

Artículo Revisión / Review Article

Coaching nutricional y motivación para el cambio de conducta alimentaria

Nutritional coaching and motivation for change of eating behavior

RESUMEN

Jessica Moya T¹.

La mayoría de las áreas del campo laboral del nutricionista, involucran en algún momento ya sea directa o indirectamente, estimular, guiar o inducir el cambio de conductas ligadas a la alimentación, proceso que se realiza a través de la enseñanza y el aprendizaje. Sin embargo, en la actualidad, esto se reduce en muchas ocasiones a la transmisión del conocimiento de manera unidireccional, donde la persona a cargo de realizar los cambios en realidad es un sujeto pasivo a cargo de seguir indicaciones. Por el contrario, el Coaching Nutricional (CN), es un proceso a través del cual la persona es totalmente activa en su cambio, identifica y vence sus obstáculos, crea el entorno adecuado, adopta una actitud y determinación necesarias para conseguir adaptar su alimentación, logrando a su vez mejorar otros aspectos de su persona y de su estilo de vida. En esto es clave evaluar el grado de motivación del sujeto, estableciendo estrategias específicas de acuerdo a los intereses y factores que motivan su cambio de conducta, de manera de favorecer la adherencia terapéutica y el cambio real de conductas en salud.

Palabras clave: Adherencia terapéutica; Cambio de conductas; Coaching Nutricional; Coaching en Salud; Nivel de motivación.

ABSTRACT

Most of the areas of the nutritionist's labor field involve directly or indirectly stimulating, guiding or inducing the change of behaviors linked to food, a process that is carried out through teaching and learning. However, at present, this is often reduced to the transmission of knowledge in a unidirectional manner, where the person in charge of making the changes is actually a passive subject in charge of following directions. On the contrary, nutritional coaching is a process through which the person is active in their change, identifies and overcomes their obstacles, creates the appropriate environment, adopts the attitude and determination necessary to adapt their diet, and, in turn, improves other aspects of his/her person and lifestyle. Thus, it is key to evaluate the degree of motivation of the subject, establishing specific strategies according to the

1. Escuela Nutrición y Dietética, Universidad San Sebastián.

Dirigir correspondencia a: Jessica Moya T.
Escuela Nutrición y Dietética, Universidad San Sebastián.
Lota 2465, Providencia, Santiago.
Teléfono: +56966789746
E-mail: jessica.moya@uss.cl

Este trabajo fue recibido el 02 de febrero de 2018.
Aceptado con modificaciones: 05 de junio de 2018.
Aceptado para ser publicado: 07 de agosto de 2018.

interests and factors that motivate their behavior change, in order to favor therapeutic adherence and a real change in health behaviors.

Key words: Behavior change; Health Coaching; Motivation level; Nutritional Coaching; Therapeutic adherence.

INTRODUCCIÓN

Diversas son las experiencias educativas en las que el nutricionista se ve enfrentado a lo largo de su vida profesional. La mayoría de las áreas de su campo laboral, involucran en algún momento ya sea directa o indirectamente, la educación de personas a través de estimular, guiar o inducir el cambio de conductas ligadas a la alimentación, que conlleven al mejoramiento de la calidad de vida y consecuentemente

la prevención y/o tratamiento de distintas condiciones de salud. La consulta nutricional es en sí misma un encuentro de enseñanza-aprendizaje, y por ello posee un gran valor tanto para el profesional como para la persona que recurre a ella.

Sin embargo, aun cuando teorías y modelos de cambio de conducta están integradas a los tratamientos, programas y evaluaciones alimentarios¹, en la actualidad, la forma que adquiere ese proceso se reduce en muchas ocasiones a la transmisión de consejos informativos, confrontativos o persuasivos, con una gran variabilidad de resultados clínicos y en general de no mucho impacto². Esta forma de abordar el cambio de conducta responde a un proceso asociado con la enseñanza tradicional, la cual está centrada en quien enseña como transmisor de contenidos (“profesional experto”), y no como plantea la enseñanza actual o integrativa, cuyo proceso de enseñanza-aprendizaje, debe estar centrado en el alumno o “paciente”. El sistema tradicional de enseñanza no transforma estructuras cognitivas y se centra en reforzar el discurso científico y biomédico de la salud y la nutrición. Afortunadamente, cada vez más son los profesionales y las instancias que buscan desarrollar una visión crítica, acciones transformadoras, repensar la nutrición, planear, evaluar y decidir con los afectados, transformando de esta forma los problemas alimentario-nutricionales desde su raíz³.

Por lo tanto, tan sólida debe ser la formación del nutricionista en aspectos técnicos ligados a la salud, como los que atañen a la psicología del aprendizaje, en sus fundamentos, en la forma de educar, en el lenguaje utilizado (verbal y no verbal), en el reconocer al otro en toda su naturaleza humana y desde allí, guiarlo en soluciones que sean pertinentes a su vida y sus objetivos⁴. Desde este contexto surgen varias preguntas, tales como: ¿cuánto tiempo dedica el nutricionista para conocer a su paciente, antes de dedicarse de lleno a entregar una pauta alimentaria que sea realmente acorde a lo que esta persona necesita?, ¿qué puede ser más efectivo para lograr conectarse con el paciente, una buena pauta alimentaria entregada en la primera sesión, o invertir ese tiempo en averiguar qué es lo que esta persona requiere, cuáles son sus herramientas cognitivas, emocionales, psicomotoras, para conseguir el cambio de conducta o simplemente si está preparado para realizar este cambio?, ¿se evalúa realmente el grado de motivación y autoeficacia que posee el paciente? Estas interrogantes han motivado una nueva forma o metodología en la relación de ayuda en salud, que suma cada vez un mayor número de profesionales que la siguen en todo el mundo.

Por otra parte, según la Academia Americana de Nutrición y Dietética, no se conoce la mejor combinación de estrategias de cambio de comportamiento y técnicas para aplicar en el tratamiento contra la obesidad. En cambio, se cree que se pueden aplicar una variedad de estrategias de diferentes teorías de cambio de conducta para ayudar a cambiar los comportamientos¹. En este sentido, la incorporación de las estrategias y metodologías del Coaching aplicadas a los tratamientos en salud, pueden ser una oportunidad para

favorecer los cambios de conducta⁵. El objetivo de este trabajo es analizar el Coaching Nutricional como estrategia para fomentar el cambio de conducta en alimentación.

¿Qué es el Coaching?

El término Coaching es el arte de empoderar a las personas en su capacidad para alcanzar sus objetivos, desarrollando plenamente la autoconfianza y derribando temores o barreras muchas veces autoimpuestas, que impiden su crecimiento⁶. La persona se transforma en el agente de su propio cambio de conducta, desarrollando habilidades o competencias que no pueden ser obtenidas a través de otro método⁷. Por esto, es un proceso individual y personalizado, en el que el centro del aprendizaje es el sujeto que desea realizar el cambio o “alumno”. Por lo tanto, su contraparte, quien le enseña estas herramientas es el guía o facilitador, acompañándolo en el logro de metas y nunca imponiendo sus métodos o creencias. Ambos trabajan conjuntamente, en una colaboración mutua, por ende es un aprendizaje continuo⁶. La ICF (International Coaching Federation), define Coaching como “la colaboración con los clientes en un proceso creativo y estimulante que les sirva de inspiración para maximizar su potencial personal y profesional. Consiste en una relación profesional que ayuda a obtener resultados extraordinarios en la vida, profesión, empresa o negocios de las personas. Mediante este concepto, el cliente profundiza en su conocimiento, aumenta su rendimiento y mejora su calidad de vida”^{8,9}.

El Coaching en la actualidad es la reunión de diversas corrientes y pensamientos. Estos vienen desde:

- a) Sócrates, que en el siglo V A.C., exponía que los seres humanos - o discípulos en el contexto del aprendizaje-, tenemos un amplio bagaje interior previo a cualquier llegada de un nuevo conocimiento. Por lo tanto, es el discípulo quien debe crear su realidad y sus propias respuestas, creando un universo propio.
- b) Constructivismo, para entender que los procesos de aprendizaje y cambio ocurren en cada individuo al construir su propia realidad, luego de la interacción con el mundo, llegando a establecer ideas propias.
- c) Teoría Humanista, que se basa igualmente en que el individuo posee por sí mismos todos los medios para la autorrealización, la que se presenta como la más importante de las necesidades humanas, que viene a nacer una vez cuando todas las necesidades propias de la especie y las necesidades materiales son cubiertas.
- d) Existencialismo de Sartre, en sintonía con lo anterior, viendo al ser humano como determinante final de sus acciones individuales.
- e) Filosofía oriental, que agrega a esta idea el concepto fundamental de mirar y valorar la vida como se da en el presente, con las herramientas y oportunidades que ofrece.
- f) Programación Neurolingüística, en la que el lenguaje y la comunicación son externalizaciones de la actividad neurológica, nacida desde la interpretación del mundo

que hacemos a través de nuestros sentidos.

Sin embargo, la idea central y transversal a todas ellas es que las personas en su interior tienen desde ya conocimientos previos que sirven de base para construir nuevos conocimientos y, a la vez, tienen todas las capacidades para realizar cualquier proceso de cambio, necesitando sólo situaciones o catalizadores para realizarlos y manteniendo una actitud positiva focalizada en las oportunidades de su vida en el presente^{6,7}.

Los principios del Coaching se aplican en un amplio tipo de escenarios, en el mundo laboral, a directivos, equipos de trabajo y de manera individual, en el contexto del mejoramiento de la eficiencia, aumento de resultados, potenciar la eficacia personal y rendimiento a través del desarrollo de estrategias. También en el ámbito personal para alcanzar objetivos fuera del ámbito laboral o directivo, para definir qué es lo que las personas quieren en sus vidas o para alcanzar sus metas personales. De aquí precisamente nace el Coaching en salud, para el cumplimiento de objetivos relacionados con medidas preventivas o el tratamiento de enfermedades.

Coaching en Salud y Coaching Nutricional

Deriva específicamente tanto del Coaching Personal y del Coaching en Salud (CS), debido al trabajo que se realiza para el cumplimiento de metas personales, relacionadas con el mejoramiento de la calidad de vida desde el cuidado de la salud^{5,10,11}. Específicamente el CS, ha demostrado ser prometedor en la atención primaria, permitiendo a los pacientes descubrir su propio camino hacia el cambio de conducta al proporcionarles educación, apoyo y una sensación de autoeficacia en lugar de consejos específicos. Ha mostrado además resultados positivos en varios estudios, incluida la pérdida de peso, el control de la diabetes, la disminución de la presión arterial y mejoría en los comportamientos en salud¹². También se ha visto la disminución en el tiempo invertido bajo la supervisión de un profesional de la salud, el incremento en la satisfacción de los usuarios por la entrega de un tratamiento personalizado, y un aumento en la confianza en el equipo de salud, cuando fue aplicada la metodología del coaching^{12,13}.

El CS difiere de la Consejería en Salud, aunque tiene además varias similitudes. La comunicación efectiva, la puesta de metas en común con el usuario y la utilización del modelo de etapas de cambio se presentan como alguna de ellas¹⁴. Sin embargo, la diferencia del CS es que la relación que se construye entre el usuario y el profesional de la salud es en el largo plazo, estableciendo lazos más profundos, confianza que el usuario necesitará para sentirse apoyado y seguir con su tratamiento. Los cambios de conducta se observan en distintos aspectos de la vida del sujeto, ya que el cambio es más profundo.

También se han descrito diferencias con la Psicoterapia. En el CS, la persona tiene un objetivo y quiere lograrlo, mientras que en psicoterapia, la persona tiene un problema por resolver. El enfoque de coaching difiere del utilizado

tradicionalmente en salud, ya que el especialista proporciona el conocimiento, las habilidades y la experiencia, se esfuerza por tener todas las respuestas, se centra en el problema y ofrece asesoramiento. En tanto en el CS se alienta a los pacientes a ayudarse a sí mismos, creando motivación, confianza y compromiso, se confía en la conciencia del paciente y se esfuerza por ayudarlos a encontrar sus propias respuestas, centrándose en lo que funciona bien¹⁵.

Por el contrario, presenta amplias similitudes con la Entrevista Motivacional (EM), teoría del ámbito de la salud en la cual se basa el coaching nutricional. Se ha definido la EM como un método directivo, centrado en el paciente, que trata de aumentar la motivación intrínseca para el cambio, ayudando al paciente a explorar y resolver su ambivalencia¹⁶. Su práctica se fundamenta en 4 procesos fundamentales: a) establecer una relación; b) trazar un objetivo; c) evocar y d) establecer un plan de acción; siendo también 4 sus principios básicos: evitar el reflejo de redireccionamiento, entender las motivaciones del paciente, escuchar de manera empática, y capacitar al paciente^{16,17}. El escenario de aplicación de la EM puede ser tanto el box, pero también se ha visto su utilidad en consultas telefónicas y en formato de grupo, y en contextos tan diferentes como hospitales generales, servicios de urgencias o en la práctica médica general².

En las sesiones de CN, el nutricionista o coach, no sólo asesora nutricionalmente al paciente o coachee entregándole un plan de alimentación que ha sido co-construido con el usuario, sino que trabaja a nivel psicológico y emocional, para que el paciente tenga en consideración su propia realidad, sus barreras internas y externas, plantee sus propias soluciones y sea él mismo quien tome consciencia y se responsabilice de su proceso de cambio, llegando a incorporar hábitos de vida saludables y perdurables en el tiempo^{18,19}. Dado que el foco del trabajo con el paciente no es el problema de salud en sí, sino que su comportamiento, puede que la baja de peso si es lo esperado no ocurra de manera inmediata, lo que podría ser desalentador. Sin embargo, al focalizarse en las actitudes del paciente, es esperable que en las sesiones sucesivas, distintos aspectos de su vida vayan mejorando, siendo uno de ellos el manejo de sus conductas en salud, lo que se manifestará finalmente en los parámetros esperados^{12,20,21}.

Así como aumenta la oferta de terapias en las distintas disciplinas del Coaching, el CN cuenta cada vez con un mayor número de profesionales en Europa y Estados Unidos, que lo utilizan en sus consultas y donde incluso existe la figura del Health Coach, el cual trabaja de forma paralela a la terapia técnica del nutricionista u otro profesional del equipo de salud^{19,22}. Para esto, existe una oferta de programas formadores en CS, que forman a distintas personas en esta disciplina, aunque se señala que generalmente estas tienen una previa formación profesional en alguna disciplina de la salud²³. Sin embargo, en nuestro país, el lector puede hacer el ejercicio de escribir en el buscador de internet "coaching nutricional", y encontrará una gran diversidad de asesorías, que van desde el acompañamiento del paciente "24/7",

hasta cursos de Alimentación Saludable, que pretenden educar al público en conceptos básicos de alimentación y nutrición. En estricto rigor, los profesionales formados o capacitados en Coaching en Salud o Coaching Nutricional, con una certificación oficial son, por lo menos en Chile, muy pocos. Esto podría ser una fuente de motivación para todos los profesionales de la nutrición en formación y los que ya se encuentran en el mundo laboral, de manera que puedan potenciar sus habilidades como terapeutas, más allá del dominio del conocimiento técnico en nutrición y alimentación. Sin embargo, es necesario aclarar que el desarrollo de estas habilidades no reemplaza la experticia disciplinaria del profesional en salud, la que debe contar siempre con conocimientos profundos, actualizados y confiables, ya que son ambas imprescindibles para lograr el profesional de la salud integral que el usuario necesita para lograr su cambio.

El CN considera otros modelos o teorías del ámbito de la salud, tales como, la Teoría de la Autodeterminación y el Modelo Transteórico o de Etapas de Cambio de Conducta, además de la Entrevista Motivacional, para evaluar el grado inicial con que el usuario inicia el tratamiento y seleccionar las estrategias más adecuadas para abordarlo^{5,18}. Es decir, las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención de cambio, lo que permite planear intervenciones

y programas que responden a las necesidades particulares de los individuos dentro de su grupo social o contexto natural comunitario u organizacional²⁴. Específicamente el CN además considera muy relevante las "Recaídas", como etapas del proceso normal de cambio, utilizándolas como excelentes oportunidades de aprendizaje y reforzamiento. Por tanto, para aumentar la motivación hay que tener en cuenta dos factores importantes: la importancia que tiene para el paciente realizar el cambio, y la confianza que tiene en conseguir lo que se propone. Para lograrlo, durante las sesiones se seleccionan y utilizan herramientas específicas para identificar el grado en el que ambos factores se encuentran desarrollados y escoger el punto de partida²⁵.

En la tabla 1, se presenta una síntesis comparativa del modelo tradicional de educación en salud y el modelo de coaching en salud. El desarrollo de habilidades comunicativas es fundamental para el acompañamiento del paciente y que este logre sus objetivos. La escucha activa, la empatía, la capacidad de establecer vínculo, realizar preguntas abiertas orientadas a la reflexión y aplicar retroalimentación, son las habilidades que se han descrito necesarias para trabajar los cambios actitudinales del paciente^{5,16,18,25}. Estos cambios actitudinales son:

- Conciencia de la realidad
- Empoderamiento, para que tome decisiones

Tabla 1. Comparación del Enfoque de educación tradicional en Salud y el Enfoque del Coaching en Salud.

Aspecto	Enfoque de educación tradicional en Salud en el manejo de la enfermedad	Enfoque del Coaching en Salud para conducir el cambio de estilo de vida
Orientación	Orientado en la tarea	Orientado en la persona
Técnicas comúnmente utilizadas	Entrega de consejos, compartir información, testimonios personales y algunas veces basado en el miedo	Expresando empatía, trabajando la resistencia al cambio, autoeficacia y desarrollando discrepancia
Enfoque	En la enfermedad y sus complicaciones	En la persona integral, donde los comportamientos son priorizados para un máximo impacto sobre la salud en general
Modelo de cambio de comportamiento utilizados	Generalmente Modelo de Etapas de Cambio	Modelo de Creencias en Salud, Teoría Social Cognitiva, Modelo de Etapas de Cambio, Teoría de la auto percepción
Influencia sobre las etapas de cambio o preparación para el cambio	Puede ser efectiva en personas en etapas de contemplación en adelante, con deseo por el cambio. Resistencia en personas en precontemplación	Puede ser efectivo para individuos en cualquiera de las etapas de cambio, a pesar de su nivel de conocimientos o interés en recibir consejo
Proceso de decisión sobre cuáles comportamientos cambiar/adaptar	Entregado por el profesional de la salud, quien decide qué es lo mejor para el paciente usando guías basadas en evidencia	Colaboración entre el profesional y el paciente. El profesional es un guía para el paciente para facilitar el movimiento a través de etapas de cambio.
Plan de tratamiento	Entrega de consejos para adherir a las indicaciones	Un plan de acción completamente guiado por los objetivos del paciente, que luego es monitorizado y evaluado de manera conjunta

Adaptado de Butterworth SW, Linden A,McClay W²¹

basadas en sus valores y tome la responsabilidad de su salud, a través de la participación activa en el tratamiento

- Autoeficacia y autocontrol
- Optimismo, centrando el tratamiento en reforzar lo que se está realizando bien y en las fortalezas del coachee, para aumentar la motivación y el sentido de autoeficacia
- Desarrollo de expectativas reales
- Resiliencia
- Motivación

Específicamente, en relación a la Motivación, esta es entendida como el conjunto de procesos implicados en la activación, persistencia y dirección de la conducta; y es altamente valorada debido a la consecuencia que tiene sobre la producción, por lo que es útil en todas aquellas personas con roles dirigentes, de liderazgo, docentes y porque no, profesionales de la salud, que implican el movilizar a otros para actuar^{26,27}. Según la teoría de la autodeterminación existen tres estados motivacionales: desmotivación, motivación extrínseca y motivación intrínseca. La desmotivación es la falta absoluta de motivación, tanto intrínseca como extrínseca, hace referencia a la falta de intencionalidad para actuar y se produce cuando el individuo no valora una actividad no sintiéndose competente para hacerla, o no esperando la consecución del resultado esperado^{28,29,30}. La motivación intrínseca, se entiende como la necesidad de explorar el entorno, la curiosidad y el placer que se experimenta al realizar una actividad, sin recibir una gratificación externa directa. El desarrollo de la actividad en sí constituye el objetivo y la gratificación, suscitando también sensaciones de competencia y autorrealización, las que se observan incluso después de haberse alcanzado el objetivo. En nuestro ámbito, es interesante ya que suele ir correlacionada con una adherencia a largo plazo en los comportamientos saludables^{5,27,30}. El apoyo social añadido a las intervenciones (familia, amigos, entorno cercano del paciente), ha demostrado proporcionar una pérdida de peso adicional comparada con la misma intervención sin el apoyo social^{5,28,31}.

Por otra parte, la motivación está relacionada directamente con lo que valoramos en nuestra vida y por lo tanto, puede venir de distintas fuentes. Quizás para algunas personas sea válido el pensar en prevenir enfermedades como motor de cambio. Sin embargo, para otras, será aún más válido el tener más años de vida para ver crecer a sus hijos o nietos, el verse atractivo para el sexo opuesto, ponerse aquella ropa que tanto desea y no puede, aumentar su autoestima, etc. ¿Podemos juzgar a un paciente que tenga como motivación los últimos argumentos?, claramente no, por el contrario, alinearnos con lo que valora, lo ayudará a sentirse escuchado y comprendido, mejorará el vínculo con nosotros como guías, la confianza, y el empoderamiento de su cambio de conducta. En adición a lo anterior, la motivación es consecuencia de establecer objetivos realistas

y alcanzables. Puede trabajarse para aumentar la adherencia a un tratamiento, ya que en la medida que pueden verse los resultados logrados, aumentará la autoeficacia¹⁸.

Tradicionalmente para medir el nivel de motivación para el cambio de conducta, se ha utilizado el Modelo de Etapas de Cambio o Transteórico de Prochaska y Diclemente, cuyo diagnóstico clásico está basado en el tiempo en el que se estima se realizará el cambio o ya ha sucedido³². De acuerdo a este modelo se identifican cinco etapas en el proceso de cambio hacia la adopción de determinadas conductas en relación a su propia salud: Precontemplación, la persona no admite interés por adoptar un determinado hábito; contemplación, la persona admite interés por cambiar su conducta y adoptar un hábito, pero no está dispuesta a hacerlo antes de los próximos 6 meses; preparación para la acción, la persona se encuentra dispuesta a adoptar un hábito dentro de los próximos 30 días; acción, la persona ha adoptado una conducta hace menos de 6 meses y mantenimiento, la persona ha mantenido la conducta por más de 6 meses.

Existe en el CN, una metodología específica para la medición del nivel de motivación, utilizando las escalas de medición para las variables Confianza e Importancia asignadas al cambio de conducta, que son componentes de la motivación del sujeto por el cambio¹⁸. Recientemente las escalas para medir importancia y confianza han sido reconocidas por la Academia de Nutrición y Dietética Americana, como muy eficaces para conseguir cambios en la conducta alimentaria. El objetivo de este paso es evaluar la disposición que tiene el paciente a realizar un cambio de conducta^{1,18}. Es utilizado el mismo modelo de etapas de cambio, sin embargo el diagnóstico de cada etapa está basado en los puntajes asignados a las variables confianza que siente en realizar los cambios e Importancia que le asigna a realizar los cambios. Para esto, son realizadas dos preguntas al usuario (los cuales se cruzan en la cuadrícula señalada en la figura 1):

1. ¿Qué nivel de confianza sientes para realizar este cambio?, siendo 1 nada de confianza y 10 extrema confianza.
2. ¿Cuán importante es para ti realizar este cambio?, siendo 1 nada de importante y 10 importancia extrema.

La utilidad de esta herramienta de diagnóstico es amplia, ya que permite diferenciar diferentes formas de estar en la misma etapa de cambio, ayudando a identificar las áreas del cambio de comportamiento y focalizarse en ellas para el tratamiento¹. Si es la variable importancia la que deba trabajarse, se hará a través del dominio cognitivo del aprendizaje; en cambio sí es la variable confianza la que deba trabajarse, eso se realizará a través del dominio afectivo del aprendizaje, estimulando la confianza y plena aplicación de habilidades comunicativas del profesional de la salud. ¿Puede educarse a un paciente sobre los riesgos del consumo elevado de azúcar con el fin de motivar su cambio, si el problema es que no se siente capaz de ello?,

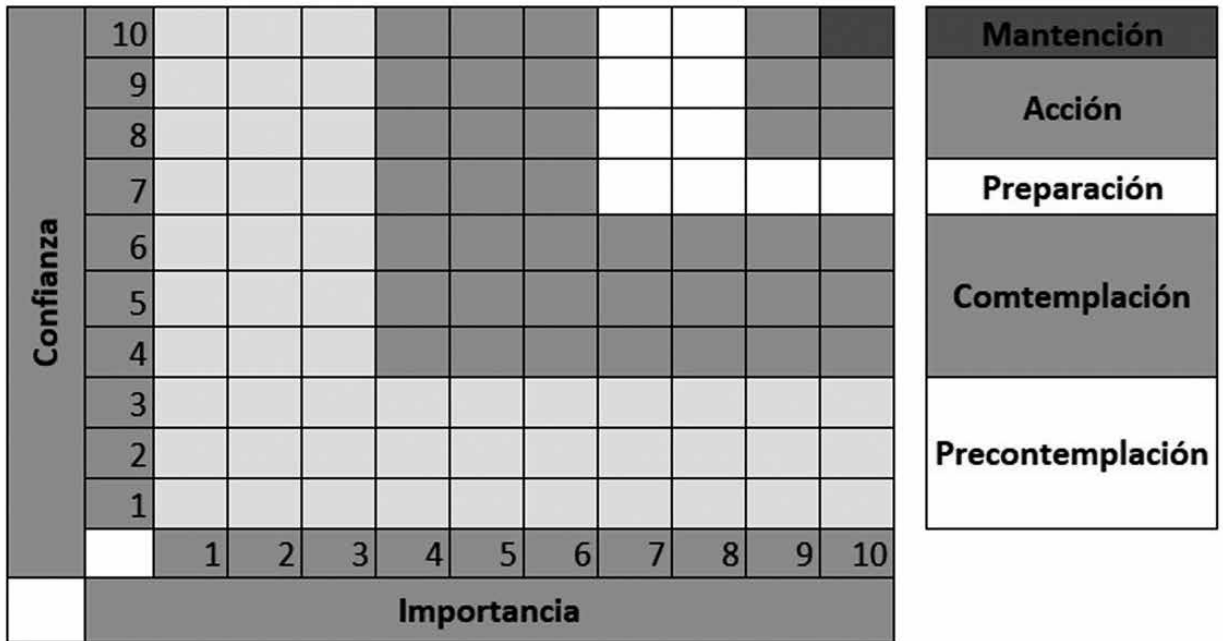


Figura 1. Diagnóstico de la Etapa de Cambio a través de las variables Confianza e Importancia para el cambio de conducta. Fuente: Fleta Y., Giménez J. Coaching Nutricional. Primera Edición. Barcelona; 2015, adaptado de American College of Sports Medicine. Cuadrícula utilizada para evaluar la disposición que tiene el paciente a realizar un cambio de conducta. Las etapas señaladas originalmente en el modelo de Etapas de Cambio de Prochaska y Diclemente, son diagnosticadas a través del cruce de los puntajes asignados a las variables Confianza e Importancia asociados al cambio de conducta. Para esto, son realizadas dos preguntas al paciente: ¿Qué nivel de confianza sientes para realizar este cambio?, siendo 1 nada de confianza y 10 extrema confianza; ¿Cuán importante es para ti realizar este cambio?, siendo 1 nada de importante y 10 importancia extrema

o, por el contrario, ¿vamos a alentar a un paciente en que es capaz de lograr lo que se propone si en realidad el gusto por el azúcar le provoca gran placer y no desea dejarla?, ambos casos deben tratarse de manera distinta.

En la tabla 2, se ejemplifican las estrategias a seguir dependiendo de la variable que deba trabajarse para aumentar la motivación. En comparación al protocolo actual realizado en la consulta nutricional, se podrían establecer profundas diferencias. Si bien el objetivo principal es lograr que el paciente logre cambios de conducta a favor de su salud, el mayor tiempo dedicado a cada sesión, el profundo grado de compromiso, los lazos de confianza logrados entre el profesional y su paciente, y la forma de abordar los problemas alimentario-nutricionales marcan la diferencia¹⁸. Sin embargo, las condiciones del sistema de salud actual privilegian el rendimiento en el número de atenciones más que la calidad de las relaciones interpersonales que pueden potenciarse entre los actores participantes de una relación de ayuda, y que son claves al momento de lograr adherencia al tratamiento y la mantención de los cambios de conducta en el tiempo. Pero, si las condiciones lo permiten, el profesional puede incorporar ciertos elementos del CN en la consulta nutricional tradicional, que pueden mejorarla

y optimizarla, tales como:

- Determinación del grado de motivación y autoeficacia del paciente para iniciar cambio de conducta.
- Selección de una estrategia específica de acuerdo al nivel y tipo de motivación diagnosticada en el paciente o coachee.
- Segmentación del plan de alimentación en una serie de pasos que vayan cumpliéndose en la medida que el paciente se sienta capaz de ello.
- Uso de un estilo de comunicación asertivo (verbal y no verbal).
- Escucha activa.
- Utilizar preguntas abiertas y asertivas orientadas a la reflexión y búsqueda de soluciones por parte del mismo paciente.

CONCLUSIONES

La necesidad de conectarse con el otro en un escenario que propicie el cambio efectivo de conducta, es lo que ha dado paso a nuevas técnicas o formas de realizar la consulta con resultados exitosos. El nutricionista debe abandonar su rol protagonista en el tratamiento, para transformarse

Tabla 2. Principales estrategias del CN para aumentar el nivel de motivación del sujeto.

Importancia que tiene el cambio	Fomentar la toma de conciencia sobre la discordancia entre el comportamiento actual y el deseado Valorar los beneficios del cambio Conectar al paciente con sus valores Proporcionar información y compartir datos científicos sobre los beneficios del cambio
Confianza en conseguir el cambio	Uso de habilidades comunicativas Establecer objetivos realistas y posibles para conseguir pequeños éxitos Mostrar confianza en el paciente Planear acciones concretas Ayudarle a identificar y reconocer sus recursos personales para vencer barreras

Adaptado Giménez J., Fleta Y., Meya A.²⁵

en un facilitador y guía del aprendizaje, aquel que entrega las herramientas que el otro necesita y enseñarle a usarlas, pero no hacer el trabajo por su paciente. A su vez, este último debe pasar a ser totalmente protagonista y activo en su proceso de aprendizaje, responsable de sus decisiones y del ritmo que lleva su proceso de cambio, asumiendo tareas orientadas al cambio de hábitos en la medida que se sienta capacitado para cumplirlas. El cambio es un proceso y no un hecho puntual, ya que frecuentemente las personas acuden a la consulta esperando cambios rápidos o por el contrario, el profesional asume erróneamente que el cambio de hábitos puede lograrse luego de la primera sesión, independientemente de las motivaciones previas que tenga la persona. El CN es una muestra de cómo la forma en la que se relaciona el profesional y su "paciente" debe cambiar, a favor de una efectiva adherencia al tratamiento y la mantención de hábitos saludables en el tiempo. Esta técnica debe aplicarse siempre en un contexto integrador, recordando que en su concepto participan distintos modelos y teorías del aprendizaje, con la participación de todo y de manera igualitaria y mancomunada de todo el equipo de salud.

REFERENCIAS

- Cunningham E. *What Strategies do Registered Dietitian Nutritionists Use to Assess a Patient's/Client's Weight Loss Readiness?* *J Acad Nutr Diet* 2016; 116(12): 2036.
- Bóveda J, Pérula L, Campiñez M, Bosh J, Barragán N, Prados JA. *Current evidence on the motivational interview in the approach to health care problems in primary care.* *Aten Primaria* 2013; 45(9): 486-495.
- Alzate T. *From education to health: toward the pedagogy of nourishment and nutritional education.* *Perspectivas en Nutrición Humana.* 2006; 16: 21-40.
- Jill K. *How Can Registered Dietitian Nutritionists Use Health Coaching Techniques?* 2014; 114(5): 824.
- Giménez Sánchez J, Fleta Sánchez Y, Meya Molina A. *Nutritional coaching for weight loss.* *Nutr Hosp* 2016(33): 135-147.
- Whitmore, J. *Coaching: The method to improve the performance of people. Seventh Edition.* Barcelona: Paidós; 2015.
- Villa J, Caperán J. *Coaching Manual.* First Edition. Barcelona: Profit; 2010.
- Grant, A.M. *Towards a Psychology of Coaching.* *Coaching Psychology Unit.* Sydney: University of Sydney, 2001.
- Downey M. *Effective Coaching.* London: Orion Business Books, 1999.
- Simmons LA, Wolever RQ. *Integrative health coaching and motivational interviewing: synergistic approaches to behavior change in healthcare.* *Glob Adv Health Med* 2013; 2(4): 28-35.
- Palmer S., Tubbs I., Whybrow A. *Health coaching to facilitate the promotion of healthy behaviour and achievement of health-related goals.* *International Journal of Health Promotion and Education* 2003; 41(3): 91-93.
- Djuric Z, Segar M, Orizondo C, Mann J, Faison M, Peddreddy N, Paletta M, Locke A. *Delivery of Health Coaching by Medical Assistants.* *JABFM* 2017; 30(3): 362-370.
- Thom DH, Hessler D, Willard-Grace R., Bodenheimer T., Najmabadi A, Araujo C, Chen EH. *Does health coaching change patients' trust in their primary care provider?* *Patient Educ Couns* 2014; 96: 135-138.
- Salinas J, Bello S, Chamorro H., González CG. *Counseling in feeding, physical activity and tobacco. Basic instrument in professional practice.* *Rev Chil Nutr* 2016; 43(4): 434-442.
- Muñoz KF, Aguiar C, Caron-Lienert RS. *Coaching and barriers to weight loss: an integrative review.* *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy.* 2017; 10: 1-11.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change, 2nd edition* Guilford Press, New York, 2002.
- Rollnick S, Miller WR. *CCB. Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior,* Guilford Press, New York, 2008.
- Fleta Y, Giménez J. *Nutritional Coaching: Make your diet work.* First Edition. Barcelona; 2015.
- Meya A, Giménez J. *Nutritional coaching as a tool for*

- acquisition of cancer preventive eating habits. 2014; 18(1): 35-44.
20. Marques-Lopes I. *Nutritional coaching, a way to achieve changes.* *Rev Esp Nutr Hum Diet* 2014; 18(1): 1-2.
 21. Butterworth SW, Linden A, McClay W. *Health coaching as an intervention in health management programs.* *Dis Manag Health Out* 2007; 15(5): 299-307.
 22. Palmer S. *Health coaching to facilitate the promotion of healthy behaviour and achievement of health-related goals.* *International Journal of Health Promotion & Education* 2003; 41(3): 91-93.
 23. Kreitzer MJ, Sierpina V, Lawson K. *Health Coaching: Innovative Education and Clinical Programs Emerging.* *Explore (NY)*. 2008; 4(2): 154-155.
 24. Cabrera G. *The transtheoretical model of health behavior.* *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública.* 2000; 18(2): 129-138.
 25. Giménez J, Fleta Y, Meya A. *How to increase the motivation to change eating habits through Nutritional Coaching.* *Revista de Nutrición Clínica en Medicina* 2015; 9(1): 99.
 26. Beltrán J. *Processes, strategies and learning techniques.* Madrid: Synthesis, 1993.
 27. Ryan R, Deci E. *Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being.* *American Psychologist* 2000; 55(1): 68-78.
 28. Deci EL, y Ryan RM. *The general causality orientations scale: Self-determination in personality.* *Journal of Research in Personality* 1985; 19: 109-134.
 29. Bandura, A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.
 30. Moreno JA, Martínez, A. *Importance of the Theory of Self-determination in physical-sport practice: Fundamentals and practical implications.* *Cuadernos de Psicología del Deporte* 2006; 6(2): 39-54.
 31. Spahn JM, Reeves RS, Keim KS, et al. *State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate health and food behavior change.* *J AmDiet Assoc* 2010; 110(6): 879-891.
 32. Prochaska J. *Why don't they stay changed?* *Can J Cardiol.* 1995; 11: 20-25.