

Título:

Intervenciones efectivas para mejorar alfabetización en salud de pacientes con cáncer: revisión estructurada de literatura

Título en inglés:

Effective interventions for improving cancer patients' health literacy: A structured literature review

Autoras:

Loreto Fernández-González¹, Paulina Bravo-Valenzuela^{2§}

1. Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto. 155 College Street, Toronto, Ontario, Canadá.
2. Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile/ School of Social Sciences, Cardiff University, UK. Avenida Vicuña Mackenna 4860, Santiago, Chile.

§Corresponding author

Email:

LFG: loretofernandez2@gmail.com

PBV: pbravo@uc.cl

Tel: +6477208297

Tel: (2) 23545834

Fuente de apoyo financiero: CONICYT: Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT) Chile, Proyecto FONDECYT Iniciación en Investigación 11150221. FONDECYT no influyó en el diseño del estudio, en la recolección, análisis o interpretación de los datos ni en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito.

Resumen:

La alfabetización en salud (AS), alude a las habilidades cognitivas y sociales determinantes en la motivación y capacidad del individuo para el acceso, comprensión y uso de información para el cuidado de la propia salud. En oncología, el aumento de la supervivencia, la navegación en el sistema de salud, la multiplicidad de tratamientos y el manejo de efectos adversos/secuelas hacen de la AS un factor crítico en los cuidados del paciente. El objetivo del presente trabajo es identificar la estructura, contenido y efectividad de intervenciones para mejorar la alfabetización en salud (AS) en pacientes oncológicos.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión estructurada de la literatura usando la estrategia "(Health Literacy OR Cancer Literacy) AND Cancer AND Intervention" en siete bases de datos multidisciplinarias. Se incluyeron estudios que intervinieran sujetos diagnosticados con cáncer y trataran la AS explícitamente como una variable a medir.

Resultados: 1236 resúmenes fueron recuperados. Ocho estudios cumplieron los criterios de inclusión. La investigación se ha centrado en pacientes con cáncer de mama o próstata. Las intervenciones usaron recursos multimedia e interacciones presenciales. Ningún estudio definió AS. La AS fue usualmente un resultado secundario. Existe alta variabilidad en el diseño de los estudios y las intervenciones, y en los instrumentos usados para medir AS. La efectividad de las intervenciones varió entre estudios, con mejoras que fueron disminuyendo en el tiempo, o insuficientes en participantes con baja alfabetización inicial.

Conclusión: la evidencia a la fecha en intervenciones orientadas a intervenir AS en pacientes con cáncer se centra en otros constructos, dejando la AS como un fenómeno difícil de delimitar conceptual y clínicamente. La variabilidad en diseños y mediciones dificulta la comparación entre intervenciones. Definir y operacionalizar AS es crítico para diseñar y medir intervenciones efectivas, las que deben ser adaptadas a las necesidades de pacientes.

Palabras clave: alfabetización en salud; educación en salud; cáncer; evaluación de resultado (atención de salud); literatura de revisión como asunto

1. Introducción

La alfabetización en salud (AS), también conocida como literacidad en salud, o alfabetismo funcional en salud, alude a las habilidades cognitivas y sociales que tienen un rol determinante en la motivación y capacidad del individuo para el acceso, la comprensión y el uso de información con fines de promover el cuidado de la propia salud [1]. El concepto de AS fue introducido a mediados de los años setenta, y ha ido ganando relevancia en la medida que la evidencia sobre el tema ha demostrado que es uno de los predictores más potentes del estado de salud de una persona, junto con otros determinantes sociales como la edad, ingresos, situación laboral, nivel educacional y la raza/etnia [2]. Es decir, aquellos sujetos y grupos con bajos niveles de AS, están en riesgo de tener peor salud que quienes poseen mejor AS, lo que conlleva a la reproducción de inequidades en salud [1]. De acuerdo a Edwards et al. [3], el desarrollo conceptual de la AS ha ido evolucionando desde una noción fundamentalmente centrada en la capacidad cognitiva del paciente para procesar adecuadamente información, a modelos basados en la orientación a la acción, la interacción exitosa con los prestadores de salud, y la participación en la toma de decisiones. Actualmente existen múltiples definiciones y modelos conceptuales para entender la AS. El modelo presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) [1], basado en el *European Health Literacy Consortium*, incluye doce subdimensiones que se engloban bajo las categorías de Promoción de la salud, Prevención de enfermedades y Cuidado de la Salud. Desde este punto de vista, la AS dialoga e integra conceptos tales como empoderamiento y la sustentabilidad. En su trabajo centrado en el desarrollo de un modelo de AS en enfermedades crónicas, Edwards [3] distingue ocho elementos que componen este modelo: conocimientos de salud, habilidades de autocuidado, búsqueda activa y uso de información, comunicación activa con el equipo de salud, búsqueda de opciones de tratamiento, toma de decisiones, influencias de otros en la AS, y resultados esperados en AS.

La definición que se utilice de AS es importante para poder operacionalizarla y consecuentemente medir lo que se entiende como AS deficiente o satisfactoria, así como para poder diseñar intervenciones orientadas a mejorarla. Esto no sólo es crítico desde un punto de vista científico y metodológico, sino también desde las políticas públicas para la implementación de estrategias para promover la AS basadas en evidencia [4,5].

Este hecho es particularmente importante desde una perspectiva de salud pública, dado el aumento sostenido de enfermedades crónicas que requieren de un esfuerzo constante de autocuidado por parte de los pacientes y sus cuidadores [3]. Por otro lado, la complejización de los sistemas de salud y el desarrollo de nuevas tecnologías de comunicación que han permitido un acceso inmediato y continuo a la información sanitaria, constituyen un desafío para los individuos, los gobiernos y organismos internacionales [2], lo que podría tener un efecto en el nivel de AS de las personas. Adicionalmente, investigaciones han demostrado que sujetos con baja AS tienen una participación limitada en las consultas de salud y en la toma de decisiones, realizan más consultas en los servicios de urgencia, tienen mayor número de hospitalizaciones y en general presentan un pobre autocuidado [3], impactando directamente en los costos sanitarios.

La AS es un área de promoción de la salud desde la perspectiva de adopción de hábitos saludables y conductas de detección precoz, lo que es particularmente necesario en el caso de pacientes con enfermedades crónicas, que han aumentado tanto en incidencia como en sobrevida a nivel mundial [3,6]. El manejo cotidiano de una enfermedad crónica requiere el uso de recursos funcionales, cognitivos y sociales. El cuidado óptimo de estos pacientes involucra el

contacto frecuente con el sistema de salud y una gestión activa de la condición de salud. Las personas con bajos niveles de AS participan de manera menos efectiva en actividades relacionadas al cuidado de la propia salud, lo que se traduce en un aumento de la carga de enfermedad, y peores resultados generales en salud [6,7]. Por ello es necesaria una comprensión adecuada e integral de la AS de los pacientes si se pretende implementar intervenciones y servicios exitosos. En el caso de las patologías oncológicas, el aumento de la supervivencia, la navegación en el sistema de salud, la multiplicidad de tratamientos y el manejo de efectos adversos/secuelas de corto, mediano y largo plazo, hacen de la AS un factor crítico en los cuidados del paciente [8].

En cuanto a modelos conceptuales sobre AS en cáncer y su rol en resultados en salud, destaca el trabajo de Echeverri y colegas [9], quienes la definen como la capacidad del individuo para buscar, comprender, evaluar y utilizar información y servicios básicos para tomar decisiones apropiadas relativas a prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer. Debido a que se trata de un constructo no observable directamente y de naturaleza multidimensional [9], el desarrollo de intervenciones destinadas a mejorar la AS en cáncer supone importantes desafíos metodológicos y técnicos.

El conocer el tipo de intervenciones tanto clínicas como en la comunidad y su efectividad informada en la literatura constituye un paso lógico y determinante para poder replicarlas y adaptarlas a diversas realidades locales. En esta línea, el presente artículo es una revisión bibliográfica realizada con el objetivo de conocer y describir la efectividad de intervenciones destinadas a mejorar la AS de pacientes diagnosticados con cáncer.

2. Materials y Métodos

Se realizó una revisión estructurada de la evidencia disponible siguiendo recomendaciones internacionales para asegurar el rigor metodológico [10, 11]. Debido al carácter exploratorio de la revisión, se optó por realizar una revisión narrativa –y no sistemática-, enfocada en describir cualitativamente los estudios y sus fortalezas y debilidades en un sentido amplio, pero siguiendo el rigor metodológico recomendado por PRISMA en el tamizaje y selección de artículos para asegurar la inclusión de los estudios atingentes. Por esta misma razón se decidió trabajar con una noción amplia del término “intervención”, entendiendo por éste el desarrollo de acciones destinadas a modificar la AS en cáncer de los participantes, ya sea en su aumento de conocimientos, estrategias de autocuidado, toma de decisiones relativas a la condición, uso de servicios de salud, o similares. Del mismo modo, se decidió trabajar con una definición amplia de AS, sin restringir a modelos conceptuales específicos a priori.

Estrategia de búsqueda

Los criterios de inclusión para los artículos a considerar fueron: 1) Estudios publicados en revistas científicas en inglés o español sin límite de inicio de fecha hasta 2017; 2) Estudios que reportaran intervenciones que explícitamente trataran AS como variable a medir o considerar, y 3) Los participantes del estudio corresponden a pacientes oncológicos con cualquier tipo de cáncer y etapa. Se excluyeron estudios centrados en el desarrollo de instrumentos para medir AS, o realizados en población sana o no oncológica.

Con el fin de identificar aquellos artículos pertinentes, se construyó el siguiente algoritmo de búsqueda con la ayuda de una bibliotecóloga experta: “(Health Literacy OR Cancer Literacy) AND Cancer AND Intervention” en “Todos los campos” (o su equivalente más cercano según la base de datos utilizada), en inglés y español. Se seleccionaron las siguientes bases de datos, privilegiando su carácter multidisciplinario en el área de la salud: *Pubmed*, *Web of Science*, *CINAHL*, *PsycInfo*, *Scopus*, *Epistemonikos* y *Scielo*. La búsqueda bibliográfica en bases de datos se realizó durante el mes de Mayo de 2017.

Selección de estudios y extracción de datos

No se filtraron tipos de textos a priori, para abarcar la mayor cantidad de documentos posible. Se incluyeron artículos de metodología cualitativa, cuantitativa o mixta. Las revisiones sistemáticas o narrativas fueron incluidas como fuente de posibles artículos de interés en sus referencias. No se realizó búsqueda de literatura gris. Una vez eliminados los duplicados, una investigadora (LFG) revisó los títulos de todos los resultados verificando el cumplimiento de los criterios de inclusión. Se realizó screening independiente a un 10% de los títulos entre ambas autoras (LFG y PBV) para unificar criterios de selección. La siguiente fase incluyó la lectura de los resúmenes para evaluar la pertinencia de la inclusión del estudio de acuerdo al objetivo de esta revisión. Se realizó un análisis narrativo de la información obtenida, agrupando en categorías las características de las intervenciones y el reporte de efectividad de ellas [12]. La extracción de datos se realizó utilizando una matriz incluyendo datos generales de la investigación (año y país), tipo de estudio, tipo de cáncer y datos de la muestra, conceptualización de AS utilizada, características de la intervención, instrumentos usados para medir AS y los efectos de la intervención, y resultados obtenidos.

La búsqueda arrojó 1.236 resultados en total. Se eliminaron duplicados, resultando 616 artículos que fueron revisados en título y resumen. De esta fase se seleccionaron artículos para lectura de texto completo, de los cuales 1 artículo se excluyó ya que no se pudo acceder al artículo original. Adicionalmente, en esta fase de exploración screening se incluyó 1 artículo adicional citado en una revisión sistemática que cumplía los criterios de inclusión y no había sido identificado en la búsqueda en bases de datos. 31 artículos fueron seleccionados para lectura a texto completo para mayor evaluación. De éstos se descartaron 23 artículos; ya sea por no reportar AS en sus resultados (N=5), por corresponder a una revisión de la literatura (N=7), por ser artículos cuyos estudios no incluyen sujetos con cáncer (N=6), o no incluyen una intervención (N=2), por corresponder a un protocolo de investigación (N=1) y por último, por reportar el desarrollo de una escala y no una intervención (N=1). Finalmente, un total de 9 artículos correspondientes a 8 estudios (un estudio publicó resultados preliminares y finales, ambos fueron incluidos) cumplieron los criterios de inclusión y fueron seleccionados para la revisión. El proceso de selección de los artículos se expone en la figura 1.

3. Resultados

La tabla I resume las características de los artículos que cumplieron con los criterios de inclusión.

Características de los estudios

Todos los estudios incluidos según los criterios expuestos fueron realizados en los Estados Unidos. En cuanto al tipo de diagnóstico oncológico, el total de los estudios trabajaron con pacientes adultos con solo un tipo de cáncer, con el 50% (4/8) de los estudios realizados en pacientes mujeres con cáncer de mama [14-18], y un 50% (4/8) en pacientes con cáncer de próstata [19-22]. Solamente un estudio [17] incluyó tanto sujetos sanos como pacientes diagnosticados. Sólo un estudio incluyó sólo pacientes con cáncer no metastásico [14, 15], mientras que 3/8 reportaron incluir sujetos con cáncer en estadios tempranos como avanzados [18, 19, 22]; en los otros estudios este dato no fue reportado. Los tipos de estudios seleccionados utilizaron diseños con métodos cualitativos (N=1) [16] y cuantitativos tales como ensayos clínicos randomizados (N= 3) [12,13,15,19], y estudios de cohorte prospectiva (N=4) [18,20, 22]. Los tamaños de las muestras de los estudios poseen tienen un promedio de 71 pacientes, variando entre 12 [16] hasta 130 pacientes [18], con un fuerte énfasis en la participación de minorías en el contexto estadounidense (afroamericanos/as y latinos/as). Los outcomes o resultados de interés de los diversos estudios incluyen el aumento del conocimiento sobre la propia salud [18,22], toma de decisiones relativas a tratamientos oncológicos [14,15,19], manejo de terminología específica de la patología [20], mejoramiento de la adherencia a tratamientos médicos [17,18], la adopción de prácticas de autocuidado [15,19], y promover el acceso a la participación en estudios clínicos [16]. Las herramientas utilizadas en los estudios muestran gran variabilidad, destacando el cuestionario *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM), como el más usado, en el 37,5% de los estudios (3/8) [19-21]. Respecto de la conceptualización de AS, ninguno de los estudios reporta una definición del constructo.

Características de las intervenciones

Las intervenciones realizadas varían tanto en el contenido como en la modalidad de entrega de éstos. Destaca el uso de material audiovisual en el 50% (4/8) de los estudios, donde los contenidos son transmitidos principalmente a través de videos elaborados especialmente para la intervención. Estos videos pueden tener un enfoque ya sea narrativo [14,15], o mayoritariamente ilustrativo sobre conceptos relativos a los órganos afectados por el cáncer según sea el caso, información sobre los tratamientos, y manejo de efectos adversos de los tratamientos [19-21]. Adicionalmente al uso de videos se realizan entrevistas y/o entrega de material impreso, con el fin de contextualizar la situación clínica específica de cada paciente [14,15,19, 21]. Otras intervenciones optan por la entrega de material impreso en formato de tarjetas [16, 18], cuyo contenido es personalizado según el estado de salud del participante, y con información relevante de acuerdo con el objetivo del estudio. Se privilegia el formato de trabajo individual y personalizado, con sólo una de las intervenciones realizadas en formato de taller grupal según lo reportado [17]. En cuanto a los profesionales o roles de quienes imparten las intervenciones, predomina la participación de enfermeros/as [21, 22], con menor participación de trabajadores sociales [17], químicos farmacéuticos/as [17] y trabajadores de la salud comunitarios [18], y figuras tales como gestores/as de casos [14,15] o navegadores/as [16, 18].

Efectividad de las intervenciones

La efectividad de la intervención sólo fue reportada en aquellos ensayos clínicos que incluyeron grupo control [14,15,17,21]. Para aquellos estudios diseñados con medición pre y post intervención sin grupo control, se reporta la variación de la variable de interés o resultado esperado. Por su parte el único estudio con diseño cualitativo, se centra en informar la aceptabilidad y la experiencia de la intervención tanto por las usuarias como quienes practican la intervención [16]. En general los estudios que reportan aceptabilidad o conformidad de las intervenciones muestran alta satisfacción con la intervención y con el contenido de ésta [16,18, 19]. Además, suele haber correlación entre los niveles reportados de AS y otras variables, tales como uso de técnicas de autocuidado [21], conocimientos sobre la enfermedad [19], autoeficacia [17], o adherencia a tratamientos [17].

Los ensayos clínicos que cuentan con grupo control presentan resultados diversos. Mientras que Rust et al. [17] reporta ausencia de diferencias significativas entre ambos grupos luego de la intervención ($p=0,83$), Jibaja-Weiss et al. [15], observa que las pacientes intervenidas, contrario a la hipótesis del estudio, tendían a elegir realizarse mastectomías totales por sobre cirugías conservadoras, a pesar de tener un aumento significativo en conocimiento sobre la enfermedad y sus opciones de tratamiento. Además, reporta que el seguimiento muestra que ambos grupos se igualan al año tanto en conocimiento como en conflicto decisional. Por su parte, en el estudio de Wilson et al. [15], la cantidad de efectos adversos a la radioterapia fueron similares tanto entre grupos como entre pacientes con alta versus baja alfabetización. Al mismo tiempo, se observa que el promedio de uso de técnicas de autocuidado aumenta con el tiempo en todos los grupos, independiente del nivel de AS, excepto en el subgrupo de pacientes con baja AS pertenecientes al grupo control, en el que disminuye.

Los estudios de cohorte prospectiva también presentan resultados mixtos. El estudio de Kim et al. [19], consistente en una intervención audiovisual a través de CD-ROM destinada a asistir en la toma de decisiones de tratamiento, tuvo una alta aceptabilidad, con 2/3 de los pacientes siendo capaces de elegir un tratamiento al finalizar la intervención. Sin embargo, la mitad de estos pacientes recibió luego un tratamiento distinto al elegido por prescripción del equipo tratante. Además, reportó una correlación entre baja AS y bajo conocimiento sobre cáncer de próstata. Ulloa et al. [18], también informa una alta aceptabilidad de la intervención (tarjeta personalizada), y un aumento en el conocimiento de la enfermedad y el estado propio de salud de las pacientes participantes. En cuanto a Wang et al. [20], los resultados muestran un aumento en la comprensión de la terminología del cáncer de próstata, con una mejoría significativa en los pacientes con baja AS en la comprensión de la terminología relativa a la función sexual en comparación a los sujetos con alta AS. Por último, Zavala et al. [22], informa un aumento creciente en el autoreporte satisfactorio del antígeno prostático a lo largo del seguimiento de los participantes.

4. Discusión

El presente trabajo evalúa agrupa una serie de intervenciones realizadas en pacientes con cáncer con vistas a mejorar su alfabetización en salud. La gama de estudios que cumplieron con estos criterios, dan cuenta de similitudes y diferencias. Entre las similitudes destacan que en su totalidad han sido estudios realizados en Estados Unidos, y con un importante énfasis de incluir a grupos considerados vulnerables tales como latinos y afroamericanos. Esto concuerda con una de las ideas que fundamentan la relevancia del concepto de AS, que es la de mejorar los

resultados en salud de grupos de riesgo y de este modo subsanar inequidades sociosanitarias [1]. Entre las diferencias más sobresalientes se ubica la variabilidad tanto en el diseño metodológico, como en el contenido de las intervenciones y sus resultados.

Todos los estudios fueron diseñados para sujetos con el mismo diagnóstico oncológico, siendo estos, cáncer de mama o cáncer de próstata. Esto implica que las intervenciones 1) incluían información específica sobre ese tipo de cáncer, y 2) tomaban ciertos elementos ya sea en su formato o contenido que aluden a diversas actitudes de género presentes en el discurso social, con el fin de lograr cercanía y mejorar la aceptabilidad de la intervención. Así por ejemplo, Jibaja-Weiss et al. desarrollaron un formato audiovisual que emulaba una telenovela o “soap opera” [14,15], mientras que las recompensas para los pacientes que lograban los objetivos de autocuidado en el estudio dirigido por Wilson, incluían productos de cuidado masculino o entradas para eventos deportivos [21]. El hecho que las intervenciones abarcaran sujetos con un mismo tipo de tumor, también permitió enfocarse a aspectos específicos del manejo de estos cánceres, tales como el autoreporte de antígeno prostático [22] o el enrolamiento en estudios clínicos determinados [14]. La elección de estos tipos de cáncer es consistente tanto con las prevalencias respectivas y el aumento de la sobrevivencia de estos pacientes [23], como con las tendencias de priorización en investigación en cáncer [24]. Es de esperar que futuras investigaciones tengan como objetivo el diseñar intervenciones dirigidas a sujetos con otras neoplasias en las cuales la AS juega un rol crítico [25].

El hecho que ninguno de los artículos reportara una definición de cómo se entiende la AS en los estudios revisados, dificulta no sólo la operacionalización del constructo, sino su comprensión como concepto diferenciado de aquellas variables de interés con las que se asocia. De este modo, surge la genuina pregunta de si acaso la AS es realmente un objeto de estudio como tal, o si es más bien un epifenómeno de ciertas situaciones que se producen en el ámbito de la salud. En esta línea, la dificultad para aislar teóricamente el concepto y el consenso respecto de su definición ha sido una constante fuente de debate entre los especialistas en el tema [24]. Esta dificultad es aún mayor si se toma en cuenta la multidimensionalidad del concepto, su aparición relativamente reciente en el campo científico, y la variedad de instrumentos que se han desarrollado a la fecha, con énfasis en sus diversos aspectos, según la definición a la base de cada herramienta [3,7,27-28]. Consensuar esta conceptualización es de vital importancia para el diseño y reporte de efectividad de intervenciones para promover la AS, tal como ha sucedido en el desarrollo de otros constructos como el empoderamiento en salud [29].

En esta misma línea, se observa que la totalidad de los estudios, no buscaban como resultado outcome primario el mejoramiento de la AS, sino alguna conducta en salud específica o el aumento de conocimientos relativos al diagnóstico oncológico. De estos trabajos se desprende que la AS es una variable que se correlaciona con comportamientos observables, o desenlaces medibles, más que un fin en sí mismo. Esto es crucial desde la perspectiva de la investigación, ya que constituye un elemento clave para evaluar efectividad de las intervenciones realizadas. En los estudios revisados en el presente trabajo, se observa que la lógica de las intervenciones realizadas es consistente con el marco conceptual de Echeverri et al. [9]. Las intervenciones desarrolladas apuntaban primordialmente a mejorar ya sea los conocimientos sobre la enfermedad y los tratamientos respectivos [14, 15, 18, 19, 20]], así como el autoconocimiento de la propia condición de salud [18, 21, 22] con miras a efectuar acciones relativas a toma de decisiones sobre tratamientos [14, 15, 19], generar adherencia y prácticas de autocuidado [17, 18], y participación en investigación [16]. Sin embargo, la pobre conceptualización del constructo

y el uso de instrumentos cuestionados para medir la AS [30] es problemático ya que hacen surgir la pregunta de qué se entiende por AS y más importante aún, modificarla de forma efectiva.

En efecto, es importante definir claramente si la efectividad de la intervención estará dada por los cambios observables en el resultado outcome primario de interés (outcome); o si una intervención que produzca resultados distintos a los esperados *al tiempo que* aumenta elementos considerados parte de la AS en las mediciones realizadas, se considerará efectiva o no. El estudio realizado por Jibaja-Weiss et al [15] es ilustrativo de este dilema: las pacientes aumentaron sus conocimientos sobre el cáncer de mama según lo esperado, pero sus actitudes sobre el tratamiento de elección cambiaron de modo contrario a la hipótesis, optando más por hacerse un tratamiento distinto al esperado. El estudio llevado a cabo por estos autores revela por lo tanto la complejidad de la AS y su multidimensionalidad, donde las conductas en cuanto a tratamientos asociadas a mayor AS no necesariamente se derivan de forma lineal de manejar más información sobre el cáncer. De este modo, se observa que las conductas relacionadas a AS están determinadas por múltiples componentes donde el manejo de información o poseer conocimientos sobre la condición de salud no es sinónimo de tomar decisiones basadas en evidencia científica.

La pobreza conceptual con que los artículos abordaron la noción de AS en los estudios incluidos fue el mayor hallazgo de este trabajo y al mismo tiempo su mayor dificultad. Al agrupar los estudios y sus características, si bien los estudios incluidos cumplían con los criterios de inclusión de reportar explícitamente AS como resultado, finalmente la revisión en detalle de los artículos dio cuenta de que se trataban de estudios cuyo foco eran primariamente otros constructos que se ven afectados por la multidimensionalidad de la AS en sus dimensiones de conocimientos, actitudes, acciones y decisiones relativas a conductas en torno al cáncer [9]. Esto imposibilita la comparación entre los estudios, impidiendo extraer conclusiones respecto de qué estrategias son más efectivas para intervenir grupos vulnerables con baja AS.

A pesar de que no se encontraron revisiones similares en la asociación entre AS e intervenciones para pacientes oncológicos, el presente trabajo se condice con revisiones de AS y otras condiciones de salud [5, 31-35]. En general existe consenso en la necesidad de mejorar la calidad metodológica de los diseños, y el reporte de resultados de las intervenciones, sobre todo a largo plazo, para poder encontrar asociaciones más robustas entre AS y resultados en salud, recalcando el desarrollo de intervenciones para grupos vulnerables y su participación en los estudios. El trabajo de Brainard et al. [5], específicamente orientado a la calidad metodológica de ensayos clínicos en AS, destacan la importancia de enfocar las intervenciones a outcomes centrados en el paciente, con vistas al desarrollo de evidencia de calidad, con implicancias clínicas significativas. Por su parte, la revisión conducida por Geboers et al. [32], centrado en AS y adherencia en adultos mayores, subrayan la variabilidad de las intervenciones y su calidad, lo que impide concluir sobre el tipo de intervención más efectiva en este tema. Sheridan et al. [34], sugieren que a pesar de que ciertas intervenciones para personas con baja AS han mostrado efectividad, es importante continuar desarrollando nuevos formatos y pilotando intervenciones que combinen distintos elementos que puedan adaptarse tanto a los grupos a los que se dirigen, como a la condición de salud y sus consecuencias que se busca mitigar. Sus conclusiones concuerdan con los resultados de la presente revisión en cuanto a la correlación entre nivel educacional y nivel AS en los participantes de los estudios. Ciertamente, aquellos sujetos con menor nivel educacional y baja AS son quienes pueden verse mayormente beneficiados de intervenciones orientadas a mejorar la AS, pero esto exige el uso de estrategias específicas que

privilegien uso de animaciones, videos u otros dispositivos que no requieran de niveles avanzados de lectoescritura [9]. Sin embargo, a pesar de las dificultades tanto metodológicas como teóricas, los autores coinciden en que la AS es un campo promisorio de investigación y desarrollo, con un impacto potencial en los pacientes y los servicios de salud que amerita mayor estudio.

Una de las fortalezas de la presente revisión, es que, bajo nuestro conocimiento, esta es la primera revisión realizada en este tema en idioma español, lo que da cuenta de la novedad del tema y su difusión en nuestro idioma. Esta es una revisión estructurada de la literatura, por lo que se siguieron los pasos propuestos por PRISMA para asegurar la calidad del proceso de trabajo. Aunque los artículos incluidos fueron publicados en revistas con proceso de revisión de pares, y los estudios fueron aprobados por comités de ética científica para la protección de los participantes, una limitación es que no se completaron todos los pasos de revisión de la calidad metodológica de cada estudio, establecidos en la lista de verificación de PRISMA.

Esta revisión podría orientar a equipos de salud en oncología para el desarrollo y puesta en práctica de intervenciones en los distintos niveles de los servicios de salud que promuevan aumentar la AS, elemento que podría considerarse una buena práctica clínica que incluye no solo que las personas conozcan y comprendan más de su enfermedad y opciones de tratamiento, pero que también respete la autonomía y dignidad de los pacientes [37]. De acuerdo con los resultados, es factible sugerir que futuras investigaciones en el tema debiesen orientarse a fortalecer el vínculo entre la comprensión teórica de la AS, su medición y operacionalización, y el diseño de estudios metodológicamente rigurosos. Además, resulta oportuno proponer que la aceptabilidad de la intervención sea un resultado que se reporte de forma estandarizada en todos los estudios, tanto por parte de los pacientes participantes como de quienes entregan la intervención [33]. Por último, es de esperar que pronto se cuente con evidencia proveniente de otros países y realidades culturales, así como el desarrollo de intervenciones y protocolos que incluyan otros tipos de cáncer, y en distintas fases de este (por ejemplo, cáncer avanzado, o en etapa de remisión/ seguimiento).

5. Conclusión

La promoción de la AS en pacientes con cáncer es una estrategia necesaria para la entrega de cuidados de calidad y centrados en el paciente. El estado actual de la investigación en el tema da cuenta de un área de estudio incipiente y centrado mayoritariamente en los Estados Unidos y en cáncer de mama o próstata. A pesar de esto, la investigación realizada es heterogénea en cuanto al diseño metodológico, y al rol que se le otorga a la AS en la intervención. La evidencia a la fecha en intervenciones orientadas a intervenir AS en pacientes con cáncer se centra en otros constructos, dejando la AS como un fenómeno difícil de delimitar conceptual y clínicamente.

Sin embargo, es posible extraer que elementos comunes a las intervenciones son: 1) la combinación entre interacciones presenciales con profesionales de la salud y el uso de tecnologías o dispositivos multimedia, 2) el énfasis por identificar sujetos y grupos vulnerables y con baja AS y 3) la noción de que la AS no opera aislada, sino que se asocia directamente con niveles de educación, comportamientos y factores que influyen decisiones sobre la propia salud.

En esta línea, el primer paso para el desarrollo exitoso de la investigación en AS en oncología, es la conceptualización rigurosa y consensuada de la AS, así como su delimitación y relación con otros factores clínicos y psicosociales que inciden en la participación y bienestar de la persona que se encuentra en tratamiento por un cáncer. El avance en la investigación en el área permitirá a su vez perfeccionar el diseño de intervenciones efectivas, ajustar el formato y elegir instrumentos adecuados para la medición del impacto de intervenciones dirigidas a mejorar el impacto de AS en la prevención, diagnóstico y tratamiento de cáncer de acuerdo con las características propias de cada grupo de pacientes.

Conflictos de interés:

Ninguna de las autoras cuenta con conflictos de interés en la realización del presente trabajo. La fuente de financiamiento se encuentra detallada al inicio del presente trabajo.

Contribución de las autoras:

Completado en el formulario correspondiente en la plataforma de la revista.

Agradecimientos:

Agradecemos a Gloria Rojas por su asesoría en su calidad de bibliotecóloga en la construcción de la estrategia de búsqueda.

Agradecemos además a los revisores anónimos por su acuciosa revisión que permitió mejorar significativamente la calidad del artículo.

Referencias bibliográficas

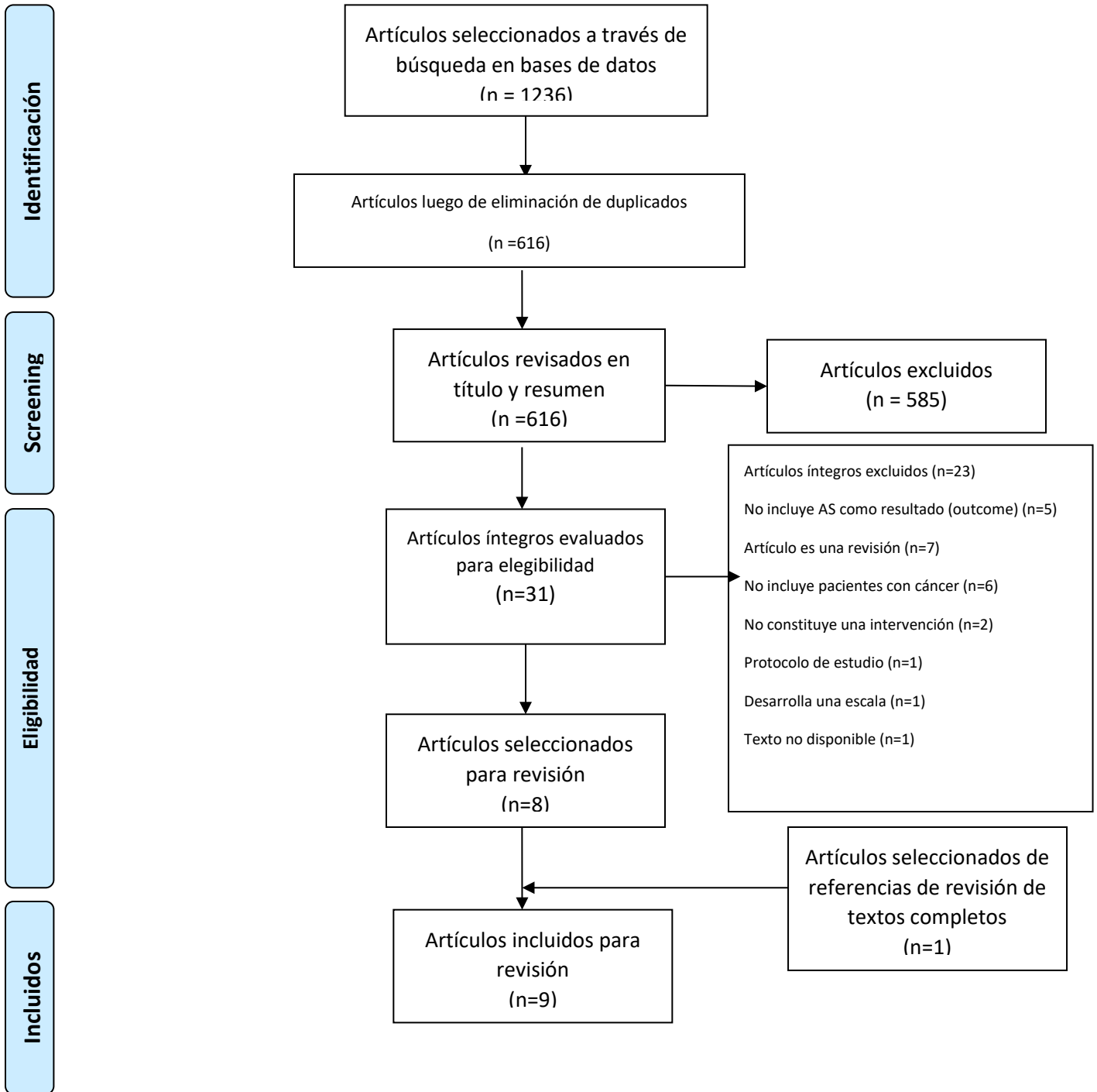
1. World Health Organization. Track 2: Health Promotion and Health Behaviour [<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>] Acceso 3 de Julio 2017
2. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, & Tsouros AD. (Eds.). (2013) Health literacy: the solid facts. Europe: World Health Organization [http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.] Acceso el 21 de Octubre de 2018.
3. Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A (2012) The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. BMC Public Health; 14:130. doi: 10.1186/1471-2458-12-130.

4. Nutbeam D, McGill B, Premkumar P (2018) Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Promot Int* 33: 901-11. doi: 10.1093/heapro/dax015..
5. Brainard J, Wilsher S, Salter C, Loke Y (2016) Methodological review: quality of randomized controlled trials in health literacy. *BMC Health Services Res* 16:246. doi: 10.1186/s12913-016-1479-2
6. Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, Batterham R, Elsworth G, McPhee C et al (2015) Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* 15:678. Doi: 10.1186/s12889-015-2056-z.
7. Bustamante C, Alcayaga C, Campos S, Urrutia M, Lange I (2008) Literacidad en salud para personas con condiciones de salud crónicas. *Horizonte*. 19:97-103.
8. Koay K, Schofield P, & Jefford M (2012) Importance of health literacy in oncology. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology* 8(1) 14-23. Doi: 10.1111/j.1743-7563.2012.01522.x.
9. Echeverri M, Anderson D, Nápoles A, Haas J, Johnson M, Serrano F. Cancer Health Literacy and Willingness to Participate in Cancer Research and Donate Bio-Specimens. *International journal of environmental research and public health*. 2018 Sep 24;15(10):2091.
10. Ferrari R. Writing narrative style literature reviews. *Medical Writing*. 2015 Dec 1;24(4):230-5.
11. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Ann Intern Med* 151: 264-9. doi: 10.7326/0003-4819-151-4-200908180-0013
12. Khan KS, Ter Riet G, Glanville J, Sowden AJ, Kleijnen J (2008) Undertaking systematic reviews of research on effectiveness: CRD's guidance for carrying out or commissioning reviews No. 4 (2nd Ed). York: NHS Centre for Reviews and Dissemination
13. Davis TC, Williams MV, Marin E, Parker RM, Glass J (2002) Health literacy and cancer communication. *CA Cancer J Clin* 52:134-49. doi: 10.3322/canjclin.52.3.134.
14. Jibaja-Weiss ML, Volk RJ, Friedman LC, Granchi TS, Neff NE, Spann SJ, et al (2006) Preliminary testing of a just-in-time, user-defined values clarification exercise to aid lower literate women in making informed breast cancer treatment decisions. *Health Expect* 9: 218-31. doi: 10.1111/j.1369-7625.2006.00386.x
15. Jibaja-Weiss ML, Volk RJ, Granchi TS, Neff NE, Robinson EK, Spann SJ, et al (2011) Entertainment education for breast cancer surgery decisions: A randomized trial among patients with low health literacy. *Patient Educ Couns* 84: 41-8. doi: 10.1016/j.pec.2010.06.009
16. Nickell A, Burke NJ, Cohen E, Caprio M, Joseph G (2014) Educating low-SES and LEP survivors about breast cancer research: pilot test of the health research engagement intervention. *J Cancer Educ* 29:746-52. doi: 10.1007/s13187-014-0650-x.
17. Rust CF, Davis C, & Moore MR (2015) Medication adherence skills training for African-American breast cancer survivors: the effects on health literacy, medication adherence, and self-efficacy. *Soc Work Health Care* 54: 33-46. doi: 10.1080/00981389.2014.964447.
18. Ulloa JG, Hemmelgarn M, Viveros L, Odele P, Feldman NR, Ganz PA, Maggard-Gibbons M (2015) Improving breast cancer survivors' knowledge using a patient-centered intervention. *Surgery (United States)* cv 158: 669-75. doi: 10.1016/j.surg.2015.03.056.

19. Kim S, Knight S, Tomori C, Colella K, Schoor R, Shih L et al (2001) Health literacy and shared decision making for prostate cancer patients with low socioeconomic status. *Cancer Invest* 19:684-91. doi:10.1081/CNV-100106143.
20. Wang D, Jani A, Sesay M, Tai C, Lee D, Echt K et al (2014) Video-based educational tool improves patient comprehension of common prostate health terminology. *Cancer* 121:733-40. doi: 10.1002/cncr.29101.
21. Wilson F, Mood D, Nordstrom C, Risk J (2010) The effect of low literacy on the self-care behaviors of men receiving radiation therapy. *Nursing Science Quarterly* 23(4):326-333. Doi:10.1177/0894318410380254.
22. Zavala M, Yule A, Kwan L, Lambrechts S, Maliski S, Litwin M (2016) Accuracy of PSA Self-reports among low-income men with prostate cancer after a public health nursing intervention. *Public Health Nurs* 33:511-8. Doi:10.1111/phn.12270..
23. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E (2010) *Cancer Statistics, 2010*. CA: A Cancer J Clin 60:277-300. doi: 10.3322/caac.20073.
24. Carter A, Nguyen C (2018) A comparison of cancer burden and research spending reveals discrepancies in the distribution of research funding. *BMC Public Health*. 2012;12(1): 526. doi.org/10.1186/1471-2458-12-526
25. Megwalu UC (2017) Health Literacy in Patients With Head and Neck Cancer: An Understudied Issue. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 143(7):645–646. doi:10.1001/jamaoto.2017.0242
26. Baker DW (2006) The Meaning and the Measure of Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine* 21: 878–883
27. Haun JN, Valerio MA, McCormack LA, Sørensen K, & Paasche-Orlow MK (2014) Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments. *Journal of Health Communication* 19(sup2):302-333. doi: 10.1080/10810730.2014.936571.
28. Pleasant A, McKinney J, & Rikard RV (2011) Health literacy measurement: a proposed research agenda. *Journal of health communication* 16(sup3):11-21. doi: 10.1080/10810730.2011.604392.
29. Bravo P, Edwards A, Barr P, Scholl I, Elwyn G, McAllister M (2015) Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study. *Bmc Health Services Research* 15:1-14. Doi: 10.1186/s12913-015-0907-z.
30. Dumenci L, Matsuyama RK, Kuhn L, Perera RA, Siminoff LA. On the validity of the shortened rapid estimate of adult literacy in medicine (REALM) scale as a measure of health literacy. *Communication methods and measures*. 2013 Apr 1;7(2):134-43.
31. Loke YK, Hinz I, Wang X, Salter C (2012) Systematic review of consistency between adherence to cardiovascular or diabetes medication and health literacy in older adults. *Ann Pharmacother* 46: 863-72. doi: 10.1345/aph.1Q718.
32. Geboers B, Brainard JS, Loke YK, Jansen CJ, Salter C, Reijneveld SA, & de Winter AF (2015) The association of health literacy with adherence in older adults, and its role in interventions: A systematic meta-review. *BMC Public Health* 15: 903. doi:10.1186/s12889-015-2251-y.
33. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, Viswanathan M (2011) Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. *Evidence Report/Technology Assessment No. 199*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality

34. Sheridan SL, Halpern DJ, Viera AJ, Berkman ND, Donahue KE, Crotty K (2011) Interventions for individuals with low health literacy: A systematic review. *J Health Commu* 16(sup3):30-54. doi: 10.1080/10810730.2011.604391.
35. Manafo E, Wong S (2012) Health literacy programs for older adults: a systematic literature review. *Health Educ Res* 27:947–60. Doi:/10.1093/her/cys067.
36. Sekhon M, Cartwright M, Francis J (2017) Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC health services research*. 17: 88. Doi: 10.1186/s12913-017-2031-8-18.
37. Sørensen K, Schuh B, Stapleton G, Schröder-Bäck P (2013) Exploring the ethical scope of health literacy – A critical literature review. *Albanian Med J* 2:71-83.doi: 10.1186/1471-2458-12-80.

Figura 1. Flujograma del proceso de revisión de artículos



| Artículo | tipo de estudio | país del estudio | muestra | Resultado o variable de interés (outcomes) | medición de la AS y otros instrumentos utilizados | características de la intervención | Resultados obtenidos |
|-----------------------------|---|------------------|--|---|--|---|--|
| Jibaja-Weiss ML (2006) [14] | ensayo clínico randomizado. Sólo se informa grupo intervenido | EEUU | 51 mujeres con cáncer de mama recientemente diagnosticadas. Mayoría origen latino o afroamericano. | toma de decisiones relativa a cirugía de mama | 1) Decisional Conflict Scale (Low Literacy version). | (CPtDA): Computerized Patient Decision Aid. Edutainment (A Patchwork of Life: A Woman's Story for Making Breast Cancer Treatment Decisions). Video con estructura narrativa de telenovela y módulos de aprendizaje interactivo. Paciente ve el video luego de consulta médica y recibe folleto personalizado. | Hay disminución significativa en Incertidumbre y Valores personales luego de la intervención |

| | | | | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|------|---|---|---|---|---|
| Jibaja-Weiss ML (2011) [15] | ensayo clínico randomizado | EEUU | 100 mujeres con cáncer de mama recientemente diagnosticadas. Mayoría origen latino o afroamericano. | toma de decisiones relativa a cirugía de mama | 1) Decisional Conflict Scale (Low Literacy version). 2) Breast Cancer Knowledge Questionnaire. 3) Satisfaction with Decision Scale. 4) Satisfaction with the Decision-Making Process Questionnaire. 5) Satisfaction with Program Questionnaire. | (CPtDA): Computerized Patient Decision Aid. Edutainment (A Patchwork of Life: A Woman's Story for Making Breast Cancer Treatment Decisions). Video con estructura narrativa de telenovela y módulos de aprendizaje interactivo. Paciente ve el video luego de consulta médica recibe y folleto personalizado. | Resultado inesperado: grupo intervenido elige más realizarse mastectomía radical modificada. Hay diferencia significativa entre grupos en conocimientos sobre la enfermedad, pero se igualan al año. No hay diferencia significativa entre grupos en satisfacción con decisión. El conflicto decisional disminuye con el tiempo, igualándose ambos grupos al año. |
| Kim SP (2001) [19] | cohorte prospectiva | EEUU | 30 pacientes con cáncer de próstata recientemente diagnosticados. Mitad afroamericanos. | toma de decisiones compartida relativas a tratamientos para cáncer de próstata. | 1) Prostate Cancer Knowledge Questionnaire (PCKQ) 2) Rapid Estimate of Adult Literacy | CD ROM con programa de toma de decisiones compartida. Incluye videos, imágenes e información | Más de 75% de los pacientes puntuaron el programa como muy satisfactorio. La AS de los pacientes se correlaciona con |

| | | | | | | | |
|-----------------------|--|------|---|--|-------------------------|---|---|
| | | | | | in Medicine (REALM) | personalizada de la enfermedad. Seguimiento para chequear elección de tratamiento y tratamiento realizado. | su nivel de conocimientos sobre el cáncer de próstata. 2/3 de los pacientes eligieron una opción de tratamiento. Sin embargo 1/3 recibió un tratamiento distinto al que había preferido luego de la intervención. |
| Nickell A (2014) [16] | investigación participativa y pilotaje de intervención | EEUU | 12 pacientes sobrevivientes de cáncer de mama de diversa etnicidad, 4 navegadoras de estudios clínicos. | promover el acceso a la participación en estudios clínicos | no se mide directamente | HREI: health research engagement intervention. Intervención impartida por personal navegador con cinco componentes: (1) explicación sobre la investigación en salud y su valor; (2) una tarjeta con recursos de investigación en salud, que contiene un | el total de mujeres que respondieron al seguimiento (n=11), manifestaron aceptabilidad de la intervención y de la navegadora de pacientes. |

| | | | | | | | |
|---------------------|-----------------------------------|------|--|--|---|---|---|
| | | | | | | listado de servicios con información disponible; (3) cuestionario breve sobre la historia clínica para identificar estudios apropiados; (4) listado personalizado con estudios apropiados; (5) comentarios sobre los estudios. | |
| Rust CF (2015) [17] | ensayo clínico randomizado piloto | EEUU | 48 pacientes sobrevivientes cáncer de mama afroamericanas. | mejoramiento de la adherencia a tratamientos médicos | 1) Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS) 2) Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) 3) preguntas de creación propia para medir AS | MST: The Medication Adherence Skills Training. Taller grupal de dos horas impartido por profesionales de química y farmacia y trabajo social. El contenido del taller incluye información sobre uso correcto de medicamentos, habilidades | Existe correlación significativa entre AS, autoeficacia y adherencia a tratamientos. No hay diferencias significativas entre ambos grupos luego de la intervención. |

| | | | | | | | |
|----------------------|---------------------|------|--|--|--|--|---|
| | | | | | | comunicacionales y superación de barreras para la adherencia farmacológica. | |
| Ulloa JG (2015) [18] | cohorte prospectiva | EEUU | 130 mujeres con cáncer de mama. Mayoría latinas. | 1) aumento del conocimiento sobre la propia salud. 2) mejoramiento de la adherencia a tratamientos médicos 3) adopción de prácticas de autocuidado | Single Item Literacy Screener. Evaluación pre-post. Se evaluó satisfacción con la intervención, comprensibilidad del material y comunicación con el equipo tratante. | Paciente recibe una tarjeta que contiene información sobre la etapa del tumor, status nodal y tratamientos recibidos. es completada por la coordinadora del estudio, junto con la entrega de recomendaciones de vida saludable y seguimiento (5 minutos). Luego la información es revisada individualmente con la paciente por un/a profesional navegador/a o trabajador de la salud de la | El conocimiento sobre la enfermedad (estadío, tratamientos recibidos, status nodal, recomendaciones de seguimiento y estilos de vida saludables) aumentó significativamente. El formato de tarjeta para la billetera tuvo alta aceptabilidad (93%). |

| | | | | | | | |
|---------------------|---------------------|------|---|---|--|--|--|
| | | | | | | comunidad (10-15 minutos). | |
| Wang DS (2015) [20] | cohorte prospectiva | EEUU | 56 hombres adultos con un 10% de hombres diagnosticados con cáncer de próstata. Mayoría afroamericanos. | manejo de terminología específica del aparato genitourinario y cáncer de próstata | 1) Cuestionario de Kilbridge 2) Schwartz-Woloshin test de numeracidad. 3) Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) | PCLA: Prostate Cancer Literacy Application. Herramienta audiovisual educativa (video). Contenido ilustra términos médicos en un contexto clínico. Cada término se ilustra en animaciones tridimensionales, con algunos explicados en mayor detalle en dos dimensiones. Se evitó el uso de jerga médica. Los videos tienen una duración de 16 minutos y abarcan los | Hubo aumento significativo de la comprensión de la terminología médica en 13 de los 32 términos, y en la identificación y localización de órganos del aparato genitourinario. Los pacientes con baja literacidad tuvieron un mayor aumento en la comprensión de terminología relativa a funciones sexuales que los sujetos con alta literacidad, sin embargo no tuvieron diferencias |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | | <p>dominios urinarios, sexual e intestinal. Luego de cada video el paciente evalúa su comprensión de los contenidos.</p> | <p>significativas en la comprensión de términos urinarios e intestinales.</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | | | |
|-----------------------|--|------|---|--------------------------------------|--|--|---|
| Wilson FL (2010) [21] | ensayo clínico randomizado de tres brazos. | EEUU | 70 pacientes con cáncer de próstata con indicación de radioterapia. Mayoría afroamericanos. | adopción de prácticas de autocuidado | <p>1) Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)</p> <p>2) Side-Effect Interview (SEI)</p> <p>3) Mood's Self-Care Management Techniques Checklist.</p> | <p>Grupo 1: brazo intervención educativa con tres videos y material impreso: Pacientes ven antes del inicio de tratamiento un primer video sobre introducción al tratamiento de radioterapia. Contenido incluye el proceso de planificación y tratamiento, roles del personal, funcionamiento de las máquinas de radioterapia y del tratamiento, y efectos de la radioterapia en el estilo de vida. El segundo video se muestra a la tercera semana de tratamiento y trata sobre efectos adversos y medidas de</p> | <p>Los hombres con baja literacidad aumentaron sus cuidados en los grupos intervenidos. Los efectos adversos fueron similares en los tres grupos. Hubo un aumento de uso de técnicas de autocuidado con el tiempo, pero no se encontraron diferencias significativas entre grupos. El uso de técnicas de autocuidado tuvo diferencias significativas entre pacientes con alta y baja literacidad.</p> |
|-----------------------|--|------|---|--------------------------------------|--|--|---|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | <p>autocuidado. El tercer y último video se muestra al finalizar el tratamiento y aborda reacciones emocionales y modos de afrontamiento a efectos físicos y emocionales posteriores al tratamiento, así como información sobre recursos en la comunidad.</p> <p>Grupo 2: brazo intervención educativa más acuerdo (contrato) sobre conductas de autocuidado. Esta estrategia se implementa a través de un contrato realizado entre el/la enfermero/a del estudio y el paciente según</p> | |
|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>objetivos definidos en conjunto en el contexto del tratamiento. Esta técnica ayuda a los pacientes a identificar conductas de autocuidado en cuanto a efectos adversos físicos, emocionales y sociales del tratamiento. Se establece un plan de cuidado firmado por ambos. Se entregan recompensas (productos de cuidado básico, etc.) al cumplir los objetivos. Grupo 3: cuidado estándar.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|-----------------------|---------------------|------|--|--|--|--|--|
| Zavala MW (2016) [22] | cohorte prospectiva | EEUU | 114 hombres indigentes en tratamiento por cáncer de próstata. Mayoría latinos. | aumento del conocimiento sobre la propia salud | autoreporte de antígeno prostático (PSA) | Entrevista inicial en que se recoge historia clínica y psicosocial, incluyendo valores de PSA. Se realiza educación sobre cáncer de próstata, asistencia en coordinación de cuidado e identificación de necesidades y recursos disponibles. Se mantienen contactos de rutina donde se refuerza educación sobre PSA, se evalúan síntomas y se realiza seguimiento de la adherencia a controles médicos. | Hubo una tendencia creciente en el reporte correcto del antígeno prostático en el tiempo (18 meses). La diferencia fue significativa entre pacientes recibiendo tratamiento en centros privados versus públicos. |
|-----------------------|---------------------|------|--|--|--|--|--|

sigla: AS:
Alfabetización
en salud

