

Article: Revisión

Relationship between occupational stress and health perception in healthcare professionals**Relación entre el estrés laboral y la percepción de salud en profesionales sanitarios**¹Alicia Guadalupe Mendoza Orquera  .¹ Universidad Central del Ecuador, Ecuador*Corresponding author: Alicia Guadalupe Mendoza Orquera 

Submitted: 17-03-2024

Revised: 24-03-2024

Accepted: 14-04-2024

Published: 21-05-2024

Cite as:

Mendoza Orquera, A. G. (2024). Relación entre el estrés laboral y la percepción de salud en profesionales sanitarios. *Genius-Pro Science*, 2(1), 1-9. <https://science.genius-pro.org/index.php/gps/article/view/14>

ABSTRACT

Occupational stress is a relevant psychosocial risk in emergency services and may coexist with an unfavorable perception of health status. The objective was to analyze the relationship between occupational stress and self-perceived health among physicians and nursing professionals working in the emergency department of Hospital de Especialidades San Juan, Riobamba, Ecuador. An observational, non-experimental, cross-sectional, descriptive and correlational study was conducted. The source population comprised 57 professionals; after eligibility criteria were applied, 51 participants were analyzed. The ILO-WHO occupational stress questionnaire and the first section of the Nottingham Health Profile were used. Descriptive statistics and Pearson correlation were applied. Mean age was 36.82 years; 66.67% were women and 78.43% were nursing personnel. Lack of cohesion was among the dimensions with the greatest exposure to occupational stress and reached 97.50% among nursing personnel. Mild health impairment was the most frequent self-perceived health category (33.33%), followed by acceptable health (25.49%). A strong negative correlation was identified between occupational stress and self-perceived health ($r = -0.837$; $p = 0.01$). Because of the cross-sectional design, this result indicates association rather than causation: higher occupational stress scores were associated with less favorable self-perceived health. Psychosocial risk surveillance should therefore integrate organizational factors and perceived-health indicators, with particular attention to nursing personnel.

Keywords: occupational stress; self-perceived health; healthcare professionals; nursing; psychosocial risks; occupational health.

RESUMEN

El estrés laboral constituye un riesgo psicosocial relevante en los servicios de emergencia y puede coexistir con una valoración desfavorable del estado de salud. El objetivo fue analizar la relación entre el estrés laboral y la autopercepción de salud en médicos y profesionales de enfermería del área de emergencia del Hospital de Especialidades San Juan, Riobamba, Ecuador. Se desarrolló un estudio observacional, no experimental, transversal, descriptivo y correlacional. El universo estuvo constituido por 57 profesionales y, tras aplicar los criterios de selección, se analizaron 51 participantes. Se empleó el cuestionario de estrés laboral OIT-OMS y la primera sección del Perfil de Salud de Nottingham. El análisis incluyó estadística descriptiva y correlación de Pearson. La edad media fue de 36,82 años; el 66,67 % fueron mujeres y el 78,43 % correspondió a personal de enfermería. La falta de cohesión fue una de las dimensiones de mayor exposición al estrés; en enfermería alcanzó el 97,50 %. En autopercepción de salud predominó la afectación leve (33,33 %), seguida de salud aceptable (25,49 %). Se identificó una correlación negativa fuerte entre estrés laboral y autopercepción de

salud ($r = -0,837$; $p = 0,01$). Por el carácter transversal del estudio, este resultado expresa asociación y no causalidad: mayores puntuaciones de estrés laboral se asociaron con una autopercepción de salud menos favorable. Se concluye que la vigilancia de riesgos psicosociales debe incorporar tanto los factores organizacionales como indicadores de salud percibida, con especial atención al personal de enfermería.

Las denominaciones “territorio organizacional” y “territorio” se conservan tal como constan en el registro tabulado; no se dispone de documentación suficiente para determinar si representan dimensiones distintas o un rótulo histórico duplicado, por lo que no se fusionan ni reinterpretan.

Palabras clave: estrés laboral; autopercepción de salud; profesionales sanitarios; enfermería; riesgos psicosociales; salud ocupacional.

INTRODUCCIÓN

Los servicios sanitarios constituyen entornos laborales de elevada complejidad. La presión asistencial, la toma de decisiones bajo incertidumbre, el contacto continuo con el sufrimiento, la responsabilidad clínica, los turnos y la necesidad de coordinación interdisciplinaria pueden actuar como estresores cuando las demandas exceden los recursos disponibles para afrontarlas. En los servicios de emergencia estas exigencias se intensifican por la variabilidad del flujo de pacientes, la urgencia temporal y la exposición a situaciones críticas.

El estrés laboral puede entenderse como un conjunto de respuestas cognitivas, emocionales, conductuales y fisiológicas que aparecen cuando las exigencias del trabajo son percibidas como adversas o difíciles de manejar. Su estudio no debe reducirse a una característica individual: dimensiones como el clima y la estructura organizacional, el territorio organizacional, la influencia del liderazgo, la cohesión y el respaldo del grupo permiten situar el problema en la interacción entre persona y organización.

La autopercepción de salud constituye, por su parte, una valoración subjetiva e integradora del estado de salud. Aunque no sustituye la evaluación clínica, resume la experiencia individual de bienestar, síntomas, capacidad funcional y limitaciones, y resulta útil en investigación ocupacional. El Perfil de Salud de Nottingham permite examinar dimensiones como capacidad física, dolor, sueño, aislamiento social, reacciones emocionales y energía.

La relación entre estrés laboral y autopercepción de salud requiere una interpretación metodológicamente prudente. En un estudio transversal, una correlación negativa puede mostrar que mayores niveles de estrés coexisten con una valoración menos favorable de la salud, pero no permite establecer que el estrés sea la causa directa del deterioro percibido. La temporalidad, la bidireccionalidad y la influencia de variables no medidas deben considerarse al interpretar la asociación.

En el contexto ecuatoriano, y particularmente en servicios de emergencia, disponer de información sobre riesgos psicosociales y salud percibida puede orientar acciones de prevención organizacional. El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre el estrés laboral y la autopercepción de salud en médicos y profesionales de enfermería del área de emergencia del Hospital de Especialidades San Juan, en Riobamba, Chimborazo, Ecuador. Se planteó como hipótesis analítica que las puntuaciones de estrés laboral se asociarían inversamente con las puntuaciones de autopercepción de salud.

METHOD

Diseño, ámbito y participantes

Se realizó un estudio observacional, no experimental, transversal, descriptivo y correlacional. La población fuente estuvo constituida por 57 médicos y profesionales de enfermería vinculados al área de emergencia del Hospital de Especialidades San Juan, en Riobamba. Se planificó inicialmente incluir a todo el universo; tras aplicar los criterios de selección, la población analizada quedó constituida por 51 profesionales.

Se incluyeron trabajadores con relación de dependencia y más de seis meses de permanencia. Se excluyeron quienes se encontraban en proceso de desvinculación, baja médica, vacaciones o licencia de maternidad, así como los participantes que entregaron incompletos los instrumentos. La selección fue no probabilística y de intención censal sobre el universo elegible.

Variables e instrumentos

Las variables principales fueron estrés laboral y autopercepción de salud. También se registraron edad, sexo, ocupación y tiempo de servicio.

El estrés laboral se evaluó mediante el cuestionario de estrés laboral OIT-OMS, integrado por 25 ítems con respuesta tipo Likert de siete opciones. El instrumento explora dimensiones organizacionales relacionadas con clima, estructura, territorio, influencia del líder, cohesión y respaldo del grupo. Para la interpretación global se utilizaron los rangos establecidos por el instrumento: nivel bajo (<90,2), nivel intermedio (90,3-117,2), estrés confirmado (117,3-153,2) y nivel alto ($\geq 153,3$).

La autopercepción de salud se evaluó mediante la primera sección del Perfil de Salud de Nottingham, compuesta por 38 ítems distribuidos en seis dominios: capacidad física, dolor, sueño, aislamiento social, reacciones emocionales y nivel de energía. La categorización empleada distinguió salud adecuada, salud aceptable, afectación leve, afectación moderada y afectación grave.

Procedimiento y análisis estadístico

La información se organizó inicialmente en una base de datos y se procesó mediante SPSS versión 26. Para las variables cuantitativas se emplearon medidas de tendencia central y dispersión; las variables cualitativas se resumieron mediante frecuencias y porcentajes. La asociación entre las puntuaciones de estrés laboral y autopercepción de salud se examinó mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Se consideró un nivel de significación de $p \leq 0,05$.

No se conserva el output analítico necesario para verificar retrospectivamente los supuestos de linealidad, distribución y valores atípicos asociados al coeficiente de Pearson. En consecuencia, r y p se presentan con la precisión documentada y su interpretación se limita a la asociación observada, sin reconstruir pruebas de supuestos ni intervalos de confianza inexistentes.

La interpretación del coeficiente se realizó atendiendo a su dirección y magnitud. Dado que el diseño fue transversal, la asociación observada se interpretó sin inferir causalidad ni temporalidad.

Consideraciones éticas

La participación fue voluntaria y estuvo precedida por información sobre los objetivos y procedimientos del estudio y la firma del consentimiento informado. Se protegió la confidencialidad mediante codificación alfanumérica y uso agregado de los resultados. Los procedimientos declarados se ajustaron a los principios de la Declaración de Helsinki.

RESULTS

Características de los participantes

La edad media fue de 36,82 años (DE = 13,18). El grupo de 30 a 39 años representó el 50,98 % de la población. Predominaron las mujeres (66,67 %), el personal de enfermería (78,43 %) y quienes tenían entre uno y tres años de servicio (54,90 %).

Tabla 1

Características generales de los profesionales de salud (N = 51)

Característica	n	%
20-29 años	11	21,57
30-39 años	26	50,98
40-49 años	8	15,69
≥50 años	6	11,76
Mujeres	34	66,67
Hombres	17	33,33
Médicos	11	21,57
Personal de enfermería	40	78,43
<1 año de servicio	13	25,49
1-3 años de servicio	28	54,90
>3 años de servicio	10	19,61

Nota. Edad media = 36,82 años (DE = 13,18). Los porcentajes se calcularon sobre N = 51.

Exposición a estrés laboral

La exposición no fue homogénea entre las dimensiones organizacionales. La falta de cohesión, la influencia del líder y el clima organizacional concentraron proporciones elevadas de participantes en categorías distintas del nivel bajo. La estructura organizacional mostró la mayor proporción en nivel bajo (54,90 %).

Tabla 2

Distribución según dimensiones de estrés laboral

Dimensión	Alto n (%)	Confirmado n (%)	Intermedio n (%)	Bajo n (%)
Clima organizacional	11 (21,57)	10 (19,61)	19 (37,21)	11 (21,57)
Estructura organizacional	3 (5,88)	9 (17,65)	11 (21,57)	28 (54,90)

Dimensión	Alto n (%)	Confirmado n (%)	Intermedio n (%)	Bajo n (%)
Territorio organizacional	3 (5,88)	13 (25,49)	23 (45,10)	12 (23,53)
Territorio	4 (7,84)	9 (17,65)	25 (49,02)	13 (25,49)
Influencia del líder	6 (11,76)	14 (27,45)	21 (41,18)	10 (19,61)
Falta de cohesión	6 (11,76)	17 (33,33)	20 (39,22)	8 (15,69)
Respaldo del grupo	1 (1,96)	12 (23,53)	18 (35,29)	20 (39,22)

Nota. Categorías correspondientes al cuestionario OIT-OMS. N = 51.

Diferencias descriptivas por ocupación

El personal de enfermería presentó porcentajes de exposición superiores a los observados en médicos en varias dimensiones. La falta de cohesión alcanzó 97,50 % en enfermería, seguida por territorio organizacional, territorio e influencia del líder, con 90,00 % cada una, y clima organizacional, con 87,50 %. Estos resultados son descriptivos y no constituyen por sí solos una prueba causal ni un contraste ajustado por variables sociodemográficas.

Tabla 3

Profesionales expuestos a estrés laboral según ocupación

Dimensión	Médicos n (%)	Enfermería n (%)
Clima organizacional	6 (54,54)	35 (87,50)
Estructura organizacional	3 (27,27)	20 (50,00)
Territorio organizacional	3 (27,27)	36 (90,00)
Territorio	2 (18,18)	36 (90,00)
Influencia del líder	5 (45,46)	36 (90,00)
Falta de cohesión	4 (36,36)	39 (97,50)

Nota. Médicos n = 11; personal de enfermería n = 40. Se muestran porcentajes dentro de cada grupo ocupacional.

Autopercepción de salud

La categoría más frecuente fue afectación leve de la salud (33,33 %), seguida de salud aceptable (25,49 %). En conjunto, 29 de los 51 participantes (56,86 %) se ubicaron en categorías de afectación leve, moderada o grave. Esta agrupación resume la distribución observada y no equivale a un diagnóstico clínico.

Tabla 4

Distribución de la autopercepción de salud

Categoría	n	%
Salud adecuada	9	17,65
Salud aceptable	13	25,49
Afectación leve	17	33,33
Afectación moderada	9	17,65

Categoría	n	%
Afectación grave	3	5,88

Nota. N = 51. Las categorías proceden de la interpretación utilizada para el Perfil de Salud de Nottingham.

Relación entre estrés laboral y autopercepción de salud

El análisis correlacional identificó una relación inversa de magnitud fuerte entre las puntuaciones de estrés laboral y autopercepción de salud ($r = -0,837$; $p = 0,01$; $n = 51$). La interpretación correcta es que, dentro de esta población y en el momento evaluado, mayores puntuaciones de estrés laboral se asociaron con una autopercepción de salud menos favorable. El coeficiente no demuestra que el estrés laboral haya causado el deterioro de la salud percibida.

Tabla 5

Correlación entre estrés laboral y autopercepción de salud

Variables	r	p	n
Estrés laboral - autopercepción de salud	-0,837	0,01	51

Nota. r = coeficiente de correlación de Pearson. La correlación expresa asociación lineal y no causalidad.

DISCUSSION

El hallazgo central fue una asociación negativa fuerte entre estrés laboral y autopercepción de salud. Este resultado es compatible con la hipótesis analítica y con la literatura ocupacional que vincula una mayor carga psicosocial con valoraciones menos favorables del bienestar. Sin embargo, la naturaleza transversal obliga a diferenciar con claridad asociación de causalidad. Los datos no permiten determinar si una mayor exposición al estrés precedió a la peor percepción de salud, si una condición de salud menos favorable modificó la percepción de las demandas laborales o si ambas variables estuvieron influidas por factores comunes.

Las dimensiones organizacionales aportan información práctica adicional. La elevada exposición relacionada con falta de cohesión, influencia del líder, territorio y clima organizacional sugiere que el riesgo psicosocial no debe abordarse únicamente mediante estrategias individuales de afrontamiento. La organización del trabajo, la coordinación, la comunicación y el liderazgo constituyen ámbitos razonables de intervención preventiva.

El personal de enfermería presentó una mayor exposición descriptiva en varias dimensiones. Esta diferencia debe interpretarse considerando que enfermería representó el 78,43 % de la población y que el estudio no realizó un modelo multivariable que ajustara por sexo, antigüedad, edad, carga asistencial o patrón de turnos. En consecuencia, no puede concluirse que la profesión de enfermería sea por sí misma la causa de la mayor exposición; sí puede afirmarse que, en esta población, fue el grupo con los porcentajes observados más altos.

La autopercepción de salud mostró una distribución heterogénea. Más de la mitad de los participantes se ubicó en alguna categoría de afectación, pero una proporción importante informó salud adecuada o aceptable. Esta variabilidad es coherente con el carácter multidimensional de la salud percibida y refuerza la necesidad de no equipararla automáticamente con enfermedad diagnosticada.

El estudio se desarrolló en un servicio de emergencia y en un periodo marcado por importantes exigencias sanitarias. Ese contexto puede haber influido en las puntuaciones de estrés y limita la generalización a otros servicios o momentos. Aun así, los hallazgos proporcionan una señal relevante para la vigilancia ocupacional: cuando los indicadores de estrés organizacional se elevan, conviene examinar simultáneamente la experiencia de salud de los trabajadores y las condiciones concretas del entorno laboral.

Desde una perspectiva de gestión, los resultados respaldan acciones dirigidas a fortalecer cohesión de equipos, liderazgo participativo, claridad de roles, canales de comunicación, apoyo entre pares y mecanismos de detección temprana de riesgos psicosociales. Las intervenciones deberían evaluarse mediante indicadores predefinidos y, de ser posible, con seguimiento longitudinal para determinar cambios temporales.

Limitaciones

El diseño transversal impide establecer temporalidad y causalidad. La población analizada fue pequeña y procedió de un único establecimiento, lo que limita la generalización. La selección fue no probabilística y los instrumentos se basaron en autorreporte, por lo que pueden existir sesgos de percepción o respuesta. La comparación entre médicos y personal de enfermería fue descriptiva y no se ajustó por posibles factores de confusión. Además, el estudio no incorporó desenlaces clínicos objetivos ni seguimiento longitudinal. Estas limitaciones no invalidan la asociación observada, pero sí delimitan el alcance de las inferencias.

Implicaciones para la práctica y futuras investigaciones

Los programas de salud ocupacional pueden incorporar mediciones periódicas de estrés laboral y salud percibida como herramientas de vigilancia, complementadas con evaluación clínica cuando corresponda. La prioridad preventiva debe situarse en las condiciones organizacionales modificables y no exclusivamente en la resiliencia individual. Futuros estudios deberían ampliar el número de instituciones, equilibrar los grupos profesionales, medir carga asistencial y turnicidad, controlar variables sociodemográficas y laborales mediante modelos multivariados y utilizar diseños longitudinales que permitan establecer secuencias temporales.

CONCLUSIONES

En los profesionales del área de emergencia evaluados se identificó una exposición relevante a factores de estrés laboral, especialmente en dimensiones vinculadas con la cohesión del equipo, la influencia del liderazgo, el territorio y el clima organizacional. El personal de enfermería presentó los porcentajes descriptivos más elevados en varias de estas dimensiones, con 97,50 % de exposición en falta de cohesión.

La autopercepción de salud fue heterogénea: la afectación leve constituyó la categoría más frecuente y, al agrupar las categorías de afectación leve, moderada y grave, estas comprendieron a más de la mitad de la población analizada. Este resultado debe entenderse como percepción subjetiva del estado de salud y no como diagnóstico clínico.

La correlación entre estrés laboral y autopercepción de salud fue negativa y fuerte ($r = -0,837$; $p = 0,01$). En términos metodológicamente correctos, mayores puntuaciones de estrés laboral se asociaron con una autopercepción de salud menos favorable. El diseño transversal no permite afirmar que el estrés laboral haya causado una disminución de la salud ni establecer la dirección temporal de la relación.

Los resultados justifican fortalecer la vigilancia de riesgos psicosociales en los servicios de emergencia y priorizar intervenciones organizacionales orientadas a cohesión, liderazgo, comunicación y apoyo del equipo. Para avanzar desde la asociación hacia explicaciones causales se requieren estudios longitudinales, multicéntricos y con control de factores de confusión.

BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

1. Lucero-Tapia JL, Noroña-Salcedo DR, Vega-Falcón V, Chiriboga-Larrea GA. Estrés laboral y autopercepción de la salud en médicos y enfermeras del área de emergencia. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*. 2023;7(2):530-538. <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i2.3191>.
2. Mejia CR, Chacon JI, Enamorado-Leiva OM, Garnica LR, Chacón-Pedraza SA, García-Espinosa YA. Factores asociados al estrés laboral en trabajadores de seis países de Latinoamérica. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*. 2019;28(3):204-211.
3. Bada Quispe OF, Salas Sánchez RM, Castillo Saavedra EF, Arroyo Rosales EM, Carbonell García CE. Estrés laboral y clima organizacional en docentes peruanos. *MediSur*. 2020;18(6):1138-1144.
4. Navarro R, Salazar-Fernández C, Schnettler B, Denegri M. Autopercepción de salud en adultos mayores: moderación por género de la situación financiera, el apoyo social de amigos y la edad. *Revista Médica de Chile*. 2020;148(2):196-203. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000200196>.
5. Sabando V, Albala C. Calidad de vida relacionada con salud oral y autopercepción de salud: Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud 2015-2016 en Chile. *International Journal of Odontostomatology*. 2019;13(3):338-344. <https://doi.org/10.4067/S0718-381X2019000300338>.
6. Riquelme Lagos A, Soto Retamal M, Torres Jaque M, Luengo-Martínez C. Condiciones de trabajo y estrés laboral en madres académicas universitarias. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 2019;20(3):26-34.
7. Sjøvold LE, Naslund JA, Kousoulis AA, Saxena S, Qoronfleh MW, Grobler C, Münter L. Prioritizing the mental health and well-being of healthcare workers: An urgent global public health priority. *Frontiers in Public Health*. 2021;9:679397. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.679397>.
8. Ge J, He J, Liu Y, Zhang J, Pan J, Zhang X, Liu D. Effects of effort-reward imbalance, job satisfaction, and work engagement on self-rated health among healthcare workers. *BMC Public Health*. 2021;21:195. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10233-w>.

9. Tirado, G., Rodríguez-Cifuentes, F., & Llorente-Alonso, M. (2022). Occupational stress and health outcomes among healthcare workers: The role of overcommitment and psychosocial work factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
10. Zhou AY, Panagioti M, Esmail A, Agius R, Van Tongeren M, Bower P. Factors associated with burnout and stress in trainee physicians: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*. 2020;3(8):e2013761. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.13761>.

FUNDING:

Los autores declaran que este estudio no recibió ningún tipo de financiación externa por parte de agencias públicas, privadas, ni de organizaciones sin ánimo de lucro. Todas las actividades de investigación, análisis y desarrollo fueron realizadas con recursos propios.

CONFLICT OF INTEREST:

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses relacionados con este estudio y que todos los procedimientos seguidos cumplen con los estándares éticos establecidos por la revista. Asimismo, confirman que este trabajo es inédito y no ha sido publicado, ni parcial ni totalmente, en ninguna otra publicación.

AUTHOR CONTRIBUTION

Nombres de autores e iniciales: Alicia Guadalupe Mendoza Orquera (AGMO)

1. Conceptualización: (AGMO)
2. Curación de datos: (AGMO)
3. Análisis formal: (AGMO)
4. Adquisición de fondos:
5. Investigación: (AGMO)
6. Metodología: (AGMO)
7. Administración del proyecto: (AGMO)
8. Recursos: (AGMO)
9. Software:
10. Supervisión: (AGMO)
11. Validación: (AGMO)
12. Visualización: (AGMO)
13. Redacción – borrador original: (AGMO)
14. Redacción – revisión y edición: (AGMO)