

# El cuidado enfermero como práctica relacional, biográfica y cultural: un estudio fenomenológico

## *Nursing Care as a Relational, Biographical and Cultural Practice: A Phenomenological Study*

### O cuidado de enfermagem como prática relacional, biográfica e cultural: um estudo fenomenológico

ROBERTO LOCATELLI GARRÓN Y ALMUDENA ARROYO RODRÍGUEZ

#### Roberto Locatelli Garrón

Universidad Pontificia Comillas, España  
rlocatelli@comillas.edu  
<https://orcid.org/0009-0008-1358-6633>

#### Almudena Arroyo Rodríguez

Universidad de Sevilla, España  
almudena.arroyo@sjd.edu.es  
<https://orcid.org/0000-0001-9193-7170>

#### Correo de correspondencia:

almudena.arroyo@sjd.edu.es

Fecha de recepción: 20/01/2026

Fecha de aceptación: 12/03/2026

Financiación: este trabajo no ha recibido financiación

Conflicto de intereses: los autores declaran que no hay conflicto de intereses



Licencia: este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2026 Roberto Locatelli Garrón y Almudena Arroyo Rodríguez

#### Resumen

El cuidado enfermero se entiende como una práctica relacional, biográfica y cultural que articula experiencias vitales, valores personales y condiciones estructurales en la atención profesional de la salud. **Objetivo:** Comprender el significado que las enfermeras atribuyen al cuidado holístico como práctica relacional, biográfica y cultural en el contexto de su experiencia profesional. **Metodología:** Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico hermenéutico realizado mediante entrevistas semiestructuradas en profundidad a 12 enfermeras/os en ejercicio, seleccionados por muestreo intencional. El análisis fenomenológico combinó lectura idiográfica y análisis temático nomotético para identificar temas esenciales de la experiencia vivida. El diseño atendió a criterios de rigor cualitativo y principios éticos de estudios no intervencionistas. **Resultados:** Emergieron cuatro temas fundamentales: el cuidado como relación humana situada; la biografía y los valores personales como fundamento del cuidar; tensiones entre el ideal de cuidado holístico y las condiciones organizativas; y el cuidado como práctica reflexiva y culturalmente sensible. Los hallazgos revelan una brecha entre el cuidado deseado y las posibilidades reales de su aplicación, mediada por experiencias biográficas y el contexto asistencial. **Conclusiones:** El cuidado enfermero se configura como una práctica situada y significativa que requiere apoyo institucional, formación en reflexión y sensibilización cultural para favorecer una atención centrada en la persona en contextos asistenciales complejos.

**Palabras clave:** cuidados de enfermería; atención integral de salud; Cultura; investigación cualitativa; valores personales; fenomenología.

**Citación:** Locatelli Garrón, R., & Arroyo Rodríguez, A. (2026). El cuidado enfermero como práctica relacional, biográfica y cultural: un estudio fenomenológico. *Cultura de los Cuidados*, 30(73), 25-37. <https://doi.org/10.14198/cuid.32438>



## Abstract

Nursing care is understood as a relational, biographical, and cultural practice that integrates life experiences, personal values, and structural conditions in professional health care. **Objective:** To understand the meaning that nurses attribute to holistic care as a relational, biographical, and cultural practice within the context of their professional experience. **Methods:** A qualitative hermeneutic phenomenological study was conducted using in-depth semistructured interviews with 12 practicing nurses selected through purposive sampling. Phenomenological analysis combined idiographic reading and nomothetic thematic analysis to identify essential themes in lived experience. Rigor and ethical standards for non-interventional qualitative research were upheld. **Results:** Four key themes emerged: nursing care as a situated human relationship; biography and personal values as the basis of caring; tensions between the ideal of holistic care and organizational constraints; and care as a culturally sensitive and reflective practice. Findings reveal a gap between desired care and its practical possibilities, shaped by biographical experience and practice context. **Conclusions:** Nursing care is

configured as a meaningful and situated practice that requires institutional support, reflective training and cultural sensitivity to foster truly person-centered care in complex care contexts.

**Keywords:** nursing care; comprehensive health care; culture; qualitative research; personal values; phenomenology.

## Resumo

O cuidado de enfermagem é compreendido como uma prática relacional, biográfica e cultural que articula experiências de vida, valores pessoais e condições estruturais dentro do contexto profissional da saúde. **Objetivo:** Compreender o significado que enfermeiros atribuem ao cuidado holístico como uma prática relacional, biográfica e cultural no contexto de sua experiência profissional. **Metodologia:** Foi realizado um estudo qualitativo com abordagem hermenêutico-fenomenológica por meio de entrevistas semiestruturadas em profundidade com 12 enfermeiros atuantes, selecionados por amostragem intencional. A análise fenomenológica combinou leitura idiográfica e análise temática nomotética para identificar temas essenciais da experiência vivida. O delineamento seguiu critérios de rigor qualitativo e princípios éticos de estudos não intervencionistas. **Resultados:** Emergiram quatro temas fundamentais: o cuidado como uma relação humana situada; a biografia e os valores pessoais como fundamento do cuidado; tensões entre o ideal do cuidado holístico e as condições organizacionais; e o cuidado como uma prática reflexiva e culturalmente sensível. Os resultados revelam uma lacuna entre o cuidado desejado e as possibilidades reais de sua implementação, mediada por experiências biográficas e pelo contexto do cuidado. **Conclusões:** O cuidado de enfermagem configura-se como uma prática situada e significativa que requer apoio institucional, formação reflexiva e consciência cultural para promover o cuidado centrado na pessoa em contextos complexos de saúde.

**Palavras-chave:** cuidados de enfermagem; cuidados de saúde abrangentes; cultura; pesquisa qualitativa; valores pessoais; fenomenologia.

## INTRODUCCIÓN

El cuidado constituye el eje epistemológico y práctico de la enfermería y se configura como un fenómeno complejo que trasciende la mera ejecución de intervenciones técnicas orientadas al tratamiento de la enfermedad (Collière, 2003; Watson, 2008). Cuidar implica una relación humana situada, mediada por valores, significados, contextos socioculturales y por la trayectoria vital de quienes cuidan, en la que se integran dimensiones técnicas, éticas y relacionales del quehacer enfermero. Desde esta perspectiva, el cuidado no puede comprenderse de manera aislada del contexto vital de las personas ni de las experiencias que configuran su forma de vivir los procesos de salud, enfermedad y atención sanitaria.

En las últimas décadas, este enfoque ha evolucionado hacia la Atención Centrada en la Persona, entendida como una asociación colaborativa entre profesionales, pacientes y familias para garantizar que se respeten sus valores y preferencias (Santana, 2018). No obstante, la traslación de estos principios a la práctica clínica cotidiana continúa presentando importantes desafíos (Santana, 2018; Lateef & Mhlongo, 2020). La hegemonía de modelos orientados a metas cuantitativas y la estandarización de procesos generan una presión asistencial que desplaza la dimensión cultural del cuidado (Santana, 2018; Ambushe, 2023). Al priorizar el cumplimiento de documentación y requisitos administrativos, el sistema reduce al individuo a su sintomatología, limitando el tiempo necesario para comprender los significados culturales compartidos que orientan las expectativas del paciente (Ambushe, 2023). Esta realidad es consistente con investigaciones que señalan que la orientación del sistema hacia el cumplimiento de objetivos técnicos y la sobrecarga asistencial son los principales obstáculos para la implementación de un cuidado verdaderamente holístico (Pedraz, 2014; Ambushe, 2023). La antropología del cuidado ha contribuido a visibilizar el carácter culturalmente construido de las prácticas asistenciales. La cultura actúa como un sistema de significados compartidos que orienta tanto las expectativas y comportamientos de las personas cuidadas como las decisiones y modos de actuación de los profesionales de la salud (Helman, 2007). En el ámbito de la enfermería, esta dimensión cultural se expresa en la forma en que se interpretan las necesidades de cuidado, se establecen relaciones terapéuticas y se toman decisiones clínicas (Leininger, 2002). En contextos sanitarios caracterizados por una creciente diversidad demográfica, la competencia cultural, la sensibilidad intercultural y las habilidades de comunicación adquieren un papel central en la calidad del cuidado prestado (Kaihlanen, 2019; Jang & Kim, 2025).

La evidencia reciente señala que la compasión, la competencia cultural y las habilidades de comunicación intercultural constituyen pilares fundamentales para el desarrollo de relaciones terapéuticas efectivas y para la implementación de cuidados centrados en la persona (Jang & Kim, 2025). Sin embargo, diversos estudios ponen de manifiesto la existencia de una brecha persistente entre el ideal teórico del cuidado holístico y su aplicación real en la práctica asistencial. Investigaciones realizadas en distintos contextos indican que una proporción significativa de enfermeras continúa centrando su práctica principalmente en las dimensiones físicas del cuidado, relegando aspectos psicológicos, sociales o espirituales (Ambushe *et al.*, 2023). Entre los factores asociados a esta limitación se señalan la sobrecarga asistencial, la orientación del sistema hacia el cumplimiento de objetivos y la falta de formación continuada en humanización y reflexión sobre la práctica (Pedraz *et al.*, 2014).

En este sentido, la literatura subraya la importancia de la auto-conciencia cultural y de la reflexión sobre los propios valores y experiencias como elementos fundamentales para el desarrollo de una práctica enfermera más humana y contextualizada (Kaihlanen *et al.*, 2019). El cuidado no se construye únicamente a partir de conocimientos técnicos, sino también desde la biografía personal, las experiencias vitales y los sistemas de valores que influyen en la manera en que las enfermeras interpretan y ejercen su rol profesional.

La investigación cualitativa, y en particular el enfoque fenomenológico, ofrece un marco idóneo para explorar los significados que las enfermeras atribuyen a su práctica de cuidado. Desde esta perspectiva, el interés no se centra en la medición de variables ni en la explicación causal de los fenómenos, sino en la comprensión de la experiencia vivida tal como es percibida y narrada por quienes la protagonizan (Van Manen, 2014). A pesar del creciente interés por la humanización de los cuidados y la competencia cultural, persiste un vacío de conocimiento en torno a cómo las enfermeras integran su biografía personal, su sistema de valores y su bagaje cultural en la construcción cotidiana del cuidado holístico, más allá de modelos teóricos o evaluaciones normativas de competencias (Campinha-Bacote, 2002; Papadopoulos *et al.*, 2004).

## OBJETIVOS

Comprender el significado que las enfermeras atribuyen al cuidado holístico como práctica relacional, biográfica y cultural en el contexto de su experiencia profesional.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico hermenéutico, orientado a comprender el significado que las enfermeras atribuyen al cuidado holístico como práctica relacional, biográfica y cultural, a partir de su experiencia vivida en el ámbito personal y profesional.

La fenomenología permite explorar cómo las personas interpretan y dotan de sentido a sus experiencias, accediendo a dimensiones subjetivas, relacionales y contextuales del cuidado difícilmente captables mediante enfoques cuantitativos.

La selección de participantes se llevó a cabo mediante muestreo intencional, considerando criterios de experiencia profesional en atención primaria y hospitalaria, así como la disposición para reflexionar sobre su práctica de cuidado. El número de participantes no se estableció a priori, determinándose por saturación de la información. Participaron 12 profesionales con más de tres años de experiencia en su ámbito asistencial.

La recogida de datos se realizó durante el año 2024 mediante entrevistas semiestructuradas en profundidad, con una duración aproximada de entre 30 y 45 minutos. Las entrevistas se llevaron a cabo en espacios tranquilos, fuera del lugar y horario habitual de trabajo, con

el fin de favorecer un clima de confianza y reflexión. Todas fueron grabadas en audio con consentimiento informado previo y posteriormente transcritas de manera literal.

El análisis se fundamentó en la fenomenología de la práctica propuesta por Van Manen (2014). En una primera fase idiográfica, se realizó una lectura profunda y reiterada de cada entrevista para identificar unidades de significado y captar la singularidad de cada experiencia. Posteriormente, mediante un proceso interpretativo y comparativo, se desarrolló un análisis nomotético que permitió agrupar los significados en temas compartidos, revelando la estructura común de la experiencia del cuidado holístico. El análisis se llevó a cabo de manera iterativa, en un movimiento constante entre las partes y el todo del texto, hasta alcanzar la saturación temática.

Con el fin de enriquecer la interpretación, los hallazgos se pusieron posteriormente en diálogo con marcos conceptuales relevantes, como el modelo de Donabedian aplicado al Cuidado Centrado en la Persona (Santana *et al.*, 2018) y aportaciones recientes sobre compasión y competencia cultural.

En relación con la reflexividad, el investigador realizó un ejercicio continuo de autoanálisis crítico durante todo el proceso, explicitando sus propias concepciones y experiencias previas en torno al cuidado enfermero. Este posicionamiento permitió reconocer posibles presupuestos interpretativos y favorecer una actitud de apertura y rigor en la construcción de los significados.

El estudio se desarrolló conforme a los principios éticos de la investigación en ciencias de la salud. La participación fue voluntaria y no remunerada. Todas las personas participantes recibieron información detallada sobre los objetivos del estudio y firmaron consentimiento informado previo a la realización de las entrevistas. Los datos fueron tratados de forma confidencial, garantizando la seudonimización mediante la asignación de códigos identificativos y la eliminación de cualquier información que pudiera permitir la identificación personal o institucional. Dado que el estudio no implicó intervención clínica ni acceso a datos asistenciales sensibles, se atendió al principio de proporcionalidad ética aplicable a investigaciones cualitativas no intervencionistas.

## RESULTADOS

Participaron en el estudio 12 profesionales sanitarios con más de tres años de experiencia en su ámbito asistencial (Tabla 1). La muestra se distribuyó de forma equilibrada según nivel asistencial y género. Seis participantes desarrollaban su actividad en Atención Primaria (tres mujeres y tres hombres) y seis en Atención Hospitalaria (tres mujeres y tres hombres). En Atención Primaria intervinieron tres mujeres (MAP1–MAP3) y tres hombres (HAP1–HAP3), mientras que en Atención Hospitalaria participaron tres mujeres (MH1–MH3) y tres hombres (HH1–HH3). Esta distribución permitió recoger discursos procedentes de diferentes contextos asistenciales, garantizando diversidad de perspectivas profesionales.

Tabla 1. Perfil de los profesionales participantes en el estudio

Código	Ámbito	Género	Años de Experiencia
MAP1	Atención Primaria	Mujer	> 3 años
MAP2	Atención Primaria	Mujer	> 3 años
MAP3	Atención Primaria	Mujer	> 3 años
MH1	Atención Hospitalaria	Mujer	> 3 años
MH2	Atención Hospitalaria	Mujer	> 3 años
MH3	Atención Hospitalaria	Mujer	> 3 años
HAP1	Atención Primaria	Hombre	> 3 años
HAP2	Atención Primaria	Hombre	> 3 años
HAP3	Atención Primaria	Hombre	> 3 años
HH1	Atención Hospitalaria	Hombre	> 3 años
HH2	Atención Hospitalaria	Hombre	> 3 años
HH3	Atención Hospitalaria	Hombre	> 3 años

Nota: MAP/HAP (Mujer/Hombre de Atención Primaria); MH/HH (Mujer/Hombre de Atención Hospitalaria).  
Fuente: elaboración de los autores.

Se han identificado 4 categorías o temas principales. Se describen a continuación.

### ***Tema 1. El cuidado como relación humana situada***

Las experiencias relacionales vividas a lo largo de la biografía personal aparecen como un referente significativo en la manera en que las enfermeras conciben y ejercen el cuidado. En los relatos se observa cómo los vínculos familiares, las dinámicas de apoyo y las experiencias de ruptura influyen en la forma de comprender el cuidado como relación, acompañamiento y presencia ante el otro.

Algunas participantes señalan haber crecido en entornos familiares caracterizados por relaciones de afecto y apoyo, que reconocen como un sustrato desde el que se construye posteriormente su manera de cuidar:

*“una familia muy humilde... relación estupenda en la familia... una infancia como muy agradable... mucho cariño y la verdad es que no hemos tenido necesidades” (HH2)*

*En otros casos, las experiencias de conflicto, separación o tensiones familiares aparecen como elementos que han marcado su forma de situarse en las relaciones y de acompañar a las personas en situaciones de vulnerabilidad:*

*“mis padres se separaron cuando yo tenía 16 años y bueno, al principio yo seguía teniendo relación con él... mi hermano no... se portó muy mal con mi madre” (MAP2)*

Asimismo, algunos relatos muestran cómo la vivencia de estructuras familiares más rígidas o jerárquicas ha condicionado la manera de entender las relaciones y el lugar que se ocupa en ellas, aspectos que posteriormente se reflejan en la práctica del cuidado:

*“era un patriarcado y mi padre era la figura máxima... cuando murió mi padre ese patriarcado pasó a mis manos... soy la punta de la pirámide” (MH3)*

En los relatos se evidencia que el cuidado es significado como una relación humana situada, construida desde experiencias previas de vínculo y responsabilidad, profundamente enraizada en la historia personal de quienes cuidan.

## **Tema 2. La biografía y los valores personales como base del cuidar**

Los discursos de las participantes muestran que la práctica del cuidado se encuentra estrechamente vinculada a la biografía personal y al sistema de valores de cada enfermera. En sus relatos, el cuidado aparece atravesado por creencias, referentes espirituales y formas de entender la ayuda al otro, así como por la manera en que se priorizan —o se relegan— las propias necesidades frente a las demandas del cuidado profesional.

Algunas enfermeras expresan una orientación del cuidado fuertemente centrada en la entrega al otro, situando el autocuidado en un segundo plano y otorgando mayor relevancia a la ayuda y al compromiso profesional:

*“tendría que ir a las necesidades básicas, el autocuidado primero, la realización de ayuda segundo y la realización profesional al final. No estoy de acuerdo, pero bueno” (HAP1)*

En otros relatos, el cuidado se vincula a procesos de reflexión personal y a la búsqueda de equilibrio, reconociendo la importancia de atender también a las propias necesidades para poder sostener la práctica de cuidado:

*“espiritualmente, no tengo ningún tipo de trabajar así de forma sistemática... casi todos los días sí... llevar una vida más o menos sana me ayuda mucho a ordenar mis problemas y ordenar mis ideas” (HH2)*

Asimismo, algunas participantes señalan la necesidad de detenerse a pensar sobre lo que hacen y sobre el sentido de su práctica, integrando la reflexión personal como parte del cuidado que ofrecen:

*“piensas qué es lo que haces... para dónde tiro, para dónde voy... yo creo que es importante” (MAP3)*

La experiencia descrita sugiere que el cuidado se construye desde una base biográfica y valores personales que influye en la manera de priorizar la ayuda, el autocuidado y la práctica profesional

### **Tema 3. Tensiones entre el ideal del cuidado holístico y la realidad asistencial**

Las enfermeras describen una distancia persistente entre el ideal del cuidado holístico y las condiciones reales en las que se desarrolla la práctica asistencial. En los relatos, el cuidado aparece condicionado por factores organizativos, estructurales y de gestión que limitan el tiempo, la autonomía y la posibilidad de establecer relaciones de cuidado más personalizadas y continuadas.

Algunas participantes expresan una percepción crítica del sistema sanitario, al que identifican como orientado prioritariamente al cumplimiento de objetivos y requisitos administrativos, en detrimento de una atención centrada en la persona:

*“el sistema está orientado a metas, a... papelitos, a cumplir requisitos, lo demás no importa” (HAP3)*

Otros discursos muestran una conciencia compartida sobre cómo debería prestarse el cuidado, junto con la sensación de no disponer de las condiciones necesarias para hacerlo realidad en la práctica cotidiana:

*“yo creo que casi todo el mundo es consciente de esto, lo que no hay es posibilidad de ofrecer ese tipo de atención” (HH1)*

Asimismo, algunas enfermeras señalan que, aun reconociendo las limitaciones del sistema, la posibilidad de ofrecer cuidados más integrales depende en parte de la actitud y el compromiso individual de los profesionales:

*“aunque el sistema no lo favorezca, las enfermeras tenemos margen en la práctica” (HAP1)*

En conjunto, los resultados ponen de manifiesto una tensión estructural entre el modelo asistencial vigente y el ideal de cuidado holístico, que genera sentimientos de frustración y conflicto en las enfermeras y condiciona la forma en que el cuidado puede ser llevado a la práctica.

### **Tema 4. El cuidado holístico como práctica reflexiva y culturalmente sensible**

Los relatos de las participantes muestran que el cuidado holístico es vivido como una práctica que requiere reflexión, autoconocimiento y una atención consciente a la dimensión emocional y cultural de las relaciones de cuidado. En este sentido, el cuidado no se entiende únicamente como una respuesta técnica a las necesidades de salud, sino como un proceso que implica posicionarse ante la diversidad de personas, contextos y situaciones que se presentan en la práctica asistencial.

Algunas enfermeras señalan la importancia de trabajar aspectos relacionados con la comunicación, la gestión emocional y la comprensión del otro como elementos fundamentales para sostener el cuidado en contextos complejos:

*“me interesa mucho el tema de la inteligencia emocional... he hecho cursos de comunicación, de saber interpretar, de saber hablar y de pensamiento” (MH3)*

Otros relatos destacan la necesidad de detenerse a pensar sobre la propia práctica y sobre las decisiones que se toman en el cuidado, reconociendo la reflexión como parte del proceso de acompañamiento a las personas atendidas:

*“piensas qué es lo que haces, a parte de la comida, del no sé qué... pues piensas, para dónde tiro, para dónde voy... yo creo que es importante” (MAP3)*

Asimismo, algunas participantes ponen de relieve que la forma de cuidar está influida por la manera en que cada profesional se conoce a sí mismo y gestiona sus propias emociones y límites, aspectos que consideran necesarios para poder ofrecer un cuidado más humano y respetuoso:

*“yo tengo mantras, siempre voy pensando en que todo vaya bien” (MH1)*

La vivencia compartida apunta a que el cuidado holístico se configura como una práctica reflexiva y culturalmente sensible, sustentada en el autoconocimiento y la capacidad de adaptación a la diversidad de contextos asistenciales.

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio aportan una comprensión situada del cuidado holístico, mostrando cómo este es significado por las enfermeras como una experiencia profundamente relacional, contextual y atravesada por la biografía personal, los valores individuales y las condiciones estructurales del ejercicio profesional. Lejos de entenderse como un ideal abstracto o normativo, el cuidado emerge como una práctica que se construye en el encuentro con el otro y que refleja la complejidad de la experiencia humana y profesional.

En relación con la primera categoría, los hallazgos muestran que el cuidado se configura a partir de experiencias relacionales tempranas, especialmente en el ámbito familiar. Las trayectorias vitales de las enfermeras, marcadas tanto por vínculos de apoyo como por experiencias de conflicto o ruptura, influyen en la manera en que se sitúan ante el sufrimiento ajeno y establecen relaciones de cuidado. Esta comprensión del cuidado como relación humana situada coincide con planteamientos que subrayan que la práctica profesional no puede desvincularse de la historia personal de quien cuida (Collière, 2003; Watson, 2008). En este sentido, la literatura reciente refuerza la importancia de atributos personales como la compasión y la sensibilidad emocional para la construcción de vínculos terapéuticos de confianza en la práctica enfermera (Jang & Kim, 2025; Ismail *et al.*, 2024).

La segunda categoría evidencia que los valores personales y la biografía influyen de manera decisiva en la forma de ejercer el cuidado, poniendo de manifiesto una tensión recurrente entre la ayuda al otro y el autocuidado. Los resultados muestran cómo, en muchos casos, la enfermera tiende a situarse en un segundo plano, priorizando la entrega y la disponibilidad hacia las personas atendidas. Este hallazgo ha sido descrito en estudios previos que señalan cómo la cultura profesional enfermera puede favorecer dinámicas de sobreimplicación, a veces en detrimento del bienestar personal (Dossey & Keegan, 2016). En este contexto, la reflexión personal y el autoconocimiento

emergen como elementos clave para sostener una práctica de cuidado coherente y consciente, capaz de integrar las propias necesidades con las demandas del entorno asistencial.

La tercera categoría pone de relieve una tensión ampliamente documentada en la literatura: la distancia entre el ideal del cuidado holístico y las condiciones reales de la práctica clínica. Las enfermeras describen un contexto asistencial dominado por exigencias organizativas, orientación biomédica, objetivos de gestión y limitaciones de tiempo que dificultan la atención integral y centrada en la persona. Este conflicto ha sido señalado por diversos autores, que advierten sobre el riesgo de deshumanización del cuidado en sistemas sanitarios altamente tecnificados y orientados a la productividad (Pedraz *et al.*, 2014; Ambushe *et al.*, 2023). La conciencia profesional de esta brecha genera sentimientos de frustración e impotencia, configurando un conflicto ético que impacta tanto en la vivencia del cuidado como en la identidad profesional. Asimismo, la literatura apunta a que determinadas condiciones organizativas, como la reducción de la fatiga y el estrés laboral, pueden facilitar una mayor capacidad para ofrecer cuidados centrados en la persona (Jang & Kim, 2025).

Finalmente, la cuarta categoría muestra que el cuidado holístico es entendido como una práctica reflexiva y culturalmente sensible, que requiere un trabajo continuo sobre uno mismo. Las enfermeras destacan la importancia de la reflexión, la comunicación y la gestión emocional como herramientas necesarias para adaptarse a la diversidad de situaciones y personas atendidas. Este hallazgo se alinea con la necesidad de fomentar la conciencia cultural para superar prejuicios y evitar el uso de estereotipos en la práctica clínica (Kaihlanen *et al.*, 2019). A diferencia de enfoques centrados exclusivamente en el conocimiento teórico sobre otras culturas, la literatura actual subraya la importancia de que el profesional reflexione previamente sobre sus propios valores, experiencias y marcos culturales como base para una relación de cuidado respetuosa y sensible (Kaihlanen *et al.*, 2019; Leininger, 2002).

En conjunto, los hallazgos sugieren que el cuidado holístico se configura como una práctica situada en la intersección entre biografía, valores y estructura organizativa. Más que un ideal normativo o una competencia técnica aislada, el cuidado emerge como una forma de estar con el otro que requiere coherencia personal, apoyo institucional y espacios de reflexión. Esta mirada contribuye a ampliar el debate sobre la humanización de los cuidados al situar la experiencia vivida de las enfermeras en el centro del análisis.

## CONCLUSIONES

El presente estudio permite comprender el cuidado holístico como una práctica relacional, biográfica y situada, que se configura en la intersección entre la experiencia vital de las enfermeras, su sistema de valores y las condiciones organizativas del entorno asistencial. Más que una intervención técnica aislada, el cuidado emerge como una forma de estar con el otro, encarnada en trayectorias personales y condicionada por contextos estructurales concretos.

Los hallazgos evidencian que las experiencias relacionales tempranas y la biografía personal influyen de manera significativa en la forma en que las enfermeras se posicionan ante el sufrimiento, establecen vínculos y otorgan sentido a su práctica profesional. Asimismo, la tensión entre la entrega al otro y el autocuidado revela la complejidad ética y personal que atraviesa la experiencia de cuidar.

La brecha entre el ideal del cuidado holístico y las condiciones reales del sistema sanitario pone de manifiesto el impacto de los factores organizativos en las posibilidades efectivas de cuidado, generando tensiones que afectan tanto a la calidad de la atención como a la vivencia profesional.

En conjunto, el cuidado holístico se configura como una práctica reflexiva y culturalmente sensible que requiere autoconocimiento, apoyo institucional y espacios de reflexión para sostener una atención verdaderamente centrada en la persona en contextos asistenciales complejos.

## APORTACIONES E IMPLICACIONES

Este estudio aporta una comprensión fenomenológica del cuidado holístico como práctica relacional, biográfica y cultural, evidenciando que la dimensión cultural del cuidado no se limita al conocimiento de la diversidad externa, sino que se configura también desde la trayectoria vital y el sistema de valores de las propias enfermeras. De este modo, amplía el enfoque tradicional sobre competencia cultural al incorporar la biografía personal como elemento constitutivo de la experiencia de cuidar.

Desde el punto de vista formativo, los hallazgos subrayan la necesidad de integrar espacios sistemáticos de reflexión, autoconocimiento y análisis crítico de la práctica en los programas de formación inicial y continuada en enfermería. Asimismo, sugieren la conveniencia de promover estrategias de supervisión y acompañamiento profesional que permitan abordar la tensión entre entrega al otro y autocuidado.

En el plano organizativo, los resultados refuerzan la importancia de generar condiciones asistenciales que favorezcan el tiempo relacional, reduzcan la sobrecarga y faciliten una atención verdaderamente centrada en la persona, reconociendo que el cuidado holístico depende tanto de disposiciones personales como de estructuras institucionales que lo hagan posible.

## LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Se propone profundizar en estudios que exploren de manera más específica la relación entre biografía personal, autocuidado e identidad profesional en enfermería, con el fin de comprender cómo estas dimensiones evolucionan a lo largo de la trayectoria profesional. Resultaría especialmente pertinente el desarrollo de investigaciones longitudinales que permitan analizar cómo se transforma la vivencia del cuidado holístico en distintas etapas del ejercicio profesional.

Asimismo, sería relevante examinar con mayor detalle el impacto de las condiciones organizativas en la experiencia subjetiva del cuidado, incorporando análisis comparativos entre distintos modelos asistenciales. Finalmente, ampliar el estudio a otros contextos sanitarios y a diferentes perfiles profesionales podría enriquecer la comprensión del cuidado como práctica relacional y cultural en entornos diversos.

## REFERENCIAS

- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2017). *Recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. N.º 32: Humanización*. Junta de Andalucía. <https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/recomendaciones/recomendacion-no-32-humanizacion/>
- Amezcu, M., & Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 423–436.
- Ambushe, S. A., Wondimu, A. A., & Yohannes, Z. (2023). Holistic nursing care practice and associated factors among nurses in public hospitals of Wolaita Zone, South Ethiopia. *BMC Nursing*, 22(1), 390. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01517-0>
- Ariza, C. (2012). Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. *Enfermería Universitaria*, 9(1), 41–51. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632012000100006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100006)
- Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological systems theory. En R. Vasta (Ed.), *Six theories of child development* (pp. 187–249). Jessica Kingsley Publishers.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Collière, M.-F. (2003). *Promover la vida: De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana.
- Davis, A. J. (1999). Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería. *Enfermería Clínica*, 9(1), 27–34.
- Dossey, B. M., & Keegan, L. (2016). *Holistic nursing: A handbook for practice* (7th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- González, T., Martínez, L., & Luengo, R. (2006). Antropología de los cuidados en el ámbito académico de la enfermería en España. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(1), 155–161. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000100020>
- Helman, C. G. (2007). *Culture, health and illness* (5th ed.). Hodder Arnold.
- Jang, H., & Kim, Y. (2025). Factors influencing nurses' person-centered care. *Korean Journal of Adult Nursing*. <https://doi.org/10.7475/kjan.2025.0509>
- Kaihlanen, A.-M., Hietapakka, L., & Heponiemi, T. (2019). Increasing cultural awareness: Qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Nursing*, 18, 38. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0363-x>
- Lateef, A. M., & Mhlongo, E. M. (2020). A literature review on people-centered care and nursing practice in primary health care setting. *Global Journal of Health Science*, 12(2), 23–31. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v12n2p23>
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, and practice* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Mark, G. T., & Lyons, A. C. (2010). Māori healers' views on wellbeing: The importance of mind, body, spirit, family and land. *Social Science & Medicine*, 70, 1756–1764. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.02.001>
- Mejía-Lopera, M. E. (2006). Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index de Enfermería*, 15(54), 48–52.
- Mijangos-Fuentes, K. I. (2014). El paradigma holístico de la enfermería. *Salud y Administración*, 1(2), 17–22.

- Morgan, S., & Yoder, L. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 6–15. <https://doi.org/10.1177/0898010111412189>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Documentos básicos* (45.ª ed.). OMS.
- Papadopoulos, I., Tilki, M., & Taylor, G. (2004). *Transcultural care: A guide for health care professionals*. Quay Books.
- Pedraz Marcos, A., Zarco Colón, J., Ramasco Gutiérrez, M., & Palmar Santos, A. M. (2014). *Investigación cualitativa*. Elsevier España.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2002). *Guía de buenas prácticas de enfermería: Atención orientada al paciente*. RNAO. [http://www.evidenciaencuidados.es/evidenciaencuidados/pdf/RNAO/Atencion\\_orientada\\_al\\_paciente\\_guia.pdf](http://www.evidenciaencuidados.es/evidenciaencuidados/pdf/RNAO/Atencion_orientada_al_paciente_guia.pdf)
- Rodríguez-Ibáñez, J. E. (2000). Variaciones sobre el concepto de cultura. *Revista Internacional de Sociología*, 58(26), 213–219.
- Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations*, 21(2), 429–440. <https://doi.org/10.1111/hex.12640>
- Siles, J. (2010). Historia cultural de enfermería: Reflexión epistemológica y metodológica. *Avances en Enfermería*, 28, 107–115.
- van Manen, M. (2014). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Left Coast Press.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.