

## **Percepciones socioculturales sobre la alimentación y escasa negociación cultural en las recomendaciones dietéticas dirigidas a madres con hijos menores de cinco años que presentan desnutrición.**

Marín Cárdenas Alina Dioné<sup>1</sup>  
[marcarde@correo.uady.mx](mailto:marcarde@correo.uady.mx)

Hernández Escalante Victor<sup>1</sup>  
[hescalán@correo.uady.mx](mailto:hescalán@correo.uady.mx)

Santana Carvajal Andrés<sup>2</sup>  
[asantanacarvajal@correo.uady.mx](mailto:asantanacarvajal@correo.uady.mx)

Cabrera Araujo Zulema<sup>1</sup>  
[zcabrera@correo.uady.mx](mailto:zcabrera@correo.uady.mx)

Castro Sansores Carlos<sup>1</sup>  
[castros@correo.uady.mx](mailto:castros@correo.uady.mx)

<sup>1</sup> Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán (UADY)  
<sup>2</sup> Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi" (UADY)

### **INTRODUCCIÓN**

Las representaciones sociales constituyen en un tipo de conocimiento socialmente negociado, contenido en el sentido común, en la dimensión cotidiana, el cual confiere a las personas una visión del mundo, orientándolas en los proyectos y en las estrategias de acción desarrolladas en su medio social (Queiroz, 2000). Las representaciones sociales pueden ser consideradas materia prima para análisis del contexto social y también para la acción pedagógica-política de transformación, pues retrata la realidad (Minayo, 1994).

La alimentación es un fenómeno complejo modificado por una serie de factores socioculturales y económicos que determina la variabilidad de una región a otra, y más aún si se consideran las normas y valores asociados a los alimentos, así como la ocasión, la edad, la accesibilidad y disponibilidad de alimentos (Bertrán & Arroyo, 2006). En Yucatán han sido estudiadas las representaciones sociales sobre la alimentación. Uicab-Pool y cols. reportaron que las prácticas que las responsables de la alimentación de los niños generalmente realizan al dar de comer, así como la forma de relacionar la alimentación a la salud del niño, se fundamentaban en sus creencias culturales (Uicab-Pool y cols, 2009). Además, la cultura maya, tiene un papel muy relevante en el momento en que las responsables tienen que decidir sobre lo que los niños comen o no comen, dando o no comida a los menores de cinco años, considerando sus creencias y el valor que dan a los alimentos. También hacen énfasis en que lo encontrado debe contribuir para revertir creencias que no tienen sustentación científica y reforzar aquéllas que pueden beneficiar a la salud y nutrición de los niños, así como incentivar investigaciones que permitan conocer los significados y valores atribuidos a la salud y a la enfermedad, por parte de la población rural maya, de los que practican la medicina tradicional del personal de la salud (Uicab-Pool y cols, 2009).

Las diferencias culturales entre pacientes y profesionales se observan también al interior de los grupos, lo cual refleja el carácter dinámico de la cultura. Como toda construcción humana los componentes cognitivos y materiales se transforman en la medida que el grupo social experimenta nuevos desafíos y problemas (Alarcón y cols, 2003).

De tal manera que es importante abordar la salud de las comunidades rurales desde un proceso de interculturalidad, el cual se basa en el desarrollo de la comprensión entre culturas, la valoración de cada una en un plano equitativo y las relaciones con la otra que van generando procesos de integración, lo cual conlleva a formas de convivencia entre culturas diferentes, esto puede suceder en una situación o sociedad, el énfasis está puesto en el encuentro, la interacción y la relación entre ellas. La interculturalidad contiene a su vez el principio de lo transcultural, el cual quiere decir que, pese al contacto de las culturas con lo diferente, cada una podrá

resistir su "esencialismo" (La interculturalidad en el marco de las políticas educativas, DF. Aguilar M. México) (Pech, 2014; M.H., 2017).

La interculturalidad pretende: 1) Que exista un espacio y tiempo común para los grupos humanos diferenciados por elementos culturales como la lengua, la identidad étnica o territorial; favorece no sólo el contacto, sino también el encuentro; 2) Abarcar a las minorías, pero junto a la gran mayoría y, por tanto, incide en las discriminaciones personales, familiares e institucionales del conjunto social; 3) Promover el conocimiento y el reconocimiento de las distintas culturas que conviven, aceptando las diferencias culturales como algo positivo y enriquecedor del entorno social y ambiental; 4) Favorecer la toma de conciencia de un mundo global e interdependiente, en donde la relación entre diferentes no sea en condiciones de desigualdad; 5) Enseñar a afrontar de los conflictos de forma positiva, no negando que existen y son reales, asumiendo que pueden ser motor del cambio para mejorar (Almaguer, 2014).

En adición a lo anterior, es importante reconocer que en el país existen cincuenta y seis etnias diferentes y se hablan sesenta idiomas diversos; nuestro estado es el tercer lugar en concentración de pueblo indígena a nivel nacional, siendo superado solamente por Chiapas y Oaxaca. Se puede inferir que como punto de partida existen barreras lingüísticas y de comunicación que en muchos casos juegan un papel negativo, pero no definitivo, en la relación de los indígenas con las instituciones de salud. De parte de los usuarios (indígenas) se manifiesta una resistencia al uso de los servicios, para cierto tipo de padecimientos o síndromes de filiación cultural, y desconfianza hacia la medicina occidental, producto de las nociones distintas del proceso salud-enfermedad, que chocan (Arroyo,2006). Interculturalidad, es un concepto que recientemente se ha socializado en el ámbito de la salud y se ha detectado como una barrera que dificulta y limita el acceso a los servicios de salud, las cuales están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura de las instituciones de salud y la cultura o "culturas" de los usuarios de los servicios. Debido a estas barreras, los servicios se perciben como fuente de malestares y riesgos. En el caso de las poblaciones indígenas, ésta posee diferentes conceptos de causalidad de las enfermedades, derivados de una cosmovisión particular desde la

cual percibe una serie de riesgos en los servicios y espacios de salud, que dificultan el que acudan a ellos libremente (Almaguer, 2014).

A nivel de las acciones en salud, las estrategias de comunicación intercultural aparecen como factores que disminuyen las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios. El mejorar los procesos de comunicación y diálogo, promueve una mayor comprensión de las expectativas de ambos actores y a la vez mejora el nivel de satisfacción de los usuarios con el sistema de salud biomédico (Alarcón, 2003).

Al respecto, Berlin y Fowkes señalan que el éxito de la comunicación intercultural puede ser logrado a través de un proceso compuesto de cinco elementos: "escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar". Los autores reconocen que aunque el lenguaje puede ser una gran barrera en la comunicación en sus aspectos gramaticales, simbólicos y semánticos, éste no constituye un obstáculo determinante en la relación profesional-paciente, si los profesionales están dispuestos al diálogo y conocen en parte la cultura médica de sus pacientes, como por ejemplo, las denominaciones de enfermedad, la relación entre hábitos y cultura, la dimensión corporal del sufrimiento y la utilización de herbolaria tradicional, entre otras. La negociación cultural se manifiesta cuando las creencias culturales y las expectativas de los pacientes se contraponen a las del profesional de salud interfiriendo en la confianza y adherencia al proceso terapéutico (Berlin, 1993).

Por otra parte, en el campo antropológico, el Dr. Aguirre Beltrán define la salud intercultural como la complementariedad entre dos sistemas de salud (institucional y tradicional), que tiene como objeto común hacerle frente a la enfermedad y mejorar la salud en zonas de refugio indígena. Es decir que por sobre las diferencias existe la complementariedad entre los sistemas de salud para enfrentar los padecimientos que afectan a los grupos indígena (Aguirre Beltrán, 1996).

La cobertura de la atención de salud, ya de por sí baja en las zonas rurales, alcanza los niveles más críticos en las zonas de asentamiento de los pueblos indígenas. Los saberes colectivos, las prácticas locales, los terapeutas de la medicina indígena y los recursos comunitarios, si bien son de gran valor en el contexto del mantenimiento

general de la vida y la cultura de la gente, ante un perfil epidemiológico tan complejo cubren solamente una parte de sus necesidades de salud (OPS, 2006).

Una estrategia de salud intercultural se refiere al desarrollo de procesos de validación y negociación cultural entre usuarios de servicios y profesionales. La validación cultural consiste en aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del usuario. La validación cultural no significa que el profesional comparta el mundo simbólico del usuario, sino que comprenda, respete e incluso integre algunos elementos culturales que considere relevantes para el proceso de atención del usuario. La negociación es necesaria cuando las creencias culturales y las expectativas de los usuarios se contraponen a las del profesional de salud. Por ejemplo, de la escasa adhesión a tratamientos farmacológicos cuando son considerados nocivos por el usuario o en oposición a su marco de creencias (Baixeras-Divar, 2004).

La negociación cultural se manifiesta cuando las creencias culturales y las expectativas de los pacientes se contraponen a las del profesional de salud interfiriendo en la confianza y adherencia al proceso terapéutico. La investigación médico etnográfica da cuenta, por ejemplo, de la escasa adherencia a tratamientos farmacológicos cuando son considerados nocivos por el paciente o en oposición a su marco de creencias (Alarcón 2003; Harwood A, 1998; Heurtin-Roberts, 1992). En ese sentido, las madres de niños desnutridos, no cambian fácilmente sus prácticas a pesar de que reciben información constante en diversos programas asistenciales de los cuáles son beneficiarias esto puede deberse a que no se establece desde un inicio una relación de confianza entre el nutriólogo-paciente, por lo que es necesario establecer una relación de confianza para ayudarlo a crear objetivos específicos, explicándole las opciones de tratamiento para que escoja y de esta manera se sienta involucrada en la problemática de sus hijos, por otro lado cuando la madre haya adquirido las habilidades necesarias, es en ese momento cuando se debe de continuar y dar seguimiento a través de programas educativos para mejorar la adherencia al tratamiento nutricional de sus niños.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio médico social, descriptivo observacional, transversal de tipo cualitativo, a través de la realización del diagnóstico participativo (DP) a dos grupos de madres con niños menores de 5 años de edad. El diagnóstico participativo en nutrición y alimentación ayudó a los grupos de estudio a comprender mejor su situación, les permitió identificar los problemas y obstáculos que impiden una buena nutrición, además de proporcionar los elementos para priorizar sus problemas alimentarios y nutricionales. En ese sentido, este estudio con enfoque participativo orientó a las mujeres a seleccionar alternativas que aseguraran un buen estado nutricional de sus hijos menores de 5 años que se encontraban en estado de malnutrición. Para llevar a cabo el diagnóstico participativo se realizó previamente la identificación de las madres de familia que tuvieran hijos menores de 5 años de edad que acudían al Centro de Salud de ambas comunidades y que además sus hijos tuvieran algún grado de desnutrición. Previamente se aplicaron las medidas antropométricas de peso y talla de los menores para determinar el estado nutricional.

Una vez identificadas las madres de los niños menores de 5 años con algún grado de desnutrición se procedió a invitarlas al "Taller participativo". El objetivo de este taller participativo fue determinar los conocimientos, prácticas, representaciones sociales y actitudes relacionadas con la malnutrición infantil, en madres de niños menores de cinco años de edad en dos comunidades del estado de Yucatán: Cuncunul (durante el año 2005) y Kaua (durante el año 2006). La muestra se integró por trece madres residentes de Cuncunul y catorce madres de Kaua. El promedio de edad de 26.4 años y el nivel de escolaridad más frecuente fue la primaria completa (54%). Los resultados de cada actividad se discutieron con la intervención del grupo al final de las sesiones, al inicio de cada sesión subsecuente se realizó un breve recordatorio de la sesión previa.

Este taller estuvo conformado por cinco sesiones vespertinas, aproximadamente una sesión a la semana, que duraban entre una hora y media y dos horas aproximadamente. Durante la primera sesión se llevó a cabo la explicación del estudio, sus objetivos, reglas y acuerdos, se realizó una dinámica de "Canasta

revuelta" para lograr una mejor integración de las participantes y lograr un ambiente de confianza, en pocas palabras fue una primera sesión para integrar a las participantes. La segunda sesión, se les solicitó a las madres de familia que se formaran en tres equipos, se les pidió que escribieran los alimentos que les dan a los menores de 5 años de edad, si existe alguna diferencia para alimentarlos según la edad, la edad de ablactación y destete. Lo que permitió conocer que los niños antes del año de edad ya se incluyen en la dieta familiar, La tercera sesión consistió en que las mujeres reconozcan el estado nutricional de los niños menores de 5 años, esto se llevo a efecto a través de la cartilla de vacunación y tablas de vigilancia nutricional de (peso/edad), de esta manera lo que se esperaba es que las madres identificaron el estado nutricional de sus hijos. La cuarta sesión, consistió en identificar las fortalezas y debilidades para el mejoramiento del estado nutricional de los niños. Finalmente la quinta sesión consistió en la evaluación de los conocimientos de las participantes respecto al tema de la desnutrición infantil.

Las poblaciones de origen de las madres incluidas en el estudio (Kaua y Cuncunul), se ubican en la región oriente del estado de Yucatán en una zona considerada de alta concentración indígena con más del 90% de población hablante de lengua maya y cuenta con menos de 2600 habitantes (INEGI 2005) de los cuales más del 50% se encuentra ocupado en labores agrícolas y ganaderas.

## **RESULTADOS**

### ***Prácticas alimentarias de las madres***

A las madres se les pidió que escribieran los alimentos que les dan a los menores de cinco años de edad y si existe alguna diferencia para alimentarlos según la edad, la edad de ablactación y destete. Lo que permitió conocer que las niñas y niños antes del año de edad ya se incluyen en la dieta familiar, conocen la edad adecuada para la ablactación, la cual inician con frutas y verduras.

La lactancia materna es prolongada hasta después del año y medio de edad, con renuencia a suspenderla, aún con el conocimiento de las consecuencias de una lactancia prolongada y de las necesidades nutricionales de sus hijos. Existe una justificación, para no suspender la lactancia materna, siente la necesidad de

compensar la prematurez.

No es alimento, debilita a la madre.

Reconocen los diferentes tipos de alimentos y la necesidad de aprender a proporcionar una dieta equilibrada a sus hijos.

También se mencionan los aspectos sociales de la alimentación, lo que es aceptado por la sociedad y el prestigio social de los alimentos, aunque éstos no sean nutritivos.

*"...lo que yo le compraba era dos "D"(marca comercial de yogurt) para poner en el bulto, y ya después escuché que le estaban criticando que porque yo no tenía dinero no le compraba ni "S"(marca comercial de frituras en bolsa) empezaron a decir cosas que porque yo tengo muchos hijos por eso no me alcanza para comprarles. Me dice mi esposo: te vale lo que digan los demás tú sigues haciendo que tome su leche y su galleta y cuando llegue a la casa le sirves su comida que coma, así va a seguir, lo que digan los demás déjalo...yo le pongo una manzana en una bolsita se lo pongo en su bulto y cuando sale de mi casa agarra la bolsa y avienta la manzana, le digo qué pasó con tu manzana? Es que a mí me burlan, y por qué te burlan? Qué porque a los demás les compran sus "S" (marca comercial de frituras en bolsa) y "P"(marca comercial de bebida azucarada embotellada" y a mí no me compras mi "S" y mi "P", por qué mami?, por qué no me lo compras? Yo le digo que porque no se lo compro, porque si te compro una "P" y unas "S" cuando llegas a la casa a la hora de la comida ya no quieres comer...".*

Martha, 30 años

### **Reconocimiento del estado nutricional de los niños**

Por medio de la cartilla nacional de vacunación y tablas de vigilancia nutricional (peso y edad), las madres identificaron el estado nutricional de sus hijos.

Las madres reconocen la desnutrición como enfermedad y mayor susceptibilidad para presentar otras enfermedades.

Utilizando un dibujo del cuerpo humano, algunas participantes señalaron las

características que ellas consideran que tiene un niño desnutrido, en lo que se pudo observar que algunas madres ya cuentan con conocimientos más específicos sobre la desnutrición, como textura del cabello, peso, desarrollo deficiente, hipoactividad, astenia, adinamia, poca interacción con otros niños.

Las madres participantes piensan que ciertos alimentos tienen efectos dañinos en los niños, sobre todo cuando está enfermo, esta situación es influenciada por costumbres y familiares cercanos, en especial madre y suegra.

*"... cuando tienen herida no deben comer huevo ni el tomate igual porque se hincha la herida, pues yo así crecí con esa idea, cuando tiene una herida uno no debe comer el huevo ni el tomate ni los granos de frijol que porque la cicatriz se inflama y se queda así".*

Lourdes, 40 años.

### ***Mejoramiento del estado de nutrición.***

También se mencionaron los factores y situaciones que pueden ayudar o entorpecer el estado nutricional de los niños, se mencionaron principalmente los problemas familiares y de pareja, alcoholismo, falta de vigilancia y paciencia en la alimentación de los niños

Los conflictos familiares, influyen en el trato y cuidados que se tienen con los hijos.

*"...pues le voy a hablar con la verdad cuando estoy peleando con mi esposo, se acerca B., tengo coraje y de coraje lo regaño él, me desquito con él, me ha pasado se le quitan las ganas de comer".*

Cristina, 22 años.

Se reconoce la falta de cuidados y atención hacia los hijos.

*"...descuidamos su higiene, no les cortamos las uñas como debemos, no les lavamos las manos más seguido como se debe y por eso se enferman, consentirlos en lo que ellos quieren comer, que si quieren comer comida chatarra, pues se los damos, también no les ponemos la atención que se merecen porque los descuidamos y se ponen cosas sucias en la boca, por eso*

*no suben de peso"*

María, 32 años.

Se mencionan también la falta de capacitación para la utilización adecuada de los apoyos por parte de algunas instituciones, se reconoce la necesidad de conocimientos, con una actitud de interés por obtenerlos.

*"...que nos den cursos de cómo preparar otros alimentos para dárselos a los niños, porque pues por ejemplo la chaya no solo de una forma se cocina pero como nosotros no sabemos que más se puede hacer con la chaya, sólo de una forma lo hacemos".*

Rebeca, 42 años.

También se mencionaron situaciones y factores que ayudan a mejorar el estado nutricional de los niños, como los cuidados de la madre hacia sus hijos, la unión de la familia, los apoyos de diferentes instituciones y la producción de alimentos para autoconsumo.

La comunidad cuenta con un comedor comunitario, donde se otorga el desayuno y el almuerzo a los niños menores de cinco años de edad, en el que las participantes señalan que se proporciona una dieta inadecuada y poco variada. Además, les resulta inadecuado que ofrezcan alimentos fríos en el desayuno, ya que ofrecer alimentos calientes en el desayuno es una creencia popular relacionada al cuidado de la salud.

*"...como mi hijo estabas más chico no estaba completo sus dientes, pues no masticaba, diario daban la misma cosa para los niños. El desayuno no lo comía porque a veces acababa de despertar y lo llevo, bueno, yo mi forma de cuidar a mis hijos no les doy cosas frías..."*

Rosario, 26 años.

*"...todas las cosas que les daban, pura cosa frita, tiesas y ella no lo podía comer y diario es lo mismo, solo de vez en cuando, cuando dan pollo y espagueti es cuando come, pero siempre lo llevo y le dan panuchos..."*

Martha, 30 años.

*"...siempre daban cosas fritas y a los niños les hace mal las cosas fritas. Deberían de comprar frutas y verduras, para darles de comer a los niños o cereales porque siempre que íbamos eran cosas fritas..."*.

Amanda, 24 años.

El rechazo a la ingestión de alimentos considerados "fríos" durante el desayuno fue un elemento constante en el grupo de estudio lo anterior se presentó tanto en los comedores comunitarios, como en las recomendaciones del personal de salud.

### ***Percepciones sociales sobre las recomendaciones del personal de salud.***

En un grupo de catorce madres se preguntó lo que opinaban en relación a las indicaciones o recomendaciones otorgadas por el personal de salud en relación a la alimentación de sus hijos menores de cinco años.

El huevo se consume principalmente en las noches. Sin embargo, el personal de salud generalmente insistía en su consumo durante el desayuno.

*"...me dice que mejor le dé blanquillos en la mañana pero a mi hijo le gusta en la noche"*.

Felipa, 31 años.

También se reportó la insistencia, por parte de más de un elemento del personal de salud, en que el consumo de huevos no sea por la noche:

*"...que en la noche mejor no, que coma los blanquillos en la mañana"*.

Antonia, 28 años.

La falta de seguimiento a esa recomendación llevó a cambios importantes en las recomendaciones dietéticas.

*"...le dije que ella lo come en la noche y me dijo que mejor no, pero la verdad sí se lo doy en la noche; la verdad también por eso cambié la dieta que me dio"*.

Carmen, 21 años.

Las catorce madres coincidieron en que están acostumbradas a un mayor consumo de tortillas al recomendado por el personal de salud.

*"...es muy poca tortilla lo que me dijo que coman mis hijos".*

Ángela, 21 años.

Otros integrantes de la familia manifestaron a las madres que la cantidad de tortillas recomendadas para el consumo de los niños era muy reducida.

*"... mi mamá me dijo que no puedo darle sólo dos o tres tortillas, que es muy poco".*

Antonia, 28 años.

*"... mi suegra también me dijo eso".*

Rosa, 23 años.

## **DISCUSIÓN.**

Mediante la investigación participativa se conoció la percepción que tienen las mujeres madres de familia acerca de la malnutrición y entender cuáles son los elementos que entran en juego para la presencia de este problema, avanzar en las experiencias de promoción a la salud orientadas al empoderamiento de las participantes a través de un procedimiento autorreflexivo que les permitió identificar sus aciertos y problemas relacionados con la alimentación y nutrición de sus hijos y proponer acciones para su modificación que consideran estar a su alcance.

Las comunidades de estudio actualmente viven en una constante transformación de sus tradiciones y costumbres. En los últimos cinco años se ha modificado de manera paulatina los hábitos alimentarios de la población mexicana y no se diga de las comunidades rurales.

Se identificaron elementos socio-demográficos y culturales que potencialmente favorecen los condicionantes de la desnutrición en los niños menores de cinco años de edad. Como es el caso de las madres con creencias populares que limitan el tratamiento médico-nutricional. Estos elementos tienen una marcada influencia en los niños ya sea por prejuicios y prestigios que se otorgan a ciertos alimentos, sin

importar el valor nutritivo de éstos. Otro elemento importante es la diferencia por género que está influenciado por la cultura, donde se ven favorecidos los varones. Por otro lado el escaso desarrollo socioeconómico, el bajo nivel de escolaridad de los tutores, la lactancia materna prolongada, ablactación tardía y una alimentación donde predominan los alimentos elevados en calorías.

Algunas recomendaciones dietéticas otorgadas por el personal de salud no fueron seguidas por las madres debido a que no correspondían con su contexto cultural. La insistencia en estas recomendaciones: ingestión de alimentos considerados "fríos" durante el desayuno, el horario exclusivamente matutino de la ingestión de huevo y la cantidad reducida de tortillas fueron las que presentaron mayor rechazo y menor adherencia. Estas percepciones sociales sobre las recomendaciones dietéticas deben ser consideradas para una adecuada adherencia al abordaje nutricional.

La credibilidad que los pacientes asignan a las fuentes de validación es la que permite, en último término, aceptar o no las explicaciones acerca de las causas de sus enfermedades, y la adherencia a los tratamientos. Por lo tanto, el éxito en el proceso terapéutico depende en gran medida de la conjunción de explicaciones entre médicos y pacientes (Alarcón, 2003).

En la relación médico-paciente existe la probabilidad de antagonismos entre los marcos conceptuales y de valor de ambos actores del proceso terapéutico. En estos casos, el proceso de negociación cultural identifica las áreas de conflicto y acuerdo, localiza núcleos de significación entre ambas culturas que puedan implicar puntos de consenso y culmina con un acuerdo de cambio y cooperación entre pacientes y médicos. Al respecto Kleinman (Kleinman, 1998) sostiene que la única forma de lograr un acto terapéutico eficaz es a través del compromiso entre el paciente y el profesional de salud, el que se logra sólo si la propuesta de recuperación se inserta en la vida simbólica y cultural del enfermo, y si la intervención es aceptable, significativa y satisfactoria tanto para médicos como pacientes (Alarcón, 2003).

El éxito de la comunicación intercultural en la relación médico-paciente puede ser logrado a través de un proceso compuesto de cinco elementos: "escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar" (Berlin, 1983).

En la relación médico-paciente existe la probabilidad de antagonismos entre los marcos de conceptos y valores entre ambos actores del proceso terapéutico. En estos casos, el proceso de negociación cultural identifica las áreas de conflicto y acuerdo, localiza núcleos de significación entre ambos marcos culturales que puedan implicar puntos de consenso y culmina con un acuerdo de cambio y cooperación entre usuarios y médicos (Baixeras-Divar, 2004).

La teoría de la negociación cultural ha sido planteada para solucionar los errores de tantas teorías de comunicación y desarrollo. Algunas teorías, como la modernizante y la del Estado como primer motor del desarrollo, seguían el libre mercado; por lo que han tendido a descuidar los sectores más pobres. Otras, como la de las organizaciones de base, han tenido poco impacto en la marcha de la sociedad. Por eso surge esta teoría, que plantea la necesidad de estimular la negociación político-económica y social (Martínez-Terrero, 2006).

El paradigma cultural de negociación rechaza la competitividad. Enfatiza los derechos de las subculturas con sus valores particulares y promueve entendimientos intersubjetivos y un verdadero sentido de comunidad (McQuail, 2000).

Este modelo responde a una tendencia actual de ir más allá de los factores económicos, técnicos y políticos para enfatizar el cultural. Pero también establece la responsabilidad de la justicia contributiva para poder tener la justicia distributiva. El individuo participa en tales intercambios, no ya de una forma resistente y conflictiva, sino negociada. La teoría de negociación cultural trata de solucionar estos individualismos (Martínez-Terrero, 2006).

La negociación convierte la respuesta no violenta en un factor básico de la reconstitución y regulación del conflicto, pues busca construir acuerdos sobre los desacuerdos (Mejía J, 2001).

La única forma de lograr un acto terapéutico eficaz es a través del compromiso entre el paciente y el profesional y si la intervención es aceptable, significativa y satisfactoria tanto para el profesional de la salud como para el usuario (Baixeras-Divar, 2004).

Más allá del logro de un tratamiento terapéutico eficaz donde tanto el paciente y el profesional se comprometen, factores como el contexto, el ambiente, la pobreza, la situación de inseguridad alimentaria en que viven las familias vulnerables representan obstáculos para que los niños desnutridos tengan una pronta y eficaz recuperación. Por lo que es necesaria la implantación de programas de salud enfocados a las necesidades de atención inmediata, a la educación alimentaria, a la promoción y a la prevención de enfermedades gastrointestinales respiratorias y de higiene. Es así como la desnutrición infantil hasta nuestros días sigue siendo un problema de salud pública a nivel internacional, nacional y local.

La falta de seguimiento de algunas recomendaciones dietéticas encontradas en este trabajo de investigación sugiere falta de negociación cultural o una negociación cultural poco exitosa.

Por otro lado, los diferentes programas establecidos para revertir el proceso de desnutrición parecen no ser suficientes para controlar completamente este problema de salud, o no se encuentran adecuadamente canalizados hacia la población. Por lo que actualmente el problema de desnutrición en nuestro estado continua siendo un problema latente, en tanto que ahora la población va hacia una transición nutricional cada vez más acentuada en las comunidades de pobreza extrema donde podemos encontrar niños desnutridos y también con obesidad a edades cada vez más tempranas. Si bien esto es cierto, no debe hacerse caso omiso del porcentaje de niños con desnutrición y que representan un porcentaje significativo de la población en nuestro Estado.

Es urgente el desarrollo de una política de salud intercultural, que es un tema reciente que pretende: reconocer a los sistemas médicos como complejos modelos de pensamiento y conducta, los cuales constituyen respuestas culturales al fenómeno universal de la enfermedad. Mejorar los procesos de comunicación entre usuarios y profesionales, fenómeno que no sólo involucra al lenguaje como acto comunicativo sino también al conocimiento de los protocolos de relación cultural y social de los usuarios (Baixeras-Divar, 2004). La adecuada negociación cultural, también llamada intercultural es una necesidad que favorecerá que las acciones de salud sean efectivas y eficientes. El "Plato del Bien Comer Maya" y el "Plato del Bien Comer

Maya para personas con diabetes” (Pavía-Ruz y cols.) son estrategias interculturales recientes que pueden favorecer la salud de las comunidades mayas de Yucatán.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguirre Beltrán, G. (1996). Antropología médica.
2. Alarcón M Ana M, A. V. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Revista Médica de Chile, 131(9), 1061-1065. Recuperado el 21 de octubre de 2016, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872003000900014](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014)
3. Alarcón-M AM, Vidal-H A, Neira-Rozas J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Med Chile 2003; 131:1061-5.
4. Almaguer González J, V. V. (2014). Interculturalidad en salud: Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud (tercera ed.). México: Biblioteca Mexicana del conocimiento. Recuperado el 18 de octubre de 2016, de <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/MedicinaTradicional/InterculturalidadSalud.pdf>
5. Arroyo P, B. M. (2006.). Antropología y nutrición. Fundación Mexicana para la salud.
6. Baixeras-Divar, J.L. Salud intercultural en Bolivia a inicios del tercer milenio. La Paz: Embajada de España en Bolivia; 2004.
7. Berlin E A, W. C. (Diciembre de 1993). A Teaching Framework for Cross-cultural Health Care Application in Family Practice. The Western Journal of Medecine , 139(6), 934-938. Recuperado el 21 de octubre de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1011028/pdf/westjmed00196-0164.pdf>
8. Berlin EA, Fowkes WC. A teaching framework for cross-cultural health care.

- The Western Journal of Medicine 1983; 139:934-8.
9. Bertrán M, Arroyo P. Antropología y nutrición. 1ª. Ed. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, A.C. y Universidad Autónoma Metropolitana; 2006.
  10. Harwood A. The Hot-Cold Theory of Disease: Implications for the Treatment of Puerto Rican Patients. California: Mayfield Publishing Company; 1998.
  11. Heurtin-Roberts S, Reisin E. Health Beliefs and Compliance with Prescribed Medication for Hipertension Among Black Women. Boston: Reidel Publishing; 1992.
  12. Indígenas, C. N. (2006). Indicadores sociodemográficos de la población indígena. México. Recuperado el 26 de octubre de 2016, de [http://www.cdi.gob.mx/cedulas/sintesis\\_resultados\\_2005.pdf](http://www.cdi.gob.mx/cedulas/sintesis_resultados_2005.pdf)
  13. Kleinman A. Writing at the margin. Discourse between Anthropology and Medicine. University California Press. Los Angeles California; 1998.
  14. M. H. Reyna (Mayo-Agosto de 2017). Sobre los sentidos de "multiculturalismo" e "interculturalismo". Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, 3(2), 429-444. Recuperado el 11 de octubre de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46130212>
  15. Martínez-Terrero, J. Teorías de Comunicación. Ciudad Guayana. Venezuela: Universidad Católica Andrés Bello; 2006.
  16. McQuail, D. Mass Communication Theory. New York: Sage; 2000.
  17. Mejía J, Marco R. Construir educativamente el conflicto. Hacia una pedagogía de la negociación cultural. Nómadas (Col) 2001; 15: 24-39.
  18. Minayo MCS. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. En: Guareschi P y Jovchelovtich S, org. Textos em Representações Sociais. Petrópolis: Vozes; 1994. 89 p
  19. OPS, O. P. (2006). Salud Intercultural. Recuperado el 26 de Septiembre de 2016, de <http://www.ops.org.bo/textocompleto/pi31302.pdf>

20. Pavía-Ruz N, Cabrera-Araujo Z, Ancona, M. B., Vera-Gamboa L. Plato del Bien Comer Maya para Personas Viviendo con Diabetes en comunidades rurales de Yucatan, México. Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD, 4(8).
21. Pech Salvador C, M. R. (2014). Interculturalidad: miradas críticas. Bellaterra. Instituto de la Comunicación, Universidad de Barcelona , 8.
22. Queiroz M. Representações sociais: uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. En: Barata R, Briceño-León R, organizadoras. Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. 27p.
23. Uicab-Pool G, Ferriani MGC, Gomes R, Pelcastre-Villafuerte B. Representations of eating and of a nutrition program among female caregivers of children under 5 years old in Tizimin, Yucatan. Rev Latino-am Enfermagem [online] 2009; 17(6):940-6.