

Alimentación no saludable, alimentación saludable y consejería alimentaria breve en primer nivel de atención

Unhealthy diet, healthy diet, and brief dietary counseling in primary care

Yolanda Liliana Gonzales-Rios ¹

RESUMEN

La alimentación no saludable, caracterizada por alta densidad energética, exceso de sodio, azúcares libres y grasas de baja calidad, y bajo consumo de alimentos protectores, constituye uno de los principales determinantes modificables de la carga global de enfermedad. Este artículo revisa, en principio, la alimentación no saludable como fenómeno reconocible en la consulta: sus características, el sistema de clasificación NOVA, el sodio oculto, la lectura básica del etiquetado y los organismos genéticamente modificados, como marco contextual. A continuación, desarrolla la alimentación saludable: sus conceptos, leyes, componentes protectores, arco alimentario boliviano y consejería breve, como respuesta clínica estructurada. Se presenta una revisión narrativa con búsqueda orientada en PubMed, SciELO, LILACS y biblioteca digital de OMS/OPS/FAO (febrero-abril 2026). La consejería alimentaria breve integra el protocolo 5A con la entrevista motivacional (estrategia OARS) y la verificación mediante teach-back. El médico de un primer nivel de atención puede modificar el patrón alimentario de sus pacientes con tres competencias mínimas: reconocer una alimentación no saludable, identificar una alternativa saludable posible y conversar sobre comida con pertinencia cultural y sin estigmatizar.

Palabras clave: alimentación no saludable; alimentación saludable; consejería breve; entrevista motivacional; primer nivel de atención; arco alimentario boliviano; SAFCI; teach-back.

¹ Médico, Máster en Salud Pública mención Epidemiología y Máster en Salud Pública mención Gerencia en Salud. Docente titular de la Cátedra de Salud Pública I del Departamento Facultativo de Salud Pública. Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica. Universidad Mayor de San Andrés. La Paz, Bolivia. <https://orcid.org/0009-0009-2703-0107>

Correspondencia a: lilianagonzal2000@gmail.com

Recibido: 10 de mayo de 2026 Aceptado: 17 de junio de 2026



ABSTRACT

Unhealthy diets, characterized by high energy density, excess sodium, free sugars, and low-quality fats, together with low intake of protective foods, constitute one of the leading modifiable determinants of the global burden of disease. This article first reviews the unhealthy diet as a phenomenon that can be recognized in clinical practice: its characteristics, the NOVA food classification system, hidden sodium, basic food label reading, and genetically modified organisms (GMOs) as a contextual framework. It then develops the healthy diet—its concepts, laws of nutrition, protective components, the Bolivian dietary arch (arco alimentario boliviano), and brief counseling—as a structured clinical response. A narrative review is presented, based on a targeted search of PubMed, SciELO, LILACS, and the WHO/PAHO/FAO digital library (February–April 2026). Brief dietary counseling integrates the 5A's protocol (Ask, Assess, Advise, Assist, Arrange) with motivational interviewing (the OARS strategy) and teach-back verification. The primary care physician can modify patients' dietary patterns with three core competencies: recognizing an unhealthy diet, identifying a feasible healthy alternative, and discussing food with cultural appropriateness and without stigmatizing.

Keywords: *Unhealthy diet; healthy diet; brief counseling; motivational interviewing; primary care; Bolivian dietary arch (arco alimentario boliviano); SAFCI; teach-back.*

I. INTRODUCCIÓN

La alimentación no saludable se ha consolidado como uno de los determinantes modificables de mayor peso en la carga global de enfermedad.

Antes de definir qué se debe comer, resulta clínicamente más útil reconocer qué patrones alimentarios generan daño y por qué mecanismos lo hacen.

Este artículo invierte deliberadamente el enfoque convencional, parte del problema: la alimentación no saludable, para luego construir la solución desde la evidencia disponible y el contexto boliviano.

El estudio Global Burden of Disease 2021 evidenció que los factores de riesgo dietéticos y metabólicos contribuyen de manera significativa a la carga global de enfermedad. En particular, el consumo elevado de sodio y la ingesta insuficiente de cereales integrales, frutas, verduras y leguminosas se han identificado como factores

críticos en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica (1).

América Latina y el Caribe viven una doble carga: persisten inseguridad alimentaria, anemia y déficit de micronutrientes, mientras aumentan simultáneamente el sobrepeso, la obesidad, la diabetes tipo 2 y la hipertensión arterial. Esta doble carga puede coexistir incluso dentro de la misma familia (2, 3). Bolivia comparte este patrón y lo agrava con la urbanización acelerada y la expansión de productos de baja calidad en entornos periurbanos.

La prevención exige integrar seguridad alimentaria, soberanía alimentaria, educación nutricional y reducción de productos de baja calidad nutricional, en consonancia con la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), que reconoce a la comunidad como

protagonista del cuidado de la salud y a los alimentos tradicionales como activo cultural de primera importancia (2, 4, 5).

En este contexto, la atención en un primer nivel de atención es el primer espacio donde se puede intervenir sobre un patrón alimentario antes de que se traduzca en enfermedad crónica. En este artículo, los términos “primer nivel de atención” y “Atención Primaria de Salud (APS)” se emplean de forma equivalente para referirse a este ámbito asistencial. El profesional necesita tres competencias mínimas: reconocer una alimentación no saludable, identificar una alternativa saludable viable y conversar sobre comida con pertinencia cultural y sin estigmatizar. Este artículo organiza esos tres ejes articulándolos con el contexto boliviano.

II. METODOLOGÍA DE LA SELECCIÓN DE FUENTES Y SÍNTESIS

Se realizó una revisión narrativa entre el 1 de febrero y el 30 de abril de 2026. Se consultaron las bases bibliográficas PubMed/MEDLINE, SciELO y LILACS, así como los repositorios institucionales IRIS de la OPS, IRIS de la OMS y el repositorio documental de la FAO. La búsqueda combinó los descriptores y términos libres “unhealthy diet”, “ultra-processed foods”, “NOVA classification”, “sodium reduction”, “brief dietary counseling”, “motivational interviewing”, “alimentación saludable”, “consejería alimentaria” y “arco alimentario”, con los operadores booleanos AND/OR.

Los criterios de inclusión fueron documentos normativos de OMS, OPS, FAO y Ministerio de Salud de Bolivia (2013-2026); revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías de práctica clínica (2018-2026); estudios metodológicos

clásicos cuando constituyen la fuente primaria de un instrumento. La selección final de fuentes se realizó por relevancia temática y jerarquía de la evidencia, priorizando documentos normativos vigentes y síntesis de evidencia de mayor nivel.

Como marco contextual operativo, se abordan el sistema de clasificación NOVA, con énfasis en los productos ultraprocesados y sus aditivos, la lectura básica de etiquetado nutricional y los organismos genéticamente modificados. Estos contenidos se desarrollan con el nivel de detalle necesario para su aplicación en la consulta, pero se conciben como herramientas de reconocimiento del problema y no como el núcleo formativo del artículo.

El documento adopta deliberadamente una secuencia que parte del reconocimiento del problema (la alimentación no saludable) antes de construir la respuesta (la alimentación saludable y la consejería breve); este orden responde al razonamiento clínico cotidiano, en el que el profesional identifica primero el patrón que genera daño y, sobre esa base, propone la alternativa viable.

III. ALIMENTACIÓN NO SALUDABLE

3.1. Definición y características

La alimentación no saludable es un patrón habitual de consumo con alta densidad energética, baja densidad nutricional, exceso de nutrientes críticos (sodio, azúcares libres, grasas trans y saturadas) y bajo consumo de alimentos protectores —frutas, verduras, leguminosas y cereales integrales, por su aporte de fibra, micronutrientes y compuestos bioactivos— (6, 7, 8).

El daño no se produce por un episodio aislado, sino por repetición y desplazamiento: cuando los

productos de baja calidad nutricional sustituyen de manera habitual al agua, las frutas, las verduras, las leguminosas y las comidas preparadas en casa, la dieta pierde fibra, potasio, micronutrientes y compuestos bioactivos protectores. Este

mecanismo acumulativo es lo que vincula el patrón alimentario con la enfermedad cardiovascular, la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, la enfermedad renal crónica y determinadas formas de cáncer (Tabla 1).

Tabla 1. Características de la alimentación no saludable.

Característica	Mecanismo	Consecuencia clínica
Alta densidad energética	Muchas kilocalorías en poco volumen.	Exceso calórico y ganancia de peso no deseada.
Baja densidad nutricional	Poca fibra, vitaminas y minerales por kcal.	Deficiencias relativas y baja calidad dietética global.
Exceso de azúcares libres	Alta carga glucémica y energía líquida sin valor nutricional.	Caries dental, hígado graso, diabetes tipo 2, obesidad.
Exceso de sodio	Retención hídrica y aumento de presión arterial.	Hipertensión arterial, daño renal, riesgo cardiovascular.
Grasas trans y saturadas en exceso	Alteración del perfil lipídico e inflamación vascular.	Dislipidemia y enfermedad coronaria.
Baja ingesta de fibra	Menor saciedad, peor microbiota intestinal.	Estreñimiento, peor control glucémico, mayor ingesta calórica.
Desplazamiento de alimentos protectores	Sustitución de frutas, verduras y leguminosas por ultraprocesados.	Pérdida acumulada de fibra, potasio, vitaminas y compuestos bioactivos.

Fuente: elaboración propia con base en guías de la OMS y revisiones sobre ultraprocesados (6, 7, 8, 9).

3.2. Sistema NOVA: clasificación por grado de procesamiento industrial

El sistema NOVA clasifica los alimentos según la naturaleza, la finalidad y la intensidad del procesamiento industrial, distinguiendo cuatro grupos: NOVA 1 (alimentos naturales o mínimamente procesados), NOVA 2 (ingredientes culinarios), NOVA 3 (alimentos procesados) y NOVA 4 (productos ultraprocesados) (10), (Tabla 2).

Revisiones sistemáticas y metaanálisis recientes

asocian el consumo habitual de productos NOVA 4 con obesidad, diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular y mortalidad prematura (7, 8, 11).

La evidencia que respalda estas asociaciones proviene mayoritariamente de estudios observacionales y puede estar sujeta a confusión residual, lo que no resta relevancia clínica al mensaje preventivo.

Para la consejería breve en el primer nivel de atención basta con identificar el producto NOVA 4 que el paciente consume con mayor frecuencia y

trabajar sobre su reducción progresiva. La preocupación principal recae en NOVA 4. Estos productos contienen ingredientes que no se utilizan en la cocina doméstica o que se emplean en formas industriales: jarabes de alta fructosa, maltodextrina, almidones modificados, aceites refinados, proteínas aisladas, saborizantes

artificiales, colorantes, edulcorantes intensos, emulsionantes, espesantes y potenciadores del sabor. Su diseño comercial apunta a ofrecer productos listos para consumir, baratos por unidad, estables en anaquel, altamente palatables y fáciles de distribuir a gran escala (11, 12).

Tabla 2. Clasificación NOVA con lectura médica preventiva.

Grupo	Denominación	Criterio técnico	Ejemplos	Lectura preventiva
NOVA 1	Alimentos naturales o mínimamente procesados	Conservan la matriz alimentaria. Limpios, cortados, secos, molidos, refrigerados, congelados o pasteurizados sin adición importante de sal, azúcar o grasa.	Frutas, verduras, papa, quinua, arroz, avena, leche, huevo, carnes frescas, leguminosas.	Deben constituir la base de la dieta. Aportan fibra, micronutrientes y menor exposición a nutrientes críticos.
NOVA 2	Ingredientes culinarios procesados	Sustancias extraídas de alimentos o de la naturaleza, usadas para preparar comidas. No se consumen solas.	Aceite, sal, azúcar, mantequilla.	Útiles en cocina, pero el exceso de sal, azúcar o grasa deteriora la calidad dietética.
NOVA 3	Alimentos procesados	Alimentos NOVA 1 modificados con ingredientes NOVA 2 para conservación o sabor. Suelen tener pocos ingredientes.	Pan tradicional, queso, conservas simples, frutas en almíbar.	Pueden formar parte de la dieta si no desplazan alimentos frescos ni concentran sal, azúcar o grasa.
NOVA 4	Productos ultraprocesados	Formulaciones industriales con ingredientes refinados, fracciones de alimentos, aditivos cosméticos y diseño de alta palatabilidad.	Gaseosas, snacks saborizados, galletas rellenas, cereales azucarados, sopas instantáneas, nuggets, embutidos, bebidas energéticas.	Deben reducirse como hábito. Se asocian con exceso energético, baja saciedad, alto sodio y azúcares libres, y desplazamiento de alimentos protectores.

Fuente: elaboración propia con base en la clasificación NOVA y revisiones sistemáticas sobre ultraprocesados (7, 8, 11, 12).

Los productos ultraprocesados (NOVA 4) son formulaciones industriales elaboradas

predominantemente con ingredientes refinados, fracciones de alimentos y aditivos alimentarios,

diseñadas para ofrecer alta palatabilidad, bajo costo y larga vida útil.

Los aditivos alimentarios son sustancias sin valor nutricional incorporadas intencionalmente con una finalidad tecnológica específica, reguladas por el Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (JECFA), que establece para cada uno una ingesta diaria admisible (IDA) y una designación mediante el Sistema Internacional de Numeración (SIN) (11, 13).

En los productos NOVA 4, los más relevantes clínicamente son los potenciadores del sabor, como el glutamato monosódico (SIN 621), los edulcorantes intensos, los colorantes artificiales y los emulsionantes industriales. La presencia de múltiples aditivos en la lista de ingredientes no es un dato secundario: es un marcador operativo del grado de ultraprocesamiento del producto y una señal de alerta en la consejería alimentaria (11, 13).

3.3. Limitaciones del sistema NOVA

El sistema NOVA no estima porciones, no calcula requerimientos energéticos, no mide el contenido de sodio por porción, no identifica alergias, no sustituye al etiquetado nutricional y no evalúa por sí solo el contexto socioeconómico del paciente. Además, un alimento NOVA 3 puede concentrar elevadas cantidades de sodio o azúcar, y un producto NOVA 4 puede presentarse con vitaminas añadidas o mensajes de salud engañosos.

Por ello, NOVA debe utilizarse como herramienta de lectura del procesamiento industrial, no como única regla de decisión clínica.

La evaluación completa integra NOVA, arco alimentario, plato saludable, etiquetado nutricional, frecuencia de consumo y condiciones reales de acceso del paciente (7, 8, 12, 14).

3.4. Sodio oculto y estrategia “Sal de mi vida”

La recomendación poblacional de la OMS para adultos establece una ingesta de sal inferior a 5 g/día, equivalente a menos de 2 g de sodio por día (15). Sin embargo, gran parte del sodio que consume la población no proviene del salero visible, sino de fuentes ocultas: panificados industriales, embutidos, snacks, sopas instantáneas, salsas envasadas y quesos procesados. Este sodio oculto es clínicamente relevante porque el paciente no lo percibe como un riesgo y, por tanto, no lo modifica de manera espontánea. La estrategia educativa “Sal de mi vida”, propuesta propia de la cátedra como recurso comunicacional, busca visibilizar este sodio no evidente y conectar la educación alimentaria con la prevención cardiovascular y renal desde la consulta de Atención Primaria.

3.5. Lectura básica de etiqueta como herramienta clínica

El Codex Alimentarius es el conjunto de normas internacionales aprobadas por la Comisión FAO/OMS creada en 1963, cuyo objetivo es proteger la salud del consumidor y garantizar prácticas equitativas en el comercio alimentario. Sus normas constituyen la base técnica de la legislación alimentaria nacional en la mayoría de los países, incluida Bolivia (16).

La norma CXS 1-1985 establece los elementos obligatorios del etiquetado: denominación, lista de ingredientes en orden decreciente, contenido neto, fabricante, país de origen y fecha de vencimiento; mientras que las directrices CXG 21985 regulan la declaración de nutrientes por porción y por 100 g, orientando al paciente a identificar tamaño de porción, sodio, azúcares y primeros ingredientes (12, 16, 17).

La lectura del etiquetado nutricional es una herramienta útil durante la consulta médica porque permite orientar al paciente en la elección de alimentos y reconocer productos que contribuyen a un patrón de alimentación no saludable.

Su objetivo en el primer nivel de atención, no es realizar un análisis nutricional exhaustivo, sino identificar información suficiente para la prevención y el manejo de enfermedades crónicas frecuentes.

El profesional puede utilizar la etiqueta para evaluar el contenido de sodio, azúcares libres, grasas, fibra, tamaño de la porción e ingredientes principales.

Estos datos permiten relacionar el consumo habitual de determinados productos con condiciones frecuentes en la consulta: hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica y riesgo cardiovascular.

Un producto que exhibe mensajes como “natural”, “light” o “saludable” no garantiza una adecuada calidad nutricional; por ello, revisar la lista de ingredientes y estimar el grado de procesamiento mediante el sistema NOVA resulta indispensable (6, 12, 15, 16).

En Bolivia, el etiquetado frontal de advertencia se aplica de forma gradual, por lo que muchos productos del mercado aún no exhiben sellos; cuando no los hay, la tabla nutricional y la lista de ingredientes son la fuente principal de información.

Para una lectura operativa conviene aplicar los umbrales del Modelo de Perfil de Nutrientes de la OPS: un producto presenta exceso cuando el sodio iguala o supera 1 mg por kilocaloría, cuando los azúcares libres aportan el 10 % o más de la energía,

cuando las grasas saturadas aportan el 10 % o más, o cuando las grasas trans aportan el 1 % o más (12). En la consulta, estos umbrales convierten la etiqueta en un instrumento de decisión clínica concreta: si el producto habitual del paciente supera uno de ellos, ese es el primer objetivo de la consejería (Tabla 3).

3.6. Organismos genéticamente modificados (OGM)

Los organismos genéticamente modificados (OGM) son seres vivos cuyo material genético ha sido alterado mediante técnicas de biotecnología moderna con un objetivo específico, como aumentar la resistencia a plagas, mejorar el rendimiento o modificar el perfil nutricional.

Es fundamental diferenciar los OGM de los alimentos ultraprocesados: se trata de conceptos distintos, ya que un alimento puede contener ingredientes derivados de OGM sin ser necesariamente un ultraprocesado.

La evaluación de los OGM se realiza de manera individual, considerando la seguridad para el consumo humano, la posible alergenicidad, los cambios en la composición nutricional, los efectos ambientales y los aspectos relacionados con la producción alimentaria.

Las autoridades reguladoras internacionales, como la FAO y la OMS, concluyen que los OGM disponibles en el mercado son seguros para el consumo cuando han pasado los procesos de evaluación establecidos.

En la consejería alimentaria, el enfoque debe basarse en evidencia científica, evitando asociar automáticamente los OGM con los riesgos propios de los productos ultraprocesados (14).

IV. ALIMENTACIÓN COMO DETERMINANTE EN EL CONTEXTO BOLIVIANO

4.1. Panorama global, regional y nacional

La baja calidad de la dieta se mantiene entre los principales factores modificables asociados a la enfermedad y la muerte prematura.

El análisis NCD-RisC 2024 estimó que más de mil millones de personas vivían con obesidad en 2022, con un incremento sostenido en niños, adolescentes y adultos desde 1990 (18). En la misma dirección, el informe State of Food Security and Nutrition in the World 2025 confirma que la inseguridad alimentaria persiste de manera simultánea al aumento del sobrepeso y la obesidad a nivel mundial (3).

Tabla 3. Elementos clave del etiquetado nutricional para la orientación alimentaria en Atención Primaria.

Elemento a revisar	¿Qué debe identificar el médico?	Interpretación clínica
Lista de ingredientes	Componentes principales y cantidad de ingredientes.	Una lista extensa con numerosos aditivos indica un mayor grado de procesamiento industrial.
Tamaño de la porción	Comparar la porción indicada con la cantidad que realmente consume el paciente.	Permite calcular la exposición real a azúcar, sodio o energía.
Sodio	Cantidad de sodio por porción.	Su exceso se relaciona con hipertensión arterial, enfermedad renal y riesgo cardiovascular.
Azúcares libres	Azúcar, jarabes u otros endulzantes en la lista de ingredientes.	Detecta fuentes frecuentes de exceso energético y carga glucémica.
Grasas	Cantidad y tipo de grasa presente.	Permite valorar la calidad nutricional del producto.
Fibra alimentaria	Aporte de fibra por porción.	Mayor presencia de fibra suele acompañar alimentos de mejor calidad nutricional.
Clasificación NOVA	Determinar si corresponde a alimento natural, procesado o ultraprocesado.	Orienta sobre el nivel de transformación industrial del alimento.
Mensajes del envase	Evaluar términos como 'natural', 'light' o 'saludable'.	Evita interpretar el producto solo por la publicidad del envase.

Fuente: elaboración propia con base en OMS, OPS, sistema NOVA y recomendaciones sobre etiquetado nutricional (6, 12, 15, 16).

En América Latina y el Caribe, la prevalencia combinada de ambas condiciones supera los promedios globales en varios grupos etarios (2).

En Bolivia, la urbanización acelerada, las transformaciones en los patrones laborales y la creciente disponibilidad de productos

empaquetados de bajo costo conviven con una base alimentaria culturalmente rica en cereales andinos, tubérculos y leguminosas. Esta coexistencia representa una oportunidad preventiva concreta: fortalecer y valorizar lo que la propia cultura alimentaria boliviana ya reconoce como propio (Tabla 4).

Tabla 4. Lectura epidemiológica comparativa.

Nivel	Problema dominante	Implicación médica
Mundo	Riesgos dietéticos y metabólicos; aumento sostenido de obesidad, hipertensión, diabetes y enfermedad cardiovascular.	La dieta —patrón habitual de consumo de alimentos y bebidas— constituye un factor de riesgo modificable de primer orden, equiparable al tabaquismo, la presión arterial elevada, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol.
América Latina y el Caribe	Doble carga: inseguridad alimentaria y déficit de micronutrientes que coexisten con obesidad y enfermedades no transmisibles.	La consejería individual es insuficiente si no se actúa también sobre precios, publicidad, escuelas y disponibilidad.
Bolivia	Persistencia de vulnerabilidad nutricional y expansión de productos de baja calidad en entornos urbanos y periurbanos.	Articular arco alimentario, alimentación escolar, reducción de sal, soberanía alimentaria y consejería breve en Atención Primaria.

Fuente: elaboración propia basada en GBD 2021, NCD-RisC 2024, SOFI 2025 y Panorama Regional ALC 2024 (1, 2, 3, 18).

4.2. Marco normativo boliviano y política SAFCI

Bolivia cuenta con un marco normativo sólido que respalda la intervención preventiva en alimentación. La Ley N.º 775 de Promoción de Alimentación Saludable (2016) define ejes de educación, etiquetado y regulación de productos (19). La Ley N.º 622 de Alimentación Escolar (2014) vincula el sistema educativo con la soberanía alimentaria y la producción local (4). Las Bases Técnicas de las Guías Alimentarias para la

Población Boliviana (2013) consolidan el arco alimentario como herramienta nacional de educación nutricional (20).

La política SAFCI ofrece el marco para articular esta normativa con la práctica comunitaria: trabajo conjunto con autoridades originarias, valoración de alimentos tradicionales como la quinua, la cañahua, el tarwi y las leguminosas regionales, y reconocimiento de la cultura alimentaria local como activo de salud (5). Para el médico de Atención Primaria, esto significa que la consejería

alimentaria es una conversación que reconoce los recursos, el contexto y las posibilidades reales de cambio del paciente, y no una imposición técnica sobre sus elecciones culturales.

V. ALIMENTACIÓN SALUDABLE

5.1. Conceptos básicos

La alimentación es el acto voluntario y social de seleccionar, preparar y consumir alimentos (6). **La nutrición** es el proceso biológico por el cual el organismo digiere, absorbe, transporta, metaboliza y utiliza nutrientes (6). **La dieta**, entendida como

el conjunto habitual de alimentos y bebidas consumidos, es el objeto de análisis central en la práctica médica preventiva. El **patrón alimentario** integra frecuencia, cantidad, calidad, horarios, preparación y contexto social. Para la medicina, el patrón alimentario resulta más informativo que el alimento aislado: el riesgo se construye por repetición, tamaño de porción, sustitución de alimentos protectores y exposición acumulada a nutrientes críticos (9). La **densidad nutricional** expresa la relación entre los nutrientes protectores y la energía aportada; permite priorizar alimentos ricos en fibra, micronutrientes, proteína de calidad y compuestos bioactivos (6, 9, 21) (Tabla 5).

Tabla 5. Conceptos básicos para el análisis médico de la alimentación.

Concepto	Definición técnica	Aplicación preventiva
Alimentación	Acto voluntario y sociocultural de elegir, preparar y consumir alimentos.	Identifica barreras de acceso, publicidad, economía familiar y cultura alimentaria.
Nutrición	Proceso biológico de digestión, absorción, metabolismo y utilización de nutrientes.	Relaciona dieta con fisiología, déficit, exceso y enfermedad.
Dieta	Conjunto habitual de alimentos y bebidas consumidos.	Permite evaluar calidad, suficiencia y riesgo nutricional.
Patrón alimentario	Frecuencia, cantidad, combinación y contexto de consumo en el tiempo.	Predice mejor el riesgo que un alimento aislado.
Densidad nutricional	Relación entre nutrientes protectores y energía aportada.	Prioriza alimentos con fibra, micronutrientes, proteína de calidad y compuestos bioactivos.

Fuente: elaboración propia con base en guías y hojas informativas de la Organización Mundial de la Salud (6, 9, 21).

5.2. Leyes de la alimentación y características de una alimentación saludable

Las leyes clásicas de la alimentación, formuladas por Pedro Escudero —cantidad, calidad, armonía y adecuación—, permiten evaluar si una dieta cubre

las necesidades y se adapta a la persona (22).

En el contexto de salud pública actual deben integrarse con inocuidad, sostenibilidad y pertinencia cultural (9).

Una alimentación saludable es un patrón suficiente,

completo, equilibrado, variado, inocuo, culturalmente pertinente y sostenible (6). Cubre requerimientos energéticos y nutricionales, evita deficiencias, reduce la exposición a nutrientes críticos y protege frente a enfermedades crónicas (6, 9, 21, 23). No se define por productos costosos ni por dietas de moda: debe ser posible en la vida

cotidiana y en el contexto local (Tabla 6).

En Bolivia, debe reconocer alimentos disponibles y culturalmente relevantes: quinua, cañahua, amaranto, tarwi, papa, maíz, yuca, arroz, avena, frutas regionales, verduras, leguminosas, huevo, pescado, carnes frescas, lácteos sin exceso de azúcar y agua segura (6, 20).

Tabla 6. Leyes y características de una alimentación saludable: fundamentos y lectura médica actual.

Dimensión	Definición / Sentido clásico	Aplicación médica actual	Riesgo si se incumple
Cantidad / Suficiencia	La dieta debe cubrir requerimientos energéticos sin déficit ni exceso sostenido.	Ajustar por edad, actividad física, embarazo, lactancia, enfermedad y objetivos.	Déficit energético, exceso calórico, pérdida o ganancia de peso no deseada.
Calidad / Completitud	Debe aportar nutrientes esenciales e incluir todos los grupos alimentarios.	Priorizar alimentos de alta densidad nutricional: verduras, frutas, cereales, leguminosas, proteínas y grasas saludables.	Deficiencias, baja fibra, baja proteína útil, micronutrientes insuficientes.
Armonía / Equilibrio	Los nutrientes deben guardar proporción; macronutrientes y micronutrientes en cantidades adecuadas.	Evitar dietas dominadas por harinas refinadas, azúcar, sodio y grasas de mala calidad.	Disglucemia, dislipidemia, hipertensión, hígado graso.
Adecuación / Pertinencia	Debe adaptarse a la persona, su cultura y su contexto.	Considerar cultura, ingreso, acceso, preferencias, comorbilidad y alimentos locales disponibles.	Recomendaciones irreales, abandono del plan, culpabilización del paciente.
Variedad	Aporta diferentes colores, texturas y fuentes de nutrientes.	Combinar verduras de hoja, frutas, leguminosas y cereales tradicionales bolivianos.	Monotonía dietética, cobertura insuficiente de micronutrientes.
Inocuidad	Reduce el riesgo biológico, químico y físico.	Vigilar agua segura, higiene, conservación adecuada y cocción suficiente.	Enfermedades transmitidas por alimentos, riesgo infeccioso y químico.
Sostenibilidad	Considera producción local y ambiente.	Fortalecer circuitos alimentarios locales, reducir desperdicio y apoyar soberanía alimentaria.	Riesgo ambiental, dependencia de importaciones y pérdida de soberanía alimentaria.

Fuente: síntesis propia con base en guías de la Organización Mundial de la Salud y guías alimentarias bolivianas (6, 9, 20, 23).

5.3. Componentes protectores y mecanismos

Las frutas y verduras aportan fibra, agua, potasio, folatos, vitamina C, carotenoides y otros compuestos bioactivos como los polifenoles, que contribuyen a mantener una función metabólica adecuada y a prevenir enfermedades crónicas (6, 9).

Las leguminosas; lentejas, porotos, garbanzos y tarwi, aportan proteína vegetal, fibra favorable para la salud intestinal, hierro y muy poca grasa

saturada, mejorando la saciedad y la calidad dietética global (6, 23).

Los cereales integrales y alimentos tradicionales proporcionan energía junto con fibra, vitaminas y minerales, favoreciendo una alimentación más completa que los productos refinados (9, 23).

El agua segura debe ser la principal bebida diaria: favorece una hidratación adecuada y desplaza las bebidas azucaradas, que aportan energía sin valor nutricional (6, 9), (Tabla 7).

Tabla 7. Componentes protectores, fuentes principales y mecanismo de beneficio.

Componente	Fuentes principales	Mecanismo preventivo
Fibra dietaria	Verduras, frutas enteras, leguminosas, cereales integrales.	Aumenta la saciedad, mejora el tránsito intestinal, modula la microbiota y regula la respuesta glucémica.
Potasio y otros micronutrientes	Verduras, frutas, leguminosas.	Contribuyen a la regulación de la presión arterial y la función celular.
Proteína de calidad	Leguminosas, huevo, pescado, carnes frescas magras, lácteos.	Mantiene masa muscular, función inmune, enzimas y reparación tisular.
Grasas insaturadas	Aceites vegetales, semillas, frutos secos, palta, pescado.	Mejora el perfil lipídico al sustituir grasas trans y saturadas.
Agua segura	Agua potable o hervida según contexto.	Previene el consumo de energía líquida y reduce la ingesta de bebidas azucaradas.

Fuente: elaboración propia con base en guías de la OMS 2023 (6, 9, 23).

5.4. Arco alimentario boliviano

El arco alimentario boliviano es una herramienta educativa nacional que organiza los grupos de alimentos y orienta sobre variedad, equilibrio y frecuencia de consumo.

Es el marco de referencia que fundamenta cualquier recomendación alimentaria específica en el contexto boliviano, incluyendo el plato saludable

de la sección siguiente. El arco se articula directamente con la Ley N.º 775 y las Bases Técnicas de las Guías Alimentarias para la Población Boliviana (20).

El arco debe interpretarse junto con el plato saludable y la realidad del entorno alimentario del paciente, como herramienta de orientación y no como prescripción rígida (Figura 1).

Figura 1. Arco alimentario boliviano: grupos, porciones y frecuencia orientativa.



Fuente: Adaptación didáctica del arco alimentario boliviano con base en las Bases técnicas de las guías alimentarias para la población boliviana y normativa nacional de alimentación (20).

5.5. Distribución del plato saludable

El plato saludable es una herramienta educativa de distribución visual que operacionaliza las recomendaciones del arco alimentario boliviano en el contexto de una comida principal, permitiendo al médico del primer nivel de atención, traducir conceptos de densidad nutricional, proporciones de macronutrientes y variedad alimentaria en una indicación clínica concreta y comprensible para el paciente (6, 9, 20), (Figura 2).

Desde el punto de vista fisiopatológico, su utilidad radica en corregir el patrón alimentario más frecuente en el entorno urbano boliviano: un plato dominado por carbohidratos refinados —arroz,

fideo, pan blanco— con alta carga glucémica, baja densidad nutricional, escasa fibra y proteína de calidad insuficiente.

Este patrón se asocia con disglucemia postprandial, menor saciedad, mayor ingesta calórica total y desplazamiento progresivo de alimentos protectores (7, 8, 20).

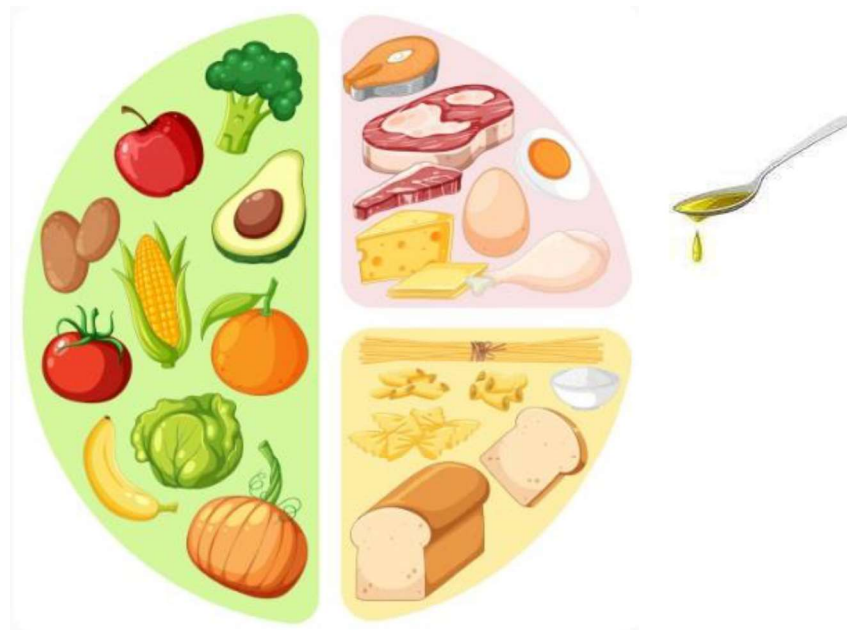
Conforme a la Ley N.º 775 y las Bases Técnicas de las Guías Alimentarias para la Población Boliviana, la distribución recomendada del plato principal es la siguiente: la mitad destinada a verduras y frutas locales de colores variados — indicador práctico de diversidad de micronutrientes, fitoquímicos y fibra—; una cuarta

parte para cereales, tubérculos o alimentos tradicionales bolivianos —quinua, cañahua, amaranto, papa, maíz— preferentemente en forma integral o mínimamente procesada, que conservan mayor contenido de fibra, vitaminas del complejo B y minerales que sus versiones refinadas; y la cuarta parte restante para proteínas de calidad: leguminosas, huevo, pescado, carnes frescas magras o lácteos sin exceso de azúcar, que aportan aminoácidos esenciales, hierro biodisponible y

micronutrientes críticos para la función inmune y el mantenimiento de masa muscular (7, 8, 9, 20).

El plato saludable no reemplaza al arco alimentario boliviano ni al cálculo de requerimientos energéticos individuales; es un recurso complementario de consejería que permite iniciar la corrección del patrón alimentario desde la primera consulta, sin exigir conocimientos nutricionales previos al paciente.

Figura 2. Distribución práctica del plato saludable.



Fuente: adaptación propia del Healthy Eating Plate (Harvard T.H. Chan SPH) complementada con guías OMS y guías alimentarias bolivianas (6, 20, 24).

Su mayor valor clínico reside en que es culturalmente adaptable: los alimentos que ocupan cada cuadrante pueden variar según la región, el acceso económico y las preferencias del paciente, siempre que se respeten las proporciones y se prioricen alimentos NOVA 1 o NOVA 3 sobre productos ultraprocesados (8, 9, 12, 24).

5.6. Diez consejos alimentarios de orientación boliviana

Los siguientes consejos se articulan con la Ley N.º 775 y las guías alimentarias nacionales. Deben presentarse como mensajes de promoción de la salud, no como órdenes morales, y utilizarse como apoyo comunicacional para la consejería breve (19), (Tabla 8).

VI. VALORACIÓN ALIMENTARIA BREVE COMO HERRAMIENTA CLÍNICA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Durante la consulta médica, la evaluación alimentaria debe enfocarse en identificar el patrón habitual del paciente, considerando frecuencia, cantidad, calidad, horarios y contexto de consumo.

El riesgo nutricional se construye por la repetición de conductas y el desplazamiento de alimentos protectores, no por un evento aislado (6, 9, 21).

Como referencia orientativa para interpretar el patrón, la OMS recomienda al menos 400 g diarios de frutas y verduras (unas cinco porciones), menos de 5 g de sal (menos de 2 g de sodio al día), y azúcares libres por debajo del 10 % de la energía total (6, 15); estas metas permiten estimar el riesgo sin requerir un cálculo dietético detallado.

Los siguientes ejes de interrogatorio permiten una valoración breve y clínicamente orientada.

Tabla 8. Diez consejos alimentarios de orientación boliviana.

N.º	Consejo	Lectura médica preventiva
1	Consuma alimentos variados durante el día.	Mejora la cobertura de micronutrientes y reduce la monotonía dietética.
2	Aumente verduras y frutas, preferentemente enteras.	Aporta fibra, potasio, vitaminas y fitoquímicos.
3	Incluya cereales, tubérculos y alimentos tradicionales en porciones adecuadas.	Ajusta la energía al requerimiento y evita el exceso de refinados.
4	Consuma leguminosas con frecuencia.	Mejora la proteína vegetal, la fibra y la saciedad.
5	Consuma leche o derivados sin exceso de azúcar, según tolerancia.	Aporta calcio y proteína; evita postres lácteos azucarados.
6	Prefiera carnes frescas, huevo y pescado; limite embutidos.	Reduce la exposición al sodio y a las carnes procesadas.
7	Use aceites y grasas con moderación.	Prioriza grasas insaturadas y evita frituras frecuentes.
8	Reduzca sal y productos con sodio oculto.	Previene hipertensión y daño renal o cardiovascular.
9	Reduzca azúcar, bebidas azucaradas y dulces.	Previene caries, exceso de peso y riesgo metabólico.
10	Tome agua segura y mantenga actividad física regular.	Disminuye energía líquida y mejora el balance energético.

Fuente: elaboración propia basada en Ley N.º 775, guías alimentarias bolivianas y recomendaciones de la OMS/OPS (6, 15, 19, 20).

Consumo de bebidas: Se debe explorar qué bebidas consume habitualmente el paciente durante el día. Esto permite identificar consumo frecuente de bebidas azucaradas, bajo consumo de agua segura y exceso de energía líquida, factores que favorecen alteraciones metabólicas (6, 9).

Alimentos entre comidas: Preguntar sobre el consumo entre comidas permite detectar la presencia frecuente de productos ultraprocesados, snacks, dulces o alimentos con baja densidad nutricional, que desplazan alimentos protectores como frutas, verduras y leguminosas (7, 8).

Consumo de sodio: Explorar el uso del salero y el consumo de sopas instantáneas, embutidos y snacks permite identificar una exposición elevada a sodio, relevante en pacientes con hipertensión arterial y riesgo cardiovascular (7, 15).

Consumo de fibra y alimentos protectores: Explorar el consumo de frutas, verduras, cereales integrales y leguminosas permite valorar la calidad de la dieta y su aporte de fibra, micronutrientes y compuestos protectores (6, 9, 23).

Alimentación fuera del hogar: La frecuencia de compra de alimentos preparados o comida rápida permite reconocer barreras del contexto del paciente y la exposición repetida a productos con exceso de sodio, azúcares y grasas de baja calidad (7, 8).

Lectura de etiquetas nutricionales: Preguntar si el paciente revisa el contenido de sodio, azúcar, porción e ingredientes permite valorar su capacidad para tomar decisiones alimentarias más informadas en el entorno cotidiano (6, 12, 15, 16).

6.1. Vínculo entre hallazgo clínico y patrón alimentario

La presión arterial elevada obliga a explorar el sodio oculto. Los triglicéridos elevados orientan hacia el consumo de bebidas azucaradas, exceso de harinas refinadas y baja actividad física. El perímetro abdominal aumentado sugiere riesgo cardiometabólico incluso cuando el IMC no parece extremo. La caries frecuente puede ser una señal temprana de exposición repetida a azúcares libres. El hígado graso no alcohólico alerta sobre el consumo excesivo de fructosa industrial y azúcares libres. Cada hallazgo clínico es una puerta de entrada para la consejería alimentaria dirigida (Tabla 9).

VII. CONSEJERÍA ALIMENTARIA BREVE EN ATENCIÓN PRIMARIA

La consejería alimentaria debe ser concreta, gradual y viable. Las recomendaciones extensas suelen fracasar si no consideran el ingreso económico, el tiempo disponible, el acceso al agua segura, el transporte, los comedores disponibles, la cultura familiar y la disponibilidad local de alimentos. En lugar de proponer cambios ideales, el médico del primer nivel de atención debe enseñar a priorizar: sustituir una bebida azucarada diaria por agua; incluir una porción de fruta entera; agregar verduras al almuerzo; reemplazar embutidos frecuentes por huevo, leguminosas o carne fresca; reducir el consumo de sopas instantáneas; y revisar el contenido de sodio o azúcar antes de comprar. El lenguaje importa tanto como el contenido. Decir “usted come mal” cierra la conversación y daña la relación clínica. Decir “identifiquemos qué productos están aumentando su presión o su glucosa” abre una intervención clínica colaborativa. La consejería efectiva no culpabiliza: orienta, negocia y acompaña al paciente en un proceso de cambio posible (Tabla 10).

Tabla 9. Relación entre hallazgo clínico, patrón alimentario y acción preventiva.

Hallazgo clínico	Patrón alimentario a explorar	Acción preventiva prioritaria
Presión arterial elevada	Sodio oculto, salero, embutidos, snacks, sopas instantáneas.	Reducir sodio, enseñar lectura de etiquetas y sustituir productos salados por preparaciones caseras.
Triglicéridos elevados	Bebidas azucaradas, jugos industriales, dulces, harinas refinadas.	Reemplazar bebidas azucaradas por agua y aumentar fibra y leguminosas.
Perímetro abdominal aumentado	Comida rápida, frituras, porciones grandes, baja saciedad.	Reorganizar el plato saludable y reducir productos ultraprocesados habituales.
Estreñimiento	Baja ingesta de verduras, frutas enteras, agua y leguminosas.	Aumentar fibra progresivamente y asegurar hidratación adecuada.
Caries recurrente	Exposición frecuente a azúcares libres entre comidas.	Reducir frecuencia de azúcares libres y bebidas azucaradas.
Fatiga y bajo rendimiento	Desayuno ausente, bebidas energéticas, dieta monótona.	Regular horarios, mejorar desayuno y evitar energía líquida estimulante como sustituto de comida.
Hígado graso no alcohólico (HGNA)	Alto consumo de azúcares libres, fructosa industrial, grasas saturadas.	Reducir bebidas azucaradas, ultraprocesados y aumentar alimentos protectores con fibra.

Fuente: elaboración propia basada en recomendaciones de la OMS y literatura reciente (6, 7, 8, 9, 15).

Tabla 10. De la recomendación débil a la indicación clínica útil.

Recomendación débil	Reformulación médica útil	Motivo técnico
Coma sano.	Durante esta semana, cambie la gaseosa del almuerzo por agua segura al menos cinco días.	Define una conducta observable y reduce azúcares libres.
Baje de peso.	Aumente verduras hasta cubrir medio plato y reduzca frituras a ocasiones puntuales.	Mejora la saciedad y disminuye la densidad energética de la dieta.
No coma chatarra.	Identifique dos productos ultraprocesados que consume a diario y sustitúyalos por fruta, yogur natural o leguminosas.	Actúa sobre la frecuencia de consumo y desplazamiento de alimentos protectores.
No use sal.	Retire el salero de la mesa y revise el contenido de sodio en sopas instantáneas, snacks y embutidos.	Aborda el sodio visible y el sodio oculto.
Lea etiquetas.	Revise primero: porción, azúcar, sodio y los tres primeros ingredientes.	Simplifica una tarea compleja en pasos concretos para el paciente.

Fuente: elaboración propia con base en promoción de la salud, etiquetado nutricional y reducción de sodio (6, 12, 15, 16).

7.1. Protocolo 5A adaptado a la consejería alimentaria breve

El protocolo de las 5A (Averiguar, Evaluar, Aconsejar, Asistir, Acompañar) es útil en la intervención breve frente al consumo de sustancias psicoactivas (25).

Su lógica es directamente trasladable a la consejería alimentaria con dos ajustes: el contenido

del consejo se relaciona con el patrón alimentario del paciente, y la disposición al cambio se valora en los mismos términos (precontemplación, contemplación, preparación) (Tabla 11).

Una meta de cambio SMART (Específica, Medible, Alcanzable, Relevante y Temporal) se negocia en el paso Asistir: por ejemplo, “esta semana cambio la gaseosa del almuerzo por agua segura durante cinco días”.

Tabla 11. Protocolo 5A adaptado a la consejería alimentaria breve.

Paso	Qué hace el profesional en la consejería alimentaria
Averiguar (Ask)	Indaga el patrón alimentario con preguntas abiertas: ¿qué bebe habitualmente?, ¿cuántas veces a la semana come fuera del hogar?, ¿qué consume entre comidas? Recoge sin juzgar la realidad cotidiana del paciente.
Evaluar (Assess)	Identifica la disposición al cambio. Precontemplación: el paciente no reconoce relación entre su patrón y su salud. Contemplación: reconoce el problema, pero no está listo para cambiar. Preparación: expresa disposición con acciones concretas en los próximos 30 días.
Aconsejar (Advise)	Da un consejo breve, claro, firme y personalizado. Basa el consejo en evidencia (sodio y presión arterial, azúcares libres e hígado graso, fibra y saciedad). Ofrece una alternativa concreta del propio entorno del paciente.
Asistir (Assist)	Acompaña al paciente a definir una meta SMART (Específica, Medible, Alcanzable, Relevante y Temporal). Identifica barreras (precio, acceso, hábitos familiares) y apoyos disponibles.
Acompañar (Arrange)	Acuerda una consulta de seguimiento. Antes de cerrar, verifica la comprensión del paciente con teach-back. Reconoce los logros y reformula la meta si la situación cambió. El cambio alimentario es un proceso continuo, no un evento aislado.

Fuente: adaptado de Daza Cazana (2026) al campo alimentario, con base en guías de consejería breve y entrevista motivacional (25, 26).

7.2. Entrevista motivacional con estrategia OARS

La entrevista motivacional se centra en aumentar la motivación personal y el compromiso con el cambio mediante el refuerzo selectivo de las propias razones del paciente, en un ambiente de

aceptación y empatía activa. La estrategia OARS: preguntas abiertas (O), afirmaciones (A), escucha reflexiva (R) y resúmenes (S), es transversal a toda la consulta, no solo a la fase de asistencia; se aplica especialmente cuando la disposición al cambio se encuentra en precontemplación o contemplación (26), (Tabla 12).

Tabla 12. Entrevista motivacional OARS aplicada a la consejería alimentaria.

Letra	Estrategia	Ejemplo en consejería alimentaria
O	Preguntas Abiertas	¿Cómo describiría usted lo que come en una semana típica? ¿Qué cosas le funcionan y qué cosas le cuestan?
A	Afirmaciones	Me dice que intentó reducir las gaseosas el mes pasado; eso muestra que le importa su salud.
R	Escucha Reflexiva	Por un lado, siente que la sopa instantánea le resuelve el almuerzo en el trabajo, y por otro le preocupa su presión.
S	Resúmenes	Entonces, esta semana cambiará la gaseosa del almuerzo por agua cinco días, y en la próxima cita revisaremos cómo le fue.

Fuente: elaboración propia con base en Bischof et al. (2021) (26).

7.3. Verificación con teach-back

El teach-back es una estrategia para verificar la comprensión del paciente pidiéndole que explique con sus propias palabras lo que entendió (27, 28).

La formulación modifica el efecto: en lugar de solicitar una repetición mecánica, conviene utilizar frases como “quiero asegurarme de haberlo explicado bien” o “para verificar si me expliqué con claridad, ¿cómo se lo contaría a un familiar?”.

La responsabilidad recae en la claridad del profesional, no en la memoria del paciente.

7.4. Lenguaje no estigmatizante

El lenguaje de la consejería alimentaria influye de manera directa en la adherencia del paciente y en la alianza terapéutica. Términos como “obeso”, “gordo”, “malcomedor” o “glotón” deterioran la relación clínica y reducen la adherencia al cambio (29). Conviene reemplazarlos por descripciones objetivas del patrón: “patrón alimentario con alto consumo de productos ultraprocesados”, “desplazamiento de alimentos protectores”, “exceso de sodio en la dieta habitual”.

El paciente no es su diagnóstico: es una persona que se alimenta en un contexto que también lo condiciona.

VIII. APLICACIÓN INTERCULTURAL EN EL MARCO SAFCI

La política SAFCI, tiene aplicaciones concretas para la consejería alimentaria que se desarrollan aquí en detalle. En el campo alimentario, el marco intercultural significa varias cosas prácticas para el médico del primer nivel de atención.

Los alimentos tradicionales son aliados clínicos: quinua, cañahua, amaranto, tarwi, papa, maíz, leguminosas regionales, frutas y verduras locales son base de una alimentación saludable y, al mismo tiempo, fortalecen la soberanía alimentaria (5).

Las preparaciones familiares pueden ajustarse en lugar de reemplazarse: reducir la fritura, agregar verduras al guiso, aumentar la frecuencia de leguminosas, sustituir la gaseosa por agua o por mate de hierbas locales son cambios posibles que no invalidan la cultura alimentaria del paciente.

La consejería alimentaria gana eficacia cuando se

articula con autoridades originarias, promotores de salud, juntas vecinales, comités escolares y mercados locales.

La sensibilidad cultural no implica aceptar afirmaciones sin sustento científico: implica reconocer que las personas interpretan la salud desde experiencias, valores y condiciones de vida concretas; por ello, el mensaje debe ser científicamente sólido y culturalmente comprensible (30).

Cuando el paciente tiene como lengua materna el aymara, el quechua u otra lengua originaria, el

médico debe solicitar apoyo de un intérprete cultural como un familiar o personal de salud, dirigiéndose siempre al paciente y no exclusivamente al intérprete.

CASO INTEGRADOR: Aplicación de la ruta clínica 5A en alimentación

Don Mario, 52 años, comerciante en La Paz, acude a control por hipertensión arterial con cifras tensionales altas (presión arterial 152/94 mmHg) a pesar del tratamiento farmacológico. La tabla 13 muestra la aplicación del protocolo 5A a su situación.

Tabla 13. Aplicación del protocolo 5A a la consejería alimentaria en el caso clínico.

Etapa 5A	Objetivo	Aplicación en el caso clínico
Averiguar	Explorar hábitos alimentarios y factores contextuales.	El médico pregunta: ¿Qué suele comer y beber durante un día habitual de trabajo? Don Mario refiere desayunar pan blanco con mate; almorzar sopa instantánea con bebida azucarada de 600 ml; consumir galletas rellenas como merienda y cenar fideos con poca verdura. Refiere bajo consumo de agua durante el día.
Evaluar	Identificar disposición al cambio y barreras.	Don Mario se encuentra en etapa de contemplación. Reconoce que debería mejorar su alimentación por la hipertensión arterial, pero considera que sus horarios laborales dificultan los cambios.
Aconsejar	Recomendaciones claras, personalizadas y basadas en evidencia.	El médico explica que el sodio elevado contribuye al mal control de la presión arterial y que las bebidas azucaradas aportan energía sin beneficio nutricional. Se propone iniciar con dos cambios simples: reemplazar la bebida azucarada por agua segura y llevar alimentos preparados desde casa algunos días.
Asistir	Establecer meta SMART y anticipar barreras.	Se acuerda la meta SMART: durante la semana siguiente, Don Mario cambiará la bebida azucarada del almuerzo por agua segura durante cinco días y llevará comida preparada los martes y jueves.
Acompañar	Seguimiento, refuerzo de avances y nueva meta.	Se programa control en dos semanas para valorar la presión arterial y el cumplimiento. Si mantiene los objetivos, se plantea reducir progresivamente el consumo de sopas instantáneas.
Verificar (teachback)	Confirmar comprensión.	El médico solicita: 'Explíqueme con sus palabras qué cambios realizará esta semana y por qué.' Don Mario explica sus compromisos. Se aclara que el agua debe ser segura (hervida o embotellada).

Fuente: elaboración propia

La intervención alimentaria breve permite identificar problemas concretos, establecer cambios alcanzables y acompañar al paciente en un proceso progresivo de modificación de hábitos. En este caso se priorizan cambios realistas adaptados a las condiciones laborales y familiares del paciente, sin exigir una transformación total de la dieta en una sola consulta.

X. CONCLUSIONES

La alimentación no saludable, patrón habitual con alta densidad energética, exceso de sodio, azúcares libres y grasas de baja calidad, y bajo consumo de alimentos protectores, es un determinante modificable de primer orden en la carga de enfermedad no transmisible. Su reconocimiento en la consulta de primer nivel no requiere una anamnesis nutricional exhaustiva: basta con identificar los productos que el paciente consume con mayor frecuencia, vincularlos con los hallazgos clínicos y proponer sustituciones concretas y culturalmente viables.

El sistema NOVA, la lectura básica de etiquetado nutricional y el concepto de sodio oculto son herramientas contextuales que permiten al médico nombrar el problema con precisión y orientar al paciente sin recurrir a generalizaciones. No constituyen el núcleo formativo de primer año, pero son indispensables como marco operativo para la consejería.

La alimentación saludable, por su parte, no es una lista de productos permitidos ni una dieta de moda: es un patrón suficiente, completo, equilibrado, variado, inocuo, pertinente y sostenible, anclado en los recursos culturales y económicos reales del paciente. En Bolivia, este patrón tiene nombre propio: el arco alimentario boliviano, que integra quinua, cañahua, amaranto, tarwi, papa,

leguminosas, frutas y verduras regionales como base de una alimentación de alta densidad nutricional accesible.

La consejería alimentaria breve en el primer nivel de atención es una intervención costo-efectiva y factible en cualquier consulta, con efectos en general modestos pero consistentes sobre el patrón alimentario (6, 26). Su eficacia depende de tres condiciones: indagar el patrón real del paciente con preguntas abiertas y sin juzgar; ofrecer una indicación clínica útil concreta, medible y negociada en lugar de una recomendación genérica; y verificar comprensión sin culpabilizar, reconociendo que el paciente se alimenta en un contexto socioeconómico y cultural que también lo condiciona.

El protocolo 5A adaptado, la estrategia OARS y el teach-back ofrecen una arquitectura clínica suficiente para que el médico de atención primaria desarrolle la consejería alimentaria breve. La capacidad de conversar sobre comida con un paciente con respeto cultural, evidencia científica y propuesta de cambio concreta y factible, es una de las habilidades preventivas de mayor rentabilidad de la Atención Primaria de Salud.

El marco normativo boliviano (Ley 775, Ley 622, política SAFCI) y los alimentos tradicionales del arco alimentario no son datos de contexto: son aliados clínicos que el médico de primer nivel de atención puede y debe utilizar como recursos de la consejería alimentaria.

LIMITACIONES DE ESTA REVISIÓN

El presente documento es una revisión narrativa, no sistemática; la selección de fuentes refleja el juicio docente del autor y puede no haber agotado toda la literatura disponible. La organización

curricular aplicada responde a una decisión del equipo de cátedra para primer año, no a una jerarquía científica universal. Varios documentos institucionales citados son recursos vivos y pueden actualizarse; se recomienda verificar la versión vigente al momento de uso.

CONFLICTOS DE INTERÉS Y FINANCIAMIENTO

La autora declara no tener conflictos de interés. El presente artículo no contó con financiamiento externo y fue elaborado en el marco de las funciones académicas de la autora en el Departamento Facultativo de Salud Pública de la Universidad Mayor de San Andrés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brauer M, Roth GA, Aravkin AY, et al. Global burden and strength of evidence for 88 risk factors in 204 countries and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet* [Internet]. 2024;403(10440):2162-2203 [citado 2026 abr 30]. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00933-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00933-4)
2. FAO, FIDA, OPS, UNICEF, WFP. Panorama Regional de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición para América Latina y el Caribe 2024 [Internet]. Santiago: FAO; 2024 [citado 2026 abr 30]. Disponible en: <https://www.fao.org/americas/publicaciones/panorama/es>
3. FAO, IFAD, UNICEF, WFP, WHO. The State of Food Security and Nutrition in the World 2025 [Internet]. Rome: FAO; 2025 [citado 2026 abr 30]. Disponible en: <https://doi.org/10.4060/cd6008en>
4. Estado Plurinacional de Bolivia. Ley N° 622 de 29 de diciembre de 2014, de Alimentación Escolar en el Marco de la Soberanía Alimentaria y la Economía Plural [Internet]. La Paz: Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia; 2014 [citado 2026 abr 30]. Disponible en: <https://www.lexivox.org/norms/BO-L-N622.html>
5. Estado Plurinacional de Bolivia. Decreto Supremo N.º 29601 de 11 de junio de 2008, que establece el Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) [Internet]. La Paz: Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia; 2008 [citado 2026 abr 30]. Disponible en: <https://www.lexivox.org/norms/BO-DS-29601.html>
6. World Health Organization. Healthy diet [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [citado 2026 abr 30]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
7. Lane MM, Gamage E, Du S, Ashtree DN, McGuinness AJ, Gauci S, et al. Ultra-processed food exposure and adverse health outcomes: umbrella review of epidemiological meta-analyses. *BMJ* [Internet]. 2024;384:e077310 [citado 2026 abr 30]. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj-2023077310>
8. Dai S, Wellens J, Yang N, Li D, Wang J, Wang L, et al. Ultra-processed foods and human health: an umbrella review and updated meta-analyses of observational evidence. *Clin Nutr* [Internet]. 2024;43(6):1386-1394 [citado 2026 abr 30]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2024.04.016>
9. World Health Organization. Carbohydrate intake for adults and children: WHO guideline [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 2026 abr 30]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/17-07-2023-who-updates-guidelines-on-fats-and-carbohydrates>
10. Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, Moubarac JC, Louzada ML, Rauber F, et al. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public Health Nutr* [Internet]. 2019;22(5):936-941 [citado 2026 abr 30]. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S1368980018003762>
11. Pan American Health Organization. Ultra-processed food and drink products in Latin America: sales, sources, nutrient profiles, and policy implications [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2019 [citado 2026 abr 30]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51094>
12. Pan American Health Organization. Pan American Health Organization Nutrient Profile Model [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2016 [citado 2026 abr 30]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18621>
13. FAO, WHO. General Standard for Food Additives CXS 192-1995. Rev. 2023. Rome: Codex Alimentarius Commission; 2023. Disponible en: <https://www.fao.org/fao-whocodexalimentarius/codex-texts/dbs/gsf/a/es/>
14. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Biotechnology, GMO and GM foods

- [Internet]. Rome: FAO; [citado 2026 abr 30]. Disponible en: <https://www.fao.org/foodsafety/scientific-advice/biotechnology--gmo-and-gm-foods/en>
15. World Health Organization. WHO global report on sodium intake reduction [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 2026 abr 30]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240069985>
16. Codex Alimentarius Commission. General Standard for the Labelling of Prepackaged Foods (CX5 1-1985, rev. 2024) [Internet]. Rome: FAO/WHO; 2024 [citado 2026 abr 30]. Disponible en: https://www.fao.org/input/download/standards/32/CX5_001e.pdf
17. Codex Alimentarius Commission. Guidelines on Nutrition Labelling CXG 2-1985 (rev. 2021) [Internet]. Rome: FAO/WHO; 2021 [citado 2026 abr 30]. Disponible en: <https://www.fao.org/faowho-codexalimentarius/codex-texts/guidelines/es/>
18. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *Lancet* [Internet]. 2024;403(10431):1027-1050 [citado 2026 abr 30]. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2)
19. Estado Plurinacional de Bolivia. Ley N° 775 de 8 de enero de 2016, de Promoción de Alimentación Saludable [Internet]. La Paz: Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia; 2016 [citado 2026 abr 30]. Disponible en: <https://www.lexivox.org/norms/BO-L-N775.html>
20. Ministerio de Salud, Estado Plurinacional de Bolivia. Bases técnicas de las guías alimentarias para la población boliviana [Internet]. La Paz: Ministerio de Salud; 2013 [citado 2026 abr 30]. (Serie: Documentos Técnico-Normativos N.º 342). Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGPS/PDS/p342_bt_dgps_uan_BASES_TECNICAS_DE_LAS_GUIAS.pdf
21. World Health Organization. Saturated fatty acid and trans-fatty acid intake for adults and children: WHO guideline [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 2026 abr 30]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073630>
22. Escudero P. Fisiología y técnica de la alimentación normal. Buenos Aires: Instituto Nacional de la Nutrición; 1934.
23. World Health Organization. Total fat intake for the prevention of unhealthy weight gain in adults and children: WHO guideline [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 2026 abr 30]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073654>
24. Harvard T.H. Chan School of Public Health. Healthy Eating Plate [Internet]. Boston: The Nutrition Source; [citado 2026 abr 30]. Disponible en: <https://nutritionsource.hsph.harvard.edu/healthy-eatingplate/>
25. Daza Cazana L. Prevención del consumo de alcohol, productos del tabaco y otras sustancias psicoactivas, con enfoque comunitario y de Atención Primaria de Salud. *Salud Pública en Acción*. 2026;7(1):1-21. Disponible en: https://ojs.umsa.bo/index.php/med_spa/article/view/1626
26. Bischof G, Bischof A, Rumpf HJ. Motivational interviewing: an evidence-based approach for use in medical practice. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2021;118(7):109-115 [citado 2026 abr 30]. Disponible en: <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0014>
27. Brach C, editor. AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit. 3.ª ed. [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2024 [citado 2026 abr 30]. AHRQ Publication N.º 23-0075. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/toolkit.html>
28. Calani Lazcano F. Educación para la salud y comunicación. *Salud Pública I, Módulo 3*. La Paz: Departamento Facultativo de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Andrés; 2026.
29. National Institute on Drug Abuse. Words Matter — terms to use and avoid when talking about addiction [Internet]. Bethesda (MD): NIDA; 2021 [citado 2026 abr 30]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/nidamed-medical-health-professionals/health-professionals-education/wordsmatter-terms-to-use-avoid-when-talking-about-addiction>
30. Stubbe DE. Practicing cultural competence and cultural humility in the care of diverse patients. *Focus (Am Psychiatr Publ)* [Internet]. 2020;18(1):49-51 [citado 2026 abr 30]. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20190041>