

Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Burnout en enfermería y cuidado humanizado al paciente crítico según personal y familiares

Nurse burnout and humanized care for critically ill patients: nurse and family perceptions

Artículo Original DOI: 10.19136/hs.a25sI.6431

Perla María Trejo Ortíz [1]
José Osskar Guerrero Solis [2]
José Manuel Limón Flores [3]
Erika María Luisa Galaviz Herrera [4]
Ana Carmen Rosales Fernández [5]
María Luz De Ávila Arroyo [6]

Correspondencia: Perla María Trejo Ortíz. Dirección postal: Universidad Autónoma de Zacatecas. Campus UAZ siglo XXI. Carretera Zacatecas- Guadalajara Kilómetro 6, Ejido La Escondida, C.P. 98160. Zacatecas, México.
Correo electrónico: perlatrejo@uaz.edu.mx

Licencia CC-By-NC-ND

[1] *Doctora en Ciencias de Enfermería. Unidad Académica de Enfermería. Universidad Autónoma de Zacatecas. México.*
[2] *Enfermero Especialista en Cuidados al Paciente en Estado Crítico. Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar en Zacatecas. México.*
[3] *Enfermero Especialista en Cuidados al Paciente en Estado Crítico. Instituto Mexicano del Seguro Social en Zacatecas. México.*
[4] *Enfermera Especialista en Cuidados al Paciente en Estado Crítico. Instituto Mexicano del Seguro Social en Zacatecas. Méxicoo.*
[5] *Enfermera Especialista en Cuidados al Paciente en Estado Crítico. Instituto Mexicano del Seguro Social en Zacatecas. México.*
[6] *Doctora en Educación. Facultad de Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México.*

Perla María Trejo Ortíz
José Osskar Guerrero Solis
José Manuel Limón Flores
Erika María Luisa Galaviz Herrera
Ana Carmen Rosales Fernández
María Luz De Ávila Arroyo



Resumen

Objetivo: Analizar si el burnout del personal de enfermería que atiende a usuarios en estado crítico se relaciona con el cuidado humanizado que perciben el propio personal y los familiares, y comparar ambas percepciones.

Materiales y Métodos: Estudio transversal, correlacional y comparativo, con 118 profesionales de enfermería elegidos mediante muestreo aleatorio simple y 118 familiares de personas hospitalizadas en estado crítico en un hospital de Zacatecas, México, analizados en pares. Se aplicaron el MBI y la PCHE (3.ª versión). Se emplearon la correlación de Spearman con ajuste de Holm, la prueba de signos y la prueba exacta de Fisher.

Resultados: La prevalencia de burnout fue de 15.3% y 39.8% en riesgo de desarrollarlo. En la mitad de los pares la percepción del familiar coincidió con la del personal; cuando difirieron, el personal se calificó con mayor frecuencia por encima ($p = .037$), sobre todo en la apertura a la comunicación ($p = .007$). La percepción del personal acerca del cuidado humanizado se asoció con el cansancio emocional ($rs = -.451$) y la despersonalización ($rs = -.540$); en el familiar se asoció con el cansancio emocional ($rs = -.416$), la despersonalización ($rs = -.505$) y la realización personal ($rs = -.268$), todas con un valor de $p \leq .024$ posterior al ajuste.

Conclusiones: El burnout se asocia con una menor percepción de cuidado humanizado del personal y los familiares. Es necesario promover estrategias que fortalezcan la prevención y detección oportuna del agotamiento profesional, así como la relación enfermero-paciente-familia, especialmente en contextos críticos donde resulta aún más limitada la interacción humana.

Palabras Claves: Personal de Enfermería; Humanización de la Atención; Agotamiento Profesional; Familia.

Abstract

Objective: To analyse whether burnout among nurses caring for critically ill patients is related to humanized care as perceived by the nurses themselves and by family members, and to compare both perceptions.

Materials and Methods: This cross-sectional, correlational and comparative study included 118 nurses selected by simple random sampling and 118 family members of critically ill patients at a hospital in Zacatecas, Mexico, analysed as pairs. Data were collected with the MBI and the third version of the PCHE. Spearman's rank correlation with Holm adjustment, the sign test and Fisher's exact test were used.

Results: Burnout prevalence was 15.3%, and an additional 39.8% were at risk of developing it. In half of the pairs, the family member's perception matched with the nurse's; when they differed, nurses more often rated themselves higher ($p = .037$), particularly in openness to communication ($p = .007$). Nurses' perception of humanized care was associated with emotional exhaustion ($rs = -.451$) and depersonalization ($rs = -.540$); family members' perception was associated with emotional exhaustion ($rs = -.416$), depersonalization ($rs = -.505$) and personal accomplishment ($rs = -.268$), all with $p \leq .024$ after adjustment.

Conclusions: Burnout is associated with lower perceived humanized care among both nurses and family members. Strategies should be promoted to prevent and detect professional burnout early and to strengthen the nurse-patient-family relationship, especially in critical care settings, where human interaction is even more limited.

Keywords: Nursing Staff; Humanization of Assistance; Burnout, Professional; Family.

• Fecha de recibido: 14 de septiembre de 2026 • Fecha de aceptado: 06 de noviembre de 2026
• Fecha de publicación: 06 de noviembre de 2026

Licencia CC-By-NC-ND

Introducción

El burnout, conocido también como síndrome de desgaste profesional, constituye un problema propio del ambiente laboral, caracterizado por un estrés crónico asociado al trabajo que no ha sido procesado con éxito[1]. Acorde con Maslach y Jackson este padecimiento se integra por una triada sintomatológica: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal[2]. Aunque cualquier profesional está en riesgo de desarrollarlo, está documentado que el personal de salud, principalmente enfermería, es altamente vulnerable, sobre todo quienes trabajan con pacientes en estado crítico dado que se exponen continuamente a situaciones de elevado impacto a las emociones, sobrecarga laboral, sufrimiento moral, recursos limitados, déficit de personal e impacto psicológico derivado de la atención a pacientes críticamente inestables[3,4,5].

A pesar de que las prevalencias del síndrome alrededor del mundo tienden a variar según el contexto estudiado, es evidente que su presencia representa un problema de salud global. Un estudio realizado en seis países de Europa encontró que el burnout estaba presente en el 27.1% de las enfermeras en cuidados intensivos y el 30.3% de otras áreas hospitalarias; no obstante, en Grecia la prevalencia reportada de niveles medios o altos del síndrome es de 91.1%[6,7]. En España, el problema se ha encontrado tanto en hospitales de alta complejidad como en atención primaria, donde cerca de uno de cada seis profesionales de enfermería se ve afectado[8,9]. En Latinoamérica, particularmente Colombia y Brasil, los porcentajes de afectación por este síndrome o alguno de sus síntomas varían de un 63.2% a un 77.7%[10,11]. En México, las cifras son igualmente preocupantes, sobre todo durante o después de la pandemia, con reporte de prevalencias que van desde un 34.4% hasta un 88%[12,13,14]. Cabe destacar que revisiones sistemáticas recientes, reportan prevalencias del 6% al 66% dependiendo del instrumento utilizado o de si se considera únicamente el síndrome establecido o todo el proceso del desarrollo de desgaste[15,16].

Lo preocupante de este problema no son solo las cifras, sino las repercusiones en quien lo padece. La literatura expone que el personal afectado presenta problemas físicos y mentales, detrimento de las relaciones interpersonales y reducción en la autoestima, lo cual afecta la calidad y la seguridad del cuidado otorgado, lo que a su vez repercute en la satisfacción del paciente y su familia[17], ésta última en la mayoría de los casos dejada de lado y más aún en los casos en que el paciente se encuentra en estado crítico. Igualmente es reconocido que, entre los síntomas del burnout, el cinismo y la desconexión emocional pueden provocar que el personal se perciba menos capaz para otorgar un cuidado empático y enfocado en el paciente, es decir, un cuidado humanizado.

Respecto al cuidado humanizado, éste representa uno de los elementos principales de la atención a la salud y un compromiso ético que la enfermería tiene con la humanidad, se enfoca en ofrecer un cuidado completo y respetuoso, considerando aspectos físicos, emocionales y sociales de la persona cuidada, en un contexto en el que un entorno altamente tecnificado y especializado, puede convertirse en una barrera para su ejercicio[18,19]. Desde un punto de vista más objetivo, implica reconocer al individuo como un ser integral, con dignidad y valores éticos; que requiere de la reflexión científica y el uso creativo del conocimiento por parte del profesional que lo cuida[20,21,22]; aspectos que se consideran fundamentales para que el paciente y, en este caso su familia, experimenten una atención cálida, sensible y personalizada[23,24,25].

Investigaciones recientes sobre la percepción del cuidado humanizado que otorga enfermería, reportan resultados divergentes cuando se evalúa la percepción del familiar, el paciente o el propio personal. En Perú, un estudio realizado en familiares de pacientes internados en cuidados intensivos, reportó que el 90.12% calificó como regular el cuidado humanizado[26], cifra superior a lo encontrado en Zacatecas, México, donde el 63.5% de los usuarios consideró que enfermería siempre otorga un cuidado humanizado[27]. En Ecuador, se encontraron niveles bajo 29% y medio 28% de humanización en el cuidado otorgado[28]. De igual manera, el 44% de pacientes hospitalizados en establecimientos de mediana y alta complejidad en Colombia, percibió siempre un cuidado humanizado[29], dato similar a lo reportado por mujeres internadas en hospitales de Hidalgo, México, en quienes predominó una buena percepción de cuidado humanizado[30]. Datos relevantes, indican que la inteligencia emocional de las enfermeras y enfermeros se asocia con conductas observables del cuidado[31], sin dejar de lado el apoyo social, la autoeficacia[32], la antigüedad laboral y las características del puesto[33]. Además, la percepción de un cuidado humanizado mejora la satisfacción del paciente[34].

La literatura científica que asocie directamente el burnout con el cuidado humanizado que brinda enfermería es escasa. Entre los resultados encontrados destaca que la presencia de riesgos psicosociales laborales, sobrecarga laboral, el agotamiento emocional y el propio burnout tienen una relación negativa con el cuidado humanizado[35,36,37,38,39,40]; además, se ha encontrado que brindar este tipo de cuidado de manera sostenida, sobre todo en áreas críticas, puede desencadenar estrés laboral, fatiga por compasión e incluso burnout en las enfermeras y enfermeros, lo que posiblemente refleje la bidireccionalidad entre las variables[41]. Sorpresivamente, otras investigaciones sugieren que la deshumanización del cuidado puede ser una estrategia contra los síntomas del burnout, lo que pudiera sugerir que el personal emplea la deshumanización como un mecanismo de defensa frente al burnout[42,43].

En función a lo descrito y, considerando que contar con información sobre el burnout y el cuidado humanizado en este grupo profesional, permitirá orientar estrategias institucionales dirigidas a prevenir y detectar oportunamente el síndrome en este personal, así como fortalecer la relación enfermero-paciente-familia, particularmente en contextos críticos donde la interacción humana es más limitada, esta investigación se planteó analizar si el burnout del personal de enfermería que atiende a usuarios en estado crítico se relaciona con el cuidado humanizado que perciben el propio personal y los familiares, comparar ambas percepciones y diferenciar el comportamiento de estas variables de acuerdo a características sociodemográficas de cada grupo.

Materiales y Métodos

El diseño fue transversal, de tipo descriptivo, correlacional y comparativo. La población se integró por 174 profesionales de enfermería adscritos a los servicios de medicina interna, cirugía, traumatología, área de choque, observación adultos y terapia intensiva, de un hospital de segundo nivel del sector público en Zacatecas, durante el periodo junio-agosto del 2025. La muestra se calculó para un nivel de confianza de 95% con error de 5%, que determinó 120 participantes, mismos que se eligieron

Licencia CC-By-NC-ND

por muestreo aleatorio simple a partir del listado de personal adscrito a los servicios ya mencionados en los diferentes turnos, con números aleatorios generados en Excel. Se incluyó al personal que tuviera a su cargo pacientes en estado crítico, entendiendo por éste a quien presentaba al menos una de las siguientes condiciones: ventilación mecánica, apoyo aminérgico, diagnóstico de choque séptico o traumatismo craneoencefálico grave. Cuando el personal seleccionado no tenía pacientes a su cargo con esta condición, se sustituyó por el siguiente profesional de la lista. Se excluyó al personal que manifestó estar diagnosticado y en tratamiento por algún trastorno mental.

Por cada profesional se encuestó a un familiar, seleccionado de manera no probabilística, es decir, se tomó al primer paciente en estado crítico según el censo del servicio, a cargo del profesional seleccionado. Si el familiar no cumplía con los criterios de selección (mayores de edad, identificados como cuidadores primarios y que aceptaron participar voluntariamente), se eligió al siguiente paciente de la lista. Se excluyó a los familiares de pacientes con estancia menor a 24 horas. Se consideró como criterio de eliminación el llenado incompleto de cuestionarios, aunque esta situación no se presentó. Sin embargo, al revisar la base de datos se detectaron dos casos del personal de enfermería que coincidían por completo con otros dos registros, aun cuando los datos del familiar eran diferentes, por lo que se decidió eliminar uno de los dos y al final la muestra quedó conformada por 118 pares de profesional-familiar.

La recolecta de datos se realizó a través de una cédula de datos sociolaborales. Para el personal de enfermería se indagaron el sexo, edad, estado civil, escolaridad, contratación, antigüedad laboral, turno, servicio asignado, así como antigüedad en el servicio; para los familiares se cuestionó el sexo, edad y parentesco con el paciente. Para medir el burnout se empleó el Inventario de Maslach (MBI), adaptado a personal mexicano de enfermería[44]. Tiene 22 ítems organizados en síntomas principales del síndrome: agotamiento o cansancio emocional, integrado por nueve preguntas; despersonalización, con cinco ítems; y realización personal, compuesto por ocho preguntas, con opciones de respuesta tipo Likert que van de 0 a 6. La presencia del síndrome se determinó clasificando primeramente los resultados por subescala, donde se consideraron niveles bajo, medio y alto con puntajes de 0 a 18, 19 a 26 y 27 a 54, respectivamente en cansancio emocional; de 0 a 5, 6 a 9 y 10 a 30 en despersonalización, y de 0 a 33, 34 a 39 y 40 a 56 en realización personal. Se consideró alterada la subescala de cansancio emocional o despersonalización cuando su nivel fue alto, contrario a la realización personal donde se consideró bajo. Se clasificó con síndrome a quienes presentaron dos o más subescalas alteradas y con riesgo a quienes presentaron alteración sólo en una[45]. En esta muestra la consistencia interna fue de $\alpha = 0.81$ para cansancio emocional, $\alpha = 0.69$ para despersonalización y $\alpha = 0.76$ para realización personal.

Para medir el cuidado humanizado se usó el instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) 3ª versión[46], integrado por 32 reactivos, agrupados en 3 dimensiones: Cualidades del hacer de enfermería (CHE), Apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente (ACEP) y Disposición para la atención (DPA). Tiene cuatro opciones de respuesta tipo Likert. Los valores de referencia fueron: CHE nunca (7-19), algunas veces (20-24), casi siempre (25-26) y siempre (27-28); ACEP, nunca (8-20), algunas veces (21-26), casi siempre (27-29) y siempre (30-32);

Licencia CC-By-NC-ND

DPA, nunca (17-49), algunas veces (50-58), casi siempre (59-64), siempre (65-68); y puntaje global, nunca (32-95), algunas veces (96-111), casi siempre (112-120) y siempre (121-128). Este instrumento fue adaptado únicamente en la redacción de los ítems para cada grupo, no se modificó contenido, número de reactivos, opción de respuesta o calificación. Las versiones adaptadas se aplicaron a una muestra piloto de 30 profesionales y 30 familiares que no formaron parte de la muestra final. La consistencia interna global fue $\alpha = 0.93$ en el personal y $\alpha = 0.91$ en los familiares.

Durante la recolecta de datos se acudió a los distintos turnos en que laboraba el personal de enfermería seleccionado. Con el apoyo de la jefa de piso, se verificó que el profesional tuviera pacientes críticos a su cargo; en caso positivo, se invitó a participar primero al familiar y posteriormente al profesional de enfermería. A ambos se les explicó el propósito del estudio y qué implicaba participar, en caso de aceptar se les dio el consentimiento informado escrito, conforme a la normatividad mexicana en investigación para la salud[47].

Los datos se obtuvieron por pares, se pidió al familiar que valorara el cuidado que brindaba el profesional de enfermería que atendía a su paciente en ese turno, mientras que el personal respondió el MBI y la versión de la PCHE-III dirigida al personal. Al aplicar primero los cuestionarios al familiar y después al profesional, por separado, ninguno conoció las respuestas del otro. Cada par se identificó con un código numérico, sin registrar nombres, para respetar la confidencialidad de los participantes.

La captura y análisis se hicieron en el SPSS v27. Las variables se describieron con frecuencias, media, mediana y desviación estándar y la consistencia interna de los instrumentos con el alfa de Cronbach. La normalidad se revisó mediante Kolmogorov-Smirnov (ajuste de Lilliefors); como no se cumplió, se emplearon pruebas no paramétricas. Las variables se relacionaron mediante la correlación de Spearman y correlaciones parciales controlando sexo, antigüedad laboral y en el servicio. La asociación entre el burnout y el cuidado percibido se analizó con la prueba exacta de Fisher-Freeman_Halton. Las valoraciones de cada profesional y el familiar se compararon como muestras relacionadas mediante la prueba de signos, debido a que no se cumplió la distribución simétrica de las diferencias que requiere la prueba de Wilcoxon, y su concordancia se estimó con chi-cuadrada y kappa de Cohen. Para comparar grupos se usaron las pruebas U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis, con comparaciones por pares a través de la prueba de Dunn con ajuste de Bonferroni. Los valores de p de las correlaciones y comparaciones, se ajustaron con el método de Holm. Se fijó $\alpha = .05$.

Resultados

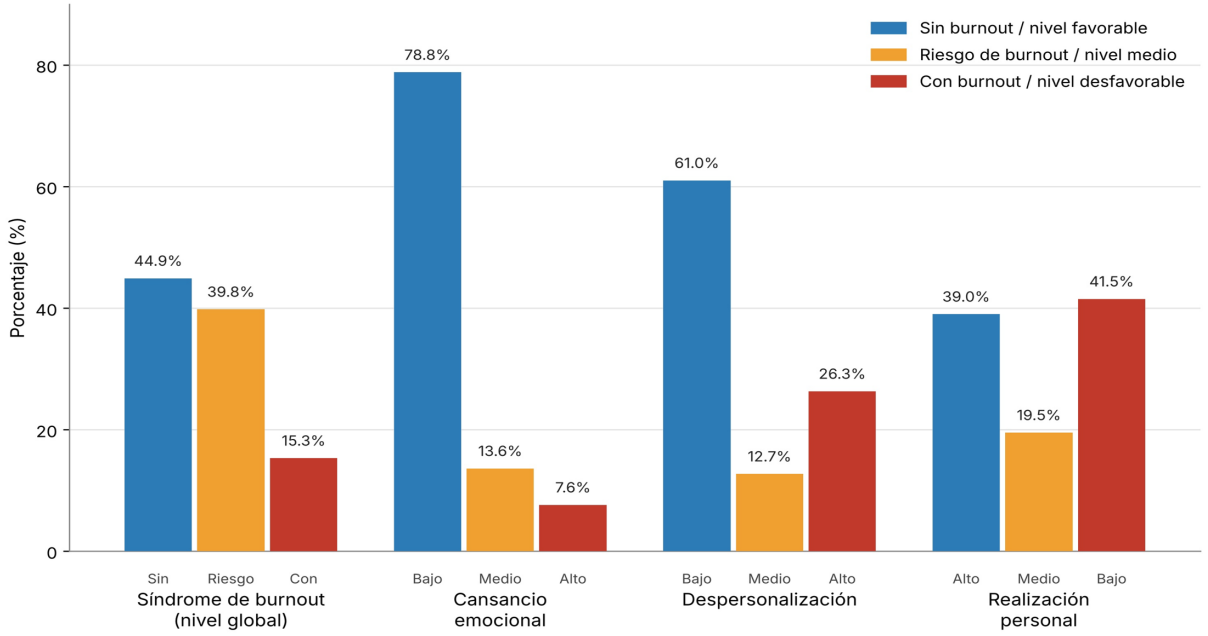
Participaron 118 profesionales de enfermería y 118 familiares de pacientes en estado crítico. Respecto a los profesionales, el 68.6% fueron del sexo femenino, con edad entre 36 a 40 años cumplidos (31.4%), el 50.8% casados, con un nivel de escolaridad de licenciatura en enfermería (62.7%), el 89.8% refirió tener una contratación definitiva, el 33.1% con una antigüedad laboral de entre 11 a

Licencia CC-By-NC-ND

15 años y el 35.6% del turno vespertino. En relación al servicio, el 41.5% estaba en medicina interna, con una antigüedad en su servicio actual de 7 a 9 meses (39.8%). En cuanto a los familiares, el 66.9% eran del sexo femenino, el 16.1% indicó estar en un grupo de edad de 31 a 35 años, seguido del 14.4% que estaba entre 51 a 55 años; el parentesco que más predominó fue el de esposa(o) con un 26.3%.

Al evaluar los síntomas del burnout, el 21.2% presentó nivel medio o alto de cansancio emocional, el 39.0% despersonalización y un 41.5% baja realización personal. El 15.3% del personal presentó burnout y 39.8% riesgo de burnout (Figura 1).

Figura 1. Distribución del burnout y sus dimensiones en la muestra de enfermería



Nota: $n = 118$.
Fuente: Elaboración propia

En cuanto a lo que percibió el personal de enfermería acerca del cuidado humanizado, el 46.6% señaló que siempre lo brindaba. En las cualidades del hacer de enfermería el 50.8% indicó siempre tenerlas. En apertura a la comunicación enfermera-paciente, 55.9% comentó siempre contar con ella, mientras que, en disposición para la atención, el 45.8% indicó siempre brindarla. De igual manera, el 47.5% de los familiares señaló que las enfermeras y enfermeros siempre brindaban cuidado humanizado. En CHE, lo percibió siempre el 54.2% de los familiares. En ACEP, el 49.2% consideró que siempre existía y en DPA, el 46.6% indicó que el personal siempre la tenía. Al comparar la percepción del personal con la del familiar, en la mitad de los pares ambas coincidieron. En donde se encontraron diferencias, el personal se calificó con mayor frecuencia por encima del familiar en cuidado humanizado global y en ACEP, sin diferencias en CHE ni en DPA (Tabla 1). Además, las valoraciones entre ambos grupos mostraron concordancia entre sí (kappa = .46; $\chi^2 = 67.40$, gl = 4, $p < .001$).

Licencia CC-By-NC-ND

Tabla 1. Percepción global y por dimensiones del cuidado humanizado: enfermería frente a familiares

		Personal de enfermería (n=118)		Familiares (n=118)		Pares	Prueba de signos	
Variable	**Nivel de percepción**	**f**	**%**	**f**	**%**	**P>F / F>P / =**	**Z**	**Valor de p**
Cuidado humanizado (global)	Nunca/Algunas veces	28	23.7	38	32.2	38 / 21 / 59	2.08	.037
	Casi siempre	35	29.7	24	20.3			
	Siempre	55	46.6	56	47.5			
CHE	Nunca/Algunas veces	34	28.8	33	28.0	25 / 27 / 66	0.14	.890
	Casi siempre	24	20.3	21	17.8			
	Siempre	60	50.8	64	54.2			
ACEP	Nunca/Algunas veces	22	18.6	43	36.4	38 / 17 / 63	2.70	.007
	Casi siempre	30	25.4	17	14.4			
	Siempre	66	55.9	58	49.2			
DPA	Nunca/Algunas veces	22	18.6	26	22.0	30 / 23 / 65	0.82	.410
	Casi siempre	42	35.6	37	31.4			
	Siempre	54	45.8	55	46.6			

Nota: f = frecuencia; P>F = pares en que el profesional se calificó por encima de su familiar; F>P = pares en que el familiar calificó por encima del profesional; = pares con el mismo puntaje. La prueba de signos se aplicó a los puntajes de cada par. CHE = cualidades del hacer de enfermería; ACEP = apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente; DPA = disposición para la atención.
Fuente: Elaboración propia.

Al comparar el burnout y sus síntomas por sexo del personal de enfermería, no se encontraron diferencias significativas, aunque los varones presentaron una mediana de despersonalización más alta ($Mdn_{hombres}$ = 6.0 vs $Mdn_{mujeres}$ = 2.0, p = .073). Igualmente, se encontraron diferencias en cansancio emocional y despersonalización según la antigüedad laboral ($p < .05$) y en el desgaste emocional según la antigüedad en el servicio. El análisis post hoc de Dunn ajustado por Bonferroni, mostró que el cansancio emocional fue mayor en el personal con 1 a 5 años (p = .031) y con 6 a 10 años de antigüedad (p = .013), respecto al de 11 a 15 años; en tanto, la despersonalización fue mayor entre los que tenían de 1 a 5 años de antigüedad respecto a los de 11 a 15 años (p <.001) y de 16 a 20 años (p = .020). El personal con 3 meses o menos en el servicio actual presentó desgaste emocional significativamente menor que quienes tenían de 7 a 9 meses (p = .025), de 10 a 12 meses (p = .034) y más de 12 meses (p = .030) (Tabla 2).

Al comparar el cuidado humanizado según el perfil sociodemográfico del personal de enfermería, se identificó que las mujeres presentaron mejor percepción sobre cuidado humanizado y todas sus dimensiones (p < .05). Igualmente, se reportaron diferencias significativas en el cuidado humanizado y todas sus dimensiones según la antigüedad laboral (p ≤ .019). El análisis post hoc mostró que el personal con 1 a 5 años de antigüedad presentó puntajes significativamente menores que el de 11 a 15 años en cuidado humanizado global (p<.001), CHE (p<.001), ACEP (p=.008) y DPA (p=.001); adicionalmente, en CHE, el personal de 6 a 10 años también presentó puntajes significativamente menores

Licencia CC-By-NC-ND

que los de 11 a 15 años (p=.014) y en cuidado global (p = .043). En CHE los que tenían de 1 a 5 años de antigüedad laboral obtuvieron puntajes significativamente menores que quienes tenían de 16 a 20 años (p=.040). Por otro lado, al diferenciar la percepción de los familiares según características personales, se encontró que las mujeres presentaron mejor percepción global y todas sus dimensiones (p ≤ .012). Las diferencias señaladas se mantuvieron tras el ajuste por Holm por comparaciones múltiples.

Al asociar la percepción del personal y sus dimensiones con los síntomas del burnout, se observó relación negativa y significativa con el cansancio emocional y despersonalización, pero no con la realización personal. Mientras que, al correlacionar la valoración de los familiares con los síntomas del burnout del personal, también se observó una correlación negativa y significativa con el cansancio emocional y la despersonalización, así como entre la realización personal y la valoración global del cuidado humanizado (p = .024) y DPA (p = .013). En la percepción global del cuidado humanizado, estas asociaciones se mantuvieron al controlar el sexo, además de la antigüedad laboral y en el servicio (Tabla 3).

Tabla 2. Dimensiones de burnout según la antigüedad laboral y en el servicio del personal de enfermería

Categoría	n	Media	Mdn	DE	H (gl=4)	Valor de p
	Antigüedad laboral → Cansancio emocional					
1 a 5 años	22	16.00	16.00	8.82		
6 a 10 años	24	17.08	16.00	10.71		
11 a 15 años	39	9.13	8.00	5.03	15.30	.004
16 a 20 años	24	12.92	8.00	10.15		
21 años o más	9	14.67	17.00	6.98		
	Antigüedad laboral → Despersonalización					
1 a 5 años	22	8.68	10.00	5.02		
6 a 10 años	24	6.92	6.50	5.89		
11 a 15 años	39	2.92	2.00	3.59	22.19	<.001
16 a 20 años	24	4.04	2.00	4.34		
21 años o más	9	7.33	8.00	5.59		
	Antigüedad en el servicio → Cansancio emocional					
3 meses o menos	18	7.89	5.00	7.28		
4 a 6 meses	24	12.21	10.00	8.36		
7 a 9 meses	47	13.94	13.00	7.88	14.00	.007
10 a 12 meses	23	15.00	10.00	9.86		
Más de 12 meses	6	20.83	19.50	11.99		

Nota: Mdn = mediana; DE = desviación estándar; H = prueba H de Kruskal-Wallis; gl = grados de libertad. Comparaciones post hoc (prueba de Dunn con ajuste de Bonferroni): cansancio emocional, 1 a 5 y 6 a 10 años > 11 a 15 años (p = .031 y p = .013); despersonalización, 1 a 5 años > 11 a 15 años (p < .001) y > 16 a 20 años (p = .020); cansancio emocional según antigüedad en el servicio, 3 meses o menos < 7 a 9 meses (p = .025), 10 a 12 meses (p = .034) y más de 12 meses (p = .030).
Fuente: Elaboración propia.

Licencia CC-By-NC-ND

Tabla 3. Relación entre los síntomas de burnout y el cuidado humanizado percibido

	Cansancio emocional		Despersonalización		Realización personal	
Dimensión del cuidado humanizado	r_s	**p ajustada**	r_s	**p ajustada**	r_s	**p ajustada**
	Valoración del personal de enfermería					
Cuidado humanizado (global)	-.451	<.001	-.540	<.001	.020	.978
CHE	-.449	<.001	-.550	<.001	.064	.978
ACEP	-.408	<.001	-.429	<.001	.154	.456
DPA	-.460	<.001	-.550	<.001	-.092	.966
	Valoración de los familiares					
Cuidado humanizado (global)	-.416	<.001	-.505	<.001	-.268	.024
CHE	-.382	<.001	-.470	<.001	-.156	.456
ACEP	-.390	<.001	-.447	<.001	-.223	.091
DPA	-.432	<.001	-.530	<.001	-.287	.013
	Correlación parcial, cuidado humanizado (global)*					
Valoración del personal	-.450	<.001	-.496	<.001	.034	.714
Valoración de los familiares	-.388	<.001	-.471	<.001	-.272	.003

Nota: r_s = coeficiente de correlación de Spearman. En los dos primeros bloques, los valores de p están ajustados por comparaciones múltiples con el método de Holm (24 correlaciones). *Correlación parcial de Spearman controlando sexo, antigüedad laboral y antigüedad en el servicio; p sin ajuste. Las dimensiones del burnout corresponden siempre al personal de enfermería. CHE = cualidades del hacer de enfermería; ACEP = apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente; DPA = disposición para la atención.
Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, al aplicar pruebas de Fisher para relacionar el burnout con el cuidado humanizado que percibieron el propio personal y los familiares, la asociación fue significativa ($p < .05$). Entre el personal con el síndrome, el 55.5% consideró nunca o algunas veces brindar cuidado humanizado y solo el 11.1% siempre. En cuanto a los familiares, cuando el personal que atendía a su paciente presentaba burnout, el 27.8% percibió que siempre se brindaba cuidado humanizado, porcentaje menor que cuando el personal no tenía burnout (43.4%) o estaba en riesgo (59.6%), como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4. Nivel de burnout en enfermería y cuidado humanizado percibido

	Sin burnout (n=53)		Riesgo de burnout (n=47)		Con burnout (n=18)		Prueba exacta de Fisher	
Percepción de cuidado humanizado	*f*	**%**	*f*	**%**	*f*	**%**	**Valor**	**Valor de p**
	Valoración del personal de enfermería							
Nunca	1	1.9	1	2.1	4	22.2	17.93	.003
Algunas veces	8	15.1	8	17.0	6	33.3		
Casi siempre	17	32.1	12	25.5	6	33.3		
Siempre	27	50.9	26	55.3	2	11.1		
	Valoración de los familiares							
Nunca	0	0.0	1	2.1	1	5.6	12.74	.027
Algunas veces	17	32.1	14	29.8	5	27.8		
Casi siempre	13	24.5	4	8.5	7	38.9		
Siempre	23	43.4	28	59.6	5	27.8		

Nota: f = frecuencia; % calculado por columna. Prueba exacta de Fisher estimada por el método Monte Carlo.
Fuente: Elaboración propia.

Licencia CC-By-NC-ND

Discusión

Los resultados encontrados evidenciaron que existe un porcentaje considerable de síndrome de burnout y riesgo a padecerlo entre el personal de enfermería, estos hallazgos coinciden con la literatura mexicana previa[12,13,14], donde se señala que el burnout es frecuente en el personal de salud, principalmente en enfermeras y enfermeros que trabajan con pacientes críticos[3,4,5]. Además, sugieren que los profesionales de esta investigación están presentando situaciones que los exponen a una alta carga emocional, posiblemente determinada por la sobrecarga laboral y el sufrimiento moral derivados de la atención a pacientes críticos, ya que estos demandan intervenciones de alta complejidad que requieren mayor atención y tiempo de cuidado.

En cuanto a lo que percibió el personal de enfermería, alrededor de la mitad indicó que siempre brindaba cuidado humanizado en lo global y en cada dimensión. Sin embargo, estos datos son preocupantes porque solo la mitad de la muestra está consciente de brindar un cuidado humanizado caracterizado por responder a las necesidades físicas, emocionales y sociales de quien recibe el cuidado, dentro de un ambiente de respeto y compromiso[18,19]. Por el contrario, otro porcentaje significativo, quizá resultado del riesgo o presencia del síndrome de burnout, genera un riesgo para la integralidad del cuidado brindado, confirmando lo señalado por otros estudios, donde se ha observado que la presencia de diversos factores psicosociales, laborales y personales se asocian de forma negativa con el cuidado humanizado[35,36,37,38,39,40]. Sin dejar de lado que esto se agudiza en las áreas críticas, consideradas un factor determinante para el incremento del estrés y agotamiento del personal[41], o que como se ha señalado en otras investigaciones, esto pudiera sugerir que el personal emplea la deshumanización como un mecanismo de defensa frente al burnout[42,43].

Aunque la mayoría de los familiares percibió que casi siempre o siempre el personal de enfermería brindaba un cuidado humanizado, al comparar los resultados con la valoración del profesional, se encontró que en la mitad de los casos coincidieron, y cuando diferían el personal se calificó con mayor frecuencia por encima del familiar, sobre todo en apertura a la comunicación. Estos resultados se asemejan a reportes de Colombia y Zacatecas, México[27,29] donde los estudios indican que los usuarios percibieron siempre el cuidado humanizado que otorgaba enfermería, así como a lo reportado en enfermeras asistenciales de España, quienes en general percibieron brindar un cuidado humanizado[48]. Esto resalta la importancia de valorar la percepción de los familiares en la evaluación del cuidado y no sólo la del personal.

Destacó que quienes tenían menos años laborando presentaron mayor cansancio emocional y despersonalización que los que tenían de 11 a 15 años de antigüedad, en tanto que el cansancio emocional fue menor en el personal con tres meses o menos en el servicio actual. Esto podría indicar que el desgaste comienza cuando el personal permanece varios meses en el mismo servicio, aunque fueron pocos los participantes con más de 12 meses en el servicio, por lo que este hallazgo debe considerarse con cautela. Aun así, destaca la importancia de la rotación del personal, misma que debe planearse con cuidado, ya que en estudios previos se ha señalado que la rotación constante también puede producir ansiedad y

Licencia CC-By-NC-ND

dificultad para conocer a los pacientes[19]. Por otro lado, el hecho de que dos de los síntomas principales del burnout estén presentes en el personal con menor antigüedad, podría relacionarse con una disociación entre las expectativas con las que egresan los estudiantes de enfermería y a lo que se enfrentan una vez que se insertan al mercado laboral, donde la sobrecarga y condiciones laborales adversas generan desgaste que se acumula y manifiesta en forma de estrés. Este hallazgo coincide con un estudio realizado en Turquía, donde se reportó que la despersonalización fue mayor en las personas de 20 a 29 años y en quienes tenían menos experiencia[35].

La percepción del cuidado humanizado puntuó mayormente en quienes tenían de 11 a 15 años laborando, respecto a quienes tenían menos de diez. Lo que puede asociarse a que a medida que avanza el tiempo en el trabajo, se incrementan la seguridad en los procedimientos y acciones de cuidado, derivado de la experiencia, conocimiento y habilidades adquiridas, lo cual puede hacer que el personal de enfermería infiera que su trabajo es adecuado y se sienta competente para desarrollarlo. Este resultado es concordante con lo reportado en un estudio de España, donde el personal con 0 a 5 años de experiencia, obtuvo los puntajes más bajos de cuidado humanizado[48], además, el propio personal ha reconocido que la experiencia profesional les permite fortalecer sus valores profesionales[19].

Por otra parte, los resultados de esta investigación destacan que las mujeres, tanto enfermeras como familiares, tenían mejor percepción del cuidado humanizado, lo que podría relacionarse con el rol sociocultural en el que las mujeres otorgan acompañamiento y cuidado, que incrementa la sensibilidad hacia las necesidades del otro y podría influir en cómo perciben el cuidado humanizado al observar el hacer de enfermería, la atención y una buena comunicación.

Al analizar la relación entre las variables, se identificó que a mayor cansancio emocional, despersonalización y burnout, menor fue el cuidado humanizado que percibieron tanto el personal como el familiar, asociación que se mantuvo al controlar el sexo y la antigüedad. Asimismo, el nivel de burnout se asoció con la valoración del personal y de los familiares, el personal con burnout fue el que menos consideró brindar un cuidado humanizado y cuando el profesional tenía burnout, también el familiar percibió con menor frecuencia que siempre lo brindaba. Lo anterior resulta especialmente preocupante debido a que el cuidado humanizado constituye un componente primordial de una atención segura y de calidad, particularmente en servicios donde se atienden pacientes en estado crítico. Este hallazgo coincide con una revisión sistemática realizada en UCI, que describe una relación compleja entre ambas variables: el burnout obstaculiza una atención centrada en el paciente, y al mismo tiempo, un ambiente laboral favorable reduce el desgaste por el trabajo[40]; incluso, se ha señalado que un estilo de comunicación no efectivo interviene entre la humanización y el síndrome[49].

Finalmente, un hallazgo que llamó la atención fue que a menor realización personal de los profesionales de enfermería, los familiares percibieron un mejor cuidado, relación que se mantuvo tras ajustar por comparaciones múltiples y controlar el sexo y la antigüedad; dato que difiere con lo reportado previamente en personal de enfermería de cuidados intensivos[35]; diferencia que podría explicarse considerando que en el estudio de comparación el cuidado humanizado fue valorado solo por el propio personal.

Licencia CC-By-NC-ND

Así, este resultado puede sugerir que el personal más involucrado con el paciente y su familia, es también el que más percibe las limitaciones de lo que puede brindarles dentro del contexto hospitalario, lo que los hace sentirse insatisfechos con sus propios logros.

Entre las limitaciones del estudio se destaca el diseño transversal, por lo que las asociaciones encontradas entre el burnout y el cuidado humanizado no implican causalidad. Además, los familiares se seleccionaron por muestreo no probabilístico, lo que limita generalizar sus resultados. La PCHE-III se adaptó en su redacción para el personal y los familiares y aunque se sometió a una prueba piloto y mostró consistencia interna adecuada, no se realizó un proceso formal de validación de estas versiones.

Conclusiones

El burnout y los síntomas de cansancio emocional y despersonalización mostraron una relación inversa con la percepción que tienen tanto el personal de enfermería como el familiar sobre el cuidado humanizado que otorgan estos profesionales. Si bien predominó una valoración favorable del cuidado humanizado de enfermería y en la mitad de los casos la percepción del personal coincidió con la del familiar, cuando difirieron los profesionales se calificaron con mayor frecuencia por encima del familiar, sobre todo en la comunicación. Por ello, existe la necesidad de que se fortalezcan estrategias institucionales dirigidas a la prevención del desgaste laboral y la promoción de habilidades comunicativas y relacionales que favorezcan el desarrollo e implementación de un cuidado integral centrado en el paciente y sus familiares. En este sentido se recomienda realizar estudios longitudinales para evaluar la influencia de una variable sobre otra, incorporando la percepción del cuidado humanizado tanto del personal como del familiar.

Conflicto de interés

Ninguno de los autores tiene conflicto de intereses que declarar.

Consideraciones éticas

La investigación respetó lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Contó con la aprobación de los comités de Investigación (CI-UAE-07-2024) y de Ética en Investigación (04/CEI-UAE-UAZ/2025) de la Universidad Autónoma de Zacatecas, así como del Comité de Investigación de la Institución de Salud en la que se recolectaron los datos (046/2025).

Licencia CC-By-NC-ND

Uso de inteligencia artificial

Se empleó inteligencia artificial como apoyo en la revisión de redacción y coherencia del manuscrito, en la búsqueda y verificación de referencias bibliográficas, en el diseño de tablas y figuras y en la verificación del análisis estadístico solicitado por los revisores; todos los resultados se comprobaron en SPSS versión 27. Los autores revisaron y aprobaron la versión final y asumen total responsabilidad sobre su contenido.

Contribución de los autores

Conceptualización: P.M.T.O.; J.O.G.S.; J.M.L.F.; Curación de datos: P.M.T.O.; E.M.L.G.H.; Análisis formal: P.M.T.O.; J.O.G.S.; J.M.L.F.; Adquisición de fondos: M.L.D.A.; Investigación: E.M.L.G.H.; M.C.R.F.; J.O.G.S.; Metodología: E.M.L.G.H.; M.C.R.F.; J.O.G.S.; J.M.L.F.; Administración de proyecto: P.M.T.O.; Recursos: E.M.L.G.H.; M.C.R.F.; J.O.G.S.; J.M.L.F.; Software: M.C.R.F.; J.O.G.S.; J.M.L.F.; Supervisión: P.M.T.O.; Validación: M.L.D.A.; P.M.T.O.; Visualización: M.L.D.A.; P.M.T.O.; Redacción-borrador original: P.M.T.O.; J.O.G.S.; J.M.L.F.; Redacción- revisión y edición: M.L.D.A.; P.M.T.O.

Financiamiento

Los autores declaran haber desarrollado el estudio con recursos propios.

Agradecimientos

Un agradecimiento sincero a la institución de salud, así como al personal y familiares participantes.

Referencias

1. Pujol-de Castro A, Valerio-Rao G, Vaquero-Cepeda P, Catalá-López F. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos que trabajan en España: revisión sistemática y metaanálisis. Gac Sanit. 2024;38:102384. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102384

2. Edú-Valsania S, Laguía A, Moriano JA. Burnout: a review of theory and measurement. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(3):1780. Doi: http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19031780

Licencia CC-By-NC-ND

3. Unjai S, Forster EM, Mitchell AE, Creedy DK. Compassion satisfaction, resilience and passion for work among nurses and physicians working in intensive care units: a mixed method systematic review. Intensive Crit Care Nurs. 2022; 71:103248. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103248

4. Salas-Bergüés V, Pereira-Sánchez M, Martín-Martín J, Olano-Lizarraga M. Development of burnout and moral distress in intensive care nurses: An integrative literature review. Enferm Intensiva. 2024;35(4):376-409. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.enfie.2024.02.002

5. Jiménez Juela N, Vallejo Baquero MJ, Yanchaguano Revelo AI, Andino Guamanzara XP, Díaz Guerrero MC. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Revisión sistemática de la literatura. Cienc Lat Rev Cient Multidiscip. 2025;9(2):754-75. Doi: http://dx.doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2.16877

6. Bruyneel A, Dello S, Dauvergne JE, Kohnen D, Sermeus W. Prevalence and risk factors for burnout, missed nursing care, and intention-to-leave the job among intensive care unit and general ward nurses: a cross-sectional study across six European countries in the COVID-19 era. Intensive Crit Care Nurs. 2025; 86:103885. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103885

7. Galanis P, Moisoglou I, Katsiroumpa A, Vraka I, Siskou O, Konstantakopoulou O, et al. Increased job burnout and reduced job satisfaction for nurses compared to other healthcare workers after the COVID-19 pandemic. Nurs Rep. 2023;13(3):1090-100. Doi: http://dx.doi.org/10.3390/nursrep13030095

8. Martín Rivera BE, Clavero López L, Gudiño Vázquez M, Albalat Rodríguez A, de la Matta Cantó M, Castillo Ayala A. Análisis situacional de los profesionales de enfermería para el desarrollo de un plan estratégico en un hospital de alta complejidad. An Sist Sanit Navar. 2025;48(3):e1116. Doi: http://dx.doi.org/10.23938/ASSN.1116

9. Beltrán-Gómez E, Pujol-de Castro A, Vaquero-Cepeda P, Catalá-López F. Prevalencia de burnout en profesionales de atención primaria del Sistema Nacional de Salud: revisión sistemática y metaanálisis. Gac Sanit. 2025;39:102526. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2025.102526

10. De las Salas R, Díaz-Agudelo D, Serrano-Merino D, Ortega-Pérez S, Tuesca-Molina R, Gutiérrez-López C. Síndrome de burnout en el personal de enfermería en hospitales del departamento del Atlántico. Rev Salud Pública. 2021;23(6):1-8. Doi: http://dx.doi.org/10.15446/rsap.V23n6.97141

11. Veloso ATS, Silva DS, Silva VA, Santos SD, Estrela FM, Souza ACF. Síndrome de burnout y factores asociados en enfermeras de cuidados intensivos: un estudio transversal. Enferm Glob. 2024;23(2):223-59. Doi: http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.577341

Licencia
CC-By-NC-ND

12. Medina-Frausto ML, Sosa-Bustamante GP, González AP, Paque-Bautista C, Cruz-Ruelas GJ, Saldívar-Lara GR. Distrés moral asociado al síndrome de burnout en personal de enfermería que labora en áreas de atención pediátrica. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2025;33(2):e1541. Doi: http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.15091716

13. Hernández Mariano JA, Razo-Blanco-Hernández DM, Ricardez-Romero MA, Sarmiento-Cortes P. Síndrome de burnout en personal de enfermería tras la atención de pacientes con COVID-19 en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México. XIKUA Bol Cient Esc Super Tlahuelilpan. 2024;12(23):13-9. Doi: http://dx.doi.org/10.29057/xikua.v12i23.11834

14. Santos-Flores JM, Santos-Flores I, Solorzano-Morales BE, Pacheco-Pérez LA, Collazo-Muñoz IE, Vega-Grimaldo MÁ. Síndrome de burnout en los profesionales de enfermería en atención a pacientes con COVID-19. SANUS. 2023;8:e331. Doi: http://dx.doi.org/10.36789/revsanus.vi1.331

15. Ramírez-Elvira S, Romero-Béjar JL, Suleiman-Martos N, Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes C, Cañadas-De la Fuente GA, et al. Prevalence, risk factors and burnout levels in intensive care unit nurses: a systematic review and meta-analysis. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(21):11432. Doi: http://dx.doi.org/10.3390/ijerph182111432

16. Gómez García JM, Gálvez Herrer M, García Olivares P, Martín Delgado MC, Moreno Jiménez B, Nin Vaeza N, et al. Prevalence and risk factors associated with professional burnout in Spanish Intensive Care Units. Med Intensiva (Engl Ed). 2026;50:502529. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.medine.2026.502529

17. Li LZ, Yang P, Singer SJ, Pfeffer J, Mathur MB, Shanafelt T. Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: a systematic review and meta-analysis. JAMA Netw Open. 2024;7(11):e2443059. Doi: http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43059

18. Meneses-La-Riva ME, Fernández-Bedoya VH, Suyo-Vega JA, Ocupa-Cabrera HG, Paredes-Díaz SE. Humanized care in nursing practice: a phenomenological study of professional experiences in a public hospital. Int J Environ Res Public Health. 2025;22(8):1223. Doi: http://dx.doi.org/10.3390/ijerph22081223

19. Martin-Ferreres ML, Wennberg-Capellades L, Rodríguez E, Llaurado-Serra M, de Juan Pardo MA. Challenges for hospital management in supporting nurses to deliver humanized care. Nurs Inq. 2025;32(1):e12422. Doi: http://dx.doi.org/10.1111/nin.12422

20. Espinel-Jara VM, Tapia-Paguay MX, Tito-Pineda AP, López-Aguilar EC, Fernández-Cusimamani E. Humanized and community-based nursing for geriatric care: impact, clinical contributions, and implementation barriers. Nurs Rep. 2025;15(8):302. Doi: http://dx.doi.org/10.3390/nursrep15080302

Licencia CC-By-NC-ND

21. Henao Castaño ÁM, Vergara Escobar OJ, Gómez Ramírez OJ. Humanización de la atención en salud: análisis del concepto. Rev Cienc Cuid. 2021;18(3):74-85. Doi: http://dx.doi.org/10.22463/17949831.2791

22. Reyes-Torres SB, Mayorga-Ponce RB, Sánchez-Padilla ML, Roldan-Carpio A. El profesional de enfermería & el cuidado humanizado. Educ Salud Bol Cient Inst Cienc Salud Univ Autón Estado Hidalgo. 2022;10(20):83-5. Doi: http://dx.doi.org/10.29057/icsa.v10i20.9061

23. Duque PA, Quintero Duque S. Open-door ICU model and humanized care: a systematic review. Nurs Rep. 2025;15(11):406. Doi: http://dx.doi.org/10.3390/nursrep15110406

24. Espinoza D, Guerra V, Poblete M. Proyecciones del cuidado disciplinar desde la filosofía de Jean Watson: una revisión sistémica. Enferm Cuid Humaniz. 2024;13(2):7-10. Doi: http://dx.doi.org/10.22235/ech.v13i2.4058

25. Villa L, Chuquimarca M, Egas F, Yazuma J, Carrera L, Quispe M. Cuidado humanizado aplicado en enfermería: una revisión sistemática. Rev Latinoam Cienc Soc Humanid. 2023;4(2):5713. Doi: http://dx.doi.org/10.56712/latam.v4i2.1012

26. Carpio J. El cuidado humanizado de enfermería frente al grado de dependencia según la percepción familiar en pacientes en unidades de cuidados intensivos. Investig Innov. 2022;2(3):12. Doi: http://dx.doi.org/10.33326/27905543.2022.3.1607

27. Flores A, Zorrilla L, Araujo R, Reveles E, Trejo P, Calderón A. Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado de enfermería. Cienc Lat Rev Cient Multidiscip. 2023;7(6):8859-69. Doi: http://dx.doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.9836

28. Holguín M, Encalada P, Bermeo F. Percepción del cuidado humanizado del personal de enfermería en cuidados intermedios. Hospital General de Macas. Cienc Lat Rev Cient Multidiscip. 2023;7(6). Doi: http://dx.doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.8792

29. Lobo-Osorio D, Oviedo-Córdova H, Cortina-Navarro C. La experiencia del cuidado humanizado en personas hospitalizadas: un estudio transversal. Duazary. 2023;20(2):19-21. Doi: http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.5354

30. López Canchola G, Hernández López A, Hernández Barrera AM, Martínez Trujillo AP, López Nolasco B, Siliceo Cantero HH, et al. Percepción del cuidado humanizado de mujeres en puerperio quirúrgico y fisiológico en tres hospitales de Hidalgo. Educ Salud Bol Cient Inst Cienc Salud Univ Autón Estado Hidalgo. 2025;13(26):1-6. Doi: http://dx.doi.org/10.29057/icsa.v13i26.14431

Licencia
CC-By-NC-ND

31. Ayed A, Malak MZ, Abu Ejheisheh M, Batran A, Farajallah M, Handal P. The relationship between emotional intelligence and caring behaviors among Palestinian nurses in neonatal intensive care units: a cross-sectional study. Int Nurs Rev. 2025;72(4): e70116. Doi: http://dx.doi.org/10.1111/inr.70116

32. Liu H, Zhang L, Yan J, Huang H, Yi Q, Peng L. The relationship between social support, empathy, self-efficacy, and humanistic practice ability among clinical nurses in China: a structural equation model. J Nurs Manag. 2023;2023:1378278. Doi: http://dx.doi.org/10.1155/2023/1378278

33. Youn H, Lee M, Jang SJ. Person-centred care among intensive care unit nurses: A cross-sectional study. Intensive Crit Care Nurs. 2022; 73:103293. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103293

34. Urure Velazco IN, Pacheco Villa García LA, Llerena Ururi KL, Berrocal Pacheco PL. Satisfacción percibida y cuidado humanizado de enfermería en pacientes quirúrgicos en un hospital público del Perú. Enferm Clin. 2025;35:102128. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2024.06.008

35. Efil S, Turen S, Yıldız Ayvaz M, Bulbul E, Yeni T. Burnout levels and care behaviours in intensive care nurses: a cross-sectional, multicentre study. Intensive Crit Care Nurs. 2022; 71:103246. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103246

36. Vargas Pozo CE, Muñoz Villacrez LS, Torres Chils A, Mena Martin F. Impacto de la sobrecarga laboral en la aplicación del cuidado humanizado de enfermería. Polo Conoc. 2024;9(9):1598-615. Disponible en: https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/8011

37. Capozza D, Colledani D, Falvo R. Are job characteristics associated with patient (de)humanization through the mediation of health providers' well-being? J Appl Soc Psychol. 2024;54(10):589-602. Doi: http://dx.doi.org/10.1111/jasp.13060

38. Prieto-de Benito S, Ruíz-Núñez C, Hervás-Pérez JP, Ruíz-Zaldibar C, López-Espuela F, Caballero de la Calle R, et al. Empathy-driven humanization: employment instability, burnout, and work engagement among temporary nurses in a sustainable workforce model. Nurs Rep. 2025;15(7):223. Doi: http://dx.doi.org/10.3390/nursrep15070223

39. Reyes-Téllez Á, González-García A, Martín-Salvador A, Gázquez-López M, Martínez-García E, García-García I. Humanization of nursing care: a systematic review. Front Med. 2024;11:1446701. Doi: http://dx.doi.org/10.3389/fmed.2024.1446701

40. Redondo Marrero A. Burnout y humanización en el personal de enfermería en unidades de cuidados intensivos. Tendencias Enferm. 2025;1(2):33-42. Doi: http://dx.doi.org/10.56533/IISF1835

Licencia CC-By-NC-ND

41. Bravo Saldarriaga GC, Encalada Chacón NN, Herrera Moreno TE, Godoy Hernández JN, Arévalo Fuentes JW, Manoto Guaranda MG, et al. Cuidados humanizados en pacientes críticos: desafíos y oportunidades para el personal de enfermería. Ibero-Am J Health Sci Res. 2026;6(1):834-41. Doi: http://dx.doi.org/10.56183/iberojhr.v6i1.980

42. Pialoglou KK, Farantos G, Koupidis S, Thanasias E, Zagorianakou N, Dounias G. Burnout syndrome and (self-)dehumanization among nurses in intensive care units [ICUs]: a cross-sectional study. Int J Occup Saf Health. 2026;16(1):16-29. Doi: http://dx.doi.org/10.3126/ijosh.v16i1.87241

43. Hoogendoorn CJ, Rodríguez ND. Rethinking dehumanization, empathy, and burnout in healthcare contexts. Curr Opin Behav Sci. 2023; 52:101285. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.cobeha.2023.101285

44. Jiménez-Padilla E, Ramírez-Orozco M, Jiménez-Flores J, Decat-Bergerot G, Meneses-García A, Galindo-Vázquez O. Validación del Inventario de Burnout de Maslach en personal mexicano de enfermería. Psicol Salud. 2023;33(2):291-8. Doi: http://dx.doi.org/10.25009/pys.v33i2.2811

45. Zambrano-Bohorquez B, Villarín-Castro A, Muñoz-Bodas F, Gómez-Rey I. Síndrome de burnout, resiliencia y miedo a la COVID-19 en personal sanitario durante la pandemia por SARS-CoV-2. Rev Clin Med Fam. 2022;15(3):134-42. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8788954

46. Rivera Alvarez LN, Triana Á. Proceso de construcción y validación del instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE-III). Index Enferm. 2023;32(1):e14246. Doi: http://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20235659

47. Secretaría de Servicios Parlamentarios, Cámara de Diputados. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 1987 [última reforma 2014; citado 01 sep 2024]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

48. Wennberg-Capellades L, Rus-García M, Cruells-Francisco L, Collado-Cabezas RM, Teixidó-Huertas X, Martin-Ferreres ML. Percepción de cuidado humanizado otorgado por las enfermeras: adaptación cultural y validación del cuestionario ECCOE-Es. Enferm Clin. 2025;35(3):502250. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2025.502250

49. Molero Jurado MM, Herrera-Peco I, Pérez-Fuentes MC, Oropesa Ruiz NF, Martos Martínez Á, Ayuso-Murillo D, et al. Communication and humanization of care: effects over burnout on nurses. PLoS One. 2021;16(6):e0251936. Doi: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0251936

Licencia CC-By-NC-ND