

ANÁLISIS DEL EFECTO DE VARIABLES PSICOLÓGICAS EN EL DESARROLLO Y PRONÓSTICO DEL CÁNCER. UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

Jorge Rodríguez-Herrera
Victoria Plaza-Rodríguez
María Paz Bermúdez*

Universidad de Granada, España

ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate how the different features of personality, in specific the behavioral pattern of the Type C behavior, have influence on the development and prognosis of cancer. The present study investigated and analyzed how the patterns of conduct have influence in the evolution and prognosis of the disease. Method: 80 patients took part in the study, 20 with mammary neoplastic, 20 with urologic neoplastic and 40 as control group. The patients were given a test that evaluated all the aspects that define Type C behavior, evaluating in the cancer group the previous dimensions before prognosis and evaluating in the control group the previous dimensions to retirement. Results: There were no significant differences (although there is a tendency to signification) between both groups (cancer group and control). Conclusions: Not finding

*Correspondencia: María Paz Bermúdez, E.U. del Profesorado de E.G.B., Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Granada, 15002-Ceuta (España).
Correo Electrónico: maripaz@platon.ugr.es

a Type C behavior, could be because of the small size of the sample. However, those patients with a Type C behavior tendency are the ones with the highest levels of relapse. Another factor that we need to take account in future investigations is the tendency of the patients to distort their answers, overvaluing their previous clinic history before the disease.

Key Words: type C behavior, breast cancer, urologic cancer, primary and secondary prevention

RESUMEN

El presente estudio trata de investigar cómo diversos rasgos de personalidad, concretamente el patrón de Conducta Tipo C, influyen en el desarrollo y pronóstico del cáncer. En el presente estudio se trata de analizar cómo este patrón de conducta influye en la evolución y pronóstico de la enfermedad. Para ello, se administraron pruebas, que evaluaban todos los aspectos que definen el Patrón Tipo C, evaluando en el grupo de cáncer, las dimensiones previas al diagnóstico, y en el grupo control, las mismas dimensiones previas a la jubilación. En este estudio participaron 80 sujetos, 20 con neoplasia mamaria, 20 con neoplasia urológica y 40 control. Los resultados obtenidos no muestran diferencias significativas (aunque hay tendencia a la significación) entre ambos grupos (cáncer y no cáncer), pero ciertos aspectos sí resultaron significativos. El hecho de no encontrar un Patrón Tipo C, podría deberse al pequeño tamaño de la muestra. No obstante, aquellos pacientes en los que se encuentra tendencia al patrón Tipo C, son los que tienen un mayor índice de recaídas. Otro factor a tener en cuenta en futuras investigaciones es la tendencia de los pacientes a distorsionar sus respuestas, sobrevalorando su historia personal previa a la enfermedad.

Palabras Clave : patrón de conducta tipo C, cáncer de mama, cáncer urológico, prevención primaria y secundaria.

INTRODUCCION

En España, el cáncer es la primera causa de mortalidad y representa el 21% de la mortalidad total. Si utilizamos el indicador de años potenciales de vida perdidos (32%), está por delante de la patología cardiovascular (22%). El cáncer de mama femenino es el tumor más frecuente entre las mujeres de países con estilo de vida occidentalizado. El cáncer es la segunda causa de muerte en los países occidentales (Buela-Casal y Moreno, 1999). En el caso de las mujeres mayores de cincuenta años, el cáncer de mama es el más frecuente. El cáncer urológico (vejiga y riñón), es de los más frecuentes en edad avanzada para los hombres, aunque los más comunes en la población general masculina son: el cáncer de pulmón, bronquios y próstata.

PERSONALIDAD Y CANCER

La relación entre rasgos de personalidad, y un escaso apoyo socio-familiar, como factores de riesgo en el desarrollo de diversas enfermedades, ha sido un tema muy estudiado. Re-

montándose, la primera referencia es el comentario de Galeno sobre una mayor predisposición al cáncer en las mujeres melancólicas que a las sanguíneas. No obstante, el estudio del posible vínculo entre la personalidad y el cáncer, sólo ha sido abordado de manera sistemática y empírica desde hace 25 años. Distintos autores, desde diferentes líneas de investigación, obtienen resultados que parecen apuntar, a un posible perfil psicológico del enfermo con cáncer.

En la década de los sesenta, Kissen y Eysenk (1962) y Kissen, Brown y Kissen (1969) comprobaban la existencia de una correlación negativa entre ansiedad o neuroticismo y cáncer de pulmón.

Greer y Morris (1975) encuentran que mujeres con diagnóstico de mama, frente a un grupo de patología mamaria benigna, muestran mayor supresión emocional. Pacientes con cáncer de mama cuyos estilos de afrontamiento podrían caracterizarse como estóicos, presentan una peor evolución que las caracterizadas por otros estilos de afrontamiento. Asimismo, Temoshok, et al. (1985) obtienen

resultados similares con enfermos de melanoma maligno.

Grossarth-Maticek, Kana-zir y Vetter (1982, 1983, 1985) y Grossarth-Matricek, Eysenck, Vetter y Schmidt (1988) encontraron que el porcentaje de muertes por cáncer entre aquellos sujetos que respondían al estrés con desamparo, desesperanza y depresión, y que además reprimían la manifestación de reacciones emocionales (características definidas como TIPO I de personalidad, propenso al cáncer) resultó superar en más de ocho veces a los restantes grupos.

Morris y Greer (1980) plantean por primera vez la existencia de lo que denominan un Tipo C para el cáncer. Tipo C es un sujeto que suprime las emociones, en especial las negativas, ante situaciones estresantes. Temoshok y Heller (1984) conciben el Tipo C como cooperativo, apacible, no asertivo, paciente, inexpresivo en cuanto a las emociones negativas, particularmente la ira, y sumiso con las autoridades externas. Los conceptos que definen la personalidad Tipo C incluirían otros como el inadecuado apoyo social-familiar.

METODO

Para esta investigación partiremos del modelo de Eysenck (1985), por ser el más completo y el único sustentado por una teoría psicológica. Así pues, recogeremos la definición de Eysenck de lo que él llama Estilo Interpersonal Tipo C, a través de las siguientes características:

- Sobrecooperativo.
- No asertivo.
- Tendente a la depresión y al desamparo.
- Evitador de conflictos.
- Buscador de relaciones armoniosas.
- Sumiso y conciliador.
- Con falta de expresión de sentimientos negativos.
- Necesitado de aprobación social.

HIPOTESIS

La hipótesis que en este estudio se trata de contrastar es que los sujetos que hayan tenido un desarrollo ansiógeno depresivo, conducta altruista, comportamiento responsable, deficiente energía vital, inestabilidad emocional, y, sobre todo, escaso apoyo social y familiar (Patrón de Conducta Tipo C), tendrán mayor

probabilidad de desarrollar un estado neoplásico, que los que no posean estas características. Además, si se comprobase que el Patrón de Conducta Tipo C está presente en los sujetos, estudiar si esto influye en el pronóstico de la enfermedad.

VARIABLES

Las variables consideradas en este estudio son:

Variable independiente

- Enfermedad de cáncer

Variables dependientes

- Ansiedad rasgo
- Melancolía
- Depresión
- Personalidad
- Clima familiar
- Salud percibida
- Índice de recaídas

Variables controladas

- Edad
- Sexo
- Variables sociodemográficas

SUJETOS

La muestra estaba compuesta por 80 sujetos, 40 sujetos sanos y 40 sujetos con cáncer, que se distribuían de la siguiente forma:

A) Grupo sintomático (pacientes cancerosos). Procedían de diversos Centros sanitarios.

A.1.- Grupo con neoplasia urológica (riñón-vejiga). La muestra estaba compuesta por 20 pacientes sometidos a cirugía radical oncológica como tratamiento a neoplasias urológicas, 16 de los cuales tenían cáncer de riñón y 4 de vejiga. Esta muestra estaba compuesta por 17 hombres y 3 mujeres, con una media de edad de 63,4 años.

A.2.- Grupo con neoplasia mamaria. La muestra estaba compuesta por 20 mujeres sometidas a cirugía oncológica por cáncer de mama. La media de edad era de 59,8 años.

B) Grupo asintomático (grupo control).

Se utilizó una muestra aleatoria de sujetos, compuesta por 40 personas sin patología neoplásica, de los cuales 23 eran mujeres y 17 hombres. Todos ellos eran jubilados, mayores de 50 años. La media de edad era de 67,31 años.

INSTRUMENTOS

Para evaluar las variables dependientes se han utilizado las

siguientes escalas y cuestionarios:

A) Desarrollo ansiógeno-depresivo:

1) STAI (A/R). Consta de 20 ítems que hacen preguntas al sujeto acerca de cómo se ha sentido "generalmente". Estas frases se utilizan para una identificación de la predisposición a responder al estrés psicológico.

2) HAMILTON (Subescala de melancolía de Beck). Es una escala autoaplicada, la puntuación de cada ítem se realiza en función de la intensidad y frecuencia con que se presenta el conjunto de síntomas que lo conforman, utilizando una escala tipo Likert de 5 puntos.

3) INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BDI). Aspectos Cognitivos. Es una escala autoaplicada, esta es una forma abreviada de la original, que constaba de 21 ítems. En 1974 el propio autor desarrolló una escala abreviada de 13 ítems extraídos de los originales. El BDI es un cuestionario en el que el paciente tiene que escoger, de un grupo de afirmaciones, aquella que más describa su estado antes de la enfermedad/jubilación (respectivamente para los grupos

cáncer-no cáncer). Las afirmaciones aparecen en orden creciente en cuanto a puntuación cognitiva de la depresión, en una escala tipo Likert.

B) Variables de personalidad:

Estas variables han sido estudiadas a partir de los datos del cuestionario BFQ (Cuestionario Cinco Factores). Este cuestionario consta de las siguientes subescalas o factores: *Energía o Extraversión, Afabilidad o agrado, Tesón, Estabilidad Emocional, Distorsión.*

C) Variables sociofamiliares.

Estas variables han sido estudiadas por medio de la Escala de Clima Familiar (FES). Esta escala aprecia las características socio-ambientales de todo tipo de familias. Evalúa y descubre las relaciones interpersonales entre los miembros de la unidad familiar. La escala está compuesta por 90 ítems, agrupados en 10 subescalas que definen tres dimensiones fundamentales:

- 1) Relaciones,** integrada por tres subescalas: *Cohesión, Expresividad, Conflicto*
- 2) Desarrollo,** que comprende a su vez las siguientes

subescalas: Autonomía, Actuación, Intelectual-Cultural, Social-Recreativo, Moralidad-Religiosidad

- 3) Estabilidad**, compuesta por las subescalas: Organización, Control

D) Salud percibida.

Para medir esta variable se utilizó una escala de Salud Percibida. Se trataba de una escala tipo Likert de 10 puntos, en la que 0 corresponde con una mala salud percibida, y 10 a una salud percibida excelente, con la que el paciente valoraba su estado de salud subjetiva en ese momento.

E) Índice de recaídas.

Esta variable se estudió por los datos extraídos a partir de la historia clínica de los pacientes y a través de los datos proporcionados por los mismos.

PROCEDIMIENTO

Los ítems de las escalas psicológicas y sociofamiliares se modificaron, redactándolos en tiempo pasado, ya que se trata de un estudio retrospectivo. La evolución de la enfermedad se midió

basándose en la historia clínica y en la escala de Salud Percibida en dos momentos: octubre de 1997 y octubre de 1998.

DISEÑO

Se utilizó un diseño retrospectivo en el que se obtuvieron datos después del diagnóstico de cáncer (grupo sintomático) comparándolos normalmente con grupos de contraste sin cáncer (grupo asintomático), después de la jubilación.

PRUEBAS ESTADÍSTICAS

La técnica estadística utilizada fue un contraste de diferencia de medias "T" de Student, a un nivel de confianza de $\alpha = 0,05$.

RESULTADOS

Con respecto a las hipótesis estudiadas los resultados obtenidos fueron:

a) Desarrollo ansiógeno-depresivo.

En esta variable vemos que, tanto en ansiedad medida por el STAI A/R (cáncer: 23,82; no cáncer: 45,75; $\alpha = 0,0002$), como HAMILTON (cáncer: 1,525; no

cáncer: 3,80 $a=0,0144$) y en el inventario de depresión de BECK (cáncer: 1,875; no cáncer: 3,225; $a=0,0144$), se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, pero en la dirección opuesta a la esperada, entre los sujetos con neoplasia maligna (grupo sintomático) en contraposición a la muestra normal (grupo asintomático) (véase Tabla 1).

b) Variables de personalidad:

1. Respecto a la Conducta Altruista, medida por la dimensión afabilidad o agrado en el BFQ, se observa que se cumple nuestra hipótesis al obtener 26,5 el grupo no sintomático y 70,11 los sujetos neoplásicos, estas puntuaciones son estadísticamente significativas a un nivel $a=0,000$...

2. Respecto al Comportamiento Responsable, medido por la dimensión Tesón del BFQ, se observa que se cumple también nuestra hipótesis, ya que el grupo sintomático ha sido más responsable, ordenado y diligente (74,52) que el grupo control (52,22) con un $a=0,001$.

3. Las diferencias encontradas en la variable Energía Vital, que ha sido medida por la dimensión energía o extraversión del BFQ, no han resultado signifi-

ficativas (cáncer: 47,02; no cáncer: 50,03; $a=0,08$). Así, no se cumple nuestra hipótesis, ya que los pacientes y el grupo control han obtenido la misma puntuación en extraversión-energía. No obstante, sí se puede hablar de que hay una clara tendencia.

4. Respecto a la variable Estabilidad Emocional, medida por la dimensión estabilidad emocional del BFQ, tampoco se han encontrado diferencias significativas entre las puntuaciones de ambos grupos (cáncer: 50,53; no cáncer: 47,20; $a=0,06$), por lo que, en esta variable, no se cumple nuestra hipótesis. No obstante se observa que existe una significación marginal, se podría concluir que si la muestra fuera mayor, las diferencias obtenidas serían significativas, dado el nivel alfa obtenido.

5. En cuanto a la dimensión Distorsión, medida complementaria del BFQ, observamos que el grupo de pacientes tiende más a dar una "imagen falseada" de sí mismos al responder al cuestionario, obteniendo una puntuación de 95,03, mientras que el grupo control obtiene 82,17, puntuaciones estadísticamente significativas a un nivel $a=0,02$. (véase Tabla 2).

TABLA 1. Puntuaciones en las variables ansiógeno-depresivas

	Cáncer	No cáncer	α
STAI A/R	23,82	45,75	0,0002
HAMILTON	1,525	3,80	0,0144
BECK	1,875	3,225	0,0144

TABLA 2. Resultados en las variables de personalidad

	Cáncer	No cáncer	α
Conducta Altruista	70,11	26,5	0,000...
Comportamiento Responsable	74,52	52,22	0,001
Energía Vital	47,02	50,03	0,08
Estabilidad Emocional	50,53	47,20	0,06
Distorsión	95,03	82,17	0,02

a) Variables Sociofamiliares.

Los resultados en los distintos factores de la Escala de Clima Familiar fueron:

1. Relaciones. En esta dimensión observamos que no hay diferencias significativas en las subescalas de Cohesión y Expresividad. Si se encuentran diferencias significativas en la subescala de Conflicto.

2. Desarrollo. Dentro de esta dimensión, no se encontra-

ron diferencias estadísticamente significativas en las subescalas de Autonomía, Intelectual-Cultural y Social-Recreativo (los resultados vienen recogidos en la tabla 3). Sin embargo, sí hay diferencias significativas en Actuación y Moralidad-Religiosidad.

3. Estabilidad. En esta dimensión, encontramos que no existen diferencias significativas entre las puntuaciones de ambos grupos en ninguna de las dos

TABLA 3. Resultados de las variables Socio-Familiares

		Cáncer	No cáncer	α
RELACIONES	Cohesión	52,10	49,71	0,28
	Expresividad	44,22	46,48	0,44
	Conflicto	41,35	49,05	0,001
DESARROLLO	Autonomía	49,85	39,07	0,21
	Intelectual-Cultural	18,20	49,43	0,67
	Social-Recreativo	48,32	52,02	0,073
	Actuación	49,85	55,28	0,0013
	Moralidad-Religiosidad	62,70	50,17	0,0086
ESTABILIDAD	Organización	57,22	54,30	0,116
	Control	61,22	54,38	0,34

subescalas Organización y Control (ver resultados en la Tabla 3).

b) Salud Percibida.

En lo concerniente a la primera pasación (octubre de 1997), las diferencias resultaron estadísticamente significativas, no ocurre lo mismo en la segunda (octubre de 1998), donde las diferencias no son significativas. También se compararon los datos de las dos pasaciones en la escala

de salud percibida en el grupo sintomático, obteniéndose resultados significativos (véase Tabla 4).

c) Índice de Recaídas

Los resultados están reflejados en la Tabla 5*.

CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos, podemos determinar que con respecto a:

TABLA 4. Resultados en la Escala de Salud Percibida

	Cáncer	No cáncer	α
Primera pasación	7,26	5,48	0,04...
Segunda pasación	5,07	5,48	0,04...
α	0,03		

TABLA 5. Índice de recaídas en cada tipo de cáncer

	Cáncer de Mama	Cáncer de Riñón
NINGUNA	75%	70%
UNA	20%	25%
DOS	5%	5%

a) Nivel ansiógeno-depresivo. En lo referente al estado ansiógeno previo, los pacientes sintomáticos (grupo cáncer) han sido menos propensos a percibir las situaciones como amenazantes que los sujetos asintomáticos (grupo no cáncer). Respecto a la historia depresiva previa, los pacientes han sido menos tendentes a la depresión. A este nivel hemos observado que se cumple nuestra hipótesis en el sentido opuesto al planteado.

b) Variables de personalidad. Tanto en el factor Afectividad (conducta altruista), como en Tesón (comportamiento responsable en nuestra hipótesis), el grupo sintomático ha sido más altruista, comprensivo y tolerante, así como más responsable, ordenado y diligente que los sujetos asintomáticos. En estos factores la hipótesis se cumple en la dirección esperada. En contraposición, encontramos que no hay diferencias significativas (aunque sí hay cierta tendencia

a la significación), tanto en el factor Energía (dinámico, extravertido y dominante), como en el factor Estabilidad Emocional (equilibrado, tranquilo y paciente). Tenemos que comentar que en la subescala complementaria de Distorsión, observamos, que el grupo cáncer tiende más a ofrecer un perfil falseado de sí mismos.

c) Variables Sociofamiliares. Aquí no encontramos diferencias significativas en las escalas que miden apoyo sociofamiliar: Cohesión, Expresividad, Autonomía, Intelectual-Cultural, Control, Social-Recreativo y Organización, aunque en estas dos últimas hay cierta tendencia a la significación. Así mismo, observamos que los sujetos con cáncer han expresado menos abiertamente los sentimientos de agresividad, ira y cólera; en su familia, las actividades se orientaban menos a la competitividad. También se daba más importancia a las prácticas y valores de tipo ético y religioso que en el grupo control.

d) Salud Percibida. Esta escala nos da información sobre cómo ha evolucionado la percepción del estado de salud de los pacientes cancerosos. Dado que en el grupo control no han apa-

recido diferencias entre ambos momentos, no se puede concluir nada acerca de este grupo. En el primer momento y en contra de lo que cabría esperar, la percepción subjetiva de salud del grupo control es significativamente inferior a la del grupo sintomático. Esto podría ser explicado aludiendo al estado de salud previo de los sujetos cancerosos, que le hacen evaluar cualquier mejoría de un modo exagerado, en contraposición al grupo control cuyo estado de salud no ha sufrido grandes variaciones. Por lo que respecta a la comparación, dentro del grupo canceroso, de las puntuaciones en salud percibida obtenidas en la primera y la segunda pasación, la significación encontrada podría deberse, simplemente, al transcurso del tiempo.

e) Índice de Recaídas. En este apartado, obviamente, sólo nos referiremos al grupo de pacientes. Es interesante observar, no sólo el índice de recaídas per se, sino su relación con las demás variables. Así, pudimos observar que sufren un mayor número de recaídas aquellos sujetos que se acercan más al Patrón de Conducta Tipo C (25%). Hay que tener en cuenta que los resultados

no arrojan un Tipo C claramente establecido en la población estudiada. No obstante, como se dijo anteriormente, ciertos pacientes han obtenido puntuaciones que tienden a la significación. Estos pacientes son aquellos que han sufrido una mayor tendencia a la recidiva.

DISCUSION

De los resultados obtenidos, podemos concluir que no se cumple totalmente la hipótesis de partida, ya que aquellas dimensiones que se esperaban significativas, no han resultado serlo (aunque tienden a la significación), y aquellas que resultaron significativas, lo fueron en sentido opuesto al esperado. Esto nos hace suponer que, con una muestra mayor, se podrían obtener los resultados esperados. Basándonos en los resultados obtenidos en la escala de Distorción, y relacionándolos con los obtenidos en la escala de Salud Percibida, podemos concluir que los sujetos del grupo cáncer tienden a sobrevalorar, en sentido positivo, su historia personal previa a la enfermedad. Todo esto hace dudar de la validez de un estudio retrospectivo como el rea-

lizado, a menos que se controlara dicha distorsión. En relación con el índice de recaídas, y como se dijo anteriormente, aquellos pacientes que tienden más al patrón de conducta Tipo C, sufren un mayor número de recaídas. Esto se podría interpretar como que este patrón, aunque no ha demostrado en el presente estudio ser un factor importante en el desarrollo de la enfermedad cancerosa, puede ser importante a la hora de recaer. Relacionando este punto con el anterior, y siguiendo la teoría de Weisman (1979) de la Supresión Cognitiva, los pacientes podrían estar negando la existencia de la enfermedad. Esto sería un claro ejemplo de una estrategia de afrontamiento etiquetada por Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen (1986) como Distanciamiento (tratar de olvidar). Este mecanismo, unido a los diversos factores estudiados en el presente estudio, en última instancia, podría estar también colaborando a que el índice de recaídas en los pacientes que lo ponen en práctica fuera mayor.

Por último, y a modo de sugerencia para posteriores estudios que puede haber, debemos indicar que el tamaño de la muestra ha

sido un factor determinante en los resultados obtenidos. Posteriores estudios deberán tener este aspecto muy en cuenta.

REFERENCIAS

- Buela-Casal, G. y Moreno, S. (1999). Intervención psicológica en cáncer. En M.A. Simón (dir.), *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Eysenck, H.J. (1985). Personality, cancer and cardiovascular disease: a causal analysis. *Personality and Individual Differences*, 6, 57-75.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., Delongis, A. y Gruen, R.J. (1986). Dynamics of stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Greer, S. y Morris, T. (1975). Psychological attributes of women who develop breast cancer: a controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 19, 147-153.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J., Vetter, H. y Schmidt, P. (1988). Psychosocial types and chronic diseases: results of the heidelberg prospective psychosomatic intervention study. En Maes, Spielberger, Defares y Sarason (dirs.), *Topics in Health Psychology*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Grossarth-Maticek, R., Kanazir, D.T. y Vetter, H. (1982). Psychosomatic factors in the process of carcinogenesis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38, 284-302.
- Grossarth-Maticek, R., Kanazir, D.T. y Vetter, H. (1983). Psychosomatic factors in the process of carcinogenesis: preliminary results of the Yugoslav prospective study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 40, 191-210.
- Grossarth-Maticek, R., Kanazir, D.T. y Vetter, H. (1985). Psychosocial and organic variables as predictors for lung cancer, cardiac infarct and apoplexy: some differential predictors. *Personality and Individual Differences*, 6, 313-323.
- Kissen, D.M., Brown, R.I.F. y Kissen, M. (1969). A further report on personality and psychosocial factors in lung cancer. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 164, 535-545.
- Kissen, D.M. y Eysenck, H.J. (1962). Personality in male lung cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 6, 123-127.
- Morris, T. y Greer, S. (1980). A "Type C" for cancer?. *Cancer Detection and Prevention*, 3, 102.
- Temoshok, L. y Heller, B.W. (1984). On comparing apples, oranges and fruit salad: a methodological overview of medical outcome studies in psychosocial oncology. En C.L. Cooper (dir.), *Psychosocial stress and cancer*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Temoshok, L., Heller, B.W., Sagebiel, R.W., Blois, M.S., DiClemente, R.J. y Gold, M.L. (1985). The relationship of psychosocial factors to prognosis indicators in cutaneous malignant melanoma. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 139-154.
- Weissman, A.D. (1979). *Coping with cancer*. Nueva York: McGraw-Hill Book Company.