



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2021-2022
Trabajo de Fin de Grado

El Coaching como herramienta para las Enfermeras

Paula Calatrava López

Tutora: Carmela María Molina Azorín

RESUMEN

Introducción: El Coaching personal en pacientes tiene el propósito de superar las dificultades de cada día para conseguir diferentes objetivos de Salud como medidas preventivas o aplicación de tratamientos. Está orientado al cambio cognitivo, emocional y conductual, y se basa tanto en el crecimiento de conciencia como de responsabilidad. Sin embargo, apenas se emplea en las consultas de Enfermería.

Objetivo: Identificar los beneficios de la implantación del Coaching en la práctica Enfermera.

Material y métodos: Se realizó una revisión sistemática, buscando documentación en bases de datos científicas de salud como Pubmed, Cochrane, SciELO, Cuiden y Dialnet Plus. Se utilizaron como criterios de inclusión, estudios científicos como ensayos clínicos, metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas desde 2010 a 2022, en población mayor de 18 años con al menos una patología crónica, en idiomas inglés, español y portugués, a texto completo y de libre acceso.

Tras las búsquedas realizadas, la aplicación de criterios de selección sobre los resultados obtenidos y la evaluación a través de la herramienta de calidad metodológica CASPe, se aceptaron aquellos que cumplían 8 puntos o más, obteniendo un total de 9 artículos, después de haber hecho una revisión por pares.

Resultados: Se analizaron un total de 8 estudios. De ellos, 7 mostraron efectos positivos en el manejo de enfermedades crónicas gracias a la aplicación de técnicas de Coaching, mientras que uno no reflejó diferencias significativas.

Conclusiones: La aplicación en la práctica clínica de sesiones de Coaching en Salud, obtiene buenos resultados en pacientes con patologías crónicas, y su incorporación en las consultas de Enfermería permitiría mejorar los hábitos saludables y el estilo de vida de la población.

Palabras clave: Coaching, Enfermería, Efectividad, Salud.

ABSTRACT

Introduction: Patients Personal Coaching has the purpose of overcoming daily difficulties to achieve different health objectives such as preventive measures or treatments application. It is oriented towards cognitive, emotional and behavioral change, and is based on awareness and responsibility growth. However, its application in Nursing consultations is hardly recognized.

Objective: To identify the benefits of implementing Coaching in nursing practice.

Material and methods: A systematic review was carried out, searching for documentation in scientific health databases such as Pubmed, Cochrane, SciELO, Cuiden and Dialnet Plus. There were included scientific studies such as clinical trials, metaanalysis, systematic and bibliographic reviews, from 2010 to 2022, in a population over 18 years of age with at least one chronic pathology, in English, Spanish and Portuguese and full text and free access.

After the research, the application of selection criteria on the results obtained and the evaluation through the CASPe methodological quality tool, those that met 8 points or more were accepted, obtaining a total of 8 articles, after having done a peer review.

Results: A total of 8 studies were analyzed. Seven of them showed positive effects in chronic diseases management due to the application of Coaching techniques, while one did not show significant differences.

Conclusion: Health Coaching sessions applied in clinical practice, obtain good results in patients with chronic pathologies and its incorporation in Nursing consultations would allow an improvement in population's healthy habits and lifestyle.

KEY WORDS: Coaching, Nursing, Effectiveness, Health.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

<i>INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN</i>	1
<i>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</i>	13
Estrategia PICOT	13
<i>HIPÓTESIS</i>	13
<i>OBJETIVOS</i>	14
Objetivo general	14
Objetivos específicos	14
<i>MATERIAL Y MÉTODOS</i>	15
Diseño.....	15
Estrategia de búsqueda.....	15
Estrategia de selección: criterios de inclusión y exclusión.....	16
Selección de estudios	16
Materiales utilizados	16
<i>RESULTADOS /DISCUSIÓN</i>	18
Calidad metodológica de los estudios	19
<i>CONFLICTO DE INTERESES</i>	23
<i>APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA</i>	23
<i>FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN</i>	24
Anexo I. Ecuaciones de búsqueda en las bases de datos consultadas	29
Anexo II. Análisis de lectura crítica para evaluación de EC-CASPe	30
Anexo III. Tabla de datos y resultados	31

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1. Principales áreas que abarca el Coaching en Salud 3
- Tabla 2. Matriz de Eisenhower 7
- Tabla 3. Modelo de empoderamiento personal..... 11
- Tabla 4. Estrategia PICOT. 13
- Tabla 5. Búsquedas MeSH y DeCS 15

INDICE DE FIGURAS

- Figura 1. Método GROW. 6
- Figura 2. Ejemplo de Histograma de la salud 7
- Figura 3. Ejemplo de Pastel de la Salud 8
- Figura 4. Diagrama de flujo sobre la selección de los artículos. 18
- Figura 5. Estudios por continente. 20

ABREVIATURAS

- ANA: Asociación Americana de Enfermería
- DM: Diabetes Mellitus
- EAC: Enfermedad de las Arterias Coronarias
- EC: Ensayo Clínico
- FC: Frecuencia Cardiaca
- IC: Insuficiencia Cardiaca
- ICC: Insuficiencia Cardiaca Congestiva
- IMC: Índice de Masa Corporal
- PA: Presión Arterial
- PAE: Proceso de Atención de Enfermería
- RS: Revisión Sistemática

INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

El Consejo General de Psicología de España define el Coaching como un método para alcanzar resultados, basado en el acompañamiento profesional que genera consciencia y aprendizaje orientados a conseguir un objetivo determinado. A pesar de ello, no existe un consenso en la definición del término. Parsloe y Wray justifican este desacuerdo en que nos encontramos “en medio de una revolución intelectual” (1,2).

Es un método de aprendizaje basado en ayudar a otras personas a triunfar en el presente y en el futuro. El “Coach”, la persona que estimula a desarrollar habilidades y competencias, no guía, aconseja, tutoriza, influencia, dirige o manipula, sino que ayuda a la persona a alcanzar sus objetivos retando y animando a desarrollar nuevas maneras de pensar, ser y aprender (3-5).

Los inicios del Coaching se remontan a la Grecia clásica. A pesar de que se desconoce su origen preciso, continúan apreciándose semejanzas a la filosofía aristotélica, platónica y especialmente la filosofía de Sócrates (Mayéutica), como bien refleja la cita “Yo no puedo enseñaros nada, sólo puedo ayudaros a buscar el conocimiento dentro de vosotros mismos”. Además, también existen referencias de la fenomenología o el existencialismo. Por otra parte, se observan también tributos a la psicología cognitiva, sistémica y emocional entre otras; así como a la Teoría de la Inteligencia Emocional (6,7).

El actual Coaching surge como una disciplina que tiene como objetivo la mejora del rendimiento individual de los deportistas profesionales. Será a partir de los años sesenta, con el crecimiento tecnológico y la globalización, cuando se acerque más al campo organizativo de los negocios (6,8).

Este concepto ha evolucionado a través de los años con la aparición de programas, cursos y certificaciones en los noventa; y el acercamiento al campo de la salud en los últimos años.

En el campo de la Enfermería, las bases del Coaching comienzan con Florence Nightingale, quien defendió e identificó los factores de promoción de salud reconocidos hoy en día. En 1952, Hildegart Peplau describiría el rol de la Enfermera en la potenciación de la capacidad personal de crecimiento y recuperación; y más adelante, Dorothea Orem elabora su modelo de autocuidado enfermero desde una perspectiva filosófica de “Salud” como estado de integridad. Defiende la idea de que los pacientes sean dentro de lo posible independientes en lo que respecta a sus necesidades de autocuidado (9). Sería Patricia Benner, quien emplea el término “Nurse Coach” en su obra *From Novice to Expert* (8).

En los últimos años, se ha observado un beneficio en la salud y el bienestar de aquellos que padecen enfermedades crónicas y de riesgo, a través del Coaching debido a su esencia basada en la ayuda al paciente a fijar sus propias metas, acompañar y motivar a lo largo del proceso para conseguirlo. Aunque aún son pocas las Enfermeras que utilizan esa herramienta (10).

Existen diferentes tipos de Coaching según el campo de aplicación: empresarial, personal, ejecutivo, organizacional, ontológico, de liderazgo, etc. En el ámbito sanitario, el método de elección es el Coaching personal para pacientes. Este requiere un elevado nivel de confianza entre Enfermera y paciente; y tiene el propósito de superar las dificultades de cada día para conseguir diferentes objetivos de salud como medidas preventivas o aplicación de tratamientos (3,4,6,7).

Dentro del Coaching personal para pacientes, se distinguen dos ramas:

Por una parte, está el *Coaching de Bienestar*, orientado a la prevención de la enfermedad y mantenimiento de la salud. Estas sesiones se basan en la Indagación Apreciativa (que considera los valores, las fortalezas y las esperanzas como elementos transformadores) y en la Psicología Positiva (se

centra en los potenciales y virtudes humanas, y en la experiencia subjetiva positiva).

Por otro lado, está el *Coaching en Salud*, dirigido a personas con problemas de salud, en muchas ocasiones crónicos. Este último debe estar basado en la evidencia y guiado por profesionales sanitarios con la licencia y la educación necesarias para tratar a pacientes que se encuentren en una situación de riesgo moderado-alto. Las principales áreas que abarca el Coaching en Salud son: el cuerpo, las emociones, el ámbito ocupacional, el intelectual, el social, y el espiritual (10,11).

Tabla 1. Principales áreas que abarca el Coaching en Salud.

Corporal	Emocional	Ocupacional	Intelectual	Social	Espiritual
Ejercicio físico.	Habilidades emocionales	Mejora de competencias profesionales y desarrollo de otras nuevas.	Desarrollo del pensamiento crítico.	Relaciones sociales (familia, cónyuge, amistades, etc.).	Sentido de la vida.
Rutinas saludables.	Compromiso.		Potenciación de la creatividad.		Afrontamiento.
Nutrición adecuada.	Autoestima, Autocontrol. Equilibrio emocional	Motivación.			Conflictos internos.
Ejercicios respiratorios.	Identificación de fortalezas y debilidades.	Realización profesional.			
	Manejo de sentimientos/ Pensamientos.				

Fuente: Coaching de saúde e bem-estar na promoção da saúde mental (11).

Este proceso tiene lugar principalmente entre dos figuras. Por una parte, está el “Coachee” (paciente), o persona que pasa por el coaching y atraviesa las distintas etapas; y por otro lado el “Coach” (Enfermera), quién captará las preocupaciones del Coachee y lo ayudará en el establecimiento y logro de unas metas, sacándolo de un estado de “incompetencia inconsciente” en el que aún no tiene conciencia de lo que no sabe. En el caso de los profesionales de salud, esta relación se denominaría “Médico-Coach”, “Fisioterapeuta-Coach” o “Enfermera-Coach” (5,7).

Un buen Coach es aquel que tiene las habilidades y el conocimiento de los métodos que debe aplicar en cada momento, muestra interés en la otra persona a través del lenguaje corporal, es entusiasta y optimista, sabe crear un entorno agradable para el diálogo, da *feedback* de forma honesta, objetiva e instructiva, y sabe adaptarse a su propio estilo, siendo un buen observador y excelente oyente (3).

La selección de un Coach adecuado es fundamental para el éxito del proceso. Ha de ser alguien con quien poder compartir problemas y temores, por ello sería conveniente que no estuviese directamente relacionado con la supervisión o evaluación. También se evitará que exista una relación de amistad previa, para que la sesión no conduzca a sentimientos y actividades no relacionadas con el desarrollo profesional y pueda haber una retroalimentación constructiva.

A continuación se muestran pautas para la selección de los Coach (12):

1. ¿Posee esa persona conocimiento y habilidades en las áreas que se quieren desarrollar?
2. ¿Está dispuesta esa persona a emplear el tiempo y la energía necesarios para construir la relación requerida para un Coaching efectivo?
3. ¿Confía en que él/ella mantendrá la confidencialidad?
4. ¿Está dispuesta esa persona a colaborar con usted en el proceso de Coaching?
5. ¿Puede contar con su apoyo en identificar qué necesita aprender, las áreas de crecimiento y en aportar estructura a este aprendizaje?

Para el desarrollo de la relación “Coach-Coachee”, el Coach debe tener en cuenta tres aspectos fundamentales: comenzar con una mentalidad positiva, recopilar la información apropiada a través de las preguntas adecuadas, y demostrar actos de consideración y amabilidad que manifiesten la importancia de la relación (12).

Entre los principales beneficios del Coaching está, que está diseñado para facilitar un cambio (cognitivo, emocional o conductual), que tiene un enfoque individualizado, que está basado en el crecimiento tanto de conciencia como de responsabilidad, y que tiene como objetivo alentar a hacerse cargo de la vida de uno mismo (1).

Es una metodología inspirada en modelos de la psicoterapia entre los que destacan el modelo sistémico o relacional, y el modelo orientado a las soluciones. El primero considera todos los factores que pueden afectar a la persona (familia, trabajo, contexto, cultura, etc.). Por otra parte, el segundo tiene en cuenta las posibilidades y capacidades personales, dejando a un lado los problemas para buscar soluciones y potenciar los logros (7).

Un proceso de Coaching personal se divide en varias fases (3,6,11,13):

- **Fase 1: Desarrollo de la confianza.** La Enfermera Coach presenta al Coachee-paciente el método de Coaching. El paciente comunica al Coach sus metas y objetivos y las dificultades a las que se enfrenta para lograrlos. En esta etapa, ambas partes deben acordar una serie de reglas para establecer las bases de la relación: confidencialidad, honestidad, sinceridad y respeto.

Se recomienda en esta fase, el empleo de la secuencia "GROW":

1. **G (Goal):** Se establecerá la meta de la sesión para corto y largo plazo.
2. **R (Reality):** Se examinará la realidad para explorar la situación actual.
3. **O (Options):** Se contemplarán las opciones y estrategias o formas de actuación alternativa.
4. **W (What, When, Whom, Will):** Se determinará qué hacer, cuando hacerlo, quién lo hará, y la voluntad para hacerlo.

Esta secuencia podrá aplicarse también para mejorar una tarea ya encaminada o un proceso ya iniciado (13).

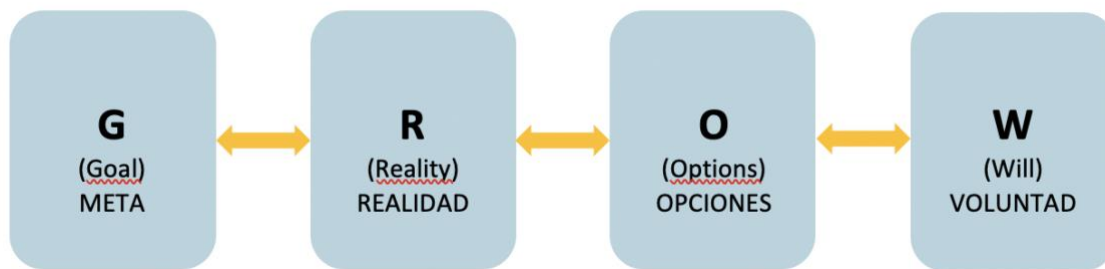


Figura 1. Método GROW.

- **Fase 2: Diagnóstico.** El paciente aprenderá a identificar impedimentos y cómo afrontarlos a través de preguntas que planteará el Coach, y de la adquisición de motivación. Se aclaran las fortalezas, debilidades y retos que afrontará la persona a través de técnicas como la autorreflexión, el diálogo, y la recogida de datos.
- **Fase 3: Definir objetivos.** Se le enseñarán al paciente herramientas para alcanzar los objetivos, que serán anotadas para su posterior estudio. El paciente deberá visualizar la situación en la que le gustaría estar en un futuro. Entre los objetivos principales, estarán el refuerzo de la confianza en uno mismo y de la autoestima, la gestión del fracaso, la realización de actividad física o el refuerzo de la capacidad para superar adversidades; todo ello promoviendo el autocuidado.
- **Fase 4: Planificación en implementación.** Se valora la elección de la herramienta más adecuada para llevar a la práctica en base a las ventajas, desventajas y requisitos de cada una. El Coach reta al paciente a actuar al mismo tiempo que crea la sensación de confianza de que se logrará el éxito.
- **Fase 5: Seguimiento, evaluación y *feedback*.** Un seguimiento continuo en el tiempo que implique una evaluación total del proceso es un factor crítico en el éxito del proceso de Coaching.

Para aplicar estas fases a la práctica en salud, se distinguen dos pilares principales. Por una parte, está la *conversación posibilitadora del cambio*. En

ella, el coach enfermero ayudará al Coachee paciente a localizar su objetivo y a conseguir su compromiso para realizar una acción.

Esta conversación está compuesta por seis pasos, que se corresponden con las iniciales “POOOCS”:

1. **Priorizar**: de los objetivos expuestos por el paciente, se ayudará a este a escoger uno de ellos para comenzar la intervención. A continuación, se muestran ejemplos de herramientas que pueden ayudar al paciente a identificar visualmente en qué áreas fijar sus objetivos. En la matriz de Eisenhower (Tabla 2), completará los apartados con todos los objetivos que quiera abordar, para distinguir en qué deberá priorizar, planificar, delegar y evitar. Por otro lado, en el Pastel de la Salud (Figura 3) y en el histograma (Figura 2), rellenará cada uno de los campos con su nivel de satisfacción personal. Se buscará conseguir unos gráficos homogéneos. En este caso, se muestran campos genéricos, pero se podrán adaptar según la patología y la situación del paciente (7).

Tabla 2. Matriz de Eisenhower

	URGENTE	NO URGENTE
IMPORTANTE	<i>Priorizar</i>	<i>Planificar</i>
NO IMPORTANTE	<i>Delegar</i>	<i>Evitar</i>

Fuente: elaboración propia

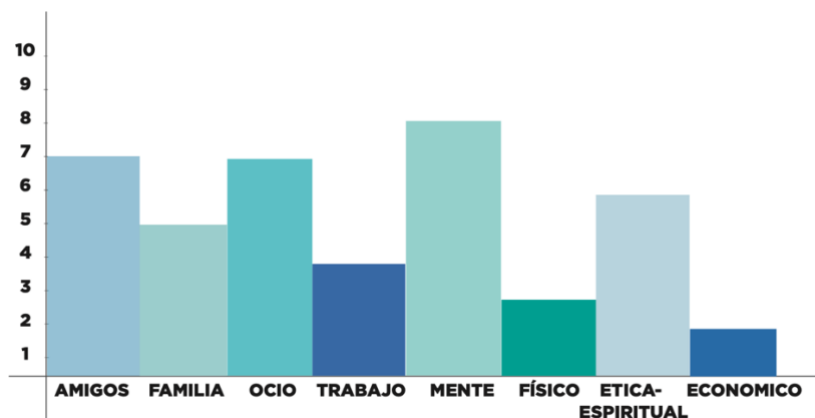


Figura 2. Ejemplo de Histograma de la salud. Elaboración propia.

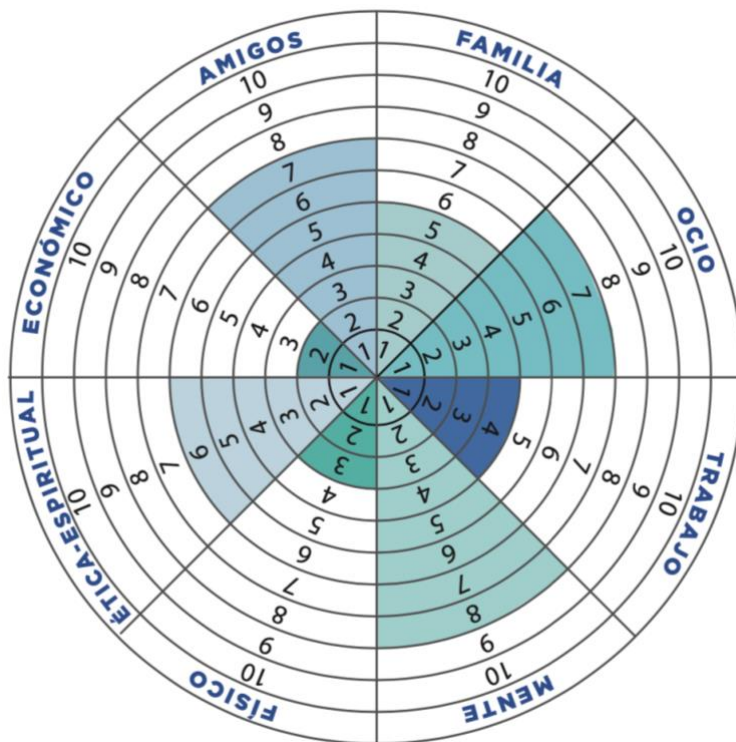


Figura 3. Ejemplo de Pastel de la Salud. Elaboración propia.

2. **Objetivo:** se identificará una duración estimada para la consecución del objetivo principal (largo-medio-corto plazo), teniendo en cuenta de dónde se parte y qué se quiere alcanzar. Esto se logrará a través de preguntas en las que el propio paciente manifieste cuánto puede dar de sí mismo para empezar. La Enfermera Coach le ayudará a visualizar su situación una vez haya llegado a la meta, evitando el empleo de prohibiciones.
3. **Opciones:** se potenciará la imaginación abriendo las posibilidades y evitando las limitaciones. El coach puede dar sugerencias, y ayudar a enfocar la situación en caso de que el paciente se bloquee en su progreso.
4. **Obstáculos:** se ayudará al paciente que no visualiza futuros problemas, a anticiparse a ellos, y al que sólo ve problemas, a superarlos para que ambos puedan seguir avanzando en su proceso. En el segundo caso, el principal problema suele ser la creencia de no poder realizar una acción o conseguir

un objetivo. Se preguntará por las evidencias que soportan esta creencia, que, en la mayoría de las ocasiones, no existen. Los tres tipos de obstáculos más comunes son la desesperación (sensación de meta inalcanzable), impotencia (meta alcanzable pero el Coachee considera no poder alcanzarla), inmerecido (el Coachee considera que no merece lograr el objetivo).

5. Compromiso: es fundamental para el cambio. Se enseñará al paciente la importancia de conseguir los objetivos y no únicamente intentar lograrlos. Es necesario adaptar el nivel de exigencia a cada paciente, pues muchos de los fracasos se deben a que el objetivo no estaba bien definido, o este era demasiado complicado de alcanzar. Para finalizar esta fase, el Coach-Enfermera aclarará con el paciente: qué hará, cómo, y de qué forma.
6. Seguimiento: se concretará con el paciente una próxima cita y se le pedirá que informe de sus progresos hasta entonces. Se estimulará de forma positiva sus logros, y se reconocerán sus esfuerzos en caso de que no se haya llevado a cabo todo lo pactado.

El segundo pilar que compone el proceso de coaching son las *habilidades de comunicación* (7,14):

- Escucha: ha de ser activa o profunda, es decir atendiendo a la totalidad del mensaje recibido, prestando atención al contenido y a los elementos no verbales y paraverbales. Abarca los cuatro niveles de escucha: superficial, participativa, atenta y completa. Idealmente, la Enfermera Coach debería dedicar un 80% del tiempo a la escucha y un 20% a hablar.
Para llevarlo a la práctica es necesario parar de hablar, conseguir la confianza del Coachee y demostrar disposición a escuchar, eliminar distracciones, tener paciencia, guiar la conversación sin interrumpir (resumiendo o parafraseando), evitando críticas y preguntando.

- Empatía: ponerse en el lugar del paciente, incluso cuando no se esté de acuerdo con este, haciéndolo sentir comprendido.
- Preguntas: constituyen la base del Coaching. Se harán preguntas que conduzcan a la reflexión y al cambio. Son las llamadas “preguntas poderosas”, y sustituirán al hábito de aconsejar.
- Feed-back (“devolver”): Permite confirmar que hay una buena comprensión por parte del Coach y motiva al Coachee a continuar. Aquí también es aplicable la regla del 80/20 de la escucha; por cada cosa negativa, destacar 4 positivas.

Un buen proceso de Coaching finaliza con una autoevaluación para que haya una acción efectiva y esté acompañada de un autoperfeccionamiento (13).

La **ANA (American Nurses Association)**, define la ética de la Enfermera Coach en 6 puntos (8). La Enfermera Coach:

1. Utiliza el “Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements” para guiar la práctica y comunicar los fundamentos del Coaching profesional de Enfermería.
2. Comunica claramente al cliente y otros, las diferencias entre Coaching, asesoramiento y docencia.
3. Proporciona Coaching de manera que reconoce y respeta la autonomía, la dignidad, los derechos, los valores y las creencias del cliente.
4. Mantiene una relación de Coaching efectiva congruente con el acuerdo de Coaching dentro de los límites de la práctica profesional Enfermera.
5. Valora todas las experiencias de la vida como oportunidades para encontrar un significado personal y cultivar la autoconciencia, la autorreflexión y el crecimiento.
6. Mantiene la confidencialidad del cliente dentro de los parámetros legales y reglamentarios.

Una relación de Coaching se desarrolla normalmente en un marco de 3 a 6 meses, en los cuales tendrán lugar de 3 a 4 sesiones al mes o una a la semana, que tendrán una duración aproximada de 60 minutos cada una (12). A continuación en la Tabla 3, se muestra un ejemplo de guión para las sesiones de Coaching Enfermero a través de un modelo de empoderamiento personal.

Tabla 3. Modelo de empoderamiento personal

PASOS	CUESTIONES
1. Identifique el problema	<ul style="list-style-type: none"> • ¿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.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se siente con este problema? • ¿Cómo están influyendo sus sentimientos en su conducta? • ¿Cuán importante es para usted dirigirse a este problema? (en una escala del 1 al 10)
3. Fije una meta a largo plazo.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué quiere usted? • ¿Qué necesita hacer? • ¿Qué problemas espera encontrar? • ¿Qué apoyo tiene para superar estos problemas? • ¿Está dispuesto a tomar acción para dirigirse a este problema?
4. Haga un plan de acción para un paso conductual.	<ul style="list-style-type: none"> • Fije una meta alcanzable, medible, oportuna, realista y específica. • ¿Qué hará en esta semana para empezar a trabajar hacia su meta? • ¿Cuán seguro o confiado se siente que puede dirigirse a ese problema? en una escala del 1 al 10)
5. Evalúe cómo el experimento ha trabajado.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo funcionó? • ¿Qué aprendió? • ¿Qué puede hacer de forma diferente la próxima vez?

Fuente: Adaptación Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles (15).

JUSTIFICACIÓN

El Coaching para pacientes es una forma de proporcionar Educación para la Salud a la población, tanto a individuos sanos como a aquellos que padecen alguna patología.

Una aplicación en la práctica clínica por parte de la Enfermera mejoraría los hábitos de vida y el cumplimiento de tratamientos en enfermedades crónicas.

La implementación de esta técnica evitaría sesgos entre paciente y profesional de Salud; de esta forma, se haría un seguimiento más exhaustivo de los tratamientos, asegurando una correcta comprensión por parte del paciente, y ahorrando la frustración que sienten ambas partes: el enfermo, incomprendido y el profesional, no escuchado (7).

Además, permite una mejora en la productividad y el desempeño en la vida diaria, fomenta desarrollo personal, una mejora en la calidad de vida y las relaciones sociales, mayor flexibilidad al cambio y motivación.

Se trata de una herramienta de fácil aplicación que desde hace años se emplea en el área empresarial o deportiva entre otras. Sin embargo, para llevarla a cabo es necesaria práctica, compromiso, conciencia y responsabilidad por parte tanto del Coach, como del Coachee (13).

Por otra parte, la figura de la Enfermera Coach está reconocida por la “American Nurses Association” (8), demostrando su validez. A pesar de esto, continúa siendo una técnica apenas aplicada y estudiada en el sector sanitario.

Así, la presente revisión, pretende exponer la metodología de aplicación del Coaching con pacientes en la consulta de Enfermería, y buscar la mayor evidencia disponible sobre los beneficios observados en el estado de salud de pacientes con enfermedades crónicas tras el empleo de esta herramienta.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Estrategia PICOT

Se elaboró la pregunta de investigación: *¿El empleo de técnicas de Coaching por parte de enfermería podría mejorar el estado de salud de la población? a través de la estrategia PICOT (Tabla 4).*

Tabla 4. Estrategia PICOT.

¿La aplicación del Coaching por parte de enfermería podría mejorar el estado de salud de la población?	
P (Paciente)	Población adulta (>18 años) con problemas de salud.
I (Intervención)	La aplicación de Coaching en la Salud.
C (Comparador)	No procede.
O (Resultados)	Mejorar el estado de salud
T (Tiempo)	5 meses

HIPÓTESIS

El Coaching en Enfermería mejora el estado de salud de la población.

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar los beneficios de la implantación del Coaching en la práctica Enfermera.

Objetivos específicos

- Mostrar las aplicaciones del Coaching en Enfermería en la consecución y mejora de hábitos saludables en los pacientes.
- Definir las técnicas y métodos de aplicación del Coaching en la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se realizó una revisión sistemática con el objetivo de adquirir información sobre la adecuada aplicación del Coaching en la consulta de Enfermería.

Estrategia de búsqueda

Se llevó a cabo una búsqueda de información durante el periodo de enero a mayo de 2022, en la que se incluyeron estudios científicos como; ensayos clínicos, metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas, que estudiaran la aplicación de Coaching.

Los estudios científicos se hallaron principalmente, a través de búsquedas electrónicas en bases de datos bibliográficos de la Salud como: PubMed, SciELO, Cochrane y Medline. Además, se han empleado libros sobre Coaching y su aplicación, los cuales aparecen referenciados en el apartado “Bibliografía”.

Para realizar la búsqueda en estas bases de datos se consultó en los tesauros MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptor de Ciencias de la Salud).

Los términos utilizados se exponen a continuación (Tabla 5):

Tabla 5. Búsquedas MeSH y DeCS

MeSH	“nurse”, “nursing”, “session”, “qualities”, “health”
DeCS	“enfermera”, “enfermería”, “sesión”, “cualidades”, “salud”

Debido a que no existe el término “Coaching” ni ningún sinónimo que englobe el significado exacto de la palabra dentro del lenguaje estandarizado de los MeSH y los DeCs, se hizo una búsqueda libre de la misma.

El operador booleano utilizado para acotar el número de resultados fue Y/AND. Algunas de las estrategias de búsqueda empleadas fueron: ["Health" AND "Coaching" and "Efectiveness"], ["Nurse" and "Coaching" AND "Program"], ["Integrative Nurse Coach"], ["Nurse" AND "Coaching"], ["Enfermera" AND "Coach"] o ["Coaching AND Salud"]. Las principales ecuaciones de búsqueda empleadas se reflejan en la Tabla 4 con los respectivos resultados obtenidos tras la aplicación de los filtros que cumpliesen con los criterios de inclusión establecidos.

Estrategia de selección: criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión que se aplicaron para la selección de información fueron: artículos con muestra en población adulta, que hubieran sido redactados en lengua inglesa, española o portuguesa, que tuviesen acceso gratuito al texto completo, que incluyesen "Coaching" en el título o resumen y publicados en los últimos 5 años (desde 2017), pero debido a la escasez de estudios, se amplió el rango hasta 2010.

Por otra parte, los criterios de exclusión por los que se rechazaron artículos para la realización del trabajo fueron: artículos publicados hace más de 12 años, escritos en idiomas distintos al inglés, español o portugués, o aquellos que no abordasen la materia de estudio planteada.

Selección de estudios

En el proceso de selección de estudios se inspeccionaron los títulos y posteriormente los resúmenes para descartar aquellos no relevantes y valorar el potencial vínculo con los criterios de búsqueda aplicados.

Materiales utilizados

En la elaboración de la revisión, se empleó el gestor Zotero para la administración de las citas bibliográficas.

Se utilizó el Programa de Habilidades en Lectura Crítica CASPe para realizar un análisis de calidad, y evaluar la evidencia de los artículos. Esta guía tiene un total de 11 ítems en ensayos clínicos y 10 en revisiones sistemáticas. Teniendo esto en cuenta, se comprobó que todos los artículos superaban el cumplimiento de un mínimo de 8 ítems, lo que demostró calidad metodológica y menor riesgo de sesgo. Finalmente, se diseñó una tabla con los siguientes apartados: autores y año, país, tipo de estudio, muestra, intervención, objetivo y conclusiones de cada estudio, para el análisis de los contenidos. (Anexo III).

RESULTADOS /DISCUSIÓN

Tras la búsqueda inicial en las bases de datos seleccionadas, se hallaron un total de 1137 estudios. Se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, y se seleccionaron 857. Cribando por título quedaron 94 estudios, excluyendo también aquellos que se repetían en diferentes búsquedas. Después de la lectura del resumen, se descartaron 61 estudios, seleccionándose 33, de los cuales se descartaron 13 por no considerarse su contenido relevante para la revisión. Los 20 restantes se sometieron a lectura crítica, de los cuales se eliminaron 12, lo que limitó el resultado a 8 artículos para hacer la revisión.

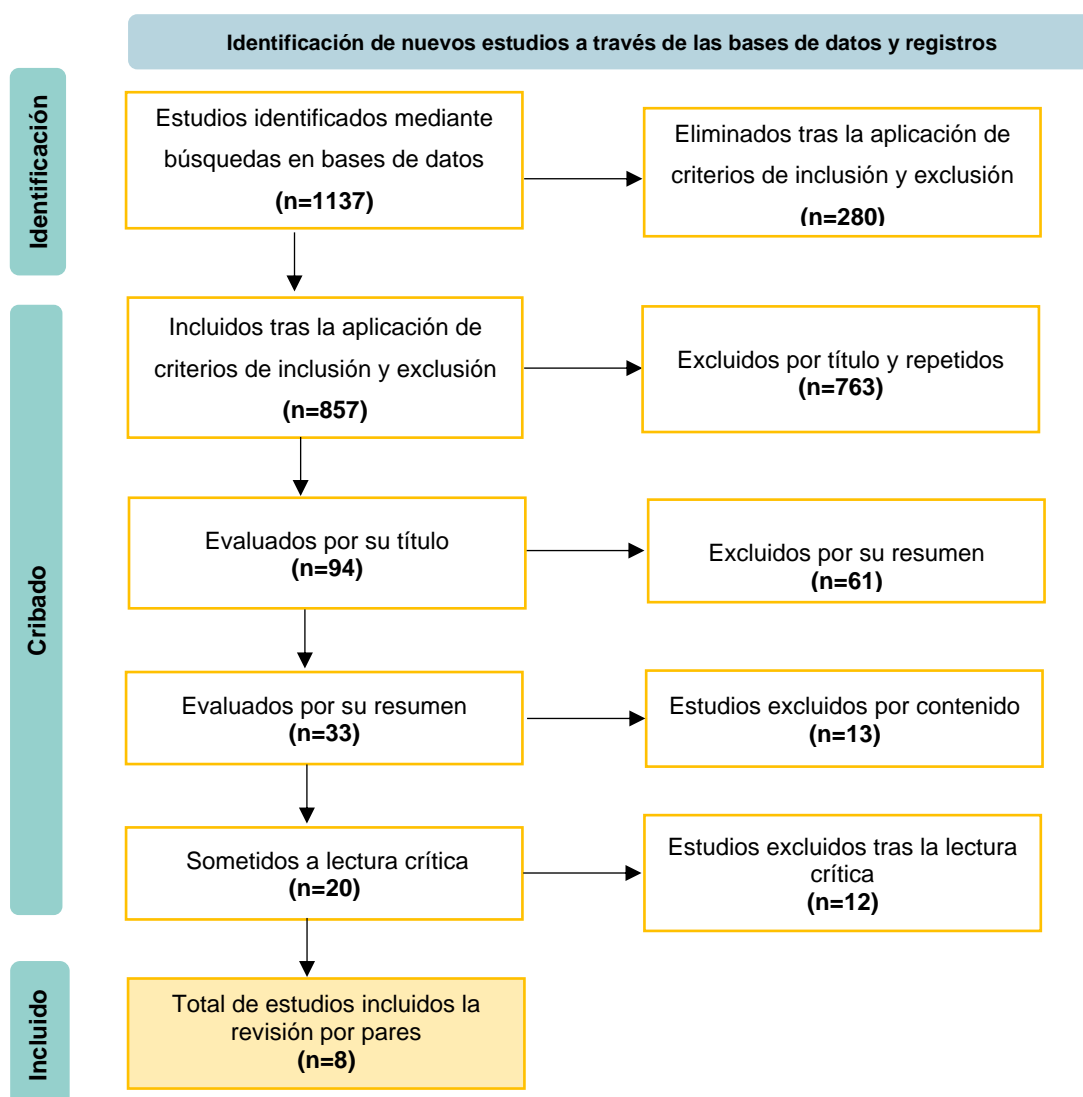


Figura 4. Diagrama de flujo sobre la selección de los artículos.

Calidad metodológica de los estudios.

Respecto al tipo de estudios se incluyeron 8 ensayos clínicos aleatorizados (ECA).

La calidad metodológica de los estudios revisados se reflejó en una puntuación media de CASPe para los EC de 8'75 después de un consenso tras una revisión por pares (Anexo II). Se le dio un valor de "1" a las preguntas con respuesta positiva, y "0" en caso de respuesta negativa o duda. Todos los EC alcanzaron valores superiores a 8 sobre 10, por lo que fueron incluidos debido a la alta puntuación obtenida.

Los 8 estudios contaron con grupos homogéneos de pacientes, fueron tratados de igual modo y se les realizó un seguimiento completo. Todos cumplieron con el criterio de aleatorización, pero ninguno con el de cegamiento.

Características de los estudios

El Anexo III refleja de forma detallada las características de los estudios. La muestra de sujetos fue de un total de 9458 en los 8 estudios. Los participantes incluidos fueron población >18 años con alguna patología crónica diagnosticada. En algunos de ellos, los grupos no estaban formados por pacientes con un diagnóstico común, es decir, incluían distintas patologías: Mustonen et al. incluyó participantes con diagnósticos de enfermedad de las arterias coronarias (EAC), diabetes mellitus II (DM II) o insuficiencia cardiaca (IC) congestiva y enfermedades mentales; y Dwinger et al. con EAC, DM II o hipertensión arterial (HTA). El resto de los estudios se enfocaron en dos patologías principales: DM II en el caso de Blackberry et al. (16), Browning et al. (17) y Young et al. (18), quién también incluye la DM I; mientras que, por otro lado Ma et al. (19) y Pearson et al. (20), se centran en la obesidad/sobrepeso o síndrome metabólico. Ambos estudios se diferencian del resto en que no intervienen únicamente sobre uno de los dos grupos de participantes, si no que

cada uno cuenta con dos grupos de intervención y pone en práctica dos métodos diferentes para evaluar la efectividad de ambos frente a la atención habitual.

Únicamente Ong et al. (21) orienta su investigación en torno a pacientes con IC.

Todos los estudios se realizaron en lengua inglesa, siendo un 50% americanos (19-22), un 25% europeos (23,24), un 12% asiáticos (17), y un 13% australianos (16).

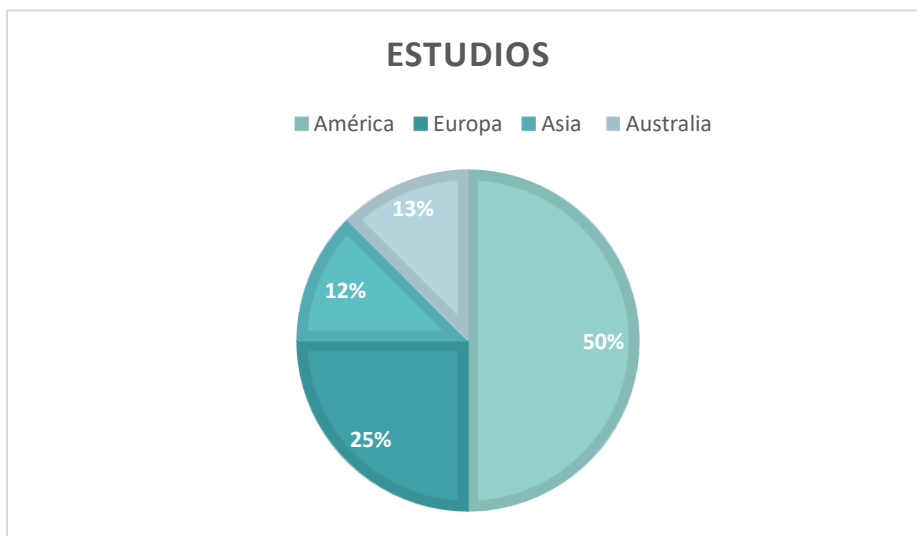


Figura 5. Estudios por continente. Elaboración propia.

En cuanto al uso de medicación, prácticamente en la totalidad los estudios los participantes consumieron medicación para tratar la patología diagnosticada, e incluyeron una mejora de la adherencia terapéutica como objetivo principal o secundario del estudio. Sólo en un estudio (19), los participantes no habían recibido tratamiento farmacológico o quirúrgico.

Todos los estudios presentaron un importante componente telefónico.

En el caso de Ong et al.(21), una Enfermera Coach realizó una entrevista cara a cara con los participantes al inicio del estudio. Después de esta, se les llamó a los 7 días, a los 30 y a los 180. En el caso del grupo control, únicamente recibieron encuestas, la entrevista y las llamadas; mientras que el grupo intervención recibió además educación para la salud sobre su enfermedad y telemonitorización domiciliaria.

Con Mustonen et al.(22), los pacientes recibieron un mayor número de llamadas de Coaching telefónico por parte de Enfermeras especialmente capacitadas en el tema (de 10 a 11 llamadas en 12 meses), sin embargo, no existe ningún contacto cara a cara, y las variables de salud se obtienen de forma indirecta. Los resultados entre el grupo control e intervención apenas mostraron diferencias significativas.

Dwinger et al.(23), realizaron una intervención telefónica basada en entrevistas motivacionales, establecimiento de objetivos individuales y colaborativos, y toma de decisiones compartida; adaptándose a las necesidades de los subgrupos intervenidos. Los resultados mostraron mejoras significativas en el grupo intervenido en sus hábitos de actividad física, el índice de masa corporal (IMC) de los participantes, su tensión arterial, y sus conocimientos en salud. Este estudio tuvo un seguimiento de 3 años tras la intervención, que fue realizada por 20 Enfermeras previamente formadas en Coaching en Salud Telefónico. De la misma forma, con Blackberry et al.(16), las Enfermeras involucradas en su estudio del control glucémico en la DM II, completaron un programa de capacitación de dos días que abarcaba metodología para lograr cambios en el plano farmacológico y personal, para alcanzar un nivel de HbA1c <6,5% en los participantes, sin embargo, el impacto fue menor.

Pearson et al. (20) separó el grupo intervención en dos subgrupos (CALC y LEARN) proporcionando a uno sesiones de Coaching telefónico en los que se trataban los temas que el paciente considerase, mientras que el otro grupo recibía lecciones sobre modificación de comportamientos, también de forma telefónica; ambos durante el mismo periodo de tiempo. Los resultados mostraron mejoría en los perfiles antropométricos y lípidos en sangre en ambos grupos, demostrando que la fusión de ambas intervenciones podría resultar de utilidad en procesos de pérdida de peso. De la misma forma, Ma et al. (19) observó pérdida de peso en un 35,9% de los pacientes autodirigidos, y un 37% de los

pacientes intervenidos con sesiones de Coaching frente al 14,4% del grupo sometido a intervención habitual. Esta mejoría se reflejó en su IMC, circunferencia abdominal, y nivel de glucosa en ayunas durante los 15 meses posteriores a la intervención.

Browning et al. (17) destacan por la aplicación sobre el grupo intervención de las sesiones de Coaching presencial además del telefónico, junto con los cuidados habituales que también recibió en grupo control. Durante un periodo de 18 meses, los participantes recibieron un total de 9 sesiones telefónicas y 8 sesiones presenciales, lo que se reflejó en los resultados con mejoras en los niveles de triglicéridos y glucemia en sangre, en la adherencia al tratamiento, la realización de actividad física y en la esfera biopsicosocial de pacientes diabéticos. El estudio de Young et al. (18), mostró los resultados más significativos mantenidos en el tiempo tras la intervención. El grupo que recibió Coaching telefónico demostró a los 9 meses mejores resultados en áreas como la disposición al cambio, el establecimiento y logro de metas, o el manejo de los aspectos psicosociales de la DM frente al grupo con atención habitual.

Esta revisión sistemática se llevó a cabo con el propósito de observar los beneficios de la aplicación de técnicas de Coaching en Salud en la atención al paciente por parte de las Enfermeras. Se planteó la hipótesis de que la aplicación de dichas técnicas podría mejorar el estado de salud de la población, lo que conduciría a un retraso de la aparición de complicaciones y por lo tanto a una reducción del gasto sociosanitario. Además, se describen indicaciones para una correcta aplicación en la práctica clínica. Se han recopilado los resultados de diferentes estudios, principalmente de sesiones telefónicas para prevención secundaria en pacientes con alguna enfermedad crónica.

LIMITACIONES Y FORTALEZAS

La principal limitación encontrada a la hora de realizar esta revisión ha sido la escasez de estudios sobre el tema, así como la falta de teoría sobre Coaching en el campo de la Salud.

Los estudios realizados utilizan en su mayoría Coaching telefónico, por lo que puede existir un sesgo en los resultados obtenidos frente a la posible aplicación en una consulta presencial de Enfermería, al no existir un análisis de la comunicación no verbal.

Dentro de las fortalezas, destaca que la presente revisión es un tema novedoso que va en aumento, reflejado en la progresión en los años de las publicaciones. Los estudios incluidos son todos ensayos clínicos de calidad, ya que han pasado una valoración de la parrilla de Caspe mayor de 8 y se realizó una revisión por pares para evitar el sesgo del investigador.

CONFLICTO DE INTERESES

No existió conflicto de intereses para la realización de este trabajo por parte de los autores.

APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

El Coaching en Enfermería es una herramienta en auge para la promoción de la Educación para la Salud entre la población. Su aplicación supondría una forma sencilla de evitar el desarrollo de enfermedades crónicas y motivar hacia un estilo de vida saludable y aquellos que las padezcan podrían resolver sus dudas a lo largo del tiempo y en función de su propia evolución. Además de ser una herramienta muy buena para conocer mejor al paciente y hacer que recapacite sobre sus problemas de salud, priorice y decida él sus propias metas para mejorar su salud, también es de gran ayuda como complemento para realizar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), por toda la información que aporta a

través de las entrevistas. El principal obstáculo es el tiempo que requiere para la Enfermera Coach brindar la atención requerida para un buen proceso de Coaching. Como menciona la Dra. Molins Roca (7), una solución sería dedicar las últimas horas de la mañana a aquellos pacientes realmente comprometidos con el cambio; cuestión fundamental para que exista una mejoría significativa.

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

El Coaching en Enfermería continúa siendo un campo poco trabajado y abordado. Es necesaria la realización de un programa de atención sanitaria que fomente esta práctica, especialmente en Atención Primaria. Además, es fundamental el desarrollo de líneas de investigación que evidencien la efectividad del Coaching no sólo en prevención secundaria, sino también en el fomento de la salud y prevención de la aparición de la enfermedad.

La presente revisión se mandará a publicar en forma de artículo a la revista "Rol", para dar a conocer la importancia del tema; en sus inicios y con un gran potencial.

CONCLUSIONES

Tras el análisis de los resultados de la presente revisión, se confirma la hipótesis obteniendo como conclusiones, que la aplicación en la práctica clínica de sesiones de Coaching de Salud obtiene efectos positivos en pacientes con patologías crónicas, lo que aporta evidencia sobre este tipo de intervención Enfermera poco empleada en nuestro Sistema Sanitario.

Actualmente, las aplicaciones del Coaching en Enfermería apenas están visibilizadas y estudiadas. La escasa evidencia científica, fomenta el escepticismo que rodea a esta práctica.

La intervención Enfermera en la consecución de objetivos de salud, demuestra ser una opción fiable mejorando tanto la calidad de atención al paciente crónico, como el manejo de la enfermedad.

Una buena aplicación de Coaching Enfermero requiere tiempo, por lo que no es posible en todos los pacientes; sin embargo, si lo es en aquellos que demuestren estar más capacitados y comprometidos con el cambio, para beneficiarse del uso de esta herramienta y mejorar su salud.

Para la obtención de unos buenos resultados, las Enfermeras deben estar familiarizadas y previamente instruidas en el tema. Para ello, la materia de Coaching debería formar parte en un futuro de la formación continuada y actualizada que caracteriza a las Enfermeras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ives Y. What is 'Coaching'? An Exploration of Conflicting Paradigms. *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring* [Internet]. 2008, [citado 2 de febrero de 2022] ;6:14. Disponible en: <https://bit.ly/3GtEEF4>
2. Declaración Institucional del COP sobre la Psicología Coaching. Infocop [Internet]. 2019 [citado 29 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3MZ6hsf>
3. Berg ME, Karlsen JT. Mental Models in Project Management Coaching. *Engineering Management Journal*. [Internet]. 2007, [citado 17 de febrero de 2022];19 (3):3-13. doi: 10.1080/10429247.2007.11431736
4. Griffiths K. Personal coaching: A model for effective learning. *JLD*. [Internet]. 2012, [citado 8 de enero de 2022]; 1(2):55-65. Disponible en: <https://bit.ly/3NJX3zM>
5. Magalhães T, Neves L, Poínhos, R. A metodologia de coaching aplicada às Ciências da Nutrição: Usos, potencialidades e controvérsias em Portugal. *Acta Port Nutr*. [Internet]. 2018, [citado 17 de marzo de 2022];12:26-31. Disponible en: <https://doi.org/10.21011/apn.2018.1205>
6. Pérez MD. Coaching [Internet]. Málaga. ICB;2017 [citado 1 de marzo de 2022]. 212p. Disponible en: <https://bit.ly/3wUVoC2>
7. Molins Roca, J. Coaching y Salud. Barcelona: Plataforma España; 2018. 230 p.
8. Dossey BM, Luck S, Schaub B. Nurse Coaching: Integrative Approaches for Health and Wellbeing. Paperback. International Nurse Coach Association; 2014. 554/684 p
9. Barr JA, Tsai LP. Health coaching provided by registered nurses described: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Nurs*. [Internet]. 2021 [citado el 7 marzo 2022];20(1):74. doi: 10.1186/s12912-021-00594-3
10. Huffman MH. Advancing the Practice of Health Coaching: Differentiation From Wellness Coaching. *Workplace Health Saf*. [Internet]. 2016 [citado el 7 marzo 2022];64(9):400-3. doi:10.1177/2165079916645351

11. Galvão A. Coaching de saúde e bem-estar na promoção da saúde mental. RPESM [Internet]. 2019 [citado el 19 marzo 2022]; (22). Disponible en: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0257>
12. Kowalski K, Casper C. The Coaching Process: An Effective Tool for Professional Development. Nurs Adm Q. [Internet]. 2007 [citado el 1 de Mayo 2022] ;31(2):171-9. doi: 10.1097/01.NAQ.0000264867.73873.1^a
13. Whitmore J. Coaching: el método para mejorar el rendimiento de las personas. [Internet]. México: Paidós; 2011. [citado el 7 de Mayo 2022].189 p. Disponible en: <https://bit.ly/3wYGivg>
14. Garcia JAS, Ruiz JA, Baños AIC, Lazaro JAM, Ramis BS. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. Enferm. glob. [Internet]. 2014 [citado el 1 de Mayo2022];13(34):276-292. Disponible en: <https://bit.ly/38XxXPk>
15. Bonal Ruiz R, Almenares Camps HB, Marzán Delis M. Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles. MEDISAN. [Internet]. 2012 [citado 9 de marzo de 2022];16(5):773-85. Disponible en: <https://bit.ly/3z54iOG>
16. Blackberry ID, Furler JS, Best JD, Chondros P, Vale M, Walker C, et al. Effectiveness of general practice based, practice nurse led telephone coaching on glycaemic control of type 2 diabetes: the Patient Engagement And Coaching for Health (PEACH) pragmatic cluster randomised controlled trial. The BMJ [Internet]. 2013 [citado 9 de marzo de 2022];347. doi: 10.1186/1745-6215-15-124
17. Browning C, Chapman A, Cowlshaw S, Li Z, Thomas SA, Yang H, et al. The Happy Life ClubTM study protocol: a cluster randomised controlled trial of a type 2 diabetes health coach intervention. BMC Public Health. [Internet]. 2011, [citado 9 de febrero de 2022];11:90. doi: 10.1186/s12913-021-07263-w
18. Young H, Miyamoto S, Ward D, Dharmar M, Tang-Feldman Y, Berglund L. Sustained Effects of a Nurse Coaching Intervention via Telehealth to Improve Health Behavior Change in Diabetes. Telemedicine and e-Health. [Internet]. 2014, [citado 2 de mayo de 2022];20(9):828-34. doi: 10.1136/bmj.f5272

19. Ma J, Yank V, Xiao L, Lavori PW, Wilson SR, Rosas LG, et al. Translating the Diabetes Prevention Program Lifestyle Intervention for Weight Loss Into Primary Care: A Randomized Trial. *JAMA Intern Med.* [Internet]. 2013, [citado 21 de abril de 2022];173(2):113-21. doi: 10.1001/2013.jamainternmed.987
20. Pearson ES, Irwin JD, Morrow D, Battram DS, Melling CW. The CHANGE program: comparing an interactive vs. prescriptive approach to self-management among university students with obesity. *Can J Diabetes.* [Internet]. 2013, [citado 8 de abril de 2022];37(1):4-11. doi: 10.1016/j.jcjd.2012.12.002
21. Ong MK, Romano PS, Edgington S, Aronow HU, Auerbach AD, Black JT, et al. Better Effectiveness After Transition–Heart Failure (BEAT-HF) Research Group. Effectiveness of Remote Patient Monitoring After Discharge of Hospitalized Patients With Heart Failure: The Better Effectiveness After Transition -- Heart Failure (BEAT-HF) Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.*[Internet]. 2016, [citado 20 de enero de 2022]; 176(3):310-8. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.7712.
22. Mustonen E, Hörhammer I, Patja K, Absetz P, Lammintakanen J, Talja M, et al. Eight-year post-trial follow-up of morbidity and mortality of telephone health coaching. *BMC Health Serv Res.* [Internet]. 2021, [citado 27 de febrero de 2022];21(1):1237. doi: 10.1186/1471-2296-15-24
23. Dwinger S, Rezvani F, Kriston L, Herbarth L, Härter M, Dirmaier J. Effects of telephone-based health coaching on patient-reported outcomes and health behavior change: A randomized controlled trial. *PLoS ONE.* [Internet]. 2020, [citado 2 de abril de 2022];15(9). doi: 10.1089/tmj.2013.0326

ANEXOS

Anexo I. Ecuaciones de búsqueda en las bases de datos consultadas.

BASE DE DATOS	ECUACIÓN PRINCIPAL DE BÚSQUEDA	RESULTADOS con filtros
PubMed	((Health) AND (Coaching) AND (Effectiveness) AND (Nurse))	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 262 resultados Tipo de documentos relevantes: <ul style="list-style-type: none"> – 78 EC (71 ECA) – 12 RS – 5 metaanálisis
Cochrane Library	((Health) AND (Coaching) AND (Effectiveness) AND (Nurse))	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 8 resultados – 8 RS
SciELO	((Nurse) AND (Coaching))	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 9 RS
CUIDEN	(Health) AND (Coaching) AND (Nurse)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 9 artículos
Dialnet Plus	(Coaching) AND (Enfermería) AND (Salud)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5 resultados – 4 artículos – 1 tesis
CINAHL Complete	(Coaching) AND (Health) AND (Nurse)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 109 resultados – 69 publicaciones académicas – 8 revistas
Scopus	(Coaching) AND (Health) AND (Nurse)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 735 resultados Tipo de documentos relevantes: <ul style="list-style-type: none"> – 596 artículos – 111 RS

Anexo II. Análisis de lectura crítica para evaluación de EC-CASPe.

	Ong et al.	Mustonen et al.	Dwinger et al.	Blackberry et al.	Pearson et al.	Ma et al.	Browning et al.	Young et al.
Pregunta bien definida	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Aleatorización	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Seguimiento completo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Doble ciego	No	No	No	No	No	Sí	No	No
Homogeneidad de los grupos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Los grupos fueron tratados de igual modo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Efecto del tratamiento grande	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Resultados precisos IC <95%	Sí	Sí	Sí	Sí	-	Sí	Sí	-
Resultados aplicables	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Se tuvieron en cuenta todos los resultados importantes	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
TOTAL	9	9	8	9	8	10	9	8

Anexo III. Tabla de datos y resultados

AUTORES Y AÑO	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	INTEVENCIÓN	OBJETIVO	CONCLUSIONES
Ong, et. Al 2016 (21)	EEUU	Ensayo clínico controlado aleatorizado	1500 pacientes (≥50 años) Ingresados por insuficiencia cardiaca en tratamiento (n=1437). - Grupo 1: Intervención de educación/ Coaching de Enfermería/ telemonitorización. - Grupo 2: Atención habitual	Educación en IC con recursos tecnológicos e instrucciones para su manejo y telemonitorización de peso, PA, FC y sintomatología.	Evaluar la eficacia de la intervención en la reducción de los reingresos hospitalarios de adultos mayores con insuficiencia cardiaca 180 días siguientes tras la hospitalización	No hubo grandes diferencias en el reingreso a los 30 días o la mortalidad a los 180 días, pero hubo una diferencia significativa en la calidad de vida a los 180 días entre los grupos de intervención y atención habitual.
Mustonen, et. Al 2021 (22)	Finlandia	Ensayo clínico controlado aleatorizado	Pacientes con DMII, enfermedad de las arterias coronarias (EAC) o insuficiencia cardiaca congestiva. (n=1535) - Grupo 1: sesiones mensuales de Coaching con Enfermera especializada + atención habitual (n=1034) - Controles: atención habitual (n=501)	Enfermeras especializadas utilizaron técnicas de entrevista motivacional para el establecimiento de objetivos según las necesidades del paciente en sesiones mensuales de unos 30 minutos durante 12 meses.	Evaluar los efectos a largo plazo del Coaching en Salud telefónico en la morbilidad y mortalidad de pacientes con DMII, EAC e IC congestiva.	No se encontró un efecto significativo del Coaching de salud sobre la morbilidad o mortalidad, sin embargo, podría ser eficaz en pacientes predisposición de mejora.

AUTORES Y AÑO	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	INTEVENCIÓN	OBJETIVO	CONCLUSIONES
Dwinger et. Al 2020 (23)	Alemania	Ensayo clínico controlado aleatorizado	<p>Pacientes >18 años, asegurados en KKH (seguro de salud obligatorio alemán), diagnosticados con al menos una enfermedad crónica (n=4283). Se separaron por grupos según la enfermedad.</p> <p><u>Grupo Crónicos:</u> DMII, HTA y EAC</p> <p>Crónicos 1: estancia hospitalaria anterior</p> <p>Crónicos 2: puntuación de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> - IC: Insuficiencia cardiaca - Salud Mental: Depresión Crónica y Esquizofrenia <p><u>Grupo con atención habitual</u> (control)</p>	<p>Sesiones de Coaching telefónico (1 sesión cada 6 semanas durante 1 año) por parte de 20 Enfermeras, con un seguimiento de 3 años tras la intervención.</p> <p>Entrevistas motivacionales para aumentar la disposición a implementar comportamientos modificados en la vida diaria</p> <p>Toma de decisiones compartida: decisión conjunta de ventajas y desventajas de los comportamientos de salud.</p>	<p>Evaluar la eficacia de el Coaching en Salud telefónico en pacientes con enfermedades crónicas.</p>	<p>Mejora:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actividad física (horas a la semana) - IMC - PA (Presión Arterial) - Alfabetización en salud <p>Sin cambios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consumo de alcohol - Consumo de tabaco - Glucosa en sangre - Depresión - Ansiedad - Malestar mental
Blackberry, et. Al 2013 (16)	Australia	Ensayo clínico controlado aleatorizado	<p>Pacientes >18 años, con diagnóstico de DMII y nivel de hemoglobina glucosilada (HbA1c) en los últimos 12 meses por encima del 7,5% (n=473).</p>	<p>8 sesiones de Coaching telefónico y 1 presencial por paciente a lo largo de 18 meses, impartidas por Enfermeras tras recibir dos días de formación.</p>	<p>Evaluar la efectividad del Coaching telefónico impartido por Enfermeras en el mejor control de glucosa en DMII.</p>	<p>Mejora:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colesterol de lipoproteínas de alta densidad - IMC - PA sistólica <p>Sin cambios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HbA1c

AUTORES Y AÑO	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	INTEVENCIÓN	OBJETIVO	CONCLUSIONES
Pearson, et. Al 2012 (20)	Canadá	Ensayo clínico controlado aleatorizado	<p>Pacientes entre 18 y 24 años, con un IMC de 30kg/m².</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo 1: Entrevista motivacional a través de CALC (Co-Active Life Coaching) (n=25) - Grupo 2: LEARN (Lifestyle, Exercise, Attitudes, Relationships, Nutrition) (n=20) - Grupo 3: cuidados habituales (n=23) 	<p>Sesiones de Coaching telefónico semanales de unos 30 - 45 minutos durante 12 semanas.</p> <p>CALC: identificar soluciones para el logro de objetivos y alcanzar las metas deseadas.</p> <p>LEARN: modificación de estilo de vida, ejercicio, actitudes y nutrición por un especialista.</p>	<p>Evaluar la efectividad de los 2 métodos de fomento del autocuidado ante la obesidad.</p>	<p>Ambos métodos parecen tener eficacia similar.</p>
Ma, et Al. 2013 (19)	EEUU	Ensayo clínico controlado aleatorizado	<p>Pacientes con sobrepeso/ obesidad, pre-DM y/o síndrome metabólico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo 1: intervención grupal dirigida por un Coach (n=79) - Grupo 2: intervención autodirigida por DVD (n=81) - Grupo 3: atención habitual (n=81) 	<p>Fases:</p> <p><u>Intervención intensiva</u> (3 meses): grupos pequeños dirigidos por los Coach, o los DVD.</p> <p><u>Mantenimiento</u>: ambas intervenciones recibieron asesoramiento de forma remota para establecer objetivos de peso, actividad física y autocontrol.</p>	<p>Comparar los cambios de IMC a lo largo de 15 meses entre los grupos de intervenciones y el de atención habitual.</p>	<p>Lograron la meta de pérdida de peso un 37% de los pacientes con coach, y un 35,9% de los pacientes autodirigidos, frente al 14,4% del grupo de atención habitual. Además, ambas intervenciones lograron mayores mejoras en la circunferencia de la cintura y en los niveles basales de glucemia.</p>

AUTORES Y AÑO	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	INTEVENCIÓN	OBJETIVO	CONCLUSIONES
Browning, et Al. 2011 (17)	China	Ensayo clínico controlado aleatorizado	Pacientes con DMII, ≥ 50 años (n=1320) <ul style="list-style-type: none"> - Grupo 1: sesiones de Coaching telefónicas y presenciales + cuidados habituales - Grupo 2: cuidados habituales 	Máximo de 19 sesiones telefónicas (de 20 minutos) y 18 presenciales (de 30 minutos) de Coaching en salud durante 18 meses. Resultados evaluados al inicio y a los 6,12 y 18 meses.	Determinar la efectividad de la intervención para mejorar el nivel de HbA1c y los perfiles metabólicos, fisiológicos y psicológicos de los participantes.	Los participantes del grupo intervención tuvieron mejoras significativas en los niveles de triglicéridos, así como en el control de glucosa en sangre, adherencia a la medicación, actividad física y malestar psicosocial.
Young, et Al. 2014 (18)	EEUU	Ensayo clínico controlado aleatorizado	Pacientes > 18 años, con diagnóstico de DMI ó DMII que viven en comunidades rurales (n=101) <ul style="list-style-type: none"> - Grupo 1: Entrenamiento en telesalud de Enfermería - Grupo 2: Atención habitual 	5 sesiones de Coaching telefónico de 30 minutos 1 vez cada 2 semanas durante 16 semanas. Los participantes eligieron el área de cambio de comportamiento durante el estudio (80% eligieron nutrición o actividad física).	Evaluar los beneficios del entrenamiento de telesalud de Enfermería utilizando técnicas de entrevista motivacional.	9 meses tras la intervención, el Grupo 1 mostró una puntuación más alta en la autoeficacia frente al Grupo 2, así como el manejo de los aspectos psicosociales de la diabetes, la disposición al cambio, y el establecimiento y logro de objetivos.