vd. con sus ingresos como dentista privado?	0.78
1. ¿...Usted diría que su salud es: [de 1 -excelente- a 5 -mala-]?	0.44
2. ¿...Su salud actual, comparada con la de hace un año- [de 1 -mejor- a 5 -peor-]?	0.33
3. ..Actividades...en un día normal. Su estado actual, ¿le limita...? [De 1-Mucho- a 3-Nada-]	
a. Esfuerzos intensos, tales como correr, ...o participar en deportes agotadores	0.87
b. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, ...o caminar más de una hora	0.62

c. Coger o llevar la bolsa de la compra	0.66
d. Subir varios pisos por las escaleras	-
e. Subir un sólo piso por la escalera	-
f. Agacharse o arrodillarse	1.00
g. Caminar un kilómetro o más	0.77
h. Caminar varios centenares de metros	0.11
i. Caminar unos 100 metros	-
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	0.77
4. En...4 semanas, ¿...frecuencia problemas ...por salud física? [1-Siempre- a 5-Nunca-]	
a. Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas-	0.45
b. Hizo menos de lo que hubiera querido hacer-	0.28
c. Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas-	0.63
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo ...(por ejemplo, le costó más de lo normal)-	0.80
5. En...4 semanas, ¿...frecuencia problemas por probl.emocional? [1-Siempre- a 5-Nunca-]	
a. Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo ...por algún problema emocional-	-
b. Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional-	0.53
c. Hizo su trabajo ...menos cuidadosamente ...por algún problema emocional-	0.54
6. En...4 sem. ¿...salud física o emocional dificultado activ.social...? [De 1-nada- a 5-mucho-]	0.62
7. ¿Tuvo dolor...en 4 semanas-...? [De 0-ninguno- a 5-muchísimo-]	0.58
8. Durante...4 semanas, ¿...el dolor le ha dificultado su trabajo...[De 1-nada- a 5-mucho-]	0.72
9. ¿...Cómo le ha ido en ...4 semanas (frecuencia)? [De 1-siempre- a 5-nunca-]	
a. Se sintió lleno de vitalidad	0.42

b. Estuvo muy nervioso	0.67
c. Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle	0.46
d. Se sintió calmado y tranquilo	0.79
e. Tuvo mucha energía	0.72
f. Se sintió desanimado y deprimido	0.71
g. Se sintió agotado	0.69
h. Se sintió feliz	0.93
i. Se sintió cansado	0.81
10. ...4 semanas,...dificultad...sociales por dolores físicos/emoción.[De 1-Siempre- a 5-Nunca-]	0.69
11. ..CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases? [De 1-Total cierta- a 5-Total falsa-]	
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	0.57
b. Estoy tan sano como cualquiera	0.55
c. Creo que mi salud va a empeorar	0.81
d. Mi salud es excelente	0.38
<p>a: Primera cumplimentación por email, y segunda presencial escrita. La variabilidad incluye, por tanto, no sólo el test-retest sino la modalidad de aplicación.</p> <p>b: Coeficiente de correlación intraclase para variables cuantitativas, y kappa ponderado cuadráticamente en las variables ordinales. Puede valorarse con la escala de Landis & Koch (Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 1977:33:159-174): <0.00: <i>Poor</i> (pobre); 0.00-0.20: <i>Slight</i> (ligeramente); 0.21-0.40: <i>Fair</i> (justa); 0.41-0.60: <i>Moderate</i> (moderada); 0.61-0.80: <i>Substantial</i> (sustancial); 0.81-1.00: <i>Almost Perfect</i> (casi perfecta).</p>	

En la tabla 4 se evalúa la fiabilidad del cuestionario sobre preguntas de acceso a internet (Anexo 1), se observa que la concordancia según la escala de Landis & Koch es sustancial (0.61-0.80) y casi perfecta (0.81-1:00), excepto la pregunta 1a y 2 que tienen categoría moderada (0.41-0.60) y justa (0.21-0.40), respectivamente.

Tabla 4: Fiabilidad^a del cuestionario. Preguntas de acceso a internet. Test-retest (con una separación entre 1-2 semanas) (n=27 no pertenecientes a la muestra principal).

Dimensión/Item	CCI/Kappa ^b
1. ¿...frecuencia actividades en internet...? [De 1-nunca- a 6-a diario-]	
a. Buscar información	0.52
b. Leer noticias	0.78
c. Visitar las redes sociales	0.66
d. Enviar y recibir el correo electrónico	0.78
e. Chatear (Whatsapp, Facebook Messenger, etc.)	0.89
f. Aprender o impartir formación (escuelas online, universidades online)	0.77
g. Descargar música, vídeos o películas	0.65
h. Ver series, vídeos o películas	0.64
2. Tiempo medio al día dedica Vd. a Internet...[en horas]	0.22
3. En...no ha tenido ...internet...¿Cómo se ha sentido? [De 1-muy mal a 5-mucho mejor-]	0.81
a: Primera cumplimentación por email, y segunda presencial escrita. La variabilidad incluye, por tanto, no sólo el test-retest sino la modalidad de aplicación.	
b: Coeficiente de correlación intraclase para variables cuantitativas, y kappa ponderado cuadráticamente en las variables ordinales. Puede valorarse con la escala de Landis & Koch (Landis JR, Koch GG. <i>The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics</i> 1977;33:159-174): <0.00: <i>Poor</i> (pobre); 0.00-0.20: <i>Slight</i> (ligeramente); 0.21-0.40: <i>Fair</i> (justa); 0.41-0.60: <i>Moderate</i> (moderada); 0.61-0.80: <i>Substantial</i> (sustancial); 0.81-1.00: <i>Almost Perfect</i> (casi perfecta).	

5.2. Descriptiva sociodemográfica de los dentistas privados

En la tabla 5 se puede observar como del total de 568 dentistas encuestados de edades comprendidas entre 27 y 76, 270 (47,5%) son varones y 298 (52,5%) mujeres. Las edades comprendidas entre los 27 y 44 años suponen una distribución del 52,8% de la muestra, mientras que el tramo de edad entre los 45 y 76 años representa el 47,2% restante. Respecto al número de

unidades de la familia, el 49,5% de la muestra tiene entre 4 y 7 miembros. Por zonas geográficas de España, tienen una mayor representación la zona sur (33,3%) y levante (28,0%), frente al centro (19,5%) y el norte (19,2%). El porcentaje de dentistas privados en poblaciones mayores a veinte mil, donde ejercen su profesión privada, es de 79,9%, mientras el 20,1% restante corresponde a dentistas que realizan su actividad profesional privada en poblaciones inferiores a veinte mil.

Variable	n (%)
Edad (años)	
27-34	99 (17.4)
35-44	201 (35.4)
45-54	85 (15.0)
55-76	183 (32.2)
Sexo	
Hombre	270 (47.5)
Mujer	298 (52.5)
Nº miembros familia	
1	61 (10.7)
2	116 (20.4)
3	110 (19.4)
4-7	281 (49.5)
Zona geográfica	
Sur	189 (33.3)
Levante	159 (28.0)
Centro	111 (19.5)
Norte	109 (19.2)
Tamaño poblacional (habit.)	
<20 mil	114 (20.1)
20-100 mil	184 (32.4)
>100 mil	270 (47.5)

5.3. Descriptiva socioprofesional de los dentistas privados

En la tabla 6 se muestra la distribución de dentistas privados por variables relacionadas con su actividad socioprofesional. El tipo de práctica que realizan es mayoritariamente generalista (89,5%). Los 54 dentistas (10,5%) restantes son especialistas: 15 ortodoncistas, 9 odontopediatras, 20 cirujanos orales, 6 periodoncistas y 4 endodoncistas. La mayoría de los dentistas trabajan en una o dos clínicas (78,9%), las cuales tienen entre uno y tres sillones (79,7%). El 91,5% ejercen como autónomos, 71,5% en clínicas propias y 20,0% en clínicas no propias. El 8,5% restante son asalariados por cuenta ajena.

Respecto a la carga laboral que soporta el dentista, un 27,8% de los dentistas trabajan más de 41 horas y tienen más de 71 pacientes a la semana. La conciliación de la familia y el trabajo en los dentistas de la muestra es reducida. Un 16,5% de los dentistas declaran “nunca/casi nunca” la dificultad de conciliar sus vidas familiares y laborales, un 50,1% “a veces” y un 33,4% “muy frecuentemente”. Teniendo en cuenta que el 83,3% aportan más del 50% de los ingresos del total familiar, el nivel de satisfacción de los dentistas con sus ingresos es bajo. Un 25,2% no están satisfechos con sus ingresos, valoran de 0 a 5 (en una escala de 0 a 10), y un 43,0% puntúan de 6 a 7 su bienestar en relación a sus ingresos. Por otro lado, un 28,5% de los encuestados declaran estar afectados por el burnout.

Tabla 6. Descriptiva socioprofesional de los dentistas privados (n=568).	
Variable	n (%)
Tipo de práctica	
Generalista	461 (89.5)
Espec.exclusiva ^a	54 (10.5)
NS/NC	53
Nº clínicas en que trabaja	
1	265 (51.5)
2	141 (27.4)
3-11	109 (21.2)
NS/NC	53
Modalidad contractual	
Autónomo clínica propia	368 (71.5)
Autónomo clínica ajena	103 (20.0)
Asalariado	44 (8.5)
NS/NC	53
Nº sillones	
1	71 (13.8)
2	228 (44.3)
3	111 (21.6)
≥4	105 (20.3)
NS/NC	53
Nº trabajadores	
1-3	163 (31.7)
4-6	205 (39.8)
≥7	147 (28.5)
NS/NC100	53
Número de horas/semana	
4-30	141 (27.4)
31-40	231 (44.9)
≥41	143 (27.8)
NS/NC	53

Número pacientes/semana	
4-40	161 (31.3)
41-70	211 (41.0)
≥71	143 (27.8)
NS/NC	53
Ingresos (%) del total familiar	
<50%	86 (16.7)
50-75%	160 (31.1)
>75%	269 (52.2)
NS/NC	53
Satisfacc.con ingresos (0-10)	
0-5	143 (25.2)
6-7	244 (43.0)
8-10	181 (31.9)
Probl.conciliar familia-trabajo	
Muy frecuentemente	172 (33.4)
A veces	258 (50.1)
Nunca/Casi nunca	85 (16.5)
NS/NC	53
Síndrome de Burnout	
No	368 (71.5)
Sí	147 (28.5)
NS/NC	53
a: 15 Ortod., 9 Odontoped., 20 Cirugía oral, 6 Period. y 4 Endodoncia.	

5.4. Uso de internet por los dentistas privados

Ante la pregunta sobre cuál es la frecuencia temporal del uso de internet por los dentistas privados, desde cualquier dispositivo fijo o móvil, 14 no respondieron a esta cuestión quedando 554 para el análisis (tabla 7). Las actividades en internet con mayor frecuencia diaria son chatear (Whatsapp, Facebook Messenger, entre otras) con un 84,8%, enviar y recibir correos

electrónicos (76,4%), buscar información (67,5%), leer noticias (59,4%) y visitar las redes sociales (50,5%).

Tabla 7. Uso de internet por los dentistas privados. *¿Con qué frecuencia suele Vd. acceder a las siguientes actividades en internet? (desde cualquier dispositivo fijo o móvil) (n=554^a).*

Variable	% →					
	Nunca	<1 día /semana	1-2 días /semana	3-4 días /semana	5-6 días /semana	A diario
Buscar información	0.0	1.8	5.8	13.7	11.2	67.5
Leer noticias	5.2	6.0	8.7	9.7	11.0	59.4
Visitar las redes sociales	13.4	10.6	8.7	8.5	8.3	50.5
Enviar y recibir el correo electrónico	0.2	1.1	3.8	8.7	9.9	76.4
Chatear (Whatsapp, Facebook Messenger, etc.)	2.2	2.5	1.8	2.5	6.1	84.8
Aprender o impartir formación (escuelas online, universidades online)	23.5	33.9	22.2	8.1	3.6	8.7
Descargar música, vídeos o películas	46.9	31.6	7.6	4.0	4.0	6.0
Ver series, vídeos o películas	32.7	26.0	14.8	8.1	5.1	13.4

a: Del total de 568 dentistas, 14 no respondieron al cuestionario de uso de internet, quedando 554 para el análisis.

Por el contrario, las actividades en internet menos frecuentes con acceso diario son la descarga de música, videos o películas (6,0%), aprender o impartir formación online (8,7%) y ver series, vídeos o películas (13,4%). Respecto al uso de redes sociales, un 32,70 % las visita menos de 2 días a la semana y un 13,4% nunca. De igual manera, un 79,6% de los encuestados acceden a “aprender o impartir formación online” en una frecuencia menor a 2 días a la semana y un 23,5% nunca (tabla 7).

La tabla 8 muestra los resultados del tiempo medio diario dedicado a actividades en internet y el sentimiento ante la falta de acceso a internet. Del total de 568 dentistas, 14 no respondieron a esta pregunta.

Tabla 8. Uso de internet por los dentistas privados. Tiempo medio y falta de acceso (n=554^a).

Variable	n (%)
De los días que se conecta [a internet]. ¿Cuánto tiempo medio al día dedica Vd. a Internet sumando todas las actividades anteriores, ya sea desde su ordenador personal u otros dispositivos móviles?. Expréselo por favor en horas"	
0 horas/día	28 (5.1)
1 horas/día	213 (38.4)
2 horas/día	189 (34.1)
3 ó más horas/día	124 (22.4)
En los casos que no ha tenido acceso a internet (problemas técnicos, falta de cobertura, etc.). ¿Cómo se ha sentido?	
Muy mal	13 (2.3)
Mal	146 (26.4)
Igual	365 (65.9)
Mejor	18 (3.2)
Mucho mejor	12 (2.2)

a: Del total de 568 dentistas, 14 no respondieron al cuestionario de uso de internet, quedando 554 para el análisis.

En relación al tiempo medio dedicado al día a las actividades en internet, ya sea desde un ordenador personal o dispositivo móvil, un 77,6% de los dentistas les dedica 2 hora diarias o menos, mientras que un 5,1% no les dedica tiempo alguno. En los casos en que los dentistas no han tenido acceso a internet (por problemas técnicos, falta de cobertura, etc.), ante la pregunta de cómo se han sentido, un 28,7% declaran sentirse mal o muy mal, un 65,9% no les afecta y un 5,7% se sienten mejor o mucho mejor (tabla 8).

5.5. Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) SF-36

La tabla 9 muestra la dimensión Función Física (PF) del SF-36 que responde al grado de limitación para realizar actividades o cosas que se podrían realizar en un día normal. Las actividades que más limitan para la actividad diaria son los esfuerzos intensos (19,0%), tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores.

Tabla 9. Dimensión "Función Física" (PF) del SF-36 en dentistas privados españoles (n=568).			
[3] ^a . Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su estado actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas?. Si es así, ¿cuánto?	% →		
	Sí, me limita mucho (1)	Sí, me limita poco (2)	No, no me limitada nada (3)
[3a] Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	19.0	42.3	38.7
[3b] Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora	1.4	15.3	83.3
[3c] Coger o llevar la bolsa de la compra	2.3	10.2	87.5
[3d] Subir varios pisos por las escaleras	2.5	17.3	80.3
[3e] Subir un solo piso por la escalera	0.7	3.0	96.3
[3f] Agacharse o arrodillarse	2.6	18.7	78.7
[3g] Caminar un kilómetro o más	2.3	8.5	89.3
[3h] Caminar varios centenares de metros	1.1	6.2	92.8
[3i] Caminar unos 100 metros	0.4	1.8	97.9
[3j] Bañarse o vestirse por sí mismo	0.5	1.1	98.4
a: Entre corchetes [] se indica el código de pregunta en el cuestionario SF-36 v2			

Entre las actividades que limitan un poco están los esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados, etc.) en un 42,3%, agacharse o arrodillarse en un 18,7%, subir varios pisos por las escaleras en un 17,3%, y esfuerzos moderados, como mover una mesa o caminar más de una hora, en un 15,3%. Por el contrario, las actividades que menos limitan a los dentistas son bañarse o vestirse por sí mismo (98,4%), caminar unos 100 metros (97,9%) o subir un piso por la escalera (96,3%).

En lo concerniente a la dimensión Rol Físico (RP) del SF-36 (tabla 10), en alguna ocasión un 32,4% tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a actividades cotidianas, un 47,2% hizo menos de lo que hubiera querido hacer en algún momento, un 35,6% tuvo que dejar alguna vez de hacer algunas tareas en el trabajo o actividades cotidianas, y un 45,5% tuvo dificultades solo alguna vez para realizar su trabajo o actividades cotidianas.

Tabla 10. Dimensión "Rol Físico" (RP) del SF-36 en dentistas privados españoles (n=568).					
[4] ^a . Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	% →				
	Siempre (1)	Casi siempre (2)	Algunas veces (3)	Solo alguna vez (4)	Nunca (5)
[4a] ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?"	0.7	3.2	11.1	17.4	67.6
[4b] ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?"	1.9	6.0	16.5	22.7	52.8
[4c] ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?"	1.4	3.5	15.0	15.7	64.4
[4d] ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?"	0.7	2.8	16.5	24.5	55.5

a: Entre corchetes [] se indica el código de pregunta en el cuestionario SF-36 v2.0.

La dimensión Dolor Corporal (BP) del cuestionario (tabla 11) muestra que un 13,9% de los dentistas no tuvieron dolor corporal en las últimas 4 semanas, mientras que el resto tuvieron algún tipo de dolor: muy poco (24,8%), un poco (26,9%), moderado (23,2%), mucho (9,5%) y muchísimo (1,6%). Al 50,9% de los dentistas, el dolor no les ha dificultado el trabajo o sus actividades en casa, mientras que un 9,2% les ha dificultado bastante o mucho.

Tabla 11. Dimensión "Dolor Corporal" (BP) del SF-36 en dentistas privados españoles (n=568).						
Pregunta	% →					
	No, ninguno (1)	Sí, muy poco (2)	Sí, un poco (3)	Sí, moderado (4)	Sí, mucho (5)	Sí, muchísimo (6)
[7] ¿Tuvo dolor en alguna parte de su cuerpo durante las últimas 4 semanas?	13.9	24.8	26.9	23.2	9.5	1.6
	Nada (1)	Un poco (2)	Regular (3)	Bastante (4)	Mucho (5)	
[8] Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	50.9	27.1	12.9	7.4	1.8	
a: Entre corchetes [] se indica el código de pregunta en el cuestionario SF-36 v2.0.						

Al preguntar sobre la percepción que los dentistas tienen sobre su salud, correspondiente a la dimensión Salud General (GH) en la tabla 12, un 1,6% declaran que su salud es mala y un 14,3% que su salud es regular. Por otro lado, un 84,2% declara que su salud es buena, muy buena o excelente. Según los resultados a la pregunta de "si considera que su salud es excelente", un 15,0% responden que es "bastante falsa" y un 4,2% que es

totalmente “falsa”. Cuando se pregunta “si su salud va a empeorar” un 21,8% contestan que es “bastante cierta” o “totalmente cierta”.

Tabla 12. Dimensión “Salud General” (GH) del SF-36 en dentistas privados españoles (n=568).					
Pregunta	% →				
	Excelente (1)	Muy buena (2)	Buena (3)	Regular (4)	Mala (5)
[1] En general, usted diría que su salud es:	10.2	37.9	36.1	14.3	1.6
[11] Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases: Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:	Totalmente cierta (1)	Bastante cierta (2)	No lo sé (3)	Bastante falsa (4)	Totalmente falsa (5)
[11a] Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1.1	6.3	11.8	20.8	60.0
[11b] Estoy tan sano como cualquiera	36.6	34.9	17.4	8.6	2.5
[11c] Creo que mi salud va a empeorar	3.7	18.1	37.0	15.3	25.9
[11d] Mi salud es excelente	16.0	47.5	17.3	15.0	4.2
a: Entre corchetes [] se indica el código de pregunta en el cuestionario SF-36 v2.0.					

La tabla 13 muestra la dimensión Vitalidad (VT) y con qué frecuencia se han sentido los dentistas con vitalidad y energía, o bien agotado o cansado. Un 29,4% de los dentistas se sintieron cansados con una frecuencia de “casi siempre” y “siempre”, y un 18,7% agotados en la misma frecuencia. Respecto a la vitalidad y energía, uno de cada dos dentistas se sintió lleno de vitalidad y energía “casi siempre” y “siempre”.

Tabla 13. Dimensión "Vitalidad" (VT) del SF-36 en dentistas privados españoles (n=568).

[9] ^a . Las preguntas que siguen hacen referencia a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia...?	% →				
	Siempre (1)	Casi siempre (2)	Algunas veces (3)	Solo alguna vez (4)	Nunca (5)
[9a] ...se sintió lleno de vitalidad?	6.5	45.4	31.5	13.2	3.3
[9e] ...tuvo mucha energía?	6.7	43.0	29.8	15.8	4.8
[9g] ...se sintió agotado?"	3.9	14.8	33.5	33.8	14.1
[9i] ...se sintió cansado?"	7.6	21.8	44.9	21.3	4.4

a: Entre corchetes [] se indica el código de pregunta en el cuestionario SF-36 v2.0.

La dimensión Función Social (SF) del SF-36 mide si la salud física o emocional dificulta las actividades sociales con amigos, familia, entre otros (tabla 14). Un 46,5% de los dentistas declaran que la salud física o emocional dificulta sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, vecinos u otras personas y a un 51,2% les dificulta sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares).

Tabla 14. Dimensión "Función Social" (SF) del SF-36 en dentistas privados españoles (n=568).					
Pregunta	% →				
	Nada (1)	Un poco (2)	Regular (3)	Bastante (4)	Mucho (5)
[6] Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	53.5	25.5	9.9	7.9	3.2
	Siempre (1)	Casi siempre (2)	Algunas veces (3)	Solo alguna vez (4)	Nunca (5)
[10] Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	1.2	6.3	20.6	22.0	49.8
a: Entre corchetes [] se indica el código de pregunta en el cuestionario SF-36 v2.0.					

Casi 9 de cada 10 dentistas, a causa de algún problema emocional, nunca (o solo alguna vez) tuvieron que reducir el tiempo dedicado al trabajo o actividades cotidianas, nunca (o solo alguna vez) tuvieron que hacer menos descuidadamente que de costumbre dichas actividades o nunca (o solo alguna vez) hicieron menos de lo que hubieran querido hacer (tabla 15).

Tabla 15. Dimensión "Rol Emocional" (RE) del SF-36 en dentistas privados españoles (n=568).

[5] ^a . Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional?	% →				
	Siempre (1)	Casi siempre (2)	Algunas veces (3)	Solo alguna vez (4)	Nunca (5)
[5a] ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	0.2	1.9	9.2	19.5	69.2
[5b] ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	0.5	1.9	10.9	21.3	65.3
[5c] ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?	0.4	1.8	10.4	22.5	65.0
a: Entre corchetes [] se indica el código de pregunta en el cuestionario SF-36 v2.0.					

La tabla 16 incluye la dimensión Salud Mental (MH) que hace referencia a la frecuencia con que se han sentido los dentistas nerviosos, calmados, desanimados o felices. Un 14,1% de los encuestados se sintió feliz solo alguna vez o nunca. Un 18,5% no se sintió calmado y tranquilo en ninguna ocasión o sólo en alguna ocasión. Respecto a la pregunta sobre con qué frecuencia se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle, un 47,2% respondieron desde alguna vez hasta siempre. Del total de dentistas, solo un 35,4% nunca se sintió desanimado y deprimido.

Tabla 16. Dimensión "Salud Mental" (MH) del SF-36 en dentistas privados españoles (n=568).					
[9] ^a Las preguntas que siguen hacen referencia a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia....	% →				
	Siempre (1)	Casi siempre (2)	Algunas veces (3)	Solo alguna vez (4)	Nunca (5)
[9b] ...estuvo muy nervioso?	3.5	12.5	32.0	35.4	16.5
[9c] ...se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	0.5	4.9	17.1	24.6	52.8
[9d] ...se sintió calmado y tranquilo?	8.8	48.6	24.1	13.9	4.6
[9f] ...se sintió desanimado y deprimido?	1.1	6.3	23.6	33.6	35.4
[9h] ...se sintió feliz?	13.4	45.1	27.5	11.3	2.8
a: Entre corchetes [] se indica el código de pregunta en el cuestionario SF-36v2					

A la cuestión sobre la evolución declarada de la salud (*health transition* - HT) de "¿Cómo diría que es su salud actual comparada con la de hace un año?", un 19,4% responden que es algo peor que ahora y un 3,0% mucho peor que ahora. Por lo contrario, un 11,7% declaran que su salud actual es algo mejor o mucho mejor ahora (tabla 17).

Tabla 17. Evolución Declarada de la Salud (HT) del SF-36 en dentistas privados españoles (n=568).					
Pregunta	% →				
	Mucho mejor ahora (1)	Algo mejor ahora (2)	Más o menos igual (3)	Algo peor ahora (4)	Mucho peor ahora (5)
[2] ^a ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	4.0	7.7	65.8	19.4	3.0
a: Entre corchetes [] se indica el código de pregunta en el cuestionario SF-36v2					

En la tabla 18 se detallan las comparaciones entre las 8 dimensiones en escala de 0 a 100 del SF-36v2 con media y la desviación estándar de cada una de ellas. De los resultados significativos, 3 dimensiones (función física, rol físico y salud general) son referentes a la salud física y 3 dimensiones (vitalidad, función social y rol emocional) corresponden a la salud mental.

Se aprecia que los participantes obtuvieron altas puntuaciones en función física (grado en que la salud limita las actividades físicas) y rol emocional (grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo o en otras actividades diarias) con una media de 91 y 88, respectivamente; mientras que las dimensiones con puntuaciones medias más bajas fueron salud general (percepción del grado de salud de ahora comparada con hace un año) con 72 puntos y vitalidad (sentimiento de energía y vitalidad) con 56 puntos (tabla 18).

Tabla 18. Descripción de las dimensiones en escala 0-100 del SF-36 en dentistas privados españoles (n=568).

Dimensión	Distribución % →				Mín-Máx	media±de	(IC-95%)	Comparación ^a
	0-<25	25-<50	50-<75	75-100				
Función Física (PF)	0.4	1.6	7.0	91.0	20-100	91±13	(89-92)	a
Rol Físico (PR)	0.7	7.6	16.4	75.4	0-100	84±21	(82-85)	b
Dolor Corporal (BP)	7.0	13.4	47.2	32.4	0-100	66±23	(64-68)	c
Salud General (GH)	1.9	12.3	30.6	55.1	5-100	72±20	(70-74)	d
Vitalidad (VT)	5.1	25.7	44.9	24.3	0-100	56±20	(55-58)	e
Función Social (SF)	2.6	8.1	17.8	71.5	0-100	79±25	(77-81)	f
Rol Emocional (ER)	0.5	1.9	12.7	84.9	0-100	88±18	(86-89)	g
Salud Mental (MH)	2.3	14.4	32.9	50.4	5-100	68±20	(67-70)	c
Comparación Global ^b						p<0.001		

a: Comparaciones por parejas con t-student para muestras apareadas (28 comparaciones entre las dimensiones), y valor p ajustado por Bonferroni (0.0017, para una p global de 0.05). Se indican con letra diferente las dimensiones que son diferentes estadísticamente.

b: Test de Friedman.

La tabla 19 muestra las 8 dimensiones normalizadas referidas a la población general española. La dimensión Salud Mental (MH), con una media de 48 y un intervalo de confianza inferior a 50, está un poco por debajo del promedio de la población general española.

Tabla 19. Descripción de las dimensiones normalizadas según población general española^a y transformadas a escala de media 50 y desviación estándar = 10, del SF-36 en dentistas privados españoles (n=568).

Dimensión	Distribución %				Mín-Máx	media± de	(IC-95%)	Comparación ^b
	0-<40	40-<50 (norma-10)	50-<60 (norma+10)	60-100				
Función Física (PF)	4.0	12.3	83.6	0.0	23-56	52±5	(52-53)	a
Rol Físico (PR)	8.3	30.1	61.6	0.0	26-55	50±6	(50-51)	b
Dolor Corporal (BP)	30.3	37.3	32.4	0.0	22-57	45±8	(44-46)	c
Salud General (GH)	11.4	25.0	46.7	16.9	22-64	52±9	(51-52)	a
Vitalidad (VT)	30.8	33.3	33.1	2.8	20-65	45±9	(44-46)	c
Función Social (SF)	28.5	29.8	41.7	0.0	5-55	44±12	(43-45)	c
Rol Emocional (ER)	8.6	25.4	66.0	0.0	21-54	50±6	(49-50)	b
Salud Mental (MH)	21.3	28.3	42.1	8.3	16-63	48±10	(47-48)	d
Comparación global ^c						p<0.001		
Componente Físico (PCS)	8.6	29.8	59.7	1.9	24-66	50±7	(50-51)	
Componente Mental (MCS)	23.2	34.0	40.3	2.5	10-62	46±10	(45-47)	
Comparación ^d						p<0.001		

a: Valores poblacionales españoles de referencia tomados de Alonso et al. Med Clin (Barc.) 1998;111:410-6.

b: Comparaciones por parejas con t-student para muestras apareadas (28 comparaciones entre las dimensiones), y valor p ajustado por Bonferroni (0.0017, para una p global de 0.05). Se indican con letra diferente las dimensiones que son diferentes estadísticamente.

c: Test de Friedman.

d: Test de student para muestras apareadas

El componente físico (PCS) con una media de 50 está en promedio con la población española, mientras el componente mental (MSC) con un valor de 46 tiene un valor inferior a la media de la población española (tabla 19).

5.6. Componente físico y mental del SF-36

En la tabla 20, los componentes físico y mental del SF-36 se analizan según variables sociodemográficas del dentista como son edad, sexo o zona geográfica. El rango de edad comprendido entre los 55-76 años es el que tiene mejor componente mental (valor 49), los demás rangos por edad tienen valores más bajos. Por sexo, las mujeres tienen valores más bajos, componente físico con media 49 y mental con 45, que los hombres, con valores 51 y 47 respectivamente. Por zonas geográficas, el componente mental en el sur de España con media de 44 tiene peor estado de salud en dicho componente respecto al promedio de la población española.

Tabla 20. Componentes Físico y Mental del SF-36 según variables sociodemográficas del dentista, en dentistas privados españoles (n=568).

Variable	n	C.físico (PCS)		C.Mental (MCS)	
		media±de	Compara ^a	media±de	Compara
Edad (años)			p=0.892		p<0.001
27-34	99	50±6		44±9	a
35-44	201	50±7		45±10	a
45-54	85	50±6		44±10	a
55-76	183	50±6		49±9	b
Sexo			p<0.001		p=0.001
Hombre	270	51±6		47±9	
Mujer	298	49±7		45±10	
Nº miembros familia			p=0.342		p=0.094
1	61	51±7		46±10	
2	116	49±7		44±10	
3	110	50±7		46±10	
4-7	281	50±6		47±9	
Zona geográfica			p=0.460		p=0.001
Sur	189	50±7		44±10	a
Levante	159	51±6		47±9	b
Centro	111	50±7		47±9	b
Norte	109	50±7		47±9	b
Tamaño poblacional (habit.)			p=0.391		p=0.256
<20 mil	114	50±7		45±10	
20-100 mil	184	51±6		47±10	
>100 mil	270	50±7		46±9	

a: Los valores p se han calculado con ANOVA en variables categóricas o t-student para muestras independientes en la variable dicotómica sexo. En los casos de ANOVA con p<0.05 se realizan comparaciones múltiples con test SNK y se indican con la misma letra (a,b,...) las medias no diferentes (p>0.05).

Según variables socioprofesionales del dentista, los resultados del componente físico y mental son significativos en el tipo de práctica, número de sillones, satisfacción con los ingresos aportados al total familiar, problemas con la conciliación familiar-profesional y síndrome de burnout. Los especialistas tienen mejores datos en el componente físico y mental (51 y 48) que los generalistas (50 y 46). Disponer de más de 4 sillones ofrece un mayor componente mental que tener un sillón (48 frente a 45). Mientras menor es la satisfacción con los ingresos aportados a la familia menor es el componente físico y mental, en comparación con el promedio español. La media del componente físico para los dentistas que valoran su satisfacción de 0 a 5 (escala de 0 a 10) es de 48, mientras que la media para el componente mental es de 43. Por tanto, la baja satisfacción declarada por los dentistas con sus ingresos está por debajo de la media española en el componente físico y, especialmente, en el componente mental. A mayor frecuencia de problemas con la conciliación familiar y profesional, menor es la media del componente físico y mental. Cuando existe un problema muy frecuente para conciliar la vida familiar y laboral en los dentistas españoles, el estado de salud es peor que el promedio español, con mayor diferencial en el componente mental (48 y 43 para PCS y MCS). Respecto a si los dentistas españoles tienen o no burnout, la media del componentes físico y mental de los que declaran que “sí” está por debajo del promedio español, especialmente el valor del componente mental que alcanza una media de 40. Por otro lado, de los que responden que “no”, la media de los componentes físico y mental está en promedio con la población española con valores de 51 y 49, respectivamente (tabla 21).

Tabla 21. Componentes Físico y Mental del SF-36 según variables socioprofesionales del dentista, en dentistas privados españoles (n=568).

Variable	n	C.físico (PCS)		C.Mental (MCS)	
		media±de	Compara ^a	media±de	Compara
Tipo de práctica			p=0.504		p=0.046
Generalista	461	50±7		46±10	
Espec.exclusiva	54	51±7		48±8	
Nº clínicas en que trabaja			p=0.248		p=0.482
1	265	50±7		46±10	
2	141	51±6		47±9	
3-11	109	49±7		45±10	
Modalidad contractual			p=0.630		p=0.073
Autónomo clínica propia	368	50±6		47±10	
Autónomo clínica ajena	103	50±7		45±9	
Asalariado	44	49±7		44±10	
Nº sillones			p=0.014		p=0.051
1	71	50±7	a	45±10	a
2	228	50±6	ab	46±10	ab
3	111	52±5	ab	46±10	ab
≥4	105	50±7	b	48±9	b
Nº trabajadores			p=0.490		p=0.202
1-3	163	50±7		45±11	
4-6	205	50±7		46±9	
≥7	147	50±6		47±9	
Número de horas/semana			p=0.750		p=0.309
4-30	141	50±6		46±11	
31-40	231	50±7		47±9	
≥41	143	50±7		45±10	
Número pacientes/semana			p=0.059		p=0.217
4-40	161	49±7		46±10	
41-70	211	51±6		46±9	
≥71	143	50±6		47±9	

Ingresos (%) del total familiar			p=0.023		p=0.678
<50%	86	49±7	a	45±10	
50-75%	160	51±7	b	46±10	
>75%	269	50±6	b	46±10	
Satisfacc.con ingresos (0-10)			<0.001		p<0.001
0-5	143	48±8	a	43±11	a
6-7	244	50±6	b	46±9	b
8-10	181	51±5	b	49±8	c
Probl.conciliar familia-trabajo			<0.001		p<0.001
Muy frecuentemente	172	48±7	a	43±10	a
A veces	258	51±6	b	47±9	b
Nunca/Casi nunca	85	51±5	b	49±10	b
Síndrome de Burnout			p=0.001		p<0.001
No	368	51±6		49±8	
Sí	147	48±7		40±10	
a: Los valores p se han calculado con ANOVA en variables categóricas o t-student para muestras independientes en la variables dicotómicas. En los casos de ANOVA con p<0.05 se realizan comparaciones múltiples con test SNK y se indican con la misma letra (a,b...) las medias no diferentes (p>0.05).					

La tabla 22 indica las correlaciones de Pearson entre el componente físico y mental en función de la frecuencia de uso de internet por los dentistas en España. De las variables con correlación significativa, existe una correlación positiva ligera entre las actividades “buscar información”; $r_s=0,09$, “leer noticias”; $r_s=0,12$ y “descargar música, vídeos o películas”; $r_s=0,10$, y el componente físico. También existe una correlación positiva ligera ($r_s=0,09$) entre el sentimiento percibido ante un fallo de internet y el componente mental. La única correlación negativa significativa ($r_s=-0,14$) se produce entre el tiempo (expresado en horas al día) de conexión a internet y el componente mental, lo que significa a más horas de conexión peor está el componente mental.

Tabla 22. Componentes Físico y Mental del SF-36 según uso de internet por los dentistas privados (n=554 ^a).					
Variable	C.físico (PCS)			C.Mental (MCS)	
	r _s ^b	valor-p		r _s	valor-p
Frecuencia uso de internet (de "nunca" a "a diario) para:					
Buscar información	0.09	0.039		-0.02	0.709
Leer noticias	0.12	0.007		0.06	0.143
Visitar las redes sociales	0.05	0.274		-0.07	0.106
Enviar y recibir el correo electrónico	0.06	0.157		0.04	0.328
Chatear (Whatsapp, Facebook Messenger, etc.)	0.06	0.184		-0.02	0.728
Aprender o impartir formación (escuelas online, universidades online)	0.03	0.520		-0.01	0.788
Descargar música, vídeos o películas	0.10	0.018		0.00	0.992
Ver series, vídeos o películas	0.06	0.125		-0.06	0.162
Tiempo diario de conexión a internet (horas/día)	0.03	0.496		-0.14	0.001
Si falla internet, ¿cómo se ha sentido? (de "muy mal" a... "mucho mejor")	-0.04	0.306		0.09	0.029
a: Del total de 568 dentistas, 14 no respondieron al cuestionario de uso de internet, quedando 554 para el análisis.					
b: r _s : coeficiente de correlación de Spearman.					

En la tabla 23 se reflejan los resultados de un modelo de regresión múltiple a través del método backward stepwise. El modelo intenta explicar el componente físico del SF-36. Para este modelo, las variables explicativas son el sexo (mayor componente físico en el caso de los hombres con una puntuación superior de 2,1 frente a las mujeres), el número de sillones (menor componente físico a menor número de sillones inferior a 4), ingresos (%) del total familiar (mayor componente físico en los dentistas que aportan entre el 50-75% del ingreso total familiar, con una puntuación superior de 1,28, en comparación con los que aportan más del 75% del ingreso familiar y menor componente físico en los que ingresan menos del 50%, con una puntuación inferior a -0,64, en comparación con los que aportan más del 75% del ingreso familiar) problemas de conciliación familiar-trabajo (a más problemas de conciliación menor es el componente físico), síndrome de burnout (mayor componente físico en dentistas que no tienen síndrome de burnout) y frecuencia del uso de internet para buscar información (a mayor frecuencia de uso de internet para buscar información mayor es el componente físico).

Tabla 23. Componente físico del SF-36 (PCS). Modelo de regresión lineal múltiple^a en dentistas privados españoles (n=506^b).

Variable	n	$\beta \pm ee$	valor-p
Sexo			<0.001
Hombre	245	2.10±0.60	
Mujer (referencia)	261	0.00	
Nº sillones			0.027
1	70	-3.00±1.05	
2	224	-1.29±0.65	
3	110	-1.16±0.75	
≥4 (referencia)	102	0.00	
Ingresos (%) del total familiar			0.050
<50%	86	-0.64±0.88	
50-75%	156	1.28±0.64	
>75% (referencia)	264	0.00	
Probl.conciliar familia-trabajo			0.012
Muy frecuentemente	168	-2.08±0.83	
A veces	253	-0.08±0.66	
Nunca/Casi nunca (referencia)	85	0.00	
Síndrome de Burnout			0.005
No	360	1.89±0.68	
Sí (referencia)	146	0.00	
Uso internet. Buscar información (de "nunca" a "a diario)	506	0.69±0.30	0.021
a: Modelo backward stepwise considerando como potenciales predictoras todas las variables previas (tablas 18, 19 y 20). El criterio de exclusión es p>0.05.			
b: Basado en los dentistas con valores válidos para las variables del modelo.			

En la tabla 24 se muestra el resultado de un modelo de regresión lineal múltiple backward stepwise que pretende explicar el componente mental del cuestionario SF-36. Las variables explicativas son edad (mayor componente mental a mayor edad), zona geográfica (mayor componente mental en el

centro y levante español, y peor componente mental en el sur de España), satisfacción con ingresos (a mayor satisfacción con los ingresos mayor es el componente mental), problemas de conciliación familia/trabajo (a mayor frecuencia de problemas de conciliación menor es el componente mental), síndrome de burnout (los que no tienen síndrome de burnout mayor componente mental).

Tabla 24. Componente mental del SF-36 (MCS). Modelo de regresión lineal múltiple ^a en dentistas privados españoles (n=515 ^b).			
Variable	n	$\beta \pm ee$	valor-p
Edad (años)	515	0.12±0.04	<0.001
Zona geográfica			0.012
Sur	183	-1.60±1.06	
Levante	130	1.23±1.08	
Centro	104	1.23±1.12	
Norte (referencia)	98	0.00	
Satisfacc.con ingresos (0-10)	515	0.87±0.20	<0.001
Probl.conciliar familia-trabajo			0.018
Muy frecuentemente	172	-3.24±1.22	
A veces	258	-1.11±1.02	
Nunca/Casi nunca (referencia)	85	0.00	
Síndrome de Burnout			<0.001
No	368	7.37±0.95	
Sí (referencia)	147	0.00	
a: Modelo backward stepwise considerando como potenciales predictoras todas las variables previas (tablas 18, 19 y 20). El criterio de exclusión es p>0.05.			
b: Basado en los dentistas con valores válidos para las variables del modelo.			

5.7. Comentarios de los encuestados

Por último, en la tabla 25 se presentan las frecuencias en las que aparecen los comentarios más comunes que dejaron los participantes de la encuesta,

en el campo del cuestionario que se habilitó para ello. De los 3 tipos de comentarios más frecuentes, un 8,5% son de agradecimiento e interés por el estudio, un 2,1% los dentistas señalan deterioro en su estado de salud y un 1,4% se preocupan por la conciliación familiar.

Tabla 25. Comentario de los encuestados (n=568).		
Comentarios	N	% ^A
Ningún comentario	486	86.1
Muestran agradecimiento e interés por el estudio	48	8.5
Señalan deterioro en su estado de salud	12	2.1
Se preocupan por la conciliación familiar	8	1.4
Esperan feedback (resultados y qué hacer)	7	1.2
Están agobiados por el exceso de carga de trabajo y/o estrés	6	1.1
Refieren negativamente la plétora profesional y las franquicias	3	0.5
Reclaman mayor ética profesional	3	0.5
Les parece que el estudio debería ampliarse	3	0.5
Se sienten felices en su profesión	2	0.4
Se arrepienten de haber cursado sus estudios de odontología	1	0.2
Responsabilizan a los órganos de representación colegial	1	0.2
Les inquietan la caída de la capacidad económica en su actividad	1	0.2
Señalan el trato con el paciente cada vez más tenso	1	0.2
Les parecen un estudio poco específico	1	0.2

A: Nótese que la suma de los comentarios es de 583 para n=568, dado que algunos han manifestado en su opinión más de un comentario.

DISCUSIÓN

6.- DISCUSIÓN

6.1. Validez del cuestionario y del constructo

Nuestro cuestionario fue diseñado con el objetivo de valorar las variables asociadas a la calidad de vida relacionada con la salud con preguntas sencillas y cortas que aseguraran una tasa de respuesta alta.

La prueba diagnóstica para el estudio de reproductibilidad test-retest y la modalidad de aplicación que evidencia la precisión del instrumento fue realizada a 27 personas (20 mujeres y 7 hombres) no pertenecientes a la muestra principal, medidos con una separación de 1-2 semanas, siendo la primera por email y la segunda por escrita, que medida en base a la escala de Landis & Koch supera unos coeficientes superiores a 0.6 en la mayoría de los ítems (tabla 3 y 4).

El envío por correo electrónico, con enlace a una plataforma para contestar al cuestionario, se realizó con tres oleadas de recuerdo y permitió que los participantes pudieran acceder a la misma en cualquier momento y desde cualquier tipo de dispositivo con conexión a internet, disminuyendo el sesgo del entrevistador, fomentando el alcance global y la participación anónima.

La fiabilidad del análisis mostró excelentes resultados en todas las dimensiones y en todos los conceptos (104). La principal limitación es su transversalidad, puesto que estos diseños permiten identificar el estado de salud y no su origen o evolución en el tiempo.

6.2. Sesgo de la encuesta online

Un sesgo común en las encuestas online es una baja tasa de respuesta frente a otros métodos de recopilación de datos como la investigación presencial. La tasa de respuesta a esta encuesta electrónica (47%) fue adecuada. Algunos autores consideran tasas de respuesta a encuestas electrónicas superiores al 30% como satisfactorias (105), mientras que otros

como Baxter y Babbie (106) sugieren que una tasa de respuesta del 50% es adecuada, un 60% es buena, y un 70% es muy buena.

Para mejorar la tasa de respuesta, algunos autores sugieren notificar que se va a llevar a cabo el experimento y hacer un seguimiento del contacto para su participación (108). Algunas investigaciones han encontrado que ambas acciones influyen en la tasa de respuesta (106), aunque otras (109) han encontrado que la frecuencia de los contactos no ha llevado a efectos significativos debido a que los destinatarios se protegen activando el filtro antispam. Para evitar esta limitación, se realizó la autenticación de los emails a través de la legitimación del dominio aplicando los protocolos “Domains Keys Identified Mail (DKIM)” y “Sender Policy Framework (SPF)” para que los emails llegaran a la bandeja de entrada y no acabaran como correo basura (110).

Otros aspectos realizados para mejorar el sesgo de la tasa de respuesta fueron comunicar a los participantes que se compartirán los resultados proporcionando feedback y avisar que se trata de un estudio académico (111).

Otra limitación muy común en internet es que los sujetos no terminen la encuesta, lo contrario a una investigación presencial. Uno de los problemas del abandono es que la muestra puede quedar sesgada, puesto que las personas que abandonan pueden hacerlo por tener una determinada actitud al acceder a la misma. Para intentar evitar esta situación, se hizo un diseño web simple, usable y cómodo para las preguntas del cuestionario y se implementó un sistema informático de carga web rápido (112) con acceso multidispositivo. Además se simplificó el lenguaje, se avisó del número de preguntas y se especificó el tiempo estimado de realización de la encuesta (113).

6.3. Sesgo de selección

Uno de los principales sesgos de las encuestas online es la autoselección que a menudo pasa desapercibido (114). Debido a que los datos para el

envío de correos fueron de colegiados dentistas españoles interesados en este tipo de estudio, recogidos del estudio sobre el síndrome del burnout (13) para todos los dentistas colegiados de España, los resultados informados pueden no ser representativos de todos los dentistas privados en España.

Varias investigaciones (115,116) han demostrado que las personas que llevan a cabo una encuesta autoseleccionada por internet tienen más conocimientos, compromiso o afinidad con el tema de la encuesta tratado que las personas que habían sido elegidas de forma aleatoria. Parece lógico pensar que una persona que tiene más interés y compromiso con el tema de la encuesta tiene más probabilidades de iniciarla, y terminarla. Este sesgo se puede superar si se tiene información sobre cómo debería ser la población a investigar. En nuestro caso, existen datos de los participantes, aunque la encuesta sea online, para conocer su proveniencia y no hubo diferencias significativas en factores sociodemográficos (edad, género, etc.) entre los encuestados, lo que disminuye el riesgo de sesgo por autoselección.

Otro sesgo es la calidad de los datos. La calidad de los datos se basa en el supuesto que el interés por participar no está relacionado con el estado de salud u otras variables de interés incluidas en el estudio. Sin embargo, el sesgo de los no participantes puede haber sobrestimado (debido a una mayor participación de personas con dolor) o infraestimado (por el efecto del voluntario sano) la puntuación del cuestionario. Algunos autores (117) encuentran que las personas con dolor o peor salud pueden estar motivadas para participar en este tipo de estudios.

No obstante, de haber existido sesgo de selección es plausible derivar que la distribución por sexo y edad en la muestra habría sido diferente a la de la población general de dentistas.

Por otro lado, el estudio no incluye los odontólogos que ejercen la práctica pública para el Sistema Sanitario Público, aunque en la odontología el 80% de la actividad es privada y 8 de cada diez recién titulados dentistas son autónomos (118).

6.4. Sesgo del SF-36

En primer lugar es necesario señalar que el SF-36 no incluye algunos conceptos de salud importantes, como el trastorno del sueño, la función cognitiva, la función familiar o la función sexual. Ello es especialmente relevante en estudios en que los participantes sufren enfermedades o efectos secundarios de tratamientos que pueden afectar a alguna de estas escalas o conceptos de salud. Además, se han descrito problemas para su aplicación en personas mayores (elevado porcentaje de pacientes que no contestan el cuestionario o dejan preguntas en blanco) (119-122).

En segundo lugar, es preciso señalar que, aunque actualmente no se dispone de normas españolas poblacionales para la versión 2 del SF-36, hemos seguido las recomendaciones de Vilagut et al. (7,123) para realizar el análisis estadístico del SF-36 que afirma que teniendo en cuenta las ventajas que supone la versión 2 respecto a la versión 1, y la similitud entre las dos versiones americanas para puntuaciones medias en la población general, resulta razonable asumir que las obtenidas en la población española con la versión 1 son el mejor estimador de que disponemos.

En España, los valores de referencia fueron obtenidos a partir de las respuestas al instrumento de 9.151 españoles mayores de 18 años (124). El estudio proporciona información sobre la distribución de las puntuaciones de las escalas del SF-36 según el sexo, así como los percentiles de las puntuaciones según los grupos de edad (18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, ≥ 75 años) y sexo. Posteriormente, se amplió este estudio en la población española de ≥ 60 años de edad (125), de manera que se dispone de valores de referencia válidos y precisos hasta edades avanzadas (≥ 85 años). Este es un hecho especialmente relevante si tenemos en cuenta el envejecimiento poblacional experimentado en nuestra sociedad y la creciente necesidad de información relacionada con la salud en estos grupos de edad.

6.5. Valoración de los hallazgos

En este estudio, la calidad de vida relacionada con la salud informada por los dentistas españoles con actividad privada fue menor que la población de referencia española. Este hallazgo se mantuvo para casi todas las dimensiones del SF-36, pero fue especialmente notable en las dimensiones que integran el componente mental. A pesar de estos resultados, más de 4 de cada 5 dentistas responden que su estado de salud general percibido es bueno, muy bueno o excelente ante la pregunta: “En general, usted diría que su salud es...”. Son cifras similares o incluso superiores a la valoración del estado de salud según el “Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016” (126).

Una de las hipótesis para explicar este resultado es que los dentistas consideran el concepto de “salud” más ligado al hecho de no tener una enfermedad, o bien, en el caso de tener una enfermedad leve o crónica, poder conocer su pronóstico y evolución. Ello hace que minimicen su efecto. Otro resultado del estudio que proporciona fuerza a esta hipótesis es que, si consideramos la salud mental, hallamos que el sufrimiento psicológico de mujeres y hombres dentistas, principalmente de las primeras, es más alto que el de la población general.

Estos resultados nos llevan a pensar que los profesionales de la odontología, al evaluar su salud, no tienen en cuenta, o consideran secundario, su bienestar psicológico (94). En cualquier caso esta hipótesis debería investigarse mediante estudios en profundidad, y con metodologías cualitativas, que permitiesen averiguar cuáles son los factores que los dentistas consideran cuando evalúan su propia salud.

Hasta la actualidad no existen otros estudios en España que midan mediante una herramienta, como el SF-36, la calidad de vida relacionada con la salud de los dentistas privados, por lo que no poseemos estudios de referencia y nos vemos obligados a comparar nuestros datos con los resultados obtenidos con otros profesionales del área sanitaria o con estudios de odontólogos de otros países.

De los resultados significativos en las 8 dimensiones del SF-36, la función física obtuvo el valor más alto (media=91), mientras que la dimensión vitalidad alcanzó la cifra más baja (media=56) en una escala de 0 a 100. Nuestro estudio muestra valores muy similares, algo inferiores en 6 de las 8 dimensiones, al estudio del “Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel” (figura 8) realizado en 5 hospitales españoles (91). En ambos estudios, la calidad de vida de los participantes en las dimensiones del componente mental está muy por debajo del promedio de referencia.

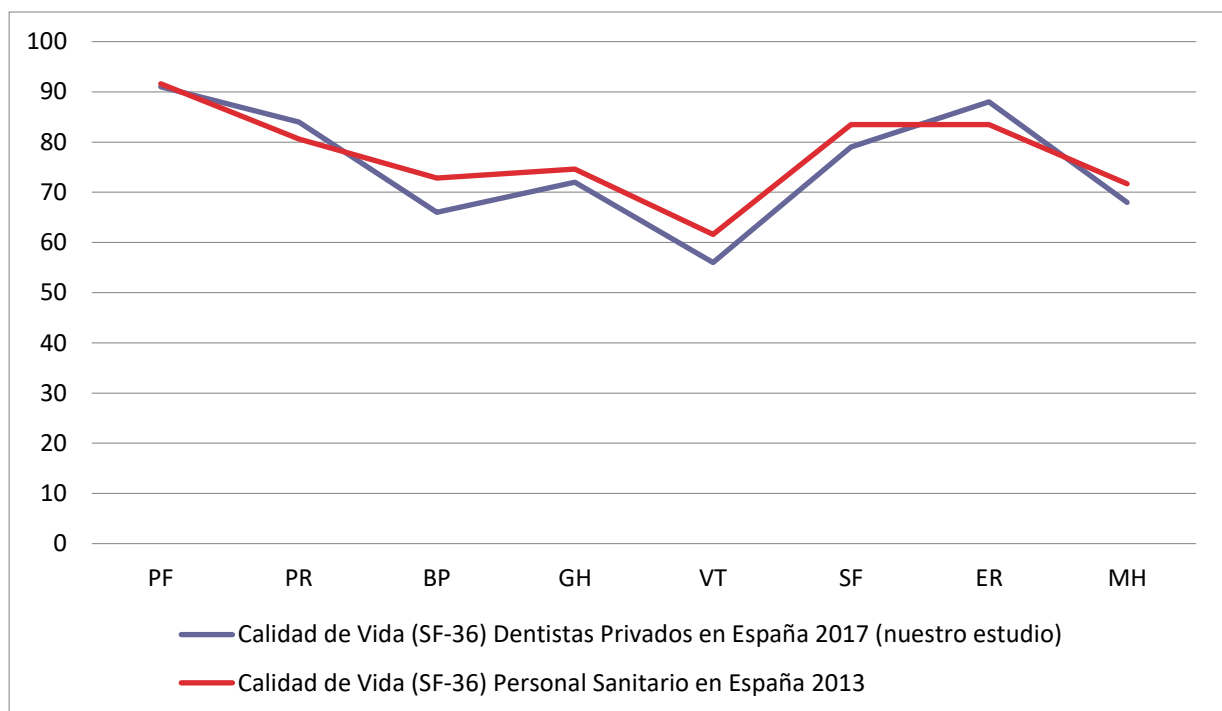


Figura 8. Medias de las 8 dimensiones del SF-36. Comparativa del Estudio Burnout y Calidad de Vida entre Personal Sanitario Español de 2013 (91) Vs. Nuestro estudio sobre la Calidad de Vida de los Dentistas en España de 2017; PF, función física; RP, rol físico; BP, dolor corporal; GH, salud general; VT, vitalidad; SF, función social; RE, rol emocional; MH, salud mental.

En consonancia con estos resultados son los del estudio sobre calidad de vida a profesionales sanitarios en distintas regiones de Italia (92). Dicho estudio revela puntuaciones en el SF-36 por debajo del promedio de la población italiana en 3 dimensiones del componente mental (vitalidad, función

social y rol emocional). Dicho estudio sugiere que la menor vitalidad entre los profesionales de la salud puede deberse a las restricciones que las horas de trabajo han impuesto a su tiempo personal, así como a una sensación de fracaso con respecto a sus expectativas laborales. De igual forma, se extrae de que la salud mental está relacionada positivamente con el número de horas de socialización, mayor salud mental a mayor número de horas de socialización, y con el estrés laboral (92,127).

6.5.1. Variables personales y sociodemográficas

Por sexo, se aprecia como las mujeres se encuentran en el componente físico y mental del SF-36 por debajo de los hombres y del valor de referencia español, siendo especialmente relevante la salud mental. Los resultados coinciden con otros estudios realizados de profesionales sanitarios en que las mujeres puntúan más desfavorablemente que los hombres (128-130).

La baja puntuación de los dentistas privados españoles en la salud mental, especialmente entre los más jóvenes, está en consonancia con otros estudios que demuestran mayores tasas de depresión entre los médicos más jóvenes (92,131-136).

Se presume en general que con la edad se alcanza un nivel más alto de habilidades y experiencia laboral. Por lo tanto, los dentistas de mayor edad se enfrentan mejor a la presión psicológica del trabajo, lo que contribuiría a su relativamente mejor estado mental.

Los resultados también muestran de forma significativa una menor componente mental en el sur de España frente a otras áreas geográficas de España. El conocimiento del estado de salud en la población española es a menudo referido de forma dicotómica: 1) la reflejada por encuestas poblacionales amplias con cuestionarios referidos a síntomas depresivos, ansiedad o disfunción social como el SF-36 o GHQ-2, y 2) las que reflejan

las medidas de frecuencia (en general prevalencia o mortalidad por trastornos específicos) o utilización de recursos/servicios (137).

Según el informe de salud mental de la “Encuesta Europea de Salud de 2014” (figura 9) que dispone del número de personas con sintomatología depresiva, medido según el Patient Health Questionnaire (PHQ-8) y clasificada desde “ninguna” hasta “grave”; casi un 30% de las personas que tienen en España sintomatología moderadamente grave, grave o muy grave son andaluces. A tenor de estos datos, se podría extrapolar a nuestros resultados.

	TOTAL	%	Ninguna	%	Leve	%	Moderada	%	Moderadamente grave	%	Grave	%	No consta	%
Ambos sexos														
Total	38.959,7	100,0	32.650,2	100,0	3.755,7	100,0	1.173,7	100,0	699,6	100,0	411,0	100,0	269,4	100,0
Andalucía	6.957,2	17,9	5.556,6	17,0	789,3	21,0	254,7	21,7	198,0	28,3	120,3	29,3	38,4	14,3
Aragón	1.116,7	2,9	957,6	2,9	96,2	2,6	30,6	2,6	14,6	2,1	12,8	3,1	4,9	1,8
Asturias (Principado de)	927,1	2,4	745,8	2,3	87,0	2,3	35,1	3,0	23,4	3,3	34,4	8,4	1,4	0,5
Baleares (Illes)	943,7	2,4	802,5	2,5	70,5	1,9	35,4	3,0	24,1	3,4	6,4	1,6	4,9	1,8
Canarias	1.804,9	4,6	1.485,7	4,6	153,7	4,1	56,5	4,8	39,7	5,7	43,8	10,7	25,5	9,5
Cantabria	500,3	1,3	438,5	1,3	28,2	0,8	11,5	1,0	10,2	1,5	7,1	1,7	4,8	1,8
Castilla y León	2.129,5	5,5	1.796,9	5,5	214,9	5,7	61,2	5,2	21,4	3,1	15,0	3,6	20,1	7,5
Castilla-La Mancha	1.717,9	4,4	1.539,5	4,7	112,4	3,0	35,1	3,0	22,4	3,2	8,0	1,9	0,6	0,2
Cataluña	6.140,2	15,8	5.276,4	16,2	503,6	13,4	156,2	13,3	109,4	15,6	52,4	12,7	42,2	15,7
Comunitat Valenciana	4.166,6	10,7	3.657,1	11,2	296,6	7,9	97,9	8,3	52,5	7,5	31,4	7,6	31,2	11,6
Extremadura	925,6	2,4	749,6	2,3	122,5	3,3	35,5	3,0	10,1	1,4	0,7	0,2	7,2	2,7
Galicia	2.388,9	6,1	1.897,0	5,8	336,6	9,0	83,0	7,1	37,6	5,4	7,4	1,8	27,2	10,1
Madrid (Comunidad de)	5.289,3	13,6	4.485,7	13,7	513,2	13,7	161,6	13,8	69,2	9,9	36,4	8,9	23,1	8,6
Murcia (Región de)	1.198,4	3,1	967,1	3,0	142,7	3,8	48,2	4,1	26,3	3,8	12,4	3,0	1,7	0,6
Navarra (Comunidad Foral de)	527,9	1,4	442,4	1,4	56,3	1,5	9,8	0,8	11,9	1,7	7,5	1,8	0,0	0,0
País Vasco	1.833,9	4,7	1.522,8	4,7	192,3	5,1	48,4	4,1	24,9	3,6	12,8	3,1	32,7	12,1
Rioja (La)	263,0	0,7	227,2	0,7	22,3	0,6	7,4	0,6	2,0	0,3	1,4	0,3	2,6	1,0
Ceuta (Ciudad Autónoma de)	65,6	0,2	52,6	0,2	8,4	0,2	2,5	0,2	0,6	0,1	0,8	0,2	0,8	0,3
Melilla (Ciudad Autónoma de)	62,8	0,2	49,2	0,2	8,9	0,2	3,1	0,3	1,3	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0

Figura 9. Sintomatología depresiva según severidad y comunidad autónoma. Población de 15 y más años (%). Encuesta Europea de Salud 2014 (EESE) (34).

6.5.2. Variables Socioprofesionales y Económicas

Según variables socioprofesionales y económicas, la salud física y mental entre los dentistas está asociada a la satisfacción con los ingresos aportados a la familia. Aquellos que están menos satisfechos con sus ingresos tienen menor salud física y mental. Kesner (45) apunta que uno de los motivos de alta tensión y riesgo de los odontólogos es la falta de retorno de la inversión de una clínica. Los dentistas parecen tener más problemas con aspectos en el entorno laboral como la presión del tiempo y las preocupaciones

financieras (138). La valoración de la situación económica personal, junto a la edad, fueron las dos variables con mayor significación sobre el burnout en el estudio multivariante, a distintas profesiones sanitarias, entre otras a dentistas, hispanoamericano y español (39). Otros estudios indican que el estrés laboral se debe principalmente a aspectos financieros y de gestión relacionados con el lugar de trabajo (139).

Es significativo también que los dentistas especialistas ofrecen puntuaciones más altas en el componente físico y mental que los generalistas. Pinillo y Sciliani (139) exponen que los dentistas generalistas son más propensos al burnout que los ortodoncistas. Gorter et al. revelan un riesgo de burnout relativamente bajo entre los cirujanos orales y maxilofaciales en comparación con otros grupos de referencia, como los odontólogos generales (140).

Ante un problema muy frecuente para conciliar la vida familiar y laboral en los dentistas españoles, el estado de salud empeora, especialmente en el componente mental. Uñiao (141) en su estudio a dentistas portugueses señala como factores de riesgo de nivel medio para la salud el conflicto trabajo-familia, el estrés y el burnout (141). Fuss (142) en su estudio a médicos alemanes destaca como niveles altos de conflicto familiar-laboral están correlacionados positivamente con tasas altas de burnout personal y de síndrome de estrés conductual y cognitivo. Chandola et al. (143) en su estudio comparativo en Finlandia, Reino Unido y Japón concluyen que los conflictos de conciliación familiar y laboral afectan a la salud mental de hombres y mujeres de dichos países. Por su parte, Suñer-Soler et al. (144) revelan en su estudio a profesionales de la salud (medicina, enfermería, odontología, entre otros) de España y Latinoamérica que el agotamiento emocional está asociado al deterioro personal y familiar, y a la intención de renunciar a la profesión.

6.5.3. Uso de Internet

Internet se usa a diario por los dentistas españoles en primer lugar para chatear (85%), en segundo lugar para enviar y recibir correos electrónicos

(76%), en tercer lugar para buscar información (68%), en cuarto lugar para leer noticias (60%) y en quinto para visitar redes sociales (51%). Este uso es coincidente con la mayoría de estudios, excepto en que “visitar redes sociales”, en vez de ser la quinta actividad más frecuentada en internet, es la primera o segunda actividad actual de mayor uso en internet en otros estudios (93,145). Esto podría explicarse porque la media de edad en nuestro estudio está entre los 35-44 años y en los estudios análogos, la media de edad está entre los 20-30 años. La actividad online más popular, especialmente entre los jóvenes son las redes sociales (145-147).

Un 29% de los dentistas declaran haberse sentido mal o muy mal cuando no han tenido acceso a internet. Nuestro resultado está por debajo de otros estudios (93,145) y dicha diferencia puede estar causada por la diferencia media de edad, ya que los más jóvenes sufren un mayor apego a internet.

En nuestro estudio, existe una correlación ligera entre el componente físico y la frecuencia de uso de internet para buscar información y leer noticias. Como variable predictora explicativa del aumento del componente físico es la mayor frecuencia del uso de internet para buscar información. Aunque la búsqueda de información en general sigue siendo uno de los usos más comunes en Internet, el uso de Internet para obtener recursos de salud e información médica es una práctica muy habitual. De acuerdo al INE en 2017, un 74,5% de los internautas españoles utilizan la red para buscar información sobre bienes y servicios, y un 63,7% buscan información sobre temas de salud, resultados que se aproximan al 68% de dentistas españoles que usan a diario internet para buscar información (148).

Estudios recientes difieren con nuestro resultado, pues asocian un uso mayor de internet en general con menor actividad física y mayor estrés y depresión (149). De igual forma, el uso de internet para obtener información, específicamente sobre salud, se asocia con un aumento de los síntomas de depresión. Según Bessière y et al., este aumento puede deberse a una mayor rumiación, alerta innecesaria o atención excesiva al recibir información sobre

salud de sitios web de poca calidad o de foros de salud, no moderados por profesionales especialistas (150).

Sin embargo, Ford y Ford (151) argumentan que el uso de Internet puede tener efectos beneficiosos sobre la depresión para los adultos, debido a las posibilidades que brinda para fortalecer y mantener las comunicaciones y las relaciones sociales, así como para acceder a información útil relacionada con la salud. Bessière et al. (150) indican que el uso de Internet para comunicarse con amigos y familiares se asocia con disminuciones pequeñas en la depresión. Lelkes (152) también señala una relación positiva entre el uso de Internet y el bienestar de las personas mayores. Suomi (153) expone que el sector sanitario se ha convertido en una industria del conocimiento que puede mejorar la salud y el bienestar de los pacientes.

El hecho de que Internet permita acceder, recopilar, organizar y archivar información de una forma mucho más fácil y sistemática que antes, significa que las personas pueden, tanto en su vida laboral como en su tiempo libre y vida social, realizar tareas diarias con mayor eficiencia, precisión y calidad. También pueden acceder a información y, a su vez, aprender y desarrollar habilidades más rápidamente que antes. Este menor esfuerzo podría explicar nuestro resultado, el cual asocia una mejora de la salud física de los dentistas con un mayor uso de internet. Las tecnologías de información y comunicación, utilizadas correctamente, podrían ser una herramienta muy interesante en temas relevantes sobre la salud que complementarían la información suministrada por los profesionales sanitarios, pero sin sustituirla. (154-156)

Existen estudios que utilizan la percepción subjetiva de los sujetos en cuanto a las habilidades y conocimientos en e-salud, según adaptaciones de la escala eHealth Literacy Scale (eHEALS), que evidencian la relación entre la alfabetización en salud y el bienestar físico y psicológico (157-159).

Sin embargo, dado que no controlamos los usos de Internet elegidos por los encuestados, no podemos determinar si estos efectos se debieron a las características de los individuos o la naturaleza de los recursos en línea que

utilizaron, o a ambos. Se necesita una investigación adicional para determinar qué motivos llevan a los dentistas españoles a buscar recursos de salud u otros recursos en internet, identificar la calidad de las fuentes y conocer la eficiencia de sus búsquedas y, por tanto, su nivel de alfabetización en internet.

6.5.4. Burnout

En nuestro estudio, los dentistas tienden a puntuar mucho más alto la función física y mucho más bajo la vitalidad, lo cual sería una contradicción. La primera observación puede sugerir que los dentistas en general están en buena forma física y tendrían mayor capacidad para realizar físicamente sus tareas diarias, mientras que la segunda tiende a sugerir que los dentistas privados se sienten más agotados y con menos energía. ¿Cómo pueden sentirse los dentistas más agotados a pesar de estar en un buen estado físico?. Lindeberg et al. (160) sugieren que este sentimiento de agotamiento está relacionado con un grado alto de tensión e insatisfacción laboral. Sería necesario profundizar en este contexto sobre las causas específicas de este agotamiento a través de un análisis de factores psicosociales.

Ahora es bien sabido que los trabajadores en ocupaciones que están en contacto constante con otras personas son más propensos al estrés y a experimentar más problemas mentales (161,162).

Varios estudios han investigado la morbilidad de enfermedades mentales entre los profesionales sanitarios, con Cuestionarios Generales de Salud como GHQ-28, GHQ-12, SF-36 o SF-12 ítems, e identifican posibles trastornos mentales en casi un tercio de los participantes encuestados (91,163-165).

Nuestros resultados apoyan la asociación de burnout con una peor percepción de la salud en las dimensiones del componente mental del SF-36. En el personal sanitario, las relaciones se han encontrado entre la morbilidad

de los trastornos mentales y el estrés (163), y también entre la morbilidad mental y la satisfacción profesional (132,166-168).

Tanto la morbilidad mental como la satisfacción profesional se ha encontrado que están estrechamente relacionadas al burnout (169,170). Tokuda et al. (171) en su análisis sobre satisfacción laboral, burnout y salud mental relaciona directamente burnout y una baja salud mental con insatisfacción laboral y pocas horas de sueño. Por su parte, Voltmer et al. (172) indican que los patrones de conducta y las percepciones en el trabajo actúan fuertemente como predictores de la salud mental y el burnout. En un estudio a dentistas en Reino Unido, las condiciones laborales explicaban más del 50% del estrés laboral (173). Los síntomas del burnout son similares a los síntomas de la depresión y la ansiedad (174). De hecho, algunos estudios indican que el burnout entre los dentistas debido al estrés laboral está asociado a la salud mental (depresión, ansiedad y problemas de sueño) (175).

6.6. Recomendaciones para la profesión

La asistencia odontológica presenta características que la diferencian de otras profesiones de la salud. Esto se debe a que la mayor parte de la asistencia se realiza en consultas privadas individuales, lo cual hace que el profesional esté aislado y sobre él recaigan las responsabilidades de atención, gestión administrativa y del personal, control de existencias, mantenimiento y esterilización de materiales e instrumental, control de citas, eliminación de residuos, entre otras (176).

Ajustarse a rendimientos preestablecidos, dirigir personal de apoyo y la carencia de oportunidades de compartir las frustraciones con otros profesionales, dado el frecuente ambiente de trabajo solitario y aislado, hacen que la acumulación de esta serie de frustraciones sea causante de una depresión (177).

La odontología es una de las profesiones más estresantes y cuando se trabaja dentro de una extensa carga horaria o jornada de trabajo, el

profesional está más sujeto a los factores que causan estrés, tal como mantener altos niveles de concentración para realizar los procedimientos odontológicos, presión constante, interacción con las personas y la propia dificultad de cada procedimiento, que causa síntomas presentes en el síndrome de burnout (178).

Las condiciones de trabajo interfieren mucho en la calidad de vida del profesional, pudiendo perjudicar su salud en los campos físico, psicológico y de relaciones sociales, pues la odontología expone a sus profesionales a los riesgos de dolencias ocupacionales y, consecuentemente, compromete la calidad del servicio ofrecido al paciente (6).

La satisfacción con el empleo es un fuerte factor que colabora en la prevención del síndrome de burnout, un trastorno de estrés elevado en que el individuo se encuentra en estado de despersonalización, exhausto emocionalmente, con sentimientos de frustración en cuanto a la realización profesional, depresión, sentimiento de soledad, nerviosismo exagerado sin causas evidentes, ansiedad y tensión (179).

La menor vitalidad de los dentistas puede deberse a la restricciones que las horas de trabajo han impuesto a su tiempo personal, así como una sensación de fracaso con respecto a su esperanzas y expectativas en el trabajo (92).

La prevención tanto en la satisfacción laboral y en las dolencias ocupacionales se puede realizar por medio de la adecuación de las condiciones de trabajo y prevención de accidentes. Las actitudes preventivas contribuyen claramente con la mejoría de la calidad de vida de los profesionales (180).

A nivel operativo, las posibles implicaciones prácticas de estos resultados deberían centrarse en conocer la percepción de la CVRS en los profesionales sanitarios con el fin de poner en marcha estrategias preventivas y/o medidas de actuación que mejoren la situación física y/o psicológica de este colectivo.

Como estrategias preventivas y/o medidas de actuación, se recomiendan:

- Satisfacción laboral. Reconocimiento y estimulación para la superación profesional, gestión estratégica de la carga laboral, asignación de responsabilidad, utilización de habilidades profesionales, recepción de una remuneración adecuada y realización de tareas variadas para evitar desánimo, desinterés, desmotivación, estrés, así como frustración y sufrimiento (181,182).
- Medio ambiente físico de trabajo. Suministrar unas condiciones climatológicas adecuadas y de ventilación, así como de iluminación y sonido, en las clínicas dentales para mantener el ambiente laboral y evitar alteraciones emocionales e irritabilidad (183).
- Salud física. Adoptar una distribución correcta del equipo (sillón y taburete ergonómico), del mobiliario, del espacio físico y de la mejor postura al trabajar para evitar lesiones físicas a nivel de cuello, columna, cadera y extremidades que desmejoren el rendimiento y generan mayor fatiga (184).
- Condiciones del equipo instrumental de trabajo y dotación de materiales odontológicos. Proveer del instrumental (sillón, Rx, lámpara de polimerización, turbina, entre otros) y de los materiales dentales necesarios para evitar un mal desempeño profesional y unas condiciones ergonómicas adversas.
- Normas de bioseguridad y medidas preventivas. Cumplir con las normas relacionadas con el comportamiento preventivo para evitar riesgos, accidentes, y adquisición de enfermedades infecto-contagiosas y contaminantes (185).
- Estrés ocupacional. Desarrollar habilidades para reconocer la existencia de estresores en el lugar de trabajo permite prevenir el estrés y proporcionar una atención dental que favorezca la alianza terapéutica con los pacientes. (186).
- Acciones formativas y asesoramiento para gestionar el estrés profesional y controlar las emociones.
- Programas de prevención para mejorar el clima organizacional y el proceso de adaptación profesional, en cuanto a las expectativas de la realidad laboral.

- Buscar el equilibrio entre áreas vitales (familia, amigos, aficiones, descanso y trabajo) y el apoyo social con el objetivo de mantener la salud física y mental (187).

CONCLUSIONES

7.- CONCLUSIONES

Las conclusiones más relevantes de nuestro estudio, sobre la calidad de vida de los dentistas con actividad privada en España, son las siguientes:

1.- Respecto a la validez del cuestionario SF-36v2, todas las pruebas indican que dicho cuestionario es válido en dentistas privados españoles.

2.- La calidad de vida de los dentistas privados españoles es inferior a la de la población española en salud mental e igual en salud física.

3.- En cuanto a la asociación de variables sociodemográficas a nivel bivariante con la calidad de vida relacionada con la salud: a mayor edad mayor componente mental; mayor componente físico y mental en varones que en mujeres; y menor componente mental en el sur de España que en otras áreas geográficas españolas.

4.- Respecto a la variables socioprofesionales que se asocian a nivel bivariante con el componente físico y mental: tienen mayor componente mental los dentistas con práctica especializada frente a los generalistas; y menor componente físico y mental los dentistas que tienen síndrome de burnout, problemas frecuentes en la conciliación de la vida familiar-profesional y satisfacción inferior con los ingresos aportados a la familia.

5.- La percepción de calidad de vida mejora en el componente físico a mayor uso de internet para buscar información, leer noticias y descargar música, vídeos o películas; mejora el componente mental a medida que el dentista se siente mejor ante un fallo de conexión a internet; y empeora el componente mental a más horas de conexión a internet.

6.- A nivel multivariante, los componentes físico y mental empeoran en los dentistas que tienen síndrome de burnout y problemas para conciliar la vida familiar- profesional; mejora el componente físico en varones que en mujeres, en dentistas que aportan menos a los ingresos familiares y en los que usan internet con mayor frecuencia para buscar información; y, por último, mejora el componente mental a mayor edad y satisfacción con los ingresos.

BIBLIOGRAFÍA

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Bravo-Pérez M. Desigualdades geográficas en las cargas de trabajo por dentista en España entre 1987 y 1997: Cargas de trabajo por dentista. RCOE. 2004;9:227-284.
2. Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017. [Consultado el 6 Junio de 2017]. Disponible en <http://regcess.msssi.es/regcessWeb/inicioBuscarCentrosAction.do>
3. Llodra JC. La demografía de los dentistas en España. Situación pasada, presente y futura. Análisis 1994-2020. Madrid: Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España; 2010.
4. Peterson U, Demerouti E, Bergström G, Samuelsson M, Åsberg M, Nygren A. Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. J Adv Nurs 2008;62:84-95.
5. Aguilera EC, De Alba García JEG. Analysis of Possible Sociodemographic and Occupational Risk Factors and the Prevalence of Professional Exhaustion Syndrome (Burnout) in Mexican Dentists. Rev Colomb Psiquiatr 2013;42:182-190.
6. Nunes MF, Matias Freire MC. Quality of life among dentists of a local public health service. Rev Saúde Publica 2006;40:1019-1026.
7. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit 2005;19:135-50.
8. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. Ann Intern Med 1993;118:622-9.
9. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin 1995;104:771-776.
10. García Sánchez S. La qualitat de vida professional com a avantatge competitiu. Revista de Qualitat 1993;11:4-9.

11. Griffiths MD, Szabo A. Is excessive online usage a function of medium or activity?. An empirical pilot study. J Behav Addict 2014; 3(1):74-77.
12. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Burnout 1981;99-113.
13. Anaya Aguilar C. El síndrome de burnout en los dentistas en España [Tesis Doctoral]. Málaga: Universidad de Salamanca;2015.
14. Ley 10/1986, de 17 de marzo, sobre Odontólogos y otros Profesionales relacionados con la salud dental. BOE, 68 (20 de marzo de 1986).
15. Real Decreto 1594/1994, de 15 de julio, por el que se desarrolla lo previsto en la Ley 10/1986, que regula la profesión de Odontólogo, Protésico e Higienista Dental. BOE, 215 (8 de septiembre de 1994).
16. Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. BOE, 260 (30 de octubre de 2007).
17. Pardo Monedero MJ. La Escuela de Odontología de Madrid. [Tesis Doctoral]. Madrid. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina;2013.
18. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro Blanco Título de Grado en Odontología [Internet]. [consultado el 16 de agosto de 2017]. Disponible en: http://www.aneca.es/var/media/150344/libroblanco_odontologia_def.pdf.
19. Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen directrices generales comunes de los planes de estudios de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional.
20. Real Decreto 614/1997, de 25 de abril, por el que se modifica parcialmente el Real Decreto 1497/1987 por el que se establecen las directrices generales comunes de los planes de estudios de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional, modificado parcialmente por los Reales Decretos 1267/1994, de 10 de junio, y 2347/1996, de 8 de noviembre. BOE, 117 (16 de mayo de 1997).

21. Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias. BOE, 260 (30 de octubre de 2007).
22. Real Decreto 861/2010, de 2 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. BOE, 161 (3 de julio de 2010).
23. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadísticas de Profesionales Sanitarios 2016 [internet]. [consultado el 2 de septiembre de 2017]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176781&menu=resultados&idp=1254735573175.
24. Pinilla J. Futuro incierto de la profesión de dentista en España. Gac Sanit 2012;26:495-496.
25. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (MECD). Qué estudiar y donde estudiar (QEDU): grado de Odontología [internet]. [consultado el 3 de enero de 2018]. Disponible en: https://www.educacion.gob.es/notasdecorte/busquedaSimple?codTipoEstudio=GRADO&textTitula=odontolog%EDa&__multiselect_codigosUniversidades=&nomTipoAcceso=Universidad&tipoUniv=T&chkEspana=C&codigosProv=00&method:busquedaSimple=Buscar&d-4809369-p=1&__multiselect_codigosAut=&tipoAcceso=1&__multiselect_codigosProv=¬aCorte
26. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (MECD). Estadísticas de Estudiantes Universitarios. Estudiantes matriculados de nuevo ingreso en curso 2015/2016 [internet]. [consultado el 24 de febrero de 2017]. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/educabase/tabla.do?path=/Universitaria/Alumnado/Avance/2015-2016/1GradoCiclo/CapituloIV/I0/&file=NIE104a.px&type=pcaxis&L=0%3C/font%3E>
27. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (MECD). Estadísticas de Estudiantes Universitarios. Estudiantes egresados en curso 2015/2016 [internet]. [consultado el 6 de marzo de 2017]. Disponible en:

<https://www.educacion.gob.es/educabase/tabla.do?path=/Universitaria/Series/Estudiantes/Egresados/I0/&file=SEGR202.px&type=pcaxis&L=0%3C/font%3E>.

28. Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE). Información mensual de mercado de trabajo de personas tituladas [Internet]. [consultado el 17 de octubre de 2017]. Disponible en: https://www.sepe.es/contenidos/observatorio/titulaciones/2016_13/titulados/ciencias_de_la_salud/ESTUDIO_TITULADOS_FI_4.pdf.
29. Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE). Oferta de Empleo “Odontólogos y Médicos Estomatólogos” 2004-2013 [internet]. [consultado el 16 abril de 2017]. Disponible en: https://www.sepe.es/contenidos/observatorio/perfiles/pdf/Odontologos_Medicos_Estomatologos.pdf.
30. Instituto de Estudios de Mercado y Marketing Estratégico (IKERFEL). Libro Blanco. Encuesta Poblacional: la salud bucodental en España 2015. Madrid: Grupo ICM de Comunicación;2015.
31. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016 [Internet]. [consultado el 21 de Noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>.
32. Coscolín E, Llodra JC, Bravo M, Diz P, López JA, Seone JM, et al. Libro Blanco. Encuesta Poblacional: la salud bucodental en España 2010. Barcelona: Lacer S.A.;2010.
33. Cuenca E, Casals E. ¿Se puede planificar cuántos dentistas necesitamos? Análisis de las tendencias de los recursos humanos y la utilización de servicios dentales (Cataluña 1991-2008). RCOE 2009;14(1):25-37.
34. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud 2014. Asistencia sanitaria [internet]. [consultado el 12 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p420/a2014/p02/&file=pcaxis>.

35. Pinilla J. El mercado de trabajo y los nuevos titulados en odontología: Un estudio del desajuste educativo. Madrid: Consejo de Dentistas Organización Colegial de Dentistas de España; 2017.
36. Instituto nacional de Estadística (INE). Encuesta de Presupuestos Familiares Base 2006 [internet]. [consultado el 18 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176806&menu=resultados&idp=1254735976608.
37. Maslach C, Shaufeli WB, Leiter M P. Job Burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397-422.
38. Maslach C, Leiter MP. Early Predictors of Job Burnout and Engagement. *J Appl Psychol* 2008;93:498-512.
39. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influence of personal, professional and cross-national factors in burnout syndrome in Hispanic Americans and Spanish health workers. *Rev Esp Salud Pública* 2009;83:215-230.
40. Carrión A. Riesgos para la salud en profesionales de la Odontología. *Gaceta Dental* enero 2012;107.
41. Díaz R, Lartigue T, Acosta ME. Síndrome de burnout. Desgaste emocional en cirujanos dentistas. *Revista ADM* 2001;58:63-67.
42. Fiabane E, Giorgi I, Sguazzin C, Argentero P. Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: the role of organisational and personal factors. *J Clin Nurs* 2013;22: 2614-2624.
43. Peeters M, Waltez C, Demerouti E, Regt Wd. Work family culture, workfamily interference and well-being at work: Is it possible to distinguish between a positive and a negative process?. *Career Dev Int* 2009;14:700-713.
44. Badran DH, Al-Ali MH, Duaibis RB, Amin WM. Burnout among clinical dental students at Jordanian universities. *East Mediterr Health J* 2010;16:434-437.
45. Kesner M. Burnout in dentistry: the cause and the cure [internet]. *Dental Economics* [internet] 2011 [consultado el 26 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.dentaleconomics.com/articles/print/volume-101/issue->

9/personal-enrichment/burnout-in-dentistry-the-cause-and-the-cure.html.

46. Lee S, Oguienko O, Song B, Sunderji S, Wong J, Zhao X et al. Risk Factors for Burnout Among Dentists: An Evidence-Based Study of the literatura. Toronto: University of Toronto, Faculty of Dentistry;2011.
47. Alpoz E, Güneri P, Sürgevil O, Cankaya H. Burnout in a Detistry Faculty: Effect of Sociodemographic and Academic Factors. Hacettepe D Hekimliği Fakültesi Dergisi 2008;32:18-28.
48. Vered Y, Zaken Y, Ovadia-Gonen H, Mann J, Zini A. Professional burnout: its relevance and implications for the general dental community. Quintessence International 2014;45:87-90.
49. Glatzer E, Zapf W (Hrsg). Lebesqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft;1984.
50. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española [internet]. [consultado el 17 de Enero de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=6nVpk8P>.
51. Oleson M. Subjective perceived quality of life. Image J Nurs Sch 1990;22:187-90.
52. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res 1993;2:153-159.
53. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995;41:1403-1409.
54. Üstun TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N & Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: A new tool for understanding disability and health. Disabil Rehabil 2003;25:565-571.
55. Tennant A. Quality of life - a measure too far? Ann Rheum Dis 1995; 54:439-440.
56. Ames SC, Tan WW, Ames GE, Stone RL, Rizzo TD, Crook JE, et al. A pilot investigation of a multidisciplinary quality of life intervention for

- men with biochemical recurrence of prostate cancer. *Psychooncology* 2011;20:435-40.
57. Lapid MI, Piderman KM, Ryan SM, Somers KJ, Clark MM, Rummans TA. Improvement of quality of life in hospital depressed elderly. *Int Psychogeriatr* 2011;23:485-495.
 58. Clark, M, Jenkins SM, Limoges KA, Hagen PT, Lackore KA, Harris AM, et al. Is Usage of a Wellness Center Associated With Improved Quality of Life?. *Am J Health Promot* 2013;27:316-322.
 59. Langballe EM, Innstrand ST, Aasland OG, Falkum E. The predictive value of individual factors, work related factors, and work-home interaction on burnout in female and male physicians: a longitudinal study. *Stress Health* 2011;27:73-87.
 60. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among U.S. physicians relative to the general U.S. population. *Arch Intern Med* 2012;172:1377-1385.
 61. Dyrbye LN, Freischlag J, Kaups KL, Oreskovich MR, Satele DV, Hanks JB et al. Work home conflicts have a substantial impact on career decisions that affect the adequacy of the surgical workforce. *Arch Surg* 2012;147:933-939.
 62. WHOQOL Group. The World Health Organizations Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998;46:1569-1585.
 63. Verdugo Alonso MA. Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad: instrumentos y estrategias de evaluación. Salamanca: Amarú; 2006:20-45.
 64. Schalock RL. Reconsidering the conceptualization and measurement of quality of life. *Quality of Life. Volume I: Conceptualization and measurement.* Washington, DC: Am J Ment Retard;1996:123-150
 65. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, JAFEE MW. Studies of Illness in the Aged: The index of ADL: a Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA* 1963;185:914-919.
 66. Bradburn, NM. *The Structure of psychological Well-Being.* Chicago: Aldine;1969.

67. Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981;19:787-805.
68. Veit CT, Ware JE. The Structure of Psychological Distress and Well-Being in General Populations. *J Consult Clin Psychol* 1983, 51:730-742.
69. Dupuy HJ. The Psychological General Well-Being Index (PGWBI). In: Wenger NK, Mattson ME, Furberg CD, Ellison J. *Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies*. New York: Le Jacq Publ; 1984:170-183.
70. Reig-Ferrer A, Cabrero-García J, Lizán L. La valoración de la capacidad funcional, el bienestar psicológico y la salud mental en la atención primaria de Salud. *Aten Primaria* 2009;41:515-519.
71. Najman JM, Levine S. Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: A review and critique. *Soc Sci Med* 1981;15:107-115.
72. McDowell I, Newel C. *Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York : Oxford University Press;1987.
73. Stewart A, Ware JE. *Measuring Functioning and Well-Being: the Medical Outcomes Study Approach*. Durham: Duke University Press;1992.
74. Aaronson NK, Bakker W, Stewart AL, van Dam FS, van Zandwijk N, Yarnold JR, Kirkpatrick A. Multidimensional approach to the measurement quality of life in a cancer clinical trial. In Aaronson NK & Beckmann J (eds). *The quality of life of cancer patients*. New York: Raven Press;1987:63-82.
75. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *BMJ* 1992; 305:1074-1077.
76. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. *JAMA* 1995; 273:59-65.
77. Siegrist J, Junge A. Conceptual and methodological problems in research on the quality of life in clinical medicine. *Soc Sci Med*. 1989; 29:463-468.

78. Siegrist J, Fernández-López JA, Hernández-Mejía R. Perspectivas sociológicas de la calidad de vida. *Med Clín* 2000;114:22-24.
79. Valderas JM, Ferrer M, Alonso J. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. *Med Clin* 2005;125:56-60.
80. Vetter TR. A primer on health-related quality of life in chronic pain medicine. *Anesth Analg*. 2007;104:703-718.
81. Rodríguez-Romero B, Pita-Fernández S, Pertega Díaz S, Chouza-Insua M. Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadoras pesqueras del sector pesquero usando el cuestionario SF-36. *Gac Sanit* 2013;27:418-424.
82. Ware JE Jr. SF-36 Health Survey update. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25:3130-3139.
83. Ruiz MA, Baca E. Design and validation of the Quality of Life Questionnaire (Cuestionario de Calidad de Vida, CCV). A Generic Health-related perceived Quality of Life Instrument. *Eur J Psychol Assess*1993;9:19-32.
84. Bowling A. La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida. Barcelona: Editorial Española; 1994.
85. McHorney CA. Health status assessment methods for adults: Past accomplishments and future challenges. *Annu Rev Public Health* 1999;20:309-335.
86. Beaton DE, Hogg-Johnson S, Bombardier C. Evaluating changes in health status: reliability and responsiveness of five generic health status measures in workers with musculoskeletal disorders. *J Clin Epidemiol* 1997;50:79-93.
87. Bombardier C. Outcome assessments in the evaluation of treatment of spinal disorders: summary and general recommendations. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000;25:3100-3103.
88. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and ítem selection. *Med Care* 1992;30:473-483.

89. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ* 2002;324:1417.
90. Badía X, Alonso J (2017). *La medida de la salud: Guías de escalas de medición en español*. Madrid: Fundación Lilly;2017.
91. Suñer-Soler R, Grau-Martín A, Font-Mayolas S, Gras ME, Bertrán C, Sullman, MJM. Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2013;20:305-313.
92. Kheiraoui F, Gualano MR, Mannocci A, Boccia A, La Torre G. Quality of life among healthcare workers: A multi centre cross-sectional study in Italy. *Public Health* 2012;126:624-629.
93. Pontes HM, Szbo A, Griffiths MD. The impact of Internet-based specific activities on the perceptions of Internet addiction, quality of life, and excessive usage: A cross-sectional study. *Addict Behav Rep* 2015;1:19-25.
94. Rohlf I, Arrizabalaga P, Artazcoz L, Borrel C, Fuentes M, Valls C. *Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Cataluña*. Barcelona: Fundación Galatea;2007.
95. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ* 2002;324:1417.
96. Ware JE Jr, Kosinski M, Dewey JE. *How to score version 2 of the SF-36 Health Survey*. Lincoln RI: Quality Metric Incorporated;2000.
97. Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide*. Boston: New England Medical Center;1993.
98. McHorney CA, Ware JE Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) (II). Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993;31:247-263.
99. Ware JE Jr, Gandek B, y el IQOLA Projeet Group. The SF-36 Health Survey: development and use in mental health research and the IQOLA project. *Int J Ment Health* 1994;23:49-73.

100. Keller SD, Ware JE Jr, Bentler PM, Aaronson NK, Alonso J, Apolone G, et al. Use of structural equation modeling to test the construct validity of the SF-36 Health Survey in ten countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol* 1998;51:1179-1188.
101. Ware JE Jr, Kosinski M, Gandek B, Aaronson NK, Apolone G, Bech P, et al. The factor structure of the SF-36 Health Survey in 10 countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol.* 1998; 51:1159-65.
102. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 physical and mental health summary scales: a user's manual. Boston: The Health Institute; 1994.
103. Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res* 2002;11:193-205.
104. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159-174.
105. García E, Gil J, Rodríguez G. *Análisis Factorial*. Madrid: La Muralla; 2000.
106. Cook C, Heath F, Thompson RL. A meta-analysis of response rates in Web- or internet-based surveys. *Educ Psychol Meas* 2000;60:821-836.
107. Baxter, LA, Babbie ER. *The Basics of Communication Research*. Belmont: Thomson Learning;2004.
108. Palomares NA, Flanagin AJ. The potential of electronic communication and information technologies as research tools: Promise and perils for the future of communication research. *Commun Yearb* 2005;29:147-186.
109. Muñoz Leiva F, Sánchez Fernández J, Montoro Ríos F, Ibáñez Zapata JA. Improving the response rate and quality in Web-based surveys through the personalization and frequency of reminder mailings. *Qual Quant* 2009;44:1037-1052.
110. Herzberg A. DNS-based email sender authentication mechanisms: A critical review. *Computer & Security* 2009; 28:731-742.

111. Bosnjak M, Batinic B. Understanding the willingness to participate in online-surveys. The case of email questionnaires. En Batinic B, Reips UD, Bosnjak M (eds). Online Social Sciences. Seattle: Hogrefe & Huber;2002.
112. Meyer HA, Hänze M, Güntekin E, Grebe M, Brede P, Hildebrandt M. Computers as pacemakers: The influence of system response time on navigating through hypertext. En Reips UD, Batinic B, Bandilla W, Bosnjak M, Gräf L, Moser K, Werner AA (eds.). Current Internet-science trends, techniques, results. Zürich: Online Press;1999.
113. Ganassali S. The influence of the design of web survey questionnaires on the quality of responses. *Surv Res Methods* 2008;2:21-32.
114. Loosveldt G, Sonck N. An evaluation of the weighting procedures for an online access panel survey. *Surv Res Methods* 2008;2:93-105.
115. Chang L, Krosnick JA. National Surveys via Rdd Telephone versus the Internet: Comparing Sample Representativeness and Response Quality. *Public Opin Q* 2009;73:641-678.
116. Shropshire KO, Hawdon JE, Witte JC (2009). Web survey design: Balancing measurement, response, and topical interest. *Sociol Methods Res* 2009;37:344-370.
117. Picavet HS, Hazes JM. Prevalence of self reported musculoskeletal diseases is high. *Ann Rheum Dis* 2003;62:644-650.
118. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Inserción laboral de los egresados universitarios. La perspectiva de la afiliación a la Seguridad Social [internet]. [consultado el 10 de Abril de 2017]. Disponible en: http://ccsu.es/sites/default/files/insercion_laboral_de_los_egresados_universitarios._la_persperctiva_de_la_afiliacion_a_la_seguridad_social.pdf.
119. Brazier JE, Walters SJ, Nicholl JP, Kohler B. Using the SF- 36 and Euroqol on an elderly population. *Qual Life Res* 1996;5:195-204.
120. Hayes V, Morris J, Wolfe C, Morgan M. The SF-36 Health Survey Questionnaire: is it suitable for use with older adults?. *Age Ageing* 1995;24:120-125.

121. O'Mahony PG, Rodgers H, Thomson RG, Dobson R, James OFW. Is the SF-36 suitable for assessing health status of older stroke patients? *Age Ageing* 1998;27:19-22.
122. Parker SG, Peet SM, Jagger C, Farhan M, Castleden CM. Measuring health status in older patients. The SF-36 in practice. *Age Ageing* 1998;27:13-18.
123. Rodríguez-Romero B, Pita-Fernández S, Raposo-Vidal I, Seoane-Pillado T. Prevalence, co-occurrence, and predictive factors for musculoskeletal pain among shellfish gatherers. *Clin Rheumatol* 2012;31:283-292
124. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De La Fuente De Hoz L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc)* 1998;111:410-416.
125. López-García E, Banegas JR, Graciani Pérez-Regadera A, Gutiérrez-Fisac JL, Alonso J, Rodríguez-Artalejo F. Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Med Clin (Barc)* 2003;120:568-73.
126. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2016 [internet]. [consultado el 3 de mayo de 2017]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/ta-blasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Informe_Anuar_SNS_2016_comple-to.pdf.
127. Liu C, Wang L, Zhao Q. Factors related to health-related quality of life among Chinese psychiatrists: occupational stress and psychological capital. *BMC Health Serv Res* 2015;15:20
128. Fernández-Prada M, González-Cabrera J, Torres F, Iribar-Ibabe C, Peinado JM. Calidad de vida relacionada con la salud en una muestra de médicos internos residentes que realizan guardias en un Servicio de Urgencias: una perspectiva de género. *Rev Med Chil* 2014;142:193-198.
129. Stavem K, Hofoss D, Aasland OG. Work characteristics and morbidity as predictors of self-perceived health status in Norwegian physicians. *Scand J Public Health* 2003;31:375-381.

130. Parker G, Brotchie H. Gender differences in depression. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22:429-436.
131. Stavem K, Hofoss D, Aasland OG, Loge JH. The self-perceived health status of Norwegian physicians compared with a reference population and foreign physicians. *Scand J Public Health* 2001; 29:194-199.
132. Newbury-Birch D, Kamali F. Psychological stress, anxiety, depression, job satisfaction, and personality characteristics in preregistration house officers. *Postgrad Med J* 2001;77:109-111.
133. Willcock SM, Daly MG, Tennant CC, Allard BJ. Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates. *Med J Aust* 2004;181:357-360.
134. McCray LW, Cronholm PF, Bogner HR, Gallo JJ, Neill RA. Resident physician burnout: Is there hope? *Fam Med* 2008;40:626-632.
135. Ríos A, Sánchez Gascón F, Martínez Lage JF, Guerrero M. Influence of residency training on personal stress and impairment in family life: analysis of related factors. *Med Princ Pract* 2006;15:276-80.
136. Tong SC, Tin AS, Tan DMH, Lim JFY. The Health-Related Quality of Life of Junior Doctors. *Ann Acad Med Singapore* 2012;444-450.
137. Cuesta J de P, Saiz Ruiz J, Roca M, Noguera I (2016). Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatr Biol* 2016;23:67-73.
138. Gorter R, Freeman R. Burnout and engagement in relation with job demands and resources among dental staff in Northern Ireland. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010;39:87-95.
139. Pirillo F, Caracciolo S, Siciliani G. The orthodontist burnout. *Progress in Orthodontics* 2011;12:17-30.
140. Gorter RC, Jacobs BLTH, Allard RHB. Low burnout risk and high engagement levels among oral and maxillofacial surgeons. *Eur J Oral Sci* 2012;120:69-74.
141. Uñiao, A.C.B. Stress e Burnout em médicos dentistas da epidemiologia à comparação de instrumentos de medida. Universidade Católica Portuguesa [internet]; 2014 [consultado el 6 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/15310>.

142. Fuß I, Nübling M, Hasselhorn HM, Schwappach D, Rieger MA. Working conditions and Work-Family Conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC Public Health* 2008;8:353.
143. Chandola T, Martikainen P, Bartley M, Lahelma E, Marmot M, Michikazu S et al. Does conflict between home and work explain the effect of multiple roles on mental health? A comparative study of Finland, Japan, and the UK. *Int J Epidemiol* 2004;33:884-893.
144. Suñer-Soler R, Grau-Martín A, Flichtentrei D, Prats M, Braga F, Font-Mayolas S, Gras ME. The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burnout Research*. 2014;1:82-89.
145. Griffiths MD, Szabo A. Is excessive online usage a function of medium or activity? An empirical pilot study. *J Behav Addict* 2014; 3:74-77.
146. Bright LF, Kleiser SB, Grau SL. Too much Facebook? An exploratory examination of social media fatigue. *Comput Human Behav* 2015;44:148-155.
147. Kuss DJ, Griffiths MD. Online social networking and addiction-A review of the psychological literature. *Int J Environ Res Public Health* 2011;8:3528-3552.
148. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de Información y comunicación en los Hogares - año 2017 [internet]. [consultado el 19 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176741&menu=ultiDatos&idp=1254735976608.
149. Derbyshire KL, Lust KA, Schreiber LR, Odlaug BL, Christenson GA, Golden DJ et al. Problematic Internet use and associated risks in a college sample. *Compr Psychiatry* 2013;54:415-422.
150. Bessièrè K, Pressman S, Kiesler S, Kraut R. Effects of internet use on health and depression: a longitudinal study. *J Med Internet Res* 2010;12:e6.
151. Ford GS, Ford SG. Phoenix Center Policy Paper 38: Internet use and depression among the elderly [internet]. [consultado el 14 de febrero

- de 2017]. Disponible en: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1494430.
152. Lelkes O. Happier and less isolated: internet use in old age. *J Poverty Soc Justice* 2013;21:33-46.
 153. Suomi R. Leapfrogging for modern ICT usage in the health care sector. *ECIS 2000 Proceedings 128*. [internet]. [consultado el 17 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://aisel.aisnet.org/ecis2000/128/> ECIS 2000 Proc 128.
 154. Chisolm DJ. Does online health information seeking act like a health behavior?: A test of the behavioral model. *Telemed J E Health* 2010;16:154-60.
 155. Van Deursen AJAM, van Dijk JAGM. Internet skills performance tests: Are people ready for ehealth? *J Med Internet Res* 2011;13:e35.
 156. Russ H, Giveon SM, Catarivas MG, Yaphe J. The effect of the Internet on the patient-doctor relationship from the patient's perspective: A survey from primary care. *Isr Med Assoc J* 2011;13:220-224.
 157. Paramio Pérez G, Almagro BJ, Hernando Gómez A, Aguaded Gómez JI. Validación de la escala ehealth literacy (eHEALS) en población universitaria española. *Rev Esp Salud Pública* 2015;89:329-338.
 158. Mitsutake S, Shibata A, Ishii K, Oka K. Associations of eHealth literacy with health behavior among adult internet users. *J Med Internet Res* 2016;18:e192.
 159. Castellaci F, Tveito, V. Internet use and well-being: A survey and a theoretical framework. *Research Policy* 2018;47:308-325.
 160. Lindeberg SI, Rosvall M, Choi B, Canivet C, Isacson SO, Karasek R, et al. Psychosocial working conditions and exhaustion in a working population sample of Swedish middle-aged men and women. *Eur J Public Health* 2010;21:190-196.
 161. Von Onciul J. ABC of work related disorders. Stress at work. *BMJ* 1996;313:745-748.
 162. Gimeno D, Benavides FG, Benach J, Jarque S, de Cambra S, Devesa J. Emotional disorders in the working population: an emerging problem in occupational health?. *Medicina Clínica* 2001;116:493-495.

163. Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *BMJ* 1994;309:1261-1263.
164. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996;347:724-728.
165. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Ewans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ* 2000;163:166-169.
166. Appleton K, House A, Dowell A. A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds. *Br J Gen Pract* 1998;48:1059-1063.
167. Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med* 2005;62:105-112.
168. Ioannou P, Katsikavali V, Galanis P, Velonakis E, Papadatou D, Sourtzi P. Impact of Job Satisfaction on Greek Nurses' Health-Related Quality of Life. *Saf Health Work* 2015;6:324-328.
169. Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. Job satisfaction and burnout in general practitioners. *Atención Primaria* 2003;31:227-233.
170. Visser MR, Smets EM, Oort FJ, De Haes HC. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ* 2003;168:271-275.
171. Tokuda Y, Hayano K, Ozaki M, Bito S, Yanai H, Koizumi S. The interrelationships between working conditions, job satisfaction, burnout and mental health among hospital physicians in Japan: a path analysis. *Ind Health* 2009;47:166-172.
172. Voltmer E, Schwappach DLB, Frank E, Wirsching M, Spahn C. Work-related behavior and experience patterns and predictors of mental health in German physicians in medical practice. *Fam Med* 2010;42:433-439.
173. Myers HL, Myers LB. 'It's difficult being a dentist': stress and health in the general dental practitioner. *Br Dent J* 2004;197:89-93.

174. Tizón JL (2004) Burnt-out professionals, disillusioned professionals or professionals with psychopathological disorders?. *Aten Primaria* 2004;33:326-330.
175. Song KW, Choi WS, Jee HJ, Yuh CS, Kim YK, Kim L et al. Correlation of occupational stress with depression, anxiety, and sleep in Korean dentists: cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2017;17:398.
176. León N. Consideraciones de seguridad en el diseño de un consultorio odontológico. *Acta Odontol Venez* 2009;47:31-36.
177. Shurtz JD, Mayhew RB, Cayton TG. Depression, Recognition and Control. *Dent Clin North Am* 1986;30:55-65.
178. Rada RE, Jhonson-Leong C. Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. *J Am Dent Assoc* 2004;135:788-94.
179. Puriene A, Aleksejuniene J, Petrauskiene J, Balciuniene I, Janulyte V. Self-perceived mental health and job satisfaction among lithuanian dentists. *Ind Health*. 2008;46:247-52.
180. Almirall PJ. El paradigma dinámico en salud ocupacional. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 2007;8:59-68.
181. Herzberg F. *The motivation to work*. New Brunswick: Transaction Publishers;1993.
182. Uribe SE, Ide-Olivero J, Castro-Caro V. Factores que explican la satisfacción laboral de odontólogos en Chile. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral* 2014;7:128-135.
183. Alonso-Fernández F. *¿Por qué trabajamos? El trabajo entre el estrés y la felicidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos;2008.
184. Barranco M. *Operatoria dental*. Buenos Aires: Editorial Panamericana;1999
185. Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. *Guía de Seguridad Microbiológica en Odontología* [internet]. [consultado el 16 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.consejodentistas.es/comunicacion/actualidad-del-consejo/publicaciones-del-consejo/libros-del-consejo/item/455-guia-seguridad-microbiologica.html>

186. Freeman R. The psychology of dental patient care: Barriers to accessing dental care: patient factor". *British Dental Journal* 1999;187:141-144.
187. Ozbay F, Johnson DC, Dimoulas E, Morgan CA, Charney D, Southwick S. Social Support and Resilience to Stress: From Neurobiology to Clinical Practice. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007;4:35-40.

ANEXOS

9. ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de Calidad (SF-36v2)

Encuesta dirigida a dentistas privados de España.
Esta encuesta (de aproximadamente 10 minutos de duración) es anónima y toda la información será tratada con confidencialidad.

Bienvenida

[] Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a la siguiente pregunta: ¿trabaja usted como dentista privado? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Sí, trabajo como dentista privado
- Soy dentista, pero no trabajo como dentista privado
- No soy dentista

Información personal

Información relativa al encuestado, pero totalmente anónima.

[] Año de nacimiento *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Sólo se pueden introducir números en este campo.

Por favor, escriba su respuesta aquí:

[] Sexo *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Femenino
 Masculino

[] Número de miembros de su unidad familiar *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Sólo se pueden introducir números en este campo.

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Práctica profesional

Preguntas relacionadas al desarrollo de su trabajo en el ámbito profesional.

[] ¿Cómo define su práctica profesional como dentista privado? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Básicamente generalista, sin/con orientación especializada.
- Práctica especializada exclusiva.

[] En caso de práctica especializada exclusiva, indique cuál / les: *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Práctica especializada exclusiva.' en la pregunta '6 [qb2]' (¿Cómo define su práctica profesional como dentista privado?)

Por favor, escriba su respuesta aquí:

[] ¿En cuántas clínicas privadas diferentes trabaja Vd.? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Sólo se pueden introducir números en este campo.

Por favor, escriba su respuesta aquí:

[] ¿Bajo qué modalidad contractual trabaja Vd. como dentista privado? Si trabaja en más de una clínica, por favor, responda respecto a la clínica que más ingresos le reporte a Vd. *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Autónomo en clínica privada propia
- Autónomo a comisión en clínica/s ajena/s privada/s
- Contratado asalariado fijo+comisión en clínica privada

[] Responda a lo siguiente respecto a la clínica en la que Vd. trabaja. Si trabaja en más de una clínica, por favor, responda respecto a la clínica que más ingresos le reporte a Vd.

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

[] ¿En qué provincia está? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [100]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a la siguiente pregunta: ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor, escriba su respuesta aquí:

[] ¿Con qué población cuenta aproximadamente la localidad donde se encuentra la clínica? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [100]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a la siguiente pregunta: ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- < 20.000
- 20.000-100.000
- >100.000

[] ¿Cuántos sillones dentales tiene? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Sólo se pueden introducir números en este campo.

Por favor, escriba su respuesta aquí:

[] ¿Cuántas personas diferentes y de todas las categorías (incluyéndolo a Vd) trabajan? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Sólo se pueden introducir números en este campo.

Por favor, escriba su respuesta aquí:

[] ¿Cuántas horas trabaja aproximadamente a la semana como dentista privado, considerando todas las clínicas en que trabaja? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Sólo se pueden introducir números en este campo.

Por favor, escriba su respuesta aquí:

[] ¿Cuántos pacientes atiende aproximadamente a la semana como dentista privado? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Sólo se pueden introducir números en este campo.

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Economía

Preguntas relacionadas con la economía

[] De todos los ingresos de la unidad familiar, ¿qué porcentaje considera Vd. que representa su trabajo como dentista privado? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- < 25%
- 25-50%
- 50-75%
- > 75%

[]

¿Qué nivel de satisfacción tiene Vd. con sus ingresos como dentista privado? (Poner escala, de 0 a 10)

0 (nada satisfecho)... a 10 (plenamente satisfecho) *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

- | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Nivel de satisfacción | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Burn-Out

Cuestionario Burn-Out

[] Respecto a conciliar la vida laboral y familiar, ¿le ocurre que hay momentos en que necesitaría estar simultáneamente en casa y en su trabajo? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Nunca / Casi nunca
- A veces
- Muy frecuentemente

[]

A continuación, por favor, responda a este cuestionario de 15 preguntas sobre burn-out (estar quemado en el trabajo). Debe utilizar la siguiente escala:

- **0 - Nunca / Ninguna vez**
- **1 - Casi nunca / Pocas veces al año**
- **2 - Algunas veces / Una vez al mes o menos**
- **3 - Regularmente / Pocas veces al mes**
- **4 - Bastantes veces / Una vez por semana**
- **5 - Casi siempre / Pocas veces por semana**
- **6 - Siempre / Todos los días**

*

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Sí, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	0	1	2	3	4	5	6
Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy "consumido" al final de un día de trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día en mi puesto de trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabajar todo el día es una tensión para mí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy quemado por el trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He perdido entusiasmo por mi trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En mi opinión soy bueno en mi puesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me he vuelto más							

cínico respecto a la utilidad de mi trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dudo de la transcendencia y valor de mi trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En mi trabajo tengo la seguridad de que soy eficaz en la finalización de las cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Calidad de Vida General

Cuestionario de Calidad de Vida. A continuación, por favor, responda a este cuestionario de 11 preguntas.

[] En general, usted diría que su salud es:

1 (excelente) 2 (muy buena) 3 (buena) 4 (regular) 5 (mala) *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Sí, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [100]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a la siguiente pregunta: ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

1 2 3 4 5
Escala

[] ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 (mucho mejor ahora) 2 (algo mejor ahora) 3 (más o menos igual) 4 (algo peor ahora) 5 (mucho peor ahora) *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Sí, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [100]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a la siguiente pregunta: ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

1 2 3 4 5
Escala

[]Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su estado actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas?. Si es así, ¿cuánto?. *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Sí, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [100]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a la siguiente pregunta: ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita poco	No, no me limita nada
Esfuerzos intensos , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coger o llevar la bolsa de la compra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subir varios pisos por las escaleras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subir un sólo piso por la escalera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agacharse o arrodillarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminar un kilómetro o más	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminar varios centenares de metros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminar unos 100 metros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bañarse o vestirse por sí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[] Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Sí, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [100]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a la siguiente pregunta: ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[] Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Sí, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [100]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a la siguiente pregunta: ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[] Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 (nada) 2 (un poco) 3 (regular) 4 (bastante) 5 (mucho) *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Sí, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [100]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a la siguiente pregunta: ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	1	2	3	4	5
Escala	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[] ¿Tuvo dolor en alguna parte de su cuerpo durante las últimas 4 semanas?

1 (no, ninguno) 2 (sí, muy poco) 3 (sí, un poco) 4 (sí, moderado) 5 (sí, mucho) 6 (sí, muchísimo) *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Sí, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [100]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a la siguiente pregunta: ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	1	2	3	4	5	6
Escala	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[] Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 (nada) 2 (un poco) 3 (regular) 4 (bastante) 5 (mucho) *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Sí, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [100]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a la siguiente pregunta: ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	1	2	3	4	5
Escala	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]Las preguntas que siguen hacen referencia a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia.... *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [100]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a la siguiente pregunta: ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
se sintió lleno de vitalidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
estuvo muy nervioso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
se sintió calmado y tranquilo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tuvo mucha energía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
se sintió desanimado y deprimido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
se sintió agotado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
se sintió feliz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
se sintió cansado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [100]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a la siguiente pregunta: ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
Escala	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[] Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases: *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Si, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [100]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a la siguiente pregunta: ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy tan sano como cualquiera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que mi salud va a empeorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi salud es excelente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Uso de Internet y su relación con la calidad de vida

Preguntas relacionadas sobre el uso de internet y su relación con la calidad de vida.

[] ¿Con qué frecuencia suele Vd. acceder a las siguientes actividades en internet? (desde cualquier dispositivo fijo o móvil) *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [100]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a la siguiente pregunta: ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Nunca	Menos de 1 día a la semana	1 ó 2 días a la semana	3 ó 4 días a la semana	5 ó 6 días a la semana	A diario
Buscar información	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leer noticias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visitar las redes sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enviar y recibir el correo electrónico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chatear (Whatsapp, Facebook Messenger, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aprender o impartir formación (escuelas online, universidades online)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descargar música, vídeos o películas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ver series, vídeos o películas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[] De los días que se conecta. ¿Cuánto tiempo medio al día dedica Vd. a Internet sumando todas las actividades anteriores, ya sea desde su ordenador personal u otros dispositivos móviles?. Expréselo por favor en horas. *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [100]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a la siguiente pregunta: ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor, escriba su respuesta aquí:

[] En los casos que no ha tenido acceso a internet (problemas técnicos, falta de cobertura, etc.). ¿Cómo se ha sentido?: *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [100]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a la siguiente pregunta: ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Muy mal
- Mal
- Igual
- Mejor
- Mucho mejor

Despedida

¡Ya casi hemos terminado!

[] Este estudio está orientado únicamente a profesionales que ejercen como dentistas privados. Al no ser su caso, no tiene por qué realizar la encuesta.

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'No soy dentista' en la pregunta '1 [100]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a la siguiente pregunta: ¿trabaja usted como dentista privado?)

[] De forma totalmente voluntaria, si lo desea, puede indicarnos su dirección de correo electrónico donde estaremos encantados de enviarle los resultados del estudio.

Por favor, escriba su respuesta aquí:

[] ¿Quiere dejarnos algún comentario respecto al estudio?

Por favor, escriba su respuesta aquí:

[] Por favor, no olvide pulsar el botón "Enviar" para que nos lleguen sus respuestas, sea usted dentista privado o no.

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Soy dentista, pero no trabajo como dentista privado' o 'No soy dentista' en la pregunta '1 [100]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a la siguiente pregunta: ¿trabaja usted como dentista privado?)

Muchísimas gracias por su colaboración que es esencial para la validez del estudio.

Enviar su encuesta.

Gracias por completar esta encuesta.

Anexo 2. Informe favorable Comité de Bioética de la Universidad de Salamanca.

