



UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

Los aportes del coaching en salud a la estrategia de navegación de pacientes para el
mejoramiento de la atención del cáncer de mama

Por

María Jimena Echeverri Montoya
Enfermera, Mg en Calidad en Salud

Asesora

Sara Milena Ramos Jaraba
Administradora en Servicios de Salud y Mg en Salud Colectiva

Especialización en Liderazgo y Habilidades Organizacionales

Facultad de Ciencias Económicas

Universidad CES

2023

1 Contenido

1.	RESUMEN.....	5
2	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
2.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
2.2	JUSTIFICACIÓN.....	9
2.3	Pregunta de investigación.....	11
3	MARCO TEÓRICO.....	12
3.1	Epidemiología del cáncer de mama.....	12
3.2	Definición de la complejidad de la atención en cáncer.....	14
4	MARCO CONCEPTUAL.....	16
4.1	La Navegación de pacientes.....	16
4.2	Health coaching o coaching en salud.....	19
5	OBJETIVOS.....	25
6	MATERIALES Y METODOS.....	26
6.1	Enfoque metodológico de la investigación.....	26
6.2	Criterios de inclusión y exclusión de los estudios.....	26
6.3	Tipo de intervenciones.....	26
6.4	Tipo de resultados.....	27
6.5	Técnicas de recolección de información.....	27
6.6	Fuentes de información.....	27
6.7	Proceso de obtención de la información y estrategia de búsqueda.....	27
6.8	Extracción de los datos.....	29
6.9	Método de análisis.....	30
6.10	Control de errores y sesgos.....	30
6.10.1	sesgo de selección.....	30

7	CONSIDERACIONES ETICAS.....	31
8	RESULTADOS.....	32
8.1	Características generales de los estudios analizados.	32
8.2	Categoría I: Componentes del coaching en la atención en salud	35
8.3	Categoría II: Estrategia de Navegación de pacientes en cáncer de mama ..	37
8.4	Categoría III: Coaching y la estrategia de navegación en la atención del Cáncer de mama	42
9	DISCUSIÓN.....	45
10	CONCLUSIONES.....	48
11	IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.....	49
12	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	50

Lista de Tablas

Tabla 1. Descriptores combinados con operadores booleanos en cada paso de la búsqueda de artículos	28
Tabla 2. Matriz de extracción de datos	29
Tabla 3. Número de artículos por revista	32
Tabla 4. Proceso de búsqueda, exclusión y selección en las bases de datos.....	33
Tabla 5. Tipos de estudio.....	34
Tabla 6. Estudios incluidos categoría I	36
Tabla 7. Estudios incluidos en la categoría II	39

1. RESUMEN

Antecedentes: La navegación de pacientes en patologías como el cáncer es conocida y bastante estudiada en países de altos ingresos. Se concibe como un modelo de prestación de cuidados basado en la evidencia, que ha demostrado su capacidad para apoyar el acceso de los pacientes con escasos recursos a una atención oportuna y de calidad a lo largo de todo el proceso oncológico. El modelo contiene elementos de educación, abogacía, psico-orientación y autogestión que aportan a la mejora de resultados clínicos y a la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama.

Objetivo: Establecer los aportes del coach en salud a la estrategia de navegación de pacientes para el mejoramiento de la atención del cáncer de mama

Metodología: revisión narrativa, entre 2011 y 2023. La búsqueda se realizó en bases de datos electrónicas bibliográficas de Pubmed, Lilacs y Cochrane. Sobre la base de criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 22 artículos para la revisión.

Resultados: Se identificó que el modelo de navegación tiene implícito el componente del coaching en salud y que los navegadores que en su mayoría son profesionales de enfermería, acompañan a los pacientes activando recursos y capacidades que mejoran la autogestión, la información, la educación y los obstáculos que se viven en el continuo de la atención del cáncer de mama. Se encontró que el coaching en salud y la navegación tienen desenlaces positivos en la calidad de vida, disminución de síntomas de ansiedad, angustia, depresión, y la carga del cuidado.

1. **Conclusión:** La navegación y coaching influyen positivamente en los resultados de la atención y desenlaces clínicos al paciente con cáncer de mama al reducir las brechas de atención relacionadas con la accesibilidad, la oportunidad de la atención, la comunicación disminuye los síntomas desagradables como la ansiedad y angustia y mejora la calidad de vida.

Palabras claves: navegación de pacientes, coaching en salud, cáncer de mama.

Keywords: patient navigators, health coaching, breast cancer.

2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2020 el cáncer de mama (CaMa) fue en el tipo de cáncer más común en el mundo, con aproximadamente 22,6 millones de nuevos casos y la principal causa de muerte por este tipo de cáncer en las mujeres (1). Con relación a América Latina, en 2020, hubo más de 210,000 nuevos diagnósticos de CaMa, y casi 68,000 muertes. Al comparar los países de la región, el número estimado de nuevos casos de cáncer de mama en el 2020 en Colombia fue de 15.509 (7,4%) ocupando el cuarto lugar después de Brasil con 88.492 (42,1%), México 29.929 (14,2%), y Argentina 22.024 (10,5%). Finalmente, en Colombia este tipo de cáncer representa la mayor tasa de incidencia y mortalidad, siendo 48,3 y 13,1 por cada 100.000 mujeres respectivamente (1).

La combinación de factores de tipo social, económico, político y cultural ha contribuido a que en el país no se logre una disminución sustancial de la mortalidad por este cáncer, pues se reportan múltiples barreras del sistema de salud, como la distancia geográfica, los problemas de acceso a la mamografía, la fragmentación en la prestación de los servicios de salud (que, en el caso particular, se evidencia en que los servicios de atención, diagnóstico y tratamiento del cáncer son brindados por diferentes prestadores de servicios de salud), los problemas de tipo administrativo, y la falta de sensibilidad y adecuación cultural de los servicios (2 ,3). Sumado a lo anterior, también existen aspectos personales y socioculturales que no han logrado ser tenidos en cuenta en los programas de prevención y tratamiento de CaMa, como la falta de conocimiento sobre los síntomas o signos de alarma o frente al autoexamen y el temor a ser diagnosticadas,

por los significados de fatalidad atribuidos al cáncer y una adecuada comunicación sobre las decisiones que deben tomar las personas que sufren este tipo de enfermedad (4).

Con relación a las necesidades de las mujeres y los dominios de calidad de vida, un estudio con sobrevivientes de CaMa en Colombia encontró asociación entre los indicadores de salud y calidad de vida, demostrando la necesidad de plantear acciones de prevención e intervención en cuidados integrales desde una visión interdisciplinaria (9). De la misma manera, se observó que la calidad de vida requiere una revisión hacia la autoconfianza y relación consigo misma, a través de talleres o charlas que permitan superar las limitaciones propias de la enfermedad y salir adelante. Se recomendaba impartir educación y acompañamiento a las mujeres en sintomatología mamaria, (OR= 5.5, P= 0.038) y los efectos secundarios de la terapia sistémica (OR = 7.3, P=0.012), el funcionamiento sexual (OR = 1.8, P= 0.027) y las perspectivas del futuro (OR= 4.2, P=0.045) (10). Los estudios citados y la evidencia en Colombia ya muestran las brechas en la atención de las pacientes con cáncer de mama, se conoce el estado de la cuestión, pero se presentan pocas estrategias de intervención que mejoren la atención, seguimiento y pronóstico de las mujeres que lo padecen. A diferencia de lo reportado en la literatura internacional, los esfuerzos en Colombia se han centrado en realizar estudios epidemiológicos, genéticos y de salud pública (barreras en la atención), faltando evidencia de intervenciones efectivas para mejorar los conocimientos de los profesionales de la salud, mejorar la educación de las pacientes, la coordinación de la atención, entre otras (11).

Partiendo de esta necesidad, los modelos de navegación de pacientes se presentan a nivel internacional como una forma innovadora e integrada de atención en pacientes con patologías crónicas y han demostrado ser eficaces en la eliminación de barreras de acceso, seguimiento y pautas de cuidado. La navegación del paciente incorpora elementos de coaching pues este enfoque se basa en el acompañamiento colaborativo y la atención centrado en el paciente para crear un plan de adherencia realista e individualizado, basado en las necesidades del paciente y sus objetivos. La combinación de ambas metodologías constituye uno de los enfoques más importantes de los nuevos modelos de salud, ya que cada uno por sí solo ha demostrado su eficacia como estrategia

no solo para promover la salud y prevenir la enfermedad, sino para garantizar la adherencia de los pacientes a los tratamientos. Estos, permiten al paciente asumir la responsabilidad de su salud y bienestar, aprovechando la motivación intrínseca conectando los valores de la vida y el propósito. Los navegadores que pueden ser de tipo comunitario o profesionales de las ciencias de la salud y sociales, utilizan una variedad de estrategias de referencia y apoyo social y psicológico proporcionando un enfoque personalizado y orientado en las necesidades de cada persona, con el fin de enfrentar las dificultades que tienen los pacientes crónicos (12). Estas barreras que pueden ser de tipo estructural, económicas, administrativas, culturales y personales se encuentran caracterizadas en el sistema de salud.

Las pacientes con cáncer de mama experimentan necesidades psicosociales y de manejo de síntomas únicas debido al tratamiento agresivo de una enfermedad crónica progresiva. Al existir una disrupción en todas las dimensiones de la vida de estas, se requieren mecanismos de adaptación, afrontamiento y abogacía que mejoren su calidad de vida y la de sus familiares. Es por eso por lo que el coaching en salud ha demostrado que por medio de estrategias de acompañamiento virtual o presenciales (15), especialmente centradas en la gestión de la atención, tienen resultados positivos en mejorar calidad de vida y disminuir el estrés generado por la enfermedad y el abandono de los tratamientos (16). Las pacientes con CaMa que participan en programas de autogestión basados en la evidencia e interactúan con profesionales de la salud entrenados que emplean estrategias de apoyo a la autogestión, consiguen una mayor autoeficacia. Por otro lado, los pacientes consiguen controlar mejor su enfermedad, lo que comporta a la obtención de mejores resultados de salud y una mayor satisfacción del paciente; en especial aquellas que utilizan herramientas de m-health y e-health y health coaching han logrado demostrar mejoras en dominios como el dolor, nutrición, actividad física y auto-imagen (15,16).

Los modelos de navegadores, que además incorporan elementos del coaching en salud, se han integrado/adaptado a diferentes sistemas de salud a nivel mundial y podría hacerse con el de Colombia, teniendo en cuenta las políticas actuales en especial la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Este modelo permitiría mejorar el manejo

integral de pacientes con CaMa en Colombia, pues al apoyar en la reducción de las barreras del sistema, evita pérdidas en el inicio al tratamiento y seguimiento, mejora la adherencia, disminuye los tiempos de atención, apoya la tramitología, reduce el gasto de bolsillo, el acceso a especialistas e incluso puede mejorar la calidad de vida, y los desenlaces clínicos desfavorables, así como las hospitalizaciones y recaídas.

2.2 JUSTIFICACIÓN

El cáncer, sigue siendo un importante problema de salud pública a nivel mundial y es una enfermedad que requiere de una atención integral del paciente su familia y cuidadores, bajo la asistencia multidisciplinaria de un equipo de salud.

El abordaje integral tiene como objetivo eliminar las diferentes barreras para el acceso a los servicios de salud, y disminuir aquellos factores que determinan su vulnerabilidad, a los que se ve enfrentado el paciente oncológico, desde su diagnóstico, y mejorar la adherencia a los tratamientos para que mejoren sus conductas y su estilo de vida, mejoren los objetivos y metas de tratamiento y alcancen la mejor calidad de vida.

Las estrategias tradicionales para motivar el cambio de conducta de los pacientes, que se basan en la prescripción de tratamientos largos y difíciles acompañados de educación y la persuasión, o incluso en la coacción, no han sido las más eficaces, por lo que es necesario un cambio de enfoque, basado en una perspectiva humanista y holística y con orientación al paciente y sus necesidades. (17,18,19)

Ganz PA, refiere que las estrategias claves para mejorar los desenlaces favorables en salud y garantizar los resultados óptimos en la atención del paciente con Cáncer requieren el desarrollo de estrategias innovadoras en salud basadas en la evidencia y que demuestren resultados superiores con mejores resultados centrados en la enfermedad, además de incluir las preferencias del paciente en diferentes alternativas de tratamiento con indicadores permitan medir el impacto en el resultado clínico y de satisfacción de paciente y conservar y optimizar los recursos en salud (20)

El mejoramiento de la atención salud centrada en el paciente oncológico y la obtención de desenlaces favorables en términos de calidad de vida y condiciones más humanas comprende el propósito fundamental de este trabajo el cual busca por medio de la revisión de la literatura relacionar los aportes del coaching a la estrategia de navegación que permita a los profesionales de la salud que trabajan en la atención del paciente con cáncer de mama mejorar sus procesos de atención e incidir positivamente en la implementación de modelos de atención más integrales para el paciente y su entornos como costo efectivos para el sistema de salud.

Aunque aún hay poca experiencia empírica en los servicios de salud sobre este tema y la implementación del modelo de navegación y el coaching en salud, la evidencia que se desprende de los análisis de la literatura presentada en este trabajo permitirá aportar al desarrollo e implementación de una estrategia diseñada para ayudar a los pacientes a obtener resultados satisfactorios en su vida personal y aumentar la calidad de vida. (21-22)

Por lo anterior, este trabajo pretende indagar sobre los componentes del coaching en la atención en salud, describir la estrategia de la navegación de pacientes con cáncer de mama y relacionar los componentes comunes del coach y la estrategia de navegación en la atención del cáncer de mama.

Como aportes del liderazgo a la atención en salud este trabajo además pretende presentar un nuevo escenario con un modelo de atención que impacte positivamente al paciente en su recuperación, además de contribuir a la satisfacción sus necesidades vitales logrando una atención integral.

No obstante, aunque existen diferentes técnicas de detección temprana para cáncer de mama, por ser una patología de interés en salud pública, la enfermedad constituye en una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo y la carga de enfermedad y la incidencia sigue en aumento. Lo que hace necesaria la búsqueda de modelos de atención en salud, estructurada, que permitan el abordaje del paciente oncológico, y el seguimiento de rutas de navegación estructuradas durante las diferentes etapas de la enfermedad. De esta manera la atención integral del cáncer debe permitir, integrar una

variedad de modalidades y servicios para satisfacer realmente las necesidades de los pacientes y miembros de la familia (23).

La aplicación de múltiples tecnologías, especialmente para la lucha contra el cáncer y su diagnóstico, con el objetivo de ayudar a alcanzar la meta del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3, de reducir en un tercio las muertes por enfermedades no transmisibles, pretende dar respuesta los países en la lucha contra el cáncer por medio del desarrollo de estrategias que contribuyen a capacitar y a formar a profesionales de la salud especializados, en el diseño de programas integrales de control del cáncer por medio de estrategias innovadores que mejoren la prestación de la atención. Este trabajo aporta significativamente al ODS 3 al arrojar evidencia sobre nuevas metodologías para abordar el cáncer de por parte del equipo de salud y garantizar los mejores resultados, independientemente del estadio de la enfermedad al considerar no solo los aspectos más técnicos y tecnológicos, sino también las necesidades de las pacientes y familiares en el ámbito psicosocial y cultural. (24)

2.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los aportes del coaching en salud a la estrategia de navegación de pacientes para el mejoramiento de la atención del cáncer de mama?

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Epidemiología del cáncer de mama

El CaMa es uno de los cánceres femeninos (Female cancer-FC) de mayor presentación entre las mujeres y se encuentran dentro de las primeras causas de morbilidad y mortalidad por cánceres de las mujeres de países en vía de desarrollo; muy por encima de otros cánceres femeninos como el de ovario, útero, vagina y vulva (25). A pesar de existir los medios para la detección precoz disponible y eficaces de estos padecimientos, continúan siendo un problema importante para la salud pública en el mundo (26,27), y en especial en América Latina coexistiendo con el resto de las enfermedades de la pobreza (28).

El cáncer de mamá es considerado un cáncer femenino por excelencia, no solo por ser las mujeres las principales víctimas de estos padecimientos (en el caso del CaMa no es exclusivo de las mujeres), sino también y por el impacto negativo en todos los ámbitos de la vida de las mujeres, en especial, la maternidad, la crianza de los hijos(as), sexualidad y vida de pareja (29). Más allá de las cifras del CaMa, también es importante pensar en los rostros de las mujeres que dan cuenta de estas cifras, por el dramático impacto de esta enfermedad en los diversos ámbitos de sus vidas, fenómeno ampliamente documentado (30-33).

El cáncer de mama es el más común en las mujeres que padecen cáncer. A nivel mundial, en 2020 se diagnosticaron 2.261.419 millones de nuevos casos, lo que representó el 11.7% de todos los casos de cáncer (34), ocupando el primer lugar en incidencia en 159 de 185 países (35). También es la quinta causa principal de muertes relacionadas con el cáncer en todo el mundo, y la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres, con 684.996 muertes (34). En Colombia, en ese mismo año, se diagnosticaron 15.509 casos nuevos, para una tasa del 59.9 por 100.000 mujeres; constituyéndose en la primera causa y representado el 26% de todos los cánceres en las mujeres colombianas (36)

Varios factores se han asociado a la morbilidad y la mortalidad por CaMa, y la supervivencia. Varias de ellas están asociadas a las características y estadificación al momento de el diagnóstico, la disponibilidad de recursos y oportunidad para iniciar el tratamiento precoz, varía, así como los factores sociales, como el nivel socioeconómico, la raza/origen étnico y el estado civil (35)

En el caso particular de Colombia y Latinoamérica, las desigualdades sociales, los entornos de bajos ingresos y la dificultad para acceder a una atención de la salud oportuna y adecuada, a pesar de las contribuciones de la atención primaria de salud para ampliar la cobertura y la oferta de detección y control del CaMA, persiste una menor cobertura entre las mujeres con mayor vulnerabilidad social y económica. (35)

Un análisis realizado por Pardo et al (36) de mujeres atendidas por CaMa en el INC evidenció que de las mujeres atendidas por el primer padecimiento, el 60% se encontraban en estadios III-IV de la enfermedad, pertenecían al régimen subsidiado y/o no se encontraban afiliadas en el Sistema de salud (36).

Asimismo, la falta de educación se ha descrito como un factor que perpetúa un círculo vicioso al limitar el acceso de las personas a información crucial para prevenir enfermedades, el acceso a la atención médica y el ejercicio de los derechos de atención médica de las personas. Además, los bajos niveles de educación se han asociado con una mayor frecuencia de comportamientos más riesgosos [37,38].

Los factores mencionados se relacionan con las barreras de acceso a los servicios de salud, dando como resultado un diagnóstico de la enfermedad en estadios más avanzados, mayor mortalidad y menor supervivencia de las mujeres que no se encuentran aseguradas en el sistema de seguridad social de salud, que tienen un nivel bajo de escolaridad o creencias culturales y religiosas que no les permiten tomar decisiones acertadas respecto a la autogestión de su enfermedad o que son residentes en las regiones rurales de más bajos ingresos (39). Así, los indicadores son dramáticamente desiguales entre las mujeres aseguradas versus las no aseguradas:

diagnóstico en estadio avanzado (estadio III y IV) (15.4% versus 48.9%) y supervivencia a 5 años (88,1% versus 52,3%) (40).

Asimismo, persiste una baja adherencia a la detección precoz y al tratamiento. El cáncer de mama se asocia en los países de ingresos bajos y medianos con diagnósticos en estadio tardío y con peores resultados para las mujeres (41). Otros factores asociados al bajo acceso a la detección precoz y atención oportuna son los altos niveles de pobreza, desempleo, acceso limitado a la educación y bajo nivel educativo; la violencia y la guerra, la alta vulnerabilidad de jóvenes y mujeres, el desconocimiento de los derechos en el Sistema de seguridad social y de los servicios de salud (42-44).

3.2 Definición de la complejidad de la atención en cáncer

La definición de complejidad abarca las condiciones médicas multidimensionales y multifactoriales complicadas por la edad, la fragilidad, los desafíos socioeconómicos, las necesidades culturales y lingüísticas limitadas o no disponibles, el entorno, el comportamiento y los factores determinantes de los sistemas de sistema de salud (45).

Hablar de cáncer es hablar de complejidad, ya que la enfermedad oncológica constituye un conjunto de grupo de enfermedades en las que el organismo produce un tipo de células que se caracteriza por un crecimiento rápido y descontrolado, que terminan invadiendo y destruyendo los tejidos en los que se forman y a los circundantes (46).

Sin embargo, la complejidad de la enfermedad oncológica no solo abarca sus componentes fisiopatológicos, sino también los componentes fundamentales del desarrollo humano y su entorno familiar, social, cultural y económico lo que hace que el enfoque de manejo deba ser integrador y multidisciplinario establecido por rutas de atención que permitan el abordaje en los diferentes estadios de la enfermedad es decir desde su diagnóstico hasta el acompañamiento en el final de la vida si esto se requiere.

Desde este punto de vista, la atención del paciente oncológico por su multidimensionalidad y por los riesgos asociados con el nivel de complejidad mostrado,

es necesario enfocarla de manera sistemática, con una ruta clara que facilite las intervenciones necesarias para reducir los riesgos generados por la su complejo proceso fisiopatológico y las complicaciones derivadas de sus tratamientos, así como en el impacto de la calidad de vida de quien la sufre (47). Ya que, si se intenta abordar todos los problemas de salud del paciente al mismo tiempo, se puede esperar poco o ningún éxito. Un enfoque integrador de atención se centra en la identificación y priorización de riesgos y brinda estrategias de resolución y por mitigación, de esta manera todos los riesgos se abordarán de forma prioritaria en la medida que lo requieran y se estratifiquen para ser referidos al profesional que le corresponda. (48)

Las personas con problemas de complejidad pueden tener múltiples proveedores de salud, reciben atención fraccionada, frecuentan los servicios de urgencias, no toman los medicamentos según lo prescrito, tienen problemas financieros que dificultan la atención médica, viven en entornos inseguros y alejados, además de tener poco o ningún apoyo social. (47)

Los desafíos que se presentan para la complejidad de la atención bajo estos escenarios requieren determinar las causas reales, las necesidades de los pacientes y sus familias, evaluar los recursos y alternativas que se necesitan para el abordaje sistemático del proceso de enfermedad oncológica (48)

Los diferentes modelos de integrados de atención en salud para enfermedades complejas han estado en práctica y ha sido estudiado durante más de 35 años en Europa y desde hace 30 años han sido implementados en los Estados Unidos como parte la nueva generación modelo de práctica avanzada de gestión de casos hasta evolucionar y convertirse en lo que hoy se denomina navegación. (48)

La literatura publicada demuestra mejoras importantes en la salud cuando este enfoque holístico centrado en el paciente reduce los riesgos para la salud. El reciente enfoque en modelos de atención complejos y de practica avanzando en Estados Unidos ha resultado en una confusión de términos y metodologías y que menudo se confunden o se usan indistintamente en una atención compleja. (47-48).

La atención integral del cáncer requiere un enfoque centrado en la persona que enfrenta problemas médicos, conductuales y sociales para ayudarla a recuperar la salud y su calidad de vida. Este proceso sigue los estándares de práctica cuya orientación y responsabilidad están orientadas a impactar a las personas con complejidad de salud a través de un profesional de salud que lo guíe y ayude a navegar por el sistema de salud. (48) .

Según el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos “los factores determinantes en salud son aquellas condiciones en los entornos en los que las personas nacen, viven, aprenden, trabajan, juegan y envejecen, que afectan una amplia gama de resultados y riesgos para la salud, el funcionamiento y la calidad de vida” (49). Se han identificado cinco factores clave que pueden afectar la salud de una persona: la estabilidad económica, la educación, el contexto social y comunitario, la salud y la atención médica, el vecindario y el entorno construido, dichos factores incrementan la complejidad de la atención y es por ello por lo que deben intervenir de manera integral.

4 MARCO CONCEPTUAL

4.1 La Navegación de pacientes

La navegación del paciente es un modelo de prestación de cuidados basado en la evidencia que ha demostrado su capacidad para apoyar el acceso de los pacientes con escasos recursos a una atención oportuna y de calidad a lo largo de todo el proceso oncológico, una exigencia del actual entorno en salud que exige la atención basada en el valor. (50)

La navegación del paciente en la atención oncológica se refiere a la asistencia individualizada ofrecida a pacientes, familiares y cuidadores para ayudar a superar barreras y facilitar el acceso oportuno a una atención sanitaria y psicosocial de calidad desde antes del diagnóstico hasta todas las fases de la experiencia oncológica. (50-52)

El concepto de navegación surgió a finales de los años 80 debido a las disparidades de la atención en salud en Estados Unidos y como una estrategia clave para abordar las desigualdades en el acceso a la atención del paciente oncológico. Además de considerar la falta de aseguramiento en salud, la inhabilidad para pagar los costos del cuidado en cáncer (incluyendo los medicamentos), las restricciones en los planes de salud y las largas distancias entre el hogar y los centros de salud fueron los principales desencadenantes para el surgimiento del rol (53).

La navegación del paciente como estrategia de atención en salud fue creada por el Dr. Harold Freeman, quien creó el primer programa de navegación en el Hospital de Harlem en 1990 financiado por la AEC (Asociación Americana de Cáncer), gracias a los esfuerzos conjuntos fue aprobada como ley por el congreso y el presidente Bush en 2005, como estrategia de prevención de enfermedades crónicas. (53)

La navegación de pacientes es una de las pocas intervenciones con eficacia demostrada en la eliminación de barreras y el aumento del acceso a la atención mediante la prestación de apoyo coordinado y centrado en el paciente a lo largo de todo el proceso de atención oncológica (54). Está centrada integrar la atención en salud fragmentada, eliminar las barreras para la atención oportuna del paciente durante el proceso de atención oncológica. (55)

Los objetivos de la navegación incluyen (55):

- Ayudar a los pacientes a acceder a la atención del cáncer y navegar por los sistemas de atención médica.
- Evaluar las barreras de la atención e involucrar los pacientes y sus familias en la creación de posibles soluciones a los desafíos financieros, prácticos y sociales.
- Identificar recursos apropiados y creíbles que respondan a las necesidades del paciente (prácticas sociales, físicas, emocionales, espirituales) teniendo en cuenta el nivel de educación, cultural
- Educar a los pacientes y cuidadores sobre la naturaleza multidisciplinaria del tratamiento del cáncer, roles de los miembros del equipo y realidades del sistema sanitario respecto a sus expectativas.

- Proporcionar a los pacientes y cuidadores información basada en la evidencia sobre el proceso de su enfermedad y derivarlos al personal clínico competente de acuerdo con las necesidades a nivel emocional clínico y de relacionados con su pronóstico.
- Invitar a los pacientes a comunicar sus preferencias, prioridades y necesidades sobre aspectos psicológicos, sistema de salud, vida física y cotidiana, atención y apoyo al paciente y sexualidad y brindar asesoría respecto a recursos de bienestar y promoción de la salud.
- Dar seguimiento a los pacientes para apoyar el cumplimiento del plan de tratamiento acordado a través de una evaluación continua de barreras no clínicas y derivaciones a recursos de apoyo
- Evaluar el cumplimiento de la satisfacción de las necesidades expresadas y que ha tenido debido al diagnóstico y su proceso de tratamiento.

La navegación de pacientes es una de las pocas intervenciones con eficacia demostrada en la eliminación de barreras y el aumento del acceso a la atención mediante la prestación de la atención del paciente oncológico, debido al modelo de apoyo coordinado y centrado en el paciente a lo largo de todo el proceso oncológico (56). Su éxito radica en integrar la atención en salud fragmentada ayudando a eliminar las barreras para la atención oportuna del paciente durante el proceso de atención oncológica. (56-57)

Los programas de navegación de pacientes también abordan la desconfianza en el proceso de atención en salud ya que permiten el abordaje de manera integral las necesidades sentidas por el paciente identifican riesgos y permite gestionar las demandas del paciente de acuerdo con los recursos existentes.

Los estudios presentados por Carter (58) en una revisión sistemática de la literatura, demuestran el beneficio de la navegación a través de diversas medidas de resultados, incluidos los resultados clínicos, informados por el paciente y financieros por diferentes organizaciones. Estos resultados coinciden con las aprobadas por los programas de acreditación internacional donde se encuentran implantados y los modelos de pago basados en el valor como las capitaciones y los modelos de pagodas prospectivos en

salud, donde la navegación es la piedra angular de la gestión de casos de pacientes. (58)

La navegación permite además participar a los profesionales de la salud como las enfermeras en el diagnóstico precoz y en intervenir el malestar biopsicosocial por medio de intervenciones de asesoría en salud y el coaching en salud, lo que indica que la navegación puede mejorar la atención al paciente en general y ayudar a los programas a cumplir con parámetros de calidad específicos, requeridos por los problemas de salud complejos como es el caso de la enfermedad oncológica. (58)

4.2 Health coaching o coaching en salud

Desde el año 2003, la Organización Mundial de la Salud hizo el llamado a generar estrategias para mejorar a largo plazo las consultas médicas y conseguir un mejor impacto en el cambio de hábitos de vida saludables y mejorar la adherencia a largo plazo de los diferentes tratamientos. (59)

El coaching en salud es una intervención de comportamiento relativamente nueva que ha ganado popularidad en la promoción de la salud, salud pública y tratamiento de la enfermedad debido a su capacidad para abordar múltiples comportamientos y riesgos en salud y generar consciencia de autocuidado en las personas enfermas de forma efectiva. (59)

Debido al aumento de la alta prevalencia de enfermedades crónicas y en especial del cáncer, en el mundo se generó una nueva corriente que busca encontrar nuevas estrategias basadas en la evidencia para mejorar los comportamientos en salud y lograr mejores resultados desde la prevención e identificación de factores de riesgo, hasta la rehabilitación y recuperación de las personas enfermas. En cáncer de mama, específicamente lograr adherencia al autoexamen de mama, a la realización de mamografía y posteriormente la adherencia a largo plazo al tratamiento entre otros. (59)

La atención centrada en el paciente oncológico, como el principal protagonista, debe enfocarse en la oferta en los servicios de salud de una manera humanizada, efectiva, segura, que cumpla con las expectativas de los usuarios (paciente, familia y cuidadores), evaluar los desafíos emocionales del cáncer pueden ser significativo. Los pacientes deben trabajar con profesionales clínicos capacitados para abordar estos impactos, soportados con diferentes herramientas y recursos, de los cuales se evidencia que el coaching en salud permite apoyar a los pacientes en el proceso de mejorar de sus resultados en salud.

El coaching en salud se apoya en diferentes teorías de la salud derivadas de estudios con evidencia fuerte a favor durante varios años. Dichas teorías se centran en el desarrollo y comportamiento humano, las aptitudes y actitudes necesarias para hacer frente al afrontamiento eficaz de la enfermedad, que permitan realizar una adecuada introspección y reconocimiento de la necesidad de mejorar, y también a los cambios necesarios que se requieren para hacer un proceso satisfactorio hacia la autogestión eficaz de su salud.

De esta forma es posible comprender las necesidades, expectativas y en cuales se debe intervenir desde las posibilidades del paciente y las expectativas reales frente a la enfermedad.

Es así como los fundamentos del coaching en salud se plantean sobre los referentes teóricos de cómo generar un cambio de comportamiento efectivo y duradero en el tiempo. Entre las teorías que se fundamenta están: la teoría de la autodeterminación, el modelo trans- teórico del cambio, la entrevista motivacional y la teoría social cognitiva.

El diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama afectan al estado fisiológico y psicológico, además de las funciones de los roles y a las relaciones con los demás incluyendo pareja e hijos. El coaching en tiene el potencial de ayudar a los pacientes con cáncer a adaptarse a los nuevos cambios y desafíos que trae la enfermedad oncológica.

Los beneficios de coaching en salud para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer han sido estudiados con sus supuestos beneficios, sin embargo, es preciso aclarar que algunos términos se han utilizado indistintamente con otros tipos de terapias

uno a uno, como la tutoría, la terapia psicológica, la psicoeducación y otras denominaciones que generan confusión y desdibujamiento del concepto.. Diferenciar de estos otros conceptos puede ayudar a definir lo que es el coaching y mejorar la estrategia.

El coaching en salud tiene como objetivos alentar, apoyar y proporcionar retroalimentación oportuna, permitiendo al paciente que crezca y evoluciones con base en sus propios valores, puntos fuertes y recursos que le permitan desarrollar la responsabilidad de tomar de decisiones orientadas a la consecución de objetivos y el mejoramiento de su propia salud. El coach no impone valores solo ayuda al paciente a lograr sus objetivos.

3.5 Estado del arte

Navegación en cáncer y medidas de resultados

La literatura actual sobre la navegación del paciente en el tratamiento activo de pacientes con cáncer ha demostrado resultados mixtos sobre la mejora de la oportunidad de la atención y de la finalización de la atención con desenlaces favorables para los pacientes, aunque con pocos datos incipientes sobre la calidad de la atención o la experiencia del paciente con la navegación (60, 61).

Por otra parte, varios estudios han demostrado otros tipos de beneficios a nivel clínico en la atención del cáncer. Una revisión de Krok-Schoen y Pasket (60) identificó ocho estudios sobre cánceres específicos de mujeres, algunos de los cuales mostraron mejoras en la atención basadas en las guías de atención, pero no demostraron mejoras en los resultados informados por los desenlaces de los pacientes la satisfacción de la atención y la calidad de vida (60).

En la revisión realizada por Baik (61) y sus colaboradores identificaron 13 estudios sobre el tratamiento del cáncer e informaron resultados mixtos sobre los beneficios de la navegación.

Los estudios realizados por Bickell, Weber realizados en Nueva York (61,62,63) no mostraron beneficios en la satisfacción del paciente con la experiencia del navegante ni al inicio ni a la finalización del estudio. Esto sugiere que, durante la atención del cáncer, es posible que los pacientes no siempre recuerden todos los apoyos y cuidados brindados, especialmente en las primeras etapas del tratamiento de su enfermedad, lo que apunta a que las intervenciones de asesoría de cuidado durante la navegación deben estar acompañados de técnicas que generen mayor impacto en el paciente como recordación y cambios positivos como adherencia al tratamiento, y responsabilidad en autocuidado.

Los estudios como los de Haideri (64) y Koh (65), fueron los que demostraron mayores beneficios en el seguimiento post-tratamiento. Por otro lado, Ramírez y colaboradores (66) lograron evidenciar en un estudio realizado en 6 ciudades la oportunidad en el inicio de la atención cuando se utiliza la navegación como modelo de atención

Castaldi y colaboradores (67), resaltaron el beneficio de la navegación en la implementación y cumplimiento de las guías de tratamiento y adherencia a las mismas.

El estudio más grande hasta la fecha sobre navegación de pacientes se realizó en nueve centros de los EE. UU. Con resultados satisfactorios que mostraron los resultados superiores en la atención del cáncer cuando se involucra la navegación. Este estudio documentó una mayor adherencia y oportunidad en la atención, mejoría en la calidad de vida y en general en los indicadores de desenlaces favorables y mejoría en la experiencia del paciente respecto a la navegación (68).

Aunque la literatura muestra diferentes resultados relacionados con los beneficios de los programas de navegación en cuanto a la orientación, desarrollo y gestión de programas, atención personalizada e integrada, hay muchas otras cuestiones por resolver relacionadas con la intervención orientada a la adherencia y mejoría de experiencia del paciente relacionados con las decisiones compartidas, empoderamiento según factores de riesgo y otros condicionantes como: nivel de conocimientos, responsabilidad en autocuidado, inclusión de cuidadores, percepción de la salud y bienestar emocional (69).

Temas que definitivamente requieren otro enfoque que se integre al modelo de navegación.

El apoyo a los pacientes durante el tratamiento activo del cáncer, en especial a las mujeres con cáncer de mama, debe considerar la atención personalizada e integrada incluyendo aspectos como el empoderamiento según factores de riesgo y otros condicionantes como: nivel de conocimientos, situación laboral, limitación cognitiva, aislamiento social, limitación funcional y roles del cuidador; también deben tener en cuenta los apoyos personalizados necesarios para superar los determinantes sociales de la salud a fin de lograr el mejor tratamiento contra el cáncer y superar las barreras para acceder a ellos (69).

El health coaching es una estrategia que debe incluirse en la estrategia de navegación; el estudio de Larios-Jiménez (70), demostró que técnicas de psicoeducación, acompañamiento emocional, educación para la salud y técnicas de relajación, integrados a la navegación, logran disminuir síntomas y niveles de ansiedad y depresión logrando mejor adherencia a los tratamientos, permiten tomar mejores decisiones compartidas respecto a la eliminación de barreras de atención que a menudo con buena orientación pueden ellos mismos autogestionarse, tal como lo describe la guía para navegación de pacientes con cáncer (70)

Actualmente existe una gran necesidad de estrategias de intervención que incrementen las posibilidades de sobrellevar de manera adaptativa y con menor desgaste el proceso oncológico, y el rol del navegador de pacientes en el continuo de la atención del cáncer, debe permitir además, integrar la educación para la salud con el objetivo de empoderar a las pacientes en su proceso de recuperación a través de proporcionar información psicoeducativa validada por el profesional clínico .

La guía para navegación de pacientes con cáncer, del cáncer center de la Universidad George Washington (55), incorpora el modelo de 5 pasos o 5 A para ayudar en el proceso y establecer una buena relación con los pacientes (71). Esta estrategia está basada en las técnicas del coaching en salud y consta de 5 pasos: el primero es preguntar, evaluar, aconsejar, ayudar y organizar. Lo más llamativo de la estrategia es que toma el modelo

de preguntas de conversación del coaching y establece un enfoque basado en fortalezas para ayudarlos mientras trabaja con los pacientes para abordar las barreras y crear con él un plan de acción documentado con tareas y metas de cumplimiento. (71,72)

En 1999 se publicó la primera revisión Cochrane de ayudas para la toma de decisiones del paciente (PtDA, por sus siglas en inglés) para personas que enfrentan decisiones sobre tratamientos de salud. La revisión informó sobre que este tipo de estrategias mejoran el conocimiento de los pacientes, mejoran su percepción sobre los riesgos y ayudan a los pacientes a tomar decisiones que coincidan con sus valores, nivel cultural, además de estimular a los pacientes a participar más activamente en sus tratamientos lo que lleva a mejor autogestión de la salud (73,74,75)

En este orden de ideas el coaching cobra sentido como estrategia al ayudar a desarrollar la confianza en el paciente, que exprese preocupaciones inquietudes y emociones y a desarrollar y las habilidades de los pacientes para deliberar sobre opciones, priorizar acciones y mejorar la adherencia a los tratamientos. (73,74,75)

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Establecer los aportes del coaching en salud a la estrategia de navegación de pacientes para el mejoramiento de la atención del cáncer de mama

5.2 Objetivos Específicos

1. Describir los componentes del coaching en la atención en salud.
2. Describir la estrategia de la navegación de pacientes en cáncer de mama
3. Relacionar los componentes del coaching y la estrategia de navegación en la atención del Cáncer de mama

6 MATERIALES Y METODOS

6.1 Enfoque metodológico de la investigación

Este trabajo es una revisión de la literatura de tipo narrativo o descriptivo, en la cual se presenta una síntesis sobre los aportes del coach en salud a la estrategia de navegación de pacientes para el mejoramiento de la atención del cáncer de mama.

6.2 Criterios de inclusión y exclusión de los estudios

Los criterios para la valoración de los estudios para esta revisión se aplicaron a todas las citas (títulos y resúmenes) identificadas en la estrategia de búsqueda.

Se consideraron susceptibles de inclusión en primer término los siguientes tipos de estudio:

- Artículos originales: estudios experimentales de tipo ensayo clínico aleatorizado y no aleatorizado, estudios observacionales analíticos, evaluaciones en tecnología, estudios descriptivos, retrospectivos y estudios de tipo cualitativo, en idiomas inglés y español, de libre acceso.
- Revisiones de literatura: narrativas, sistemáticas y metaanálisis.
- Literatura Gris: informes y guías de agencias u organismos internacionales que aborden el tema de navegación y coaching en salud publicadas en inglés y español.
- Años de publicación: publicados entre 2011 y 2023.

En esta revisión no se incluyeron estudios, ni artículos de opinión, informes, editoriales o estudios con déficit metodológico.

6.3 Tipo de intervenciones

Se seleccionaron aquellos estudios cuyas intervenciones hacen referencia al uso del coach en salud y la de navegación de pacientes para el mejoramiento de la atención del cáncer de mama

6.4 Tipo de resultados

Se incluyeron todos los estudios que hicieron referencia a la implementación y uso del coaching y la navegación de pacientes para el mejoramiento de la atención del cáncer de mama. Independientemente del diseño del estudio, los componentes críticos utilizados para la evaluación de las intervenciones fueron lugar o lugares de estudio, descripción de la intervención, contexto en que se realizó la intervención incluyendo personal implicado. Medidas de desenlace que incluyeron procesos clínicos.

6.5 Técnicas de recolección de información

Se empleó una ficha bibliográfica en archivo Excel denominada “**Registros incluidos por título y abstract**”, donde se hizo la identificación del registro así: Base de datos en la que se ubicó, término *MESH* utilizado para la búsqueda, título, fecha de publicación, resumen, enlace de acceso directo a la información del registro. Los registros se clasificaron para la realizar la lectura del texto completo al cumplir con el criterio de selección.

Se cuenta con una ficha en Excel, denominada “**Registros excluidos por título abstract**”, donde reposa la información de los registros que se descartaron por no cumplir con criterios de selección.

6.6 Fuentes de información

La investigadora realizó un seguimiento exhaustivo, en bases de datos electrónicas bibliográficas de PUBMED, LILACS y COCHRANE. A estas bases de datos se accedió por medio de las bases disponibles en la biblioteca de la Universidad CES, con la clave y usuario como estudiante.

6.7 Proceso de obtención de la información y estrategia de búsqueda

Con bases de datos electrónicas, se hizo siguiendo términos *MESH*, de indexación estandarizada. Se realizó una búsqueda de palabras claves que incluyó uno o más términos en relación con la atención centrada en el paciente oncológico y con cáncer de mama, en los descriptores en ciencias de la Salud (*DeCS*) mencionados encada etapa de búsqueda.

La estrategia de búsqueda se dividió en las siguientes etapas

En la primera etapa se realizaron búsquedas en las bases de datos electrónicas:

a) Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PubMed):

(enero 2011 - julio 2023), con cuatro estrategias de búsqueda y los términos utilizados fueron:

- *nurse navigator and oncology;*
- *patient navigator or nurse navigator and oncology*
- *patient navigator and Breast cancer*
- *coaching oncology and Breast cancer*

b) Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (“LILACS”) (enero de 2011- julio 2023), con dos estrategias de búsqueda

- *navegación y cáncer de mama*
- *coaching en cáncer*

c). COCHRANE (enero de 2011 – julio 2023) con dos estrategias de búsqueda

- *nursing navigator in breast cancer*
- *coaching in breast cancer*

Para las tres bases de datos los descriptores se combinaron mediante los operadores booleanos "AND" y/u "OR". Como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Descriptores combinados con operadores booleanos en cada paso de la búsqueda de artículos

Pasos de la búsqueda	Combinaciones de palabras clave con el operador booleano para navegación y coaching
1°	(patient navigator OR patient navigators OR patient navigation) (Coaching or breast cancer)

2°	(nurse navigator OR nurse navigators OR professional navigators OR oncology nurse navigator) (coaching oncology or Brest cancer)
3°	(cancer patient navigator OR oncology patient navigator) (Coaching or oncology or nurse)
4°	(patient navigator OR patient navigators OR patient navigation) AND (cancer patient navigator OR oncology patient navigator OR cancer navigation) AND (nurse navigator OR nurse navigators OR professional navigators OR oncology nurse navigator). (Coaching or oncology patient or cancer or nurse)

En la segunda etapa se excluyeron aquellos artículos en los que el título o su contenido no se corresponden con el objetivo establecido. Cuando el resumen no proporcionó suficiente información o no estaba disponible, se optó por la búsqueda del artículo. Además, se eliminaron las referencias duplicadas en todas las bases de datos.

En la tercera etapa, se clasificaron los estudios de acuerdo con las categorías establecidas.

6.8 Extracción de los datos

La recopilación y análisis de datos se realizó por un solo revisor (JEM). De los artículos seleccionados se extrajeron los datos de forma independiente. Se evaluó la calidad de los estudios mediante los criterios descritos y se registraron en una tabla diseñada para tal fin de acuerdo con las categorías asignadas. Ver tabla 2. Anexo 1

Tabla 2. Matriz de extracción de datos

Publicación					Descripción estudio			Participantes (población)		Variables y medición (exposición y desenlaces)					Observaciones		
Nombre del Artículo	Autores Artículo	Año publicación	lugar del estudio	Idioma	Tipo de estudio	Características población	Otras características (importantes)	Ámbito del estudio	Tiempo de seguimiento (meses)	n Total (# incluidos)	n Exposición (# expuestas)	Control (# no exp, si aplica)	Intervención/Exposición	Desenlaces (todos los resultados)		Desenlace global o primario (resultado)	Forma medición (del desenlace)

6.9 Método de análisis

Debido a la amplia gama de tipos de diseño y significativa heterogeneidad entre los estudios, no fue posible combinar los datos. Para resumir los resultados se utilizó el método de narrativa estructurada. El resumen y la interpretación se llevó a cabo por categorías. En relación con el diseño del estudio, ajuste y calidad, el análisis proporcionó una explicación del tipo de estudio, los métodos, participantes y los resultados, incluidos los resultados del estudio sobre las intervenciones evaluadas y sus resultados en términos de efectividad.

6.10 Control de errores y sesgos

6.10.1 sesgo de selección

Se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos a texto completo en las bases de datos seleccionados, de donde se extrajeron todos los resúmenes y publicaciones disponibles, que cumplieran los criterios de selección. Se incluyeron todos los idiomas, sin límites de

localización, con el objetivo de evitar el sesgo de selección, para realizar la extracción de datos.

Se verificó el texto completo de los registros, con el fin de hacer selección de aquellos que dieran respuesta a la pregunta de investigación, y que se cumplieran la evaluación de la validez.

6.10.2 Evaluación de la validez

La evaluación de los estudios se realizó por un revisor (JEM). Para la Evaluación de los estudios se utilizó una lista de control de calidad con los criterios a evaluar según los criterios de inclusión.

La lista esta descrita en la matriz de extracción de datos. ver tabla dos. Los criterios están divididos en 4 grupos:

Primer grupo: Los relacionados con la publicación: nombre del artículo, autores, año, lugar, idioma y tipo de estudio

Segundo grupo: Aspectos relacionados con las características metodológicas del estudio: características de la población, ámbito del estudio y tiempo de seguimiento.

El tercer grupo esta relacionado con los participantes (población): total de incluidos, expuestos y grupos de control

Cuarto grupo tiene que ver con los resultados en términos de variables, tipos de medidas estadísticas, exposición y desenlaces

7 CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo con el artículo 11, literal A, de la Resolución 8430 de 1993 ¹ del Ministerio de Salud de Colombia, se considera una investigación sin riesgo, puesto que parte de una revisión con metodología documental y no realiza ninguna intervención en individuos

¹ Ministerio de Salud. RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993 [Internet]. [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

o modificación intencionada en variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales. Este estudio se ciñe al respeto por los derechos de autor.

8 RESULTADOS

8.1 Características generales de los estudios analizados.

Se seleccionaron 22 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión. En relación con las características de los artículos revisados todos los trabajos fueron publicados en revistas internacionales, excepto un artículo publicado en una revista colombiana (Archivos de Medicina). Ver tabla 3

Tabla 3. Número de artículos por revista

REVISTA	NRO ARTÍCULOS
Rev. Latino-Am. Enfermagem	1
Archivos de Medicina	1
Rev Gaúcha Enferm.	2
Psico oncologia	1
Journal Advanced Nursing	1
Clin J Oncol Nurs	1
BMC Nursing	1
Contemporary Clinical Trials Communications	1
Seminars in Oncology Nursing	2
The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Lt	1
Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo	1
European journal of cancer care	1
University Journal of Health Science	1
MEDICAL DECISION MAKING	1
Clinical Journal of Oncology Nursing	1
Acta Oncologica	1
Cancer	2
BMC Nursing	1
Journal of Clinical Oncology	1

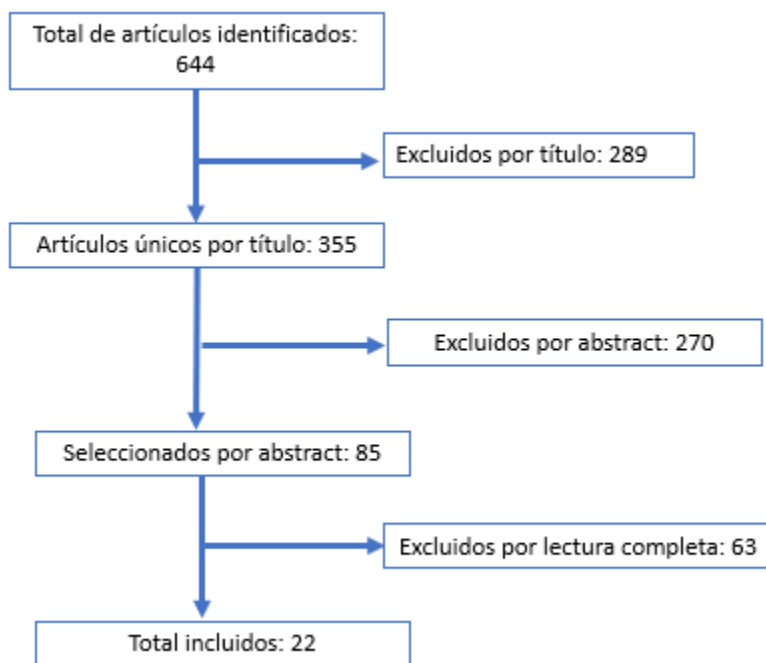
En cuanto al año de publicación, para esta revisión se observa una tendencia de estudios de inicio reciente, ya que los años de publicación de los artículos son 2011 (n=1); 2012 (n = 1); 2013 (n = 2); 2015 (n = 3); y 2016 (n = 2); 2018 (n=1); 2019 (n=3); 2020 (n=3); 2021 (n=2); 2022 (n=3); 2023 (n=1).

Resumen de la búsqueda en bases de datos y selección de artículos: Inicialmente, la autora identificó los títulos, seguidos de los resúmenes para asegurarse de que los artículos cumplieran los criterios de inclusión. También se identificaron los países de origen de las revistas y las poblaciones estudiadas. Como se muestra en la Tabla 4, en las búsquedas se encontraron en total 644 artículos de los 289 fueron excluidos tras la lectura de los títulos. De los 355 trabajos restantes de la primera selección, 270 se eliminaron tras leer los resúmenes porque no cumplían uno o varios de los criterios de exclusión y 8 se repitieron en otras bases de datos. Después de leer los artículos en su totalidad, se excluyeron 63 porque no abordaban directamente el tema estudiado o eran revisión de tema. Por lo tanto, la muestra final consistió en 22 publicaciones. Ver tabla 4 y figura 4

Tabla 4. Proceso de búsqueda, exclusión y selección en las bases de datos

Base de Datos	Búsqueda Inicial		Lectura de resúmenes	Lectura del artículo completo	Final
	Identificados en la búsqueda	Excluidos	Excluidos	Excluidos	Artículos Seleccionados
MEDLINE/PubMed	383	177	45	28	17
LILACS	11	5	1	1	3
COCHRANE	250	107	39	37	2
Total	644	289	85	66	22

Figura 4. Flujograma de artículos seleccionados



En cuanto al diseño de los estudios se encontró: en su gran mayoría revisiones sistemáticas de la literatura, revisión y ensayos clínicos, revisión narrativa de la literatura, investigación cualitativa de tipo fenomenológico, estudio de cohortes, metaanálisis, otros estudios incluían diseños poco convencionales como investigación de atención convergente aplicada en el desarrollo de un proceso de atención de navegación realizado en Brasil (76)

Tabla 5. Tipos de estudio

TIPO DE ESTUDIO	NRO
Ensayo Clínicos	4
Revisión narrativa de la literatura	3
investigación cualitativa	3
Investigación cuantitativa	2
Estudio de cohortes	1
Revisión Sistemática	6
Metaanálisis	1
otros	2
TOTAL	22

En cuanto al idioma la mayoría de los estudios fueron en Ingles (n=18) que corresponde al 82% y solo en español (n=4) lo que corresponde al 18% de los estudios. Lo que confirma que la mayoría de los estudios siguen desarrollándose en países anglosajones.

El análisis de los resultados dio lugar a las siguientes categorías y subcategorías temáticas que se organizaron según los objetivos, los cuales se resumen en la siguiente tabla. Ver tabla 4

Tabla 4. Resumen las categorías y subcategorías de la revisión

Categorías	1. Componentes del coaching en la atención en salud.	2. Estrategia de la navegación de pacientes en cáncer de mama	3. Relación los componentes del coaching y la estrategia de navegación en la atención del Cáncer de mama
SUBCATEGORIAS	1. Enfoque integral de la persona	1. Apoyo informativo y disminución de los reingresos hospitalarios. 1. Desarrollo de competencias esperadas del enfermero Navegador	1. Disminución de la carga del cuidado
	2. Desarrollo de habilidades para el afrontamiento de la enfermedad y la toma de decisiones	2. Apoyo para superar barreras	2. Disminución de síntomas de angustia ansiedad, depresión
		3. Mejoría de indicadores de gestión clínica y procesos asistenciales.	
	3. Desarrollar estrategias y formación centrado en las necesidades	4. sostenibilidad y costo efectividad del programa	3. Mejoría del proceso de toma de decisiones por medio de la asesoría y la psicoeducación.
		5. Mejora los resultados clínicos específicos de los pacientes en la atención oncológica.	4. Mejoría de la calidad de vida
		6. Toma de decisiones de los pacientes 7. Escalas de necesidades para la navegación	

8.2 Categoría I: Componentes del coaching en la atención en salud

En esta categoría se identificaron 24 artículos inicialmente, de los cuales después del análisis crítico, se descartaron 21 ya que eran artículos de opinión. Solo quedaron 3 artículos que cumplieron los criterios de inclusión. Todos los estudios con heterogeneidad metodológica: un estudio cualitativo de tipo fenomenológico (Delaney) (77); un estudio

piloto cualitativo (Berger-Höger, et al.) (78); y un metaanálisis (Stacey y cols) (79) (Ver tabla 6: estudios incluidos categoría I).

Tabla 6. Estudios incluidos categoría I

TITULO	METODO	INTERVENCION	RESULTADOS
The Experience of Holistic Nurse Coaching for Patients With Chronic Conditions (77)	Fenomenológico cualitativo	Experiencias del coaching holístico de enfermería para pacientes con enfermedades crónicas	Afrontamiento de la enfermedad por medio del coaching con enfoque integral de la persona
Nurse-led decision coaching by specialized nurses for healthy BRCA1/2 gene mutation carriers - adaptation and pilot testing of a curriculum for nurses: a qualitative study.(78)	Estudio piloto cualitativo	La formación consta de dos módulos que enseñan competencias en medicina basada en la evidencia e información al paciente, comunicación (de riesgos) y orientación para la toma de decisiones.	Capacitación de enfermeros en competencias de coaching para intervenir pacientes con cáncer Desarrollar estrategias y formación centrado en las necesidades
Decision Coaching to Prepare Patients for Making Health Decisions: A Systematic Review of Decision Coaching in Trials of Patient Decision Aids (79)	Metaanálisis	Características y la efectividad del coaching para la toma de decisiones	El coaching más PtDA comparado con la atención habitual (n = 4) mejoró el conocimiento y la participación en la toma de decisiones sin insatisfacción informada. El coaching comparado con el PtDA solo (n = 4) aumentó el acuerdo en la elección de valores y mejoró la toma de decisiones.

Los artículos incluidos en esta categoría abordan los componentes del coaching desde el abordaje de la health coaching y el wellness coaching aplicado a las intervenciones en pacientes con enfermedades crónicas incluido el cáncer de mama como una estrategia que tiene como propósito promover la salud y el bienestar de la persona en su totalidad (77).

Los componentes fundamentales identificados en los artículos fueron:

- a. Enfoque integral de la persona: cuerpo, mente y espíritu, como perspectiva integradora que reconoce los componentes biológicos, psicológicos, sociales/culturales, transpersonales y energéticos de los individuos.
- b. Habilidades para el afrontamiento de las enfermedades.
- c. Desarrollar estrategias y formación centrado en las necesidades.

Según Ruth Q. Wolever et. Al, la estrategia del coaching en salud permite brindar respuestas a los desafíos de la atención de los pacientes con una base científica, la cual ha crecido en los últimos 20 años (80).

Los estudios revisados por estos autores Stacey y cols (79), en los cuales el desenlace fue evaluado con la calidad de vida y la toma de decisiones, describen como el coaching, permite mejorar la atención ya que un enfoque centrado en el paciente en el cual determinan sus objetivos, utilizan el autodescubrimiento o procesos de aprendizaje activo para trabajar hacia sus metas, y supervisan los comportamientos para aumentar la responsabilidad, todo dentro del contexto de una relación interpersonal con un profesional de la salud pudiendo brindar un enfoque integral basado en sus necesidades reales como capacitar a los pacientes para cambios vitales importantes, orientación para afrontar los cambios respecto a su enfermedad, manejar los agentes estresantes y gestionar las demandas relacionadas con su bienestar en los niveles emocional, espiritual y físico (77). Además, permite capacitar a los pacientes para cambios vitales importantes y resolver problemas, lograr estrategias para cambios de comportamiento relacionados con los estilos de vida, mejorar las técnicas de comunicación y finalmente obtener habilidades de afrontamiento eficaz de la enfermedad (79).

8.3 Categoría II: Estrategia de Navegación de pacientes en cáncer de mama

En esta categoría se identificaron inicialmente 38 artículos, de los cuales después del análisis de texto completo, quedaron 13. Los estudios excluidos no cumplieron con los criterios de inclusión ya que era en población pediátrica, y contexto diferente al Cáncer.

Los artículos incluidos en esta categoría abordan las estrategias de navegación de pacientes desde el diseño de programas, aplicación de modelos de navegación y la

efectividad de estos en torno a el apoyo a superar barreras, mejorar la comunicación, calidad de vida. Ver tabla 6

Dentro de esta categoría se identificaron siete subcategorías a saber:

- a. Apoyo informativo y disminución de los reingresos hospitalarios
- b. Desarrollo de competencias esperadas del enfermero Navegador
- c. Apoyo para superar barreras
- d. Sostenibilidad y costo efectividad del programa
- e. Mejora los resultados clínicos específicos de los pacientes en la atención oncológica.
- f. Toma de decisiones de los pacientes
- g. Escalas de necesidades para la navegación

En la revisión de Felipe-Pautasso y cols (80) identificaron 17 artículos de los cuales los resultados se agruparon según su enfoque temático: en procesos asistenciales para la navegación, selección de pacientes y perfil de los profesionales navegadores. Se puso de manifiesto que el conocimiento científico aportado sobre los navegadores de enfermería y el impacto sobre la mejoría de la calidad de vida de los pacientes.

Por otro lado, Prieto-Centurión (82) en el estudio Partner, realizado en 1130 pacientes con múltiples morbilidades crónicas lograron demostrar que la implementación de programas de navegación no solo logró disminuir los reingresos hospitalarios al controlar los síntomas desagradables producidos por la enfermedad, sino demostrar la disminución angustia-ansiedad emocional, en los pacientes, y la mejora en el apoyo informativo (82)

Moreno-Castro en una revisión integradora de 27 artículos, describieron que, al mejorar las competencias del enfermero navegador, lograban mejores desenlaces clínicos para los pacientes al mejorar la calidad del cuidado. (83)

El ensayo clínico presentado por CHillakunnel Hussain Rawther, Shejila, et al. (84) demostró efectividad de un Programa de Enfermería de Navegación sobre la ansiedad, la angustia psicológica y la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama.

En cuanto a la costo efectividad los estudios de BERNARDO, Brittany M., et al. (85) y Garfield (86) En una revisión sistemática muy amplia realizada en los Estados Unidos relacionaron la sostenibilidad de los programas de navegación, mostrando asociaciones entre la acreditación que tienen los grandes centros clínicos, con la calidad y la costos del servicio de dichos programas, aunque representan valor agregado y no generan facturación, los resultados sobre la mejoría de los desenlaces clínicos favorables en los pacientes y su impacto sobre la salud, justifican la inversión de los programas. (85)

Los estudios de Pautasso (88); Matassini-Eyzaguirre (89); PAI (90) y Gilbert, J. E (91) aportan las pruebas para demostrar que las estrategias de los programas de navegación mediados por enfermería pueden mejorar los resultados específicos de los pacientes en la atención oncológica. Además, logran Identificar y describir los beneficios del sistema de navegación de las pacientes en las diferentes fases de la continuidad del cuidado en las pacientes con de cáncer de mama desde su identificación precoz hasta la obtención del diagnóstico definitivo (89,90)

También logran demostrar las ventajas del programa al apoyar a los pacientes a superar las barreras para lograr obtener tratamientos y acceder a los servicios de salud en diferentes países (88-90).

Por otra parte, logran evidenciar que la navegación mejora la toma de decisiones de los pacientes. (88-90)

El desarrollo de un Programa de Navegación para pacientes con cáncer descrito en estos estudios dio como resultado la estructuración de un modelo de programa adecuado a las necesidades de los pacientes y la operación de un servicio de referencia en oncología además que es un modelo centrado en la persona al permitir hacer evaluación de Necesidades de Navegación (88)

La navegación del paciente mediante enfermeras se considera una estrategia eficaz para mejorar el nivel de la atención oncológica (91).

Tabla 7. Estudios incluidos en la categoría II

TITULO	METODO	INTERVENCION	RESULTADOS
Design of the patient navigator to Reduce Readmissions (PARTNER) study: A pragmatic clinical effectiveness trial (81)	Ensayo pragmático de eficacia clínica	Implementación de un programa para disminuir Reingresos por medio de un programa de navegación	Disminución angustia-ansiedad emocional, mejora en el apoyo informativo y disminución de los reingresos hospitalarios.
El enfermero navegador: un rol innovador en oncología. Revisión de alcance (82)	Revisión de alcance	Determinar rol del enfermero Navegador en los procesos asistenciales en oncología	4 categorías: 1. Antecedentes y origen del rol de enfermero navegador; 2. Principios de la navegación. 3. Competencias esperadas y actividades del enfermero navegador 4. Resultados de la implementación del rol
A Randomized controlled trial to evaluate the impact of a Nurse Navigator Programme on outcomes of breast cancer patients: study protocol (83)	Ensayo clínico controlado randomizado	Efectividad de un Programa de Enfermería de Navegación sobre la ansiedad, la angustia psicológica y la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama.	Las variables de resultado son la mejora de la ansiedad, la angustia psicológica y la calidad de vida.
The Efficacy and Cost-Effectiveness of Patient Navigation Programs Across the Cancer Continuum: A Systematic Review (84)	Revisión sistemática	Costo efectividad de la navegación	Aumento de la aceptación y el cumplimiento de las pruebas de detección del cáncer, una resolución y un seguimiento diagnósticos y seguimientos oportunos, mayores tasas de finalización del tratamiento oncológico y mayores tasas de asistencia a las citas médicas. Mejora del costo efectividad de la intervención, así como la oportunidad Los estudios de coste-efectividad mostraron que los programas de PN produjeron beneficios económicos y desenlaces favorables en los indicadores de los programas
Evaluating the sustainability of patient navigation programs in oncology by length of existence, funding, and payment model participation (85)	Estudio descriptivo de corte transversal	Costo efectividad de la navegación, Financiación, modelo de pago	Mostró asociaciones entre la acreditación y el entorno laboral y las medidas de sostenibilidad de los programas. Los programas acreditados y las instituciones clínicas más grandes y con más recursos eran especialmente propensos a mostrar múltiples medidas de sostenibilidad.
Tailored nurse navigation for women treated for breast cancer: Design and rationale for a pilot randomized controlled trial (86)	Ensayo clínico controlado randomizado	Probar una intervención de enfermería navegadora basada en el cribado y adaptada individualmente para mujeres en tratamiento por cáncer de mama que presentan un malestar de moderado a grave	Disminución de la ansiedad y síntomas desagradables manifestados por las pacientes

Role of the Nurse Navigator: integrative review (87)	Revisión integrativa	Impacto de la navegación de la paciente llevada a cabo por el personal de enfermería de cáncer, ya sean preventivos, de diagnóstico, de tratamiento o de rehabilitación.	Estos resultados revelan que los programas de navegación con enfermeras como coordinadoras de los cuidados y facilitadoras de los cuidados proporcionan a los pacientes y a los servicios y sistemas sanitarios un servicio único que puede mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.
Oncology nurse navigators and the continuum of cancer care (88)	Artículo de revisión	Discutir el papel y los retos de la enfermera oncóloga dentro de un equipo multidisciplinar que atiende a pacientes con distintos tipos de cáncer.	Los profesionales de enfermería oncológica necesitan una definición concreta de su papel y función, ya que no sólo sirven al paciente, sino también al sistema de atención oncológica en el que se encuentran. paciente, sino también al sistema de atención oncológica en el que trabajan. Teniendo en cuenta como guía, los programas pueden desarrollarse y ampliarse.
Oncology nurse navigator programme a narrative review (89)	Revisión narrativa	La navegación del paciente mediante enfermeras se considera una estrategia eficaz para mejorar el nivel de la atención oncológica prestada.	Reportan variabilidad de la población de estudio, los contextos de intervención, las medidas de resultado y metodologías. La mayoría de los estudios de investigación. Esta revisión aporta pruebas de que el programa de navegación de enfermería puede mejorar los resultados específicos de los pacientes en la atención oncológica.
Nurses as patient navigators in cancer diagnosis: review, consultation and model design (90)	Revisión de la literatura y grupos focales	Explorar la navegación del paciente y su función en la fase de diagnóstico de la atención oncológica.	La navegación mejora la toma de decisiones de los pacientes
Enfermero navegador: desarrollo de un programa para Brasil (91)	investigación de atención convergente aplicada en el desarrollo de un Proceso de atención de navegación para pacientes, basado en el modelo propuesto por la Universidad George Washington, adaptado para un Centro de Alta Complejidad en Oncología en Brasil	El desarrollo de un Programa de Navegación para pacientes con cáncer,	La creación de la Escala de Evaluación de Necesidades de Navegación fue una necesidad evidente para la implementación de un programa rentable. Resultado la estructuración de un modelo de programa adecuado a las necesidades de los pacientes y la operación de un servicio de referencia en oncología brasileña.

<p>Navegación de pacientes con sospecha de cáncer de mama: un estudio cualitativo en Lima, Perú / Patient navigation in women with suspected breast cancer: a qualitative study in Lima, Perú</p>	<p>Estudio cualitativo fenomenológico</p>	<p>Identificar y describir los beneficios del sistema de navegación de las pacientes con sospecha de cáncer de mama. Identificar y describir las barreras a nivel personal de las usuarias y a las que se enfrentan institucionalmente hasta la obtención del diagnóstico definitivo</p>	<p>Las experiencias y percepciones sobre el sistema de navegación se centraron en su función alrededor de los procesos institucionales relacionados a trámites, documentación y recojo de documentos (procesos burocráticos) y, por otro lado, en el apoyo emocional durante la enfermedad y las relaciones afectivas que emergen de este acompañamiento. Las barreras encontradas se agruparon en: barreras institucionales y barreras del paciente</p>
---	---	--	--

8.4 Categoría III: Coaching y la estrategia de navegación en la atención del Cáncer de mama

En esta categoría se identificaron solamente 4 artículos, de los cuales después del análisis crítico a texto completo, quedaron 3, pues un artículo no cumplió con los criterios de inclusión. De los tres estudios escogidos uno era un ensayo clínico The Project ENABLE, Cornerstone (92); la evaluación de la eficacia de un programa psicoeducativo a la navegación de pacientes Larios-Jiménez (93) y una revisión sistemática JULL, Janet, et al. (94) ver tabla 7.

Tabla 7. Estudios categoría III

TITULO	METODO	INTERVENCION	RESULTADOS
The Project ENABLE Cornerstone randomized controlled trial: study protocol for a lay navigator-led, early palliative care coaching intervention for African American and rural-dwelling advanced cancer family caregivers (92)	Ensayo Clínico híbrido de tipo I, simple ciego	Intervención de coaching de cuidados paliativos temprana dirigida por un navegador no profesional para los cuidadores familiares de pacientes afroamericanos y de zonas rurales con cáncer avanzado recién diagnosticado	Disminución de las angustias y la carga del cuidado mejoría claridad de la vida dl cuidador
Adaptación y evaluación de la eficacia de un programa psicoeducativo de navegación para disminuir síntomas de ansiedad y depresión en mujeres mexicanas con cáncer de mama (93)	Evaluación de eficacia de la Adaptación del PPN (programas psicoeducativos de navegación)	evaluación de los síntomas y los niveles de ansiedad y depresión, pre-post intervención con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión	Disminución de síntomas de ansiedad, depresión
Decision coaching for people making healthcare decisions (Review) (94).	Revisión sistemática	Determinar los efectos del coaching para la toma de decisiones (I) en personas que deben tomar decisiones sobre su propia atención sanitaria o la de un familiar (P), en comparación con (C) la atención habitual o la intervención basada en la evidencia únicamente,	El coaching para la toma de decisiones puede mejorar los conocimientos de los participantes cuando se utiliza con información basada en pruebas. Los resultados no indican efectos adversos significativos (por ejemplo, arrepentimiento de la decisión, ansiedad) con el uso del coaching para la toma de decisiones. No es posible establecer conclusiones sólidas para otros resultados. Es necesario para establecer la eficacia del coaching para la toma de decisiones en una gama más amplia de resultados. Las categorías de análisis incluyeron: coaching en decisiones comparado con la atención habitual, los resultados no lograron establecer si había mejora la preparación para la toma de decisiones, la autoconfianza en la decisión, el conocimiento, el arrepentimiento de la decisión, la ansiedad, ya que la certeza de las pruebas era muy baja. evidencia fue muy baja.

Los estudios mostrados en esta categoría describen 4 subcategorías que asocian las dos estrategias mencionadas hasta ahora el coaching y la navegación.

Las subcategorías describen los resultados de la relación de ambas prácticas en poblaciones muy variadas, pero con resultados similares:

- a. Disminución de la carga del cuidado
Disminución de síntomas de angustia ansiedad, depresión
- b. Mejora del proceso de toma de decisiones por medio de la asesoría y la psicoeducación
- c. Mejoría de la calidad de vida

The Project ENABLE (92) es un ensayo clínico realizado en 294 Pacientes afroamericanos rurales con cáncer avanzado recién diagnosticado, donde se evaluó la intervención de coaching en cuidados paliativos por un navegador no profesional. Este estudio logró demostrar la disminución de la angustia del cuidador a las 24 semanas; con resultados secundarios beneficiosos para el cuidador como mejoría: de calidad de vida y disminución de la carga; para el paciente: disminución de la angustia, mejoría de calidad de vida.

LARIOS-JIMÉNEZ, Flor (93) en el estudio Evaluación de eficacia de la Adaptación del PPN (programas psicoeducativos de navegación en mujeres con cáncer de mama en México. Evidenciaron que El PPN integró acompañamiento emocional, educación para la salud y técnicas de relajación. En este estudio evaluaron los síntomas y niveles de ansiedad y depresión, pre-post intervención psicoeducativa la cual enfatizó en los aspectos educacionales y en el afrontamiento de la enfermedad y sus tratamientos. El estudio logró demostrar la disminución de síntomas de ansiedad, depresión en los pacientes y mejorar el afrontamiento frente al proceso de enfermedad.

JULL (94) es un metaanálisis donde se revisaron 86 estudios y describieron las características y la efectividad del coaching para la toma de decisiones.

Los ensayos revisados les permitieron a los autores comparar dos intervenciones, la primera es la efectividad del coaching para la toma de decisiones con otra intervención

PtDA, frente a la atención habitual. Los resultados de este estudio establecieron que la intervención de coaching con otra intervención PtDA lograban mejorar el conocimiento frente a la enfermedad de y mejoraba la participación en la toma de decisiones, además que mejoró la satisfacción de los pacientes frente al proceso de toma de decisiones compartidas y frente al programa.

9 DISCUSIÓN

Las diferentes fases de atención del cáncer de mama incluye desde el diagnóstico hasta el proceso la atención oncológica, tratamiento y remisión de la enfermedad, procesos que son o caracterizado por un sinnúmero de pruebas y procedimientos, acompañados de altos niveles de incertidumbre y ansiedad del paciente y barreras de la atención en salud que pueden retrasar el tratamiento y aumentar la probabilidad de que la enfermedad progrese con resultados desfavorables para los pacientes (90).

Los artículos revisados en el presente trabajo se centraron en tres categorías: Componentes del coaching en la atención en salud, la estrategia de Navegación de pacientes en cáncer de mama y el Coaching y la estrategia de navegación en la atención del Cáncer de mama. Todas ellas se enfocan en las intervenciones que desde la navegación y el coaching se pueden realizar para mejorar el proceso de atención de las pacientes con cáncer de mamá (90-94)

La navegación ha demostrado ser por si sola un proceso efectivo en mejorar los desenlaces favorables para los pacientes en términos de oportunidad de la atención, la disminución angustia-ansiedad emocional, mejora en el apoyo informativo y disminución de los reingresos hospitalarios como lo mencionan los estudios de Felipe-Pautasso, F., et al (81) y Chillakunnel Hussain (84).

Por otra parte, los aspectos relacionados con la disminución síntomas desagradables manifestados por las pacientes como angustia-ansiedad emocional, representaron uno de las principales resultados descritos por Moreno-Castro, Garfield, Kathryn m., et al y Felipe-Pautasso(81,83,86).

Los programas de navegación de pacientes son gestionados en su mayoría por enfermeras y, por lo tanto, son mecanismos ampliamente reconocidos para garantizar la continuidad de la atención oncológica (81,88,91). Los estudios de GARFIELD, GILBERT Dejan claro como las enfermeras oncólogas están capacitadas para anticipar y comprender el impacto que un diagnóstico de cáncer tiene en los pacientes y sus familias y realizar la intervención correspondiente por medio de un programa de navegación estructurado que garantice los resultados descritos como disminución de los ingresos hospitalarios, disminución del impacto emocional y económico del tratamiento, y apoyo en la educación para una mejor comprensión y afrontamiento de la enfermedad así como empoderamiento para la toma de decisiones compartidas.

La revisión de Bernardo, (83) deja claro que, desde el punto de vista de gestión de la salud, los navegadores actúan como intermediarios de la información y coordinadores de la atención, preparando a sus pacientes para la toma de decisiones y haciendo que el proceso de diagnóstico hasta el tratamiento sea más eficaz y eficiente. Sin embargo, las competencias de la navegación requieren habilidades y técnicas adicionales que le permitan al profesional de la salud mejorar el impacto de sus intervenciones.

Como se ha analizado hasta ahora, la navegación tiene implícito un proceso de educación en salud y de psicoeducación, lo que requiere un abordaje integral del paciente como ser holístico e integral. La literatura revisada, evidencia que se disponen de los conocimientos y las habilidades necesarios para intervenir directamente en estos ámbitos, sobre todo en las pacientes con cáncer de mama que están vulnerables durante todas las fases inherentes a su atención.

El coaching busca proporcionar en los profesionales de la salud y en los pacientes la responsabilidad de su propia salud, adherencia a tratamientos y la adopción de hábitos saludables a largo plazo, mejorando drásticamente el estado de salud y calidad de vida, como esta descrito por los autores Delaney, Berger-Höger, Stacey, incluyen además aspectos fundamentales como el Afrontamiento de la enfermedad por medio del coaching con enfoque integral del abordaje de la persona con cáncer de mamá.

Por otra parte, el proceso de navegación para garantizar sus resultados debe iniciar con una valoración de necesidades de navegación, las cuales se parametrizan con los pacientes para buscar objetivos y resultados comunes inherentes a su proceso de atención en particular. Esto es lo que hace que el modelo de navegación sea superior a otros existentes porque el paciente es el centro de la atención, sumado a esto las estrategias de superación por medio de la gestión de las barreras de los sistemas de salud.

En este orden de ideas la navegación tiene inmersa el health coaching al brindar desde sus principios técnicas de orientación, apoyo y comunicación eficaces

El modelo de navegación que integra el coaching está compuesto por una serie de pasos

1. Identificación de objetivos: cual de la razón de la navegación del paciente o a donde se quiere llegar en términos de tratamientos, diagnósticos
2. Identificación del propósito: este es un concepto más amplio y personal del paciente porque aquí se identifican las necesidades que se desean intervenir como por ejemplo la ansiedad, falta de conocimientos en un área específica. Es en este punto donde se utilizan las herramientas de valoración de necesidades
3. Realidad: se explora con el paciente su situación actual, relacionada con los resultados de la valoración de necesidades
4. Acciones se estable el plan de acción personalizado
5. Seguimiento al proceso de navegación y cumplimiento de objetivos

Este proceso de integración del coaching como una de las herramientas de la navegación permite mejorar los comportamientos de salud y los resultados asociados en términos de desenlaces clínicos favorables para el paciente como son el afrontamiento eficaz de la enfermedad, la adherencia a los tratamientos, la disminución de síntomas desagradables por la enfermedad, la disminución de la ansiedad y el estrés.

Los estudios revisados que hacen referencia a la relación entre el coaching y la navegación demuestran una fuerte asociación metodológica como que fortalece el proceso de atención en salud, tal y como lo describen Bechthold, Larios-Jiménez y Jull respectivamente en sus revisiones (77,78,79).

Esta asociación ofrece al sistema de salud un modelo de atención costo efectivo que impacta los reingresos hospitalarios, mejora la oportunidad de la atención, disminuye barreras y atiende al paciente de manera integral y reduciendo las disparidades.

Además, aporta un valor invaluable relacionado con la humanización de la atención que representa la atención centrada en el paciente y la priorización de sus necesidades.

10 CONCLUSIONES

2. La navegación del paciente puede influir positivamente en los resultados de la atención al paciente con cáncer de mama al reducir las brechas de atención relacionadas con la accesibilidad, la oportunidad de la atención
3. La navegación mejora la atención de las pacientes con cáncer de mamá en la medida que mejora los síntomas desagradables como la ansiedad y angustia por el diagnóstico y mejora la calidad de vida
4. Los navegadores pueden ser trabajadores sanitarios, denominados navegadores profesionales, o personas sin formación sanitaria, denominados navegadores legos o no profesionales.
5. Las enfermeras navegadoras son orientadoras y tienen un impacto positivo tanto para el paciente como para el equipo de salud, ya que garantizan la continuidad asistencial, ayudan a mejorar los procesos asistenciales y orientan mejores necesidades de los pacientes y reducen las barreras a las que se enfrentan cuando buscan atención oncológica.
6. El navegador debe tener competencias y una base de conocimientos y habilidades prácticas necesarias para la navegación del paciente.
7. El coaching es una estrategia integradora de la navegación en la medida que aporta las herramientas de identificación de necesidades y mejora el proceso de comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes.
8. El integrar herramientas del coaching en salud dentro de la navegación, le permitirá al profesional de la salud aplicar en su práctica clínica estrategias de cambio de comportamiento, estrategias de motivación y técnicas de comunicación, que se utilizan para ayudar a sus pacientes a desarrollar una

motivación intrínseca y obtener habilidades para crear un cambio sostenible en el camino de la salud y el bienestar.

9. La gestión de las enfermeras que actúan como navegadoras con los pacientes, los familiares/cuidadores y el equipo de salud multidisciplinar proporcionan información sobre el tratamiento, facilitan la comunicación entre las personas implicadas e identifican y eliminan las barreras del proceso asistencial.
10. La labor de los navegadores repercute en los procesos asistenciales, en la vida de los pacientes antes, durante y después del tratamiento, y en el trabajo del equipo de los profesionales del equipo de salud.

11 IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Es necesario crear programas de formación de navegadores que integren todas las herramientas del coaching y generen habilidades y competencias de los profesionales de salud que ejercen este Rol.

El modelo de navegación debe ser tenido en cuenta como parte de los sistemas de salud, ya que ha demostrado sus bondades en cuanto costo beneficio diferentes países y escenarios de prestación de servicios de salud

Todavía quedan vacíos respecto a la relación del coaching y la navegación y muchos de los estudios no son metodológicamente fuertes, además la literatura carece de coherencia y comparabilidad debido a la heterogeneidad. No obstante, las revisiones sistemáticas y la evidencia reciente apoyan en general la integración de ambas metodologías con amplios beneficios y resultados positivos para pacientes y el sistema.

12 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209–49.
2. Martínez S, Segura A, Arias S, Mateus G. Caracterización de los tiempos de atención y de mujeres con cáncer de mama que asistieron a un hospital de tercer nivel, 2005-2009. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2012; 30(2): 183-191.
3. Bonilla Sepúlveda ÓA. Inequidades en la atención del cáncer de mama en Colombia: revisión sistemática. *Med UPB.* 2022;41(1):29-37.
4. Ramos-Jaraba SM, Carrillo-Pineda M. Significados que construyen mujeres afrodescendientes frente al cáncer de mama y cuello uterino, atendidas en Medellín, Colombia. *Univ Salud.* 30 de abril de 2018;20(2):111.
5. Profamilia, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Colombia 2015. Tomo II. 2016. p. 96. [citado 23 de febrero de 2023. Disponible en: <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/> [Links].
6. Wiesner-Ceballos C, Puerto D, Diaz-Casas S, Sánchez O, Hernando-Murillo R, Bravo LE. Políticas basadas en la evidencia científica: el caso del control del cáncer de mama en Colombia. *Rev Colomb Cancerol.* 3 de julio de 2020;24(3):98-107.
7. Egurrola-Pedraza JA, Gómez-Wolff LR, Ossa-Gómez CA, Sánchez-Jiménez V, HerazoMaya F, García-García HI. Diferencias en supervivencia debidas al aseguramiento en salud en pacientes con cáncer de mama atendidas en un centro oncológico de referencia en Medellín, Colombia. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(12):e00114117.
8. Ramos Gnette PL, Ramos Escalante MA. Supervivencia cáncer de mama metastásico receptor hormonal positivo. *Rev.Col.Hematol.Oncol* [Internet]. 21 de septiembre de 2022 [citado 23 de febrero de 2023];8(Suplemento 1):161-3. Disponible en: <https://revista.acho.info/index.php/acho/article/view/469>.
9. Molano Tobar NJ, Rada Mendoza M del P. Quality of life and health of breast cancer woman survivors in Popayan-Colombia. *Rev Cienc Cuid.* 1 de enero de 2020;17(1):8-17.

10. Mejía Rojas, M, Contreras Rengifo, A, Hernández Carrillo, M Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas quimioterapia. [Internet]. Colombia: Universidad del Valle; 2019 [citado: 2023, marzo] 1 recurso en línea (60 páginas).
11. Vergara - Dagobeth E, Suárez-Causado A, Gómez-Arias RD. Plan Control del cáncer en Colombia 2012-2021. Un análisis formal. Gerenc Políticas Salud. 10 de noviembre de 2017;16(33):6-18.
12. Ramirez AG, Muñoz E, Long Parma D, Perez A, Santillan A. Quality of life outcomes from a randomized controlled trial of patient navigation in Latina breast cancer survivors. Cancer Med. noviembre de 2020;9(21):7837-48.
13. Coyne E, Carlini J, Doherty T, Harlow W, Mitchell ML, Grealish L. Partnership between Nurse Navigators and adult persons living with complex chronic disease—An exploratory study. J Clin Nurs. agosto de 2020;29(15-16):2918-26.
14. Dillon E, Kim P, Li M, Huang Q, Colocci N, Cantril C, et al. Breast Cancer Navigation: Using Physician and Patient Surveys to Explore Nurse Navigator Program Experiences. Clin J Oncol Nurs. 1 de octubre de 2021;25(5):579-86.
15. Adler G, Kaufman G, Simon-Tuval T. Healthcare utilization of breast cancer patients following telephone-based consultations of oncology nurse navigator via telemedical care. Ramagopalan SV, editor. PLOS ONE. 2 de mayo de 2019;14(5): e0216365.
16. Jongerius C, Russo S, Mazzocco K, Pravettoni G. Research-Tested Mobile Apps for Breast Cancer Care: Systematic Review. JMIR MHealth UHealth. 11 de febrero de 2019;7(2):e10930.
17. Lim JY, Kim Y, Yeo SM, Chae BJ, Yu J, Hwang JH. Feasibility and usability of a personalized mHealth app for self-management in the first year following breast cancer surgery. Health Informatics J. enero de 2023;29(1):146045822311564.
18. Du S, Liu W, Cai S, Hu Y, Dong J. The efficacy of e-health in the self-management of chronic low back pain: A meta analysis. Int J Nurs Stud. junio de 2020; 106:103507.
19. Berger-Höger, B., Vitinius, F., Fischer, H. et al. Nurse-led decision coaching by specialized nurses for healthy BRCA1/2 gene mutation carriers - adaptation and pilot testing of a curriculum for nurses: a qualitative study. BMC Nurs 21, 42 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00810-8>
20. Ganz PA. What outcomes matter to patients: a physician-researcher point of view. Med. Care. junio de 2002;40(6 Suppl): III11-19.

21. Samarel N, Fawcett J, Tulman L. Effect of support groups with coaching on adaptation to early stage breast cancer. *Res Nurs Health*. 1997 feb;20(1):15-26. doi: 10.1002/(sici)1098-240x(199702)20:1<15: aid-nur3>3.0.co;2-x. PMID: 9024474.
22. Fleta Sánchez, Yolanda, et al. "Coaching y evidencia científica en salud, septiembre 2016." (2016).
23. Rodríguez-Lescure, Álvaro, et al. "Análisis y recomendaciones para la mejora de la gestión clínica y la atención del cáncer de mama metastásico en España." *Revista de Senología y Patología Mamaria* 35.4 (2022): 260-268.
24. Organización Mundial de la Salud, *Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Informe sobre la salud en el mundo 2010* (Ginebra, 2010). Se puede consultar en: <http://www.who.int/whr/2010/es>.
25. Globocan. Estimated number of new cases in 2020, worldwide, females, ages 50+ [Internet]. 2022.
26. Singh D, Vignat J, Lorenzoni V, Eslahi M, Ginsburg O, Lauby-Secretan B, et al. Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative. *Lancet Glob Health*. 2023;11(2):e197. 10.1016/S2214-109X(22)00501-0.
27. Van den Ende C, Oordt-Speets AM, Vroling H, van Agt HME. Benefits and harms of breast cancer screening with mammography in women aged 40–49 years: A systematic review. *Int J Cancer*. 2017;141(7):1295–306. 10.1002/IJC.30794.
28. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209-49
29. Solomon K, Tamire M, Solomon N, Bililign N, Kaba M. Misconceptions About Female Cancers Contributing to Late Presentation to Health Facilities in Ethiopia: A Qualitative Study. *Int J Womens Health*. 2023; 15:299. 10.2147/IJWH.S395824.
30. hn J, Suh EE. Body acceptance in women with breast cancer: A concept analysis using a hybrid model. *European Journal of Oncology Nursing*. 2023; 62:1462–3889. 10.1016/j.ejon.2023.102269.
31. Soldato D, Arecco L, Agostinetti E, Franzoi MA, Mariamidze E, Begijanashvili S, et al. The Future of Breast Cancer Research in the Survivorship Field. *Oncology and Therapy* 2023. 2023;1–31. 10.1007/S40487-023-00225-8.

32. Alnaim L. Health-Related Quality of Life in Women With Breast Cancer Undergoing Treatment With Hormonal Therapy - A Review Study. *Eur J Breast Health*. 2022;18(4):292–8. 10.4274/EJBH.GALENOS.2022.2022-5-8.
33. Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, Abd-Allah F, Abdelalim A, Abdollahi M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204. 10.1016/S0140-6736(20)30925-9
34. Global Cancer Observatory. Estimated number of deaths in 2020, Breast, all ages [Internet]. Vol. 996, International Agency for Research on Cancer. 2020.
35. Parise C, Caggiano V. The influence of marital status and race/ethnicity on risk of mortality for triple negative breast cancer. *PLoS One*. 2018;13(4). 10.1371/JOURNAL.PONE.0196134.
36. Pardo C, de Vries E. Breast and cervical cancer survival at Instituto Nacional de Cancerología, Colombia. *Colombia Médica*?: CM. 2018;49(1):102. 10.25100/CM.V49I1.2840.
37. Bermedo-Carrasco S, Waldner CL. The role of socio-demographic factors in premature cervical cancer mortality in Colombia. *BMC Public Health*. 2016;16(1). 10.1186/S12889-016-3645-
38. Mabotja MC, Levin J, Kawonga M. Beliefs and perceptions regarding cervical cancer and screening associated with Pap smear uptake in Johannesburg: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2021;16(2). 10.1371/JOURNAL.PONE.0246574
39. Wiesner C, Diaz S, Sánchez O, Puerto D, Bravo LE, Murillo R, et al. Políticas basadas en la evidencia científica: El caso del control del cáncer de mama en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*. 2020;24(3):103–12. 10.35509/01239015.261
40. Ministerio de Salud-Colombia. Datos cáncer de mama 2021. Disponible en: <https://asocapitales.co/nueva/wp-content/uploads/2021/10/Datos-Cancer-de-Mama-Ministerio-de-Salud-2021.pdf>
41. Barrera Ferro D, Bayer S, Brailsford S, Smith H. Improving intervention design to promote cervical cancer screening among hard-to-reach women: assessing beliefs and predicting

individual attendance probabilities in Bogotá, Colombia. *BMC Womens Health*. 2022;22(1). 10.1186/S12905-022-01800-3

- 42 Damiani G, Basso D, Acampora A, Bianchi CBNA, Silvestrini G, Frisicale EM, et al. The impact of level of education on adherence to breast and cervical cancer screening: Evidence from a systematic review and meta-analysis. *Prev Med (Baltim)*. 2015; 81:281–9. 10.1016/J.YPMED.2015.09.011
43. Aguilera-López J, Lineros-Hurtado JA, Aguilera-López J, Lineros-Hurtado JA. Cobertura de mamografía de tamizaje y plan decenal para el control de cáncer, Colombia 2014. *Revista de Salud Pública*. 2019;21(5):498–505. 10.15446/RSAP.V21N5.81275
- 44 Egurrola-Pedraza JA, Gómez-Wolff LR, Ossa-Gómez CA, Sánchez-Jiménez V, Herazo-Maya F, García-García HI. Diferencias en supervivencia debidas al aseguramiento en salud en pacientes con cáncer de mama atendidas en un centro oncológico de referencia en Medellín, Colombia. *Cad Saude Publica*. 2019;34(12):e00114117. 10.1590/0102-311X00114117
- 45 Tortajada, S., Giménez-Campos, MS, Villar-López, J. , Faubel-Cava, R. , Donat-Castelló, L. , Valdivieso-Martínez, B. , Soriano-Melchor, E. , Bahamontes-Mulió, A. , & García-Gómez, JM (2017). Gestión de casos de pacientes con multimorbilidad compleja: desarrollo y validación de una intervención coordinada entre atención primaria y hospitalaria. *Revista Internacional de Atención Integrada*, 17 (2), 1 – 8 . <https://doi.org/10.5334/ijic.2493>
46. Denekamp, J. "Angiogenesis, neovascular proliferation and vascular pathophysiology as targets for cancer therapy." *The British journal of radiology* 66.783 (1993): 181-196.
47. Hardin, L., Humowiecki, M., & Sale, V. (2021). *Building the value case for complex care*. National Center for Complex Health and Social Needs and Camden Coalition of Healthcare Providers.
48. *A Manual for Case Managers by Case Managers, Second Edition*, the integrated case management process will share evidence-based strategies to address complexity and reduce risk to prevent worsening health and improve health outcomes and patient satisfaction (Hardin et al., 2021).
49. Social Determinants of Health. Office of Disease Prevention and Health Promotion. <https://www.healthypeople.gov/node/3499/closer-look>. Accessed January 3, 2022
- 50.Center: Oncology Care Model. Accessed October 30, 2020. <https://innovation.cms.gov/innovation-models/oncology-care>
51. Wells KJ, Battaglia TA, Dudley DJ, et al. 50. Patient navigation: ¿state of the art or is it science? *Cancer*. 2008; 113:1999-2010. doi:10.1002/ cncr.23815 8.

52. Bernardo BM, Zhang X, Hery CMB, Meadows RJ, Paskett ED. The efficacy and cost-effectiveness of patient navigation programs across the cancer continuum: a systematic review. *Cancer*. 2019; 125:2747-2761. doi:10.1002/cncr.32147
53. Freeman HP, Rodriguez RL. History and principles of patient navigation. *Cancer*. 2011;117(15 Suppl):3539-3542. 3.
54. Pratt-Chapman M, Willis A. Community cancer center administration and support for navigation services. *Semin Oncol Nurs*. 2013;29(2):141-148
55. Guía para los navegadores de pacientes oncológicos: los fundamentos. Universidad George Washington. Acuerdo de Cooperación #NU58DP006461-03 de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).2022. disponible en: https://cancercontroltap.smhs.gwu.edu/sites/g/files/zaskib661/files/2022-09/guide_for_patient_navigators_spanish_2022_508_compliant_small.pdf
56. Knudsen, Karen E., et al. "The American Cancer Society and patient navigation: Past and future perspectives." *Cancer* 128 (2022): 2673-2677.
57. Osundina F, Garfield K, Downer S. Patient Navigation in Cancer Care: A Review of Payment Models for a Sustainable Future. American Cancer Society National Navigation Roundtable; 2019. Accessed March,1, 2021. https://navigationroundtable.org/wp-content/uploads/PatientNavigation-in-Cancer-Care-Review-of-Payment-Models_FINAL.pdf
58. Carter, Nancy, et al. "Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: a scoping literature review." *BMC health services research* 18 (2018): 1-13.
59. Sánchez Fleta Yolanda Giménez Sánchez Jaime y Molina Meya Alba en Evidencia científica en health coaching. Organización mundial de la salud. Disponible en : https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/135926/3/Evidencia%20cient%C3%ADfica%20en%20health%20coaching_M%C3%B3dulo%201.%20Evidencia%20cient%C3%ADfica%20en%20health%20coaching.pdf
60. Krok-S-Schoen JL, Oliveri JM, Paskett ED. Cancer care delivery and women's health: the role of patient navigation. *Front Oncol*. 2016; 6:2
61. Baik SH, Gallo LC, Wells KJ. Patient navigation in breast cancer treatment and survivorship: a systematic review. *J Clin Oncol*. 2016; 34:3686–3696.
62. Bickell NA, Geduld AN, Joseph K, et al. Do community-based patient assistance programs affect the treatment and well-being of patients with breast cancer? *J Oncol Practice*. 2013; 10:48–54.

63. Lin JJ, Fei K, Franco R, et al. Breast cancer patients' recall of receiving patient assistance services. Springerplus. 2012; 1:24.
64. Weber JJ, Mascarenhas DC, Bellin LS, et al. Patient navigation and the quality of breast cancer care: an analysis of the breast cancer care quality indicators. *Ann Surg Oncol*. 2012; 19:3251–3256.
65. Haideri NA, Moormeier JA. Impact of patient navigation from diagnosis to treatment in an urban safety net breast cancer population. *J Cancer*. 2011; 2:467–473.
66. Ell K, Vourlekis B, Xie B, et al. Cancer treatment adherence among low-income women with breast or gynecologic cancer: a randomized controlled trial of patient navigation. *Cancer*. 2009; 115:4606–4615.
67. Koh C, Nelson JM, Cook PF. Evaluation of a patient navigation program. *Clin J Oncol Nurs*. 2011; 15:41–48.
68. Ramirez A, Perez-Stable E, Penedo F, et al. Reducing time-to-treatment in underserved Latinas with breast cancer: the Six Cities Study. *Cancer*. 2013; 120:752–760
69. Lobb R, Allen JD, Emmons KM, et al. Timely care after an abnormal mammogram among low-income women in a public breast cancer screening program. *Arch Intern Med*. 2010; 170:521–528.
70. Castaldi M, Safadjou S, Elrafei T, et al. A multidisciplinary patient navigation program improves compliance with adjuvant breast cancer therapy in a public hospital. *Am J Med Qual*. doi: 10.1177/ 1062860616656250.
71. Freund KM, Battaglia TA, Calhoun E, et al. Impact of patient navigation on timely cancer care: the patient navigation research program. *J Natl Cancer Inst*. 2014;106: dju115
72. Larios-Jiménez F. E., González-Ramírez L. P., Rivas-Medina S. K., Ocegüera-Villanueva A. , Barragán-Ruíz A. , Morán-Mendoza A. d. J. , Castro-Cervantes J. M. , Solano-Murillo P. , Morgan-Villela G. , Montero-Ramírez M. , González- Betanzos F. , Montes-Delgado R. , Robles-García R. y Daneri-Navarro ´. (2023). Adaptación y evaluación de la eficacia de un programa psicoeducativo de navegación para disminuir síntomas de ansiedad y depresión en mujeres mexicanas con cáncer de mama. *Psicooncología*, 20(1), 121-138. <https://doi.org/10.5209/psic.87573>
73. Dean M, Scherr CL, Clements M, Koruo R, Martinez J. Ross A: “when information is not enough”: a model for understanding BRCA-positive previvors' information needs regarding hereditary breast and ovarian cancer risk. *Patient Educ Couns*. 2017;100(9):1738–43. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.03.013>.

74. Five Major Steps to Intervention (The "5 A's"). Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ahrq.gov/prevention/guidelines/tobacco/5steps.html>. Published 2012. Accessed January 19, 2022.
75. Dawn Stacey, Jennifer Kryworuchko, Carol Bennett, Mary Ann Murray, Sarah Mullan, and France Légaré, Decision Coaching to Prepare Patients for Making Health Decisions *Medical Decision Making* 2012 32:3, E22-E33
76. PAUTASSO, Fernanda Felipe, et al. Enfermero navegador: desarrollo de un programa para Brasil. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 2020, vol. 28.
77. DELANEY, Colleen; BARK, Linda. The experience of holistic nurse coaching for patients with chronic conditions. *Journal of Holistic Nursing*, 2019, vol. 37, no 3, p. 225-237.
- 78 BERGER-HÖGER, Birte, et al. Nurse-led decision coaching by specialized nurses for healthy BRCA1/2 gene mutation carriers-adaptation and pilot testing of a curriculum for nurses: a qualitative study. *BMC nursing*, 2022, vol. 21, no 1, p. 1-12.
- 79 STACEY, Dawn, et al. Decision coaching to prepare patients for making health decisions: a systematic review of decision coaching in trials of patient decision AIDS. *Medical Decision Making*, 2012, vol. 32, no 3, p. E22-E33.
80. Ruth Q. Wolever et. al *Global Advances in Health and Medicine*, Vol. 2, Number 4, July 2013.
81. FELIPE-PAUTASSO, F., et al. Role of the Nurse Navigator: integrative review. *Rev Gauch Enferm.* 2018; 39: 1–10.
82. PRIETO-CENTURION, Valentin, et al. Design of the patient navigator to Reduce Readmissions (PARTNER) study: a pragmatic clinical effectiveness trial. *contemporary clinical trials communications*, 2019, vol. 15, p. 100420.
83. MORENO-CASTRO, Alejandra; CARRILLO-GONZÁLEZ, Gloria-Mabel. El enfermero navegador: un rol innovador en oncología. Revisión de alcance. *Archivos de Medicina (Col)*, 2021, vol. 21, no 1, p. 125-140.
84. CHILLAKUNNEL HUSSAIN RAWTHER, Shejila, et al. A Randomized controlled trial to evaluate the impact of a Nurse Navigator Programme on outcomes of people with breast cancer: study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 2017, vol. 73, no 4, p. 977-988.
85. BERNARDO, Brittany M., et al. The efficacy and cost-effectiveness of patient navigation programs across the cancer continuum: A systematic review. *Cancer*, 2019, vol. 125, no 16, p. 2747-2761.

86. GARFIELD, Kathryn M., et al. Evaluating the sustainability of patient navigation programs in oncology by length of existence, funding, and payment model participation. *Cancer*, 2022, vol. 128, p. 2578-2589.
87. MCMULLEN, Lori. Oncology nurse navigators and the continuum of cancer care. En *Seminars in Oncology Nursing*. WB Saunders, 2013. p. 105-117.
88. PAUTASSO, Fernanda Felipe, et al. Enfermero navegador: desarrollo de un programa para Brasil. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 2020, vol. 28
89. MATASSINI-EYZAGUIRRE, Silvana M.; FIGUEROA-MONTES, Luis E. Navegación de pacientes Con sospecha de cáncer de mama: un estudio cualitativo en lima, Perú. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 2021, vol. 14, no 4, p. 452-458.
90. PAI, Mamatha S., et al. Oncology nurse navigator programme-a narrative review. *Journal of Health and Allied Sciences NU*, 2015, vol. 5, no 01, p. 103-107.
91. GILBERT, J. E., et al. Nurses as patient navigators in cancer diagnosis: review, consultation and model design. *European journal of cancer care*, 2011, vol. 20, no 2, p. 228-236.
92. BECHTHOLD, Avery C., et al. The Project ENABLE Cornerstone randomized controlled trial: study protocol for a lay navigator-led, early palliative care coaching intervention for African American and rural-dwelling advanced cancer family caregivers. *Trials*, 2022, vol. 23, no 1, p. 452
93. LARIOS-JIMÉNEZ, Flor E., et al. Adaptación y evaluación de la eficacia de un programa psicoeducativo de navegación para disminuir síntomas de ansiedad y depresión en mujeres mexicanas con cáncer de mama. *Psicooncología*, 2023, vol. 20, no 1.
94. JULL, Janet, et al. Decision coaching for people making healthcare decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021, no 11.