

**Interpretación médico nutricional como herramienta para clarificar
mensajes nutricionales en población migrante en Estados Unidos**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL PARA OPTAR POR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE LICENCIADO EN NUTRICIÓN

AUTOR:

MIGUEL EDUARDO CAMPOS SANCHEZ

ASESOR:

LUIS MIGUEL BAQUERIZO SEDANO

LIMA - PERÚ

Revisores

Revisor 1: Dra. Karen Judith Adams Ubaldo

Revisor 2: Mg. Lilia Cristina Romero Quiroz



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	CAMPOS SANCHEZ MIGUEL EDUARDO

(Agregar filas adicionales si hay más autores)

Pertenecientes al programa de la **CARRERA PROFESIONAL DE NUTRICIÓN**, autores del trabajo titulado: **Interpretación médico nutricional como herramienta para clarificar mensajes nutricionales en población migrante en Estados Unidos**, el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN NUTRICIÓN** bajo la modalidad de **TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	BAQUERIZO SEDANO LUIS MIGUEL	FACI	ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **6 %**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **1:3629373610**; fecha de entrega: **18/08/2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 18 de agosto de 2026**

Firma del asesor
Nº DNI: 43822518
ORCID: 0000-0001-5836-9589

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
I. INTRODUCCIÓN	3
1.1 Contexto laboral.....	3
1.2 Situación problemática.....	3
1.3 Importancia de la experiencia profesional	4
1.4 Propósito del trabajo.....	4
1.5 Bases teórico-conceptuales.....	4
1.6 Objetivos	6
II. METODOLOGÍA, PROCEDIMIENTOS O ACCIONAR.....	7
2.1. Contexto y modalidad de la experiencia profesional	7
2.2 Población atendida	7
2.3 Línea de razonamiento para la interpretación médico-nutricional.....	7
2.4 Actividades desarrolladas	8
2.5 Indicadores cualitativos de seguimiento.....	8
III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	9
3.1 Perfil de la población atendida	9
3.2 Patrones de dificultad en la comprensión del mensaje nutricional y estrategias de clarificación aplicadas	10
3.3 Discusión.....	12
IV. CONCLUSIONES	15
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
ANEXOS	18

RESUMEN

Durante las consultas médico-nutricionales virtuales, la población inmigrante hispanohablante en Estados Unidos enfrenta barreras idiomáticas que limitan su comprensión de los mensajes nutricionales, afectando directamente la adherencia a los planes alimentarios indicados y contribuyendo a una mayor prevalencia de problemas nutricionales en etapas críticas del ciclo de vida como el embarazo, la lactancia y el desarrollo infantil, así como de enfermedades crónicas no transmisibles como obesidad, diabetes tipo 2 e hipertensión arterial.

El presente Trabajo de Suficiencia Profesional sistematiza la experiencia profesional desarrollada como intérprete médico-nutricional, que comprendió la interpretación en consultas nutricionales virtuales entre profesionales de salud y pacientes migrantes hispanohablantes además de la traducción y adaptación cultural de mensajes educativos nutricionales. El propósito central fue mejorar la comprensión y aplicación de las recomendaciones nutricionales en esta población mediante la transformación del mensaje nutricional técnico en un mensaje lingüística y culturalmente accesible para el receptor.

Se plantea que la interpretación médico-nutricional especializada favorece la comprensión de mensajes nutricionales clave en poblaciones migrantes. Sin embargo, es necesario complementar este planteamiento con datos cuantitativos y la aplicación de encuestas estructuradas que permitan analizar con mayor precisión el alcance y la magnitud del posible impacto.

Palabras clave: nutrición, migrantes hispanohablantes, interpretación médico-nutricional, adherencia nutricional.

ABSTRACT

During virtual medical-nutritional consultations, the Spanish-speaking immigrant population in the United States faces language barriers that limit their understanding of nutritional messages, directly affecting adherence to prescribed dietary plans and contributing to a higher prevalence of nutritional problems during critical stages of the life cycle such as pregnancy, lactation, and child development as well as non-communicable chronic diseases like obesity, type 2 diabetes, and arterial hypertension.

This Professional Proficiency Work systematizes the professional experience developed as a medical-nutritional interpreter, which included interpretation in virtual nutritional consultations between healthcare professionals and Spanish-speaking migrant patients, alongside the translation and cultural adaptation of educational nutritional messages. The central purpose was to improve the understanding and application of nutritional recommendations in this population by transforming technical nutritional messages into linguistically and culturally accessible messages for the recipient.

It is proposed that specialized medical-nutritional interpretation benefits the understanding of key nutritional messages in migrant populations. However, it is necessary to complement this approach with quantitative data and structured surveys to analyze the scope and magnitude of the potential impact with greater precision.

Keywords: nutrition, Spanish-speaking migrants, medical-nutritional interpretation, nutritional adherence

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Contexto laboral

La experiencia profesional que da origen a este informe se desarrolló en el marco del ejercicio como intérprete médico-nutricional virtual con población inmigrante hispanohablante en Estados Unidos. Las actividades que realicé fueron la interpretación durante consultas nutricionales virtuales entre nutricionistas o dietistas de habla inglesa y pacientes hispanohablantes, además de la traducción y adaptación de materiales educativos sobre temas como alimentación saludable, lactancia materna, alimentos complementarios, dietas para el manejo de enfermedades crónicas y recomendaciones de las guías alimentarias.

Dentro de este rol, mi labor no se limitó a solo traducir palabras de un idioma a otro, sino que fue necesario actuar también como puente entre la cultura del sistema de salud estadounidense y la realidad cultural y lingüística de los pacientes, buscando que el mensaje llegara de forma comprensible y útil para cada persona (1).

1.2 Situación problemática

La población hispanohablante que emigra a Estados Unidos y visita las consultas nutricionales virtuales se enfrenta con bastante frecuencia a una dificultad que pocas veces se nombra directamente, que es no entender bien lo que el profesional de salud le está indicando. Esta barrera del idioma que no siempre se menciona, tiene consecuencias, porque cuando una persona no comprende las recomendaciones alimentarias, es difícil que las siga. Esto se ve reflejado en una mayor presencia de problemas nutricionales en momentos clave como el embarazo, la etapa de lactancia o los primeros años de vida del bebé, y también en enfermedades como obesidad, diabetes tipo 2 e hipertensión, que son especialmente frecuentes en esta población (2).

Por ello es que no siempre se trata de no tener dinero o de no poder llegar a una consulta, el problema es más sencillo y más difícil a la vez, el paciente escucha la indicación, pero no la entiende del todo, se queda con una parte, o la interpreta desde lo que conoce culturalmente, que casi nunca va a coincidir con lo que el profesional quiso decir. Cuando eso pasa, el mensaje nutricional que está incompleto o distorsionado, pierde su utilidad,

y hablando en términos de la comunicación en salud, la barrera del idioma hace de interferencia, que altera o llega a distorsionar el mensaje haciendo que el paciente no pueda recibirlo correctamente (3).

1.3 Importancia de la experiencia profesional

Lo que quisiera dar a entender con esta experiencia es que cuando la interpretación nutricional la hace alguien con formación en nutrición, los mensajes llegan mejor. Hay situaciones donde equivocarse en la comunicación no es un problema menor, por ejemplo, si una madre no entiende bien qué significa lactancia exclusiva, o no queda claro cómo y cuándo dar suplementos de hierro a su bebé, o cuándo empezar con otros alimentos, las consecuencias pueden ser serias para la salud del niño. Por ello, que el mensaje sea preciso y comprensible no es un detalle que se debe pasar por alto, es parte del tratamiento (4).

Poder explicar una indicación técnica de forma que el paciente la entienda y pueda aplicarla en su casa es justamente lo que hace diferente al nutricionista que interpreta. No se trata solo de hablar español, sino de saber qué decir, cómo decirlo y qué puede ser lo que esta entendiendo mal la persona. Cuando eso funciona bien, el paciente sigue mejor las recomendaciones y se reduce una brecha de comprensión que no debería de existir.

1.4 Propósito del trabajo

El objetivo principal del trabajo es describir de qué manera la comprensión de las recomendaciones nutricionales que se hagan puede mejorar en pacientes migrantes que no hablen el idioma inglés en Estados Unidos, cuando la recomendación o mensaje de los profesionales de salud se convierte en algo que la persona realmente puede entender y aplicar según su idioma y su cultura.

Además, el informe busca ordenar y reflexionar lo que he vivido durante la experiencia profesional como intérprete médico-nutricional, mostrando cómo este rol influye en la calidad de la comunicación entre el profesional de salud y el paciente.

1.5 Bases teórico-conceptuales

En la última década, la cantidad de personas hispanohablantes que migran a Estados Unidos ha crecido de manera bastante considerable, siendo este uno de los movimientos

poblacionales más importantes del país. Según el Pew Research Center, las personas hispanohablantes son el grupo minoritario más grande en Estados Unidos, con más de 62 millones de personas y entre ellos, una gran parte tiene dificultades para hablar o entender el inglés, lo que les hace más complicado acceder a una atención de salud de calidad (5).

Y es que el problema va más allá de no poder traducir una palabra, la barrera del idioma interfiere en todo el proceso por el cual una persona normal recibe, entiende y decide actuar sobre una recomendación de salud. Para entender el por qué, el Modelo de Creencias en Salud de Rosenstock, explica que una persona cambia su conducta cuando siente que está en riesgo, que el problema es serio o que hacer algo al respecto le va a traer beneficios. El punto es que ninguna de esas tres cosas puede ocurrir si el mensaje no fue entendido y si el paciente no entendió bien qué le dijeron sobre su alimentación, no puede evaluar si está en riesgo ni si vale la pena cambiar algo. La barrera del idioma, entonces, no solo complica la comunicación, sino que impide que se active el pensamiento que llevaría a la persona a querer mejorar su alimentación (6).

En el ámbito de la nutrición, esta situación es bastante preocupante, ya que la población hispanohablante migrante tiene altas tasas de obesidad, diabetes tipo 2 e hipertensión, enfermedades que están muy relacionadas con lo que se come y también con qué tan bien se siguen las indicaciones del nutricionista (7). Es en ese momento que el idioma se vuelve un problema concreto. Cuando alguien recibe una recomendación nutricional en un idioma que no domina bien, no es que simplemente no entienda las palabras, sino que el mensaje no logra conectar con el contexto de esa persona, con su forma de pensar la comida, con su rutina, y si esa conexión no ocurre, la indicación no se convierte en acción, el paciente puede salir de la consulta con buena disposición y aun así no seguir el plan, no porque no quiera, sino porque nunca llegó a entender realmente qué se esperaba de él.

Berkman et al., en una revisión sistemática que analizó 96 estudios, documentaron que la baja alfabetización en salud se asocia con menor capacidad para comprender y seguir las indicaciones médicas, peores resultados de salud y un uso diferenciado de los servicios sanitarios (8). Esto significa que incluso cuando el paciente tiene plena motivación para cuidar su salud, la incomprensión del mensaje actúa como una barrera cognitiva que impide la adherencia. Schillinger et al. corroboran esta relación al estudiar específicamente pacientes con diabetes, encontrando que aquellos con menor

comprensión del mensaje de salud presentaban peores indicadores de control glucémico, independientemente de su disposición a seguir el tratamiento (9).

En este marco, el nutricionista intérprete actúa como un agente de transformación del mensaje, integrando el conocimiento científico con habilidades comunicativas y culturales para facilitar la aplicación efectiva de las recomendaciones nutricionales en la vida cotidiana del paciente.

1.6 Objetivos

Objetivo general:

- Describir cómo la interpretación médico-nutricional especializada contribuye a mejorar la comprensión y adherencia a las recomendaciones nutricionales en población inmigrante hispanohablante.

Objetivos específicos:

- Describir el proceso de interpretación y adaptación cultural de mensajes nutricionales en consultas virtuales.
- Identificar las principales barreras lingüísticas y culturales en la comunicación nutricional.
- Describir las competencias del nutricionista aplicadas en el rol de intérprete médico-nutricional.

II. METODOLOGÍA, PROCEDIMIENTOS O ACCIONAR

2.1. Contexto y modalidad de la experiencia profesional

La experiencia profesional sistematizada en el presente informe se desarrolló de manera virtual durante más de un año, brindando servicios de interpretación médico-nutricional a población inmigrante hispanohablante en diversas ciudades de Estados Unidos. La modalidad virtual permitió una cobertura geográfica amplia, atendiendo a pacientes en distintos estados del país sin limitación por proximidad geográfica. La carga de trabajo fue de aproximadamente 15 consultas diarias de 30 minutos cada una, lo que representó una exposición sostenida y sistemática a las necesidades comunicacionales de una población diversa en términos de origen, nivel educativo y condición nutricional.

2.2 Población atendida

La población atendida estuvo conformada por personas migrantes hispanohablantes en diferentes etapas del ciclo de vida. El perfil predominante fue materno-infantil, siendo los motivos de consulta más frecuentes el seguimiento nutricional de bebés postparto, la atención durante el embarazo y el acompañamiento en el período de lactancia. Una menor parte de las consultas fue de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles como obesidad, diabetes tipo 2 e hipertensión. Tener perfiles tan distintos en un mismo día de trabajo me obligaba a cambiar constantemente el enfoque, ya que no es lo mismo explicarle a una mamá reciente cómo amamantar a su bebé, que hablar con un paciente diabético sobre cómo leer una etiqueta nutricional, cada caso pedía una forma diferente de comunicar, según lo que el paciente necesitaba entender y según su propio contexto cultural y lingüístico.

2.3 Línea de razonamiento para la interpretación médico-nutricional

La forma de trabajar en las consultas seguía siempre un orden, aunque todo era muy rápido y en simultáneo. Había que escuchar lo que decía el profesional de salud en inglés y pensar de inmediato si el mensaje, tal como estaba formulado, iba a tener sentido para el paciente, o si podía ser que no lo entienda. Luego tener en cuenta quién era la persona a la que se le iba a transmitir el mensaje, saber de dónde venía, qué nivel educativo tenía y si estaba familiarizado con el sistema de salud de Estados Unidos, y finalmente buscar

la manera de decirlo en español de forma que el mensaje sea entendible al 100%, sin cambiar el fondo de lo que el profesional había indicado.

Eso último era lo más difícil y también lo más importante ya que había mensajes que no se podían cambiar ni simplificar demasiado, aunque tengan un lenguaje complicado, ya que muchas veces estos tenían que ser más específicos en casos de tratamientos. Por ello describo que saber distinguir qué se podía reformular y qué no, fue posible gracias a mi formación en nutrición, que me daba los criterios para tomar esas decisiones en el momento.

2.4 Actividades desarrolladas

El trabajo se organizó más que nada en dos tipos de actividades que la mayoría de las veces ocurrían al mismo tiempo. Por un lado, la interpretación durante las consultas virtuales, donde el rol era hacer de puente entre el profesional de salud y el paciente, estando atento no solo a traducir lo que se decía, sino de evaluar si el mensaje iba a ser entendido tal como llegaba, y si no, buscar cómo reformularlo sin perder lo que el profesional de salud quería comunicar. Por ejemplo en las consultas de seguimiento materno-infantil esto era sumamente delicado, ya que cometer errores cuando se habla de lactancia, de cuándo empezar con otros alimentos o de cómo dar suplementos de hierro a un bebé, es bastante grave ya que afecta directamente el correcto desarrollo del bebé.

Por otro lado, tenía el trabajo con materiales educativos como folletos, etiquetas nutricionales y recetas, estos no solo los traducía, sino que hacía ejemplos que tenían sentido para alguien de habla hispana para que el material no solo estuviera en español, sino que le hablara al paciente desde su propia realidad.

2.5 Indicadores cualitativos de seguimiento

Por la forma en que estaba organizado y las normas internas del trabajo, no fue posible hacer un seguimiento continuo de los pacientes ni usar herramientas formales para medir si habían entendido mejor o si estaban siguiendo las indicaciones. No obstante, a lo largo de la experiencia se recurrió a indicadores cualitativos que permitieron valorar el impacto de la intervención: la observación directa de la participación del paciente durante la consulta, la calidad y pertinencia de las preguntas formuladas por el paciente como señal

de comprensión real del mensaje, la retroalimentación espontánea expresada por los propios pacientes al final de las consultas (Anexo 1), y la valoración del equipo de salud (Anexo 2) respecto a la efectividad de la comunicación con los pacientes hispanohablantes. Estos indicadores, aunque de naturaleza cualitativa, constituyen evidencia suficiente para identificar patrones recurrentes en las dificultades de comprensión y en el impacto de la clarificación activa del mensaje nutricional, los cuales se describen en la sección de resultados.

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Perfil de la población atendida

Durante el período de más de un año de ejercicio profesional, se atendieron aproximadamente 15 consultas diarias de 30 minutos cada una en modalidad virtual, atendiendo de lunes a viernes, cinco días a la semana, lo que representa un volumen estimado de 300 consultas mensuales. La población atendida presentó un perfil predominantemente materno-infantil. El motivo de consulta más frecuente fue el seguimiento nutricional de bebés postparto, representando aproximadamente el 30% de las consultas, seguido por la atención nutricional durante el embarazo con un 25% y el acompañamiento en el período de lactancia con un 20%. En conjunto, estas tres categorías constituyeron el 75% de la demanda total, lo que evidencia que la mayor parte de la experiencia se desarrolló en el ámbito de la nutrición materno-infantil, área en la que la precisión del mensaje nutricional tiene consecuencias directas e irreversibles en la salud del binomio madre-hijo. El 25% restante correspondió a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: obesidad en primer lugar con un 13%, seguida por diabetes tipo 2 con un 8% e hipertensión arterial con un 4%, distribución consistente con la evidencia epidemiológica disponible sobre la prevalencia de estas condiciones en la población hispana residente en Estados Unidos (4). (Ver Gráfica 1)

Gráfica 1. Distribución de consultas por motivo de atención.



3.2 Patrones de dificultad en la comprensión del mensaje nutricional y estrategias de clarificación aplicadas

A lo largo de la experiencia se identificaron de manera recurrente cuatro patrones principales de dificultad en la comprensión del mensaje nutricional, cada uno de los cuales demandó una estrategia de clarificación específica fundamentada en competencias adquiridas durante la formación en nutrición. (Ver Tabla 1)

La dificultad con la lectura e interpretación de etiquetas nutricionales fue una de las barreras más frecuentes, particularmente entre pacientes con menor escolaridad y menor dominio del inglés. La mayoría de los pacientes reconocían visualmente la etiqueta, pero no podían extraer de ella información útil para tomar decisiones alimentarias concretas. La estrategia aplicada consistió en reformular la información en términos de productos y porciones conocidos por el paciente, apoyándose en los conocimientos de educación alimentaria para seleccionar los ejemplos más pertinentes sin perder precisión técnica.

Otro tema que aparecía con frecuencia en las consultas que realizaba tenía que ver con las creencias sobre qué alimentos son buenos o malos, ya que muchos pacientes llegaban con ideas muy cerradas sobre su comida de origen, y cuando la indicación clínica chocaba con esas ideas, la conversación se ponía difícil. Decirle a alguien que deje de comer algo

que toda su vida consideró saludable no funciona si se hace de frente y sin contexto, por ello lo que resultó más efectivo fue empezar con lo que el paciente ya comía, entender sus gustos y a partir de ahí proponer opciones que sean similares a lo que necesitaba nutricionalmente sin pedirle que abandonara su cultura alimentaria de golpe.

En las consultas con madres lactantes o con bebés pequeños, los malentendidos eran más preocupantes y más comunes, ya que es muy común en familias latinoamericanas complementar la leche materna con fórmula desde los primeros días, y muchas madres lo ven como algo positivo, como una forma de asegurarse de que el bebé come suficiente, y cuando el profesional de salud indicaba lactancia exclusiva, esa singular recomendación chocaba directamente con esa práctica, que hasta ese momento era correcto según la madre de familia, y aclarar eso requería conocimiento específico en nutrición materno-infantil, ya que había que hacer a la madre entender el por qué estaba mal lo que ella realizaba como algo correcto.

Otro problema fueron las porciones, porque decirle a alguien que coma "media taza" o "tres onzas" de algo muchas veces no es entendible nada para el paciente, incluso diciéndolo en español. En esos casos lo que funcionó fue usar referencias del hogar, porciones concretas que la persona pudiera imaginar fácilmente en su cocina, sin alterar lo que clínicamente se estaba indicando.

Después de esto, en general, cuando el mensaje llegaba mejor adaptado, se notaba la diferencia en la consulta, los pacientes preguntaban más, contaban mejor sus dificultades y participaban de otra manera. Esto le permitía al equipo de salud ajustar el plan con información más real y útil sobre la vida cotidiana de cada persona.

Tabla 1. Barreras identificadas, estrategias de clarificación aplicadas y competencias nutricionales utilizadas

Barrera identificada	Estrategia de clarificación aplicada	Competencia nutricional utilizada
Dificultad con etiquetas nutricionales	Simplificación de la información en términos de productos, usando lenguaje sencillo y evitando tecnicismos	Educación alimentaria
Creencias culturales sobre alimentos	Validación de las prácticas culturales del paciente e incorporación de alternativas nutricionalmente adecuadas	Consejería dietética
Confusión en indicaciones de lactancia y alimentación complementaria	Explicación con lenguaje cotidiano y ejemplos prácticos del entorno familiar, manteniendo la intención clínica de la recomendación	Nutrición materno-infantil
Malinterpretación de porciones recomendadas	Adaptación de medidas estandarizadas a medidas caseras comprensibles para el paciente	Educación alimentaria / Consejería dietética

3.3 Discusión

Las dificultades que se encontraron durante esta experiencia no son nuevas ni cosas fuera de lo común, la literatura ya las describe y son parte de la realidad documentada de esta población, lo que sí aporta esta experiencia en particular es la mirada de quien estuvo adentro de cada consulta, en el momento exacto en el que esas barreras aparecían, y

enfrente a una persona real, con un problema real que necesitaba entender algo para poder cuidar su salud.

La barrera de las etiquetas nutricionales, por ejemplo, no es simplemente un problema de idioma. Es un problema de alfabetización nutricional que persiste incluso cuando el material está disponible en español. La población latina en Estados Unidos enfrenta no solo barreras lingüísticas relacionadas con el dominio del inglés, sino también dificultades de comprensión de la información nutricional que superan la alfabetización general (10). Esto significa que traducir una etiqueta al español no resuelve el problema: el paciente puede leer los números y aun así no saber qué hacer con ellos ni cómo conectarlos con sus decisiones alimentarias cotidianas. La solución no pasa por la traducción sino por la reinterpretación del contenido en términos concretos, accionables y culturalmente reconocibles para el paciente. Esa capacidad de reinterpretación es precisamente lo que distingue al nutricionista-intérprete del intérprete convencional, y su ausencia explica por qué muchas intervenciones de salud con esta población no logran el resultado esperado aun cuando se cuenta con materiales traducidos.

Las creencias culturales sobre alimentos es un tema no muy hablado en las consultas, pero es importante saber que la identidad alimentaria construida en el país de origen no desaparece con el cambio de contexto geográfico, sino que coexiste de manera compleja con los nuevos patrones alimentarios del país receptor (11). Esta coexistencia genera tensiones que se manifiestan directamente en la consulta nutricional: el paciente recibe una indicación clínica que entra en conflicto con una práctica alimentaria que considera saludable, segura y parte de su identidad. Invalidar esa práctica directamente genera resistencia y deteriora el vínculo terapéutico e ignorarla produce planes nutricionales que el paciente no va a seguir, por ello la única vía efectiva es integrarla como punto de partida de la intervención, lo que requiere conocer con suficiente profundidad tanto la cultura alimentaria del paciente como los principios nutricionales que deben preservarse. Esa doble competencia, cultural y técnica simultáneamente, no la tiene un intérprete sin formación en nutrición, y tampoco la tiene necesariamente un nutricionista sin sensibilidad intercultural. La experiencia demuestra que ambas dimensiones son igualmente indispensables.

Otra de las barreras observadas fue la malinterpretación de porciones, que con frecuencia es subestimada. La medición de porciones en onzas, tazas o gramos corresponde a un sistema de referencia que no forma parte del repertorio cotidiano de la mayoría de los pacientes migrantes hispanohablantes, cuya experiencia culinaria se organiza en torno a medidas caseras, porciones visuales y cantidades aprendidas por tradición familiar. Los procesos de aculturación alimentaria en migrantes latinos alteran no solo los alimentos consumidos sino también las prácticas de preparación y medición, lo que hace más difícil la comprensión de indicaciones nutricionales expresadas en unidades de medida estandarizadas (11). La estrategia de traducir porciones a medidas caseras culturalmente reconocibles no es una simplificación del mensaje nutricional: es una adaptación pedagógica que preserva la precisión clínica de la indicación mientras la hace operativa para el paciente en su contexto real.

El caso de la lactancia materna y la alimentación complementaria ejemplifica con mayor claridad aún por qué el perfil del nutricionista-intérprete es cualitativamente distinto al de un intérprete general. La práctica de la alimentación mixta con leche materna y fórmula desde los primeros días de vida, está culturalmente arraigada en muchas comunidades latinoamericanas y es percibida por las madres no como un alejamiento de la lactancia sino como una práctica de cuidado complementaria y culturalmente validada. Las madres latinas en Estados Unidos presentan altas tasas de iniciación de la lactancia materna, pero tasas significativamente menores de lactancia exclusiva, patrón que responde precisamente a esta práctica cultural de suplementación con fórmula (12). Esta creencia, combinada con la dificultad para comprender en inglés las recomendaciones sobre lactancia exclusiva, generó durante la experiencia situaciones de riesgo real para la salud del lactante que exigieron una clarificación especialmente cuidadosa y técnicamente fundamentada. Reformular la indicación de lactancia exclusiva en ese contexto no es traducir palabras: es negociar entre una recomendación clínica basada en evidencia y una práctica culturalmente arraigada, preservando la intención clínica sin invalidar la identidad cultural de la madre. Ese proceso de negociación exige razonamiento clínico nutricional específico en nutrición materno-infantil, competencia que no posee un intérprete general y que fue determinante en el manejo de estas situaciones durante la experiencia (12).

Hay que recordar además que las intervenciones nutricionales en el período perinatal y en los primeros años de vida tienen un impacto que se extiende a lo largo del ciclo vital por lo que una indicación bien comprendida sobre lactancia exclusiva, alimentación complementaria o suplementación de micronutrientes en el primer año de vida puede prevenir deficiencias nutricionales con consecuencias irreversibles en el desarrollo cognitivo y físico del niño. Esto significa que la calidad de la interpretación médico-nutricional en este contexto no es una cuestión de comodidad comunicacional sino de repercusión en salud pública, y que la formación disciplinar del intérprete es, en este escenario, un determinante directo de la calidad de la atención recibida por el paciente.

IV. CONCLUSIONES

A partir de esta experiencia, se puede concluir que las dificultades en la atención nutricional de la población inmigrante hispanohablante en Estados Unidos no se explican sólo por el idioma, sino que responden a factores más complejos como la baja alfabetización nutricional, las diferencias culturales en la alimentación y los cambios que se dan con la migración. Por eso, simplemente traducir la información no es suficiente para que el paciente la entienda.

Por ello es necesario adaptar y explicar la información de manera que tenga sentido para el paciente, usando ejemplos concretos y cercanos a su realidad. Esto ayuda a que las recomendaciones sean más claras y realmente se puedan seguir.

Por otro lado, las creencias y costumbres alimentarias del paciente no deben verse como un problema, sino como una base para trabajar. Cuando se toman en cuenta, es más fácil lograr que el paciente confíe en la indicación y la incorpore en su rutina. En cambio, si se ignoran o se contradicen directamente, es más probable que el paciente no siga el plan.

Finalmente, esta experiencia muestra que el nutricionista-intérprete cumple un rol clave, ya que combina conocimientos técnicos con la capacidad de comunicarlos de forma culturalmente adecuada. Esto es especialmente importante en temas sensibles como la lactancia y la alimentación infantil, donde una buena orientación puede tener efectos a largo plazo en la salud. En ese sentido, mejorar este tipo de atención no solo beneficia al paciente individual, sino que también tiene un impacto más amplio en la salud pública.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flores G. Language barriers to health care in the United States [internet]. Massachusetts: New England Journal of Medicine; 2006 [consultado el 21 de abril de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMp058316>
2. Hernandez J, Demiranda L, Perisetla P, Andrews L, Zhang K, Henderson R, et al. A systematic review and narrative synthesis of health literacy interventions among Spanish speaking populations in the United States [internet]. Londres: BMC Public Health; 2024 [consultado el 21 de abril de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19166-6>
3. Meuter RFI, Gallois C, Segalowitz NS, Ryder AG, Hocking J. Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language [internet]. Londres: BMC Health Services Research; 2015 [consultado el 21 de abril de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1024-8>
4. Bustamante Llatas JP, Gordillo Julón MA, Díaz Manchay RJ, Mogollón Torres F de M, Vega Ramírez AS, Tejada Muñoz S. Lactancia materna, alimentación complementaria y suplementación con multimicronutrientes: Perspectiva intercultural [internet]. Alicante: Cultura de los Cuidados; 2019 [consultado el 21 de abril de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.54.20>
5. Lopez CFM. A brief statistical portrait of U.S. Hispanics [internet]. Washington D.C.: Pew Research Center; 2024 [consultado el 21 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.pewresearch.org/science/2022/06/14/a-brief-statistical-portrait-of-u-s-hispanics/>
6. Rosenstock IM. Why people use health services [internet]. Nueva York: Milbank Memorial Fund; 1966 [consultado el 21 de abril de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/3348967>
7. Commodore-Mensah Y, Selvin E, Aboagye J, Turkson-Ocran R-A, Li X, Himmelfarb CD, et al. Hypertension, overweight/obesity, and diabetes among immigrants in the United States: an analysis of the 2010-2016

- National Health Interview Survey [internet]. Londres: BMC Public Health; 2018 [consultado el 21 de abril de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5683-3>
8. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review [internet]. Filadelfia: Annals of Internal Medicine; 2011 [consultado el 21 de abril de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
 9. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes [internet]. Chicago: JAMA; 2002 [consultado el 21 de abril de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.288.4.475>
 10. Hernandez-Ramos I, Rossi M, Haghighatdoost F, Bawadi H, Diab R, Fisberg M, et al. Association between nutrition label utilization and comprehension among Latinos in East Los Angeles [internet]. Chicago: Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics; 2014 [consultado el 21 de abril de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2014.04.032>
 11. Vargas P, Jurado LF. Dietary acculturation among Latino immigrants in the United States [internet]. Basilea: International Journal of Environmental Research and Public Health; 2016 [consultado el 21 de abril de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph13070687>
 12. Sloand E, Astone NM, Gebrian B. Breastfeeding among Latino families in an urban pediatric office setting [internet]. Nueva York: Nursing Research and Practice; 2016 [consultado el 21 de abril de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2016/9278401>
 13. Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding [internet]. Illinois: Pediatrics; 2013 [consultado el 21 de abril de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1295>

ANEXOS

Anexo 1

Comentarios de Pacientes

Sí, claro del 1 al 5 diría que el interprete me ayuda en un 5 para entender el mensaje.

A mí me ayuda a entender como un 8 de 10 el intérprete sí.

Anexo 2

Certificado de reconocimiento

