

Desarrollo de conductas protectoras para el control del cáncer con metodologías por etapas: una evaluación de eficacia

Development of protective behaviors for cancer control with methodologies by stages: evaluation of effectiveness

Teresa Romero Pérez¹, Jorge A. Grau Abalo², Carlos Gómez Suárez², Olga Infante Pedreira⁴, Margarita Chacón Roger², Lucrecia Asén Michelena³, María del Carmen Llantá Abreu², Matilde de la C. Molina Cintra⁴, Rolando Camacho Rodríguez² y Ricardo Grau Abalo⁴

RESUMEN

El presente artículo describe una intervención comunitaria con diseño cuasiexperimental cuyo propósito fue evaluar la eficacia de procedimientos educativos no tradicionales, centrados en metodologías por etapas y elaboración individual de procesos de autorregulación para desarrollar conductas protectoras de salud en el control del cáncer. Se trabajó con 12 subgrupos de sujetos adultos de dos centros de trabajo, en quienes se fomentaron cambios en autocuidado de la salud, control del tabaquismo y control del estrés. Dos grupos recibieron sendos procedimientos de intervención y el restante fue un grupo control. La evaluación pre y postintervención se realizó con instrumentos que registraban indicadores de eficacia globales y específicos en cambios de estilos de vida. Los mejores resultados se obtuvieron con las metodologías PAP/PRISA-NO, las que se han generalizado como procederes de trabajo del Programa Nacional de Educación en Cáncer.

Palabras clave: Promoción y prevención; Control de cáncer; Educación para la salud.

ABSTRACT

This paper describes a community intervention using a quasi-experimental design which had as its goal to evaluate the efficacy of non-traditional educational procedures, centered on methodologies by stages and the individual elaboration of self-regulatory processes to develop protective health behaviors in cancer control. Twelve sub-groups of adult subjects from two working centers were used, in whom changes in self-care, tobacco consumption, and stress control were fostered. Two groups were exposed to these procedures, and the rest served as control group. The pre-and post-intervention evaluation was carried out with instruments that registered global and specific efficacy indicators in life-style changes. The best results were obtained with the PAP/PRISA-NO methodologies, which have been extended as standard working procedures of the Cuban National Program for Cancer Education.

Key words: Promotion and prevention; Cancer control; Education for health.

¹ Escuela Latinoamericana de Medicina, Carretera Panamericana km 3½, Municipio Playa, La Habana, tel. 537-8814337, correo electrónico: tromero@infomed.sld.cu. Artículo recibido el 13 de enero y aceptado el 16 de febrero de 2003.

² Hospital "Salvador Allende", Calzada del Cerro 1551, Municipio Cerro, Cuba, tel. 537-8776341-8776364.

³ Departamento de Psicología, Policlínico Docente "Plaza de la Revolución", Ermita y San Pedro, La Habana 4, Cuba, tel. 537-8814903 y 8814702, fax 537-335325, correo electrónico: olgaip@infomed.sld.cu

⁴ Facultad de Ciencias Físico-Matemáticas, Universidad Central de Las Villas, Carretera de Camajuani km. 10, Santa Clara, Cuba, tel. 5342 281515.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es la segunda causa de defunción en la mayor parte de los países desarrollados, y más de la mitad de los casos se presenta en la población de los países en vías de desarrollo. El análisis de sus tendencias actuales muestra que, a menos que se tomen medidas rigurosas de control, se convertirá en la causa principal de defunción en muchos países a comienzos del siglo XXI, con un volumen de 300 millones de casos nuevos y 200 millones de defunciones en un plazo de 25 años (Ministerio de Salud Pública de Cuba [MINSAP], 1992, 1996a). La política recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para controlar esta enfermedad ha sido la de establecer programas nacionales (MINSAP, 1996b; OMS, 2002). Entre las medidas preventivas, la OMS (2002) recomienda educar a la población sobre los riesgos de cáncer y promover modificaciones en los estilos de vida que lo propician.

Los antecedentes del actual Programa Nacional de Control de Cáncer (PNCC) cubano datan de hace muchos años. Este programa agrupa actividades de prevención (acciones antitabaco, dieta, baños de sol, riesgos laborales, alcohol, infecciones como hepatitis B y papiloma del virus humano), actividades de diagnóstico precoz (cáncer-cérvico uterino, de mama y bucal), de tratamiento (protocolos de oncopediatria, programas terapéuticos y de atención al dolor y cuidados paliativos) y rehabilitación, además de actividades de investigación y docencia (MINSAP, 1996b).

A pesar de todos los esfuerzos que se han venido desarrollando, aún no se ha logrado el impacto deseado en la reducción de la incidencia y mortalidad del cáncer, por lo que se ha hecho evidente la necesidad de reforzar las acciones hacia nuevos horizontes educativos *con un enfoque psicosocial* (ALICC, 1997; Andersen, 1996; Beaglehale, Bonita y Kjellatiörn, 1990; Celentano, 1991; Middleton, 1996; Morrow y Belig, 1994, y otros). Estos cambios deben dar solución a las necesidades de formación y adiestramiento de los agentes de salud, quienes requerirán entrenamiento en el empleo de técnicas sencillas, eficaces y de extensa aplicación para movilizar a la comunidad (Costa y López, 1988; Grau y Guibert, 1997; Guibert y

Grau, 1997); es indispensable que se conozca no sólo lo que tiene que ser modificado, sino cómo propiciar la transformación.

Cualquier estrategia educativa relativa al cáncer debe centrarse en el desarrollo de conductas preventivas y promotoras. Se entiende por *conductas preventivas* el conjunto de acciones que las personas llevan a cabo para defenderse de enfermedades o de sus secuelas, y por *conductas promotoras* los comportamientos cuyo objeto es incrementar el nivel de bienestar y la autorrealización; en la práctica, ambos tipos de conducta están estrechamente asociados (Flórez, 1994; Friedman y DiMatteo, 1989; Grau y Guibert, 1997; McDill-Sexton, 1979).

Una educación para la salud efectiva no puede lograrse exclusivamente a partir de la transmisión de información, obviando el papel de los aspectos psicológicos inherentes a la comunicación y a la asimilación de mensajes de salud y los que se refieren a la formación de nuevas conductas y estilos de vida (Álvarez, 2002; Guibert y Grau, 1997); resulta necesario involucrar procesos que propicien la autorregulación y favorezcan el proceso de adopción de precauciones (Flórez, 1995, en prensa; Grau y Guibert, 1997). Por eso se insiste en que hay que buscar nuevas y más efectivas formas de transmitir mensajes de salud que desarrollen motivaciones y actitudes de autocuidado y que se concreten en conductas protectoras efectivas (Flórez, 1995, 1997b, en prensa; Grau y Guibert, 1997; Guibert y Grau, 1997; Romero, 1998).

Este propósito no podría lograrse sin el *autocontrol* o *autorregulación del comportamiento*, definido como “el manejo que el propio individuo realiza acerca de las circunstancias externas o internas, así como de las consecuencias asociadas a una determinada conducta, que determinan su motivación hacia dicha conducta y la probabilidad de que realice su ejecución” (Flórez, 1997a). Se entiende por “circunstancias externas” la disponibilidad de medios para realizar la conducta (tiempo, espacio, recursos), las condiciones favorables del medio ambiente físico y social y la programación de reforzamientos ambientales favorables al incremento o disminución de la conducta (elogios, premios, críticas). Entre las condiciones internas se incluyen la motivación “intrínseca” (no

generada directamente por otros), los conocimientos, las convicciones, las creencias de autoeficacia y las emociones asociadas a la conducta (Flórez, 1995, 1997a, en prensa; Grau y Guibert, 1997; Mahoney y Mahoney, 1995; Romero, 1998). De esta forma, si el individuo puede regular la influencia de las circunstancias externas y de las condiciones internas que llevan a una determinada conducta perjudicial para la salud, estará efectuando un autocontrol del comportamiento que fomenta la protección y la prevención.

Mahoney y Mahoney (1995) han propuesto el método conocido como SCIENCE, que enfatiza el carácter científico del autocontrol para lograr cambios medidos, progresivos y permanentes. Una adaptación del mismo fue hecha por Flórez (1997b) con las siglas PRISA-NO, que enfatizan el carácter gradual de esos cambios. Los pasos generales son, a saber:

P: Planteamiento del *problema* específico a resolver y de los *propósitos* específicos que la persona aspira a lograr como resultado.

R: Aspectos del comportamiento sobre los cuales la persona *recolecta* información mediante la autoobservación y el uso de registros apropiados, así como el registro de información acerca de las circunstancias externas o internas asociadas al comportamiento.

I: *Identificación* del patrón de comportamiento propio de la persona, entendido como una descripción que ella hace en sus propios términos del estado actual en relación con el comportamiento que someterá al cambio.

S: Lluvia de ideas sobre las *soluciones* posibles a los problemas identificados en su patrón de comportamiento, soluciones que se centran en la modificación de las circunstancias asociadas al mismo.

A: *Adopción* de una solución que resulte ser la más razonable entre las anteriores, comprometiéndose a hacer y no a ser, fijando límites a la ejecución deseada a partir de la actual, anticipándose como posible por la propia persona (expectativas de autoeficacia) y aproximándose sucesivamente hacia la modificación de las circunstancias más difíciles a partir de las más fáciles.

N: *Nivelación* que la persona efectúa sobre la evolución del comportamiento con el fin de tener datos objetivos que le indiquen esta evolución y la

pertinencia de la solución adoptada, si es posible cuantificando algún parámetro pertinente.

O: *Órdenes* de cambio que la persona efectúa sobre las decisiones de soluciones adoptadas según los resultados aportados por la nivelación (carácter autocorrectivo del programa de autocontrol en función de la retroalimentación dada en la ejecución)

El PRISA-NO se aplicó inicialmente en una empresa estatal colombiana para el autocontrol de comportamientos alimenticios, de ejercicio físico, de control de emociones y hábitos de tabaquismo o de consumo de alcohol (Flórez, 1997b). Se obtuvieron resultados favorables en muchas conductas protectoras, y se comprobó que los que modificaron establemente sus comportamientos eran quienes previamente habían elaborado un compromiso de autocontrol.

En la búsqueda de una mayor efectividad en la educación y promoción de salud que llevase hacia el autocontrol del comportamiento, se han generado varios modelos. Todos ellos hacen énfasis en las variables que determinan la probabilidad de una acción preventiva (A), siguiendo la fórmula general: $A = P + S + E - C$, donde P es la susceptibilidad o probabilidad de sufrir un daño, S la severidad del daño, E la efectividad de la precaución y C los costos de la precaución. Los llamados “modelos de creencias de salud” (desde los clásicos basados en la expectativa de beneficios y la vulnerabilidad percibida, hasta los modelos centrados en la autoeficacia, la teoría de la acción social y las normas subjetivas internas) recalcan una u otra variable determinante del cambio (Flórez, 1998); sin embargo, muchas personas se perciben a sí mismas en escaso peligro de caer en un mal hábito. Si los programas preventivos no incorporan etapas en las que el individuo identifique amplia y objetivamente su propia susceptibilidad, la percepción de severidad del daño no garantiza el paso a las etapas de acción. Por otra parte, los costos y beneficios del cambio son realmente multidimensionales en su manejo: el costo de evitar un factor de riesgo puede ser múltiple, mientras que los beneficios pueden quedarse en el plano de una ganancia “hipotética” (Flórez, 2000).

Ninguno de los modelos tradicionales hace hincapié en la *adopción de precauciones* o en el *cambio de conductas* como un proceso que transcurre

por etapas. Los modelos de etapas tratan de explicar cómo se adquiere el comportamiento saludable a través de una serie de fases, cuáles son las barreras a superar para proseguir de una a otra y qué acciones son necesarias para ello; además, facilitan la evaluación de la posición de entrada de una persona en relación con un determinado factor de riesgo, orientan hacia la secuenciación de las intervenciones (preventivas o terapéuticas) y facilitan la conformación de grupos de personas que deben recibir intervenciones similares. Son mucho más eficaces porque conceptúan la acción preventiva como un proceso que requiere acciones sucesivas correspondientes a objetivos diferentes e incrementan la probabilidad de llegar a la fase final. Los más conocidos son los siguientes: el modelo de adopción de precauciones (PAP), de Weinstein y sus colaboradores (Weinstein, 1988; Weinstein y Klein, 1996; Weinstein, Rothman y Sutton, 1998), y el modelo transteórico (MTT), elaborado en varios trabajos por Prochaska y DiClemente (DiClemente, Prochaska, Fairhurst y cols., 1991; Fava, Velicer y Prochaska, 1995; Prochaska y DiClemente, 1982; Prochaska y DiClemente, 1983; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1997; Prochaska y Velicer, 1997; Velicer, Hughes, Fava y Prochaska, 1995; Velicer, Prochaska, Bellis y cols., 1993).

El modelo PAP de Weinstein establece siete etapas en el proceso de cambio a partir de la información que tiene la persona sobre el comportamiento de riesgo-precaución, su implicación y decisión de iniciar y mantener conductas protectoras, y de las barreras que suelen establecerse en ese proceso. Así, en una primera etapa, la persona desconoce el comportamiento de riesgo-precaución y necesita información sobre éste. En una segunda etapa tiene esa información, pero no se ha involucrado en un plan de medidas. En la tercera etapa la persona se encuentra indecisa antes de empezar a actuar; quiere que se le ayude, pero aún no se ha decidido, y con frecuencia alude a ideas irracionales como mecanismos para minimizar su propio riesgo ("optimismo no realista", según Weinstein). Algunas personas llegan a una cuarta etapa cuando deciden no actuar; por alguna razón no desean adoptar la precaución (se levanta una barrera de percepción selectiva: tienden a fijar solamente lo que apoya su decisión y dejan de lado cualquier información contraria), lo cual requiere

de mucha información desconfirmatoria y, si fuese preciso, excluir temporalmente al individuo del proceso de cambio en el marco de un grupo de intervención. En una quinta etapa la persona se decide a actuar: ha tomado la decisión, pero por alguna razón no ha puesto en práctica la conducta protectora (se requiere impulsarla para que inicie la acción). La sexta etapa se refiere al inicio de la acción, y la séptima a su mantenimiento.

El PAP, elaborado originalmente en Estados Unidos por Weinstein, se ha instrumentado en numerosas investigaciones en Colombia: como metodología para la prevención de la violencia intrafamiliar (Flórez, Jiménez y Morales, 1998), para la prevención del alto riesgo en el embarazo de adolescentes (Moya y Nieves, 1998), para la prevención de la farmacodependencia en niños de edad escolar (Flórez, 1998) y para el cambio de distintos factores de riesgo en una localidad (Flórez, 1997a). A partir de los resultados de estas investigaciones, Flórez (2000) ha hecho un intento por descubrir los procesos psicológicos subyacentes a la adopción del comportamiento saludable en las etapas del PAP.

El modelo de Prochaska y DiClemente (MTT) se llama "transteórico" porque surge del análisis de 18 sistemas o teorías psicoterapéuticas aplicadas a la prevención y a la promoción de salud, y lleva a la conclusión de que el cambio ocurre a través de una serie de etapas más o menos fijas (que corresponden, en lo más general, a las etapas del PAP), por la acción de algunos procesos psicológicos que favorecen el aprendizaje y por el tránsito de una etapa a otra. Las etapas propuestas en el MTT son las de *precontemplación* (el individuo es inconsciente de que tiene problemas o no piensa seriamente en el cambio), *contemplación* (toma conciencia de que hay un problema; admite que algo no funciona bien y se preocupa por entenderlo en términos de sus causas y su cura), *preparación* (toma algunas decisiones e inicia ajustes conductuales para prepararse al cambio, con intenciones de llevarlo a cabo en un período próximo y haciendo un balance realista de todos los aspectos asociados a su conducta problemática), *acción* (modifica su conducta y las condiciones ambientales que la afectan, incrementando su autoestima y autoeficacia; ocurre cuando el individuo está motivado, se ha propuesto metas razonables

y se encuentra en posibilidad de manejar las contingencias situacionales conducentes al cambio), *mantenimiento* (el individuo trabaja para que permanezcan los logros y ganancias obtenidas durante la acción y para prevenir la recaída a un nivel anterior de funcionamiento), *recaída* (hay un impacto psicológico diferente al de la primera etapa: el individuo debe luchar contra la desesperanza, la culpabilidad y la frustración, y ver a aquélla como “grado”, más que como “todo o nada”) y *terminación* (se dejan de experimentar tentaciones por los factores de riesgo y el individuo no requiere de esfuerzos para evitar recaídas) (Green y Kreuter, 1991; Prochaska y DiClemente, 1982; Prochaska y Velicer, 1997; Prochaska y cols., 1997).

Los siguientes son los procesos de cambio propuestos en el MTT: *a)* incremento de la conciencia, *b)* autoreevaluación, *c)* reevaluación social, *d)* autoliberación, *e)* liberación social, *f)* condicionamiento, *g)* control de estímulos, *h)* manejo de contingencias, *i)* catarsis y *j)* relaciones de ayuda (Green y Kreuter, 1991; Prochaska y cols., 1997; Velicer y cols., 1995). Un análisis factorial de estos procesos de cambio, tomados de las diferentes corrientes psicoterapéuticas (DiClemente y cols., 1991), permitió clasificarlos en dos grandes tipos: procesos *experienciales*, que son pensamientos y emociones acerca de las consecuencias de no realizar el cambio conductual, entre los que se incluyen el incremento de la conciencia, la autoreevaluación, la catarsis, la reevaluación medioambiental y la liberación social, y procesos *conductuales*, que representan actividades más orientadas hacia el cambio, las cuales se realizan a medida que la persona avanza en el proceso de modificación de su conducta e incluyen las relaciones de ayuda, el control de estímulos, el manejo de contingencias, la autoliberación y el condicionamiento. Los procesos experienciales (motivacional-vivenciales) se usan más en las etapas iniciales del cambio, mientras que los procesos conductuales se emplean sobre todo en las etapas ulteriores.

Un constructo marcador importante trabajado en el MTT, entre otros, es el de *balance decisional*, considerado como un balance de los pros y contras para el cambio de comportamientos de riesgo y la incorporación de conductas preventivas. La asociación entre el balance decisional y las

etapas del MTT se ha demostrado en intervenciones dirigidas a dejar de fumar, dejar de consumir cocaína, controlar el peso, consumir menos grasas, disminuir el comportamiento delincuente en los adolescentes, tener sexo seguro y usar el condón, disminuir la exposición a rayos solares, controlar el gas radón en las residencias, practicar ejercicio físico, realizarse mamografías y pruebas médicas preventivas entre los fumadores. El cruzamiento de los pros de las conductas preventivas y los contras se produce en casi todos estos estudios en la etapa de contemplación, excepto para algunos, en que se produce en la fase de preparación (ejercicios físicos) o en la etapa misma de acción (exposición a rayos solares, consumo de alimentos ricos en grasas y obtención de mamografías) (Flórez, 1995).

El MTT ha mostrado ser útil en numerosas investigaciones con fumadores (cfr. Critenden, Manfredi, Lacey, Warnecke y Parsons, 1994; Dijkstra, Bakker y De Vries, 1997; Fava y cols., 1995; Flórez, 1999; Martin, Velicer y Fava, 1996; Pollak, 1991; Prochaska y DiClemente, 1983; Sanabria, Álvarez, Hurtado y Trujillo, 2000; Velicer y cols., 1993); Insenhart, y también Migneault, Pallonen y Velicer (cfr. Flórez, 1999) han trabajado con alcohólicos, y Clark, Rakowski, Eric y cols. (1998) y Prochaska (1994) en otras conductas de riesgo-protección.

Las metodologías por etapas, como el MTT y el PAP, proveen una herramienta práctica para incorporar a las personas de un grupo en un proceso gradual de cambios favorables en sus estilos de vida, tendientes a que reconozcan los factores de riesgo y a que adopten medidas preventivas. Estas metodologías se llevan a cabo generalmente a través de talleres grupales, diseñados y dirigidos por varios especialistas entrenados (psicólogos, médicos, pedagogos, enfermeras).

No se han tenido experiencias en Cuba con este tipo de intervenciones educativas en la lucha contra el cáncer. La transmisión de información relativa a esta enfermedad a la población ha sido insuficiente y limitada debido al impacto emocional que provoca. Por otra parte, una nueva educación sobre el cáncer debe implicar no sólo la formación de conocimientos en la población, la provisión de información adecuada y útil para el abordaje de la enfermedad y sus factores de riesgo; además, debe incluir la modificación de creencias,

actitudes y emociones que hagan posible el cambio de conductas y la formación de comportamientos activos de prevención y de protección de la salud a través de procesos de autocontrol personal científicamente diseñados y conducidos (Grau y Guibert, 1997; Guibert y Grau, 1997; Romero, 1998). Este propósito ha sido incorporado al Programa Nacional de Educación en Cáncer (PNEC), aprobado en 1999 como parte del Programa Nacional de Control de Cáncer (PNCC). Sin embargo, los investigadores del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología y de otras instituciones de salud cubanas han tratado desde 1997 de buscar respuestas a varias interrogantes con relación a la eficacia de tales metodologías para cambiar estilos de vida en el control del cáncer. Bajo la hipótesis de que la estrategia educativa basada en procesos de autorregulación personal a lo largo de un proceso de cambios por etapas propicia resultados más favorables en la modificación de estilos de vida y conductas asociadas al riesgo de cáncer que la intervención educativa centrada en la transmisión de información y la información espontánea recibida, el presente trabajo pretendió evaluar la eficacia de procedimientos educativos no tradicionales, centrados en la elaboración individual de procesos de autorregulación y métodos por etapas, para desarrollar conductas promotoras y preventivas en la lucha contra esa enfermedad.

MÉTODO

Diseño y sujetos

El diseño fue de tipo cuasiexperimental, con la modalidad de intervención comunitaria. Se trabajó con un total de 12 subgrupos de sujetos supuestamente sanos procedentes de dos centros de trabajo de la ciudad de La Habana: la revista *Bohemia* (seis grupos), centro laboral atendido por el Policlínico "Plaza de la Revolución", y la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) (seis grupos). Los subgrupos de cada grupo fueron trabajados simultáneamente.

La variable independiente, aplicada en ocho de los subgrupos, fue la intervención educativa en sus dos modalidades: tradicional (cuatro subgrupos) y con metodologías por etapas y PRISA-NO (cuatro subgrupos); los cambios en los estilos de

vida y los comportamientos de los sujetos constituyeron la variable dependiente. Otros cuatro subgrupos correspondieron a los sujetos de control.

El número de sujetos en cada subgrupo fue determinado por la posibilidad de trabajo grupal y por las experiencias de investigaciones anteriores.

Así, participaron 186 personas en dos talleres centrados en el autocuidado y la responsabilidad con la salud, especialmente con respecto a los autoexámenes para prevención de cáncer: uno procedente del Policlínico y otro de la ELAM. Cada grupo estuvo conformado por los subgrupos de trabajo: Grupo A (Control): 15 sujetos en el Policlínico y 10 sujetos en la ELAM; Grupo B (Intervención tradicional): 15 sujetos en el Policlínico y 15 en la ELAM, y Grupo C (Experimental): 15 sujetos en el Policlínico y 23 en la ELAM.

Así, hubo un taller centrado en el control del tabaquismo, procedente del Policlínico "Plaza de la Revolución", conformado por los tres subgrupos de trabajo mencionados, cada uno integrado por 15 sujetos, y un taller centrado en el control del estrés, procedente de la ELAM, constituido a su vez por los tres subgrupos de trabajo.

La población de estudio para el procesamiento de los movimientos por etapas en algunos subgrupos (por ejemplo, los del grupo de control del tabaquismo del Policlínico) se vio considerablemente reducida al no asistir 21 casos a la sesión donde se reapplicaba el instrumento que determinaba las etapas del proceso de cambio en que se encontraba el grupo. En consecuencia, la población total se vio afectada por una considerable merma.

La edad de todos los sujetos en los subgrupos A, B y C estuvo entre los 14 y los 50 años (los promedios oscilaron entre 31.5 y 37.2 años, con desviación estándar de entre 1.9 y 2.7). La prevalencia del sexo masculino en todos los subgrupos fue cercana al 60%. La mayoría de los sujetos en todos los subgrupos eran casados o tenían pareja y poseían un nivel escolar secundario superior (preuniversitario).

Instrumentos

Los instrumentos de registro y de evaluación de cambio empleados han sido utilizados en muchas de las investigaciones que se han efectuado anteriormente y son los siguientes:

Cuestionario de Estilos de Vida Promotores de Salud, de Walker y cols. (1987, 1988).

Cuestionario para Medición de Riesgo en Cáncer y Enfermedades Crónicas (versión cubana, modificada en 1996 a partir de la propuesta de la Liga contra el Cáncer de Guatemala).

Inventario de Estrés Cotidiano (sólo para el grupo de estrés).

Asimismo, se emplearon instrumentos específicos para evaluar la etapa en que se encontraban los grupos en relación con el autocuidado, el control del estrés y del tabaquismo.

La versión del Cuestionario de Estilos de Vida Promotores de Salud fue la utilizada por Flórez (1997b) para su aplicación en Colombia, aunque para su calificación primaria en la puntuación global se usaron los 48 reactivos propuestos inicialmente por Walker. Este instrumento intenta medir cambios generales o específicos en los *estilos de vida*, conceptualizados como “patrones multidimensionales de acciones iniciadas por los sujetos por sí mismos y de percepciones que sirven para mantener o mejorar el nivel de bienestar, autoactualización y plena apariencia del individuo” (Walker, Kerr, Pender y Schrist, 1990). Dicha escala emplea un formato de respuestas de cuatro puntos para medir la frecuencia de conductas saludables autorreportadas en seis dominios o aspectos (actualización, responsabilidad con la salud, ejercicio, nutrición, apoyo interpersonal y manejo del estrés) y ha sido aplicada con múltiples propósitos en investigaciones sobre promoción de la salud. El desarrollo y evaluación psicométrica de las versiones en lengua inglesa y los registros en estudios con muestras simples fueron descritos por Walker y sus colaboradores en 1987 y 1988. La traducción y evaluación psicométrica de la versión en español, así como los registros en una muestra hispánica, fueron reportados por Walker y cols. en 1990. Los autores recomiendan el uso de medias más que de las sumatorias de las subescalas por aspectos, toda vez que la cantidad de ítems en cada subescala es diferente. Los ítems son los que se enlistan más abajo.

De este instrumento se utilizaron para el procesamiento, además de la escala global, las subescalas de responsabilidad con la salud (indicador específico de autocuidado) y de autoactualización,

apoyo interpersonal y manejo del estrés (relacionadas con la de estrés).

Para el procesamiento del Cuestionario para Medición de Riesgo en Cáncer y Enfermedades Crónicas se tomaron los aspectos de autocuidado y responsabilidad con la salud (dimensiones 1, 3 y 10), estrés y su control (dimensiones 7 y 8) y tabaquismo (dimensión 5) y, de modo global, para la evaluación de los estilos de vida, las dimensiones 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9 y 10.

El Inventario de Estrés Cotidiano es una amplia lista de 42 síntomas de estrés, usado en la investigación solamente en el grupo de estrés con el objetivo de completar el conocimiento del impacto de las intervenciones en este factor de riesgo a partir de sus manifestaciones clínicas, fundamentalmente emocionales. En este instrumento los sujetos pueden ofrecer una variedad de respuestas a cada síntoma en cuanto a frecuencia de presentación en seis rangos, desde “nunca” hasta “siempre”. El instrumento original (*Checklist Symptom Stress*) ha sido traducido al español en varios países (México, Colombia, etc.) y, por tanto, existen diferentes versiones. La versión utilizada aquí ha sido empleada en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) de la Universidad de Guadalajara, modificada a su vez de la adaptación realizada del original por Benjamín Domínguez, de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En esencia, el objetivo fundamental de los instrumentos 1 y 3 fue recolectar información sobre los principales indicadores de eficacia de las intervenciones. Se aplicaron en estudios de pilotaje previos en algunas provincias del país, demostrando su pertinencia para el objetivo para el que se emplearon, no para hacer diagnósticos globales o de tipo clínico.

El diagnóstico de las etapas en que se encontraban los grupos se logró mediante la aplicación individual de instrumentos sencillos elaborados por el equipo de investigación para el autocuidado, estrés y tabaquismo, siguiendo los pasos del flujograma de etapas propios del PAP y el MTT. El cumplimiento de los compromisos contraídos a lo largo del procedimiento PRISA-NO en los subgrupos del grupo C se realizó en la última sesión en forma de porcentajes que indicaban el total cumplimiento (TC), el cumplimiento parcial (PC)

o el incumplimiento (NC). El Cuestionario para medición de Riesgo en Cáncer y Enfermedades Crónicas, completado inicialmente por el propio sujeto antes de asumir los pasos de adopción de precauciones en los talleres, fue también útil para que monitoreara el cumplimiento de sus compromisos.

Procedimiento

Cada grupo fue sometido a dos evaluaciones en diferentes momentos: una *basal*, previa a la intervención, y otra *final*, que en tiempo coincidía con la terminación de los talleres de los subgrupos experimentales C.

Las intervenciones se dirigieron a las tres esferas señaladas, relacionadas con factores de riesgo del cáncer, que asumen la forma de hábitos, conductas, creencias, emociones, actitudes y habilidades, y que están incluidas en los tipos de estilos de vida promotores de la salud propuestos por Walker y sus colaboradores (Walker, Sechrist y Pender, 1987; Walker, Solkan, Sechrist y Pender, 1998): 1) autocuidado y responsabilidad con la salud, 2) tabaquismo y su control y 3) control del estrés y esfera personal (propensión dada por cualidades personales, regulación emocional y manejo del estrés, autoactualización personal y autoestima y apoyo social).

El diseño de los talleres en los subgrupos del Grupo C (experimental) estuvo a cargo del equipo de investigación, conformado por epidemiólogos, psicólogos, oncólogos, enfermeras y otros profesionales. Estos talleres (Intervención centrada en la autorregulación) fueron planeados siguiendo las pautas generales de las metodologías por etapas y la elaboración de compromisos controlables con el procedimiento PRISA-NO, y no constituyeron sino la herramienta o ámbito donde se ejecutaba el conjunto de proceder que permitían instrumentar el método. En su programación estuvieron incluidos elementos e instrumentos didácticos, dinámicas de grupo y otras técnicas que facilitarían el cumplimiento de las etapas del proceso de cambio y que permitieran llevar a cabo el autocontrol a lo largo de los pasos del PRISA-NO. Los compromisos se trabajaron individualmente y sin descuidar el papel del grupo en los talleres, considerando las acciones comunitarias del Sistema Nacional de Salud en las que se generalizarían posterior-

mente acciones más globales una vez validada la metodología.

Los contenidos básicos para la intervención en los subgrupos del grupo B (intervención centrada en información con métodos tradicionales) fueron ejecutados en forma de charlas educativas. Sirvieron como materiales bibliográficos de apoyo los aportados por el Proyecto Latinoamérica contra el Cáncer. Ambos tipos de intervención educativa (experimental y tradicional) se desarrollaron por el mismo equipo de profesionales.

La intervención experimental, con duración total de seis horas, se desarrolló en cuatro sesiones de 1.5 horas cada una, con frecuencia semanal o quincenal (según la etapa en que se encontraran los grupos). La intervención en cada grupo laboral, así como las evaluaciones (basal y final), se llevaron a cabo simultáneamente; es decir, la evaluación final en los subgrupos de los grupos A y B se hizo coincidir con las fechas de la evaluación en los subgrupos del grupo C.

El llenado de los instrumentos se hizo de forma anónima; algunos sujetos utilizaron pseudónimos que permitieron cotejar los diferentes instrumentos pertenecientes a un mismo individuo; otros emplearon solamente números y algunos dieron su nombre completo. Se trató, en todos los casos, de garantizar el consentimiento informado de los participantes en la investigación y la libre determinación de los sujetos para el cambio conductual, condición imprescindible en estas metodologías. Se tuvo especial cuidado en evitar intervenciones de "imposición" o reprimendas en relación con los patrones conductuales, o que provocasen fenómenos de deshabilidad social al completar los instrumentos o evaluar el cumplimiento de los compromisos contraídos durante el proceso de cambio por etapas.

Indicadores de eficacia

Los indicadores de la eficacia fueron elaborados por el equipo de investigación; se usaron dos tipos: globales (cambio general de los estilos de vida) y específicos (en autocuidado, estrés y tabaquismo); en correspondencia con los aspectos evaluados en los instrumentos, se orientaron a comprobar la fórmula general contenida en la hipótesis, o sea que los resultados en el grupo C son mejores que en el grupo B, y estos son mejores

que los resultados de cambios espontáneos en el grupo A (control), que podría sintetizarse de la siguiente manera: $C > B > A$.

Procesamiento de los datos y análisis de los resultados

Se efectuó a través de un proceso de seis pasos:

1) Calificación primaria de los resultados de los instrumentos.

2) Diagnóstico de las etapas en que se encontraban los grupos en los dos momentos de evaluación (basal y final).

3) Categorización del cumplimiento de los compromisos contraídos, según el PRISA-NO.

4) Vaciado de los resultados en los modelos de registro de los indicadores de eficacia.

5) Análisis comparativo numérico, porcentual y de medias en los indicadores globales y específicos relacionados con el Cuestionario de Estilos de Vida, el Cuestionario sobre Riesgo en Cáncer y otras Enfermedades Crónicas, el Inventario de Síntomas de Estrés y el grado de cumplimiento de los compromisos en el PRISA-NO en los subgrupos del Grupo C.

6) Procesamiento estadístico de las diferencias encontradas entre los subgrupos A, B y C con

respecto al cambio de etapas de cada grupo (en los momentos correspondientes a la evaluación basal y final, posteriores a las intervenciones).

RESULTADOS

Se describirá el paso 6 del presente reporte por ser el más importante y con el objeto de reducir la información numérica excesiva. Los resultados del procesamiento en este paso se refieren a las diferencias encontradas entre los grupos A, B y C con respecto al cambio de etapas de cada grupo a lo largo del tiempo que duró el proceso de adopción de precauciones en el grupo C. Este paso es fundamental para determinar cabalmente la eficacia de las metodologías por etapas/PRISA-NO ya que el cambio en las etapas del grupo se ha reportado como el mejor indicador del proceso de adopción de conductas protectoras. Se hizo previamente un análisis descriptivo de los resultados; luego se presentan los resultados de los tests estadísticos antes de la intervención, comparados con los posteriores a la misma, y finalmente se hace un análisis comparativo antes y después (comparación de los cambios) entre los grupos.

Tabla 1. Casos antes y después del tratamiento.

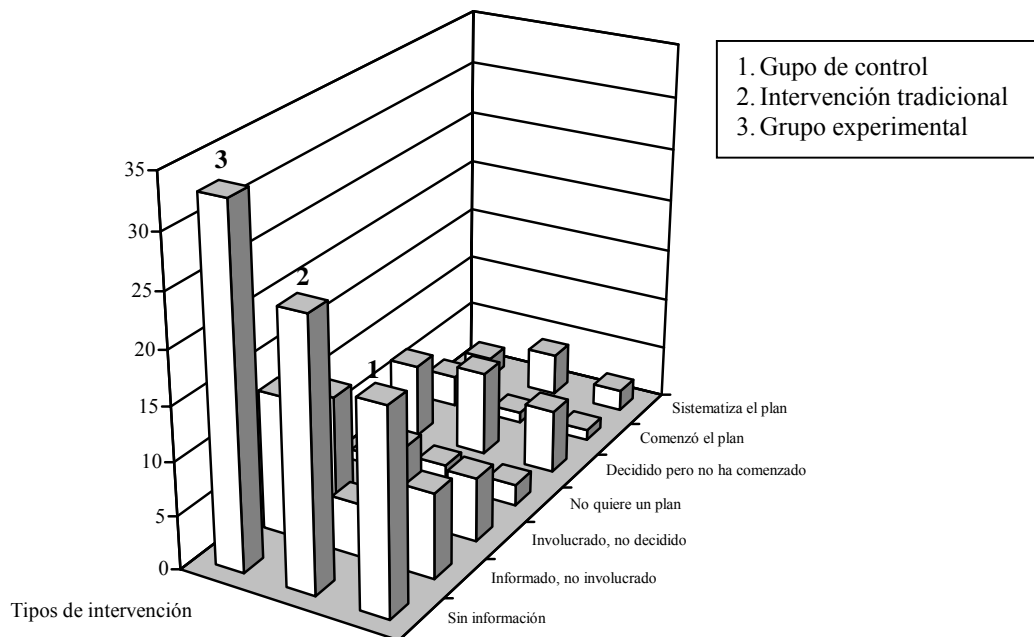
Tratamiento	Etapas	Casos		% de grupo	
		Antes del tratamiento	Después del tratamiento	Casos antes del tratamiento	Casos después del tratamiento
1. Grupo de control	Sin información	19	14	43.2%	31.8%
	Informado, no involucrado	8	9	18.2%	20.5%
	Involucrado, no decidido	6	6	13.6%	13.6%
	No quiere un plan	2	4	4.5%	9.1%
	Decidido pero no ha comenzado	6	7	13.6%	15.9%
	Comenzó el plan	1	1	2.3%	2.3%
	Sistematiza el plan	2	3	4.5%	6.8%
	Total		44	44	100.0%
2. Tratamiento tradicional	Sin información	25	14	48.1%	26.9%
	Informado, no involucrado	5	4	9.6%	7.7%
	Involucrado, no decidido	7	8	13.5%	15.4%
	No quiere un plan	2	5	3.8%	9.6%
	Decidido pero no ha comenzado	8	14	15.4%	26.9%
	Comenzó el plan	1	3	1.9%	5.8%
	Sistematiza el plan	4	4	7.7%	7.7%
	Total		52	52	100.0%
3. Grupo experimental	Sin información	33	1	47.8%	1.4%
	Informado, no involucrado	13	10	18.8%	14.5%
	Involucrado, no decidido	10	5	14.5%	7.2%
	No quiere un plan	1	3	1.4%	4.3%
	Decidido pero no ha comenzado	7	2	10.1%	2.9%
	Comenzó el plan	3	30	4.3%	43.5%
	Sistematiza el plan	2	18	2.9%	26.1%
	Total		69	69	100.0%

Los resultados del análisis descriptivo se muestran en la Tabla 1 y en las Gráficas 1 y 2. La tabla muestra las etapas en los 3 grupos antes y después de la intervención. En general, para todos los grupos, lo más frecuente antes de la intervención era la ausencia de información o encontrarse en las primeras etapas. Después de la intervención se observa una distribución distinta (a los efectos de las gráficas y tablas, el grupo A

equivale al 1, el B al 2 y el C se representa como 3; el “tratamiento” se refiere a la intervención).

La Gráfica 1 ilustra la distribución de los casos en las etapas antes de la intervención: la distribución de las alturas de las columnas es bastante similar: en todos los grupos hay un mayor número de casos en las primeras etapas, a pesar de la diferencia de sujetos en aquéllos. Interesa especialmente la distribución descendente de las alturas en cada grupo, la cual es similar.

Gráfica 1. Casos por etapas antes de la intervención.

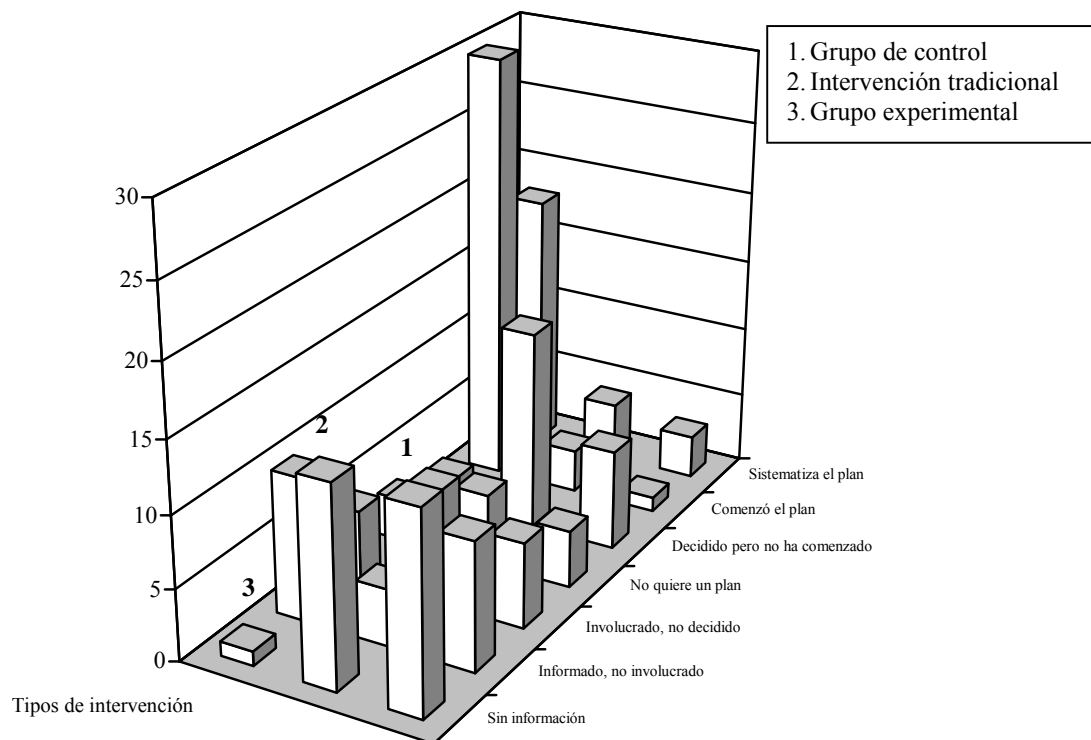


La Gráfica 2 muestra la distribución de etapas por grupos después de la intervención educativa. Aquí comienzan a apreciarse diferencias significativas entre ellos. Véase que en el grupo de control (1) predomina todavía una tendencia a mantenerse en etapas iniciales. El grupo B logra algunos cambios, pero en el grupo C hay una tendencia a encontrarse en las etapas más avanzadas; esto es, predominan los que llegan a comenzar conductas de protección (43.5% del grupo) e, incluso, a sistematizarlas en franca etapa de mantenimiento (26.1%).

Finalmente, el análisis descriptivo del paso 6 mostró el valor de la mediana de las etapas por grupos de trabajo: en los tres grupos, antes de la intervención, más del 50% de los sujetos se encontraban en las etapas 1 (informados) o 2 (no involucrados). Después de la misma, la mediana cambia;

mientras el control mantiene una situación similar, el de intervención tradicional avanza y se coloca entre las etapas 3 y 4. El grupo experimental tiene la mediana en la etapa 6: más del 50% comenzó el plan o lo sistematizó.

Los resultados con tres tests de análisis de varianza, para hacer las comparaciones antes de la intervención, muestran —como es de esperar para conocer luego los efectos de la intervención— que no hay diferencias entre los grupos. El test de Kruskal-Wallis establece rangos de etapa en los tres grupos de manera similar y demuestra que no hay diferencias significativas entre ellos. El test de la mediana compara el número de casos que se encuentran por debajo o por encima de la mediana general (2) entre los grupos: los tres grupos tuvieron aproximadamente el mismo número de casos en

Gráfica 2. Casos por etapa después de la intervención.

etapas superiores o inferiores a esta mediana (la significación del test resulta también mayor que 0.05). Finalmente el test de Jonckheere-Terpstra, que tiene en cuenta el orden de intensidad entre los subgrupos, ratificó los resultados anteriores. Todos estos resultados demuestran que no hay diferencias significativas en las etapas en que se encontraban los individuos antes de comenzar la intervención, y no hay razón alguna para suponer que hubiese situaciones distintas entre los grupos antes del experimento.

El análisis en el paso 6 muestra diferencias después de la intervención. El test de Kruskal-Wallis comprobó rangos significativamente diferentes por etapa en cada grupo (significación incluso menor que 0.01). La comparación con el test de la mediana también mostró diferencias significativas entre los grupos: mientras que en el grupo A la mayoría (33 de los 44 casos) quedaron por debajo de la mediana general (que es la etapa 4), en el grupo de intervención tradicional (B) la posición relativa respecto a la etapa 4 está compartida, lo que es concordante con el análisis descriptivo conducido anteriormente; a su vez, en el grupo experimental (C) la gran mayoría supera la etapa

4 (50 de los 69) y la significación también es alta (0.000). Finalmente, el test de Jonckheere-Terpstra ratificó los resultados anteriores. Esto es, las diferencias son notablemente significativas en el cambio de las etapas entre los tres grupos.

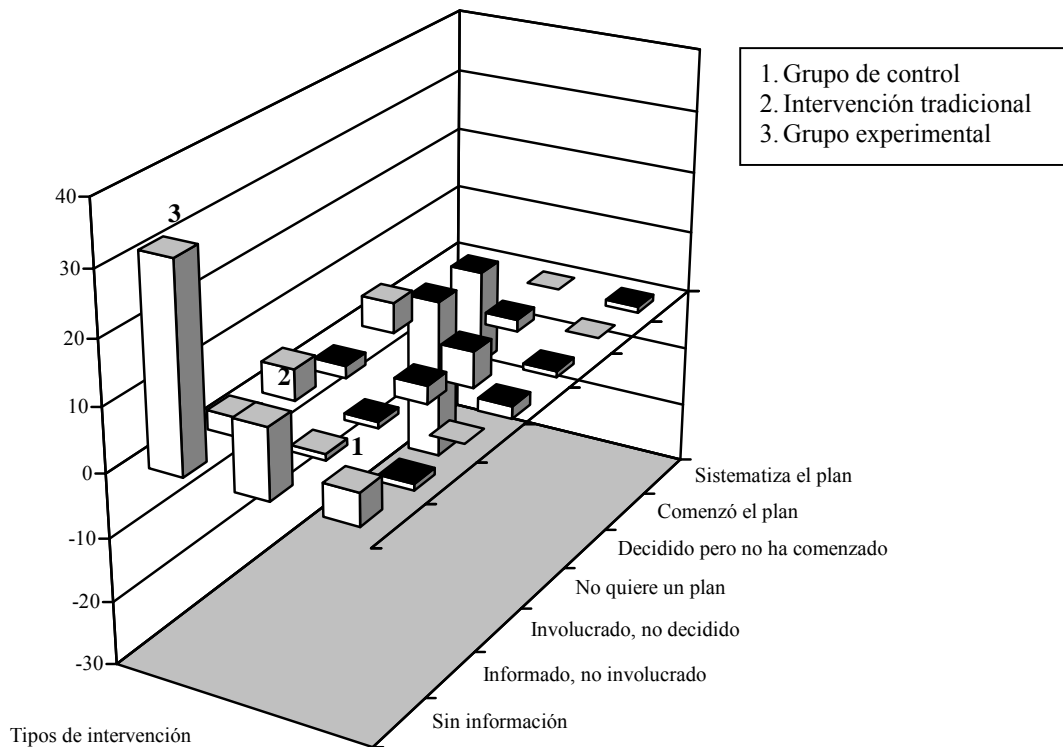
Para conocer si había diferencias significativas en la comparación entre pares de grupos, se aplicaron los tests de Mann-Whitney y de Kolmogorov-Smirnov. Mientras el primero resultó apenas medianamente significativo (significación 0.075, mayor que 0.05 pero menor que 0.10), el test de Kolmogorov-Smirnov no muestra diferencias significativas en las distribuciones entre el grupo de control (A) y el B (intervención tradicional). Sin embargo, la comparación entre el grupo B y el grupo C arroja diferencias marcadamente significativas en ambos tests, lo que prueba que los resultados de la intervención con metodologías por etapas/PRISA-NO son significativamente mejores que la intervención tradicional, y que ésta ofrece mejores resultados que los del grupo control (A), pero en forma menos significativa.

Por último, para la comparación antes-después en cada grupo, no resultó necesario hacer un análisis de comparación horizontal sujeto a sujeto,

porque de hecho la tendencia general fue siempre la de cambiar hacia etapas superiores. Sólo en casos excepcionales se podían producir retrocesos cuando algún sujeto estaba en la etapa 4, pero la gran mayoría se estancó o evolucionó positivamente a través de las etapas. No obstante, en la Gráfica 3 se expresa la magnitud de los cambios en cuanto a los casos (sujetos) antes de la intervención *versus* casos después de la intervención en cada etapa. En

las primeras etapas tal diferencia representa evolución cuando es positiva porque se reducen los casos en esas etapas; en las etapas finales representa evolución cuando es negativa porque se incrementan los casos en las etapas superiores. La gráfica evidencia que en el grupo experimental se produjeron las diferencias positivas más marcadas en las primeras etapas, y las diferencias negativas más marcadas también en las etapas más avanzadas.

Gráfica 3. Casos antes-casos después de la intervención por etapas.



Así, el procesamiento estadístico de los cambios de etapas en los diferentes grupos demuestra la superioridad de las metodologías por etapas/PRISANO para lograr conductas protectoras y su tendencia a la estabilización en comparación con la intervención educativa tradicional. A su vez, ambos grupos, C y B, obtienen en general mayores cambios en el movimiento por etapas que el control (A). Estos resultados concuerdan con el esquema hipotético de $C > B > A$.

Hay que señalar que el procesamiento de los indicadores globales y específicos apuntó a algunas diferencias de acuerdo con determinados instrumentos: así, por ejemplo, el cambio de los estilos de vida con la intervención educativa tradi-

cional en el grupo B (según el instrumento de Walker y el Cuestionario para Riesgo en Cáncer) no siempre resultó superior al cambio espontáneo que ocurrió en algunos subgrupos o al obtenido por acciones no controladas en esta investigación, debido probablemente al efecto de campañas informativas o de programas comunitarios en curso durante la misma; en otras palabras, en algunos casos el grupo B igualaba sus resultados, e incluso obtenía resultados por debajo que los del grupo A (control), aunque siempre los resultados en el grupo C fueron mucho mejores, sosteniendo lo planteado por los autores de las metodologías por etapas. En los subgrupos de control del estrés, ambas intervenciones educativas (tradicional y basada en la

aplicación de metodologías por etapas/PRISA-NO) reducen la frecuencia de los síntomas, es decir, tienen impacto sobre las manifestaciones clínicas del estrés.

DISCUSIÓN

En conclusión, en el presente trabajo se demuestra la eficacia de la intervención educativa con metodologías por etapas/PRISA-NO para el cambio de los estilos de vida y la adopción de conductas protectoras con tendencia a su mantenimiento, en relación con el autocuidado y la responsabilidad con la salud (autoexámenes), el control del estrés y del tabaquismo, comportamientos todos de considerable importancia en el control del cáncer. Con estas metodologías, que facilitan la adopción de precauciones, se logran mayores cambios en los puntajes globales y específicos de los estilos de vida, de acuerdo con los instrumentos utilizados. La evolución positiva de las etapas a lo largo de este proceso de adopción de precauciones es significativamente diferente a los cambios que tienen lu-

gar con la intervención tradicional y a los efectuados espontáneamente en el grupo sin influencia educativa controlada; también se alcanza un cumplimiento aceptable (siempre superior al 30%) de los compromisos individuales establecidos por los sujetos para el cambio durante el proceso de intervención.

Considerando los resultados de esta investigación, se recomienda continuar investigando en el futuro con estas metodologías para el cambio de conductas en el control del cáncer, replicando la investigación con grupos más numerosos, con un seguimiento a más largo plazo, considerando otros factores de riesgo-protección relacionados con el cáncer y desarrollando procesamientos con muestras numerosas basados en la evolución sujeto a sujeto. Sería deseable también perfeccionar los instrumentos y desarrollar talleres de refuerzo en los grupos a más largo plazo para fortalecer la permanencia de los cambios. La generalización de los resultados fundamentales de esta investigación ha comenzado ya al haber sido introducidos como procederes del Programa Nacional de Educación en Cáncer en varias provincias cubanas.

REFERENCIAS

- ALICC (1997). *Seminarios de Formación en Educación para la Salud para profesionales de la Salud* (Proyecto "Latinoamérica contra el cáncer"). Madrid: AECC.
- Álvarez, J. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad. Análisis psicosocial*. México: Trillas.
- Andersen, B.L. (1996). Psychological and behavioral studies in cancer prevention and control (Introduction to the Featured Section). *Health Psychology, 15*(6): 411-412.
- Beaglehole, R., Bonita, R. y Kjellatiörn, T. (1990). *Epidemiología básica*. Washington: OPS.
- Celentano, D.D. (1991). Perspectivas epidemiológicas de la modificación del estilo de vida y la promoción de la salud en la investigación del cáncer. *Cáncer, 67*(3, supl 1): 808-12.
- Clark, M., Rakowski, W., Ehrich, B., Pearlman, D., Goldstein, M., Dubé, C., Rimer, B. y Woolverton, H. (1998). Stages and adopting regular screening mamography: Do women differ in decisional balance within stages? *Journal of Health Psychology, 3*(4): 491-506.
- Costa, M. y López, E. (1988). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- Crittenden, K., Manfredi, C., Lacey, L., Warnecke, R. y Parsons, J. (1994). Measuring readiness and motivation to quit smoking among women in public health clinics. *Addictive Behaviors, 19*(5): 497-507.
- DiClemente, C., Prochaska, J., Fairhurst, S., Velicer, W., Velázquez, M. y Rossi, J. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(2): 295-304.
- Dijkstra, A., Bakker, M. y De Vries, H. (1997). Subtypes within a sample of precontemplating smokers: a preliminary extension of stages of change. *Addictive Behaviors, 22*(3): 327-337.
- Fava, J., Velicer, W. y Prochaska, J. (1995). Applying the transtheoretical model to a representative sample of smokers. *Addictive Behaviors, 20*(2): 189-203.

- Flórez, L. (1994). Cuestionario de estilos de vida promotores de la salud. *Boletín de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud*, 3(1): 16-22.
- Flórez, L. (1995). *Un programa comportamental para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con población adulta*. Trabajo de promoción para ascender a la categoría de profesor asociado. Bogotá: Departamento de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia.
- Flórez, L. (1997a). *Promoción de la salud en la localidad de Chapinero*. Proyecto de investigación-acción. Documento interno. Bogotá: Departamento de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia.
- Flórez, L. (1997b). Evaluación de un programa de autocontrol para la promoción de la salud con población adulta. *Psicología Conductual*, 5: 313-344.
- Flórez, L. (1998). Implementación del proceso de adopción de precauciones para prevenir la fármacodependencia en niños de edad escolar. *Acta Colombiana de Psicología*, 1: 7-20.
- Flórez, L. (1999). *El MTT: una revisión*. Documento no publicado. Bogotá: Departamento de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia.
- Flórez, L. (2000). El proceso psicológico de la promoción y de la prevención. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 18: 13-22.
- Flórez, L. (en prensa). Análisis de un programa de autocontrol comportamental para la promoción de la salud de población adulta. *Revista Española de Psicología de la Salud*.
- Flórez, L., Jiménez, M.C. y Morales, M.T. (1998). *Diseño e implementación de un programa para la prevención del maltrato infantil dirigido a estudiantes de básica primaria de una concentración rural*. Investigación docente inédita. Bogotá: Universidad Católica de Colombia.
- Friedman, H. y DiMatteo, R.D. (1989). *Health Psychology*. London: Prentice Hall.
- Grau, J. y Guibert, W. (1997). *Actitudes, motivaciones, emociones, creencias y conductas en el control del cáncer. Su importancia para la prevención y la educación para la salud. Material de trabajo de los Seminarios de Educación en Cáncer del Programa Latinoamérica contra el Cáncer*. La Habana: INOR.
- Green, L.W. y Kreuter, M.W. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach*. California: Mayfield.
- Guibert, W. y Grau, J. (1997). *La información para la educación para la salud. Estrategias para facilitar la comprensión y el recuerdo*. Material de trabajo para los Seminarios de Educación en Cáncer del Proyecto "Latinoamérica contra el Cáncer". La Habana, INOR.
- Mahoney, M.J. y Mahoney, K. (1995). *Control permanente de peso: una solución total al problema de las dietas*. México: Trillas.
- Martin, R., Velicer, W. y Fava, J. (1996). Latent transition analysis to the stages of change for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 21(1): 67-80.
- McDill-Sexton, M. (1979). Behavioral Epidemiology. En O.F. Pomerleau y J.P. Brady (Eds): *Behavioral Medicine: Theory and Practice*. Baltimore: Williams and Wilkins: 3-21.
- Middleton, J. (1996). *Yo (no) quiero tener cáncer*. México: Grijalbo.
- Ministerio de Salud Pública (1992). *Objetivos, propósitos y directrices para el desarrollo de la salud pública en Cuba hasta el año 2000*. La Habana: ECIMED.
- Ministerio de Salud Pública (1996a). *Situación de salud en Cuba. Indicadores básicos*. La Habana: ECIMED.
- Ministerio de Salud Pública (1996b). *Programa Nacional de Control de Cáncer*. La Habana: INOR.
- Morrow, G.R. y Belig, A. (1994). Behavioral sciences in translational research and cancer control. *Cancer*, 74(4): 1409-1417.
- Moya, M.S. y Niebles, G.A. (1998). *Elaboración e implementación de un programa de educación para la salud dirigido a la promoción y la prevención en adolescentes gestantes*. Tesis inédita de grado. Bogotá: Universidad Católica de Colombia.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Programas nacionales de lucha contra el cáncer. Directrices sobre política y gestión (resumen de orientación)* (2ª ed.). Ginebra: OMS.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19: 276-288.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1983). Stage and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3): 390-395.
- Prochaska, J., DiClemente, C. y Norcross, J. (1997). In search of how people change. *American Psychologist*, 47: 1102-1114.
- Prochaska, J. y Velicer, W. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Behavior*, 12: 38-48.
- Romero, T. (1998). Comunicación social y estrategias de IEC. Su importancia en la prevención del cáncer. *Memorias de la Jornada de Prevención del Cáncer y Liga Contra el Cáncer de Guatemala*. Guatemala.
- Sanabria, P., Álvarez, A., Hurtado, J. y Trujillo, J. (2000). Distribución de las etapas de cambio en estudiantes fumadores de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 18: 107-33.

- Walker, S.N., Kerr, M.J., Pender, N.J. y Sechrist, K.R. (1990). A spanish language version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Research*, 39(5), 268-73.
- Walker, S.N., Sechrist, K.R. y Pender, N.J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.
- Walker, S.N., Volkan, K., Sechrist, K.R. y Pender, N.J. (1988). Health-promoting lifestyles of older adults. Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Advances in Nursing Science*, 11(1), 76-90.
- Weinstein, N.D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 4: 355-385.
- Weinstein, N.D. y Klein, W.M. (1996). Unrealist optimism. Present and future. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15:1-6.
- Weinstein, N.D., Rothman, A.J. y Sutton, S.R. (1998). Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues. *Health Psychology*, 17(3): 290-299.
- Velicer, W., Prochaska, J., Bellis, J., DiClemente, C., Rossi, J., Fava, J. y Stager, J. (1993). An expert system intervention for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 18: 269-290.
- Velicer, W., Hughes, S., Fava, J. y Prochaska, J. (1995). An empirical tipology of subjects within stage of change. *Addictive Behaviors*, 20(3): 299-320.