



## TRABAJO FIN DE GRADO

# El coaching nutricional y la motivación para el cambio de la conducta alimentaria del paciente en consulta: Revisión bibliográfica

Nutritional coaching and motivation for changing the nutritional behavior of patients in  
consult, a review

Autora: Carmen Salas Ejea

Tutora: Susana Menal Puey,

Nutrición y Bromatología

Curso 2020/2021



**Universidad** Zaragoza



## ABREVIATURAS

- AGREE: Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation.
- CN: Coaching Nutricional.
- HTA: Hipertensión arterial.
- ICF: International Coach Federation.
- ODIBROPA: Objetivo- Disposición al Cambio- Barreras y Recursos- Opciones- Acción. (Modelo de estructuración de las conversaciones en el coaching nutricional).
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- PRAMPE: Positivo- Realista- Acordado- Medible- Personal- Específico. (Herramienta del coaching nutricional)
- SAOS: Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño.



## Resumen

El coaching nutricional es una metodología emergente y prometedora de intervención en consulta, ayuda a las personas a ganar conocimientos, habilidades y confianza, para ser partícipes de su propio bienestar mediante la mejora de la conducta alimentaria. La figura del dietista-nutricionista debe actuar constantemente como coach nutricional, implicándose en la motivación de los pacientes/clientes en el proceso de cambio hacia alcanzar sus objetivos.

Existen numerosas herramientas de intervención, todas ellas con un trasfondo psicológico/cognitivo que favorece el compromiso y la toma de conciencia a lo largo de todo el proceso. Estas herramientas junto a las competencias adecuadas y actitud correcta por parte del coach, aumentan las expectativas de éxito.

Se trata de una metodología en pleno crecimiento con altas expectativas de éxito, y resultados prometedores. En este trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica de los últimos estudios para evidenciar la eficacia de intervención del coaching en patologías como la obesidad o el cáncer, y su efectividad frente a las técnicas tradicionales.

Los resultados han puesto de manifiesto que esta metodología obtiene mejores resultados de adherencia a la dieta que la intervención nutricional tradicional, mejorando no solo los resultados inmediatos sino el bienestar y mejora de la calidad de vida a largo plazo.



# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1 Definición .....	1
1.2 Contexto.....	4
1.3 Metodología tradicional frente al coaching nutricional en consulta. ....	5
2. OBJETIVOS .....	8
3. METODOLOGÍA .....	9
4. HERRAMIENTAS CLAVE EN EL COACHING NUTRICIONAL.....	11
5. EL PROFESIONAL EN EL COACHING NUTRICIONAL .....	23
6. SEGMENTACIÓN POR GRUPOS .....	28
6.1 El coaching nutricional en la obesidad.....	28
6.2 El coaching nutricional en el cáncer.....	30
7. EL COACHING NUTRICIONAL TELEFÓNICO/ONLINE .....	32
8. CONCLUSIONES .....	35
9. BIBLIOGRAFÍA .....	37

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1 Definición

El coaching se define 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 la relación profesional continuada que ayuda a obtener resultados extraordinarios en la vida, profesión, empresas o negocios de las personas. Mediante este concepto, el cliente profundiza en su conocimiento, aumenta su rendimiento y mejora su calidad de vida” según la ICF. Mediante este método, el coaching, las personas ahondan en su conocimiento y simultáneamente mejoran su calidad de vida y aumentan su rendimiento.

Existen dos figuras fundamentales y ambas de igual importancia; por un lado, el coach, profesional que guía el proceso y ofrece su ayuda en todo momento para superar las barreras y obstáculos que puedan surgir en el camino, y potenciar aquellas cualidades positivas del paciente o cliente. Por otro lado, el paciente o cliente, también llamado coachee (Marques-Lopes., 2014).

En el ámbito de la alimentación se encuentra el coaching nutricional. En este proceso, el coachee identifica y afronta sus barreras u obstáculos, crea un entorno adecuado y adopta una posición optimista para lograr el cambio en la alimentación y en su estilo de vida, llegando a afectar incluso en aspectos personales. Respecto al papel del coaching en el ámbito nutricional, éste no se basa en la simpleza de diseñar un plan de alimentación/dietético y entregarlo, sino que va más allá. Es decir, este enfoque no trata solamente de la alimentación de la persona, sino que incluye barreras emocionales y pensamientos que pueden influir en el proceso de cambio.

El profesional tiene función de acompañante en el proceso, y hace partícipe al paciente o cliente a la hora de encontrar soluciones. La atención se centra en el coachee y no en las recomendaciones o pautas ni en el profesional, en este caso el nutricionista. Se tiene como base el concepto de autogestión de la salud, es decir, la responsabilidad de la persona en su propio cuidado (Fleta y Giménez., 2015).

A continuación, se muestran las diferencias básicas existentes entre el modelo tradicional de la relación profesional-paciente/cliente en el ámbito de la nutrición y el coaching nutricional:

**Tabla 1.-** Comparación modelo tradicional en consulta y coaching nutricional. Adaptación del libro “Coaching Nutricional” (Fleta y Giménez., 2015).

Modelo tradicional	Coaching nutricional
El profesional es el experto, quien “manda”.	El paciente/cliente (coachee) es el experto en su vida y el centro para realizar el cambio.
El profesional es el sujeto activo.	El paciente interviene en el proceso. Tiene un papel activo en el cambio.
El profesional prescribe las pautas a seguir; qué, cuándo y cómo.	El paciente interviene en la toma de decisiones para la elaboración de las pautas; qué, cuándo y cómo.
Técnicas: consejos, información científica, testimonios.	Técnicas: Empatía, trabajo a nivel psicológico, motivación, autoeficacia.

En el coaching nutricional es un factor clave la evaluación de la motivación del sujeto que busca el cambio, estableciendo estrategias específicas en relación a los intereses y factores que motivan el cambio de conducta, de esta manera se creará un vínculo de adherencia mucho mayor y se dará un cambio real y duradero en el tiempo. Entendiendo por motivación al estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede ir variando a lo largo del tiempo y según la situación (Miller y Rollnick., 2011).

En la figura del dietista-nutricionista son numerosas las ocasiones en las que se debe actuar como docente, involucrándose de manera directa o indirecta en la educación de las personas que acuden a la consulta, estimulando, guiando o induciendo el cambio de conductas alimentarias para mejorar de esta manera la calidad de vida y como prevención o tratamiento de enfermedades (Moya., 2019).

Para el cambio en la conducta y los hábitos de las personas es fundamental tanto la motivación como la comunicación, con el objetivo de mejorar en aspectos relacionados con la salud, la calidad de vida y el estado nutricional de los sujetos. Esto se aborda mediante la Entrevista Motivacional (EM) perteneciente al área de la psicología de la salud, y como parte del coaching (Hernández., 2012).

Para abordar la entrevista motivacional, es importante conocer primero el modelo transteórico del cambio de Prochaska y Diclemente (1982-1983), el cual explica el desarrollo de un proceso de cambio y las etapas en las que se divide.

El proceso de cambio de toda persona está compuesto por seis etapas, en las que se presentan distintos niveles de motivación. Se trata de una “Rueda de cambio” por la que toda aquella persona que comience el proceso pasará en repetidas ocasiones hasta alcanzar que el objetivo permanezca en el tiempo de manera estable. Las etapas son las siguientes (Fernández., 2017):

- I. Precontemplación: Primera etapa, momento en que la persona no ha valorado su estado ni considera la existencia de un problema o la necesidad de realizar cambios en su vida. Habitualmente en esta etapa, el sujeto acude a la consulta o busca ayuda en atención sanitaria por presión de otra persona (familiares, amigos, cónyuge, etc), adoptando de este modo una actitud a la defensiva.
- II. Contemplación: el sujeto empieza a ser consciente de la existencia de un problema. Existe una mayor disposición al cambio, y se comienzan a valorar los beneficios y desventajas que presenta su conducta actual. A pesar de ello, todavía no se tiene la motivación suficiente para realizar modificaciones en la conducta.
- III. Determinación o preparación: existe una conciencia plena del sujeto de la situación en la que se encuentra y los inconvenientes que eso puede conllevar. En esta etapa se decide el comienzo del cambio y existe motivación para llevarlo a cabo.
- IV. Acción: ya ha comenzado el proceso de cambio desde hace mínimo 24 horas. Presente la intención de cambio, lo que no asegura que se vaya a mantener con el paso del tiempo.
- V. Mantenimiento: los cambios alcanzados en la conducta se prolongan en el tiempo. Se trata de la etapa más estable del proceso, es el momento de evitar las posibles recaídas.
- VI. Recaída: etapa en la que se pierde el control de las nuevas conductas y se vuelve a las anteriores. Cuando esto ocurre hay que procurar la entrada de nuevo a la rueda, en el menor tiempo posible.  
  
El alcance de esta etapa no significa fracaso, es algo normal hasta alcanzar la estabilidad de mantener los cambios con firmeza.

Una vez desarrollado el modelo transteórico del cambio de Prochaska y Diclemente, es más sencillo exponer el concepto de entrevista motivacional, término definido por Miller y Rollnick en 1983; “Un estilo de asistencia directa centrada en el cliente, para provocar un cambio en el comportamiento ayudando a los clientes a explorar y resolver ambivalencias”. Actualmente la definición utilizada es “Un estilo de conversación colaborativo cuyo propósito es reforzar la motivación y el compromiso de la persona con el cambio”.

Esta metodología de intervención surgió como necesidad de tratar problemas de abuso de sustancias, pero posteriormente se amplió su uso a otros campos como el tratamiento de

enfermedades crónicas, las actividades deportivas y el campo de la nutrición y alimentación. Tiene como objetivo ayudar a las personas a que reconozcan sus problemas y tomen decisiones para poner fin a estos, por medio de la conversación. Para ello se utilizan elementos prácticos y teóricos con el objetivo de optimizar el estilo asistencial de los profesionales y las habilidades comunicativas (Fernández., 2017).

## 1.2 Contexto

Generalmente, el método más utilizado en consulta es la forma tradicional, en la que el proceso se basa en la transmisión de consejos nutricionales o pautas dietéticas a nivel informativo y persuasivo, que con frecuencia tienen un impacto más bien bajo, siendo poco eficaces en el cambio conductual esperado. Este sistema de enseñanza no afecta o interviene en las estructuras cognitivas, sino que se centra en sostener un discurso científico y defenderlo.

Aunque poco a poco son más los profesionales que buscan una visión más crítica, una intervención que de fruto y que produzca cambios, evaluando al paciente detenidamente y teniendo en cuenta su condición, introduciendo aspectos más psicológicos y trabajando desde la motivación del sujeto. De esta manera, la incorporación de las estrategias y la metodología empleada en el coaching nutricional pueden ser una ventaja para llevar a cabo los cambios buscados en la conducta de estilo de vida y más concretamente en este caso, alimentaria (Moya., 2019).

Por ello, cada vez se tienen más en cuenta las herramientas y metodologías que sustenta el coaching nutricional, mientras se estudian otras nuevas para conocer su impacto y efectividad en consulta. Se trata de una metodología emergente, en pleno crecimiento y de elevada relevancia en el ámbito de la nutrición.

En cuando a los precedentes, el coaching actual, es el resultado de multitud de corrientes y pensamientos. Remontando al siglo V A.C, con Sócrates, quien defendía el conocimiento propio interior previo a la llegada de cualquier conocimiento nuevo (aprendizaje). A ello se suma la corriente del “Constructivismo” que explica que el aprendizaje y consecuente cambio, se dan en cada persona al construir su propia realidad tras la interacción con el mundo exterior, estableciendo ideas propias.

Además, influencia de la teoría Humanista basada también en el individuo, defendiendo que él mismo posee la capacidad de la autorrealización, junto al existencialismo de Sartre que ve al ser humano como determinante final de sus acciones.

Las dos últimas corrientes influyentes son; la filosofía oriental y la programación Neurolingüística. La primera añade el concepto imprescindible de observar y valorar la vida como



se da en el presente, con aquello que ofrece (herramientas y oportunidades). La segunda, defiende el lenguaje y comunicación como herramienta para la externalización de la actividad neurológica (Moya., 2019).



**Figura 1.-** Corrientes base del coaching.

Así pues, se podría decir que el Coaching surge de una serie de corrientes o pensamientos que sostienen que el ser humano por el mero hecho de serlo posee unos conocimientos básicos, los cuales pueden ser ampliados, además de poseer la capacidad para realizar cualquier proceso de cambio. Por ello, aunque en este caso es de interés el coaching en el ámbito de la alimentación, este también es aplicable a cualquier ámbito; laboral, deportivo, empresarial, etc.

### **1.3 Metodología tradicional frente al coaching nutricional en consulta.**

Existen diversos métodos de trabajo en consulta, en primer lugar, el tradicional más básico, basado en la transmisión de información por medio de documentos o por diálogo en la misma consulta, empleando el consejo nutricional y la pauta dietética como método. En ocasiones, y de mayor utilidad en cuanto a impacto en los cambios esperados en el paciente o cliente, se utilizan herramientas como guías nutricionales, fotos de las raciones en medidas caseras, platos para mostrar las raciones adecuadas, entre otros.

Las guías nutricionales son herramientas elaboradas a partir de evidencia científica que facilitan la toma de decisiones. Existen estándares internacionales para la aceptación de dichas guías, que

reúnen los requisitos necesarios para que estas sean publicadas, la calidad de la metodología empleada en la elaboración de la misma es muy distante entre unas y otras, y esta es muy mejorable en general.

Como resultado de una revisión realizada recientemente de un total de 67 guías nutricionales por medio del instrumento de valoración AGREE, se observan buenos resultados en aspectos como el alcance y propósito y la claridad y presentación. En cambio, en otros aspectos como el rigor de la elaboración, participación de los implicados o aplicabilidad, muestran valores mejorables, además de inexistencia de mejora en la calidad de las guías con el paso del tiempo (Rabassa., 2019).

Otra herramienta nombrada anteriormente son las imágenes de las raciones. Existen libros que muestran por fotografías, en medidas caseras, a tamaño real, las cantidades adecuadas de consumo en la dieta. Además, en algunas consultas se opta por la posesión y muestra de vajilla para enseñar al paciente/cliente el tamaño adecuado de esta.

Otra opción menos habitual en consulta, por el coste de los materiales y en relación con el espacio necesario para tener una amplia variedad de muestra, es el uso de alimentos de plástico u otros materiales para mostrar la porción idónea de consumo.

Todas estas herramientas pueden servir de ayuda para el manejo dietético de las personas que acuden a consulta, sirviendo en mayor o menor medida para la educación nutricional de los pacientes/clientes.

Pero desde el contexto de la práctica dietética es fundamental plantearse aspectos como:

- El tiempo que debe dedicar el nutricionista para conocer a su paciente, antes de desarrollar una pauta alimentaria que sea acorde a sus necesidades, y que tenga en cuenta los requerimientos.
- Las herramientas cognitivas, emocionales o psicomotoras para conseguir el cambio de conducta.
- El grado de motivación y autoeficacia que posee el paciente.

Estos aspectos han motivado nuevas técnicas de trabajo en las que no sólo es importante la formación del nutricionista como tal, sino también la psicología del aprendizaje, la forma en la que va a educar o el lenguaje utilizado (verbal y no verbal) para guiar al paciente y alcanzar sus objetivos (Jill., 2014).

Estas nuevas técnicas emergentes por la inquietud de cubrir los aspectos nombrados anteriormente en la práctica dietética, tienen un enfoque mucho más centrado en la psicología, aspectos como

la motivación y la autoeficacia del paciente/cliente, constituyen el pilar fundamental del coaching nutricional.

En el coaching nutricional la metodología está mucho más centrada en el coachee, no se centra tanto en los conocimientos científicos del profesional, los cuales no dejan de ser importantes y deben estar actualizados y ser de calidad en todo momento, sino que adquiere una mayor importancia la capacidad de conectar con la persona e implicarse en el proceso de cambio desde un punto de vista más cercano a los aspectos psicológicos, motivacionales y de aprendizaje.

Esto se lleva a cabo con herramientas como PRAMPE, técnica útil para definir de forma clara los objetivos, aumentando de este modo las perspectivas de éxito para alcanzarlos. El método de La Balanza, por el cual se pueden valorar los costes y beneficios que lleva consigo un cambio en la alimentación, lo que lleva a tomar conciencia de la importancia de realizarlo. El Collage Motivacional, herramienta visual que consiste en la elaboración de un poster con imágenes, enunciados y símbolos que motiven el proceso de cambio. Y la elaboración de cuestionarios y listados (Lista de motivos que te alejan de tus objetivos, identificación de hábitos poco saludables, etc.), entre otras que posteriormente se desarrollarán en profundidad (Fleta y Giménez., 2015).

A la hora de decidir cuáles son las mejores técnicas a aplicar en consulta, la Academia Americana de Nutrición y Dietética afirma que no existe la mejor combinación de estrategias de cambio de comportamiento para aplicar en consulta, y afirma que se pueden aplicar estrategias de diferentes teorías de cambio de conducta para ayudar a modificar los comportamientos (Cunningham., 2016). En este sentido, son muchas las referencias bibliográficas que analizan la incorporación de estrategias y metodologías de coaching en la práctica dietética de la consulta y las consideran una oportunidad para favorecer los cambios de la conducta (Giménez et al., 2016).

El objetivo de este trabajo es revisar y analizar evidencia científica sólida sobre el coaching nutricional como estrategia para fomentar el cambio de conducta en la alimentación de pacientes en consulta.

## 2. OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo final de grado es elaborar una revisión bibliográfica con evidencia científica suficiente sobre aquellas herramientas y metodologías utilizadas en el coaching nutricional, las que mayor efectividad tienen y consiguen mejores resultados en los pacientes o clientes y aquellas que muestran mayor impacto en la motivación para el cambio.

Los objetivos secundarios que ayudan a alcanzar el principal, serían los siguientes:

- Conocer con claridad qué es el coaching nutricional y en qué se diferencia del consejo nutricional o pauta dietética.
- Saber cuáles son los métodos más utilizados en el coaching nutricional y como deben utilizarse.
- Destacar la eficacia de los diferentes métodos o herramientas.

### 3. METODOLOGÍA

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica en la que se busca la recopilación de información con base científica suficiente en relación al tema escogido, el coaching nutricional y herramientas de motivación del paciente. Para ello se ha hecho una recopilación de artículos científicos de considerable prestigio y posterior elección de los más relevantes, junto a trabajos de revisión, así como libros publicados sobre el coaching nutricional y herramientas útiles.

En cuanto a la metodología empleada en la búsqueda de información se ha llevado a cabo de la siguiente manera; Como el fenómeno del coaching nutricional es algo nuevo, se ha considerado lo más adecuado plantear unos criterios más amplios de lo que se haría de forma habitual, para no descartar de este modo estudios que puedan aportar conocimientos importantes. Respecto a la fecha de publicación se ha dado más importancia a aquellos artículos e investigaciones más recientes y con datos más actualizados y claros, pero sin descartar por fecha concreta de publicación y atendiendo principalmente al impacto. Respecto al lenguaje, uso de artículos escritos tanto en lengua inglesa como en español.

Para llevar a cabo la búsqueda se han utilizado diversas bases de datos científicas: Scielo, Pubmed, Web of Science, Alcorze y Google académico. Con el empleo de las siguientes palabras clave: “Nutritional coaching”, “Coaching in nutrition”, “Tools nutritional coaching”, “Herramientas en consulta nutricional”, “Nutritional coaching history”.

Posterior búsqueda de datos más concretos para la ampliación de información de algunos términos o cifras y prevalencias de enfermedades (Por ejemplo: “rapport” “Cáncer en España”) en bases de datos como la OMS o el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y en las bases de datos nombradas anteriormente. Y empleo del libro “*Coaching nutricional, haz que tu dieta funcione*”.

Los artículos fueron revisados por Carmen Salas Ejea, con un total de 56 artículos preseleccionados, valorados cada uno según la información útil aportada y clasificados posteriormente por su calidad, de los cuales finalmente 23 de estos (artículos de la búsqueda inicial) forman parte del presente trabajo, a los que se suman aquellos de la posterior búsqueda detallada, con un total de 27 citas que componen este trabajo.

**Tabla 2.-** Tabla búsqueda de artículos para elaboración del trabajo.

Base de datos	Palabras clave	Nº de resultados	Filtros	Resultados filtrados	Preselección
Scielo	"Nutritional coaching"	3	-	-	2
Pubmed	"Nutritional coaching"	570	Años: 2015-2021	482	12
WOS	"Nutritional coaching"	-	-	-	-
	"Coaching in nutrition"	-	-	-	-
	"Tools nutritional coaching"	-	-	-	-
Alcorze	"Nutritional coaching"	874	Texto completo (online) Años: 2013-2021	430	8
Google Académico	"Herramientas en consulta nutricional"	57900	Años: 2010-2021	15200	6
	"Retos para el futuro coaching nutricional"	9	-	-	2
	"Nutritional coaching"	18200	Ordenar por relevancia	-	8
	"Coaching nutricional"	5650	Ordenar por relevancia Años: 2010-2021	4540	18
<b>Artículos totales seleccionados</b>					56
<b>Artículos utilizados finalmente</b>					23

## 4. HERRAMIENTAS CLAVE EN EL COACHING NUTRICIONAL

Como se define anteriormente, el coaching nutricional es un proceso de cambio, guiado por un profesional, cuya figura central es el sujeto o coachee por encima del experto.

El coaching nutricional estudia las barreras u obstáculos que interceden en el alcance del objetivo buscado. Para ello es necesario estudiar al sujeto detenidamente en todos los aspectos, es decir, el ambiente que rodea, rutinas y hábitos que este tiene, aspectos psicológicos y motivacionales, así como la existencia de problemas personales tanto de salud como psicosociales. En conclusión, conocer a fondo la situación exacta de la persona.

Así pues, existen grandes diferencias entre la perspectiva tradicional de intervención nutricional y la del coaching nutricional, tanto el enfoque como la metodología empleada dista mucho entre ambas, como se muestra a continuación:

**Tabla 3.-** Diferencias entre el coaching nutricional y los enfoques prescriptivos tradicionales. Adaptación de “A new clinical perspective: Treating obesity with nutritional coaching versus energy-restricted diets” (Dayana et al.,2019).

Perspectiva tradicional	Coaching nutricional
Prescripción de una pauta dietética: los objetivos son definidos por el dietista-nutricionista.	Sin receta de dieta: el plan dietético se desarrolla mediante el establecimiento de metas autodeterminadas basadas en los valores del paciente/cliente.
Sujeto como paciente: no tomar decisiones.	Sujeto como cliente: activo y líder en la toma de decisiones.
El profesional adopta un papel de educador y prescriptor de la pauta dietética.	El profesional actúa como facilitador del cambio dietético.
El profesional es el líder y como experto se esfuerza en resolver los problemas que surjan.	Asociación a iguales entre profesional y paciente/cliente, este puede encontrar las respuestas necesarias para solucionar los problemas.
Distancia entre profesional y paciente/cliente.	Relación más cercana que forma parte del proceso.
El profesional cuestiona con preguntas de “Sí” y “No” (¿Come pescado?, ¿Hace ejercicio?).	El profesional hace preguntas abiertas (¿Cómo ve su salud ahora y en el futuro?, Cuénteme sobre su consumo de verduras...).

Preguntas de “por qué” con enfoque presente y pasado.	Preguntas de “cómo” con enfoque presente y futuro.
Objetivo de solución de un problema: a veces motivado por el miedo.	Objetivo de alcance del rendimiento óptimo: cambio de comportamiento motivado por el bien estar.

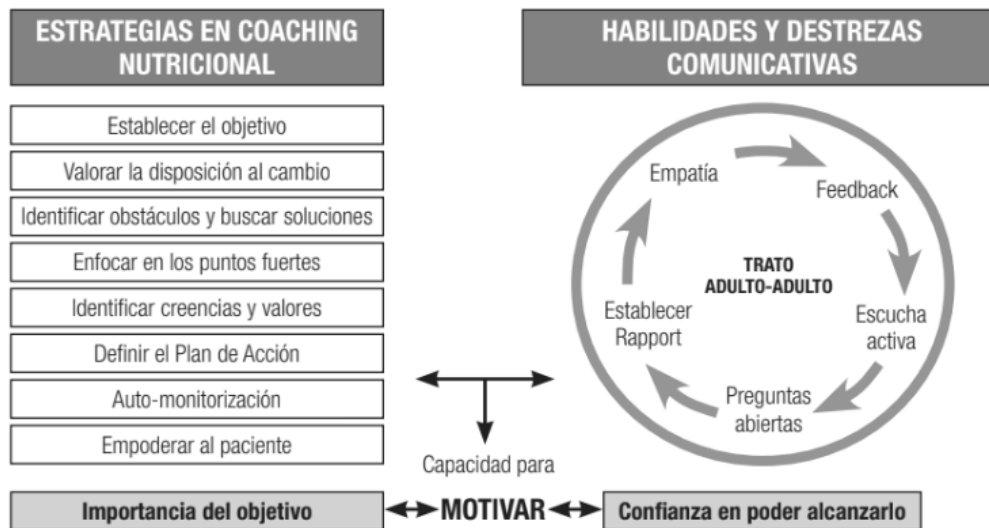
Atendiendo a lo existente en las consultas nutricionales, se trabaja con diversos fines; aumento de peso, mejora de la composición corporal, educación nutricional y consejo dietético, etc. Pero sin duda el objetivo mayoritario que se observa en las personas que acuden a consulta es la pérdida de peso. Para abordar dicho objetivo pueden emplearse diversos enfoques, siendo lo más común la pauta de una dieta restrictiva hipocalórica, con el objetivo de observar cambios a la mayor brevedad posible. Actualmente existen numerosos argumentos que rechazan esta metodología para el abordaje de la pérdida de peso, ya que se ha demostrado que la dieta puede servir de predictor significativo del aumento de peso según un estudio realizado en casi 17000 niños de entre 9 y 14 años por Field and cols. E igualmente respaldado por los resultados procedentes de una revisión de 31 estudios por Mann and cols. Sobre la eficacia de la restricción calórica a largo plazo (Herbert et al.,2016).

Además, se sostiene que el seguimiento frecuente de dietas aumenta el riesgo de atracón, por lo que podría concluirse que las dietas restrictivas a largo plazo no son efectivas, y por el contrario pueden ser motivo de un posterior aumento de peso hasta alcanzar el peso inicial e incluso un peso más elevado que el de pre-intervención. Concretamente se observó que hasta dos tercios de las personas intervenidas con restricción calórica drástica recuperaron posteriormente un peso superior al perdido, con consecuentes perjuicios para la salud de estos pacientes (mayor riesgo de infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, diabetes y una disminución del colesterol HDL). De este modo, los intentos fallidos de perder peso mediante la pauta dietética restrictiva pueden suponer la contribución a aumentar otros problemas de salud (Herbert et al.,2016).

Así pues, el coaching nutricional podría considerarse una metodología cada vez con mayor auge, con capacidad de sobreponerse al modelo tradicional, mejorando los resultados y evitando las consecuencias negativas comentadas anteriormente que implica el seguimiento constante e intermitente de dietas restrictivas.

Respecto al enfoque utilizado en el coaching nutricional este debe basarse primordialmente en el establecimiento de un objetivo claro, y una vez este se haya definido correctamente, se valorará la disposición al cambio y la validez del entorno, es decir, si este es el adecuado para realizar el proceso, concretando posteriormente el plan de acción y llevando a cabo la estrategia a seguir.





**Figura 2.-** Estrategias, habilidades y capacidad de motivación en el CN. Extraída de *Coaching nutricional para la pérdida de peso* (Giménez et al.,2016).

En la figura anterior se muestran los pilares fundamentales de la intervención, por un lado, las estrategias concretas que forman parte del coaching nutricional, y por otro las habilidades y destrezas comunicativas necesarias por parte del profesional para llevar a cabo correctamente el proceso. Podría decirse que el factor fundamental es la motivación, tanto las estrategias empleadas como las habilidades comunicativas tienen como objetivo principal el alcance máximo de motivación en el sujeto, para aumentar de este modo las expectativas de éxito.

Para analizar la calidad de la intervención por medio del coaching existen una serie de parámetros útiles que aparecen ya reflejados en la figura anterior (Fleta y Giménez., 2015):

- Fijar objetivos específicos y realistas
- Valorar la disposición del sujeto al cambio
- Identificar barreras y buscar soluciones
- Enfocarse en los puntos fuertes del coachee
- Identificar creencias y valores
- Acción, definir un plan específico y claro de acción
- Habilidades comunicativas del profesional
- Rol del paciente y del profesional
- Motivación

En cuanto al enfoque de esta metodología, se centra en las siguientes directrices, que acercan y facilitan el éxito del proceso (Fleta y Giménez., 2015);

- Empoderamiento del paciente/cliente, es decir, dar al coachee el poder de la toma de decisiones, basadas en sus valores y aportando la responsabilidad de sus acciones. Dando de esta manera importancia a la participación del sujeto en su propio proceso de cambio.
- Intervención centrada en el paciente, este es el experto en su propia vida, sus valores y creencias, a pesar de que el nutricionista es el experto en el ámbito de la alimentación.
- Colaboración; relación a iguales entre el coaching y el coachee, el primero será quien ayudará a encontrar el camino más correcto para realizar el cambio. El proceso debe darse en todo momento por colaboración entre ambas partes.
- Trato entre adultos, respeto ante las decisiones tomadas por ambas partes, mediante una relación entre iguales, es decir, cordialidad en todo momento entre ambos. Establecimiento de acuerdos por medio del diálogo.
- Autonomía del paciente. El profesional no puede forzar la situación para llevar al paciente/cliente hacia el cambio, es importante respetar su autonomía en todo momento y no obligar bajo ningún concepto a la toma de decisiones o en la ejecución de los actos.
- Autoeficacia; fomentar los juicios de las personas sobre su capacidad para alcanzar ciertos niveles de rendimiento, definición según Bandura en 1997.
- Autocontrol; mejorar o aumentar la capacidad de control propio del sujeto reforzando aquellas habilidades que ya se poseen en relación a este punto y aportando recursos nuevos para ello.
- Optimismo. Refuerzo de los aspectos positivos que se están dando, los logros que se consiguen o que están más cerca servirán de refuerzo positivo.

Para abordar dicha metodología y cumplir con los parámetros y directrices expuestos previamente, existen numerosas herramientas útiles durante la intervención, la mayoría de ellas con matices cognitivos. La correcta ejecución de estas técnicas aumenta la garantía de alcance del éxito y la motivación del sujeto. A continuación, se detallan algunas de estas herramientas utilizadas en el coaching nutricional:

#### Técnica PRAMPE

Se trata de una herramienta útil para definir correctamente el objetivo que se desea alcanzar, es importante formular correctamente dicho objetivo ya que de ello dependerá el éxito de alcanzarlo. El nombre procede de la unión de las iniciales de los principios que lo forman (Fleta y Giménez., 2015);

- **Positivo**, formulación de los pensamientos e ideas en positivo. Es importante fijarse en aquellos objetivos que se desean alcanzar, aquello que se va a conseguir, y ni si quiera nombrar aquello que no se desee.

- **Realista**, establecer objetivos que se encuentren al alcance teniendo en cuenta las condiciones personales, es decir, no buscar unos resultados completamente irreales ya sea por el tiempo establecido, la condición previa o cualquier otro factor.
- **Acordado**, evitar la imposición, las decisiones deben establecerse por consenso. Es fundamental valorar si el cambio se realiza por decisión propia o si lo que se busca es complacer los deseos de los demás (familiares, amigos, pareja, etc.), si se trata del segundo supuesto quizá no es el momento más indicado para comenzar el proceso.
- **Medible**, cuantificable. Debe existir la posibilidad de fijar indicadores que permitan el seguimiento y la monitorización y registro de los avances, de esta manera aumentará la motivación de manera simultánea al alcance de estos y servirá como refuerzo positivo.
- **Personal**, individualizado para el sujeto que va a realizar el cambio, que dependa de él mismo. Valorar si se el objetivo se encuentra en la zona de control del sujeto, si depende de esa persona y por lo tanto está bajo su responsabilidad y apetencia.
- **Específico**, detallado y concretado. El planteamiento de pequeñas metas bien definidas y establecidas a corto plazo, ayudará a ganar confianza y motivación, de nuevo servirá como refuerzo positivo.

### La Balanza

Se trata de un método empleado para sopesar los beneficios y desventajas que puede tener el proceso de cambio, mediante 4 preguntas clave:

1. ¿Qué tiene de bueno cambiar?
2. ¿Qué tiene de bueno no hacer nada?
3. ¿Qué tiene de malo cambiar?
4. ¿Qué tiene de malo no hacer nada?

Por el uso de estas preguntas el sujeto reflexiona y observa los pros y contras que provocará el cambio en la alimentación. De esta manera se facilita la toma de conciencia de la importancia de realizar el proceso, por las respuestas dadas en las preguntas 1 y 4 principalmente. Además, ayuda a conocer la predisposición del paciente/ cliente al cambio y si es el momento oportuno de llevar a cabo la intervención.

Las contestaciones a las preguntas 2 y 3 dan respuesta a las limitaciones existentes, y por ello no deben ignorarse, es importante prestar atención a dichas respuestas ya que muestra aquello que coarta a la hora de avanzar. Estos serán los aspectos que se deben resolver para aumentar la confianza y la motivación para dar el paso de cambiar (Fleta y Giménez., 2015).

### El collage motivacional

Otra herramienta destacable es “El collage motivacional”, se trata de un recurso visual con una capacidad de motivación elevada que consiste en la elaboración de un cuadro compuesto por imágenes, frases y símbolos relacionados con todo aquello que te impulsa a cambiar y mejorar los hábitos alimenticios en la persona que desea el cambio. Útil para recordar lo bueno que tiene el cambio y fomentar la motivación en psicología.

La información a nivel visual persuade a un mayor nivel que la información a nivel auditivo, por ello esta es una herramienta muy ventajosa. Además, servirá de ayuda colocar el collage en un sitio visible para recordar de manera constante los motivos y la importancia que tiene el realizar el cambio (Fleta y Giménez., 2015).

### Modelo Emeset

Por otro lado, atendiendo a las emociones destaca el Modelo Emeset. La alimentación, además de nutrirnos es capaz de influir en las emociones, es lo que ocurre con la sensación de hambre, que tiene como consecuencia un estado de mal humor, por ejemplo.

Algo muy común también es la ingesta de alimentos ultraprocesados e insanos como el chocolate o la bollería como respuesta al mal o buen estado de ánimo o el aburrimiento, en general alimentos muy ricos en azúcares y grasas, productos que en el momento de la ingesta producen placer por la elevada capacidad de liberación de endorfinas y dopamina en el cerebro, pero que tras la ingesta pueden provocar sentimiento de culpa, arrepentimiento, etc. Es así que las emociones están directamente relacionadas con la elección de alimentos y la cantidad de consumo de estos.

Para ello, desde la Universidad de Barcelona en 2001, por la psicóloga Hermínia Gomá, directora del Institut Gomá y del Máster en Coaching y liderazgo de dicha universidad, creó el Modelo Emeset como herramienta para el manejo de las emociones, con el objetivo de aprender a regularlas. No se trata de evitar el sentimiento de estas, sino de ejercer un control sobre ellas, ser capaz de disminuir la intensidad hasta que desaparezca la emoción.

Para ello se desarrolló la siguiente tabla:

**Tabla 4.-** Modelo Emeset, extraído del libro “Coaching nutricional: Haz que tu dieta funcione” (Fleta y Giménez., 2015).

Situación	Emoción	Antídoto
Peligro	Miedo	Confiar
Injusticia	Rabia, enfado	Desahogar
Pérdida	Tristeza	Consolar

Error	Culpa	Aprender
Juicio	Vergüenza	Perdonar
Ofrenda	Amor	Corresponder
Ganancia	Alegría	Compartir

Mediante esta herramienta se puede determinar cuál ha sido el estímulo causante de la emoción que se siente y cuál es el antídoto o actitud a adoptar para controlar o reducir esa emoción. Las situaciones de peligro, injusticia, pérdida, error y juicio son las más comunes en el proceso de cambio de la conducta alimentaria.

Este método defiende que el antídoto al sentimiento de culpa es el aprendizaje, que no existe fracaso en el proceso de cambio por la metodología del coaching nutricional, sino resultados inesperados como consecuencia del uso inadecuado de una estrategia (Fleta y Giménez., 2015).

### Mindfulness eating

El mindfulness es una corriente que defiende la atención plena hacia los aspectos relevantes de la experiencia sin emitir juicios al respecto.

El Mindfulness nace de una práctica budista, y podría considerarse una forma de meditación que tiene como propósito el fomentar “el pensamiento claro y el corazón abierto”. Defiende la conciencia plena en el momento presente, buscando equilibrio y bienestar. (Ludwig y Kabat-Zinn., 2008).

La práctica del mindfulness ha demostrado una elevada efectividad en la reducción del estrés y la ansiedad, y por ello la comunidad científica muestra cada vez más interés en ello.

La conciencia plena, la capacidad de atender detenidamente a lo que se hace y darse cuenta de aquello que se tendría que estar haciendo, si se ha dejado de hacer. Dentro de esta práctica existen diversas ramas según el área en la que se centra, entre ellas la vertiente centrada en el ámbito de la alimentación conocida como Mindfulness eating, corriente que busca aplicar la filosofía y la práctica de la atención plena en el entorno de la comida; ¿Por qué, cuándo, cómo, dónde, qué y cuánto se come?

Ser consciente de la ingesta en ese momento, atender las señales de hambre, de saciedad, sensaciones organolépticas, prestar atención al acto, velocidad con la que se realiza la acción. Para ello es importante evitar todo tipo de distracciones como puede ser la televisión, el teléfono móvil o cualquier otra actividad que ocasione la pérdida de conciencia del acto principal que es la alimentación, la ingesta. De esta manera es más fácil diferenciar el hambre fisiológico de las ganas de comer, la gula o hambre psicológico.

Una herramienta útil para diferenciar el tipo de hambre es la Escala del hambre, en la cual se valora antes y después de comer el nivel de hambre en una escala del 1 al 10, siendo el 10 “Sentimiento de náuseas”, el 5 “Ni hambre ni lleno”, 6 “Cómodamente lleno, satisfecho” y el 1 “Desmayado, mareado de hambre” (Fleta y Giménez., 2015).

Según una revisión bibliográfica llevada a cabo por Mantzios y Wilson, se concluyó que las intervenciones que emplean metodología del mindfulness eating obtienen resultados beneficiosos tanto en la pérdida de peso y control de este, como en la alimentación emocional y automática. Además, se sostiene que su efectividad no es elevada si el periodo de intervención es corto, debe mantenerse a lo largo del tiempo para su uso eficaz. Así pues, las intervenciones de atención plena centradas en la alimentación pueden ser una herramienta útil en la intervención nutricional (Mantzios y Wilson., 2015).

### La rueda de la alimentación

Capaz de identificar los factores que afectan a la conducta alimentaria del sujeto, destaca como herramienta útil “La rueda de la alimentación”. No solo la alimentación influye en este proceso de cambio de la conducta alimentaria, sino que existen numerosos factores que intervienen, por ello es importante identificar y tener en cuenta todos ellos.

De la necesidad de reunir parte de los factores más condicionantes de la adherencia terapéutica surge esta herramienta, con el objetivo de ayudar a la toma de conciencia de las fortalezas y debilidades propias de la persona, en relación a los elementos influyentes.

La rueda de la alimentación se compone de diez aspectos clave en la perspectiva de éxito del objetivo; planificación, entorno, confianza en ti mismo, imagen personal, comida entre horas, motivación por el alcance del objetivo, comida emocional, raciones, actividad física y pauta nutricional (Fleta y Giménez., 2015).

Mediante la evaluación personal de los aspectos anteriormente expuestos y especificados a continuación, valorando con una puntuación del 1 al 10 cada uno de ellos, se logrará la identificación de las fortalezas y aumentará el nivel de confianza, aclarará las ideas y dará una noción de los puntos que necesitan un mayor trabajo y una mayor implicación. Facilitará la búsqueda de alternativas para trabajar aquellos factores en los que la puntuación es más baja (Fleta y Giménez., 2015).

#### 1. La planificación: referente a la gestión del tiempo.

El tiempo es siempre el mismo, pero la organización de este puede ayudar a alcanzar los objetivos en un mismo plazo, se trata de una cuestión de prioridades. Cuando se requiere la ejecución de múltiples tareas en un tiempo determinado es fundamental una correcta

planificación. En este punto debería plantearse cuánto tiempo ocupan las actividades dedicadas a la mejora de los hábitos y si este es adecuado o debería ser mayor.

En este ámbito, en primer lugar, deben evaluarse las tareas que se realizan a lo largo de un día, puede ayudar la anotación de estas en orden cronológico. Una vez realizado el listado de actividades diarias llega el momento de reflexionar sobre ellas, cuantas de estas acciones son obligatorias, cuales permiten conseguir el objetivo de la conducta alimentaria (ya sea perder peso, adecuación de la dieta, etc.), qué actividades suponen un impedimento en el alcance de los objetivos, etc.

Inmediatamente tras la evaluación de las actividades realizadas en 24 horas, existe una idea más clara de la organización existente y ayuda a valorar los cambios necesarios para aproximar los objetivos establecidos previamente.

2. El entorno: atiende a las condiciones tanto materiales, ambientales, como psicosociales que rodean a la persona.

En primer lugar, debe definirse el entorno concreto en el que se va a intervenir, para posteriormente trabajarlo y valorar los cambios favorables que deben realizarse en él para que beneficien el proceso de cambio.

El entorno es muy amplio e incluye tanto la parte física (ambiente que rodea) como el entorno social (apoyo por parte de otras personas, influencias positivas o negativas de familiares, amigos, etc.)

Respecto al entorno físico es importante reconocer y reducir al máximo aquellos desencadenantes ambientales que pueden suponer una recaída o incumplimiento de la pauta. Como, por ejemplo, evitar cualquier tipo de tentación de alimentos insanos, eliminando todos los existentes en el hogar y evitando la compra de estos. La modificación del entorno físico se considera relativamente fácil y accesible, fundamental para cumplir la conducta deseada.

En cuanto al entorno social, es importante y puede ser de gran ayuda rodearse de personas que motivan e impulsan al cumplimiento de la pauta, un entorno que transmita confianza y beneficie en los momentos más críticos del proceso.

En la intervención de este aspecto es importante adoptar un rol proactivo, con la búsqueda de soluciones ante los obstáculos y barreras.

3. La confianza: nivel de seguridad en ti mismo, se trata de una barrera interna.

Para el alcance del mayor nivel de confianza posible, es importante el establecimiento de objetivos realistas y alcanzables.

Un método útil para reforzar el nivel de confianza es reconocer cualquier aspecto positivo que se identifique en la conducta y valorar los logros que se van alcanzando.

4. La imagen: este punto hace referencia al aspecto físico, el dar una baja puntuación a este punto significa que existe disconformidad con el aspecto físico.

Aquellas personas que sufren sobrepeso u obesidad tienden a abandonar su imagen y prestar poca atención a su aspecto físico, una actitud poco favorecedora. Es importante el cuidado personal tanto exterior como interior, la capacidad de mirarse al espejo y reconocer todo lo bueno que hay en ti. En este punto también se debe valorar el cómo te refieres a tu cuerpo, el lenguaje utilizado para describirlo, los mensajes emitidos (positiva o negativamente) y los juicios que haces sobre él.

Respalda la necesidad de comenzar cuanto antes con el cuidado personal tanto a nivel de aspecto físico como del trato propio.

5. Comer entre horas: se trata del picoteo o ingesta de alimentos superfluos fuera de la pauta dietética.

Habitualmente estos alimentos escogidos a deshoras son poco saludables, de pésima calidad nutricional. Para evitar esta ingesta es de gran utilidad partir de los principios del coaching; toma de conciencia (reconocer los aspectos que te llevan a la ingesta y a la elección concreta de ese alimento), responsabilidad (tomar conciencia del compromiso de cambio), confianza y orientación a soluciones (elección de un alimento de mayor aporte nutritivo en caso de que se trate de un hambre fisiológico o rechazo de consumo).

6. La motivación: factor que depende de dos aspectos; la importancia dada al objetivo establecido y la confianza en alcanzar dicho objetivo de manera óptima.

La motivación es mayor cuando se toma conciencia de la distancia entre el lugar donde te encuentras y al que quieres llegar, donde se encuentra el objetivo y se alcanzará el logro. El uso de herramientas visuales como el collage motivacional mencionado anteriormente puede ayudar en el alcance de un mayor nivel de motivación.

Además, es importante el reconocimiento de los propios logros, tanto reflexionar sobre los logros pasados y la capacidad de haberlos alcanzado, como los que se van consiguiendo a lo largo del proceso de cambio, de la intervención en el ámbito nutricional.

7. Comida emocional:

Como se comenta en el Modelo Emeset, es habitual el consumo de alimentos superfluos debido al estado de ánimo, ya sea por ansiedad, tristeza, etc. Es de real importancia trabajar la capacidad de detectar esa emoción y poner solución a ella con el uso de los antídotos del Modelo Emeset.



El simple hecho de exteriorizar los sentimientos y sentirse escuchado puede ayudar en la mejora de estas emociones. El compartir las preocupaciones con alguien que te escuche y apoye será reconfortante (entorno social favorable), disminuyendo las emociones negativas y consecuentemente siendo capaz de controlar el ansia por comer alimentos insanos en ese momento.

8. Raciones: Cantidad de alimento que se da en una comida.

Habitualmente la puntuación en esta área indica el uso de raciones más grandes de las debidas. Aquí es útil la herramienta “Escala del hambre”, por la que se evalúa la sensación de saciedad tras las comidas, como se detalla anteriormente en el Mindfulness eating.

Tras la ingesta de la ración correcta, el nivel alcanzado en dicha escala debe ser de 6, lo que significa “Cómodamente lleno, satisfecho”, no por encima de este valor.

La reducción de las raciones y comprobación con dicha herramienta del nivel de saciedad y el estado post ingesta, ayudará a la toma de conciencia de que una ración más pequeña (la realmente adecuada) no va a implicar una sensación de hambre.

Otro método útil en este punto es adecuar el entorno, es decir, cambiar la vajilla por platos más pequeños, de manera que la sensación visual sea la de un plato lleno, siendo la ración más adecuada que anteriormente, el uso de utensilios medidores para adecuar las raciones servidas o recoger el recipiente de comida sobrante para evitar la tentación de repetir plato o aumentar la ración, entre otros métodos.

9. Ejercicio físico:

Sea cual sea el objetivo; pérdida de peso, ganancia saludable de peso, mejora de la composición corporal, etc. La actividad física es un factor fundamental.

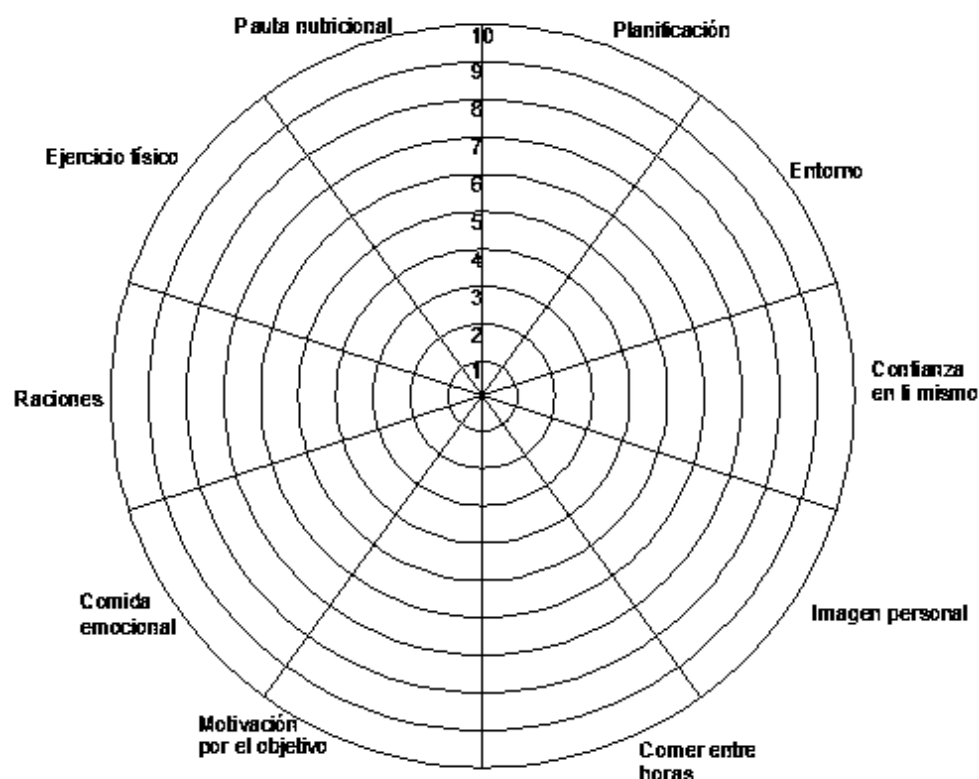
El ejercicio físico es un factor de igual importancia que la alimentación, es decir, al igual que interesa el consumo (cantidades y adecuación de dichos nutrientes), interesa el gasto que se realiza. El aumento de la actividad física llevará consigo la ganancia de numerosos beneficios para la salud y el bienestar del sujeto.

Tan importante es comenzar con la práctica de deporte lo antes posible, en la intensidad adecuada al estado físico al principio, y aumentando progresivamente con el incremento de habilidades, como el abandono de aquellas actividades sedentarias; pasar horas frente a la televisión, desplazarse en coche en distancias cortas y medias, utilizar el ascensor o escaleras mecánicas cuando existe la posibilidad de hacerlo a pie, etc.

#### 10. Pauta nutricional:

En este punto debe valorarse la satisfacción con la ingesta habitual. Es de primordial importancia el sentimiento de confort con la dieta, se puede mantener una alimentación saludable disfrutando de ella.

Si el profesional pauta un menú o dieta que no es del agrado del coachee, es necesario que este muestre su desacuerdo, para la modificación y consenso entre ambos de una nueva pauta adecuada y conforme a los gustos del sujeto. En caso de que la persona no quiera seguir una dieta estricta, puede comenzar el cambio de hábitos; con un aumento del consumo de fruta, empleo de métodos de cocción saludables, elección de bebidas saludables, optando por el agua siempre que se pueda, aumento de la actividad física, entre otros. Y disminuir simultáneamente otros hábitos o conductas que no van a beneficiar en absoluto en el alcance de los objetivos; consumo de alimentos fast-food, empleo del azúcar, pasar horas sentado, recurrir a la comida como consuelo en momentos tristes o por aburrimiento, entre otros.



**Figura 3.-** La rueda de la alimentación. Adaptación de *Coaching nutricional, haz que tu dieta funcione* (Fleta y Giménez., 2015).

## 5. EL PROFESIONAL EN EL COACHING NUTRICIONAL

“Ser un nutricionista experto es importante, pero tener la habilidad de comunicar la información de tal modo que la gente pueda aplicarla, es incluso más importante” Academia de Nutrición y Dietética, 2014. La frase citada anteriormente refleja claramente la importancia de la actitud del profesional en consulta, una de las bases que constituyen el coaching nutricional (Fleta y Giménez., 2015).

Dicha habilidad comunicativa mejorará o facilitará la adherencia del paciente/cliente al plan nutricional y a los cambios que se deseen llevar a cabo en los hábitos. Para ello el coaching nutricional se centra y profundiza en los siguientes factores, desde el punto de vista del profesional (Fleta y Giménez., 2015):

- **Expectativas:** es fundamental que el/la nutricionista no cree unas expectativas superiores o por encima de las posibilidades. Si se plantean unos objetivos irreales y el paciente observa que no se están cumpliendo, no tardará en abandonar. Es importante que el/la profesional junto al paciente/cliente planteen expectativas realistas, y el primero lleve un seguimiento periódico para comprobar si el proceso se está desarrollando como se esperaba, de ser así, esto favorecerá la motivación del sujeto que realiza el cambio.
- **Autoeficacia:** el profesional debe fomentar la autoeficacia, concienciando a las personas de la importancia de adquirir conductas beneficiosas para la salud. Esto además favorecerá la motivación y mejorará la autoconfianza.
- **Participación activa del paciente:** se debe permitir en todo momento la expresión del coachee, es importante conocer sus opiniones y sugerencias, facilitar buenas fuentes cuando este las requiera y que sea él mismo quien decida y tome decisiones a lo largo del proceso, asesoradas en todo momento por el profesional.

Respecto a las habilidades comunicativas como bases para el desarrollo óptimo del coaching nutricional destacan las siguientes:

En primer lugar, el **rappport**, es decir, la capacidad del profesional para conectar con el paciente/cliente, es fundamental que se establezca una relación de confianza entre ambos. En la mayoría de ocasiones es complicado o cuesta tiempo conseguir la confianza por parte de la persona que acude a consulta, ya sea por malas experiencias pasadas u otros motivos, y por el contrario cuesta mucho ganar dicha confianza.

A la hora de dialogar y tratar con el paciente/cliente, se considera clave atender al triángulo de confianza, este es el formado por las cejas y la nariz, lo que favorece la comodidad de la persona,

ya que la mirada fija a los ojos puede resultar incómoda, de esta manera se consigue generar un mayor interés por parte del coachee.

El rapport también consiste en empatizar y sintonizar con la forma de ser de la otra persona, sus creencias, cultura, hábitos, etc. Y ante todo como factor fundamental la muestra de respeto.

En esta habilidad comunicativa se defiende el trato de las personas llamándolas por su nombre desde un primer momento, lo que favorecerá la ganancia de confianza, dar la mano y acompañar al paciente a la salida, mostrar interés por temas sociales, familiares, aficiones, etc. Prestar atención al lenguaje verbal y también al no verbal (Fleta y Giménez., 2015).

Según un estudio cualitativo longitudinal realizado en 2017, con el objetivo de conocer aquellos aspectos que valoran mejor los pacientes/clientes de los profesionales para el establecimiento de confianza y una adecuada relación entre ambos, es decir, el rapport, se identificaron cinco acciones fundamentales para el desarrollo de esta habilidad. Se trata de las siguientes acciones; brindar tranquilidad al coachee, recordar que está bien realizar preguntas sobre todas aquellas dudas que puedan surgir a lo largo de la intervención, mostrar los resultados a medida que se van observando y explicar lo que estos significan, evitar comportamientos y acciones que puedan suponer un juicio de los pacientes y mostrar interés sobre los objetivos e intereses de los pacientes/clientes (Dang et al.,2017).

Otra habilidad comunicativa de importancia en el coaching nutricional por parte del profesional es la **escucha activa**, lo que ayudará a comprender al coachee, mostrar interés y conocer los motivos que le han llevado hasta la consulta, concluyendo de este modo como poder ayudar de una manera más efectiva y afectiva. Existen diferentes niveles de escucha; superficial (se muestra interés en la escucha, pero realmente no se atiende, solo se espera al momento oportuno para hablar), participativa (escucha, pensamiento y posterior habla), atenta (enfoque en lo que dice el paciente/cliente) y completa o activa (además de prestar atención al habla, también se hace a sus emociones, comunicación verbal y no verbal), esta última es la que se busca en consulta para una mayor efectividad de la intervención.

Mediante la escucha activa se conocen más a fondo los gustos y apetencias, preocupaciones e inquietudes del sujeto que acude a consulta, pudiendo de este modo realizar una pauta centrada en sus necesidades que facilitará la adherencia y el alcance de los objetivos. Se trata de uno de los métodos con mayor efectividad y con capacidad constructiva en comunicación que puede utilizarse en la relación salud-paciente (Fleta y Giménez., 2015).

Cabe destacar además el **feedback**; dícese de la acción de devolver una señal modificada al emisor de un mensaje. Aplicado en consulta sería la réplica modificada del coach como respuesta a aquello que ha expresado el coachee. Se trata de una habilidad muy útil para validar lo que el

paciente/cliente ha dicho. Además, sirve para motivar, reconocer y remarcar aquellas conductas adecuadas y para reestructurar, dar una perspectiva diferente, a las diversas situaciones que se planteen en la consulta. Existen tres tipos de feedback: cognitivo (qué ha dicho), corporal (postura o gestos) y emocional (sentimientos) (Fleta y Giménez., 2015).

Para que el feedback sea eficaz en el coaching es importante considerar varios aspectos; en primer lugar, la relación coach-coachee, la calidad de la interacción del coaching (herramientas utilizadas, metodología empleada, etc.), la mentalidad del coachee y su forma de ver las cosas (receptividad de este a los cambios, es un aspecto clave en el coaching) y la organización que rodea al coaching, si existe mentalidad de crecimiento y cambio (Atkinson et al., 2021).

Otro instrumento útil en relación a las habilidades comunicativas es la **empatía**, la capacidad de una persona para vivir como propios los pensamientos y emociones de otras personas, reaccionando adecuadamente, el componente cognitivo comprende los pensamientos del paciente/cliente y el afectivo comparte el estado de ánimo/emocional (Fleta y Giménez., 2015).

Un pilar fundamental para la efectividad del coaching es la estructura de las conversaciones, que estas lleven una secuencia ordenada y clara. Será el profesional el que lleve las riendas de la conversación y esto ayudará al paciente/cliente a conseguir el objetivo deseado. Con el desarrollo de la conversación el sujeto irá tomando conciencia de su realidad, provocando una búsqueda de soluciones por su parte y un aumento de la motivación y confianza tanto en sí mismo como en el profesional.

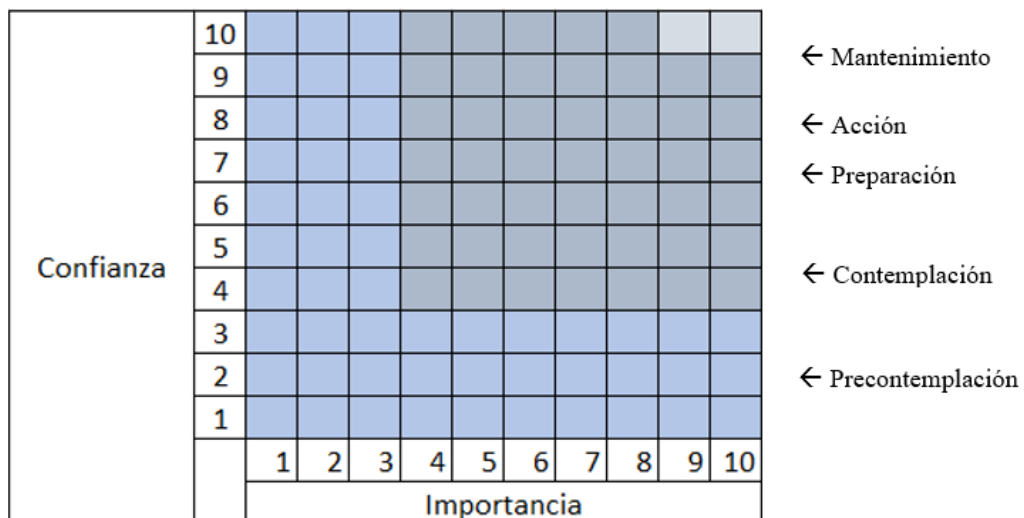
El modelo **ODIBROPA** establece la división de la conversación en el coaching nutricional en cinco etapas (Fleta y Giménez., 2015):

1. **Objetivo:** determinación del objetivo a alcanzar por consenso de ambas partes (profesional y persona que acude a consulta). Trabajar las expectativas en relación al objetivo es algo determinante en este punto. Puede ser de gran ayuda descomponer el objetivo principal en pequeños objetivos alcanzables y específicos a más corto plazo. Ayudará que el objetivo cumpla los criterios de la técnica PRAMPE. Preguntas útiles para esta fase:
  - ¿De qué le gustaría hablar?
  - ¿Cuál es el problema que quiere solucionar?
  - ¿Qué quiere cambiar de esta situación?
2. **Disposición al cambio:** valoración de la disposición al cambio. Es importante asegurarse de que el paciente/cliente ha tomado conciencia de la situación y muestra interés y actitud para empezar con el plan nutricional. Preguntas útiles en esta fase:
  - ¿Tiene suficiente motivación y confianza?
  - ¿Está preparado/a para iniciar el cambio en la dieta y hábitos?

Existe una herramienta útil para determinar si la persona se encuentra realmente dispuesto a comenzar el cambio, basada en el modelo transteórico del cambio de Prochaska y Diclemente. Este modelo sostiene que un cambio conductual es un proceso de fluctuación por diversas etapas o estadios y ayuda a identificar en qué punto se encuentra la persona que acude a la consulta (Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción, Mantenimiento y Recaída) (Fernández., 2017). Es necesario que la persona sitúe en una escala del uno al diez su nivel de confianza y de importancia que da al alcance del objetivo establecido.

En una escala del 1 al 10.

- ¿Qué nivel de importancia le otorga a conseguir su objetivo?
- ¿Qué nivel de confianza tiene de conseguirlo?



**Figura 4.-** Gráfico para la valoración de la disposición al cambio, basado en el creado por la American College of Sport Medicine. Adaptación de *Coaching nutricional, haz que tu dieta funciones* (Fleta y Giménez., 2015).

3. Barreras y recursos: sea cual ser la fase en la que se encuentre la persona que acude a consulta, el siguiente paso es la identificación de barreras y recursos en todos los aspectos; cognitivo, emocional, del entorno, etc. Algunas preguntas útiles:
  - ¿Cómo describiría su situación actual?
  - ¿Qué está pasando para usted en este momento?
  - ¿Dónde y cuándo realiza las comidas?
4. Opciones: valorar de forma conjunta las posibles opciones destinadas a conseguir el objetivo. El profesional propondrá diversas opciones; pauta nutricional, técnicas culinarias más

adecuadas, alimentos que pueden ser más o menos beneficiosos. La oferta de diferentes opciones fomentará la participación activa en el plan. Una participación activa en la planificación del proceso mejora la adherencia y el porcentaje de cambios es mucho más elevado. Algunas preguntas útiles en esta etapa pueden ser:

- ¿Qué es lo que ha intentado ya?
- ¿Qué ha hecho anteriormente que haya funcionado?
- ¿Qué no ha intentado todavía?

5. Acción: última fase de la conversación, en esta el paciente es consciente de la responsabilidad de acción. En el coaching nutricional la intervención no se queda en una reflexión, sino que debe llevar al paciente a la acción. El paciente debe salir de la consulta adquiriendo al menos un compromiso de acción. Algunas preguntas útiles:

- ¿Qué va a hacer?
- ¿Se compromete?
- ¿Esta acción le va a permitir alcanzar sus objetivos?

Este modelo de estructuración de la conversación no solo es útil en la primera consulta, sino que puede servir como referencia para cada visita, ayudando a revisar los objetivos y en caso de que sea necesario estableciendo nuevos y revisando las acciones que se están llevando a cabo.

## 6. SEGMENTACIÓN POR GRUPOS

Dentro del coaching nutricional se puede hacer una diferenciación por segmentos de la población; pacientes con obesidad, prevención del cáncer y trastornos de la conducta alimentaria, entre otros. A continuación, se especifican algunos de estos grupos y la efectividad del coaching en la intervención de cada colectivo.

### 6.1 El coaching nutricional en la obesidad

Según el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España, se estima por medio de diversos estudios llevados a cabo en el año 2007, que el 6,2% de la población infantil y juvenil no desayunan habitualmente, lo que está directamente relacionado con la obesidad.

La prevalencia de obesidad, especialmente en la población infantil y juvenil supone un 13,9% a lo que se suma un 12,4% de niños/as con sobrepeso, su tendencia ascendente en los últimos años remarca el término de “obesidad epidémica”. Siendo la obesidad infantil un condicionante y factor predisponente para padecer obesidad en la edad adulta.

En la población adulta de entre 25 y 60 años, en España, la prevalencia de obesidad es del 14,5% a la que se suma un 38,5% de personas que sufren sobre peso, es decir, el 53% de la población adulta española se encuentra por encima del normopeso (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social., 2007).

El aumento de la incidencia de obesidad en la población infantil tiene como consecuencia el aumento drástico de la tasa de enfermedades relacionadas con la obesidad en adultos, como las enfermedades de tipo cardiovascular, diabetes tipo 2, SAOS y trastornos mentales en el caso de los niños y jóvenes. En niños y niñas los diagnósticos más habituales provocados por la obesidad infantil son; aumento de la presión arterial, resistencia a la insulina y dislipemias.

Por ello, los hábitos en relación a la alimentación y la actividad física durante los primeros años de vida son determinantes para la progresión de la obesidad a lo largo de la vida. Así pues, una intervención nutricional mediante la metodología del coaching nutricional en la infancia, así como en aquellos padres y aquellas madres con sobrepeso u obesidad cuyos hijos tienen una mayor probabilidad de padecerlo, puede ser eficaz en la disminución de esta prevalencia (Karmali et al.,2019).

En cuanto a la población adulta, comúnmente la obesidad es tratada en consulta mediante dietas con restricción calórica drástica, pero se ha observado que estas pueden provocar más desventajas que beneficios, ya que alrededor del 90-95% de las personas que siguen una dieta de adelgazamiento con restricción calórica alcanza a largo plazo el peso inicial o incluso lo supera,



lo que se conoce comúnmente como efecto rebote. Esta recuperación del peso intenta explicarse con la teoría de la “termogénesis adaptativa”, es decir, la disminución de gasto energético en reposo tras la restricción energética y la pérdida de peso. Otra de las hipótesis es el cambio en la microbiota intestinal y cómo ello influye en la pérdida o ganancia de peso, ya que el microbioma intestinal es un factor constituyente de la fisiopatología de la obesidad.

La intervención del coaching en la obesidad, tanto en el ámbito de la actividad física como la alimentación, ha demostrado efectos significativos sobre la reducción de peso. Según una revisión de 33 artículos sobre el coaching de bienestar y salud, dentro del cual se encuentra el coaching nutricional, se cataloga este tipo de intervención como una herramienta útil en la obesidad con beneficios para la pérdida de peso. 14 de estos 33 artículos fueron ensayos controlados aleatorizados, de los cuales el 87% obtuvo como resultados un efecto significativo sobre la disminución del peso, aunque deberían restringirse de manera más concreta las estrategias utilizadas para que estas fueran puramente propias del coaching. La literatura en relación a este método de intervención para la obesidad es una literatura emergente en pleno crecimiento, acostumbrando a encontrar resultados altamente consistentes y beneficiosos (Dayan et al., 2019).

Al igual que la revisión anterior, existen otros estudios con resultados positivos al respecto, como el realizado por Lancha y cols. Con una intervención de coaching nutricional en un caso concreto de fracaso en la pérdida de peso, la intervención se llevó a cabo en un periodo de tres meses y se obtuvo como resultado la pérdida de 9 kg de peso. En este caso no se trata de un ensayo controlado, pero el estudio mostró que la intervención por medio del coaching nutricional únicamente puede producir efectos positivos en la pérdida de peso y la salud en general (Lancha., 2016).

Además, un estudio controlado y aleatorizado por grupos, sobre el coaching basado en una intervención por medio de una web online, junto a recordatorios vía SMS y reuniones semanales vía telemática. Con la participación de un total de 186 participantes con sobrepeso u obesidad, divididos en grupo control al que se aplicó un enfoque tradicional con prescripción dietética y actividad física y grupo de coaching. La duración fue de 12 semanas durante las que los participantes recibieron una intervención centrada en la nutrición. A pesar de no tratarse de un modelo perfecto de coaching nutricional puro, se observó que la pérdida de peso promedio era de 2,5 kg más en el caso del grupo intervenido con la metodología del coaching que aquellos que recibieron una intervención por el modelo tradicional.

Así pues, un número creciente de estudios sugiere que las estrategias utilizadas por el coaching de salud y bienestar y consecuentemente del coaching nutricional, tiene elevada eficacia para la pérdida de peso en pacientes con obesidad, y ofrece al mismo tiempo y consecuentemente la ganancia de salud. Además de estas ventajas, se ha visto que también puede tener efectos positivos

en cuanto a costes, reduciendo los gastos de atención médica. Por todo ello, se trata de una estrategia prometedora en este campo y potencialmente mucho más eficaz que la prescripción de dietas estrictamente hipocalóricas (Dayan et al.,2019).

## 6.2 El coaching nutricional en el cáncer

Definido por la OMS, “El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distales del organismo. Muchos tipos de cáncer se pueden prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana” (World Health Organization., 2017).

El cáncer es una de las principales causas de morbi-mortalidad en la actualidad mundialmente, con aproximadamente 18,1 millones de nuevos casos en 2018 en todo el mundo (últimos datos disponibles a nivel mundial, obtenidos por el proyecto GLOBLOCAN). Se prevé un aumento de 11,4 millones más al año en 2040.

Según datos publicados por la OMS en su Informe mundial del Cáncer 2014, en torno a un tercio de las muertes por cáncer se deben a factores evitables como son; el tabaco, infecciones, alcohol, sedentarismo y a dietas inadecuadas (insuficiente ingesta de frutas y verduras) (Sociedad Española de Oncología Médica.,2020).

En relación a este campo existen dos tipos de estudios, por un lado, aquellos que se centran y realizan su intervención en pacientes ya diagnosticados de cáncer, y por otro lado el coaching nutricional como herramienta para adoptar hábitos preventivos del cáncer.

En el primero de los casos, estudiando personas ya diagnosticadas de la enfermedad, aparece una revisión centrada en el coaching de salud y bienestar, compuesta por 13 artículos de los cuales no todos eran estudios como tal, 4 de ellos se consideraron revisiones, comentarios u opiniones sobre el tema, por lo que a estos se les dio un menor protagonismo. Todos ellos sobre pacientes con cáncer.

De los 9 estudios restantes, 8 de ellos con información cuantitativa y el restante con métodos mixtos. Estos estudios realizaban una intervención de entre 1,5 a 6 meses, con entre 4 a 11 sesiones de coaching llevadas a cabo. 7 de estos 9 estudios se realizaron como ensayo clínico aleatorizado. Bien es cierto que existe un riesgo sustancial de sesgo en los estudios ya que no se notifican las comorbilidades, no se midieron ni declararon consecuencias fisiológicas y psicológicas provocadas bien por la enfermedad o por el tratamiento.

Como resultados se observó que el coaching en salud y bien estar para pacientes con cáncer aporta beneficios principalmente psicológicos. En 2 de estos estudios se reflejó además un claro cambio en el comportamiento nutricional con efecto beneficioso en la enfermedad. Así pues, la intervención del coaching en pacientes con cáncer puede aportar beneficios tanto a nivel nutricional, como en aspectos psicológicos que en la mayoría de las ocasiones influyen en la alimentación. Como consecuencia mejora la calidad de vida de estos (Sforzo et al., 2017).

En cuanto al estudio de intervención en la prevención de cáncer, es importante en primer lugar conocer los factores preventivos de la enfermedad, ya que de esta manera el fomento de estos hábitos influirá de manera positiva retardando o evitando la aparición de la patología. Cabe resaltar la importancia de la práctica de actividad física de manera rutinaria, así como una dieta equilibrada en la que las frutas y verduras tengan un papel importante, por su alto contenido en vitaminas, fibra y antioxidantes. Además de estos alimentos, es importante la elección correcta de otros alimentos, como la elección de cereales integrales antes que aquellos refinados, alimentos con propiedades beneficiosas como los frutos secos, la cúrcuma, el ajo o la soja, alimentos ricos en ácido fólico, ácidos grasos omega 3 y, por último, la ingesta de vitamina D y calcio, a excepción de los casos de cáncer de próstata y páncreas (Meza y Giménez., 2014).

En la revisión publicada en 2013 por Meza y Giménez aparecen numerosos estudios en relación al coaching nutricional como herramienta para la adquisición de hábitos alimentarios preventivos del cáncer. Entre ellos, el estudio de Aoun S et al. publicado en el año 2011, con la intervención en 40 hombres, concluyó al igual que otros estudios, que el coaching vía telefónica puede aumentar de manera significativa el consumo de frutas y verduras. Otro estudio tratado es el publicado el mismo año, realizado por Hughes SL et al., con una muestra de 423 personas de edad adulta (entorno a los 40 años) segmentada en 3 grupos; grupo control (grupo 1), grupo intervenido por coaching basado en webs de evaluaciones de riesgos con apoyo de coaches (grupo 2) y el tercer grupo, intervención basada en webs de evaluaciones de riesgos y módulos específicos de comportamiento (grupo 3). La duración del estudio fue de 12 meses, tras los cuales se recogieron los resultados, observándose un aumento significativo del consumo de frutas y verduras y la práctica de la actividad física en el grupo 2, junto a la disminución del consumo de grasas. En el grupo 3 se observó un cambio significativo en la circunferencia de cintura, siendo esta menor. Pudo concluirse que en el grupo 2 se obtuvieron el doble de resultados positivos que en el grupo control (Meza y Giménez., 2014).

## 7. EL COACHING NUTRICIONAL TELEFÓNICO/ONLINE

En cuanto a la intervención nutricional mediante la metodología del coaching se pueden diferenciar dos modalidades; por un lado, la del coaching nutricional de manera presencial, llevado a cabo habitualmente en la consulta y, por otro lado, el coaching nutricional on-line o telefónico, también llamado e-coaching, un tipo de intervención más reciente, el cual se lleva a cabo de manera no presencial mediante el uso de las nuevas tecnologías. En esta nueva modalidad las consultas se realizan vía telefónica o telemática y se emplean páginas web, correo electrónico, SMS, videoconferencias, llamadas telefónicas, etc. Lo que posibilita la interacción entre profesional y paciente/cliente sin importar el lugar o la distancia existente entre ambos.

Atendiendo exclusivamente al coaching telemático surge un listado de pros y contras en su utilidad. Las ventajas del uso de internet como plataforma para desarrollar programas de intervención en el ámbito de la salud como el coaching nutricional son las siguientes (Dámaso., 2011):

- Accesibilidad desde cualquier parte del mundo, de rápida trasmisión y beneficiando en el ahorro de tiempo.
- Permite la participación en debates, foros, etc. interacción entre sujetos que realizan el mismo proceso. Facilita la difusión de la información y el intercambio de opiniones.
- Posibilidad de actualización constante de la información.
- Feedback inmediato por ambas partes.
- Aprovechamiento y ahorro del tiempo y desplazamiento. Reducción de los costes.
- Beneficio por parte del profesional, capacidad de abarcar un mayor número de pacientes/clientes. Posibilidad de atender personas de cualquier lugar sin ningún inconveniente.

Por el contrario, existen una serie de desventajas a la hora de implementar dicha metodología:

- La calidad, interpretación y comprensión de la inmensa cantidad de información disponible en la red es difícilmente evaluable por un usuario no profesional. Lo que supone una elevada dificultad para la selección de contenidos adecuados.
- Acceso limitado a este medio para las personas desfavorecidas. Desigualdad territorial en la accesibilidad a internet, influencia del nivel socioeconómico.
- Dificultad en las personas mayores para el manejo de las nuevas tecnologías.
- Se cuestiona la privacidad y confidencialidad del método.
- Existencia de dudas en cuanto a la fiabilidad del programa, ya que en Internet no existe una validación previa de la información disponible, existiendo posibilidad de encontrar webs poco fiables o estafas sin tener sospecha de ello.

En cuanto a la eficacia de esta rama del coaching nutricional existen numerosos estudios que lo valoran, y parte de ellos lo comparan con la metodología presencial de trato cara a cara.

En relación a la eficacia del coaching telefónico aparecen numerosos estudios, como el llevado a cabo por Lawson et al. Un estudio observacional para valorar el impacto del coaching telefónico en diferentes parámetros de la salud (entre ellos la nutrición y control de peso) en población de alto riesgo, siendo los participantes en su mayoría personas con elevada carga de enfermedades crónicas (principalmente hiperlipidemia, HTA, depresión, dolor lumbar, diabetes, asma, y trastornos convulsivos, de mayor a menor incidencia). La duración del estudio fue de 2 años y tuvo una participación de 6940 individuos activos, de los cuales una minoría aceptaron la metodología del coaching en salud.

El objetivo de la intervención era aumentar la motivación intrínseca, la autoeficacia y la enseñanza de la capacidad de autogestión. Intervención basada en sesiones de asesoramiento telefónico y correos electrónicos educativos personalizados.

Como resultado se observó que la implantación de dicho programa alcanzó mejoras significativas en la calidad de vida de los pacientes, reduciendo simultáneamente las necesidades de la atención médica de las personas con enfermedad crónica a largo plazo (Lawson et al., 2013).

En relación a la comparación de ambas metodologías del coaching, aparece un estudio realizado por Johnson et al. en 2018, para evaluar la eficacia del coaching basado en telemedicina para la pérdida de peso y mejora de los marcadores metabólicos, en el que se demuestra que el asesoramiento innovador y multidisciplinar en salud a través de videoconferencias, obtiene cambios más favorables en la pérdida de peso, la actividad diaria y la resistencia a la insulina, que la intervención presencial o el grupo control. Este estudio se llevó a cabo con la participación de 30 sujetos diagnosticados de obesidad asignados aleatoriamente en grupo de intervención por medio de videoconferencia, grupo de intervención personal o grupo control.

Para llevar a cabo el registro de actividad y los cambios se utilizó como herramienta un reloj inalámbrico y una báscula con conexión a dispositivos móviles por cada sujeto, recogiendo dicha información en una base de datos segura para el posterior análisis de los resultados. Los grupos seleccionados para la intervención por videoconferencia y personalmente, recibieron asesoramiento en salud dirigido por un equipo multidisciplinar formado por dietistas, entrenadores personales y médicos durante un periodo de 12 semanas.

Así pues, la pérdida de peso tras la intervención fue mayor en el grupo de coaching por videoconferencia, seguido por la intervención de coaching presencial. Además de cambios en otros datos relevantes como los pasos diarios realizados, con un valor significativamente mayor en el grupo de videoconferencia, y sin encontrar diferencias significativas en aspectos como la

glucosa, insulina o HbA1C entre participantes tanto del mismo grupo como entre estos (Johnson et al., 2018).

Para que esta intervención por medio del e-coaching sea efectiva y consiga unos mejores resultados, al igual que en las visitas personales en consulta nutricional, es importante establecer una buena relación coach-coachee en estas consultas (videoconferencia, telefónicas, etc), es decir, el rapport.

Con el fin de evaluar los aspectos más significativos para establecer una buena interacción entre ambas partes aparece un reciente estudio sobre las estrategias para establecer una buena relación durante el desarrollo del coaching en línea (a través de una amplia variedad de tecnologías) y valorar la metodología empleada.

Existen entonces una serie de pros y contras, en primer lugar, como inconveniente en este tipo de intervención se da la falta de señales no verbales, parte importante para el desarrollo del coaching, lo que puede provocar dificultad en la comprensión y deficiente eficacia. La falta de pistas visuales, puede superarse con la correcta verbalización del proceso y prestando atención en todo momento en la conversación.

Por otro lado, como ventaja destaca la posibilidad de que los pacientes/clientes conciban una mayor libertad de expresión al compartir los sentimientos de manera indirecta (en ocasiones facilita el conocimiento de información que en la relación cara a cara no se conocerían), libres de posibles malentendidos procedentes en ocasiones de la comunicación no verbal.

Como pilares de una buena relación coach-coachee, entre los resultados destaca la importancia de; la honestidad y autenticidad del coach, transmitiendo tranquilidad al coachee para una buena efectividad de la intervención. La credibilidad del coach, provoca el aumento de confianza, este aspecto se puede promover compartiendo y descubriendo experiencias personales. Además, la escucha activa sigue teniendo un importante protagonismo en esta metodología, el coachee debe sentirse escuchado. Por último, el flujo de la información es otro de los factores a tener en cuenta, una conversación estructurada y con orden, independientemente del medio escogido (correo electrónico, llamada telefónica, etc.) (Coller-Peter y Manzini, 2020).

## 8. CONCLUSIONES

El coaching nutricional es una metodología de intervención emergente, cuyas expectativas de éxito son crecientes, y el número de estudios centrados en su evaluación aumenta exponencialmente con el paso de los años.

En la actualidad existen numerosos estudios que evalúan su eficacia, pero todavía existe una gran deficiencia en la delimitación de las herramientas puras del coaching nutricional. Hay carencias en cuanto a la determinación de los métodos concretos a aplicar.

Lo que sí está claro es que todas las herramientas utilizadas en el coaching nutricional van más allá de la elaboración de una pauta dietética o recomendaciones de alimentos concretos, todas ellas tienen un trasfondo psicológico/cognitivo que ayuda al aumento de la motivación en el proceso y favorece la adherencia y el aumento de confianza en el profesional que acompaña el proceso, el dietista-nutricionista.

Uno de los puntos clave para la efectividad del programa de coaching nutricional, que se refleja en las herramientas utilizadas en el coaching, es la fijación de un objetivo claro, realista, alcanzable y teniendo en cuenta el entorno del sujeto y las posibilidades que este le ofrece.

Existe dificultad para encontrar estudios centrados en el coaching nutricional como tal, ya que la mayoría estudian la intervención del coaching en salud (Incluye alimentación, actividad física, salud preventiva, etc.), dentro del cual se desarrolla la intervención del coaching nutricional, por ello es importante en estos estudios tener en cuenta que los resultados observados como la pérdida de peso no solo pueden ser resultado de la intervención del coaching nutricional, sino que influyen otros factores como la actividad física.

Respecto a la implicación del coaching en diferentes sectores de la población, existen grandes diferencias en cuanto a la cantidad de estudios en los diferentes grupos. Considerable número de estudios centrados en personas diagnosticadas de obesidad o sobrepeso, seguido de pacientes con cáncer, y aparición de estudios en menor medida de pacientes diagnosticados de enfermedad renal. Existe necesidad de evidencia sobre la eficacia de intervención del coaching en otros grupos de población como los trastornos de la conducta alimentaria, de los cuales aparece un número reducido de resultados y cuyas expectativas son prometedoras, u otros grupos como la población infantil, la población geriátrica u otras patologías como las relacionadas con la enfermedad cardiovascular.

Por último, existencia de considerable evidencia sobre la eficacia del e-coaching (coaching telefónico o telemático), debido a las ventajas que ofrece tanto en facilidades prácticas, como ahorro en costes y ganancia de tiempo, se trata de una modalidad en crecimiento y con elevadas



expectativas de éxito, ya que el uso de las tecnologías está cada vez más generalizado en la población, siendo cada vez menor el porcentaje poblacional con inaccesibilidad a este medio. Se muestra según los estudios evaluados, una mayor efectividad que la intervención tradicional cara a cara.

Aunque no debe olvidarse que a menudo las personas mayores son reacias al uso de los dispositivos electrónicos, y en el caso del coaching nutricional enfocado al tratamiento de diversas enfermedades, este sector de la población puede ser una gran parte de los implicados, ya que existe una mayor prevalencia de padecer patologías en estas edades.



## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Atkinson A, Watling CJ and Brand PLP. Feedback and coaching. *Eur J Pediatr* (2021).
2. Coller-Peter S, Manzini L. Strategies to establish rapport during online management coaching. *S.A J. Hum. Resour. Manag*, 2020; 18(0).
3. 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.
4. Dámaso L. (2011). *El coaching nutricional on line: Ventajas, debilidades y retos para el futuro*. Universitat Oberta de Catalunya.  
<http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/handle/10609/18464>
5. Dang BN, Westbrook RA, *et al*. Building trust and rapport early in the new doctor-patient relationship: a longitudinal qualitative study. *BMC Med Educ*. 2017; 17-32.
6. Dayan P.E, Sforzo G., Boisseau N., Pereira-Lancha L.O., Lancha A.H. A new clinical perspective: Treating obesity with nutritional coaching versus energy-restricted diets. *Nutrition*. 2019; 60, 147-151
7. Fernández L. (2017) *Entrevista motivacional como intervención enfermera para el abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria*. Universidad de Cantabria.  
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/11744/Fern%C3%A1ndez%20Hern%C3%A1ndez%20Laura.pdf?isAllowed=y&sequence=4>
8. Fleta Y, Giménez J. *Coaching nutricional*, Barcelona: Debolsillo; 2015.
9. Giménez J, Fleta Y, Meya A. Nutritional coaching for weight loss. *Nutr Hosp*.2016;(33):135-147
10. Herbert A, Sforzo G.A, Oquendo L. Improving nutritional habits with no diet prescription: details of a nutritional coaching process. *Am J Lifestyle Med*. 2016;(12):160-165.
11. Hernández M. (2012) *Comunicación y motivación para el cambio*. Universidad de Murcia.  
<https://www.publicaciononline.com/COMUNICACION-Y-MOTIVACION-PARA-EL-CAMBIO-TFGBascu%C3%B1ana.pdf>
12. Jill K. How Can Registered Dietitian Nutritionists Use Health Coaching Techniques?. *J Acad Nutr Diet*.2014;114(5):824.
13. Johnson KE, Alencar MK, *et al*. Telemedicine-Based Health Coaching Is Effective for Inducing Weight Loss and Improving Metabolic Markers. *Telemed J E Health*. 2019; 25(2):85-92.

14. Karmali S, Battram D, *et al.* Coaching and/or education intervention for parents with overweight/obesity and their children: study protocol of a single-centre randomized controlled trial. *BMC Public Health.* 2019; 19, 345.
15. Lancha A.H, Sforzo G.A, Pereira-Lancha L.O. Improving nutritional habits with no diet prescription: details of a nutritional coaching process. *Am J Lifestyle Med.* 2016; 12, 160-165.
16. Lawson KL, Jonk Y, O'Connor H, Riise KS, Eisenberg DM y Kreitzer MJ. The impact of Telephonic Health Coaching on Health Outcomes in a High-risk Population. *Glob Adv Health Med.* 2013; 2(3), 40–47.
17. Mantzios M, Wilson JC. Mindfulness, Eating Behaviours, and Obesity: A Review and Reflection on Current Findings. *Curr Obes Rep.* (2015);4, 141-146.
18. Marques-Lopes I. Coaching nutricional, un camino para conseguir cambios. *RENHyD.* 2014;18(1), 1-2.
19. Mehring M, Haag M, *et al.* Effects of a general practice guided web-based weight reduction program- Results of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Fam Pract.* 2013; 14-76
20. Meya A, Giménez J. Coaching nutricional como herramienta para la adquisición de hábitos alimentarios preventivos del cáncer. *RENHyD.* 2014;18(1), 35-44.
21. Miller W.R, Rollnick S, compiladores. La entrevista motivacional. Preparar el cambio de conductas adictivas. 8ªed. Madrid: Paidós;2011.
22. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social- Campañas- Prevención de la obesidad infantil. (2007). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social.
23. Moya J. Coaching nutricional y motivación para el cambio de conducta alimentaria. *Revista chilena de nutrición.* 2019; 46(1): 73-80.
24. Rabassa M. Guías de alimentación y nutrición: ¿qué sabemos sobre su calidad?. *Rev Esp Nutr Hum Diet,* 2019; 23(1), 5-7.
25. Sforzo G.A, Kaye M.P, *et al.* Compendium of health and wellnes coaching. *Am J Lifestyle Med.* 2017; 12 (6), 436-447.
26. Sociedad Española de Oncología Médica. (2020) *Las cifras de cáncer en España 2020.* [https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras\\_del\\_cancer\\_2020.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf)
27. World Health Organization. (2017). *Cáncer.* Organización Mundial de la salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>