

Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Cuidado humanizado y síndrome de burnout en profesionales de enfermería: Revisión de alcance sobre su relación

Humanized care and burnout syndrome in nurses: A scoping review of their relationship

Artículo de Revisión DOI: 10.19136/hs.a25sI.6399

Paula Salinas Lainez [1]
Jhon Alex Zeladita Huaman [2]
Roberto Zegarra Chapoñan [3]

Correspondencia: Paula Salinas Lainez. Dirección postal: Universidad Santo Tomás. Avenida Ejército Libertador 146. C.P: 8370003. Santiago Centro, Región Metropolitana. Chile.
Correo electrónico: paulasalinasla@santotomas.cl

Licencia CC-By-NC-ND

[1] *Magíster en Educación. Facultad de Salud, Escuela de Enfermería, Universidad Santo Tomás, Santiago, Chile.*
[2] *Doctor en Enfermería. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.*
[3] *Estudiante de doctorado, Programa de Doctorado en Enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.*



Resumen

Objetivo: Mapear la evidencia científica disponible sobre la relación entre el cuidado humanizado y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de distintos contextos asistenciales.

Materiales y Métodos: Revisión de alcance desarrollada conforme a las directrices del *Joanna Briggs Institute* y reportada según PRISMA-ScR. Se realizaron búsquedas en PubMed, Scopus y Web of Science en septiembre de 2025, complementadas con revisión manual de referencias. La selección fue realizada por dos revisores. Se incluyeron 27 estudios primarios y los hallazgos se sintetizaron mediante análisis descriptivo y narrativo.

Resultados: Se identificaron 160 asociaciones entre dimensiones del cuidado humanizado y del burnout. El agotamiento emocional concentró el mayor número de asociaciones. Los componentes relacionales, especialmente comunicación, empatía y presencia, fueron los más vinculados al burnout. Se identificaron tres tendencias: asociación inversa predominante (15 estudios), asociaciones compatibles con una posible función protectora del cuidado humanizado (9 estudios) y relaciones heterogéneas dependientes del contexto (3 estudios).

Conclusiones: La relación entre cuidado humanizado y burnout es compleja y dependiente del contexto. Determinadas dimensiones del cuidado humanizado se asociaron con menores niveles de burnout, aunque estas relaciones estuvieron condicionadas por factores individuales y organizacionales. Se requieren estrategias institucionales que favorezcan el bienestar profesional y el cuidado centrado en la persona.

Palabras Claves: Enfermeros; Agotamiento Psicológico; Estrés Laboral; Atención Dirigida al Paciente; Humanización de la Atención.

Abstract

Objective: To map the available scientific evidence on the relationship between humanized care and burnout syndrome among nursing professionals across different healthcare settings.

Materials and Methods: A scoping review was conducted according to the Joanna Briggs Institute guidelines and reported following PRISMA-ScR. Searches were performed in PubMed, Scopus, and Web of Science in September 2025 and supplemented by manual reference-list searching. Study selection was conducted by two reviewers. Twenty-seven primary studies were included, and the findings were synthesized using descriptive and narrative analyses.

Results: A total of 160 associations between dimensions of humanized care and burnout were identified. Emotional exhaustion accounted for the largest number of associations. Relational components, particularly communication, empathy, and presence, were most frequently linked to burnout. Three patterns were identified: a predominant inverse association (15 studies), associations compatible with a possible protective role of humanized care (9 studies), and heterogeneous context-dependent relationships (3 studies).

Conclusions: The relationship between humanized care and burnout is complex and context-dependent. Certain dimensions of humanized care were associated with lower burnout levels, although these relationships were influenced by individual and organizational factors. Institutional strategies that promote professional well-being and person-centered care are required.

Keywords: Nurses; Burnout Psychological; Occupational Stress; Patient-Centered Care; Humanization of Assistance.

• Fecha de recibido: 08 de septiembre de 2026 • Fecha de aceptado: 20 de octubre de 2026
• Fecha de publicación: 29 de octubre de 2026

Licencia CC-By-NC-ND

Introducción

El síndrome de burnout (SB) constituye un problema de creciente relevancia para los sistemas de salud a nivel global, con repercusiones significativas en el personal sanitario y, particularmente, en los profesionales de enfermería. Evidencia reciente ha estimado que entre un 20% y un 40% de estos profesionales presenta niveles elevados de agotamiento emocional, una de las dimensiones centrales del síndrome, lo que refleja la magnitud y persistencia del problema en diversos contextos asistenciales[1]. Este fenómeno se desarrolla en escenarios caracterizados por la sobrecarga asistencial, el déficit de personal y la exposición continua al sufrimiento humano, condiciones consistentemente asociadas con el desgaste profesional[2,3].

Además de los efectos individuales señalados, el SB tiene implicancias sobre la calidad y la seguridad del cuidado que brinda enfermería. La evidencia disponible señala que mayores niveles de SB se relacionan con una mayor incidencia de eventos adversos, errores de medicación y omisión de cuidados, así como con una menor satisfacción de los pacientes, lo que puede repercutir negativamente en los resultados clínicos y organizacionales[4,5]. Por otra parte, el agotamiento emocional, como una de las dimensiones del SB, podría comprometer el desempeño de los enfermeros, específicamente su capacidad para establecer interacciones terapéuticas eficaces y mantener una comunicación efectiva con el paciente[4].

Por ello, el SB se considera como un fenómeno multidimensional, en el que interactúan factores individuales y organizacionales. En este sentido, la carga de trabajo, el entorno de práctica, el liderazgo y la cultura organizacional podrían ser considerados factores asociados a su desarrollo[3,4,5,6,7]. Esta concepción contribuye a sustentar que el SB no está condicionado únicamente por características individuales sino también por factores profesionales, específicamente, aquellos relacionados con su entorno laboral.

En cuanto al cuidado humanizado, este constituye un componente fundamental de la práctica de enfermería, porque considera aspectos relacionales y emocionales durante la atención. Incluye elementos como la empatía, la comunicación terapéutica y la presencia profesional, necesarios para establecer una relación de cuidado centrada en las necesidades de la persona[8,9,10]. La literatura disponible señala que estas formas de cuidado se relacionan con resultados favorables tanto para el enfermero como para el paciente, entre ellos, menor estrés, mayor compromiso laboral y una mejor experiencia en la relación enfermero-paciente[10,11].

No obstante, la relación entre el cuidado humanizado y el SB parece ser compleja y estar condicionada por el contexto. Mientras algunos estudios sugieren que la empatía y la comunicación terapéutica pueden actuar como factores protectores de este síndrome, otros evidencian que una mayor implicación emocional en el cuidado, especialmente en entornos organizacionales adversos, puede contribuir al incremento del agotamiento emocional[11]. En este sentido, la empatía ha sido descrita como un constructo ambivalente, cuyo efecto podría variar en función de las condiciones del entorno laboral y los recursos disponibles.

Licencia
CC-By-NC-ND

Asimismo, esta relación puede estar condicionada por factores organizacionales, tales como el liderazgo, el empoderamiento profesional y las condiciones estructurales del entorno de trabajo, los cuales influyen en la capacidad de los profesionales para sostener prácticas de cuidado centradas en la persona[12,13]. Sin embargo, la evidencia disponible se encuentra fragmentada y está constituida predominantemente por estudios que abordan estos constructos de manera aislada, lo que limita una comprensión integrada de su interacción. A ello se suma la predominancia de estudios realizados en países de ingresos altos, lo que restringe el conocimiento del fenómeno en otros escenarios, incluidos los contextos latinoamericanos.

En este contexto, resulta necesario avanzar hacia una síntesis amplia de la evidencia disponible que permita identificar cómo se ha estudiado esta relación, sus principales características y las brechas de conocimiento existentes. Con base en el marco Población, Concepto y Contexto (PCC), la pregunta de revisión fue: ¿qué evidencia científica está disponible sobre la relación entre el cuidado humanizado y el SB en profesionales de enfermería de contextos asistenciales.? En coherencia con esta pregunta, el objetivo fue mapear la evidencia científica disponible sobre la relación entre el cuidado humanizado y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de distintos contextos asistenciales

Materiales y Métodos

Se realizó una revisión de alcance (scoping review) de acuerdo con las recomendaciones metodológicas del Joanna Briggs Institute (JBI)[14] y su reporte siguió la guía Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)[15].

Inicialmente, se elaboró un protocolo de la revisión con el fin de favorecer la transparencia y reproducibilidad del proceso metodológico, formulando la pregunta de investigación con base en el marco Población, Concepto y Contexto (PCC)[14]. La población correspondió a profesionales de enfermería en ejercicio asistencial; el concepto comprendió la relación entre el cuidado humanizado y el SB; y el contexto, establecimientos sanitarios. Se estableció como criterio de inclusión a investigaciones empíricas con diseños cuantitativos, cualitativos y de métodos mixtos que abordaran la relación entre los constructos de interés, sin restricción por año de publicación y publicadas en español, inglés o portugués. Se excluyeron revisiones sistemáticas, revisiones de alcance, editoriales y otros documentos sin base empírica; estudios centrados en estudiantes de enfermería; investigaciones realizadas en otros profesionales de la salud cuando los resultados correspondientes al personal de enfermería no podían identificarse de manera independiente; estudios cuyo texto completo no se pudo recuperar; y aquellos que no aportaban información pertinente para responder la pregunta de revisión.

Posteriormente, se realizó la revisión de la literatura en PubMed, Scopus y Web of Science. Además, se revisaron las referencias de los artículos incluidos para localizar estudios que no fueron identificados en estas bases de datos.

Licencia
CC-By-NC-ND

Para la búsqueda bibliográfica se construyeron ecuaciones de búsqueda de manera iterativa siguiendo las recomendaciones del JBI[14], a partir de tres bloques conceptuales: enfermería, SB y cuidado humanizado. Se utilizaron términos controlados y términos libres, combinados mediante los operadores de búsqueda (AND y OR) y adaptados a la sintaxis y los campos específicos de cada fuente de información. Esta búsqueda fue realizada durante agosto y septiembre de 2025. Las estrategias de búsqueda completas utilizadas en cada fuente consultada se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1. Estrategias de búsqueda utilizadas en las fuentes de información

Fuente	Estrategia completa	Registros recuperados
PubMed/MEDLINE	((“nurses”[MeSH Major Topic] OR “nurses*”[Title] OR “Nursing Staff”[Title] OR “Nurse Practitioners”[Title] OR “nursing*”[Title] OR “Advanced Practice Nursing”[-Title] OR “Registered Nurses”[Title]) AND (“burnout, psychological”[MeSH Major Topic] OR “burnout psychological”[Title] OR “burnout professional”[Title] OR “Occupational Stress”[Title] OR “Job burnout”[Title] OR “Professional burnout”[-Title] OR “burnout*”[Title] OR “Burnout Syndrome”[Title] OR “burn out*”[Title]) AND (“Humanization of Assistance”[All Fields] OR “Patient-Centered Care”[All Fields] OR “Nurse-Patient Relations”[All Fields] OR “Humanized care”[All Fields] OR “Person-centered care”[All Fields] OR “humanized*”[All Fields] OR “humanised*”[All Fields] OR “Holistic Nursing”[All Fields]))	163
Scopus	(TITLE (Nurses* OR “Nursing Staff” OR “Nurse Practitioners” OR nursing* OR “Advanced Practice Nursing” OR “Registered Nurses”) AND TITLE (“Burnout, Psychological” OR “Burnout, Professional” OR “Occupational Stress” OR “Job burnout” OR “Professional burnout” OR burnout* OR maslash* OR “Burnout Syndrome” OR Burn-out*) AND ALL (“Humanization of Assistance” OR “Patient-Centered Care” OR “Nurse-Patient Relations” OR “Humanized care” OR “Person-centered care” OR humanized* OR humanised* OR “Holistic Nursing”))	268
Web of Science	TI=(Nurses* OR “Nursing Staff” OR “Nurse Practitioners” OR nursing* OR “Advanced Practice Nursing” OR “Registered Nurses”) AND TI=(“Burnout, Psychological” OR “Burnout, Professional” OR “Occupational Stress” OR “Job burnout” OR “Professional burnout” OR burnout* OR maslash* OR “Burnout Syndrome” OR Burn-out*) AND ALL=(“Humanization of Assistance” OR “Patient-Centered Care” OR “Nurse-Patient Relations” OR “Humanized care” OR “Person-centered care” OR humanized* OR humanised* OR “Holistic Nursing”)	26

Nota. Las ecuaciones corresponden a las estrategias consignadas en el protocolo original de la revisión.
Fuente: Elaboración propia.

Los registros recuperados se gestionaron mediante la plataforma Rayyan. Tras la identificación y eliminación de duplicados, dos revisores llevaron a cabo de forma independiente el proceso de selección en dos etapas: primero, mediante la lectura de títulos y resúmenes y, posteriormente, mediante la evaluación del texto completo de los registros potencialmente elegibles. Las discrepancias entre los revisores fueron resueltas mediante consenso. Los motivos para la exclusión correspondientes a los registros evaluados a texto completo fueron registrados.

Para la extracción de los datos se emplearon matrices estructuradas diseñadas en Microsoft Excel, basadas en las recomendaciones del JBI[14]. Los datos fueron extraídos por un revisor y revisados en su totalidad por un segundo revisor. Las discrepancias identificadas durante la verificación fueron resueltas por consenso.

Licencia CC-By-NC-ND

El análisis se realizó mediante un enfoque descriptivo y temático. Primero se caracterizaron los estudios mediante estadística descriptiva simple; posteriormente, se efectuó una síntesis narrativa y un mapeo de los hallazgos para identificar patrones en la relación entre cuidado humanizado y burnout.

Las dimensiones relacionadas con el cuidado humanizado identificadas en los estudios fueron agrupadas conceptualmente según su proximidad temática en seis categorías analíticas: comunicación, empatía y presencia; apoyo emocional y compasión; cuidado centrado en la persona; humanización del entorno organizacional; respeto, dignidad y ética del cuidado; y dimensión espiritual del cuidado. Esta agrupación se utilizó con fines de mapeo y síntesis, considerando la diversidad conceptual y terminológica observada entre los estudios.

Para el mapeo se consideró como unidad de análisis cada relación reportada entre una dimensión del cuidado humanizado y una dimensión del burnout. Un mismo estudio pudo aportar más de una relación cuando evaluó múltiples dimensiones de ambos constructos; por tanto, estas unidades se utilizaron con fines descriptivos y no fueron consideradas observaciones estadísticamente independientes.

Para el análisis de resultados, se consideraron 27 estudios primarios. Los hallazgos se organizaron en tablas y matrices analíticas, permitiendo identificar tres tendencias: relación inversa, asociaciones compatibles con una posible función protectora y asociaciones dependientes del contexto.

No se realizó evaluación del riesgo de sesgo ni metaanálisis, en coherencia con la naturaleza de las revisiones de alcance, cuyo objetivo es mapear la evidencia disponible más que evaluar la calidad metodológica de los estudios[14].

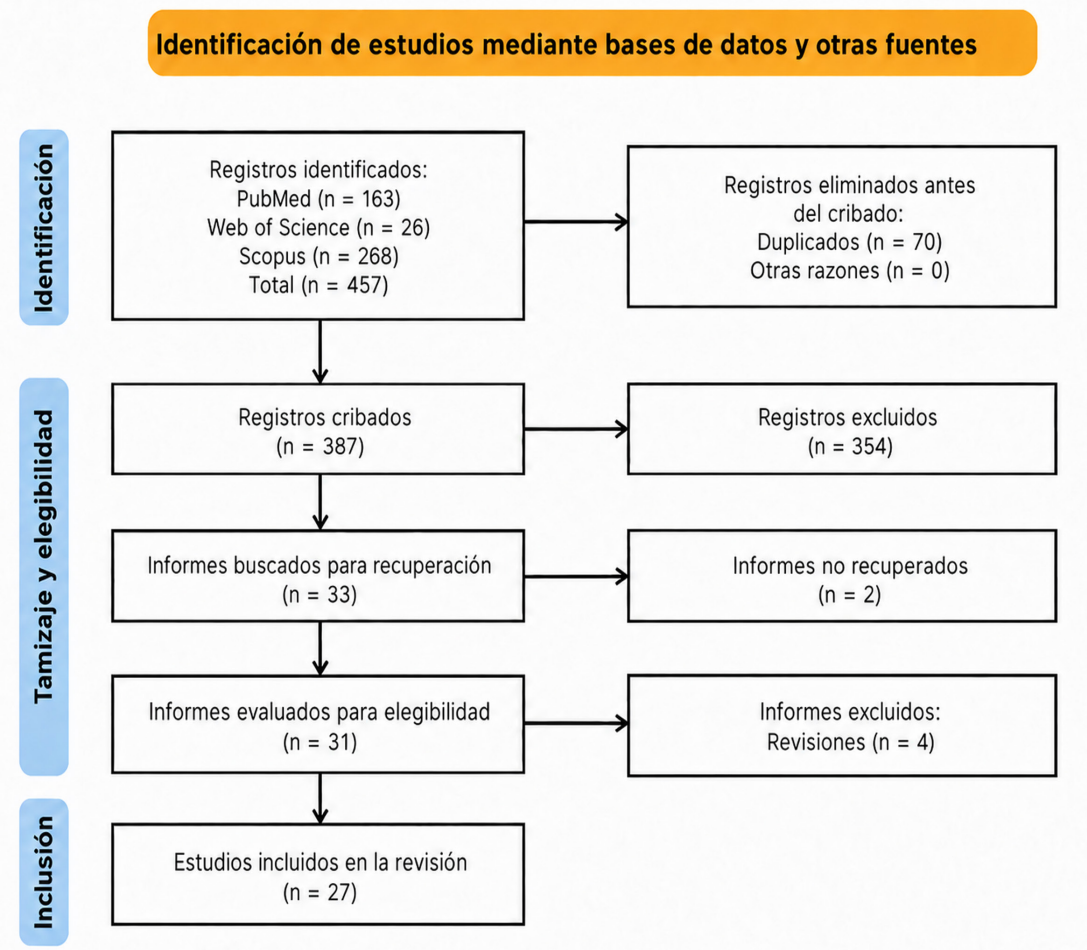
Resultados

El proceso de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de las fuentes de evidencia se presenta en la Figura 1. La búsqueda en PubMed, Web of Science y Scopus identificó 457 registros (PubMed = 163; Web of Science = 26; Scopus = 268). Tras eliminar 70 duplicados, 387 registros fueron sometidos al cribado por título y resumen, de los cuales 354 fueron excluidos. Se intentó recuperar el texto completo de 33 documentos potencialmente elegibles; 2 no pudieron ser recuperados. Finalmente, de los 31 documentos evaluados a texto completo, se seleccionaron 27 artículos científicos.

Los artículos científicos incluidos fueron publicados entre 1994 y 2025, mostrando una mayor concentración en años recientes, en particular a partir de 2018. Por países, el Reino Unido y Estados Unidos concentraron el mayor número de estudios, con cuatro cada uno, seguidos de Turquía, con tres. Suecia, Corea del Sur, China y España aportaron dos estudios cada uno; Finlandia, Alemania, Tailandia, Arabia Saudita, Polonia, Omán, Irán y Países Bajos aportaron uno cada uno. No se identificaron estudios desarrollados en países de América Latina.

Licencia
CC-By-NC-ND

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA-ScR del proceso de selección de estudios



Fuente: Elaboración propia.

Respecto al diseño metodológico, 18 estudios fueron cuantitativos transversales. También se identificaron tres estudios cuasiexperimentales, desarrollados en servicios de psiquiatría, salud mental y residencias geriátricas[16,19,23], y un estudio experimental realizado en un contexto hospitalario[22]. Además, se incluyeron tres estudios cualitativos, uno cuantitativo descriptivo y uno de métodos mixtos. En cuanto a los contextos clínicos, 14 estudios se desarrollaron en entornos hospitalarios. Los restantes abarcaron psiquiatría, salud mental, urgencias, atención primaria, oncología, oncología pediátrica, cuidados intensivos, cuidados paliativos, servicios perioperatorios, atención comunitaria y residencias geriátricas. En conjunto, las fuentes incluidas representaron distintos escenarios y niveles de atención (Tabla 2).

El tamaño muestral varió entre 11 y 3014 participantes. Los estudios cuantitativos tendieron a incluir muestras de mayor tamaño, mientras que los estudios cualitativos presentaron muestras más reducidas, acordes con las características de estos diseños (Tabla 2).

Licencia
CC-By-NC-ND

Tabla 2. Características metodológicas y contextuales de los estudios incluidos

Autor/Año	País	Diseño del estudio	Contexto clínico	Tamaño de muestra
Hallberg, 1994[16]	Suecia	Cuasi-experimental	Psiquiatría	n=11
Hayter, 1999[17]	Reino Unido	Cuantitativo transversal	VIH comunitario	n=55
Walsh & Dolan, 1999[18]	Reino Unido	Cuantitativo descriptivo	Urgencia	n=156
Ewers et al., 2002[19]	Reino Unido	Cuasi-experimental	Salud mental	n=20
Billeter-Koponen & Fridén, 2005[20]	Finlandia	Cualitativo	Hospitalario	n=12
Sundin et al., 2007[21]	Suecia	Cuantitativo transversal	Hospitalario/ APS	n=1561
Yong et al., 2012[22]	Corea del Sur	Experimental	Hospitalario	n=60
Dichter et al., 2017[23]	Alemania	Cuasi-experimental	Residencias geriátricas	n=201
Karadag Arli et al., 2017[24]	Turquía	Cuantitativo transversal	Hospitalario	n=118
Shen et al., 2018[25]	China	Cuantitativo transversal	Oncología	n=3014
Liu & Aungsuroch, 2018[26]	Tailandia	Cuantitativo transversal	Hospitalario	n=510
Cherven et al., 2019[27]	EE.UU.	Métodos mixtos	Oncología pediátrica	n=144
Clayton et al., 2019[28]	EE.UU.	Cuantitativo transversal	Cuidados paliativos	n=181
Danacı & Koç, 2019[29]	Turquía	Cuantitativo transversal	Hospitalario	n=280
Alhalal et al., 2020[30]	Arabia Saudita	Cuantitativo transversal	Hospitalario	n=255
Smythe et al., 2020[31]	Reino Unido	Cualitativo	Residencias (demencia)	n=12
Uchmanowicz et al., 2020[32]	Polonia	Cuantitativo transversal	Hospitalario	n=547
Kaplan Serin et al., 2020[33]	Turquía	Cuantitativo transversal	Hospitalario	n=227
Al Ma'mari et al., 2020[34]	Omán	Cuantitativo transversal	UCI	n=202
Abraham et al., 2021[35]	EE.UU.	Cuantitativo transversal	Atención primaria	n=125
Heidari et al., 2021[36]	Irán	Cuantitativo transversal	Hospitalario	n=180
Molero Jurado et al., 2021[37]	España	Cuantitativo transversal	Hospitalario	n=330
Ahn & Eun, 2021[38]	Corea del Sur	Cuantitativo transversal	Hospitalario	n=170
Brooks Carthon et al., 2023[39]	EE.UU.	Cualitativo	Hospitalario	n=22
Scheepers & Vollmann, 2024[40]	Países Bajos	Cuantitativo transversal	Hospitalario	n=256
Shen et al., 2024[41]	China	Cuantitativo transversal	Perioperatorio	n=437
Prieto-de Benito et al., 2025[9]	España	Cuantitativo transversal	Hospitalario	n=400

Fuente: Elaboración propia a partir de los estudios incluidos en la revisión

La distribución de las 160 relaciones identificadas entre las categorías del cuidado humanizado y las dimensiones del SB se presenta mediante un mapa de calor (Figura 2), que permite visualizar la concentración de las relaciones reportadas en los estudios incluidos. Respecto a las dimensiones del

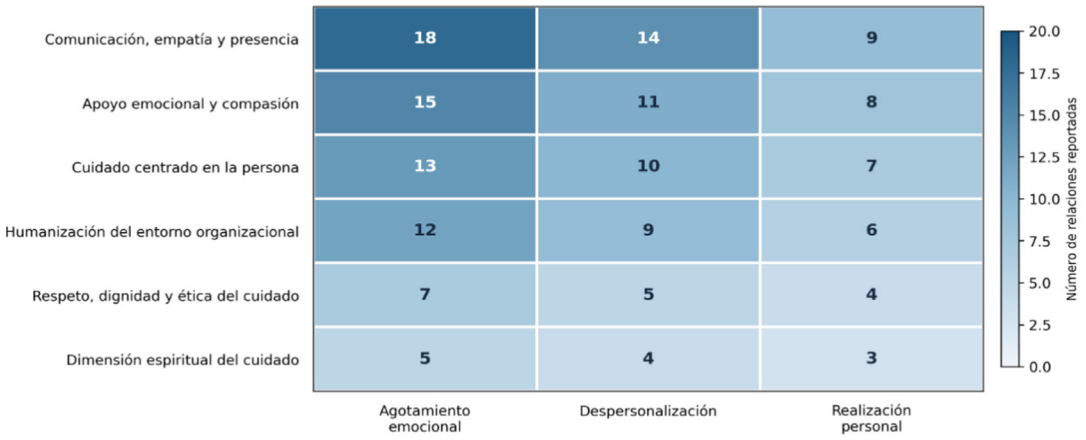
Licencia CC-By-NC-ND
Horizonte sanitario
Suplemento I. Humanización de los Cuidados: Avances desde la Investigación Científica. Vol. 25 (2026)
ISSN (en línea): 2007-7459
https://revistahorizonte.ujat.mx/

SB, el agotamiento emocional concentró el mayor número de asociaciones, con 70 (43,8%). En cuanto a las dimensiones del cuidado humanizado, la categoría comunicación, empatía y presencia concentró 41 asociaciones (25,6%), seguida de apoyo emocional y compasión (34 asociaciones) y del cuidado centrado en la persona (PCC), con 30 (18,8%).

En la distribución cruzada de las categorías, comunicación, empatía y presencia presentó el mayor número de asociaciones con agotamiento emocional (n = 18), seguida de apoyo emocional y compasión (n = 15) y cuidado centrado en la persona (n = 13). Estas categorías también concentraron las mayores frecuencias de asociaciones con la despersonalización, aunque en menor proporción que con el agotamiento emocional.

En términos descriptivos, las asociaciones identificadas se concentraron principalmente en componentes relacionales del cuidado y en el agotamiento emocional. Dado que un mismo estudio pudo aportar múltiples asociaciones, estas frecuencias representan relaciones reportadas y no el número de estudios independientes.

Figura 2. Relaciones entre categorías del cuidado humanizado y dimensiones del síndrome de burnout



Nota: Frecuencias descriptivas; un estudio puede aportar más de una relación (n = 160)
Fuente: Elaboración propia.

A partir de la síntesis de los 27 estudios incluidos, se identificaron tres patrones generales en los hallazgos relativos a la relación entre el cuidado humanizado y el SB (Tabla 3).

La tendencia más frecuente correspondió a una relación inversa, identificada en 15 de los 27 estudios, en los cuales mayores niveles de SB se asociaron con una menor expresión de dimensiones del cuidado humanizado. Esta tendencia se observó principalmente en estudios que reportaron asociaciones entre agotamiento emocional, despersonalización y menores niveles de comunicación, la empatía, la presencia profesional y otras expresiones relacionales del cuidado.

Licencia CC-By-NC-ND

En 9 de los 27 estudios se identificó un patrón en el que mayores niveles de dimensiones relacionadas con el cuidado humanizado se asociaron con menores niveles de burnout. En estos estudios, dimensiones como la compasión, el cuidado centrado en la persona, el cuidado individualizado y la comunicación terapéutica se relacionaron con menores niveles de desgaste profesional o con indicadores más favorables de bienestar profesional.

Finalmente, 3 de los 27 estudios presentaron asociaciones heterogéneas o dependientes del contexto, en las cuales la relación entre cuidado humanizado y burnout varió según factores individuales, relacionales u organizacionales, o mostró hallazgos no consistentes entre las dimensiones analizadas. Entre los factores descritos se encontraron el entorno laboral, los estilos de comunicación, la competencia profesional y la sobrecarga asistencial.

Tabla 3. Mapa narrativo de tendencias en la relación entre cuidado humanizado y síndrome de burnout

Tendencia identificada	Descripción de la relación	Número de estudios
Relación inversa	Mayores niveles de burnout se asocian con menor expresión de cuidado humanizado	15
Asociación compatible con posible función protectora	Mayores niveles de dimensiones del cuidado humanizado se asocian con menores niveles de burnout, sin asumir causalidad	9
Relación compleja o no lineal	La relación entre cuidado humanizado y burnout se encuentra mediada por factores individuales u organizacionales, o presenta resultados no consistentes	3

Nota: A partir de los estudios incluidos en la revisión. Las categorías corresponden a la síntesis de patrones identificados en la relación entre cuidado humanizado y burnout en los estudios analizados.
Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Los hallazgos de este estudio evidencian que la relación entre el cuidado humanizado y el SB en enfermeros es compleja y dependiente del contexto. Predominaron las asociaciones inversas entre ambos fenómenos, siendo el agotamiento emocional la dimensión del burnout con mayor número de relaciones identificadas. A su vez, la comunicación, la empatía y la presencia fueron los componentes del cuidado humanizado más frecuentemente vinculados con el burnout. También se identificaron asociaciones compatibles con una posible función protectora de determinadas dimensiones del cuidado humanizado y relaciones heterogéneas condicionadas por factores individuales y organizacionales.

El predominio del agotamiento emocional resulta consistente con la evidencia disponible, que lo reconoce como uno de los componentes más frecuentes del SB y particularmente sensible a las necesidades asistenciales y laborales[1]. Esta situación adquiere especial relevancia porque varias de las dimensiones del cuidado humanizado más relacionadas con el burnout, como la comunicación, la empatía, la escucha y la presencia, constituyen elementos centrales del cuidado compasivo y de la relación terapéutica[42].

Licencia CC-By-NC-ND

La relación entre SB y dimensiones relacionales del cuidado también puede tener implicancias sobre la calidad asistencial. Se ha evidenciado que mayores niveles de burnout se asocian con menor calidad y seguridad del cuidado, mayor frecuencia de errores, eventos adversos, cuidados omitidos y menor satisfacción de los pacientes[4]. En este sentido, se identificó que el desgaste profesional no solo afecta el bienestar del enfermero, sino que también puede relacionarse con una menor expresión de componentes relacionales fundamentales para el cuidado humanizado.

No obstante, esta relación debe interpretarse con cautela, pues un estudio destacó que la empatía y el SB mantienen generalmente una relación inversa, aunque esta puede variar según las dimensiones evaluadas y la presencia de factores mediadores individuales y laborales[11]. Por ello, la empatía y otras expresiones del cuidado humanizado no pueden asumirse como factores protectores universales, sino como recursos cuya expresión depende, en parte, del contexto sanitario.

Los elementos organizacionales parecen desempeñar un papel importante en esta relación. Un entorno de práctica favorable se ha asociado con menor burnout y mayor satisfacción por compasión, mientras que la participación profesional, el liderazgo, la dotación adecuada de recursos y las relaciones interprofesionales se relacionan con mejores experiencias laborales[43]. De forma similar, la sobrecarga laboral y las necesidades emocionales se asocian con incremento del SB, mientras que la autonomía, el apoyo social y las oportunidades de aprendizaje se asocian con menor desgaste y mayor compromiso laboral[44]. Estos hallazgos son consistentes con el modelo teórico de Demandas y Recursos Laborales, según en el cual el el SB puede desarrollarse cuando las demandas sostenidas del trabajo exceden los recursos disponibles para afrontarlas[45].

Desde esta perspectiva, el cuidado humanizado no depende exclusivamente de las características individuales del enfermero. La atención centrada en la persona requiere la interacción entre competencias profesionales, relaciones interpersonales y entornos de trabajo que permitan desarrollar una práctica humanizada[46]. Asimismo, se han identificado como barreras para la humanización las condiciones laborales desfavorables, la falta de formación y la escasa implicación institucional, mientras que la comunicación y el fortalecimiento de la relación enfermero-paciente actúan como facilitadores[8]. Cuando estas condiciones dificultan proporcionar el cuidado que el profesional considera adecuado, pueden generarse situaciones de malestar moral, fenómeno que también se ha relacionado con el burnout en enfermería[47].

La exposición continuada al sufrimiento también puede contribuir al desgaste emocional. La fatiga por compasión se asocia con menor empatía, pero con mayor agotamiento emocional. Asimismo, las intervenciones diseñadas para promover la resiliencia, el afrontamiento y el bienestar emocional redujeron significativamente tanto la fatiga por compasión como el SB[48]. Por ello, el cuidado humanizado requiere también recursos que favorezcan el bienestar emocional del enfermero.

En línea con la evidencia de que los diferentes contextos laborales pueden influir en la incidencia del SB. En esta revisión se han identificado variaciones en sus dimensiones según país, categoría

Licencia
CC-By-NC-ND

profesional, lugar de trabajo, jornada y percepción de estrés laboral[49]. Esto cobra relevancia porque no se identificaron estudios desarrollados en América Latina, por lo que se requieren investigaciones que analicen la relación entre burnout y cuidado humanizado en este contexto.

Los hallazgos de esta revisión de alcance tienen implicancias para la práctica de enfermería y la gestión de los servicios de salud. La evidencia indica que la prevención del SB no debería centrarse únicamente en fortalecer habilidades como la empatía, la comunicación o la compasión, sino también se deben mejorarse las condiciones en las que los enfermeros trabajan. Por otra parte, aspectos como el liderazgo, la carga laboral, el apoyo social y la autonomía requieren ser considerados al promover un cuidado más humanizado[43,44]. La evidencia disponible muestra que diferentes intervenciones dirigidas al SB pueden reducir especialmente el agotamiento emocional y la despersonalización, aunque los efectos sobre la realización personal son menos consistentes[50].

Entre las limitaciones de esta revisión, debido al predominio de estudios transversales, no se puede establecer temporalidad o causalidad entre los constructos de interés. Por ello, las asociaciones que sugieren una posible función protectora deben interpretarse con cautela. Asimismo, la heterogeneidad conceptual y metodológica en el abordaje del cuidado humanizado reportada en los artículos científicos revisados dificulta la comparación entre ellos y la interpretación de los resultados relacionados con este constructo. En tercer lugar, las 160 asociaciones corresponden a relaciones entre dimensiones y no a observaciones independientes, por lo que sus frecuencias no representan la magnitud o fuerza de asociación. Además, la búsqueda se limitó a PubMed, Scopus y Web of Science sin incluir literatura gris ni otras bases especializadas en enfermería, lo que pudo limitar la identificación de estudios pertinentes. Asimismo, la inclusión exclusiva de publicaciones en español, inglés y portugués pudo generar sesgo de idioma. La ausencia de estudios desarrollados en América Latina también restringe la posibilidad de extrapolar los hallazgos a contextos con condiciones laborales, organizacionales y socioculturales diferentes.

Finalmente, en concordancia con el propósito de esta revisión, los resultados permiten describir y mapear la evidencia disponible, pero no establecer el grado de certeza de las asociaciones identificadas. Por tanto, los hallazgos deben ser considerados como una aproximación al estado actual del conocimiento y como base para orientar investigaciones posteriores con diseños que permitan evaluar con mayor precisión la dirección y magnitud de la relación entre el cuidado humanizado y el SB.

Conclusiones

La evidencia mapeada muestra que la relación entre el cuidado humanizado y el síndrome de burnout en enfermeros es multidimensional y está condicionada por el contexto en el que se desarrolla la práctica. El agotamiento emocional presentó el mayor número de asociaciones, mientras que la comunicación, la empatía y la auténtica presencia fueron las dimensiones del cuidado humanizado más relacionadas con el SB.

Licencia
CC-By-NC-ND

La síntesis de los estudios muestra que el SB y el cuidado humanizado no se presentan como fenómenos independientes. La dimensión relacional del cuidado constituye un punto de encuentro entre ambos, donde el desgaste profesional se relaciona con una menor expresión de prácticas humanizadas en el cuidado de la salud. A su vez, esta relación puede variar según las condiciones individuales y de la institución de salud en la que se brinda el cuidado.

De manera específica, los estudios revisados mostraron que los niveles más altos de burnout se relacionaron con una menor expresión de conductas de cuidado, cuidado individualizado y comunicación humanizada. Asimismo, la compasión, la participación del paciente en la construcción del cuidado y otros enfoques centrados en la persona se asociaron con menores niveles de desgaste profesional o con indicadores más favorables de bienestar. Estos hallazgos deben interpretarse con cautela debido a las diferencias de diseño, medición y contexto entre los estudios.

Estos resultados sugieren que promover un cuidado humanizado requiere considerar tanto las competencias individuales como las condiciones laborales. En este sentido, la prevención del SB y la promoción del cuidado humanizado deberían ser consideradas de manera conjunta tanto en el desarrollo de habilidades y capacidades personales como en la gestión de enfermería. De manera que fortalecer las relaciones terapéuticas sin atender las condiciones en las que trabajan los enfermeros puede resultar insuficiente; del mismo modo, reducir el burnout puede contribuir no solo al bienestar ocupacional, sino también a preservar las condiciones relacionales necesarias para una atención centrada en la persona. Como desafío para esta línea de investigación, se requieren estudios longitudinales y de intervención, con medidas comparables y una mayor representación de los contextos latinoamericanos.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Dado que el presente trabajo corresponde a una revisión de alcance, no se requirió la aprobación de un comité de ética en investigación.

Uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que, conforme a lo descrito en el diseño metodológico, se utilizó el software Rayyan, plataforma con funcionalidades basadas en inteligencia artificial, exclusivamente para apoyar el proceso de selección y cribado de los registros recuperados mediante las búsquedas realizadas

Licencia
CC-By-NC-ND

en las bases de datos. Esta herramienta fue empleada como apoyo en el desarrollo de la revisión de alcance y en el proceso colaborativo entre los investigadores. Asimismo, se empleó una herramienta de inteligencia artificial generativa (ChatGPT) como apoyo editorial para revisar la claridad, la coherencia y el estilo del manuscrito. Todas las modificaciones fueron verificadas por los autores, quienes mantienen la responsabilidad íntegra sobre el contenido, el análisis y la interpretación de los resultados.

Contribución de los autores

Conceptualización: P.S., J.A.Z.H.; Curación de datos: P.S., J.A.Z.H.; Análisis formal: P.S., J.A.Z.H.; Adquisición de fondos: P.S., J.A.Z.H., R.Z.C.; Investigación: P.S., J.A.Z.H.; Metodología: P.S., J.A.Z.H., R.Z.C.; Administración de proyecto: P.S.; Recursos: P.S.; Software: P.S., J.A.Z.H.; Supervisión: P.S., R.Z.C.; Validación: P.S., J.A.Z.H.; Visualización: P.S., J.A.Z.H.; Redacción del borrador original: P.S.; Redacción, revisión y edición: J.A.Z.H., R.Z.C.

Financiamiento

El presente trabajo no recibió financiamiento externo.

Referencias

1. Getie A, Ayenew T, Amlak BT, Gedfew M, Edmealem A, Kebede WM. Global prevalence and contributing factors of nurse burnout: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. BMC Nurs. 2025; 24:596. Doi: https://doi.org/10.1186/s12912-025-03266-8

2. Bell T, Sprajcer M, Flenady T, Sahay A. Fatigue in nurses and medication administration errors: a scoping review. J Clin Nurs. 2023;32(17-18):5445-5460. Doi: https://doi.org/10.1111/jocn.16620

3. Kiptulon EK, Elmadani M, Limungi GM, Simon K, Tóth L, Horvath E, et al. Transforming nursing work environments: the impact of organizational culture on work-related stress among nurses: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2024; 24:1526. Doi: https://doi.org/10.1186/s12913-024-12003-x

4. 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: https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43059

Licencia
CC-By-NC-ND

5. Nantsupawat A, Wichaikhum OA, Abhicharttibutra K, Sadarangani T, Poghosyan L. The relationship between nurse burnout, missed nursing care, and care quality following COVID-19 pandemic. J Clin Nurs. 2023;32(15-16):5076-5083. Doi: https://doi.org/10.1111/jocn.16761

6. Chiminelli-Tomás V, Tutte-Vallarino V, Ferreira-Umpiérrez A, Hernández-Morante JJ, Reche-García C. Impact of nursing practice environments in work engagement and burnout risk among registered nurses: a systematic review. Healthcare (Basel). 2025;13(7):779. Doi: https://doi.org/10.3390/healthcare13070779

7. Şenol Çelik S, Sarıköse S, Çelik Y. Structural and psychological empowerment and burnout among nurses: a systematic review and meta-analysis. Int Nurs Rev. 2024;71(1):189-201. Doi: https://doi.org/10.1111/inr.12878

8. 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 (Lausanne). 2024;11:1446701. Doi: https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1446701

9. 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. Nurs Rep. 2025;15(7):223. Doi: https://doi.org/10.3390/nursrep15070223

10. Gustavsson K, Fors A, van Diepen C, Axelsson M, Bertilsson M, Bångsbo A, et al. Higher levels of person-centred care are associated with lower levels of stress of conscience in hospital and municipal care. BMC Health Serv Res. 2025; 25:937. Doi: https://doi.org/10.1186/s12913-025-13077-x

11. Zhou H, Li X, Li J, et al. Relationship between empathy and burnout among clinical nurses: a systematic review. BMC Nurs. 2025; 24:38. Doi: https://doi.org/10.1186/s12912-025-02701-0

12. Gebreheat G, Teame H, Costa EI. The impact of transformational leadership style on nurses' job satisfaction: an integrative review. SAGE Open Nurs. 2023; 9:23779608231197428. Doi: https://doi.org/10.1177/23779608231197428

13. Drennan J, Murphy A, McCarthy VJC, Ball J, Duffield C, Crouch R, et al. The association between nurse staffing and quality of care in emergency departments: a systematic review. Int J Nurs Stud. 2024; 153:104706. Doi: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104706.

14. Joanna Briggs Institute. JBI manual for evidence synthesis. Adelaide: JBI; 2020. Disponible en: https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL

Licencia
CC-By-NC-ND

15. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467-473. Disponible en: https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-0850

16. Hallberg IR. Systematic clinical supervision in a child psychiatric ward: satisfaction with nursing care, tedium, burnout, and the nurses' own report on the effects of it. Arch Psychiatr Nurs. 1994;8(1):44-52. Doi: https://doi.org/10.1016/0883-9417(94)90020-5

17. Hayter M. Burnout and AIDS care-related factors in HIV community clinical nurse specialists in the North of England. J Adv Nurs. 1999;29(4):984-993. Doi: https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00973.x

18. Walsh M, Dolan B. Emergency nurses and their perceptions of caring. Nurs Crit Care. 1999;4(4):182-188. Doi: https://doi.org/10.7748/en1999.07.7.4.24.c1285

19. Ewers P, Bradshaw T, McGovern J, Ewers B. Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses? J Adv Nurs. 2002;37(5):470-476. Doi: https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02115.x

20. Billeter-Koponen S, Fridén L. Long-term stress, burnout and patient–nurse relations: qualitative interview study about nurses' experiences. Scand J Caring Sci. 2005;19(1):20-27. Doi: https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00318.x

21. Sundin L, Hochwälder J, Bildt C, Lisspers J. The relationship between different work-related sources of social support and burnout among registered and assistant nurses in Sweden. Int J Nurs Stud. 2007;44(5):758-769. Doi: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.01.006

22. Yong JS, Kim JH, Park YS. Effects of a compassion-focused program on burnout and caring behavior among nurses. J Korean Acad Nurs. 2012;42(6):870–878. Doi: https://doi.org/10.4040/jkan.2012.42.6.870

23. Dichter MN, Trutschel D, Schwab CGG, Haastert B, Quasdorf T, Halek M. Dementia care mapping in nursing homes: effects on caregiver attitudes, job satisfaction, and burnout. Int Psychogeriatr. 2017. Doi: https://doi.org/10.1017/S104161021700148X

24. Karadag Arli S, Bakan AB, Erisik E. An investigation of the relationship between nurses' views on spirituality and spiritual care and their level of burnout. J Holist Nurs. 2017;35(3):214-220. Doi: https://doi.org/10.1177/0898010116652974

Licencia
CC-By-NC-ND

25. Shen A, Wang Y, Qiang W. A multicenter investigation of caring behaviors and burnout among oncology nurses in China. Cancer Nurs. 2018;41(6): E1-E8. Doi: https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000680

26. Liu Y, Aungsuroch Y. Factors influencing nurse-assessed quality nursing care: a cross-sectional study in hospitals. J Adv Nurs. 2018;74(4):935-945. Doi: https://doi.org/10.1111/jan.13483

27. Cherven B, Jordan D, Hale S, Wetzel M, Travers C, Smith K. Nurse–patient connectedness and nurses' professional quality of life: experiences of volunteering at a pediatric oncology camp. J Pediatr Oncol Nurs. 2019;36(6):1-12. Doi: https://doi.org/10.1177/1043454219887671

28. Clayton MF, Iacob E, Reblin M, Ellington L. Hospice nurse identification of comfortable and difficult discussion topics: associations among self-perceived communication effectiveness, nursing stress, life events, and burnout. Patient Educ Couns. 2019;102(10):1873–1880. Doi: https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.06.013

29. Danacı E, Koç Z. The association of job satisfaction and burnout with individualized care perceptions in nurses. Nurs Ethics. 2019;26(7-8):2141-2155. Doi: https://doi.org/10.1177/0969733019836151

30. Alhalal E, Alrashidi LM, Alanazi AN. Burnout and caring behaviors among nurses in Saudi Arabia: a cross-sectional study. J Nurs Manag. 2020;28(5):1033–1040. Doi: https://doi.org/10.1111/jonm.13012

31. Smythe A, Jenkins C, Galant-Miecznikowska M, Dyer J, Downs M, Bentham P, Oyebode J. A qualitative study exploring nursing home nurses' experiences of training in person-centred dementia care on burnout. Nurse Educ Pract. 2020;102745. Doi: https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102745

32. Uchmanowicz I, Karniej P, Lisiak M, Chudiak A, Lomper K, Wiśnicka A, et al. The relationship between burnout, job satisfaction and the rationing of nursing care—A cross-sectional study. J Nurs Manag. 2020;28(8):2188-2198. Doi: https://doi.org/10.1111/jonm.13142

33. Kaplan Serin E, Özdemir A, Işik K. The effect of nurses' compassion on burnout: a cross-sectional study. Perspect Psychiatr Care. 2020;56(1):1-9. Doi: https://doi.org/10.1111/ppc.12607

34. Al Ma'mari QA, Abu Sharour L, Al Omari O. Fatigue, burnout, work environment, workload and perceived patient safety culture among critical care nurses. Br J Nurs. 2020;29(1):28-34. Doi: https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.1.28:

35. Abraham CM, Zheng K, Norful AA, Ghaffari A, Liu J, Poghosyan L. Primary care nurse practitioner burnout and perceptions of quality of care. Nurs Forum. 2021;56(3):1-10. Doi: https://doi.org/10.1111/nuf.12584

Licencia
CC-By-NC-ND

36. Heidari T, Azimilolaty H, Khorram M, Rezaei S, Mousavinasab SN, Nikbakht R. Association between moral intelligence, burnout and quality of nursing care. Clin Ethics. 2021;16(4):1-8. Doi: https://doi.org/10.1177/14777509211033726

37. 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: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251936

38. Ahn S, Eun Y. The relationship between caring behaviors and burnout among nurses: a cross-sectional study. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(16):8577. Doi: https://doi.org/10.3390/ijerph18168577

39. Brooks Carthon JM, Aponte R, Mason A, Nikpour J. "I had become fed up": A qualitative study of Black nurse practitioners' Experiences fighting against health inequity, racism and burnout. J Am Assoc Nurse Pract. 2023;35(11):708-716. Doi: https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000936

40. Scheepers RA, Vollmann M. Nurses who co-create care with clients experience lower levels of burnout through the perception of fewer emotional demands: an observational study. BMC Nurs. 2024;23:902. Doi: https://doi.org/10.1186/s12912-024-02022-7

41. Shen L, Xu D, Zhang X. What factors influence surgical nurses' competence in implementing person-centered care in the perioperative period? Medicine (Baltimore). 2024;103(41):e40035. Doi: https://doi.org/10.1097/MD.0000000000040035

42. Varghese A, Khakha DC. Attributes of compassionate care in clinical nursing practice from the perspectives of patients and nurses—a systematic review. J Educ Health Promot. 2025;14:110. Doi: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1872_23

43. Ayed A, Abu Ejheisheh M, Aqtam I, Batran A, Farajallah M. The relationship between professional quality of life and work environment among nurses in intensive care units. Inquiry. 2024; 61:00469580241297974. Doi: https://doi.org/10.1177/00469580241297974

44. Vander Elst T, Cavents C, Daneels K, Johannik K, Baillien E, Van den Broeck A, et al. Job demands-resources predicting burnout and work engagement among Belgian home healthcare nurses: a cross-sectional study. Nurs Outlook. 2016;64(6):542-556. Doi: https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.06.004

45. Bakker AB, Demerouti E. Job demands–resources theory: taking stock and looking forward. J Occup Health Psychol. 2023;28(3):273-285. Doi: https://doi.org/10.1037/ocp0000356

Licencia
CC-By-NC-ND

46. McCance T, McCormack B. The Person-centred Nursing Framework: a mid-range theory for nursing practice. J Res Nurs. 2025;30(1):47-60. Doi: https://doi.org/10.1177/17449871241281428

47. Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: a systematic review. Nurs Ethics. 2023;30(1):14-29. Doi: https://doi.org/10.1177/09697330221104610

48. Manzanedo-Moreno M, Salcedo-Sampedro C, Abajas-Bustillo R, Martin-Melón R, Fernández Peña R, Ortego-Maté C. Interventions to reduce compassion fatigue in nursing: a systematic review and meta-analysis of controlled studies. Int Nurs Rev. 2025;72(2): e70023. Doi: https://doi.org/10.1111/inr.70023

49. Baldonedo-Mosteiro M, Almeida MCS, Baptista PCP, Sánchez-Zaballos M, Rodriguez-Diaz FJ, Mosteiro-Diaz MP. Burnout syndrome in Brazilian and Spanish nursing workers. Rev Lat Am Enfermagem. 2019;27: e3192. Doi: https://doi.org/10.1590/1518-8345.2818.3192

50. Lee M, Cha C. Interventions to reduce burnout among clinical nurses: systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2023;13:10971. Doi: https://doi.org/10.1038/s41598-023-38169-8

Licencia
CC-By-NC-ND