

Evidencia científica en *health coaching*

Yolanda Fleta Sánchez
Jaime Giménez Sánchez
Alba Meya Molina

PID_00241276

Tiempo de lectura y comprensión: **3 horas**



Índice

1. Introducción al <i>health coaching</i>	5
1.1. Importancia de la evidencia científica en <i>health coaching</i>	5
1.2. Búsqueda bibliográfica	6
2. Principales teorías de la salud con evidencia científica en las que se basa el <i>health coaching</i>	9
2.1. Entrevista motivacional	9
2.2. Modelo transteórico del cambio	10
2.3. Teoría de la autodeterminación	11
2.4. Teoría social cognitiva	11
2.5. Terapia cognitivo-conductual	12
3. Evidencia científica en <i>health coaching</i>	13
3.1. Evidencia científica de las principales estrategias en <i>health coaching</i>	13
3.2. Evidencia científica de habilidades comunicativas en <i>health coaching</i>	18
3.3. Evidencia científica del <i>health coaching</i> en grupo o mediante tecnologías	19
3.4. Conclusiones acerca de la efectividad del <i>health coaching</i>	20
4. Revisión de evidencia científica en diferentes intervenciones de <i>health coaching</i>	22
4.1. Diabetes	22
4.2. Salud cardiovascular	23
4.3. Cáncer	23
4.4. Obesidad	24
4.5. Tabaco	25
4.6. Estrés	25
4.7. Dolor articular	26
4.8. Embarazo	26
4.9. Actividad física	26
4.10. Gestión del dolor	27
Bibliografía	29

1. Introducción al *health coaching*

Ya en 2003, la Organización Mundial de la Salud hizo referencia a la necesidad de complementar el consejo del médico con alguna estrategia para conseguir comportamientos a largo plazo por parte del paciente. Sin embargo, estas nuevas estrategias, que trabajan la parte conductual y emocional del paciente, necesitan estar sustentadas en evidencia científica.

«El informar y dar consejo por parte del médico ya no es suficiente para conseguir cambios de comportamiento en el paciente a largo plazo.»

Fuente: *Adherence to long-term therapies: Evidence for action* (2003). Ginebra: OMS



Debido al aumento de la alta prevalencia de enfermedades crónicas, ha habido un creciente interés en la búsqueda de estrategias para mejorar los comportamientos de salud (Wolever y otros, 2013). El *health coaching* es una intervención de comportamiento relativamente nueva que ha ganado popularidad en la promoción de la salud, salud pública y tratamiento de la enfermedad debido a su capacidad para abordar múltiples comportamientos, riesgos de salud y autocuidados de la enfermedad de forma efectiva económicamente (Butterworth y otros, 2006), pero ¿con qué evidencia científica contamos a día de hoy en cuanto a la implementación del *health coaching*?

1.1. Importancia de la evidencia científica en *health coaching*

El *coaching* en salud se empezó a hacer popular hace algunas décadas en Estados Unidos, aunque cada vez lo es más debido a que puede abordar diversos comportamientos de riesgo para la salud de una forma efectiva económicamente (Butterworth, Linden y McClay, 2007), pues ayuda a los pacientes a implementar comportamientos y un estilo de vida que mejore su salud (Simmons y Wolever, 2011).

La evidencia científica en *health coaching* nos va a permitir distinguir las estrategias que realmente son efectivas para aumentar la adherencia de los pacientes, siendo la adherencia del paciente parte de la evaluación del riesgo de salud, dado su aparente valor en ayudar a los individuos a autocontrolar de forma efectiva sus enfermedades crónicas. Simmons y otros en 2014 publicaron una revisión que apoyaba la relación entre la adherencia del paciente y la mejora de los resultados. Las medidas de adherencia del paciente incluyen:

- evaluación del conocimiento,
- confianza y habilidades para prevenir y controlar las enfermedades crónicas, y

- los comportamientos para hacerlo (Simmons y otros, 2014).

No obstante, es un campo relativamente nuevo, y todavía quedan algunos aspectos por mejorar. Por ejemplo, muchos estudios fallan en clarificar el papel de los *coaches*, muchos no definen la metodología del *coaching*, o describen enfoques más similares a la educación que al *coaching* profesional (Simmons y Wolever, 2011).

No existe una definición única y acordada de *health coaching* ni *coaching de salud*.

1.2. Búsqueda bibliográfica

Saber hacer una correcta búsqueda bibliográfica será básico para poder responder a cualquier pregunta que nos hagamos acerca de lo que la comunidad científica sabe de esa cuestión. Por ejemplo, ¿qué se entiende por *health coaching*?, ¿qué efectividad tiene?, ¿en qué poblaciones puede ser más efectivo?, ¿qué profesionales deben conducir las sesiones? Por otra parte, el profesional de la salud que quiere incorporar nuevas estrategias para mejorar la comunicación y los resultados de su paciente necesita hacerlo conociendo el grado de confianza que puede depositar en dichas estrategias. Dada la gran cantidad de publicaciones sobre intervenciones y nuevas metodologías en el ámbito de la salud que existe, es necesario saber seleccionar y resumir los hallazgos, para obtener conclusiones basadas en la mejor evidencia científica disponible.

Para empezar, será necesario conocer los diferentes tipos de estudios científicos que existen, sabiendo el nivel de evidencia que aporta cada uno de ellos según su diseño. A continuación se expone una clasificación de estos estudios (Baladia y Basulto, 2008):

a) Estudios experimentales: cuentan con un grupo de intervención que se somete a un tratamiento. Dentro de este grupo, distinguimos:

- Ensayos clínicos no controlados: no existe un grupo de control, por lo tanto no hay comparación con un grupo que no recibe la intervención; no obstante, tienen utilidad para evaluar la dosis óptima, en el caso que nos ocupa podría evaluar la cantidad de sesiones de *coaching* o la duración de estas.
- Ensayos clínicos controlados aleatorizados: existe un grupo de control y además la asignación se hace al azar.
- Ensayos clínicos controlados (no aleatorizados): existe un grupo de control, aunque la asignación sigue un patrón.

b) Estudios observacionales: observan y examinan la relación entre los factores específicos de un grupo de población y los factores o marcadores de salud o enfermedad.

- Estudio de cohortes: estudios que se identifican en subgrupos de población o cohortes, que son poblaciones definidas. Es útil para determinar características distintivas según el subgrupo.
- Estudio de caso-control: comparación entre una población con enfermedad y otra sin enfermedad.
- Estudio transversal: se valora la presencia o ausencia de enfermedad en un momento dado.

c) Estudios de revisión, consenso y posicionamiento: pueden ser muy heterogéneos. Recogen datos y resultados de otros estudios.

- Revisión: revisión de publicaciones acerca de un método.
- Revisión sistemática: utiliza una metodología sistemática para recoger y analizar estudios relevantes acerca de un tema.
- Metaanálisis: valoración cuantitativa mediante combinación de resultados de estudios independientes. Proporciona el nivel de evidencia más alta.

Para tener claro el nivel de evidencia científica que aporta cada tipo de estudio, varias entidades han realizado clasificaciones, que a continuación resumimos en cinco niveles de evidencia, de más a menos, sin incluir las revisiones:

- 1) Ensayo clínico controlado, aleatorizado
- 2) Ensayo clínico controlado (sin aleatorizar)
- 3) Estudio de cohorte o estudio analítico de caso-control
- 4) Estudio de serie de tiempo múltiple con o sin intervención
- 5) Opiniones de expertos, experiencias clínicas, estudios descriptivos u opiniones de comités de expertos



Tener clara la jerarquía para discernir entre los diferentes estudios nos ayudará a poder sacar agua clara en muchas ocasiones en que encontramos diversos estudios y de muchos tipos pero que aportan resultados contradictorios. Los tres aspectos principales que hay que tener en cuenta para saber qué publicaciones tener en mayor consideración son los siguientes (Baladia y Basulto, 2008):

- El tipo de diseño de estudio (ensayo clínico controlado aleatorizado, estudio de cohorte, etc.).
- La calidad individual de los estudios (teniendo en cuenta aspectos como el tamaño de la población).
- La duración del estudio.

Referenciación bibliográfica

Como experto en investigaciones de *health coaching*, debes conocer los diferentes tipos de referenciación bibliográfica que existen, y cuáles son los más utilizados. Lo más importante que debe tenerse en cuenta cuando se cita bibliografía es mantener siempre el mismo criterio. Consulta en los siguientes enlaces las directrices para los diferentes estilos de citación bibliográfica más importantes:

Vancouver

American Psychological Association (APA)

ISO 690

2. Principales teorías de la salud con evidencia científica en las que se basa el *health coaching*

El *health coaching* se apoya en diferentes teorías del ámbito de la salud con evidencia científica y que se llevan estudiando desde hace tiempo. Estas teorías tratan de explicar el comportamiento humano y cómo se producen los cambios en él, por lo tanto, conocer estas teorías nos ayudará a entender mejor el proceso de cambio por el cual está pasando el paciente, y de esta forma será posible comprender sus necesidades y la forma en la que debemos actuar.

Las raíces del *coaching* en salud se plantean sobre la base de teorías acerca de cómo generar un cambio de comportamiento efectivo y duradero en el tiempo, como, por ejemplo, la teoría de la autodeterminación, el modelo transteórico del cambio, la entrevista motivacional y la teoría social cognitiva. La asimilación y transformación de estas teorías en habilidades de *coaching*, conocimiento y procesos ha dado a los *coaches* en salud un mapa para facilitar el proceso de cambio en el paciente, incluyendo los pensamientos (actitudes y creencias), emociones y comportamientos.

2.1. Entrevista motivacional

La entrevista motivacional cuenta con fuerte evidencia científica que respalda su utilidad para conseguir cambios de comportamiento relacionados con la mejora o el cuidado de la salud.

Según esta teoría, es necesario explorar las fuentes de motivación del paciente, teniendo en cuenta que pueden provenir del exterior del paciente o de su interior, y que las fuentes externas de motivación generan tanto conformidad como desafío, y por lo tanto no son fiables.

Las fuentes externas de motivación por sí solas no generan la motivación interna necesaria que suele ir correlacionada con una adherencia a largo plazo en los comportamientos saludables. Sin embargo, se llega a esta motivación interna del paciente cuando este es capaz de expresar sus propias razones del cambio (Frates y otros, 2011).

Durante una sesión de *coaching* de salud, el *coach* sigue varias premisas de la entrevista motivacional (colaboración, centrarse en el paciente y promover su autonomía) y utiliza estrategias como establecer *rapport*, reducir la resistencia y hacer surgir los motivos y argumentos de uno mismo para el cambio. El ob-

jetivo de estas sesiones de entrevista motivacional es resolver la ambivalencia y establecer un objetivo relacionado con un cambio de estilo de vida deseado (Butterworth, Linden y McClay, 2007).

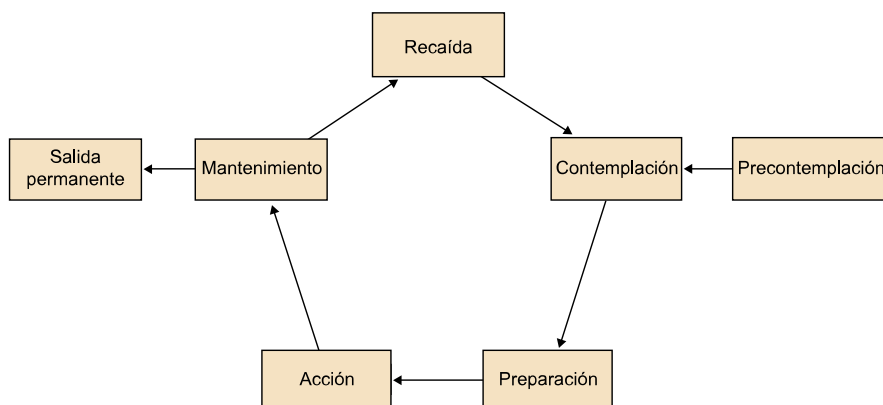
El *health coaching*, por lo tanto, tiene mucho de entrevista motivacional (Simmons y Wolever, 2011), la cual es un enfoque basado en la evidencia que se ha ido incorporando paulatinamente en el proceso de *health coaching* (Butterworth y otros, 2006).

2.2. Modelo transteórico del cambio

Este modelo fue el producto de un estudio realizado por James O. Prochaska, psicólogo estadounidense, y su equipo de trabajo en 1979, mediante el cual pretendió sistematizar el campo de la **psicoterapia de las dependencias**, que entonces se encontraba fragmentado en más de trescientas propuestas teóricas. Se trata de un modelo teórico que toma conceptos de distintos marcos teóricos de la psicología. Este modelo teórico se aplica para cambiar diferentes conductas en salud así como en psicoterapia, se ha usado durante muchos años para modificar conductas adictivas.

El modelo transteórico se basa en la idea de que el cambio en el comportamiento de las personas es un proceso, no un hecho puntual, y que las personas tienen diversos niveles de motivación y de intención de cambio.

Este modelo considera que, para cambiar una conducta, la persona atraviesa una serie de etapas o estadios. Reconocer el estado en el que se encuentra el paciente dentro del modelo transteórico del cambio permitirá actuar en consecuencia (Bonaf-Ruiz, Almenares-Camps y Marzán-Delís, 2012; Simmons y Wolever, 2011).

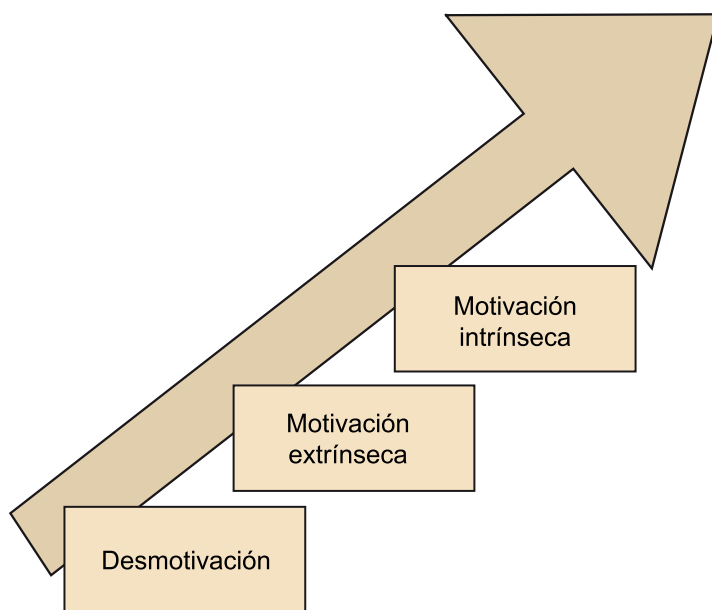


2.3. Teoría de la autodeterminación

La teoría de la autodeterminación constituye un modelo explicativo de la motivación humana que ha sido aplicado a diversos ámbitos.

Dicha teoría determina en qué medida las personas se involucran, o no, libremente en la realización de sus actividades, teniendo en cuenta una serie de mecanismos psicológicos reguladores de la conducta, y buscando en la medida de lo posible una mayor orientación hacia la motivación autodeterminada.

Los estudios muestran que dicha motivación autodeterminada está altamente relacionada con la motivación intrínseca, mientras que la motivación extrínseca y sus mecanismos reguladores favorecen conductas no autodeterminadas e incluso caracterizadas por la falta de motivación.



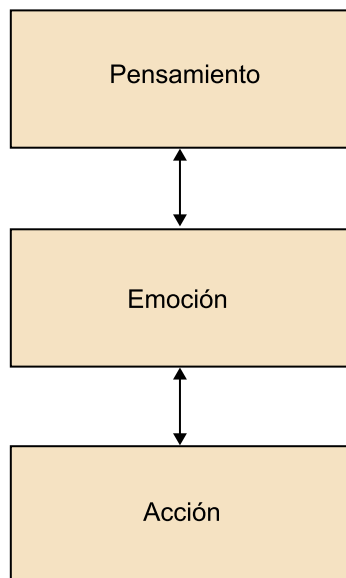
2.4. Teoría social cognitiva

La **autoeficacia percibida** ocupa un papel principal en la estructura de la teoría social cognitiva, ya que la creencia de la propia eficacia afecta a la adaptación al cambio y no solamente en beneficio propio, sino también en determinante de los demás (Bandura, 2001).

2.5. Terapia cognitivo-conductual

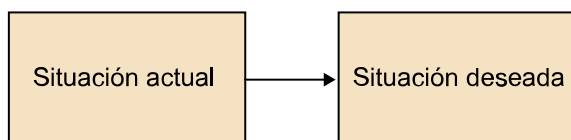
Es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos.

La terapia cognitivo-conductual le puede ayudar a cambiar la forma de pensar (*cognitivo*) y la forma de actuar (*conductual*) y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. A diferencia de algunas de las otras «terapias habladas», la terapia cognitivo-conductual se centra en problemas y dificultades del «aquí y ahora». En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico ahora (Timms, 2009).



3. Evidencia científica en *health coaching*

Ya en 2003, cuando todavía no había demasiada bibliografía que relacionara el *coaching* con la salud, Palmer, Tubbs y Whybrow quisieron resaltar el posible papel del *coaching* para facilitar la promoción de comportamientos saludables para ayudar a las personas a conseguir sus objetivos relacionados con la salud. Destacaron el papel del *health coach* en ayudar al *coachee* a conseguir sus objetivos relacionados con la salud facilitando el proceso de aprendizaje, promoviendo el bienestar y desarrollo de habilidades. Además, es importante centrarse en los objetivos y en buscar soluciones a los problemas que van surgiendo (Palmer, Tubbs y Whybrow, 2003).



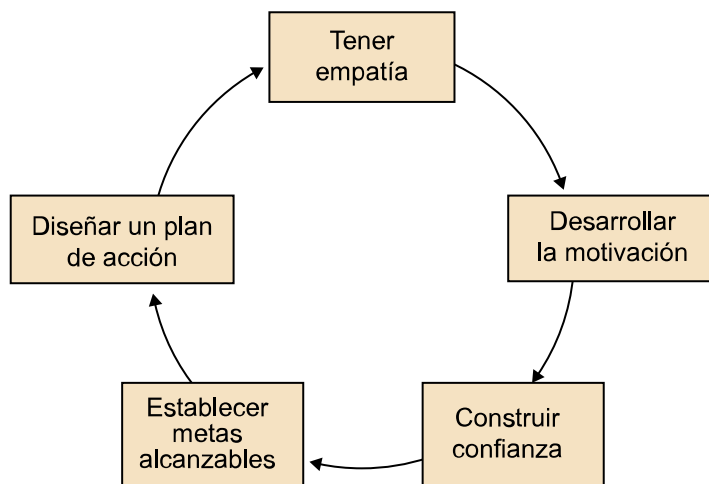
Hay que analizar las diferentes estrategias en las que se basa este nuevo enfoque, y profundizar en la evidencia científica que tienen cada una de ellas para poder afirmar con certeza que disponemos de una nueva forma de comunicación y trato con el paciente que puede ayudar a mejorar la adherencia al tratamiento de aquel. En este sentido, Butterworth, Linden y McClay en 2007 ya hicieron una revisión al respecto en la que determinaron la importancia de especificar qué es el *health coaching* y cuáles son sus estrategias para poder aplicarlo a la salud (Butterworth, Linden y McClay, 2007).

3.1. Evidencia científica de las principales estrategias en *health coaching*

Según Frates y otros, las principales estrategias que sustentan el modelo de *health coaching* son (Frates y otros, 2011):

- la empatía (aunque se puede entender también como una habilidad comunicativa),
- el desarrollo de la motivación interna del paciente,
- la construcción de confianza,
- el establecimiento de objetivos alcanzables y
- el diseño un plan de acción.

Círculo de los cinco pasos en el modelo del coaching



Fuente: Frates y otros (2011). *Am. J. Phys. Med. Rehabil* (vol. 90, núm. 12).

Otros autores como Bonal-Ruiz, Almenares-Camps y Marzán-Delis en 2012 revisaron cincuenta artículos que describían el *coaching* en salud como una nueva tendencia en la promoción y educación sanitaria. En su revisión, exponen ejemplos de las diferentes técnicas de *coaching*, entre ellas, enfocarse en los puntos fuertes del paciente, identificar obstáculos y buscar soluciones por medio de la lluvia de ideas (Bonal-Ruiz, Almenares-Camps y Marzán-Delis, 2012).

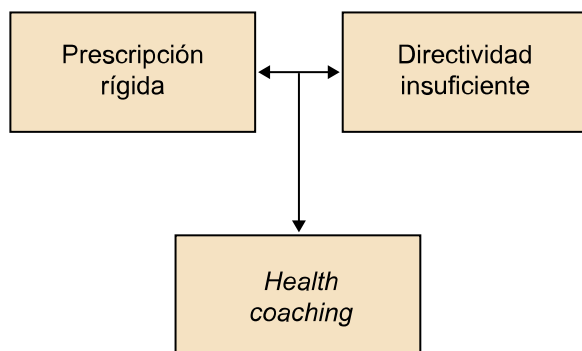
Es interesante la revisión sistemática de Wolever y otros publicada en la revista *Global Advances in Health and Medicine* en 2013. En ella, se pretenden revisar las definiciones de *health coaching* publicadas en la literatura, para consensuar qué es lo que se entiende al utilizar este término, y básicamente qué estrategias utiliza este nuevo enfoque. Los resultados de la revisión, que incluye doscientos ochenta y cuatro artículos, mostraron que un 86 % de los artículos llevan a cabo *health coaching* como un proceso centrado en el paciente, un 71 % tiene en cuenta los objetivos que determina el paciente, un 63 % incorpora procesos de autodescubrimiento y escucha activa, el 86 % anima al paciente a responsabilizarse de su comportamiento y el 91 % proporciona algún tipo de educación además del proceso de coaching. Además, este mismo estudio destaca que el 78 % de los artículos revisados se ha llevado a cabo por *coaches* entrenados en cambios de comportamiento específicos, comunicación y habilidades de comunicación (Wolever y otros, 2013).

En resumen, podemos destacar las siguientes estrategias que deben tenerse en cuenta para implementar el modelo de *health coaching*:

1) **Participación activa del paciente:** No es suficiente la simple transmisión de conocimientos del profesional de salud, sino que es necesario un involucramiento activo del paciente que propiciaría su **empoderamiento** al facilitar que se vuelva más responsable e involucrado en su tratamiento. Además, el *health coaching* también busca y refuerza el automanejo del paciente, en vez de enseñar, el *coach* «facilita» el que aprenda de sí mismo, ayuda al paciente a ga-

nar conocimientos, habilidades, herramientas y confianza para volverse participante activo en su cuidado (Bonaf-Ruiz, Almenares-Camps y Marzán-Delis, 2012).

2) Centrarse en el paciente: El enfoque de *coaching* se basa en un compañerismo colaborativo centrado en el paciente para crear un plan de adherencia realista e individualizado. Construye las habilidades psicológicas necesarias para apoyar el cambio duradero, incluyendo *mindfulness*, **autoconocimiento**, **automotivación**, **optimismo** y **autoeficacia**. Permite al paciente asumir la responsabilidad de su salud y bienestar, aprovechando la motivación intrínseca conectando los valores de la vida y el propósito. Asimismo, el paciente debe identificar los elementos de su entorno que le facilitan o le dificultan conseguir sus objetivos. Por ejemplo, el apoyo de la familia y de sus amigos puede ser un elemento facilitador y una forma a largo plazo de apoyar el éxito del cambio de comportamiento (Frates y otros, 2011).



3) Clarificación de objetivos: Comprometerse a **objetivos realistas** (Frates y otros, 2011; Simmons y Wolever, 2011). La definición del objetivo se trabajará ampliamente cuando se aborde el proceso de *health coaching* en otra asignatura.

4) Enfocarse a soluciones: Una de las bases del *coaching* es **centrarse en lo que está yendo bien** en la vida del paciente, desarrollando así sus fortalezas, talento e intereses. Cuando se revisa el progreso, hay que empezar celebrando los objetivos alcanzados, por pequeños que sean. No hay fracasos sino oportunidades para aprender (oportunidad de conocer mejor al paciente y de que él se conozca mejor a sí mismo). Por eso debemos averiguar por qué motivo no se alcanzaron los logros (Frates y otros, 2011).

5) Identificar obstáculos: (Simmons y Wolever, 2011). Una de las principales estrategias para poder avanzar es **identificar** aquellas **barreras** que lo impiden. Como siempre en un enfoque de *coaching*, no se trata de que el *coach* se dé cuenta y se lo muestre al paciente, sino de que el propio paciente lo identifique, relacionándolo con la dificultad de conseguir sus objetivos de salud y, en un siguiente paso, buscar alternativas.

6) Motivación: El enfoque del *coaching* permite al paciente aumentar su **automotivación** y **autoeficacia** y empezar a construir los éxitos del pasado. La motivación juega un papel crítico en el *coaching*, y se centra en la **motivación intrínseca**, no la extrínseca (Frates y otros, 2011; Simmons y Wolever, 2011). El *health coaching* activa las propias motivaciones del paciente para el cambio de comportamiento y para la adherencia al tratamiento. Influyen diferentes estrategias que puede poner en práctica el *coach*, como la escucha activa, identificar sus creencias y valores y reconocer su disposición al cambio (Bonald-Ruiz, Almenares-Camps y Marzán-Delis, 2012).

7) Confianza: Otro factor muy importante es la confianza que tiene el paciente en sí mismo. Ayudar al paciente a desarrollar más emociones positivas es una parte importante del desarrollo de la confianza, flexibilidad y creatividad. Posibles estrategias para aumentar esta confianza es centrarse en los triunfos pasados como una forma de empoderar al paciente, o identificar los obstáculos con los que se encuentra y promover una lluvia de ideas para solucionarlos (Frates y otros, 2011). Según las conclusiones de Dixon en 2008, después de realizar una búsqueda bibliográfica no sistemática para identificar estudios empíricos sobre diseños de intervenciones para cambiar comportamientos de salud (dieta, tabaco, actividad física), la motivación y la confianza son determinantes clave en el cambio de comportamiento (Dixon, 2008). En la siguiente tabla se recogen las principales estrategias para aumentar la importancia que tiene para el paciente conseguir el cambio, así como la confianza que tiene en sí mismo de poder lograrlo (Giménez-Sánchez, Fleta-Sánchez y Meya-Molina, 2015):

Incide en	Estrategia
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 conseguirlo	Usar habilidades comunicativas (escucha empática, uso de preguntas abiertas...)
	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

8) Autoeficacia: En relación con la confianza en uno mismo, aparece el concepto de autoeficacia. Para desarrollarla, el profesional de la salud puede ayudar al paciente a centrarse en un objetivo específico y alcanzable, lo cual le

llevará a creer que tiene la habilidad de cumplir los objetivos que se propone, y probablemente le dará más energía e interés para continuar con objetivos relacionados (Frates y otros, 2011). Según la teoría social cognitiva de Bandura mencionada anteriormente, la autoeficacia puede aumentarse por:

- Experimentar el éxito gracias a pequeños pasos para superar los obstáculos del cambio de comportamiento.
- Ver el éxito en otras personas similares y aprender de su experiencia.
- Persuasión verbal. Creencia de que tenemos lo que hace falta para el éxito.
- Experiencias emotivas o estados afectivos (Dixon, 2008).

Otros autores han revisado el concepto de *health coaching*, como Van Achterberg y otros, que en 2010 revisaron veintitrés artículos con el objetivo de identificar la efectividad de las técnicas para el cambio de comportamiento usadas por profesionales de la salud que quieren promover comportamientos saludables en los pacientes. Los estudios revisados trataron diversos temas de salud, como el abandono del tabaco, la realización de ejercicio físico y la realización de dietas. En sus resultados, ninguna técnica de cambio de comportamiento demostró claros efectos, aunque las técnicas focalizadas en el autocontrol de la conducta, la comunicación del riesgo y hacer uso del apoyo social fueron más efectivas que las técnicas basadas en el conocimiento y la facilitación del comportamiento. Por lo que concluyeron que los profesionales de la salud deben evitar creer que proporcionar conocimiento, materiales y apoyo profesional será suficiente para que los pacientes consigan los cambios deseados, y deben considerar otras estrategias alternativas que puedan ser más efectivas (Van Achterberg y otros, 2010).

Diferencias entre el enfoque del experto y el del coach (adaptado de Frates, 2011)

Experto	Coach
Trata al paciente	Ayuda al paciente a ayudarse a sí mismo
Educa	Aumenta la motivación y confianza del paciente en sí mismo
Trata de dar todas las respuestas	Ayuda al paciente a que encuentre sus propias respuestas
Se centra en el problema	Se centra en lo que está funcionando bien
Da consejo	Colabora
Confía en el conocimiento del experto	Confía en la capacidad de autoconocimiento e introspección del paciente

3.2. Evidencia científica de habilidades comunicativas en *health coaching*

Varios enfoques han sido puestos en análisis para evaluar su efectividad en mejorar comportamientos relacionados con la salud. Entre estos enfoques, el *health coaching* destaca por las estrategias que utiliza y también por las habilidades que debe tener el profesional de la salud que lo lleva a cabo, y que ha podido adquirir en su formación como *health coach*.

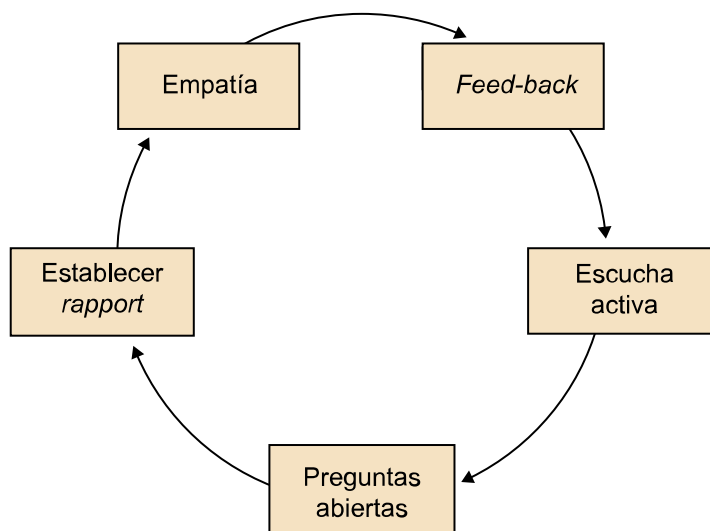
Una de las bases del *coaching* es reforzar la motivación interna del paciente como fuerza que hay detrás del cambio de comportamiento. Provocar esta motivación interna o intrínseca a menudo requiere tiempo extra y el uso de las habilidades mencionadas, como expresar **empatía**, promover emociones positivas y ejercitar el *mindfulness*, hacer **preguntas abiertas**, responder con reflexiones (*feed-back*) y dar apoyo al paciente (Frates y otros, 2011).

Teniendo en cuenta que el *health coaching* está basado en teorías del ámbito de la salud con validez contrastada como la entrevista motivacional, algunas técnicas de la entrevista motivacional que también son válidas como habilidades en el *coaching* para la salud son la colaboración con el paciente, mostrar **empatía** y hacer **preguntas abiertas** que incitan a la reflexión (Frates y otros, 2011; Bonal-Ruiz, Almenares-Camps y Marzán-Delis, 2012).

En resumen, las principales habilidades comunicativas destacables en *health coaching* se recogen a continuación:

- **Rapport:** El *rapport* es el vínculo que se genera entre el paciente y el *coach* y que sirve de telón de fondo en el proceso del *coaching*. El *rapport*, conectar con el paciente, va a permitir acelerar el proceso y ayudar a que tenga éxito.
- **Escucha activa:** La escucha resulta esencial para el éxito en la consulta. La escucha activa consiste en ir más allá de lo que se dice, escuchar la expresión completa del paciente, es decir, no solo las palabras sino captar también los sentimientos, las emociones, el lenguaje no verbal. Puede ser sorprendente escuchar lo que surge cuando permitimos a otros completar sus pensamientos sin interrupción. Cuando estamos ocupados pensando que sabemos lo que ellos están a punto de decir, nos estamos perdiendo lo que, en realidad, están diciendo.
- **Empatía:** La capacidad para establecer empatía es otra de las habilidades clave del profesional de la salud especialista en *coaching*. La empatía es ver el mundo a través de los ojos del paciente, ponerse en su lugar, aunque comprender no significa necesariamente estar de acuerdo. Cuando se siente comprendido y no juzgado, el paciente se muestra menos negativo y ofrece menos resistencia.

- **Preguntas abiertas:** Las preguntas son la clave de la metodología del *coaching*, hacen desarrollar mejor la conciencia y la responsabilidad. Las preguntas están en el centro del *coaching*. Las preguntas ayudan a encontrar soluciones y a valorar y generar la disposición al cambio del paciente. Formular preguntas poderosas es la gran diferencia del *coaching* con la consulta médica habitual. No hay que intentar solucionar el problema del paciente, en lugar de eso hay que validar sus sentimientos y su capacidad para lidiar con el problema, haciéndole preguntas que le ayuden a encontrar sus propias soluciones (Huffman, 2007).
- **Feed-back:** Consiste en compartir las observaciones para dar información, resumir, motivar o mejorar el rendimiento. El *feed-back* sirve para validar lo que se ha entendido, para reconocer las fortalezas del paciente, resumir y destacar lo más importante, fomentar la confianza en sí mismo y lidiar con la resistencia. Resumir permite al profesional de la salud reiterar los puntos principales compartidos por el paciente y verbalizar un interés por sus preocupaciones. Reafirmar las fortalezas del paciente valida los recursos internos y externos con los que cuenta el paciente y le pueden ayudar a sentir más confianza en conseguir los objetivos que tiene (Huffman, 2007).



3.3. Evidencia científica del *health coaching* en grupo o mediante tecnologías

Existen diferentes métodos para llevar a cabo un proceso de *coaching* (individualizado *one-to-one*, en grupo, mediante soporte de tecnologías, etc.), y ya existen diversos estudios que los comparan y analizan con el fin de verificar su eficacia. De hecho, hay evidencia para los métodos en grupo, personales, telefónicos, o combinaciones de estos (siendo la mayoría de los estudios mediante teléfono) (Butterworth, Linden y McClay, 2007).

Por ejemplo, en 2013 Spring y otros llevaron a cabo un estudio de *health coaching* mediante llamadas telefónicas a setenta adultos con sobrepeso u obesidad. La intervención consistió en un sistema de conexión a tecnología móvil con un asistente digital personal

junto con llamadas telefónicas cada dos semanas durante seis meses. Al comparar el grupo que recibió tratamiento con el grupo de control que no lo recibió, se vio que al cabo de un año el grupo de intervención había perdido un 3,1 % más de peso que el grupo de control (Spring y otros, 2013).

En la misma línea, en 2011 Aoun y otros llevaron a cabo un estudio piloto con cuarenta hombres de edad media-avanzada del oeste de Australia, evaluando la factibilidad de una intervención telefónica de *coaching* personal con objetivos de salud, lo que se entiende que es *coaching* para la salud o *health coaching*. La intervención consistió en cuatro sesiones de *coaching* desempeñadas por cuatro dietistas especializados en *coaching* a lo largo de cinco meses. Después de cada sesión se les enviaba un documento en el cual se comprometían con una serie de objetivos relacionados con la salud y la pérdida de peso. Los resultados mostraron mejoras significativas en la modificación de los indicadores de estilo de vida de riesgo, lo que demostraba que el *coaching* telefónico es una forma factible de realizar una intervención de estilo de vida en el «mundo real» para un grupo de población con difícil acceso, dado que disminuye mucho los costes económicos y se ahorra tiempo (Aoun y otros, 2011).

Otro ejemplo lo encontramos en el estudio llevado a cabo en 2013 por Mehring y otros sobre una muestra de ciento ochenta y seis adultos. Diseñaron un programa de *coaching* basado en una web sobre educación, motivación y ejercicio, y encontraron diferencias significativas positivas entre el grupo de intervención y el grupo de control (Mehring y otros, 2013).

Podemos hacer la reflexión de que es más fácil alcanzar un objetivo cuando se hace **seguimiento**. El *coach* puede hacerlo a través del teléfono, correo electrónico, etc. Cuando el paciente siente que alguien se preocupa realmente por lo que está pasando acerca de sus objetivos, le llevará a dar lo mejor de sí para conseguirlo (Frates y otros, 2011).

No obstante, no todos los estudios demuestran efectividad en la implementación de las nuevas tecnologías, tal y como muestra la publicación de Patja y otros en 2012, que evaluó el efecto de una intervención de *health coaching* de doce meses de duración llevada a cabo exclusivamente por teléfono.

En este estudio controlado aleatorizado se quería evaluar el efecto de este tipo de intervención telefónica en relación con las mejoras de resultados clínicos en pacientes con enfermedades crónicas como diabetes *mellitus* o enfermedad coronaria arterial. Los 2.594 pacientes que cumplían los criterios de inclusión se repartieron aleatoriamente en un grupo que recibió la intervención de *health coaching* y un grupo de control. Los resultados de este estudio indican que no hubo diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a los parámetros clínicos evaluados. Por lo tanto, se concluye que el *health coaching* telefónico no fue suficiente para lograr mejoras significativas en mediciones clínicas de estas enfermedades. Para proporcionar beneficios significativos, las intervenciones necesitarían centrarse en grupos más específicos y estar integradas en un cuidado de la salud integral (Patja y otros, 2012).

3.4. Conclusiones acerca de la efectividad del *health coaching*

El *health coaching* ha demostrado ser una estrategia efectiva para obtener mejoras en diferentes situaciones relacionadas con la salud.

Como profesional de la salud, se puede continuar activamente implicado en la educación para la salud y conjuntamente mantener el rol de *coach* en salud (Butterworth, Linden y McClay, 2007).

Así concluye también la revisión sistemática de Wolever y otros publicada en 2013, en la que se observa un consenso creciente en lo que respecta a la **definición de *health coaching***:

«[...] un proceso centrado en el paciente que se basa en teorías del cambio de comportamiento y que es llevado a cabo por un profesional de la salud con conocimientos diversos, y que conlleva la determinación del objetivo por parte del paciente, apoyo en el autoaprendizaje en un contexto educativo, e incorpora mecanismos para desarrollar la responsabilidad de los propios comportamientos de salud» (Wolever y otros, 2013).

Para poder verificar si los estudios consultados están llevando a cabo realmente una intervención de lo que entendemos como *health coaching*, es necesario que aporten una definición clara del concepto de *coaching* y que especifiquen las estrategias de *coaching* empleadas. Asimismo, los profesionales de la salud que aplican *coaching* en sus estudios deberían haber recibido una formación en *coaching* impartida por un centro certificado, lo cual debería estar especificado en la metodología del estudio. Lo ideal es que las intervenciones contemplen el cuidado médico habitual junto con las estrategias basadas en *coaching*. Por último, también es importante que se continúen haciendo investigaciones que estudien las diferentes modalidades de aplicación de un proceso de *health coaching*, teniendo en cuenta las tecnologías como el teléfono, el correo electrónico y las plataformas web, así como la opción de recibir *health coaching* en grupo o individualmente, combinando cada una de estas opciones con diferentes tiempos de intervención y duración de sesiones (Giménez-Sánchez, Fleta-Sánchez y Meya-Molina, 2016).

4. Revisión de evidencia científica en diferentes intervenciones de *health coaching*

Existen varios estudios que llevan a la práctica una intervención de *health coaching* con objetivo de evaluar diferentes parámetros de salud.

Por ejemplo, Jacobs y otros publicaron en 2011 un ensayo controlado aleatorizado en el que buscaban conseguir un cambio de comportamiento basado en teorías motivacionales dentro de un marco de *coaching*. Se tomaron medidas sobre los cambios en el estilo de vida, incluyendo marcadores como actividad física, ingesta de fruta y verdura, ingesta de grasa saturada, tabaco y una puntuación mixta compuesta por los cambios en los diferentes factores de estilo de vida. Los resultados del grupo de intervención mostraron una correlación positiva entre la «dosis» de *coaching* y la mejora en la puntuación mixta de los cambios de estilo de vida, aunque no así para los factores individualmente (Jacobs y otros, 2011).

Por otra parte, es necesario tener en cuenta que el *health coaching* está directamente relacionado con el *coaching* personal, aunque dirigido a objetivos de la salud. Dado que esta rama del *coaching* surgió a posteriori, los estudios pertenecientes al *coaching* personal que evalúan resultados de salud no son muchos, aunque algunos autores han tratado de recogerlos en revisiones.

Por ejemplo, Newnham-Kanas y otros en 2009 publicaron en *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring* una revisión de la bibliografía existente hasta el momento de estudios de *coaching* personal relativos a la salud. En ella, se resumen investigaciones de *health coaching* en los siguientes ámbitos: edad, ansiedad/estrés/salud emocional, asma, dolor de cabeza, parto, lactancia, quemaduras, cáncer, salud cardiovascular, síndrome de deficiencia de la vejiga urinaria, salud mental, depresión, diabetes, diálisis/fallo renal, disnea, ejercicio/actividad física, promoción de la salud, medicina holística, obesidad y dolor posoperatorio (Newnham-Kanas y otros, 2009).

A continuación se exponen diferentes situaciones relacionadas con la salud y para las cuales existen estudios destacados y actualizados que llevan a la práctica intervenciones de *health coaching*.

4.1. Diabetes

Un ejemplo de intervención de *coaching* en diabetes lo encontramos en el estudio de Whittemore y otros.

El ejemplo es sobre una intervención llevada a cabo por enfermeras que condujeron cinco sesiones individuales de *coaching* y dos llamadas telefónicas durante seis meses a mujeres con diabetes tipo 2 (n = 53). El grupo que recibió *coaching* obtuvo mejoras significativas respecto al grupo de control (Whittemore y otros, 2003).

En 2004 Wolf y otros publicaron un estudio en el que habían seleccionado una muestra de ciento cuarenta y siete adultos con índice de masa corporal superior a 27 y diabetes. El grupo de intervención recibió seis sesiones individuales de *coaching* (un total de cuatro horas) y a los doce meses de seguimiento se observaron mejoras en comparación con el grupo de control (Wolf y otros, 2004).

Más adelante, en 2012, la investigación dirigida por Vorderstrasse consistió en un ensayo controlado aleatorizado sobre cuatrocientos sujetos de las fuerzas aéreas de Estados Unidos para valorar el efecto directo del *health coaching* y también la interacción del *coaching* con el conocimiento de la predisposición genética. Dividió a los participantes en cuatro grupos, de forma que dos de ellos conocieran su predisposición a la diabetes tipo II y a la cardiopatía coronaria (según resultados de pruebas clínicas) y los otros dos no; paralelamente dos fueron grupos de control y dos recibieron formación sanitaria telefónica con enfoque de *health coaching* durante seis meses. Según sus resultados, concluyó que los factores de riesgo para la diabetes tipo II se pueden reducir considerablemente por medio del *coaching* en aquellos individuos que conocen su alta predisposición por esta enfermedad, gracias al compromiso del paciente y al autocontrol (Vorderstrasse y otros, 2013).

4.2. Salud cardiovascular

Existe evidencia también de intervenciones llevadas a cabo para mejorar factores de riesgo cardiovascular.

Un ejemplo lo encontramos en la publicación de Edelman y otros en 2006, en la que describieron una intervención en la que el *coach* ayuda al paciente a conseguir el objetivo pactado con el médico, por medio del *mindfulness*, la relajación, la meditación, técnicas de motivación, educación en salud y *coaching*. La muestra de este estudio era de ciento cincuenta y cuatro pacientes de 45 años o más, con uno o más factores de riesgo cardiovascular. La intervención tuvo una duración de cinco meses, aunque se hizo seguimiento hasta los diez meses. El grupo de intervención obtuvo mejores resultados en relación con las medidas de factores de riesgo cardiovascular en comparación con el grupo de control, el cual solamente había recibido atención médica convencional (Edelman y otros, 2006).

Es interesante también el estudio observacional prospectivo que llevaron a cabo Wolever y otros en 2011, en el que quisieron evaluar la efectividad de una intervención de medicina integrativa basada en *coaching* para la modificación del riesgo de enfermedades como diabetes, accidente cerebrovascular o enfermedad cardiocoronaria. El programa se desarrolló sobre la base de una muestra de sesenta y tres adultos durante siete o nueve meses, y se dividió en dos partes: la primera parte consistió en una fase de inmersión en conocimientos sobre la salud durante tres días, y la segunda fase fue la asistencia por vía telefónica de *health coaching* y unas sesiones didácticas mensuales para tratar temas de salud. Los resultados mostraron que, aunque el riesgo cardíaco no cambió, los factores de riesgo modificables para la diabetes y la enfermedad cerebrovascular disminuyeron significativamente durante la intervención. Por lo tanto, concluyen que este modelo de salud integrativo puede ayudar a los pacientes a comprometerse en el autocontrol de su salud y ayudarlos a conseguir y mantener los cambios saludables en el estilo de vida. Estas intervenciones las pueden llevar a cabo profesionales de la salud entrenados en *coaching*, promoviendo una relación de confianza con los pacientes que fomente su crecimiento personal, aumente la motivación y la autoeficacia (Wolever y otros, 2011).

4.3. Cáncer

Existen algunos estudios que analizan la efectividad del *coaching* para disminuir factores de riesgo de cáncer, teniendo en cuenta que hoy en día se conocen algunos de los factores modificables que pueden disminuir la probabilidad de ciertos tipos de cáncer.

En esta línea, Hawkes y otros publicaron en 2013 los resultados de un estudio controlado aleatorizado acerca de una intervención llevada a cabo por teléfono para reducir factores de riesgo para el cáncer colorrectal. Este estudio se hizo con cuatrocientos diez familiares directos de supervivientes de cáncer colorrectal. Con el fin de probar la aceptabilidad y efectividad a corto plazo de esta intervención para el cambio de múltiples comportamientos saludables, se realizaron once sesiones de *coaching* telefónico durante seis meses, y se facilitó al participante una guía y un podómetro. Las variables evaluadas se centraron en factores de comportamiento de riesgo para el cáncer colorrectal (actividad física, dieta rica en carne roja y procesada o fruta y verdura, alcohol, peso y tabaco), en los resultados se observaron mejoras en la mayoría de las variables. El cambio de comportamiento positivo conseguido por medio del enfoque de esta intervención sugiere que tiene el potencial de impactar en la progresión del cáncer colorrectal y otros cánceres o enfermedades crónicas (Hawkes y otros, 2013).

En este aspecto, es interesante mencionar también una revisión llevada a cabo por Meya-Molina y Giménez-Sánchez en 2014, precisamente acerca de cómo una intervención de *coaching* centrada en mejorar hábitos preventivos de cáncer y disminuir hábitos promotores de cáncer podía disminuir el riesgo de desarrollar la enfermedad oncológica. Después de revisar estudios que se centraban en diversas variables (tabaco, alcohol, hábitos dietéticos, obesidad, actividad física, diabetes *mellitus* tipo 2, estrés) se concluye que el *coaching* puede ser útil en la prevención de determinados tipos de cáncer (Meya-Molina y Giménez-Sánchez, 2014).



4.4. Obesidad

En relación con la obesidad, uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI, algunos autores han investigado acerca de la influencia que puede tener el *health coaching* para combatirla.

Un ejemplo lo encontramos en la publicación de Wadden y otros en 2011, en la que participaron trescientos noventa adultos con un índice de masa corporal superior a 30 e inferior a 50. La intervención consistió en una sesión de *coaching* de diez o quince minutos una vez al mes, comparándolo con un grupo de control de cuidado habitual, y con un grupo que recibió *coaching* junto con medicación. Se hizo seguimiento hasta los dos años, y se vio que el grupo que recibió *coaching* junto con medicación había obtenido los mejores resultados (Wadden y otros, 2011).

Otro ejemplo lo encontramos en el estudio de Shahnazari y otros de 2013, en relación con una intervención de *coaching* centrada en mejorar los hábitos nutricionales para reducir el peso corporal en adultos con sobrepeso. En esta ocasión, todos los participantes del estudio recibieron una sesión de educación nutricional, y solo los participantes del grupo de intervención recibieron además ocho sesiones de *coaching* cara a cara o telefónicas durante seis meses, todas ellas de quince minutos excepto la última de una hora. Las estrategias utilizadas se apoyaban en el modelo transteórico del cambio para modificar el comportamiento alimentario, y en herramientas de la entrevista motivacional para evaluar la disposición al cambio de los participantes e identificar los comportamientos concretos que los participantes se sentían capaces de hacer. Los resultados fueron favorables para el grupo de intervención, con lo que se concluyó que este método es efectivo (Shahnazari y otros, 2013).

En obesidad mórbida, a menudo se valora la opción de cirugía bariátrica, con los riesgos y costes que ello conlleva, y no siempre con los resultados esperados.

Es interesante revisar la publicación de Schwartz de 2013, en la que describe el caso de un paciente con índice de masa corporal superior a 40 presentado en un programa de cirugía bariátrica. En este caso, el paciente necesitaba bajar de peso previamente a la cirugía, por lo que entró en un programa de tres meses con un médico especialista en cirugía bariátrica y un dietista especialista en *coaching*. Juntos desarrollaron un plan de acción para bajar de peso de acuerdo con sus valores y estilo de vida. Se consiguieron unos resultados extraordinarios que le animaron a continuar con el programa de *health coaching* en lugar de realizar la cirugía bariátrica. En total realizó diez sesiones de *health coaching* durante dos años y un tercer año con sesiones trimestrales, y consiguió mantener la pérdida de peso sin realizar la cirugía bariátrica (Schwartz, 2013).

En 2013 se publicó también otro estudio interesante acerca de la aplicación del *health coaching* en obesidad, llevado a cabo por Sherman y otros.

En esta publicación se describe el caso de un paciente con obesidad que pasó por un proceso de *health coaching* de doce meses de duración, el cual consistía en diez sesiones de *coaching*, de las que tres eran sesiones presenciales y siete por teléfono. Destacan que el paciente estuvo varias semanas sin contactar con su *coach* hasta que se retomó el contacto por correo electrónico. En esta publicación se describe de forma muy clara la metodología utilizada, diferenciando las sesiones iniciales de sesenta minutos y las de seguimiento por teléfono de entre quince y treinta minutos. En las primeras se utilizaron estrategias como ayudar a que el paciente se visualice a sí mismo al cabo de un año y pactar un objetivo a medio plazo (tres meses) para empezar a trabajar, mientras que en las sesiones de seguimiento se revisaron los objetivos a corto plazo a la vez que se evaluaban el progreso y las dificultades encontradas. También se establecían nuevos objetivos, se utilizaron estrategias de la entrevista motivacional y se fomentaba la autoeficacia (Sherman y otros, 2013).

4.5. Tabaco

Según la revisión de Butterworth, Linden y McClay en 2007, la evidencia más fuerte en cuanto a la efectividad del *coaching* era en dejar de fumar (Butterworth, Linden y McClay, 2007).

Sin embargo, es interesante tener en cuenta las conclusiones de Jacobs y otros en 2011, estudio comentado anteriormente, en el que sí que hubo una correlación positiva entre la puntuación mixta de estilo de vida (compuesta, entre otros factores, por el hecho de fumar o no) con las sesiones de *coaching* recibidas, pero en cambio no hubo diferencias significativas entre la dosis de *coaching* y las medidas tomadas individualmente, entre ellas el tabaco. Parece haber una mayor dificultad en abordar el hábito de fumar a través del *coaching* cuando se está abarcando un amplio abanico de factores a la vez incluyendo el tabaco (Jacobs y otros, 2011).

4.6. Estrés

Es bien sabido que el estrés es un factor que influye negativamente en la salud y que, lamentablemente, cada vez es más común debido al estilo de vida de la sociedad actual. Dado que el *health coaching* está directamente relacionado con el *coaching* personal, la gestión del estrés se puede abarcar también por el profesional de la salud que trabaja desde el enfoque del *health coaching*, teniendo en cuenta que altos niveles de estrés pueden repercutir directamente en la salud del paciente. La International Stress Management Association del Reino Unido ha reconocido la práctica del *coaching* desde hace años para el entrenamiento en el control del estrés dentro de un campo de educación para la salud. Otra entidad profesional, la Association of Coaching (2003), incluye tanto el *coaching* para el control del estrés como el *coaching* para la salud en su web como una «especialidad de *coaching*» (Palmer, Tubbs y Whybrow, 2003).

En cuanto a estudios que relacionen el *coaching* en salud y la gestión del estrés, Prochaska y otros publicaron un estudio en 2012 en el que evaluaron el impacto de una intervención de *coaching* telefónico sobre diversos factores, entre ellos especialmente el estrés.

El estudio controlado aleatorizado se realizó sobre una muestra de 3.391 individuos, que se dividió en tres grupos (control, *coaching* telefónico, intervención en línea). Tanto el grupo que recibió *coaching* telefónico como el que recibió la intervención en línea obtuvieron una mejora significativa en reducir múltiples factores de riesgo de comportamiento y múltiples dominios del bienestar, y al comparar estos dos métodos entre ellos, el *coaching* telefónico obtuvo mejores resultados. De esta forma, se concluye que los programas de cambio del comportamiento adaptado basados en *health coaching* pueden reducir el riesgo de salud y mejorar el bienestar personal (Prochaska y otros, 2012).

4.7. Dolor articular

Carmona-Terés y otros publicaron en 2015 el diseño de un estudio para evaluar la efectividad de una intervención de *health coaching* para mejorar el estilo de vida de pacientes con osteoartritis.

En el diseño de su estudio controlado aleatorizado, los pacientes con osteoartritis de rodilla recibirían veinte horas de sesiones de *health coaching* además de las recomendaciones para esta situación y cuidado habitual, en comparación con los del grupo de control que solo recibirían las recomendaciones habituales. En las sesiones de *coaching* se trabajarían objetivos relacionados con el aumento de actividad física, mejora de hábitos alimentarios y aumento de estrategias para el cuidado del dolor. Además, se diseñaría un plan de acción con cada participante en el que se establecen los siguientes aspectos: definición de sus propios objetivos, análisis de la situación actual, valoración de opciones y diseño de una guía propia para la consecución de los objetivos marcados (Carmona-Terés y otros, 2015).



4.8. Embarazo

El cuidado de la salud durante el embarazo es tan importante para la madre como para el futuro bebé, por lo que se ha despertado interés también en evaluar el impacto que puede tener una intervención de *health coaching* en mujeres embarazadas en relación con aspectos de su salud.

Vinter y otros diseñaron el estudio llamado Lifestyle in Pregnancy (LIP Study), que consistió en un estudio controlado aleatorizado en el que participaron trescientas sesenta mujeres obesas en el inicio del embarazo. La intervención incluía dos componentes principales: asesoramiento nutricional de un dietista nutricionista y fomento de actividad física con supervisión de un fisioterapeuta. El grupo de intervención recibió entre cuatro y seis sesiones de *coaching* durante los nueve meses de embarazo llevadas a cabo por el fisioterapeuta para integrar la actividad física en su vida. Los resultados mostraron que este grupo tuvo una ganancia de peso gestacional significativamente más pequeña que el grupo de control (Vinter y otros, 2011).

4.9. Actividad física

Los beneficios de realizar actividad física son bien conocidos; reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas, mejora la salud ósea y funcional, y ayuda a mantener el equilibrio calórico y el control de peso ya que es determinante en el gasto energético. A pesar de ser los beneficios evidentes, parece que no nos lo tomamos demasiado en serio. La Organización Mundial de la Salud calcula que al menos el 60 % de la población mundial no realiza la

actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud. Parece necesario encontrar estrategias para fomentar la actividad física, y el *health coaching* está demostrando ser una de ellas, de hecho, contamos con bastante evidencia científica hasta el momento.

La publicación de Molinero-González, Salguero del Valle y Márquez en 2011 es un estudio de la teoría de la autodeterminación conceptualizada por Deci y Ryan en el contexto de la actividad física. Apunta que la motivación es uno de los elementos clave para conseguir una adecuada adherencia al ejercicio y, por lo tanto, aumentar la motivación intrínseca permite conseguir un nivel de adherencia al ejercicio importante que permita a un mayor número de individuos el desarrollo de un estilo de vida saludable (Molinero-González, Salguero del Valle y Márquez, 2011).

4.10. Gestión del dolor

Para que el cuidado de las enfermedades crónicas sea realmente exitoso, el cambio de comportamiento por parte de los pacientes es crítico, y el modelo tradicional del médico en el que le dice al paciente lo que debe hacer no ha funcionado realmente. En lugar de eso, el *health coaching* promueve en el paciente las habilidades y la confianza en sentirse capaz para hacer estos cambios (Huffman, 2007).

Ya se ha mencionado una publicación que hace referencia a la gestión del dolor en pacientes con osteoartritis además de la mejora de otros indicadores del estilo de vida mediante el *health coaching* (Carmona-Terés y otros, 2015). Existen también otros estudios que han investigado la efectividad del *coaching* para la gestión del dolor, por ejemplo en pacientes con cáncer.

En 2012 Laudon y otros publicaron un trabajo en el que habían evaluado la efectividad de dos intervenciones comparadas con el cuidado habitual para disminuir barreras de actitud para la gestión del dolor en el cáncer, de esta forma se disminuía la intensidad del dolor y se mejoraba el estado funcional y la calidad de vida. En este estudio participaron seis clínicas oncológicas con un total de trescientos dieciocho pacientes con varios tipos de dolor relacionado con el cáncer, los cuales fueron distribuidos aleatoriamente en un grupo de intervención de *health coaching*, un grupo que recibió educación estándar y un grupo de control. Los pacientes del grupo de *coaching* recibieron cuatro llamadas telefónicas de una enfermera especialista en utilizar técnicas de entrevista motivacional basadas en *coaching*. Se evaluaron parámetros como la intensidad del dolor, la alteración y el alivio de este, así como barreras de actitud y estado de calidad de vida. Las barreras de actitud no cambiaron entre grupos, aunque los pacientes del grupo de *coaching* obtuvieron mejoras significativas en su puntuación de la alteración del dolor, así como salud general, vitalidad y salud mental. Los autores concluyeron que el *coaching* podría ser una estrategia útil para ayudar a pacientes a disminuir barreras de actitud en relación con el dolor por el cáncer y gestionar mejor su dolor (Laudon y otros, 2012).

Bibliografía

Aoun, S.; Osseiran-Moisson, R.; Shahid, S. y otros (2012). «Telephone lifestyle coaching: is it feasible as a behavioural change intervention for men?». *J Health Psychol* (vol. 17, núm. 2, págs. 227-236).

Baladia, E.; Basulto, J. (2008). «Sistema de clasificación de los estudios en función de la evidencia científica. Dietética y Nutrición Aplicada Basadas en la Evidencia (DNABE): una herramienta para el dietista-nutricionista del futuro». *Actividad Dietética* (vol. 12, núm. 1, págs. 11-19).

Bandura, A. (2001). «Social cognitive theory: An agentic perspective». *Annu Rev Clin Psychol* (vol. 52, núm. 1, págs. 1-26).

Bonal-Ruiz, R.; Almenares-Camps, H. B.; Marzán-Delis M. (2012). «Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles». *Medisan* (vol. 16, núm. 5, págs. 773-785).

Butterworth, S.; Linden, A.; McClay, W. y otros (2006). «Effect of motivational interviewing-based health coaching on employees' physical and mental health status». *J Occup Health Psychol* (vol. 11, núm. 4, págs. 358).

Butterworth S. W.; Linden, A.; McClay, W. (2007). «Health coaching as an intervention in health management programs». *Dis Manag Health Out* (vol. 15, núm. 5, págs. 299-307).

Carmona-Terés, V.; Lumillo-Gutiérrez, I.; Jodar-Fernández, L. y otros (2015). «Effectiveness and cost-effectiveness of a health coaching intervention to improve the lifestyle of patients with knee osteoarthritis: cluster randomized clinical trial». *BMC musculoskel dis* (vol. 16, núm. 1, pág. 1).

Dixon, A. (2008). *Motivation and confidence: What does it take to change behaviour*. Londres: The Kings Fund.

Edelman, D.; Oddone, E. Z.; Liebowitz, R. S. y otros (2006). «A multidimensional integrative medicine intervention to improve cardiovascular risk». *J Gen Intern Med* (vol. 21, núm. 7, págs. 728-734).

Frates E. P.; Moore M. A.; López, C. N. y otros (2011). «Coaching for behavior change in psychiatry». *Am J Phys Med Rehabil* (vol. 90, núm. 12, págs.1074-1082).

Giménez-Sánchez, J.; Fleta-Sánchez, Y.; Meya-Molina, A. (2016). «Coaching nutricional para la pérdida de peso». *Nutr Hosp* (vol. 33, pág. 1).

Giménez-Sánchez, J.; Fleta-Sánchez, Y.; Meya-Molina, A. (2015). «Cómo incrementar la motivación del paciente a través del Coaching Nutricional. Comunicación en formato Póster». 3.º congreso FESNAD. Sevilla.

Hawkes, A. L.; Chambers, S. K.; Pakenham, K. I. y otros (2012-2013). «Effects of a telephone-delivered multiple health behavior change intervention (CanChange) on health and behavioral outcomes in survivors of colorectal cancer: a randomized controlled trial». *J Clin Oncol, JCO*.

Hawkes, A. L.; Pakenham, K. I.; Chambers, S. K. y otros (2014). «Effects of a multiple health behavior change intervention for colorectal cancer survivors on psychosocial outcomes and quality of life: a randomized controlled trial». *Ann Behav Med* (vol. 48, núm. 3, págs. 359-370).

Hawkes A. L.; Patrao T. A.; Green A. y otros (2012). «CanPrevent: a telephone-delivered intervention to reduce multiple behavioural risk factors for colorectal cancer». *BMC cancer* (vol. 12, núm. 1, pág.1).

Huffman, M. (2007). «Health Coaching: A New and Exciting Technique to Enhance Patient Self#Management and Improve Outcomes». *Home Healthc Now* (vol. 25, núm. 4, págs. 271-274).

Jacobs, N.; Clays, E.; De Bacquer, D. y otros (2011). «Effect of a tailored behavior change program on a composite lifestyle change score: a randomized controlled trial». *Health Educ Res* (vol. 26, núm. 5, págs. 886-895).

Laudon, T. M.; Rao, S. M.; Fahey, K. F. y otros (2012). «A randomized, clinical trial of education or motivational-interviewing-based coaching compared to usual care to improve cancer pain management». *Oncol Nurs Forum* (vol. 39, núm. 1, pág. 39).

Mehring, M.; Haag, M.; Linde, K. y otros (2013). «Effects of a general practice guided web-based weight reduction program-results of a cluster-randomized controlled trial». *BMC family practice* (vol. 14, núm. 1, pág. 1).

Meya-Molina, A.; Giménez-Sánchez, J. (2014). «Coaching nutricional como herramienta para la adquisición de hábitos alimentarios preventivos del cáncer». *Rev Esp Nutr Hum Diet* (vol. 18, núm. 1, págs. 35-44).

Molinero-González, O.; Salguero del Valle, A.; Márquez, S. (2011). «Autodeterminación y adherencia al ejercicio: estado de la cuestión». *RICYDE* (vol. 7, núm. 25, págs. 287-394).

Newnham-Kanas, C.; Gorczynski, P.; Morrow, D. y otros (2009). «Annotated bibliography of life coaching and health research». *IJEBCM* (vol. 7, núm. 1, págs. 39-103).

Palmer, S.; Tubbs, I.; Whybrow, A. (2003). «Health coaching to facilitate the promotion of healthy behaviour and achievement of health-related goals». *Int J Health Educ* (vol. 41, núm. 3, págs. 91-93).

Patja, K.; Absetz, P.; Auvinen, A. y otros (2012). «Health coaching by telephony to support self-care in chronic diseases: clinical outcomes from The TERVA randomized controlled trial». *BMC Health Serv Res* (vol. 12, núm. 1, pág. 1).

Prochaska, J. O.; Evers, K. E.; Castle, P. H. y otros (2012). «Enhancing Multiple Domains of Well-Being by Decreasing Multiple Health Risk Behaviors: A Randomized Clinical Trial». *Popul Health Manag* (vol. 15, núm. 5, págs. 276-286).

Schwartz, J. (2013). «Wellness coaching for obesity: a case report». *Glob Adv Health Med* (vol. 2, núm. 4, págs. 68-70).

Shahnazari, M.; Ceresa, C.; Foley, S. y otros (2013). «Nutrition-focused wellness coaching promotes a reduction in body weight in overweight US veterans». *J Acad Nutr Diet* (vol. 113, núm. 7, págs. 928-935).

Sherman, R.; Crocker, B.; Dill, D. y otros (2013). «Health coaching integration into primary care for the treatment of obesity». *Glob Adv Health Med* (vol. 2, núm. 4, págs. 58-60).

Simmons, L. A.; Wolever, R. Q. (2011). *Health coaching: Research summary*. Durham, NC. Duke Integrative Medicine / Duke University Health System.

Simmons, L. A.; Wolever, R. Q.; Bechard, E. M. y otros (2014). «Patient engagement as a risk factor in personalized health care: a systematic review of the literature on chronic disease». *Genome Med* (vol. 6, núm. 2, pág. 1).

Spring, B.; Duncan, J. M.; Janke, E. A. y otros (2013). «Integrating technology into standard weight loss treatment: a randomized controlled trial». *JAMA internal medicine* (vol. 173, núm. 2, págs.105-111).

Timms, P. (2009). *La terapia cognitivo-conductual (TCC)*. Sociedad Española de Psiquiatría.

Van Achterberg, T.; Huisman-de Waal, G. G.; Ketelaar, N. A. M. y otros (2010). «How to promote healthy behaviours in patients? An overview of evidence for behaviour change techniques». *Health Promot Int* (vol. 26, núm. 2).

Vinter, C. A.; Jensen, D. M.; Ovesen, P. y otros (2011). «The LiP (Lifestyle in Pregnancy) Study A randomized controlled trial of lifestyle intervention in 360 obese pregnant women». *Diabetes care* (vol. 34, núm. 12, págs. 2502-2507).

Vorderstrasse, A. A.; Ginsburg, G. S.; Kraus, W. E. y otros (2013). «Health coaching and genomics-potential avenues to elicit behavior change in those at risk for chronic disease: protocol for personalized medicine effectiveness study in air force primary care». *Glob Adv Health Med* (vol. 2, núm. 3, págs. 26-38).

Wadden, T. A.; Volger, S.; Sarwer, D. B. y otros (2011). «A two-year randomized trial of obesity treatment in primary care practice». *N Engl J Med* (vol. 365, núm. 21, págs. 1969-1979).

Whittemore, R.; Melkus, G. D.; Sullivan, A. y otros (2003). «A nurse-coaching intervention for women with type 2 diabetes». *Diabetes Educ* (vol. 30, núm. 5, págs. 795-804).

Wolever, R. Q.; Simmons, L. A.; Sforzo, G. A. y otros (2013). «A systematic review of the literature on health and wellness coaching: defining a key behavioral intervention in healthcare». *Glob Adv Health Med* (vol. 2, núm. 4, págs. 38-57).

Wolever, R. Q.; Webber, D. M.; Meunier, J. P. y otros (2011). «Modifiable disease risk, readiness to change, and psychosocial functioning improve with integrative medicine immersion model». *Altern Ther Health Med* (vol. 17, núm. 4, pág. 38).

Wolf, A. M.; Conaway, M. R.; Crowther, J. Q. y otros (2004). «Translating lifestyle intervention to practice in obese patients with type 2 diabetes Improving Control with Activity and Nutrition (ICAN) study». *Diabetes care* (vol. 27, núm. 7, págs. 1570-1576).

