

Nidia Mariel Alvarado-Sánchez^{1a}, Marisol Velasco-Aragón^{2b}, Héctor Martínez-López^{3c}, Jenifer Viviana Cruz-Núñez^{1d}, Rebeca Delgado-Vásquez^{1e}, Paola Lizeth Reyes-Castellanos^{1f}

¹Universidad Regional del Sureste, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Programa de Servicio Social. Oaxaca, Oaxaca, México

²Universidad Regional del Sureste, Escuela de Enfermería y Obstetricia. Oaxaca, Oaxaca, México

³Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 38, Atención Preventiva Integrada. Oaxaca, Oaxaca, México

Número de registro en SIRELCIS: R-2025-2001-011

Doi: 10.5281/zenodo.20708718

ORCID

0009-0000-4508-6926^a

0000-0003-1643-632X^b

0000-0002-6080-1091^c

0009-0008-9545-3059^d

0009-0004-2954-0040^e

0009-0006-6558-7553^f

Palabras clave (DeCS):

Afecto

Calidad de la Atención de Salud

Personal de Enfermería

Estado Emocional

Trato Digno

Keywords (DeCS):

Affect

Quality of Health Care

Nursing Staff

Mood

Dignified Treatment

Correspondencia:

Marisol Velasco Aragón

Correo electrónico:

veam0308@profesores.urse.edu.mx

Fecha de recepción:

24/09/2025

Fecha de aceptación:

19/01/2026

Resumen

Introducción: evaluar las dimensiones del estado emocional del personal de enfermería desde la perspectiva del afecto positivo y negativo es prioritario por su impacto en la atención de los servicios sanitarios.

Objetivo: analizar la relación entre las dimensiones del estado emocional del personal de enfermería y el indicador de trato digno percibido por los pacientes.

Metodología: estudio descriptivo transversal con 5 miembros del personal de enfermería de Medicina Preventiva y 40 pacientes. Se utilizó la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) para evaluar las emociones y el Indicador de Trato Digno de enfermería para medir la percepción en cuanto a ese trato. Se procesó la información con el programa SPSS y se hizo análisis estadístico univariado y bivariado.

Resultados: en personal de enfermería predominó el afecto positivo y un alto nivel de satisfacción percibida por los pacientes. Sin embargo, la correlación positiva fue débil entre el afecto positivo y el promedio del indicador de trato digno ($\rho = 0.30$; $p > 0.05$). También hubo una correlación negativa de magnitud débil entre el afecto negativo y el trato digno ($\rho = -0.40$; $p > 0.05$).

Conclusión: el estado emocional del personal de enfermería no representa un factor determinante o significativamente influyente en el desempeño profesional ni en el trato digno percibido por los pacientes.

Abstract

Introduction: Assessing the emotional state dimensions of nursing staff from the perspective of positive affect and negative affect is a priority due to its impact on healthcare services.

Objective: To analyze the relationship between the emotional state dimensions of nursing staff and the indicator of dignified treatment perceived by patients.

Methodology: Cross-sectional descriptive study conducted with 5 nursing staff members from Preventive Medicine and 40 patients. The Positive and Negative Affect Scale (PANAS) was used to assess emotions, and the nursing Indicator of Dignified Treatment was used to measure that treatment's perception. Data processing was performed using SPSS, and univariate and bivariate statistical analyses were conducted.

Results: Positive affect predominated among nursing staff, along with a high level of patient satisfaction. However, the positive correlation between positive affect and the mean score on the dignified treatment indicator was weak ($\rho = 0.30$; $p > 0.05$). A weak negative correlation was also found between negative affect and dignified treatment ($\rho = -0.40$; $p > 0.05$).

Conclusion: The emotional state of nursing staff does not represent a determining or significantly influential factor in professional performance or in the dignified treatment perceived by patients.

Introducción

El bienestar emocional del personal de enfermería constituye un componente esencial en el desempeño profesional de las instituciones de salud, ya que influye de manera directa en la calidad de la atención otorgada a los pacientes. En esta lógica, la práctica de enfermería se caracteriza por una elevada demanda física y emocional, derivada del contacto permanente con el sufrimiento humano, la enfermedad y, en muchos casos, por sucesos de muerte. Esta exposición continua a situaciones estresantes, cargas laborales intensas y gestión constante de emociones puede afectar la salud mental del profesional y comprometer su capacidad de respuesta ante los requerimientos asistenciales y administrativos propios del entorno hospitalario.

El término *emoción* se entiende como una alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática.¹ Con enfoque psicológico, las emociones constituyen un fenómeno intrínseco a la condición humana y forman parte esencial de la experiencia cotidiana. De esta forma, las emociones están presentes en la mayoría de los actos humanos y representan un elemento fundamental de la vida; sin embargo, no todas las acciones generan necesariamente una emoción, pues algunas pueden limitarse a provocar sensaciones de comodidad sin desencadenar una respuesta emocional propiamente dicha.²

Para Sánchez-Ruda,³ *las emociones* son un conjunto complejo de interacciones entre factores subjetivos y objetivos, mediados por sistemas neurohormonales, que producen experiencias afectivas, activan procesos cognitivos y generan respuestas fisiológicas y conductuales orientadas a una meta específica. Esta perspectiva integradora permite comprender que las emociones no solo influyen en la vivencia individual, sino también en la conducta observable y la toma de decisiones, aspectos cruciales en el ejercicio profesional de enfermería.

En el ámbito laboral sanitario, se ha evidenciado que los estados emocionales alterados como el estrés, la ansiedad y la fatiga repercuten negativamente en la calidad del cuidado, lo cual incrementa el riesgo de errores clínicos, disminuye la satisfacción del paciente y afecta el clima organizacional. En este contexto, el personal de enfermería realiza múltiples actividades asistenciales, administrativas y educativas que con frecuencia se traducen en sobrecarga laboral relacionada con el contacto directo y continuo con pacientes y familiares. Además están los

factores personales y sociales que pueden generar frustración, agotamiento y desmotivación, lo cual condiciona actitudes poco favorables y un deterioro progresivo del rendimiento profesional.

Para la evaluación de las emociones en contextos laborales, Moral de la Rubia⁴ destaca la utilidad de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS). Desarrollada en 1988 por David Watson, Lee Anna Clark y Auke Tellegen, dicha escala permite medir tanto el afecto positivo como el negativo por medio de 20 ítems distribuidos en 2 dimensiones. Esta herramienta facilita la identificación de estados emocionales predominantes en un momento determinado y proporciona información valiosa para el diseño de intervenciones orientadas al fortalecimiento del bienestar psicológico del personal de salud.

La enfermería, entendida como una disciplina centrada en el cuidado del ser humano, deriva etimológicamente del término en latín *infirmus*, relacionado con debilidad o enfermedad.⁵ No obstante que el cuidado de enfermería trasciende al tratamiento de la patología, este implica una actitud de compromiso, responsabilidad y atención diligente hacia el otro. Arenas⁶ establece que *cuidar* constituye una actividad inherente a la vida humana, orientada al bienestar, la satisfacción de necesidades y, cuando es necesario, a la garantía de una muerte digna. En este sentido, Cruellas⁷ subraya que *el cuidado* es un trabajo intenso y muchas veces invisible que requiere un abordaje integral que considere la complejidad social, cultural y existencial del individuo.

Lo anterior permite entender la estrecha relación entre la calidad de los servicios de salud y la calidad del cuidado profesional de enfermería como una atención centrada en las personas, familias y comunidades con atributos como la seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo; el logro de estos atributos depende no solo de la infraestructura y los recursos disponibles, sino también del desempeño humano y del trato directo brindado por los profesionales. Es así como la calidad de la atención en los servicios de salud constituye un eje estratégico para el fortalecimiento de los sistemas de salud y el logro de la cobertura sanitaria universal.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la *calidad de la atención* como aquella centrada en las personas, familias y comunidades que alcanza niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad y eficiencia.⁸ Desde esta perspectiva, la calidad no solo representa un atributo técnico del servicio, sino un componente esencial para mejorar los resultados en salud, minimizar

riesgos iatrogénicos y garantizar una atención basada en evidencia científica y en las necesidades de la población.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la *calidad asistencial* continúa siendo un desafío, dado que hacen referencia a que el 10% de los pacientes sufre algún daño durante la atención hospitalaria en países de ingresos altos y 7 de cada 100 usuarios hospitalizados adquieren infecciones asociadas a la atención sanitaria.⁹ También se estima que entre 5.7 y 8.4 millones de muertes anuales en países de ingresos bajos y medianos están relacionadas con atención de calidad deficiente, lo que representa hasta el 15% de las muertes en dichos contextos. Estas cifras evidencian que la calidad no es un elemento accesorio, sino un determinante directo de la seguridad del paciente y de los desenlaces clínicos.

En el contexto nacional Ramírez-Sánchez¹⁰ señala que la satisfacción del paciente constituye uno de los indicadores de mayor relevancia, porque refleja la opinión respecto al cuidado recibido, la confianza en el personal de salud y los resultados obtenidos. En México, el Centro de Investigación en Sistemas de Salud reportó que el 24.6% de la población manifestó haber tenido una necesidad de salud en los 3 meses previos; sin embargo, solo el 44% recibió atención en servicios públicos. A pesar de ello, el 81.2% calificó la atención como buena y el 18% como mala.¹¹ Estos datos muestran avances, pero también áreas de oportunidad relacionadas con accesibilidad, oportunidad y experiencia del usuario.

Por su parte, Bautista-Arredondo¹² documentó los motivos para no acudir a servicios públicos, el 71% se relacionó con barreras de accesibilidad y el 21% con la percepción de mala calidad de la atención. Entre los factores más señalados por los usuarios se encuentran los largos tiempos de espera, deficiencias en los procesos diagnósticos, infraestructura inadecuada, insuficiencia de recursos y, de manera relevante, el trato recibido por parte del personal de salud. Tales resultados reflejan problemáticas estructurales y organizacionales que impactan directamente en la confianza y utilización de los servicios.

Este último elemento adquiere especial importancia al considerar que el componente humano es determinante en la experiencia del paciente. Profesionales en contacto directo y continuo con los usuarios, como enfermería, medicina, trabajo social y personal asistencial, enfrentan cargas laborales intensas y demandas emocionales constantes. En particular, el personal de enfermería asume múltiples funciones asistenciales, administrativas y de coordinación, frecuentemente en contextos de so-

brecarga y limitaciones institucionales, lo que exige una gestión emocional permanente para mantener estándares adecuados de trato y seguridad.

Si la satisfacción del usuario es un indicador clave de calidad y el trato percibido forma parte esencial de dicha evaluación, entonces los factores emocionales y psicosociales del personal constituyen variables críticas que pueden influir positiva o negativamente en los resultados asistenciales.¹³ El estrés laboral, la fatiga, el desgaste profesional y las condiciones organizacionales adversas pueden repercutir en la comunicación terapéutica, la toma de decisiones clínicas y la empatía hacia el paciente.

Por lo anterior, se justifica la realización de estudios orientados a evaluar cómo el estado emocional del personal de enfermería repercute en la calidad de la atención brindada y si existen estrategias individuales o institucionales que favorezcan el manejo adecuado de las emociones. Analizar estos factores permitirá diseñar intervenciones dirigidas al fortalecimiento del bienestar del profesional, optimizar la experiencia del usuario y contribuir al cumplimiento de los indicadores de calidad establecidos a nivel nacional e internacional. En última instancia, mejorar la salud emocional del personal de enfermería no solo representa una acción en beneficio del trabajador, sino una inversión estratégica para elevar la calidad, seguridad y humanización de los servicios de salud.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal en la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) durante el mes de febrero de 2025. Mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, se incluyó a personal de enfermería auxiliar en salud pública y a 40 pacientes que recibieron la atención.

Del personal auxiliar de enfermería en salud pública se incluyeron 5 participantes de la consulta de atención preventiva integrada del turno vespertino y 40 pacientes que recibieron atención por parte del personal. No se incluyó a personal que se encontraba de incapacidad, con sustitución de trabajador por trabajador, que no aceptó participar en el estudio, personal con categoría laboral de jefe de piso y enfermera especialista en medicina familiar y personal de los servicios de Estomatología, Curaciones y Central de Equipos y Esterilización. Se eliminaron los cuestionarios con llenado incompleto de personal y pacientes.

Instrumentos de medición

Para la recolección de datos se empleó la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS), instrumento psicométrico desarrollado originalmente por Watson, Clark y Tellegen en 1988 y validado en población hispanohablante por la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología en 2002, con una alta consistencia interna: alfa de Cronbach generalmente > 0.80 .¹⁴ Esta escala evalúa 2 dimensiones independientes del estado afectivo y permite identificar el predominio emocional del encuestado en un momento determinado. Consta de 20 ítems, distribuidos en 2 subescalas: a) Indicador de Afecto Positivo (AP), el cual mide el grado en que la persona experimenta estados emocionales placenteros y de activación positiva, e incluye 10 términos que describen emociones como entusiasmo, energía, concentración, inspiración o determinación; b) Indicador de Afecto Negativo (AN), que evalúa la presencia de estados emocionales desagradables o de activación negativa, e incluye 10 términos asociados a emociones como nerviosismo, irritabilidad, culpa, miedo o angustia. La interpretación conceptual de los puntajes altos y bajos para cada subescala se muestra en el **cuadro I**.

Es importante señalar que ambas dimensiones son estadísticamente independientes; es decir, un individuo puede presentar puntajes altos en ambas, bajos en ambas o predominio de una sobre la otra.

Cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert de 5 puntos que refleja la intensidad con la que se experimenta cada emoción: 1 = nada, 2 = un poco, 3 = moderado, 4 = bastante y 5 = extremadamente. El sistema de puntuación para realizar la evaluación consiste en

la suma de los 10 ítems correspondientes al AP y la suma de los 10 ítems correspondientes al AN. El rango de puntuación por dimensión es mínimo: 10 puntos (10 ítems \times 1) máximo: 50 puntos (10 ítems \times 5). Por lo tanto, cada dimensión oscila entre 10 y 50 puntos.

Puntos de corte (cohortes) e interpretación

Aunque la PANAS no establece puntos de corte clínicos universales rígidos, para fines de investigación se pueden establecer cohortes interpretativas basadas en rangos teóricos para ambas dimensiones de AP o AN. El predominio se determina al comparar ambas sumatorias (**cuadro II**). Este procedimiento permite distinguir en el encuestado el matiz emocional dominante y analizar su posible relación con variables laborales, personales o institucionales.

El segundo instrumento utilizado es el Indicador de Trato Digno en Enfermería, que fue realizado y aprobado por la Secretaría de Salud, y se utiliza para evaluar la calidad de la atención. Este instrumento recopila la percepción del paciente o familiar acerca del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su visita a la unidad hospitalaria de forma ambulatoria. Consta de un sistema de preguntas dicotómicas de respuesta afirmativa o negativa. El indicador se estructura en 5 dimensiones que permiten operacionalizar el concepto de trato digno. Estas dimensiones están alineadas con los criterios de calidad percibida y seguridad del paciente:¹⁵

- Respeto y cortesía: saludo inicial, presentación del personal de enfermería, uso del nombre del paciente, lenguaje claro y adecuado.

Cuadro I Interpretación conceptual de cada dimensión de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS)

Puntajes	Dimensiones	
	Indicador de Afecto Positivo (AP)	Indicador de Afecto Negativo (AN)
Altos	Mayor energía, motivación, compromiso y disposición favorable	Mayor presencia de estrés, tensión o malestar emocional
Bajos	Escasa activación positiva, posible apatía o desmotivación	Menor carga emocional negativa, mayor estabilidad afectiva

Cuadro II Cohortes interpretativas y predominio emocional

Puntos de cohorte		Determinación del predominio emocional	
Interpretación	Rango de puntuación	Predominio	Interpretación
Bajo	10-23	Si AP > AN	Predomina afecto positivo
Moderado	24-36	Si An > AN	Predomina afecto negativo
Alto	37-50	Si AP \approx AN	Perfil emocional equilibrado o mixto

- Información y comunicación: explicación de procedimientos antes de realizarlos, resolución de dudas, información comprensible sobre cuidados y tratamiento.
- Privacidad y confidencialidad: uso de biombos o cortinas, protección de datos personales, discreción durante la exploración física.
- Empatía y apoyo emocional: escucha activa, interés por el bienestar emocional, actitud amable y disposición para ayudar.
- Oportunidad en la atención: tiempo de respuesta al llamado, disponibilidad del personal.

Para la evaluación se determinaron 3 niveles de trato digno con su respectivo rango de cumplimiento: en nivel alto (85-100%), nivel medio (70-84%) y nivel bajo (< 70%). Para el cálculo del porcentaje global se utilizó la fórmula:

$$\text{Cumplimiento} = \frac{\text{Puntaje obtenido}}{\text{Puntaje máximo esperado}} \times 100$$

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo al inicio del turno. Se aplicó la escala PANAS al personal de enfermería. Después de cada atención recibida, se aplicó el Indicador de Trato Digno a los Pacientes.

El Indicador de Trato Digno se evaluó en 40 pacientes mediante el instrumento estructurado tipo Likert. Los puntajes individuales de Trato Digno se agruparon por profesional de enfermería y se calculó el promedio porcentual de cumplimiento por cada enfermera(o), con el fin de homologar la unidad de análisis ($n = 5$ profesionales). Dado el tamaño muestral reducido y la imposibilidad de asumir normalidad en la distribución de los datos, se utilizó el coeficiente de correlación de rangos de Spearman (ρ) para determinar la asociación entre el Puntaje de Afecto Positivo (PAP) y promedio del Indicador de Trato Digno y el Puntaje de Afecto Negativo (PAN) y promedio del Indicador de Trato Digno. La magnitud de la correlación se interpretó conforme a los siguientes criterios: como asociación muy débil (0.00-0.19), débil (0.20-0.39), moderada (0.40-0.59), fuerte (0.60-0.79) y muy fuerte (0.80-1.00).

Se estableció un nivel de significación estadística de $p < 0.05$. No obstante, debido al tamaño muestral reducido, los resultados fueron interpretados con carácter exploratorio y descriptivo, y se priorizó la magnitud y dirección del coeficiente sobre la significación estadística. Los

datos fueron procesados mediante estadística descriptiva (media, desviación estándar y porcentajes) y análisis correlacional no paramétrico.

Se obtuvo la autorización del Comité de Investigación Científica y Ética del IMSS y con folio de aprobación R-2025-2001-011. Asimismo, se cumplieron los principios de la Declaración de Helsinki y las Pautas Internacionales del Código de Ética y lo dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de Investigación. Se protegió la confidencialidad de la información y se recabó un consentimiento informado.¹⁶

Resultados

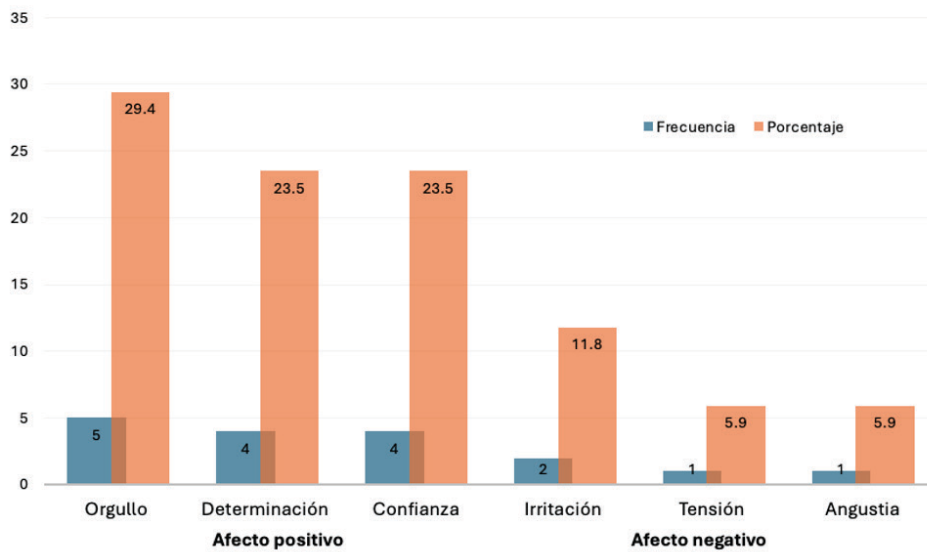
Del personal de enfermería participante el rango de edad osciló entre los 30 y los 45 años, con predominio de 30 años. El 80% fueron mujeres que refirieron que ejercían el rol familiar de madre. El 100% de los encuestados estableció que solo contaba con un empleo. El 20% mencionó una antigüedad laboral de 1 a 2 años, el 40% de 3 a 4 años y de 5 a 6 años, respectivamente. El 80% del personal refirió grado académico de licenciatura, con maestría (10%) y enfermera especialista (10%). Respecto a su categoría laboral, el 80% fueron enfermeras especialistas y 20% enfermera(o) general. Acerca de si realizaban actividades recreativas, el 40% dijo que no realizaba ninguna actividad, el 40% algún deporte y 20% otras actividades.

Del grupo de pacientes, su edad osciló entre 18 y 60 años, 60 años fue la edad predominante, el 67.5% (27) fueron mujeres y 32.5% (13) hombres, el 40% (16) ejercían el rol familiar de madre, 40% (16) tenían el rol familiar de padre y solo 20% (8) rol de hijo. El 77.5% (31) tenía un empleo, el 20% (8) 2 empleos y 2.5% (1) 3 empleos. El 42.5% (17) no realizaba actividad recreativa, el 12.5% (5) realizaba arte, el 32.5% (13) algún deporte y el 12.5% (5) otras actividades recreativas. El 62.5% (25) de los pacientes contaba con grado de licenciatura, el 30% (12) con bachillerato y el 7.5% (3) con secundaria.

En cuanto a la evaluación de las emociones, se identificó que en el total de personal de enfermería predominaba el afecto positivo. Cabe señalar que se obtuvo un mayor puntaje en todos los casos en cuanto a orgullo, determinación y confianza como las más recurrentes, mientras que en las emociones de afecto negativo se distinguió con mayor presencia la irritación, la tensión y la angustia (figura 1).

De la evaluación de trato digno, los resultados obtenidos evidencian un alto nivel de satisfacción por parte

Figura 1 Emociones predominantes en personal de enfermería (n = 5)



de los usuarios respecto a la atención recibida. El 92.7% de los pacientes manifestó que se sentía satisfecho con el trato digno proporcionado por el personal de enfermería. Asimismo, se observó que el 97.6% del personal de enfermería saludaba de forma amable, el 90.2% trataba a los pacientes con respeto y el 92.5% explicaba los cuidados que realizaba. Estos indicadores reflejan un adecuado cumplimiento de los estándares de calidad en la atención, particularmente en aspectos relacionados con la comunicación, el respeto a la dignidad del paciente y la educación para la salud.

Se observó una correlación positiva débil entre el afecto positivo y el promedio del Indicador de Trato Digno ($\rho = 0.30$; $p > 0.05$). También se identificó una correlación negativa de magnitud débil entre el afecto negativo y el trato digno ($\rho = -0.40$; $p > 0.05$). Ninguna asociación alcanzó significación estadística, lo cual puede atribuirse al tamaño muestral (cuadro III).

Cuadro III Correlación entre estado emocional (PANAS) y promedio del Indicador de Trato Digno en profesionales de enfermería (n = 5)

Estado emocional (PANAS)	Media \pm DE	Rho de Spearman	p
Afecto positivo (AP)	37.6 \pm 5.1	0.3	> 0.05
Afecto negativo (AN)	17.0 \pm 5.6	-0.40	> 0.05
Trato digno (%)	88.2 \pm 2.6	—	—

Rho: coeficiente de correlación de rangos de Spearman
El promedio de trato digno correspondió al porcentaje de cumplimiento por profesional de enfermería

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el estado emocional del personal de enfermería y su repercusión en la calidad de la atención brindada a los usuarios en la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del IMSS.

Los resultados mostraron que el 100% del personal de enfermería encuestado presentó un estado emocional alto, caracterizado principalmente por emociones positivas como orgullo, determinación y confianza. No obstante, también se presentaron emociones negativas como irritación, tensión y angustia, aunque con menor intensidad. Estos hallazgos sugieren que a pesar de las demandas laborales inherentes al ejercicio profesional, el personal mantiene un adecuado equilibrio emocional que puede favorecer el desempeño de sus funciones y la calidad del cuidado otorgado.

Resultados similares fueron reportados por Morales, quien analizó la relación entre la inteligencia emocional y el cuidado otorgado por enfermeras/os. En dicho estudio se encontró que el personal de enfermería presentó un nivel alto de inteligencia emocional y destacaron principalmente las dimensiones de adaptabilidad (40.3%) y estado de ánimo general (33.3%), lo que evidencia la capacidad del personal para enfrentar de manera efectiva las exigencias del entorno laboral. Sin embargo, también se identificó que el manejo del estrés presentó niveles bajos en un porcentaje considerable (43.8%), lo cual coincide

con la presencia de emociones negativas como tensión o irritación identificadas en el presente estudio y sugiere que el estrés laboral continúa siendo un factor relevante dentro del contexto del cuidado de enfermería.¹⁷

En la investigación realizada por García sobre los estados afectivos emocionales en personal de enfermería del sector salud público en México, la mayoría de los participantes presentó niveles normales de depresión (78.5%), ansiedad (71.5%) y estrés (74.6%). Solo el 21.5% manifestó cierto grado de depresión, sin que se registraran casos graves o extremos. Estos resultados respaldan lo encontrado en el presente estudio, donde se identificó un predominio de emociones positivas en el personal de enfermería, lo que puede interpretarse como un indicador favorable para el bienestar emocional del profesional y, en consecuencia, para la calidad del cuidado brindado a los pacientes.¹⁸

En referencia a los resultados de la evaluación de trato digno, coinciden con lo reportado por Vargas *et al.*, quienes identificaron que el 82% de los pacientes manifestó que el personal de enfermería explica los cuidados que realiza y el mismo porcentaje señaló que se brinda enseñanza al paciente o a su familiar sobre los cuidados relacionados con su padecimiento. Asimismo, el 73% de los usuarios percibió continuidad en los cuidados proporcionados. Dichos hallazgos respaldan la importancia de la comunicación y la educación para la salud como componentes esenciales del trato digno y de la calidad en la atención de enfermería.¹⁹

De igual manera, Carrillo reportó en su estudio sobre el cumplimiento del Indicador de Calidad Trato Digno que la totalidad de los pacientes encuestados calificó el trato recibido como excelente. En dicho estudio se identificó que el 98.25% de los pacientes percibió un saludo amable por parte de la enfermera, el 94.7% recibió explicación de los procedimientos realizados y el 98.25% señaló haber sido tratado con respeto. Estos resultados son comparables con los obtenidos en el presente estudio, donde la mayoría de los indicadores relacionados con el trato digno presentaron porcentajes superiores al 80%, lo que confirma que el personal de enfermería mantiene prácticas de atención centradas en el respeto, la comunicación efectiva y la humanización del cuidado.²⁰

En conjunto, los hallazgos de esta investigación sugieren que un adecuado estado emocional del personal de enfermería puede favorecer la calidad del cuidado y el cumplimiento de los indicadores de trato digno. La presencia predominante de emociones positivas podría contribuir a mejorar la interacción enfermero-paciente,

fortalecer la comunicación terapéutica y promover un ambiente de confianza y respeto durante la atención. No obstante, la presencia de emociones negativas relacionadas con el estrés laboral resalta la necesidad de implementar estrategias institucionales orientadas al fortalecimiento del bienestar emocional del personal de salud, con el fin de garantizar la continuidad de una atención segura, humanizada y de calidad.

Conclusión

El abordaje del estado emocional del personal de enfermería y su asociación con la calidad en la atención permitió analizar la relación existente entre las dimensiones emocionales de afecto positivo o negativo percibidas por el personal de enfermería con el trato digno percibido por los pacientes.

Cabe señalar que aunque en el personal de enfermería predominó el estado emocional positivo durante el desempeño de sus funciones laborales, estas emociones positivas no se asocian de manera directa con la calidad de la atención. Incluso se identifica que a medida que el estado emocional positivo es mayor, la calidad percibida en algunos indicadores de atención tiende a disminuir. Por lo tanto, se concluye que el estado emocional del personal de enfermería no representa un factor determinante o significativamente influyente en el desempeño profesional ni en el trato digno percibido por los pacientes.

Por otra parte, los resultados muestran que los profesionales de enfermería poseen la capacidad de gestionar dichas emociones de forma adecuada, evitando que estas afecten su estabilidad emocional y manteniendo una actitud empática y comprensiva hacia los pacientes durante la atención, aun bajo situaciones laborales complejas.

A pesar de que el personal refiere que mantiene un estado emocional favorable, se identificaron algunas deficiencias en el cumplimiento de ciertos indicadores del trato digno. Entre los aspectos omitidos con mayor frecuencia se encuentran la presentación del personal ante el paciente, el dirigirse al usuario por su nombre y el ofrecimiento de condiciones adecuadas que garanticen el pudor y la intimidad durante los procedimientos. Estas acciones, aunque puedan parecer simples, constituyen elementos fundamentales de la calidad de la atención y su omisión puede impactar negativamente en la percepción del cuidado recibido por parte de los pacientes.

En este sentido, resulta indispensable la adopción de estrategias orientadas al fortalecimiento de la calidad de la

atención y al cumplimiento de los indicadores de trato digno. Entre estas estrategias se sugiere la implementación de herramientas prácticas, como listas de verificación o protocolos de atención, que permitan al personal de enfermería

recordar y aplicar de manera sistemática las acciones necesarias para garantizar una atención humanizada, segura y centrada en el paciente.

Referencias

1. Real Academia Española. Emoción. Diccionario de la lengua española. 23.ª ed. Madrid: España Calpe; 2021. Disponible en <https://dle.rae.es/emoci%C3%B3n>
2. Pinedo-Cantillo IA, Yáñez-Canal J. Emociones básicas y emociones morales complejas: claves de comprensión y criterios de clasificación desde una perspectiva cognitiva. Tesis Psicológica. 2020; 15(2):1-33. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1390/139069262012/html/>
3. Sánchez-Ruda G. Las emociones en la práctica enfermera (tesis doctoral). Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 2022.
4. Moral de la Rubia J. La Escala de Afectos Positivos y Negativos (PANAS) en personas mexicanas. Rev Av Psicol. 2020;5(1):35-50.
5. Escuela de Pacientes Castilla y León. España: Junta de Castilla y León; [sin fecha de publicación]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/dias-mundiales-relacionados-salud/dia-internacional-enfermeria-165f13>
6. Arenas N. El cuidado como manifestación de la condición humana. Rev Salus. 2021;10(1):12-7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375938979004.pdf>
7. Cruellas M. La inteligencia emocional en el ámbito enfermero (Trabajo de grado). Madrid: Universidad Europea; 2021. Disponible en: <https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/127/MercedesCruellaspdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Organización Panamericana de la Salud. Mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud. Washington: OPS; 17 de septiembre del 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/eventos/mejorar-calidad-atencion-prestacion-servicios-salud>
9. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. [sin lugar de publicación]: OMS; 11 de septiembre de 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
10. Ramírez-Sánchez T, Nájera Aguilar P, Nigenda López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. SPM. 2023; 40(1) 337-339.
11. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Necesidades de salud en la población mexicana 2022. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2023. Disponible en: <https://www.insp.mx/insp/gaceta-viva-salud/centro-de-investigacion-en-sistemas-de-salud-ciss.html>
12. Bautista-Arredondo S, Vargas-Flores A, Moreno-Aguilar LA, et al. Utilización de servicios de salud en México: cascada de atención primaria en 2022. Salud Publica Mex. 2023 Jun 8;65:s15-22. doi: 10.21149/14813
13. Flores-Hernández S, Pérez Cuevas R, Dreser Mancilla A, et al. Calidad de la atención de los servicios de Salud. Salud Publica Mex. 2024;66(4). doi: 10.21149/15825
14. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. J Pers Soc Psychol. 1988;54(6):1063-70.
15. Secretaría de Salud. Qué es el sistema INDICAS. México: Secretaría de Salud; actualizado el 5 de febrero de 2026. Disponible en: https://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/sistema_indicas.html
16. Comisión Nacional de Bioética. Declaración de Helsinki Antecedentes y posición de la Comisión Nacional de Bioética. Ley General de Salud, Título Quinto, Investigación para la Salud, Artículo 100 de 15 de abril al 15 de junio, 2013. México: CONBIOÉTICA; 15 de junio de 2013. Disponible en: <https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/helsinki.pdf>
17. Morales Castillejos L, Gracia Verónica Y, Landeros Olvera E. Relación de la inteligencia emocional con el cuidado otorgado por enfermeras/os. Revista CUIDARTE. 2020;11(3). doi: 10.15649/cuidarte.989
18. García-Rivera BR, Maldonado-Radillo SE, Ramírez-Barón M. Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. Summa Psicológica. 2020 11(1):65-73. Disponible en: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/summa/v11n1/a06.pdf>
19. Vargas Esquivel LM, Ramírez Vázquez MT, Rodríguez Morán S, et al. Factores sociodemográficos del personal de enfermería que influyen en el trato digno al paciente en un hospital del ISSSTE. Vertientes. Revista Especializada En Ciencias De La Salud. 2013;15(1).
20. Carrillo-Martínez M, Martínez-Coronado LE, Mendoza-López JR, et al. Cumplimiento del indicador de calidad trato digno proporcionado por el personal de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2009;17(3):139-142. Disponible en: https://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php/revista_enfermeria/article/view/509/912

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Alvarado-Sánchez NM, Velasco-Aragón M, Martínez-López H, et al. Dimensiones del estado emocional del personal de enfermería y el trato digno percibido por los pacientes. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2026;34(3):e1586. doi: 10.5281/zenodo.20708718