

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles

Health coaching: a new approach to the empowering of the patient with non - communicable chronic diseases

MsC. Rolando Bonal Ruiz,^I MsC. Hilda B. Almenares Camps^{II} y MsC. Mercedes Marzán Delis^{III}

^I Policlínico Docente "Ramón López Peña", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Filial Docente de Ciencias Médicas de Contra maestre, Santiago de Cuba, Cuba.

^{III} Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se describe el *coaching* de salud como nueva tendencia en la promoción y educación sanitarias en el nivel primario de atención, tendiente a lograr el empoderamiento y autocontrol de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Se exponen las limitantes en la educación para la salud tradicional y las funciones del profesional en el citado nivel que decida ser *coach*; también se ofrecen ejemplos de técnicas de *coaching*, se evalúan las evidencias científicas de efectividad, así como se valoran la posibilidad de la intersectorialidad para apoyar los cambios conductuales y la necesidad de entrenar a los profesionales del sector para tales fines.

Palabras clave: *coaching* de salud, enfermedad crónica no transmisible, educación para la salud, entrenamiento sanitario, atención primaria de salud.

ABSTRACT

Health coaching is described as a new tendency in the health promotion and education in the primary health care, aimed at achieving the empowerment and self-control of patients with non-communicable chronic diseases. Restrictions in the education are exposed for the traditional health and the professional's activities in the mentioned level in which to be a coach; examples of coaching techniques are also offered, the scientific evidences of effectiveness are evaluated, and the possibility of intersector participation to support the behavioral changes and the necessity of training the professionals of the Branch for such aims are evaluated as well.

Key words: health coaching, non-communicable chronic diseases, health education, health training, primary health care.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen una de las primeras causas de muerte en Cuba, de manera que son una preocupación, al punto de que uno de los proyectos de lineamientos iniciales de la política económica y social de Cuba para los próximos años, discutidos en el 2010 y 2011, fue el lineamiento que plantea: *Fortalecer las acciones de promoción y prevención que retardan o evitan la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus secuelas*, luego sustituido por el definitivo, aprobado en abril del 2011: *"Fortalecer las acciones de salud en la promoción y prevención para el mejoramiento del estilo de vida, que contribuyan a*

incrementar los niveles de salud de la población con la participación intersectorial y comunitaria"^{1, 2}

Entre los días 19 y 20 de septiembre de 2011 se desarrolló, en la sede central de la Organización de Naciones Unidas, la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, cuya declaración política final destaca textualmente: ³ "...la importancia de promover el empoderamiento de los pacientes con enfermedades no transmisibles". Meses antes a esta fecha, la Organización Panamericana de Salud convocaba a reunión de ministros de salud de las Américas y sus representantes para analizar este mismo asunto, donde la declaración ministerial final de dicha reunión ratificó la necesidad de "*la priorización de las intervenciones costo-efectivas y de mayor impacto según la evidencia científica*". ⁴

Existen varios modelos de atención al paciente crónico, que tienen entre sus componentes el apoyo a la educación de este y su familia. Uno de estos modelos es propugnado por la Organización Mundial de la Salud (OMS): "el cuidado innovador para enfermedades crónicas", dichos modelos defienden la educación al paciente, pero no como la simple transmisión de conocimientos desde la agenda del profesional de salud, sino como un involucramiento activo del paciente, lo cual lo ayuda a comprender sus conductas de salud y desarrollar estrategias para vivir tan plenamente y productivamente como ellos puedan, lo que se llama educación de automanejo; esto propiciaría un empoderamiento del paciente al facilitar que se vuelva más responsable e involucrado en su tratamiento, al desarrollar y estimular sus propias habilidades. ⁵⁻⁸

Cuando este tipo de educación es apoyada por el sistema de salud, sus organizaciones y profesionales directivos se les llama "apoyo al automanejo". ⁷

En ocasiones, se confunde dar información con educar. La educación tradicional al paciente se centra habitualmente en decirle qué hacer y muchas veces se apela al miedo, al autoritarismo, al paternalismo, con un tono enérgico, confrontacional, que induce a la culpa. ⁹

La educación de automanejo apela, en cambio, a la autoeficacia del paciente, a su creencia de que puede adoptar un cambio en su conducta; para conseguirlo el paciente debe trazarse metas, de acuerdo con su prioridades y posibilidades, vencer los obstáculos que puedan presentárseles, a través de técnicas de solución de problemas y conseguir apoyo social, tanto de su red relacional más cercana como de los servicios, de salud y otros sectores, todo esto en estrecha colaboración y asesoría con los profesionales de la salud.

En los últimos años ha surgido un nuevo enfoque de empoderar al paciente, menos paternalista y más efectivo: el *coaching* de salud, que también busca y refuerza el automanejo del paciente.

¿QUÉ ES EL COACHING?

El término inglés *coach* procede de la palabra inglesa que significa carruaje, aunque algunos la traduzcan como "entrenar", en la bibliografía en español se prefiere seguir utilizando este término como: "método que consiste en dirigir, instruir y entrenar a una persona o a un grupo de ellas, con el objetivo de conseguir alguna meta o de desarrollar habilidades específicas".¹⁰

La persona que realiza el proceso de *coaching* se le denomina *coach* y a la que lo recibe se le llama *coachee*.

En el proceso de *coaching*, quien lo recibe es la persona misma, la que cuenta con la mayor y mejor información de las situaciones a las que se enfrenta. En vez de enseñar, el *coach* "facilita" -- en este caso al paciente-- a que aprenda de sí mismo; en este sentido, este "nuevo" enfoque tuvo su origen en la civilización griega, pues fue Sócrates el precursor (siglo V antes de Cristo), el cual afirmaba que "no existe el enseñar, sino solo el aprender", lo cual sintetiza la filosofía del *coaching*. Este filósofo comenzaba con la ironía, por medio de la cual hacía que su interlocutor tomara conciencia de que no sabía tanto como creía. Una vez reconocida esa ignorancia, le ayudaba por medio de preguntas, dejándole que encontrara las respuestas por sí mismo. Este método recibía el nombre de "mayéutica", o arte de "ayudar a dar a luz".

Las herramientas principales de *coaching* son las preguntas y la escucha activa. Por medio de ellas, el *coach* busca el autoconocimiento del *coachee*, pues nunca dará consejos, ni dirá lo que se tiene que hacer, sino que ayudará a descubrir lo que realmente desea este último y la forma en que será capaz de conseguirlo.¹

¿QUÉ ES COACHING DE SALUD?

El *coaching* de salud es un campo emergente que ha ido evolucionando, por consiguiente no existe una definición consecuente; no obstante, hay conceptos interesantes como el de Palmer *et al*,¹¹ quienes describieron el *coaching* de salud como "la práctica de educación para la salud y promoción de salud dentro de un contexto de *coaching*, que refuerza el bienestar de individuos y facilita en las personas el logro de metas relacionadas con la salud". Por otra parte, Bennett *et al*,¹² en el campo de la medicina familiar lo definieron como: "ayudar a los pacientes a ganar conocimientos, habilidades, herramientas y confianza para volverse participantes activos en su cuidado, a fin de que puedan alcanzar sus metas de salud, identificadas por ellos mismos".

Linden *et al*¹³ expresaron en su contexto que el *coaching* de salud es la "intervención de salud conductual que facilita a los participantes establecer y lograr metas de promoción de salud a fin de modificar comportamientos relacionados con los estilos de vida, con el intento de reducir riesgos de salud, mejorar el automanejo de condiciones crónicas e incrementar la calidad de vida relacionada con la salud".

Algunos autores¹⁴ plantean que es una educación innovativa y un programa clínico emergente; otros consideran que es un nuevo enfoque que refuerza el automanejo del paciente, mejora la calidad de sus resultados, el cumplimiento del paciente con enfermedades crónicas y reduce los costos, además de aportar pruebas de efectividad.¹⁵⁻¹⁸ Por su parte, Olsen y Nesbitt¹⁹ afirman que también mejora las conductas que constituyen estilos de vida saludables.

LIMITACIONES DE LA EDUCACIÓN PARA SALUD TRADICIONAL Y LA EDUCACIÓN AL PACIENTE. VENTAJAS DEL COACHING DE SALUD

Según Bodenheimer,²⁰ la mitad de los pacientes salen de la consulta de atención primaria sin haber comprendido lo que su médico les dijo.

Algunos investigadores han encontrado que más de la mitad de los pacientes no se adhieren a los medicamentos prescritos y que el promedio de adhesión a los estilos de

vida está por debajo de 10 %; estos hallazgos son mucho menores en los países en vías de desarrollo.²¹

Tradicionalmente, se le enseña al paciente desde la agenda del médico o desde lo que este considera que debe saber dicho paciente. Asumiendo que el profesional de salud tiene todas las respuestas, se trata de motivar desde una fuente externa que es el profesional. Por lo general, este le dice lo que debe de saber, muchas veces con un carácter autoritario, por ejemplo: "tienes que dejar de fumar", "debes hacer más ejercicios", pero nunca le dice ni le explica cómo hacerlo y, en ocasiones, ni los refiere a centros de ayuda, ni a recursos comunitarios de apoyo. El *coach* de salud activa las propias motivaciones del paciente para el cambio de comportamiento y para la adherencia al tratamiento, por tanto el *coaching* funciona desde la agenda del paciente, en este enfoque influyen: la escucha activa, trabajar desde las necesidades y problemas sentidos por el paciente, identificar sus creencias y valores, provocar charlas de cambio, así como reconocer su disposición al cambio.¹⁷

La educación tradicional, no compromete, no involucra y, muchas veces, no responsabiliza al paciente, se hace sobre la base de los conocimientos de "experto" del profesional de la salud y es diferente a la función del *coach*.

Frates *et al*²² diferenciaron las funciones del "experto" de las del *coach*.

Experto	<i>Coach</i>
Trata pacientes.	Ayuda a los pacientes a ayudarse a sí mismos.
Educa.	Construye motivación, confianza y comprometimiento.
Descansa en los conocimientos y habilidades del experto.	Descansa en la autoconcienciación del paciente.
Se esfuerza por tener todas las respuestas.	Se esfuerza por ayudar al paciente a encontrar sus propias respuestas.
Se enfoca en el problema.	Se enfoca en lo que está funcionando bien.
Aconseja.	Colabora.

BASES DEL COACHING DE SALUD

Aunque algunos autores plantean que las raíces del *coaching* de salud están en determinadas teorías y modelos psicológicos, tales como: la teoría de la autodeterminación, el modelo transteórico de cambio, la teoría de colocación de metas, la teoría cognoscitivo social, desarrollo del adulto y terapia cognitivo conductual,²²⁻²⁸ otros defienden que la base y esencia principal del *coaching* de salud están en la entrevista motivacional, en la cual también convergen algunos elementos de las teorías anteriores.^{9, 15-18}

Por otra parte, la entrevista motivacional es la única técnica de *coaching* descrita y con resultados positivos en los comportamientos, demostrados de forma consistente.¹³

¿QUIÉNES PUEDEN SER COACH DE SALUD?

El predominio del componente psicológico pudiera hacer pensar que el *coaching* de salud, debe ser ofrecido solo por psicólogos y no es así, cualquier miembro del equipo de salud en la atención primaria, previo entrenamiento y si tiene un interés particular en estos aspectos, puede ser *coach* de salud, ya sea médico de familia, personal de enfermería, fisioterapeuta, dietista, incluso, hasta un paciente si recibe el suficiente entrenamiento y apoyo, por citar algunos.

Al respecto, en otros países, sobre todo desarrollados, el *coach* de salud emerge como un nuevo rol dentro del sistema de salud, más cuando los profesionales de este sector tienen un tiempo limitado para dirigirse a los comportamientos de salud y no han sido entrenados formalmente para facilitar cambios conductuales en sus pacientes.¹⁴ Si bien en algunas escuelas se forman *coach* de salud de manera independiente, muchas claman por incorporar la función del *coaching* entre las profesiones, tales como: la medicina familiar, la enfermería comunitaria y la psicología de salud, entre otras.

¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES DEL QUE PRACTIQUE COACHING DE SALUD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA?

Bennett *et al*¹² plantean que no importa la persona que funja como *coach* de salud, siempre y cuando adopte un paradigma colaborativo (cuando preguntan a los pacientes qué cambios están dispuestos a hacer) en lugar de uno directivo (cuando dicen qué hacer); este mismo autor propuso 5 funciones específicas del *coaching* de salud en la atención primaria: 1) proveer apoyo al automanejo de la enfermedad crónica al paciente (esto incluiría brindarles información, enseñarles habilidades específicas de la enfermedad, promover conductas saludables, impartirles habilidades de solución de problema, ayudarles con el impacto emocional de la enfermedad crónica, proveerles seguimiento regular y estimularlos a que sean participantes activos en sus cuidados); 2) superar la brecha entre médico y paciente (esto incluye que el paciente entienda el plan de tratamiento y esté de acuerdo con este, que comprenda las prescripciones, adecuar el lenguaje médico al nivel cultural del paciente); 3) ofrecer apoyo emocional; 4) ayudar al paciente a desplazarse o conducirse en el sistema de salud, sobre todo si es un adulto mayor, discapacitado o en desventaja social, esto incluye localizar recursos comunitarios de ayuda, abogar por los derechos del paciente y que sean canalizadas sus necesidades; 5) dar seguimiento al paciente y facilitarle confianza, familiaridad y disponibilidad.

EVIDENCIAS CIENTÍFICAS DE LA EFECTIVIDAD DEL COACHING

En numerosos ensayos clínicos, donde se compara el *coaching* de salud con la educación de experto dada al paciente, se ha demostrado la efectividad del *coaching* en varios cambios y resultados de salud para: reducir la hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) en pacientes diabéticos, controlar el dolor en quienes presentan cáncer, disminuir los problemas emocionales, aumentar la actividad física, disminuir el índice de masa corporal en diabéticos luego de 6 meses de sesiones de *coaching* y reducir el colesterol y la ingestión de grasa; también fue efectivo para alcanzar más pérdida de peso, hacer más caminatas en pacientes con afecciones cardiovasculares y aumentar la ingestión de frutas y calcio en féminas adolescentes.²⁹⁻³³ Al respecto, Gensichen *et al*³⁴ encontraron menos depresión en los pacientes que habían recibido *coaching*, que en aquellos que solo recibieron el tratamiento habitual.

Según se refiere, el *coaching* de salud ha sido efectivo en lograr mayor participación en las consultas de seguimiento, mayor adherencia medicamentosa y al monitoreo de la glucosa, mejor control glucémico, mayor actividad física y consumo de frutas y

vegetales, reducción del estrés, disminución de la ingestión de sodio y menos hospitalizaciones, entre otras.³⁵

¿CÓMO ENTRENARSE EN COACHING DE SALUD?

La formación en *coaching* de salud que se tiene en este medio es autodidacta, pues existe suficiente información en Infomed para autoprepararse.³⁶

En la provincia de Santiago de Cuba, la Sociedad Científica de Medicina Familiar³⁷ tiene un grupo de trabajo de desarrollo de estas actividades, que incluye profesionales reclutados por su interés en estos aspectos y que pueden actuar como catalizadores y entrenadores, en cursos-talleres cortos, que no obstaculicen la presión de trabajo asistencial en esta especialidad. Así, dicho grupo trabaja en determinadas áreas de salud que actúan como sitios demostrativos e involucra no solo a médicos de familia, sino a enfermeras u otro personal de atención primaria que le interese, a fin de tener una implicación práctica con pacientes.

Son numerosas las técnicas de *coaching* que necesitarán de entrenamiento más o menos largo para su dominio absoluto, pero algunos autores recomiendan que aún cuando se dominen unas pocas es suficiente a los profesionales de salud para obtener buenos resultados.³⁸

EJEMPLOS DE TÉCNICAS Y HABILIDADES DE COACHING PARA SER APLICADAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Como ya se ha aclarado, el enfoque de *coaching* privilegia el enfoque colaborativo con el paciente, favorece la toma de decisiones compartidas, más que un enfoque directivo, centrado en el autoritarismo del profesional de salud, como es habitual.

Uno de los enfoques más comunes en el *coaching* de salud es la adopción de un plan de acción colaborativo con el paciente, que al decir de Lorig,³⁹ ha venido a sustituir el término de colocación de metas, contrato y autorregulación, con que se intercambiaba usualmente.

Tal como se plantea en el diagnóstico y análisis de la situación de salud de la comunidad,⁴⁰ en otros documentos afines (Borroto Chao R. Manual curso sobre promoción y educación para la salud. Orientado a los médicos/ médicas de la familia. CNPEPS 2005) y en el empoderamiento comunitario,⁴¹ se identifican colaborativamente los problemas, se priorizan y se traza un plan de acción participativo, intersectorial, que responda a las preguntas:

- ¿Qué quiero alcanzar? (metas, objetivos)
- ¿Qué voy a realizar?
- ¿Cómo, cuándo y dónde?
- ¿Con quién o con quiénes lo voy a hacer?
- ¿Qué recursos necesito?
- ¿En qué tiempo lo voy a hacer?

Con el paciente, de forma personal, también se realiza un plan de acción, donde este es el protagonista de todas las tareas.

Un enfoque de *coaching* de salud necesita una asociación colaborativa, una aceptación empática de la situación del paciente, un acercamiento útil similar a lo anterior, es seguir los 5 pasos del modelo de empoderamiento personal desarrollado por Anderson *et al.*⁴²

1. Identifique el problema.
 - ¿Cuál es la parte más difícil o frustrante en el cuidado de su enfermedad crónica en este momento?
2. Determine sentimientos y su influencia en la conducta.
 - ¿Cómo usted se siente con este problema?
 - ¿Cómo sus sentimientos están influyendo en su conducta?
 - ¿Cuán importante es para usted dirigirse a este problema? (en escala del 1 al 10)
3. Fije una meta a largo plazo.
 - ¿Qué usted quiere?
 - ¿Qué necesita hacer?
 - ¿Qué problemas espera encontrar?
 - ¿Qué apoyo tiene para superar estos problemas?
 - ¿Usted está dispuesto a tomar acción para dirigirse a este problema?
4. Haga un plan de acción para un paso conductual.
 - Fije una meta AMORE (alcanzable, medible, oportuna, realista y específica).
 - ¿Qué hará en esta semana para empezar a trabajar hacia su meta?
 - ¿Cuán seguro o confiado se siente de que puede dirigirse a ese problema? (en escala del 1 al 10)
5. Evalúe cómo el experimento ha trabajado.
 - ¿Cómo funcionó?
 - ¿Qué aprendió?
 - ¿Qué puede hacer de forma diferente la próxima vez?

Acorde con el estado del comportamiento del paciente (modelo transteórico),²⁴ se desarrollarán estos pasos, teniendo en cuenta que el paciente puede estar en estado precontemplativo ("no quiero o no puedo"), contemplativo ("quiero, puedo, pero más tarde"), de preparación ("lo haré"), acción ("lo estoy haciendo"), de mantenimiento ("lo continuaré haciendo"). Los pasos anteriores serán adaptados al estado o fase del paciente. Una forma fácil de saber el estado en que se encuentra es según la respuesta que de a la escala: ¿Cuán seguro o confiado usted se siente de que puede dirigirse a ese problema? (en una escala del 1-10). Si el paciente menciona 3 o menos está en un estado de precontemplación.

Si el problema identificado por el paciente junto con el profesional de salud fuera, por ejemplo: la preocupación por la pobre actividad física y la falta de ejercicios físicos, pero no puede, no quiere, entonces estaría en precontemplación. En este caso se busca una meta cognitiva, se le facilitará información atractiva sobre los beneficios de la actividad física, se contactará con algunas personas en las cuales ha sido beneficiosa la actividad física y se le harán preguntas abiertas que lo inciten a la reflexión, pues el objetivo del *coach* es incrementar en el paciente la automotivación y la autoeficacia.

Enfocarse en los puntos fuertes del paciente, en los éxitos y triunfos recientes o pasados, en su posibilidad de alcanzar la meta propuesta, identificar obstáculos y buscar soluciones a través de lluvia de ideas, ayuda a incentivar la autoconfianza. De hecho, una vez que esta ha sido alcanzada y que la motivación y confianza sean altas, entonces el paciente estará listo para alcanzar metas AMORE.

Independientemente de la efectividad de las técnicas aplicadas para el cambio conductual, no deben dejar de verse en su contexto integrador y, en este sentido, es necesario mencionar la intersectorialidad.

IMPORTANCIA DE LA INTERSECTORIALIDAD EN LOS CAMBIOS CONDUCTUALES

Una de las mayores críticas que se le hace a los cambios conductuales es culpabilizar a la víctima, al obviar los aspectos sociales y económicos que refuerzan o impiden dicho cambio.⁴³

Cuba tiene la ventaja de que hay una voluntad política para propiciar estilos de vida sanos, a través de políticas públicas saludables que disciplinan y que han sido definidas en el glosario de promoción de salud como *"preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política, y por una responsabilidad sobre su impacto en la salud. La finalidad principal de una política pública saludable consiste en crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable. Dicha política posibilita o facilita a los ciudadanos hacer elecciones saludables y convierte los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud"*.⁴⁴ En este sentido, complementan las medidas educativas y la educación al paciente en todas sus formas, sobre lo cual ha referido el Comandante Fidel Castro: *"Educar y disciplinar. No todo se va a resolver con educación, hace falta disciplina y disciplina que se use, y mientras más se eduque, menos medidas disciplinarias harán falta. No estamos soñando, estamos hablando de cosas perfectamente posibles y este país ha dado sobradas pruebas de cosas que parecían imposibles y son posibles"*.⁴⁵

Aunque el *coaching* es aplicado en numerosos comportamientos de salud y condiciones crónicas (ver evidencias científicas de la efectividad del *coaching*), existen 4 comportamientos no saludables que son los responsables de la mayoría de las enfermedades crónicas prevalentes. Al respecto, en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles se reconoce que *"... las enfermedades no transmisibles más destacadas están relacionadas con factores de riesgo comunes, a saber: el consumo de tabaco, el abuso del alcohol, una dieta malsana y la inactividad física"* que necesitan también para su control y prevención, aparte del cambio comportamental, la intersectorialidad.³

Las prohibiciones, las regulaciones, los servicios y las coordinaciones intersectoriales favorecen la adopción de comportamientos saludables.

a) Tabaquismo y consumo excesivo de alcohol

El acuerdo 5570/2005) del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros,⁴⁶ dirigido a todos los sectores de la sociedad, establece a las personas la prohibición de fumar mientras prestan servicios de atención al público, cuando estén en locales públicos cerrados, incluyendo transportes masivos, así como a los menores de 18 años; asimismo, en relación con el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, prohíbe la venta a menores de 18 años de edad y regula el lugar y el horario para su adquisición.

b) Dieta malsana

Uno de los constituyentes de una dieta no sana es la poca ingestión de vegetales y frutas y entre las barreras para su incorporación se encuentran el precio y la disponibilidad.

Desde hace unos años, el estado ha fortalecido el programa de la agricultura urbana y suburbana, que fomenta el cultivo y producción de frutales y hortalizas a nivel local. A tal efecto, cada Consejo Popular del país tiene un representante de la agricultura urbana, que cumple con la función de asesorar, capacitar a toda aquella persona (paciente) que quiera y/o pueda construir un huerto en su propia casa; también, existen los consultorios tiendas agropecuarios, que tienen la función de ofrecer los servicios siguientes: venta de semillas en sobres y a granel, posturas de frutales,

hortalizas, forestales, medicinales y ornamentales, abonos orgánicos, biofertilizantes, biopesticidas, literatura técnica, pies de crías, útiles de barro, accesorios, medicamentos veterinarios, entre otros y servicios técnicos (consultas técnicas, tratamientos fitosanitarios y agrotécnicos), jardinería, visitas de promoción, así como capacitación y asesoría técnica en temas variados. Por otra parte, las granjas urbanas pueden facilitar tierra, abono, entre otros, para hacer un huerto en casa o sembrar vegetales en cualquier recipiente acondicionado para ello.⁴⁷⁻⁴⁹

Esto es especialmente conveniente en aquellas personas o familias con bajos ingresos económicos personales o escasa red de apoyo social que no pueda abastecerse de hortalizas y/o frutas.

c) Pobre actividad física

La OMS recomienda a todas las personas 150 minutos semanales de actividad física aeróbica de moderada a intensa o 30 minutos diarios;⁵⁰ sin embargo, a veces esto se desconoce o se hace difícil obtener asesoría de cómo hacer ejercicios o actividad física, pues se piensa que debe ser con equipos o en gimnasios sofisticados, cuando una simple caminata vigorosa puede ser necesaria.

El Instituto Nacional de Deportes, Educación Física y Recreación (INDER) posee un programa de consejería de actividad física, facilitado por profesores de cultura física, que tiene la función de asesorar, orientar a todas las personas de cualquier grupo dispensarial sobre los aspectos siguientes: cómo, dónde, por qué, cuáles y cuándo hacer actividad física (INDER. Indicaciones metodológicas ampliadas de actividad física comunitaria 2010-2011. Reunión Nacional con Jefes provinciales de programas de actividad física comunitaria. Hotel Tritón, 8 al 10 de julio de 2010).

Independientemente de esto, hay programas dirigidos específicamente a embarazadas, obesos y otras condiciones crónicas, como la hipertensión, la diabetes mellitus y el asma, por citar algunas (INDER. Indicaciones metodológicas ampliadas de actividad física comunitaria 2011- 2012. Reunión Nacional con jefes provinciales de programas de actividad física comunitaria. Hotel Tulipán. 27 al 29 de junio de 2011).

Cada profesor de cultura física del INDER que atiende estos programas, está asignado a un consultorio médico de la familia, donde interactúa estrechamente con los médicos que allí laboran.

CONCLUSIONES

La incidencia, complicaciones y exacerbaciones de la enfermedades crónicas no transmisibles y la falta de adherencia a los planes de tratamiento, tienen una base conductual fundamentada en factores comportamentales no sanos, que es necesario concientizar en el paciente y hacer que tomen decisiones responsables (empoderamiento), pero desde la educación tradicional al paciente, que juzga, apela al miedo y hace actuar desde motivaciones externas, sino ayudándolos a ayudarse a sí mismos a encontrar sus respuestas desde motivaciones internas, a construir confianza y comprometimiento. En este sentido, el *coaching* de salud es un prometedor enfoque que rompe con lo trillado y abre otras perspectivas en la promoción y educación para la salud en la atención primaria; no obstante, es necesario superar el pensamiento médico centrado y tener más en cuenta la intersectorialidad y la voluntad política local, fundamentada en los consejos populares para apoyar los cambios conductuales.

AGRADECIMIENTOS

Los autores de este artículo agradecen la valiosa cooperación del Ingeniero Agrónomo Werlin Velázquez Herrera, Subdelegado Provincial de la Agricultura Urbana y Suburbana y de la MsC. Milagros Borges Limonta, Jefa del Departamento Provincial de Actividad Física Comunitaria en la provincia de Santiago de Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2010. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana: MINSAP; 2011.
2. Lineamientos de la política económica y social del partido y la revolución. IV Congreso del Partido Comunista de Cuba. [citado 3 Dic 2011]. Disponible en: <http://www.granma.co.cu/secciones/6to-congreso-pcc/Folleto%20Lineamientos%20VI%20Cong.pdf>
3. Asamblea General de Naciones Unidas. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles [citado 3 Dic 2011]. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/66/L.1>
4. Declaración Ministerial contra las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y la Obesidad. Consulta Regional de Alto Nivel de las Américas contra las ECNT y la Obesidad. Ministros de Salud de las Américas y sus Representantes. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2011.
5. Jova Morel R, Rodríguez Salvá A, Díaz Piñera A, Balcindes Acosta S, Sosa Lorenzo I, Pol De V, Van der Stuyft P. Modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba y el mundo. MEDISAN. 2011; [citado 12 Dic 2011]; 15(11). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_11_11/san121111.htm
6. WHO. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Global report WHO/NMC/CCH. Geneva: WHO; 2002.
7. Bonal Ruiz R, Cascaret Soto X. ¿Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas? Acercamiento a su análisis e interpretación. MEDISAN 2009 [citado 12 Dic 2011]; 13(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san18109.htm
8. Bridges JFP, Loukanova S, Carrera P. Patient empowerment in health care. International Encyclopedia of Public Health. 2008; 5:17-28.
9. Butterworth SW, Linden A, McClay W. Health coaching as an intervention in health management programs. Dis Manage Health Outcomes. 2007; 15 (5): 299-307.
10. Ferrer Cárdenes J, Déniz Quesada S. Descubriendo con mi *coach*. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 2007.
11. Palmer S, Tubbs I, Whybrow A. Health coaching to facilitate the promotion of health behavior and achievement of health-related goals. International Journal of Health Promotion and Education. 2003; 41(3): 91-3.

12. Bennett HD, Coleman EA, Parry C, Bodenheimer T, Chen EH. Health coaching for patients with chronic illness. *Fam Pract Manag.* 2010; 17(5):24-9.
13. Linden A, Butterworth SW, Prochaska JO. Motivational interviewing-based health coaching as a chronic care intervention. *J Eval Clin Pract.* 2010; 16(1):166-74.
14. Kreitzer MJ, Sierpina VS, Lawson K. Health Coaching: Innovative Education and Clinical Programs Emerging. *Explore: The Journal of Science and Healing.* 2008, 4 (2): 154-5.
15. Huffman M. Health coaching: a new and exciting technique to enhance patient self-management and improve outcomes. *Home Healthc Nurse.* 2007;25(4):271-4.
16. Huffman M. Health coaching: a fresh, new approach to improve quality outcomes and compliance for patients with chronic conditions. *Home Healthc Nurse.* 2009; 27(8):490-6.
17. Huffman M. Health coaching: a fresh approach for improving health outcomes and reducing costs. *AAOHN J.* 2010; 58(6):245-50.
18. Huffman M. Evidence-based health coaching for healthcare providers. 2th. Winchester: National Society of Health Coaches; 2011.
19. Olsen JM, Nesbitt BJ. Health coaching to improve healthy lifestyle behaviors: an integrative review. *Am J Health Promot.* 2010; 25(1):e1-e12.
20. Bodenheimer T. A 63-year-old man with multiple cardiovascular risk factors and poor adherence to treatment plans. *JAMA.* 2007; 298: 2048-55.
21. Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. *JAMA.* 2002; 288:2880-3.
22. Frates EP, Moore MA, Lopez CN, McMahon GT. Coaching for behavior change in physiatry. *Am J Phys Med Rehabil.* 2011; 90(12):1074-82.
23. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol* 2000; 55:68-78.
24. Prochaska JO, Norcross JC, Di Clemente CC. *Changing for Good: a Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward.* New York: William Morrow; 1994.
25. Latham G, Locke E. Building a practically useful theory of goal setting and task motivation. *Am Psychol.* 2002; 57: 705-17.
26. Bandura A. *Social Foundations of Thought Action: a Social Cognitive Theory.* Michigan: Prentice-Hall; 1986.
27. Taylor K. Autonomy and self-directed learning: a developmental journey. In: Hoare C. *Handbook of adult development and learning.* New York: Oxford University; 2006: 201.

28. Dobson KS, Dozois DJA. Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In: Dobson KS. Handbook of cognitive-behavioral therapies. New York: Guilford Press; 2001: 3-39.
29. Wolever RQ, Dreusicke M, Fikkan J, Hawkins TV, Yeung S, Wakefield J, et al. Integrative health coaching for patients with type 2 diabetes: a randomized clinical trial. Diabetes Educ 2010; 36: 629.
30. Thomas ML, Elliott JE, Rao SM, Fahey KF, Paul SM, Miaskowski C. A randomized, clinical trial of education or motivational-interviewing-based coaching compared to usual care to improve cancer pain management. Oncol Nurs Forum. 2012; 39(1):39-49.
31. Whittemore R, Melkus GD, Sullivan A, Grey M. A nurse-coaching intervention for women with type 2 diabetes. Diabetes Educ. 2004; 30: 795-804.
32. Vale MJ, Jelinek MV, Best JD, Dart AM, Grigg LE, Hare DL, et al. Coaching Patients on Achieving Cardiovascular Health (COACH). Arch Intern Med. 2003; 163: 2775-83.
33. Debar LL, Ritenbaugh C, Aickin M, Orwoll E, Elliot D, Dickerson J, et al. A health plan-based lifestyle intervention increases bone mineral density in adolescent girls. Arch Pediatr Adolesc Med. 2006; 160: 1269-76.
34. Gensichen J, von Korff M, Peitz M, Muth C, Beyer M, G uthlin C, et al. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices. Ann Intern Med. 2009; 151:369-78.
35. Rollnick S, Miller WR, Butler C. Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior. New York: Guilford Press; 2008.
36. INFOMED [citado 11 Nov 2011]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Infomed>
37. Bonal Ruiz R, Marzán Delis M, Soria Pineda E. Grupo de trabajo: promoción de salud en MGI en la SOCUMEFA. Santiago de Cuba. III Congreso Regional de Medicina Familiar Wonca Iberoamericana, CIMF. X Seminario Internacional de Atención Primaria [citado 6 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/download/97/59>
38. Molins Roca J. Coaching y salud. Pacientes y médicos: una nueva actitud. Barcelona: Editorial Plataforma; 2010.
39. Lorig K. Action planning: a call to action. J Am Board Fam Med. 2006; 19(3): 324-5.
40. Martínez Calvo S, Caraballosa Hernández M, Astra n Rodríguez ME, Pr a Barros MC, Perdomo Victoria I, Arocha Mariño C. Análisis de situación de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
41. Heritage Z, Dooris M. Community participation and empowerment in healthy cities. Health Promot Int. 2009; 24 (Suppl 1):i45-i55.
42. Anderson R, Funnell M. The art of empowerment: stories and strategies for diabetes educators. New York: American Diabetes Association; 2005.

43. Rojas Ochoa F, López Serrano E, López Pardo C, Rodríguez Oliva LI . Algunos conceptos prácticos sobre salud pública, promoción de salud y educación para la salud. En: Salud pública. Medicina social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 100-17.
44. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Glosario. Ginebra: OMS; 1998.
45. Castro Ruz F. Discurso pronunciado por el Presidente de la República de Cuba, Fidel Castro Ruz en la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas el 3 de diciembre del 2002 [citado 11 Nov 2011]. Disponible en:
<http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/2002/esp/f031202e.html>
46. República de Cuba. Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros. Acuerdo No. 5570 [citado 11 Nov 2011]. Disponible en:
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/luchantitabaquica/acuendom.tabaquismo.pdf>
47. Cuba. Ministerio de la Agricultura. Lineamientos de los subprogramas de la agricultura urbana para 2008-2010 y sistema evaluativo. La Habana: INIFAT; 2007.
48. Rodríguez Nodals AA, Companioni C, Herrería Martínez ME. Las granjas urbanas en la agricultura urbana. Agricultura Orgánica 2006; 12 (2):7-9.
49. Hernández Pérez R. Consultorios Tiendas Agropecuario (CTA). Un eslabón imprescindible en los sistemas urbanos de producción. Agricultura Orgánica. 2006; 12(2):13-4.
50. WHO. Global recommendations on physical activity for health [citado 11 Nov 2011]. Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf

Recibido: 9 de marzo de 2012.

Aprobado: 25 de marzo de 2012

Rolando Bonal Ruiz. Policlínico Docente "Ramón López Peña", avenida "12 de Agosto" y calle A, reparto Municipal, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico:
bonal@medired.scu.sld.cu