

DEL PARADIGMA BIOMÉDICO AL DIÁLOGO INTERCULTURAL: ESTUDIO CUALITATIVO DE PRÁCTICAS PEDAGÓGICAS EN LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA DEL CARIBE HONDUREÑO

FROM THE BIOMEDICAL PARADIGM TO INTERCULTURAL DIALOGUE: A QUALITATIVE STUDY OF PEDAGOGICAL PRACTICES IN NURSING EDUCATION IN THE HONDURAN CARIBBEAN

Luis Martínez Estrada¹

ORCID: <https://www.orcid.org/0000-0003-4316-9351>

Silvia Margarita Reyes Corea^{1*}

ORCID: <https://www.orcid.org/0000-0001-5426-0113>

¹ Universidad Nacional Autónoma de Honduras, UNAH Campus Cortés, Honduras.

*Autor de correspondencia: silvia.reyes@unah.edu.hn

Cita sugerida (APA 7ma Edición)

Martínez Estrada, L., & Reyes Corea, S. M. (2026). Del paradigma biomédico al diálogo intercultural: Estudio cualitativo de prácticas pedagógicas en la formación de enfermería del Caribe hondureño. *Revista Científica Vanguardia Interdisciplinaria Educativa*, 2(1), 62-73. <https://revain.plusidsa.com/index.php/RVI/article/view/20>.

RESUMEN

Introducción: La formación en enfermería enfrenta el desafío de superar una comprensión exclusivamente biologicista del proceso salud-enfermedad y de preparar profesionales capaces de brindar cuidados culturalmente seguros. **Objetivo:** Interpretar cómo la historia oral, las narrativas del padecimiento, el estudio de los síndromes culturales y las inmersiones comunitarias reconfiguran el aula como un espacio intercultural en los Seminarios de Cultura y Salud de la UNAH, en el Campus Atlántida. **Método:** Se realizó un estudio cualitativo interpretativo de caso basado en el análisis documental secundario con un corpus de 22 unidades de significado extraídas de descripciones pedagógicas, testimonios y registros de experiencias desarrolladas entre 2011 y 2019. El análisis se efectuó mediante un análisis temático reflexivo con codificación inductiva-deductiva, triangulación interna entre diferentes tipos de evidencia y aplicación de criterios de credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad. **Resultados:** Emergieron seis temas: pluralización del proceso salud-enfermedad; historia oral como puente epistemológico y relacional; aprendizaje inmersivo e investigativo; humildad cultural y reflexividad; ética del encuentro, confianza y reciprocidad; y transferencia hacia un cuidado holístico y la transformación curricular. Estas prácticas favorecieron el reconocimiento de modelos explicativos locales, la descentralización de la autoridad biomédica y el desarrollo de competencias interculturales, aunque también evidenciaron riesgos de romantización de los saberes tradicionales, de involucramiento emocional y de validación clínica acrítica. **Conclusiones:** La experiencia demuestra que el aula

intercultural se construye mediante encuentros sostenidos con las comunidades, la reflexión crítica guiada y el diálogo entre distintos sistemas de conocimiento.

Palabras clave: educación en enfermería; salud intercultural; historia oral; humildad cultural; investigación cualitativa.

ABSTRACT

Introduction: Nursing education faces the challenge of moving beyond an exclusively biomedical understanding of the health-illness process and preparing professionals capable of providing culturally safe care. **Objective:** To interpret how oral history, illness narratives, the study of cultural syndromes, and community immersions reshape the classroom as an intercultural space within the Culture and Health Seminars at the National Autonomous University of Honduras (UNAH), Atlántida Campus. **Method:** An interpretive qualitative case study was conducted through secondary documentary analysis of a corpus comprising 22 meaning units extracted from pedagogical descriptions, testimonies, and records of experiences carried out between 2011 and 2019. The data were examined using reflexive thematic analysis with inductive-deductive coding, internal triangulation across different types of evidence, and the application of the criteria of credibility, transferability, dependability, and confirmability. **Results:** Six themes emerged: pluralization of the health-illness process; oral history as an epistemological and relational bridge; immersive and inquiry-based learning; cultural humility and reflexivity; ethics of encounter, trust, and reciprocity; and transfer to holistic care and curricular transformation. These

practices fostered recognition of local explanatory models, decentralization of biomedical authority, and development of intercultural competencies. However, they also revealed risks related to the romanticization of traditional knowledge, emotional involvement, and uncritical clinical validation. Conclusions: The experience demonstrates that the intercultural classroom is constructed through sustained engagement with communities, guided critical reflection, and dialogue among different knowledge systems.

Keywords: nursing education; intercultural health; oral history; cultural humility; qualitative research.

1. Introducción

La atención en salud no ocurre en un vacío cultural. Los modos de nombrar el dolor, interpretar sus causas, decidir cuándo buscar ayuda y aceptar o rechazar un tratamiento están atravesados por experiencias biográficas, relaciones familiares, condiciones materiales, creencias religiosas, pertenencias étnicas y memorias comunitarias. En consecuencia, una formación profesional centrada únicamente en signos, síntomas y mecanismos fisiopatológicos puede ser técnicamente competente y, al mismo tiempo, insuficiente para comprender cómo las personas viven y gestionan sus padecimientos.

El problema adquiere especial relevancia en el Caribe hondureño, un territorio caracterizado por una diversidad sociocultural en el que convergen poblaciones mestizas, garífunas, miskitas y creoles, así como comunidades urbanas y rurales, junto a diversas expresiones religiosas, económicas y territoriales. Esta pluralidad configura distintos modos de comprender la salud, la enfermedad y el cuidado, lo que plantea desafíos para la formación de profesionales capaces de responder a contextos complejos y culturalmente diversos.

En este escenario, la UNAH Campus Atlántida, creada en 1967 con el propósito de atender las necesidades educativas del litoral, ha desarrollado una misión regional vinculada con la investigación, la formación profesional y la vinculación con la sociedad (Universidad Nacional Autónoma de Honduras [UNAH], 2026a). En correspondencia con este compromiso territorial, la Licenciatura en Enfermería plantea una formación contextualizada, humana y científico-técnica, orientada a la participación comunitaria y al diálogo intersectorial como componentes esenciales para responder a las necesidades de salud de la región (UNAH, 2026b).

En este escenario, los Seminarios de Cultura y Salud (SCyS) constituyen una oportunidad para cuestionar la idea de una cultura hondureña homogénea y examinar el proceso salud-enfermedad como un fenómeno biológico, psicológico, social, histórico y simbólico. Este estudio documenta el uso de la historia oral, los estudios de caso, las narrativas del padecimiento, la identificación de síndromes culturales y las giras académicas con estudiantes de enfermería como estrategias pedagógicas de los SCyS. También describe encuentros con parteras, hierberos, sobadoras, curanderos, personas enfermas y otros actores comunitarios, cuyos relatos permiten aproximarse a modelos explicativos que no siempre coinciden con la nosología biomédica.

La literatura de enfermería ha transitado desde la noción de competencia cultural, frecuentemente entendida como la adquisición de conocimientos sobre “otras culturas”, hacia conceptos más críticos, como la humildad y la seguridad culturales. La humildad cultural enfatiza la autorreflexión continua, el reconocimiento de las asimetrías de poder y la disposición a aprender de la persona y de la comunidad, en lugar de asumir un dominio acabado de la cultura ajena (Foronda, 2020; Salahshurian & Moore, 2024).

Las experiencias de inmersión y aprendizaje comunitario pueden favorecer la conciencia crítica, la comprensión de las desigualdades y la comunicación respetuosa; sin embargo, también pueden reproducir relaciones extractivas, exotizar a las comunidades o confundir el respeto cultural con la aceptación acrítica de prácticas potencialmente riesgosas. Estudios recientes recomiendan la preparación ética, la reflexión estructurada, la reciprocidad y la participación de las comunidades en la evaluación de los programas (Chooniedass et al., 2025; Honl & Collins, 2026).

Pese a la riqueza del caso hondureño, el documento original era predominantemente ensayístico y descriptivo: no delimitaba con precisión el corpus, el procedimiento de análisis ni la estructura de los resultados. El presente trabajo reconstruye esa experiencia como investigación cualitativa, utilizando únicamente el material verificable del manuscrito y haciendo explícitas sus limitaciones. La pregunta de investigación fue: ¿qué mecanismos pedagógicos y transformaciones formativas se evidencian en las prácticas de historia oral e inmersión comunitaria desarrolladas en los SCyS de la carrera de Enfermería de UNAH Campus Atlántida?

El objetivo fue interpretar cómo la historia oral, las narrativas del padecimiento, el estudio de síndromes culturales y las giras comunitarias reconfiguran el aula como espacio intercultural, y derivar implicaciones para una formación

de profesionales de la enfermería culturalmente humilde, basada en evidencia y orientada a la seguridad del paciente.

2. Marco conceptual

2.1. Del pluralismo médico a las narrativas del padecimiento

El concepto de padecimiento permite diferenciar la experiencia vivida de la enfermedad de su clasificación biomédica. Mientras la enfermedad puede organizarse como entidad clínica, el padecimiento incorpora significados, emociones, relaciones, trayectorias terapéuticas y consecuencias sociales. Desde la antropología médica, los modelos explicativos ayudan a explorar qué nombre recibe un problema, cuáles son sus causas percibidas, qué evolución se espera, qué se teme y qué tratamientos se consideran legítimos (Kleinman, 1980).

En contextos de pluralismo médico, las personas pueden combinar atención institucional, autocuidado, prácticas religiosas, plantas medicinales, sobadas, recomendaciones familiares y consulta a especialistas tradicionales. Reconocer esta pluralidad no implica asumir una equivalencia clínica entre todas las prácticas. Su valor pedagógico consiste en hacer visible el razonamiento del paciente y crear condiciones para una comunicación en la que el profesional pueda evaluar riesgos, negociar opciones y explicar la evidencia sin descalificar identidades ni experiencias.

La Estrategia Mundial de Medicina Tradicional 2025-2034 de la Organización Mundial de la Salud propone una integración centrada en las personas, culturalmente respetuosa y sustentada en evidencia, calidad y seguridad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025). Este equilibrio entre el respeto, la evidencia y protección es central para interpretar las experiencias de los SCyS.

2.2. Competencia, humildad y seguridad cultural

La enfermería transcultural ha destacado que el cuidado significativo requiere comprender los valores, las prácticas y las estructuras sociales que influyen en la salud (Leininger, 2002). El modelo de Campinha-Bacote (2002) concibe la competencia cultural como un proceso que articula la conciencia, el conocimiento, la habilidad, los encuentros y el deseo cultural. No obstante, las aproximaciones contemporáneas advierten que la acumulación de información sobre grupos puede producir estereotipos si no se acompaña de reflexividad y de análisis del poder.

La humildad cultural introduce una postura de aprendizaje permanente, autocrítica y corresponsabilidad. La seguridad cultural plantea una pregunta decisiva: ¿la persona

y la comunidad experimentan el encuentro como respetuoso, libre de coerción y clínicamente seguro? En educación, ello demanda ambientes en los que el estudiante pueda reconocer prejuicios, tolerar la incertidumbre y practicar la negociación, sin que la comunidad se convierta en un simple “recurso didáctico”.

3. Método

3.1. Diseño y posicionamiento

Se realizó un estudio cualitativo interpretativo de caso con análisis documental secundario. El caso instrumental estuvo conformado por las prácticas pedagógicas de los SCyS de la Licenciatura en Enfermería de la UNAH, Campus Atlántida. La aproximación interpretativa permitió examinar no solo qué actividades se desarrollaron, sino también qué relaciones de conocimiento, poder, afectividad y profesionalización fueron producidas por dichas actividades.

El análisis asumió que los temas no “emergen” de manera automática, sino que son construcciones interpretativas producidas mediante la interacción entre la pregunta, el corpus, la teoría y la reflexividad del equipo investigador (Braun & Clarke, 2021). La reconstrucción se alineó con los Standards for Reporting Qualitative Research y utilizó COREQ como referencia complementaria para identificar la información que deberá completarse si se incorporan entrevistas primarias (O'Brien et al., 2014; Tong et al., 2007).

3.2. Contexto y delimitación temporal

El caso se sitúa en la UNAH Campus Atlántida, una institución regional del Caribe hondureño creada el 29 de mayo de 1967 (UNAH, 2026a). El manuscrito fuente se refiere a aproximadamente 100 secciones de SCyS, con un promedio de cerca de 30 estudiantes por sección, entre 2011 y la interrupción de las actividades presenciales ocasionada por la pandemia. Dado que no se contó con las listas completas de matrícula ni con el archivo íntegro de productos estudiantiles, estas cifras se consideran antecedentes contextuales y no constituyen la muestra analítica del presente estudio.

Para asegurar la trazabilidad, el análisis se limitó a las evidencias textuales explícitamente contenidas en el manuscrito: descripciones de actividades, secuencias metodológicas, fragmentos testimoniales, ejemplos de padecimientos y reflexiones sobre aprendizajes y desafíos.

3.3. Corpus, muestreo y unidades de significado

Se aplicó un muestreo intencional por relevancia. Fueron seleccionados los segmentos que describían acciones pedagógicas, interacciones entre estudiantes y la



comunidad, modelos explicativos del padecimiento, procedimientos de investigación, efectos formativos o tensiones éticas. Se excluyeron los párrafos exclusivamente históricos o teóricos que no aportaban evidencia al caso. El corpus mínimo verificable quedó integrado por 22 unidades de significado. Debido a la codificación múltiple, estas unidades recibieron 44 asignaciones temáticas.

Tabla.1. Procedimiento utilizado

Componente	Especificación de esta reconstrucción
Diseño	Estudio cualitativo interpretativo de caso; análisis documental secundario.
Caso	Prácticas pedagógicas de los Seminarios de Cultura y Salud en Enfermería en el Campus Atlántida de la UNAH.
Periodo contextual	Experiencias reportadas entre 2011 y 2019; el manuscrito menciona la interrupción por COVID-19 en 2020.
Corpus verificable	22 unidades de significado procedentes de descripciones, testimonios y registros condensados en el manuscrito.
Muestreo	Intencional por su relevancia conceptual y su densidad pedagógica.
Unidad de análisis	Segmento textual con una acción, un significado, una interacción, un aprendizaje o una tensión identificables.
Análisis	Análisis temático, reflexivo, inductivo-deductivo: 44 asignaciones de códigos y 6 temas finales.
Rigor	Descripción densa, triangulación interna, trazabilidad código-tema, casos tensionales, reflexividad y delimitación explícita.
Reporte	SRQR como guía principal; COREQ como referencia complementaria para una futura ampliación con entrevistas.
Ética	No hubo nuevo contacto con participantes.

Nota. La cifra de 22 unidades corresponde al corpus mínimo contenido en el documento fuente, no a la totalidad de archivos que pudieran existir en poder de los autores.

3.4. Procedimiento analítico

El procedimiento siguió seis momentos adaptados del análisis temático reflexivo: (1) lectura intensiva y depuración del material; (2) segmentación en unidades de significado; (3) codificación inicial, semántica y latente; (4) agrupación de códigos en temas provisionales; (5) revisión de la coherencia interna y diferenciación entre temas; y (6) definición narrativa de los temas y elaboración del modelo interpretativo (Braun & Clarke, 2006, 2021).

La codificación combinó una orientación inductiva para conservar expresiones y relaciones propias del caso con conceptos sensibilizadores derivados de la humildad cultural, la seguridad cultural, el pluralismo médico, el aprendizaje experiencial y la justicia epistémica. Una misma unidad pudo recibir más de un código al articular, por ejemplo, la inmersión pedagógica y la ética relacional.

La frecuencia de códigos se utilizó únicamente como apoyo descriptivo para mostrar la densidad analítica. No se interpretó como prevalencia, intensidad psicológica ni porcentaje de estudiantes. La interpretación priorizó las relaciones, las contradicciones y los mecanismos.

3.5. Criterios de rigor y reflexividad

La credibilidad del estudio se fortaleció mediante la triangulación interna de descripciones, testimonios y ejemplos de prácticas, el contraste de los hallazgos con la literatura contemporánea y la incorporación de evidencias que reflejaron tanto las fortalezas como las limitaciones y tensiones del fenómeno estudiado. La transferibilidad se favoreció mediante una descripción contextual detallada del caso. La dependencia se garantizó mediante una matriz explícita de unidades de análisis, códigos y temas. La confirmabilidad se aseguró al diferenciar claramente los datos empíricos de la interpretación analítica.

La reflexividad fue especialmente necesaria porque el documento original se basa en una valoración positiva de los SCyS. Para evitar el sesgo confirmatorio, se incorporaron preguntas críticas sobre la romantización de los saberes, la desigualdad de poder, el consentimiento, los efectos emocionales, la seguridad clínica y la reciprocidad con la comunidad.



3.6. Consideraciones éticas

La reconstrucción no implicó el reclutamiento de nuevos participantes ni el restablecimiento del contacto con las personas que participaron en el estudio original. El trabajo se realizó exclusivamente a partir del manuscrito proporcionado por los autores y de los fragmentos ya incluidos en él. En esta versión, los nombres de los interlocutores fueron sustituidos por descriptores genéricos para reducir el riesgo de identificación.

4. Resultados

El análisis arrojó seis temas interrelacionados, tres concentraron ocho asignaciones temáticas cada uno: pluralización del proceso salud-enfermedad, aprendizaje inmersivo-investigativo y humildad cultural-reflexividad. La historia oral reunió siete asignaciones, al igual que la transferencia hacia el cuidado holístico y currículo; la ética relacional reunió seis. Esta distribución muestra un equilibrio entre las dimensiones epistemológicas, pedagógicas y relacionales, más que el predominio de un único componente.

Tabla. 2. Relación de temas y asignaciones

Tema	n de asignaciones	Núcleo interpretativo	Indicadores del corpus
1. Pluralización del proceso salud-enfermedad	8	Desplaza la monocultura biomédica y reconoce modelos explicativos locales sin asumir una equivalencia clínica automática.	Padecimiento; causas naturales, sociales, religiosas y sobrenaturales; prácticas tradicionales; visión bio-psico-sociocultural.
2. Historia oral y narrativa como puente	7	Convierte el relato en una fuente de conocimiento y en una relación de escucha, confianza y devolución.	Historia de vida; narrativa del padecimiento; transcripción; devolución al interlocutor.
3. Aprendizaje inmersivo e investigativo	8	Articula la indagación, la experiencia situada y la producción autónoma de conocimiento.	Estudio de caso; grupos de 4-5; inmersión familiar/comunitaria; giras; materiales educativos.
4. Humildad cultural y reflexividad	8	Descentra la superioridad profesional y reconoce los límites, los prejuicios y la diversidad interna del aula.	Comprensión "desde dentro"; intercambio de cosmovisiones; unidad en la diversidad; crítica al etnocentrismo.
5. Ética relacional, confianza y reciprocidad	6	El conocimiento depende de vínculos, afectos y responsabilidades con quienes comparten sus historias.	Acercamiento gradual; incomodidad emocional; triangulación; aprobación/devolución; aprendizaje intergeneracional.
6. Transferencia a cuidado holístico y currículo	7	Traduce el encuentro cultural en comunicación, razonamiento clínico contextual y reforma formativa.	Humanismo; enfoque integral; contraindicaciones; diálogo academia-comunidad; desafío curricular.

Nota. No representa asignaciones temáticas, no participantes. Una unidad pudo contribuir a más de un tema

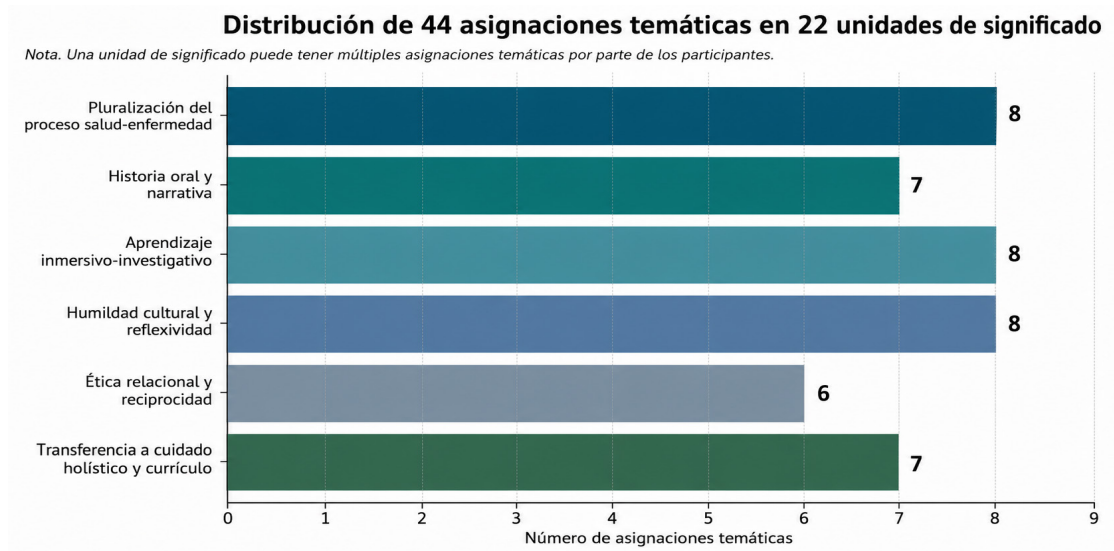


Figura 1. Distribución de asignaciones temáticas en el corpus documental



4.1. Pluralizar el proceso salud-enfermedad: de la entidad clínica al padecimiento situado

El primer desplazamiento consistió en cuestionar una lectura lineal que presenta la biomedicina como la superación definitiva de las explicaciones mágico-religiosas. El corpus muestra que, en la vida cotidiana, las etiologías se combinan: factores corporales, alimentación, ambiente, emociones, fe, castigo divino, hechizos o “debilidad de la sangre” pueden coexistir en una misma trayectoria terapéutica. La categoría de padecimiento permitió a los estudiantes explorar esa coexistencia sin reducirla a la ignorancia o a la superstición.

La expresión “la sangre está mala” o “la sangre es débil” no funciona solamente como dato literal, condensa un modelo explicativo que organiza causalidad, vulnerabilidad y expectativa de tratamiento. Su análisis pedagógico obliga a preguntarse qué experiencia corporal, familiar o social se comunica a través de esa expresión y cómo traducirla en una entrevista clínica respetuosa.

El reconocimiento de categorías como empacho, susto, mal de ojo, pasmo o caída de mollera amplió el repertorio interpretativo del estudiantado. La relevancia no radica en confirmar cada etiología tradicional, sino en comprender que la persona puede tomar decisiones a partir de ella. Ignorar ese marco puede deteriorar la confianza, retrasar la consulta o generar incumplimiento; aceptarlo sin evaluación también puede causar daño; en este sentido, el hallazgo central es la necesidad de una doble competencia: interpretación cultural y juicio clínico.

Tabla 3. Reconocimiento de las categorías en relación a la utilidad pedagógica, el sentido cultural

Categoría local documentada	Sentido cultural aproximado	Utilidad pedagógica	Salvaguarda clínica
Empacho	Malestar atribuido a indigestión o alimento que “no baja”.	Explorar la alimentación, los cuidados domésticos y la secuencia de búsqueda de ayuda.	Valorar la hidratación, el dolor, los vómitos, la obstrucción u otros signos de alarma.
Susto	Padecimiento asociado a un evento de miedo, pérdida de equilibrio o “salida del alma”.	Indagar experiencia traumática, síntomas somáticos, sueño, ansiedad y apoyo social.	Descartar urgencias; evaluar salud mental y riesgo; evitar ridiculizar la explicación.
Mal de ojo	Daño atribuido a la mirada o energía de otra persona, con especial vulnerabilidad infantil.	Comprender redes de cuidado y prácticas protectoras familiares.	Realizar evaluación pediátrica completa cuando exista fiebre, decaimiento, deshidratación u otros signos.
Pasmo	Alteración atribuida al contacto frío-calor, aire, sereno o ropa mojada.	Explorar causalidad cotidiana y prácticas preventivas.	Diferenciar molestias musculares, infección, afección respiratoria u otras causas.
Caída de mollera	Hundimiento de la fontanela infantil interpretado como padecimiento específico.	Dialogar sobre signos observables y decisiones familiares.	Considerar deshidratación u otras condiciones; priorizar valoración pediátrica oportuna.

Nota. Las descripciones sintetizan el corpus original. No constituyen diagnóstico ni validación terapéutica; se incluyen para orientar escucha, evaluación de riesgos y comunicación clínica.

4.2. Historia oral y narrativa del padecimiento: conocimiento que nace de la relación

La historia oral operó como puente entre currículo y vida cotidiana. La secuencia descrita identificación del interlocutor, acercamiento, ficha sociodemográfica, relato de vida, articulación con historia de salud, transcripción, triangulación y devolución transformó una actividad de aula en un proceso de investigación relacional. El conocimiento no se obtuvo únicamente “sobre” la comunidad, sino mediante una interacción prolongada con personas reconocidas como portadoras de experiencia.

La narrativa permitió reconstruir temporalidad y significado. Al enlazar acontecimientos biográficos con episodios de enfermedad, tratamientos y respuestas familiares, los estudiantes pudieron observar que la decisión terapéutica no es un acto aislado, sino parte de una historia de confianza, recursos disponibles, experiencias previas y obligaciones sociales.

La devolución al interlocutor introdujo una forma elemental de validación participante y al mismo tiempo, una obligación ética. El relato sobre el último encuentro con una mujer mayor evidencia que el vínculo excedió la extracción de información:



"Nos estaba esperando en el corredor. Después de conversar sobre la investigación, lamentó que fuera la última visita; yo lloraba porque me había encariñado con ella." [Estudiante, informe de campo, 2014; fragmento anonimizado]

La emoción no invalida el análisis, pero exige reflexividad. El apego puede favorecer una escucha cuidadosa y una comprensión densa; también puede dificultar el cierre, el establecimiento de límites o la interpretación crítica. El hallazgo muestra que la formación cualitativa debe incluir la preparación para manejar los afectos, las expectativas de continuidad y las responsabilidades posteriores a la investigación.

4.3. Aprendizaje inmersivo e investigativo: salir del aula para regresar con nuevas preguntas

La metodología de enseñanza-aprendizaje se fundamentó en un enfoque activo que utilizó la investigación como estrategia central para la construcción del conocimiento. A través del método investigativo, los estudiantes trabajaron en grupos pequeños, identificaron "fuentes vivas", desarrollaron estudios de caso, realizaron inmersiones familiares y comunitarias y socializaron sus hallazgos. Esta secuencia didáctica promovió la autonomía, el aprendizaje colaborativo, el pensamiento crítico y la producción de conocimiento situado.

Las giras a espacios de medicina alternativa aportaron una dimensión corporal y ambiental. Recorridos por cultivos, identificación de plantas, observación de masajes y diagnósticos bioenergéticos expusieron al estudiantado a prácticas que no podían comprenderse plenamente a partir de una lectura en el aula. El encuentro suscitó curiosidad y contrastes, pero también requirió distinguir entre la observación pedagógica y la aprobación clínica.

La elaboración de trípticos sobre plantas medicinales, sus propiedades, usos y contraindicaciones constituye un indicador de la traducción del aprendizaje. Es relevante que el corpus mencione contraindicaciones: ello abre la posibilidad de pasar de una celebración genérica de "lo natural" a una alfabetización crítica sobre dosis, interacciones, toxicidad, calidad y límites de la evidencia. Para que esta actividad alcance mayor rigor, los materiales deberían incorporar fuentes farmacológicas, advertencias de seguridad y una revisión por profesionales competentes.

4.4. Humildad cultural y reflexividad: aprender a no ocupar el centro

Las prácticas descritas cuestionan la centralidad del conocimiento biomédico como la única fuente legítima de comprensión del proceso salud-enfermedad. La

comprensión "desde dentro", el diálogo con actores comunitarios y la convivencia de estudiantes procedentes de contextos urbanos, rurales, religiosos y culturales diversos hicieron visible que el aula ya era un espacio intercultural antes de cualquier salida de campo.

La humildad cultural apareció como una disposición más que como un resultado acabado: escuchar antes de clasificar, reconocer los límites del propio vocabulario, suspender el juicio inicial, revisar los prejuicios y admitir que el conocimiento clínico requiere información contextual. La interacción entre estudiantes culturalmente diversos permitió poner a prueba estas capacidades en el propio grupo de trabajo.

El corpus sugiere una deconstrucción del etnocentrismo biomédico, pero aún no demuestra cambios sostenidos en la práctica clínica. La transformación declarada debe verificarse mediante observaciones de desempeño, portafolios reflexivos longitudinales, evaluaciones de pacientes o comunidades y seguimiento de egresados.

4.5. Ética del encuentro: confianza, afecto y reciprocidad

La producción de conocimiento dependió de disipar desconfianzas, de construir cercanía y de reconocer la autoridad narrativa de los interlocutores. Esto evidencia que la calidad metodológica está estrechamente vinculada a la ética de las relaciones que sustentan el proceso de investigación. Una entrevista puede ser técnicamente correcta y producir información superficial si la persona no percibe respeto, un propósito claro y control sobre su relato.

Los obsequios, la hospitalidad y la tristeza ante la despedida revelan reciprocidades concretas. Estas expresiones no deben instrumentalizarse como evidencia de "éxito" sin analizar la asimetría entre la universidad y la comunidad. La reciprocidad institucional debería incluir la devolución comprensible de resultados, el reconocimiento de contribuciones, una continuidad razonable, la protección de datos y beneficios definidos para la comunidad.

El uso de términos como "sabedores" contribuye a reconocer el conocimiento especializado fuera de la academia. Sin embargo, la horizontalidad no implica la ausencia de diferencias de responsabilidad. La universidad conserva obligaciones adicionales respecto a consentimiento, evaluación de riesgos, divulgación responsable y no promoción de terapias dañinas.

4.6. Del diálogo de saberes al cuidado holístico y la reforma curricular

El resultado integrador fue la construcción de una visión bio-psico-sociocultural del ser humano. La contribución



de los SCyS no consistió en sustituir el paradigma biomédico por uno tradicional, sino en ampliar el razonamiento profesional para incorporar contexto, significado, relaciones y pluralidad terapéutica.

El diálogo de saberes puede mejorar la entrevista clínica, la educación del paciente y la decisión compartida. Una enfermera que conoce el modelo explicativo de una familia puede identificar prácticas concomitantes, anticipar interacciones, explicar signos de alarma y negociar tratamientos con mayor probabilidad de aceptación. El cuidado holístico se vuelve operativo cuando se traduce en preguntas, escucha, documentación, evaluación de riesgos y coordinación.

El corpus también formula un desafío curricular: evitar que la dimensión cultural quede confinada a uno o dos seminarios. La humildad y la seguridad cultural requieren continuidad transversal, articulación con prácticas clínicas y evaluación auténtica. De lo contrario, el aprendizaje corre el riesgo de permanecer como experiencia memorable pero aislada.

Modelo interpretativo de reconfiguración intercultural del aula de enfermería



Figura 2. Modelo interpretativo de reconfiguración intercultural a utilizar en el aula

5. Discusión

El estudio reconstruido muestra que la contribución más relevante de los SCyS es la creación de una ecología pedagógica en la que el conocimiento circula entre el aula, la biografía y la comunidad. La historia oral no aparece como una técnica aislada, sino como una arquitectura que combina encuentro, investigación, reflexión, devolución y comparación de saberes. Este hallazgo coincide con estudios de inmersión, que, en el área de enfermería, se traducen en una mayor comprensión cultural, conciencia de las desigualdades y disposición hacia cuidados respetuosos, siempre y cuando la experiencia se acompañe de una reflexión estructurada (Haynes et al., 2019; Honl & Collins, 2026).

Los seis temas permiten interpretar una secuencia transformadora. Primero, el estudiante reconoce que las categorías biomédicas no agotan la experiencia del padecimiento. Después, entra en relación con narradores y especialistas comunitarios; documenta modelos explicativos; confronta sus propios supuestos; y finalmente intenta traducir lo aprendido a comunicación y cuidado. Este movimiento guarda relación con los componentes de conciencia, conocimiento, habilidad, encuentro y deseo cultural de Campinha-Bacote (2002), pero incorpora con mayor fuerza la reflexividad, las relaciones de poder y la evaluación de la seguridad.

La importancia de la exposición cultural ha sido señalada por educadores de enfermería, quienes demandan cambios curriculares, infraestructura y experiencias que superen la enseñanza meramente informativa (Darban et al., 2024). La revisión de Chooniedass et al. (2025) también enfatiza que la seguridad cultural debe integrarse de manera transversal y no reducirse a contenidos puntuales. El aporte del caso hondureño radica en convertir las comunidades cercanas a la universidad en escenarios permanentes de formación intercultural, donde el encuentro con otros sistemas de conocimiento favorece la reflexión crítica y el desarrollo de prácticas orientadas a la seguridad cultural.

La experiencia también confirma que el aprendizaje intercultural puede provocar incomodidad, afecto y desplazamiento identitario. La literatura reciente considera que estas tensiones se originan en el desarrollo de la humildad cultural, siempre que existan espacios de acompañamiento y análisis (Berşe et al., 2024; Bozkurt & Gazarian, 2024).

Un aporte crítico del análisis es distinguir la justicia epistémica de la validación clínica automática. Reconocer que una comunidad posee conocimientos, categorías y prácticas históricamente marginados es una exigencia ética. Sin embargo, algunas intervenciones pueden carecer de eficacia demostrada, interactuar con medicamentos o retrasar la atención urgente. La OMS (2025) plantea precisamente la integración de la medicina tradicional basada en evidencia, la seguridad, la regulación y el respeto a los derechos. En consecuencia, el currículo debe enseñar a sostener simultáneamente cuatro acciones: comprender el modelo explicativo, evaluar la evidencia y el riesgo, negociar un plan de cuidado y asegurar la derivación o el seguimiento.

La socialización en clase y la producción de materiales educativos sugieren un potencial de transferencia del aprendizaje. No obstante, los resultados disponibles son de carácter proximal: describen procesos y percepciones, no efectos en pacientes ni en la conducta profesional sostenida. Para demostrar el impacto educativo, se necesita una evaluación longitudinal que combine evidencia cualitativa y de desempeño: entrevistas pre y post, observación estructurada de los encuentros clínicos, portafolios, rúbricas de humildad cultural, retroalimentación comunitaria y seguimiento de egresados.

Finalmente, la reciprocidad debe convertirse en un criterio de calidad del programa. Honl y Collins (2026) advierten que las inmersiones pueden estar atravesadas por legados coloniales y recomiendan incluir la voz de las comunidades anfitrionas. En el caso analizado, la devolución individual es una fortaleza, pero no sustituye la cogobernanza. Un comité comunitario podría participar en la selección de temas, preparación de estudiantes, protección de conocimientos sensibles, interpretación de hallazgos y definición de beneficios.

Tabla. 4. Implicaciones para el currículo y la práctica

Área de mejora	Acción recomendada	Indicador verificable
Diseño longitudinal	Distribuir competencias interculturales desde cursos iniciales hasta la práctica clínica y servicio social.	Mapa curricular con resultados progresivos y evidencias por nivel.
Preparación ética	Aplicar una sesión previa sobre consentimiento, poder, estereotipos, límites, fotografía y protección de relatos.	Lista de verificación ética firmada y evaluación previa de preparación.
Reflexión guiada	Incorporar diarios, incidentes críticos y análisis posterior facilitado después de cada encuentro.	Portafolio con cambios de supuestos, tensiones y decisiones justificadas.
Seguridad clínica	Contrastar las prácticas tradicionales con la evidencia, la toxicidad, las interacciones y los signos de alarma.	Matriz de riesgo y plan de derivación para cada estudio de caso.
Participación comunitaria	Crear un consejo asesor integrado por sabedores, pacientes y organizaciones territoriales.	Actas de participación y decisiones compartidas sobre actividades y productos.
Evaluación auténtica	Usar pacientes simulados, realizar observación clínica y ofrecer retroalimentación comunitaria.	Rúbrica de comunicación, humildad, negociación y seguridad cultural.
Reciprocidad y devolución	Entregar productos útiles, reconocer las contribuciones y acordar la continuidad.	Informe comunitario, materiales revisados y registro de beneficios pactados.
Investigación de impacto	Seguimiento a egresados y explorar experiencias de usuarios atendidos.	Cambios sostenidos en práctica y percepción de seguridad del cuidado.

Nota. Los indicadores propuestos permiten pasar de una experiencia pedagógica valiosa a un programa evaluable y escalable.



6. Limitaciones

La principal limitación de este estudio radica en el uso de fuentes secundarias. El análisis se realizó a partir de fragmentos narrativos elaborados por estudiantes que cursaron los seminarios de Cultura y salud entre el 2011 y 2019, los que fueron seleccionados por su capacidad para ilustrar las experiencias vividas. En este sentido, los hallazgos no corresponden a la totalidad de transcripciones, informes, diarios o productos de los SCyS.

De igual forma, el material disponible no incluyó información sistemática sobre las características del estudiantado, las comunidades participantes ni las condiciones específicas de cada experiencia de campo. Lo que limita el análisis del contexto territorial, el momento histórico de formación o las trayectorias individuales puede influir en los procesos de aprendizaje descritos.

Debido a que los textos fueron elaborados con fines formativos, es posible que privilegien experiencias consideradas significativas, mientras que situaciones de conflicto, tensión, resistencia o resultados menos favorables hayan quedado escasamente documentados. Del mismo modo, la ausencia de seguimiento posterior impide determinar si las transformaciones narradas se tradujeron en cambios sostenidos en la práctica profesional.

Finalmente, la interpretación se realizó desde un marco contemporáneo de humildad y seguridad cultural que no necesariamente formó parte del diseño original. Esta relectura aumenta la relevancia actual del caso, pero debe entenderse como una elaboración analítica y no como la intención histórica comprobada de todos los participantes.

7. Conclusiones

Las prácticas de historia oral, narrativa del padecimiento, estudio de síndromes culturales y giras comunitarias reconfiguraron el aula al desplazar el aprendizaje de la transmisión de contenidos hacia el encuentro con personas, memorias y sistemas de conocimiento diversos. El resultado principal no fue la adquisición de un catálogo de creencias, sino el desarrollo de una disposición a escuchar, contextualizar y cuestionar la centralidad del saber propio.

El caso sugiere que una formación intercultural de alto valor pedagógico requiere integrar cinco componentes: experiencia situada, investigación cualitativa, reflexividad, reciprocidad y contraste con evidencia. La ausencia de cualquiera de ellos conlleva riesgos: experiencia sin análisis, investigación extractiva, relativismo acrítico o tecnicismo descontextualizado.

La propuesta es especialmente pertinente para la enfermería hondureña por su cercanía territorial con comunidades culturalmente diversas y por el papel de la profesión en la educación, el acompañamiento y la negociación cotidiana del cuidado. Sin embargo, el potencial de los SCyS solo podrá demostrarse plenamente mediante la recuperación del archivo primario, la validación ética, la participación comunitaria y la evaluación longitudinal de los resultados formativos y clínicos.

En síntesis, el diálogo intercultural no debilita el conocimiento científico. Lo obliga a comunicarse mejor, a reconocer sus límites y a responder a la persona concreta. El reto curricular consiste en formar profesionales capaces de respetar significados, evaluar riesgos y tomar decisiones seguras con y no solo para las comunidades.

Referencias

- Alexander-Ruff, J. H., & Kinion, E. S. (2019). Developing a cultural immersion service-learning experience for undergraduate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 58(2), 117–120. <https://doi.org/10.3928/01484834-20190122-11>
- Berşe, S., Dirgar, E., Tosun, B., Tanriverdi, D., & Atay, E. (2024). Cultural humility among nursing students in a multicultural setting. *Work*, 79(4), 1785–1793. <https://doi.org/10.3233/WOR-230268>
- Bozkurt, S. A., & Gazarian, P. K. (2024). Nursing students' perception of caring for culturally diverse patients: A hermeneutic phenomenological study. *Journal of Nursing Education*, 63(6), 373–379. <https://doi.org/10.3928/01484834-20240404-05>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328–352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- 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>
- Campos Navarro, R. (2002). Las medicinas indígenas de México al final del milenio. En G. de la Peña & L. Vázquez León (Coords.), *La antropología sociocultural en el México del milenio* (pp. 162–201). Fondo de Cultura Económica.
- Chooniedass, R., Reekie, M., Denison, J., Mercuri, A., Nawara, R., Purcell, N., Oelke, M., & Janke, R. (2025). Embedding cultural safety in nursing education: A scoping review of strategies and approaches. *Journal of Professional Nursing*, 56, 113–129. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2024.11.005>



- Darban, F., Farokhzadian, J., Nematollahi, M., Heydari-khayat, N., & Faramarzpour, M. (2024). Nursing educators' experiences of cultural competence in the nursing education program: A qualitative descriptive study. *Journal of Professional Nursing*, 54, 142–150. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2024.05.010>
- Foronda, C. (2020). A theory of cultural humility. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(1), 7–12. <https://doi.org/10.1177/1043659619875184>
- Haynes, T., Wiggins, M. S., & Richards, K. (2019). Fostering cultural competence in nursing students through international service immersion experiences. *Christian Nurse International*, 36(2), 74–80. <https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000602>
- Honl, C., & Collins, K. (2026). Global health immersions in nursing education: Evaluating impact and recommendations for programming. *Journal of Advanced Nursing*, 82(5), 4310–4317. <https://doi.org/10.1111/jan.70188>
- Kleinman, A. (1980). Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. University of California Press.
- Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189–192. <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). Naturalistic inquiry. Sage.
- Martínez Estrada, L. M. (2019). *Juventudes y derechos sexuales y reproductivos: Sexualidad y anticoncepción entre estudiantes universitarios en Honduras*. En Actas del XXXII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología (pp. 149–160). Asociación Latinoamericana de Sociología.
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Global traditional medicine strategy 2025–2034*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/b/80384>
- Salahshurian, E., & Moore, T. A. (2024). Cultural humility in nursing: A concept analysis. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 55(12), 596–603. <https://doi.org/10.3928/00220124-20240927-03>
- Tervalon, M., & Murray-García, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2), 117–125.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Universidad Nacional Autónoma de Honduras. (2026a). Reseña histórica: UNAH Campus Atlántida. <https://curla.unah.edu.hn/acerca-de-campus-atlantida/>
- Universidad Nacional Autónoma de Honduras. (2026b). Licenciatura en enfermería. <https://curla.unah.edu.hn/oferta-academica/licenciaturas/licenciatura-en-enfermeria>

Declaraciones

Aprobación ética: Por completar. Los autores deben indicar número de dictamen o justificación de exención y confirmar autorización para uso secundario de relatos.

Este estudio corresponde a un análisis de fuentes secundarias, específicamente de relatos elaborados por estudiantes como parte de las actividades académicas de los Seminarios de Cultura y Salud. Se protegió con el anonimato la identidad de las autoras/es de las narrativas, no se recopiló información adicional ni se restableció contacto con ninguno/a de ellos/as.

Consentimiento para participar y publicar: Los relatos utilizados corresponden a documentos académicos elaborados entre el 2011 al 2019 sometidos a un proceso de anonimización previo al análisis.

Conflicto de intereses: No existen conflictos de interés. La vinculación académica con la institución en la que se desarrollaron los Seminarios de Cultura y Salud corresponde al contexto del estudio y no influyó en la interpretación de los resultados ni en las conclusiones presentadas.

Financiamiento: por completar. No se contó con financiamiento.

Contribuciones CRediT: Autor 1: Conceptualización, metodología, análisis formal de los datos, curación de datos, redacción del borrador original, redacción–revisión y edición.

Autor 2: conceptualización, metodología, validación, redacción–revisión y edición.

Los estudiantes participantes de los Seminarios de Cultura y Salud contribuyeron a la generación del corpus documental mediante la recopilación de información, la realización de experiencias de campo y la elaboración de narrativas reflexivas entre 2011 y 2019. Sus producciones constituyeron la base documental analizada en este estudio.

Agradecimientos: Considerar el reconocimiento colectivo a estudiantes, interlocutores comunitarios y personal de los SCyS, respetando el consentimiento y preferencias de identificación.

Los autores expresan su agradecimiento a las y los estudiantes que participaron en los Seminarios de Cultura y Salud del Centro Regional Universitario de Atlántida entre



2011 y 2019, quienes, a través de sus experiencias de campo, procesos reflexivos y narrativas, contribuyeron a la construcción del corpus documental que sustenta este estudio. Asimismo, se reconoce y agradece la participación de las personas, organizaciones y comunidades que compartieron sus conocimientos, experiencias y perspectivas sobre los procesos de salud, enfermedad y cuidado, lo que hizo posible el diálogo entre distintos sistemas de saberes.



Esta obra está bajo una licencia

https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES