



Facultad de Estudios Superiores
IZTACALA



2

105. La Psicología en el Campo de la Salud
Evaluación en la psicología de la salud

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Av. de los Barrios No. 1, Los Reyes Iztacala
C.P. 54090, Tlalnepantla, Edo. de México

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Coordinación de Educación a Distancia

Coordinadora:
Anabel de la Rosa Gómez

Responsable del proyecto:
Alejandra Pamela Saldaña Badillo

Colaboradores:
María Elisa Vaca Ortega
Rodrigo Daniel Medrano Figueroa
Carolina Baron Monjaraz

Edición y Diseño:
María Fernanda Vela Corona
Carmen Alicia Piña Ortega



Reconocimiento-NoComercial-Compartirigual 4.0 Internacional

Guías de estudio es de acceso abierto distribuida bajo los términos de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-Compartirigual 4.0 Internacional. Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados siempre que se cite la fuente con referencia a la Guía y a sus autores. No se puede usar con fines comerciales y los términos legales de cualquier trabajo derivado deben ser los mismos que se expresan en la presente declaración.

Módulo

105. La Psicología en el Campo de la Salud.

Objetivo del módulo

El objetivo general del módulo es presentar los conceptos, las definiciones que se han hecho de la psicología de la salud, los modelos utilizados en la evaluación de los problemas de salud y presentar algunas generalidades sobre en la manera que se relaciona la personalidad con la salud.

Unidad

Unidad 2. Evaluación en la psicología de la salud

Objetivo de la unidad

El alumno comprenderá la importancia de una evaluación psicológica a través de un sistema de diagnóstico que nos permita clasificar las conductas problema; entenderás las características indispensables de un sistema de clasificación, la confiabilidad, la exactitud y la validez; y describirá los aspectos a evaluar relacionados con la psicología de la salud, las características de personalidad y estilos de vida.

Temario

1. Importancia de la evaluación psicológica
2. Alternativas básicas para la construcción de diagnósticos.
3. Garantías científicas de los instrumentos de evaluación psicológica: Confiabilidad y validez.
4. Perspectiva Histórica de los sistemas de categorización psicológica.
5. Sistemas de clasificación diagnóstica: DSM, CIE.
6. Conceptos de estilos de vida o características estilísticas de la personalidad

Autora

Ligia Esther Torre Burgos

CONTENIDO

- | | |
|----|---|
| 5 | Importancia de la evaluación psicológica |
| 6 | Alternativas básicas para la construcción de diagnósticos. |
| 10 | Garantías científicas de los instrumentos de evaluación psicológica: Confiabilidad y validez. |
| 12 | Perspectiva Histórica de los sistemas de categorización psicológica. |
| 13 | Sistemas de clasificación diagnóstica: DSM, CIE. |
| 15 | Conceptos de estilos de vida o características estilísticas de la personalidad |
| 17 | Referencias |

La evaluación en Psicología de la Salud cobra relevancia porque al realizar la evaluación tendremos claridad sobre la situación que enfrenta la persona que cursa con alguna enfermedad, podremos comprenderla y esto nos ayudará en la toma de decisiones sobre el camino a seguir desde el área de la psicología y para desarrollar un trabajo interdisciplinar con otros profesionales de la salud.

La evaluación, debe cumplir con todos los estándares científicos que provean confiabilidad y validez y que además sean realizados con los principios éticos adecuados.

Finalmente, la unidad presenta los estilos de personalidad en cuanto a la perspectiva de la salud, importante también en el trabajo de la promoción de la salud.

Importancia de la evaluación psicológica

El por qué de la evaluación psicológica

5

La Evaluación Psicológica es uno de los campos que tienen una gran utilidad en la Psicología, especialmente cuando hablamos del área de la Salud, evaluar es una tarea importante. Atendiendo lo revisado en la unidad anterior y los niveles de intervención, cuando estamos en el segundo o tercer nivel, saber a qué nos enfrentamos con las personas que presentan algún padecimiento es esencial. Saber no solo desde el área médica, física o biológica, que es con mucha certeza lo que podemos encontrar en los expedientes en un hospital, clínica o consultorio médico particular, sino desde la perspectiva psicológica y social, integrando los aspectos médicos también, cuáles son los retos y dificultades que la persona tiene o puede tener al enfrentar una determinada enfermedad. Por eso es importante realizar evaluaciones que nos permitan tener una visión más integral de la persona que sufre una determinada enfermedad.

Una de las cosas relevantes de la evaluación es que el proceso debe adaptarse a la solicitud de evaluación, el lugar, los tiempos y a las condiciones de la persona a evaluar (Nunes et al., 2006).

La importancia de la evaluación también radica en la elección de los instrumentos que se utilizarán: observación, entrevistas, cuestionarios, pruebas psicométricas, etc., deben ser planeados con cuidado para que la evaluación sea adecuada y los datos obtenidos útiles para la toma de decisión. (Nunes et al., 2006).

Para qué evaluamos en Psicología de la Salud

Estas circunstancias son una invitación para realizar un proceso de evaluación, que nos permita comprender la situación actual de la persona y los recursos que necesitará en vistas hacia el futuro.

La evaluación psicológica se piensa desde una perspectiva científica, pero también humanitaria, que permita hacer una descripción a través del uso de técnicas reconocidas y validadas y un lenguaje profesional y apropiado, lo que sucede con una persona o un grupo de ellas. Se espera que evite rotular o etiquetar (Tavares, 2004, citado en Nunes et al. 2006).

La evaluación psicológica puede servir para una mejor toma de decisiones sobre un diagnóstico diferencial, el tratamiento que debe seguirse y el pronóstico que tiene una persona respecto a la enfermedad que presenta. En ocasiones, es precisamente la evaluación psicológica la que nos permite identificar situaciones psicológicas o psiquiátricas que pueden afectar el tratamiento propuesto, así como la atención brindada por otros profesionales de la salud (Stout y Cook, 1999, citados en Nunes et al., 2006). Los resultados de la evaluación pueden beneficiar el planteamiento a seguir con la persona específica a la que se le brinda atención.

6

Alternativas básicas para la construcción de diagnósticos

Metas de la evaluación psicológica

Cuando realizamos una evaluación psicológica en el campo de la salud es muy importante tener claras nuestras metas de evaluación, qué evaluamos, para qué evaluamos, qué queremos saber en este proceso.

Por ello algunos autores como Belar Deardorff en 1995 propusieron un modelo con las principales metas de evaluación, incluyendo los dominios biológico/físico, afectivo, cognitivo y de comportamiento y en unidades de evaluación que implican al paciente, familia, sistema de salud y contexto sociocultural.

Belar y Deardorff propusieron las siguientes metas de evaluación:

- a) Metas biológicas: relacionadas con todos los síntomas físicos, tratamientos, características de los mismos, exámenes, información médica o procedimientos anteriores.
- b) Metas afectivas: se evalúan los sentimientos del paciente respecto de la enfermedad y el tratamiento, así como los efectos emocionales de este u otros sucesos.
- c) Metas cognitivas: Se evalúa el conocimiento del paciente sobre su situación de salud, el mantenimiento funcional, sus creencias, percepción de control de la situación, el costo beneficio de las opciones de tratamiento y la expectativa sobre las intervenciones.
- d) Metas comportamentales: reacciones del paciente, expresiones, ansiedad, comportamiento sobre el tratamiento, hábitos de riesgo o protectores.

Es importante también visualizar el contexto de la institución de salud en que se atiende a la persona, así como el apoyo familiar y social con el que cuenta el paciente (Belar y Deardorff, 1995, citados en Nunes et al., 2006).

7

Elementos de la Instrumentos de evaluación psicológica

Para realizar la evaluación psicológica tenemos distintas estrategias e instrumentos.

Una parte importante a tener en cuenta en el proceso de evaluación es la comunicación, que juega un papel muy prioritario, saber escuchar a la persona que evaluamos, observar su comunicación no verbal, conocer un poco de su historia y sus creencias para poder llevar a cabo una evaluación completa.

Luego, podemos pensar en qué instrumentos utilizamos: entrevista, observación, diarios, cuestionarios, escalas, pruebas psicométricas, proyectivas.

Para la realización de una evaluación completa se sugiere que se tomen en cuenta varios instrumentos y que además ellos puedan complementarse en cuanto a la información que se va obteniendo de cada una. Lo que sí es imprescindible es siempre realizar la entrevista, la aplicación de test psicométricos y proyectivos sin ella pierden el contexto para una adecuada calificación e interpretación.

En la Psicología de la salud, existen también instrumentos de amplio espectro y otros de estrecho espectro, para lo cual debemos tener en cuenta varios factores, como pueden ser el objetivo de la evaluación, el contexto, el tiempo con el que contamos para la realización de la evaluación, el entrenamiento de quien aplica la evaluación, las características de la situación del paciente, entre otras que pueden aparecer (Karel, 2000; Belar y Deardorff, 1995, citados en Nunes et al., 2006).

Las medidas de amplio espectro son aquellas que nos dan información general de la persona, que no buscan específicamente una problemática, sino un perfil, podemos mencionar por ejemplo el MMPI, que nos permite tener un perfil de personalidad, o el 16PF, que también nos presenta características personales del sujeto en evaluación. Siempre se debe pensar que tenga la validación necesaria para el lugar en que lo estamos usando. Y las medidas de estrecho espectro se refieren a aquella aplicación de pruebas que son específicas para una situación por ejemplo algún Inventario de Depresión, o de Ansiedad, el Examen de Estado Mental, entre otros, que tiene por objetivo darnos datos específicos en algún área del paciente (Nunes, 2006).

8

Finalmente, contemplar que hay algunas situaciones donde ya se han planteado protocolos específicos de evaluación, como pueden ser casos de enfermedades específicas: control y adherencia al tratamiento por diabetes o por VIH, padres y madres de niños de alto riesgo, pacientes y familiares con insuficiencia renal crónica, etc. la intención es facilitar el trabajo del psicólogo de la salud, así como obtener la información propicia para ayudar al paciente y a todo el personal del equipo sanitario a realizar una mejor intervención (Nunes, 2006).

Modelos de evaluación

En Psicología de la salud hay dos modelos principales que se han usado a lo largo del tiempo en la evaluación. EL primero, es un modelo biomédico, desde el cual se entendía y explicaba toda enfermedad, como un producto meramente físico y que no tiene relación con la mente o los aspectos psicológicos en sí mismos.

En 1977, Engel (Belar y Deardorff, 1995) propuso el **Modelo Biopsicosocial** que tomando en cuenta los factores que se relacionan con el proceso de salud enfermedad busca evaluar y comprender a la persona en todos estos aspectos, los biológicos o físicos, los psicológicos, internos y personales y los sociales, familiares, amigos, institución de salud, redes de apoyo, etc.

En la actualidad el modelo por el cual se trabaja en el área de Psicología de la Salud es desde esta mirada biopsicosocial y bajo una perspectiva principalmente cognitivo conductual.

Aspecto	Paciente	Familia	Sistema de cuidado de la salud	Contexto sociocultural
Biológico o físico	Edad, sexo, raza, síntomas, estado de salud, medicamentos, etc.	Recursos económicos, tamaño de la familia, antecedentes familiares, otras enfermedades en la familia	Características del tratamiento y procedimientos médicos, acceso a cuidados de la salud, etc.	Servicios, recurso financieros, redes de apoyo, actividades laborales, aspectos como violencia, guerra, factores globales, etc.
Afectivo	Estado de ánimo, sentimientos sobre la enfermedad, el tratamiento, cuidados de salud, consigo mismo, familia, trabajo, etc. Dificultades emocionales anteriores.	Sentimientos de la familia sobre el paciente, la enfermedad y el tratamiento.	Sentimientos del proveedor de servicios sobre el paciente, la enfermedad y el tratamiento.	Sentimientos de la cultura sobre el paciente, la enfermedad y el tratamiento.
Cognitivo	Estilo de pensamiento, inteligencia, educación, conocimiento sobre la enfermedad, creencias sobre la salud. Actitudes y expectativas. Significado de la enfermedad. Filosofía de vida. Creencias espirituales o religiosas.	Conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento, actitudes y expectativas acerca del paciente y la enfermedad.	Conocimiento y actitud del proveedor de servicios de salud hacia el paciente, la enfermedad y el tratamiento.	Estado actual de conocimiento, actitud cultural y religiosa hacia el paciente y la enfermedad.
Conductual	Nivel de actividad / ejercicio, interacción con otros, hábitos saludables, adherencia a tratamiento, habilidad de controlar síntomas físicos.	Participación en los cuidados del paciente, reforzamiento de conductas saludables, interacciones familiares.	Habilidades para enseñar y entrenar pacientes en su autocuidado, reforzamiento de conductas saludables, competencia cultural y de comunicación con el paciente y familia.	Políticas laborales, leyes que regulan la atención médica, provisión de atención, etc.

Garantías científicas de los instrumentos de evaluación psicológica: Confiabilidad y validez

Confiabilidad

Confiabilidad: "...el coeficiente de correlación entre una forma experimental de un test y una forma hipotéticamente equivalente..." (Spearman, 1927, citado en Fernández-Ballesteros y Calero, 2013,).

En sentido amplio, entendemos la confiabilidad como la exactitud o la precisión con la que es posible medir algo (Aragón, 2011). De manera rigurosa, una confiabilidad completa significa que no hay ningún tipo de error en la medición, que tal cual lo que medimos es el objeto o atributo exactamente. Sin embargo, en psicología no es así, siempre hay un margen de error.

Los errores más comunes en psicología son: la selección de los reactivos, los reactivos, no miden todos los contenidos del atributo que se quieren medir, o tienen más reactivos para alguno de ellos. Otra fuente de error es la aplicación de la prueba, debido a que en ocasiones hay factores de la aplicación "estandarizada" que no están bajo nuestro control. Otra fuente de error es la calificación de la prueba que en ocasiones queda a la interpretación del evaluador.

Todas estas fuentes de error se consideran no sistémicas o aleatorias. Se piensa que algunos de estos errores pueden afectar positivamente los resultados y otros negativamente, pero cuando hacemos una evaluación, entre ellos mismos se contrarrestan y su valor es poco o nada significativo. También hay errores sistemáticos, que pueden afectar de manera importante el resultado de la evaluación. Un error sistemático sería por ejemplo, cuando la prueba mide algo distinto a lo que pensamos que mide, los reactivos están mal planteados, o inducen las respuestas (Gregory, 2002, citado en Aragón 2011).

Para minimizar los errores hay tres pruebas de confiabilidad (Aragón, 2011; Fernández Ballesteros y Calero, 2013):

- Estabilidad de medida o estabilidad temporal de medida, que significa que tomar varias medidas con la misma prueba o pruebas similares a la misma persona en diversos momentos debería dar resultados similares, lo que implica una estabilidad.
- Consistencia interna, que se refiere a que los reactivos son consistentes entre sí, es decir, miden el atributo que se pretende medir.
- Objetividad de registro, que es aplicada por varios evaluadores con resultados similares también.

Validez

Validez: de forma muy general hablamos de validez cuando un instrumento es capaz de hacer lo que se supone que hace: medir, inferir, predecir (Aragón, 2011).

La autora expone que lo que se valida no es el instrumento en sí, sino la interpretación de los datos que se obtienen de él.

Se han estudiado distintos tipos de validez:

- Validez de constructo, que se refiere a la validez externa de un instrumento, es decir, qué tanta relación hay entre el atributo que se mide y lo que la teoría expresa sobre ese atributo.
- Validez de criterio: también se conoce como predictiva y se refiere a la estimación a futuro de una conducta a través de la puntuación obtenida en una prueba.
- Validez de contenido que se refiere a que la prueba tiene una representación de todas las conductas o aspectos del atributo que se pretende medir.

Importancia de ambos conceptos en la evaluación psicológica

Desde la Psicometría, se explica que la confiabilidad y la validez son los dos criterios más importantes para la elaboración de las pruebas psicométricas, eso implica que cuando usamos una prueba psicométrica tengamos la certeza de que cumple con estos dos aspectos, pues son la garantía científica de su utilidad en el área psicológica. No así las pruebas que podemos encontrar en internet o que no han cumplido con estos criterios de forma adecuada.

Cuando hablamos de confiabilidad y validez se hace referencia específica a test o pruebas psicométricas, no toma en cuenta pruebas proyectivas.

Relación entre ellos y la evaluación

Cuando se habla de las pruebas psicométricas y estas características de confiabilidad y validez es importante destacar que la confiabilidad es lo primero que debe observarse, una prueba para ser válida debe ser necesariamente confiable.

La confiabilidad y la validez permiten que podamos realizar una evaluación con cierto grado de certeza. En el proceso de evaluación como se ha visto se utilizan distintos instrumentos que van desde la observación, la entrevista, bitácoras o diarios de la persona a evaluar, datos médicos (en muchos casos), pruebas psicométricas y quizás también proyectivas. Si la evaluación es realizada solo por datos que implican la subjetividad del evaluador, los resultados estarían incompletos y podrían caer en la interpretación subjetiva del evaluador. De ahí que la validez y el contenido tengan un papel relevante en el proceso integral de evaluación.

12

Perspectiva Histórica de los sistemas de categorización psicológica

Desarrollo de los sistemas de categorización psicológica actuales

Desde una perspectiva histórica es posible que los sistemas de clasificación o categorización inicien de manera más contundente con el surgimiento del psicoanálisis a finales del siglo XIX. Durante el siglo XX, hubo miradas encontradas al respecto desde las diferentes corrientes que fueron surgiendo, como el humanismo, que mostraba cierto desacuerdo en la clasificación de trastornos o personas respecto a sus experiencias de vida (Vizcarro, 1996).

Entre los años 1900 y 1938 la OMS patrocina el ICD (International Classification of Diseases, CIE en español Clasificación Internacional de Enfermedades), en el que sólo se especifican las enfermedades mentales con una evidente base orgánica.

Fue después de la segunda Guerra Mundial cuando la necesidad de entender los efectos que la guerra había tenido en los soldados, así como en la población se le da fuerza al nacimiento del DSM (Diagnostic and Statistical Manual) en 1952 (Del Barrio, 2009).

Es entonces cuando se cuestiona mucho a partir del hecho de que el diagnóstico no cuenta con las garantías científicas como la confiabilidad y validez.

De 1952 a la fecha, hay cinco versiones del DSM, la última del año 2013, mientras que el ICD tiene 10 versiones, siendo en la versión de 1948 del ICD-6, cuando se incluyeron trastornos mentales sin base orgánica.

En 1955 se edita el ICD-7, en 1967 en ICD-8 y en 1968 se edita el DSM-II, en 1975 el ICD-9 y en 1978 el ICD-9 CM.

En los años setenta, los procesos de investigación, particularmente los de Feighner (Vizcarro, 1996), generan que se ponga nuevamente atención, al hablar de criterios de inclusión y exclusión en los diferentes trastornos con fines de investigación. Así, hacia los años ochenta son base en estos criterios se edita el DSM-III (1980), que empieza a ser usado en el ámbito clínico de la psicología y que integra los criterios de exclusión, inclusión, así como los cinco ejes diagnósticos que hasta el DSM-IV-TR se usaban para elaborar un diagnóstico (Del Barrio, 2009).

En 1987 el DSM-III edita una versión revisada, mientras que el ICD edita la versión 10 en 1992. El DSM-IV de la APA lanza su versión en 1994, que posteriormente revisa en 1998 y la traduce en el año 2000. La última versión del ICD es de 1996 con una revisión específica en el área de niños.

Estos dos sistemas de categorización o clasificación son los más utilizados, incluso, es posible que el DSM, lo es aún más, ya que se refiere solo a trastornos mentales, mientras que el ICD engloba todo tipo de enfermedades.

Sistemas de clasificación diagnóstica: DSM, CIE

Sistema de clasificación: Se entiende como un conjunto de categorías obtenidas a partir de ciertos criterios (Vizcarro, 1996).

Los dos sistemas de clasificación más usados en el mundo son el DSM (Diagnostic and Statistical Manual) nacido en 1952 en Estados Unidos y con apoyo de la American Psychological Association y, el ICD (International Classification of Diseases), CIE por sus siglas en Español (Clasificación Internacional de Enfermedades), creado en el año 1900 y con apoyo de la Organización Mundial de la Salud (Del Barrio, 2009).

Sistema de clasificación DSM



El DSM surgió en 1952 como respuesta a lo ya publicado por la CIE en su versión 4 de 1948. A través de los años ha pasado por diferentes versiones desde su creación, incorporando cada vez más trastornos, dejando fuera algunos considerados exclusivamente orgánicos, proponiendo los ejes multiaxiales (en el DSM-III) para un mejor diagnóstico (Del Barrio, 2009), y eliminándolos en la última versión de 2013, el DSM-V.

En la actualidad es quizás el sistema de clasificación más usado alrededor del mundo, debido a que engloba la gran mayoría de los trastornos y permite que exista un lenguaje común entre los distintos profesionales de salud mental, sin importar su orientación teórica, aunque su elaboración tiene una clara sintonía con la visión psicoanalítica.

14

El DSM explora con cautela todos los denominados trastornos mentales intentando dar claridad a los criterios que enmarcan a cada uno de ellos, permitiendo al profesional excluir otros trastornos o presentarlos como trastornos conjuntos. También, intenta ayudar al profesional a entender la etiología y tener un tratamiento más certero.

Este manual presenta 21 grandes grupos de trastornos, con una descripción detallada de los mismos, criterios, etiología, etc.

Finalmente reconocer que este manual se ha ido construyendo cada vez con una perspectiva cultural, sin embargo, quizás toma como referencia la cultura occidental, lo que lo deja en desventaja respecto de la CIE en países de Europa o Asia.

Sistema de clasificación CIE

La CIE, nació en 1900, con la intención de clasificar todas las enfermedades existentes, físicas y mentales. De hecho, es hasta la versión 4 cuando se incluye el capítulo 5 (o F), en el que se incluyen las enfermedades mentales.

La CIE también tiene una versión actualizada del 2018 (CIE 11), que sin embargo, no se ha dado a conocer lo suficiente y se sigue utilizando en la mayoría de países aún la versión de la CIE-10.



La CIE presenta 10 secciones en el capítulo de trastornos mentales, 3 de ellos dedicados a trastornos infantiles.

Respecto a la visión cultural, es posible que la CIE tenga un marco más transcultural, por lo que puede ser más usado en países europeos.

Conceptos de estilos de vida o características estilísticas de la personalidad

Estilos de vida

El tema de los estilos de vida tiene una perspectiva más interaccional, da un enfoque distinto a lo que se explicaba a través de los rasgos. Según del Barrio (1996) los estilos de vida se conectan más con formas conductuales que se desarrollan de forma similar a disposiciones y nos llevan a actuar de forma más o menos consistente a través del tiempo.

Algunos autores le han llamado “estilos de vida”, como Adler y otros “Estilos de Personalidad” como Allport y Millon, pero en ambos casos hacen referencia al mismo tema (Del Barrio, 1996).

Es importante notar el efecto que tienen los estilos de vida en la salud de las personas; los estilos de vida saludables nos permiten vivir con mayor bienestar y salud por mucho más tiempo, mientras que los estilos de vida no saludables nos llevan con mayor rapidez hacia la enfermedad (Peirone, Gerardi y Chiusano, 2010).

Hay varios aspectos que se relacionan con estos estilos de vida, o características estilísticas de la personalidad, como también se les denomina. Factores conductuales, cognitivos, personales y ambientales, entre otros. Y se conjuntan en el estudio que se ha hecho de acuerdo a los siguientes tipos de patrón de conducta.

Patrón de conducta tipo A

Antes también mencionado como personalidad tipo A (aún se puede encontrar así en bibliografía actual).

Este tipo de patrón empezó a ser investigado en el campo médico, específicamente en el área de enfermedades del corazón.

Este tipo de patrón fue definido por Friedman y Rosenman, cardiólogos en 1964. Explicaban que era un complejo de acción emoción que llevaba a las personas en una búsqueda continua por sus metas, que suelen ser ilimitadas, en el menor tiempo posible y por sobre todo o todos a quien se tengan que enfrentar (Del Barrio, 1996).

Mussi (2010) explica que se han identificado algunas características como:

- Componentes formales: voz alta, habla rápida, excesiva actividad psicomotora.
- Conductas manifiestas: urgencia del tiempo, velocidad, hiperactividad e implicación en el trabajo, motivación al logro, a la competencia, al éxito, ambición, actitudes y emociones de hostilidad, ira, impaciencia y agresividad.
- Aspectos cognitivos: necesidad de control sobre el ambiente.

Lo encontrado en relación a su salud, es que los varones con este patrón de conducta entre los 45 a 64 años tiene el doble de riesgo de presentar enfermedades como angina de pecho, infarto al miocardio y enfermedad coronaria. En el caso de las mujeres tienen el doble de posibilidades de desarrollar enfermedades coronarias y el triple en el caso de angina de pecho.

También se ha encontrado que en este patrón de conducta suele estar el llamado síndrome AHI, agresividad, hostilidad e ira, con las desastrosas consecuencias que tiene tanto en sus relaciones con otros como en su salud física al permanecer en estados de hipervigilancia o bien de hiperdemanda cardiovascular y neuroendocrina.

Así mismo muestran por sus patrones conductuales más conductas de estilos de vida poco saludables, fumar, beber alcohol, retrasar las revisiones médicas, entre otras. Mientras que el afrontamiento hacia el estrés suelen vivirlo con el denominado síndrome AHI, lo que desfavorece el estado de salud general.

Patrón de conducta tipo B

Los sujetos con este tipo de patrón se caracterizan por ser relajados, diferentes, sin gusto por la competición y por tomarse las cosas con calma (Del Barrio, 1996).

De hecho, cuando se busca información sobre este tipo de patrón es común encontrar que es lo opuesto al patrón tipo A.

Patrón conductual tipo C

De forma similar a lo encontrado respecto de los patrones conductuales tipo A y enfermedades del corazón, los patrones tipo C se han relacionado de forma muy importante con el cáncer.

Del Barrio (1996) dice que sus rasgos distintivos son:

- Interiorización de sentimientos
- Inhabilidad para la comunicación de los mismos

Morris y Greer en 1980 (Fusté-Escolano, 2010) acuñaron el término personalidad tipo C. Fusté-Escolano hace mención de las muchas investigaciones realizadas en el campo y como se ha encontrado también un efecto importante de las conductas en el sistema endocrino, la segregación de ciertas hormonas y químicos que están relacionados con el desarrollo de cáncer.

Referencias

- Aragón, L. (2011). Evaluación Psicológica. Historia, fundamentos teórico-conceptuales y psicometría. México: Manual Moderno.
- Belar, C. y Deardorff, W. (1995) Clinical Health Psychology in medical settings. A practitioner's guidebook. American Psychological Association. Washington, DC, Estados Unidos.
- Castillero, O. (S.f). Diferencias entre DSM-5 y CIE-10. Resumen de las diferencias entre estos manuales médicos muy utilizados en psicología y psiquiatría. <https://psicologiyamente.com/clinica/diferencias-entre-dsm-5-y-cie-10>
- Del Barrio, V. (1996). Evaluación de características estilísticas de la personalidad. En R. Fernández-Ballesteros (Comp.) Introducción a la Evaluación Psicológica, Vol. II. Salamanca: Ediciones Pirámide.

Del Barrio, V. (2009). Raíces y Evolución del DSM. En: Revista de Historia de la Psicología. Vol. 30, núm. 2-3 (junio-septiembre). 81-90.

Fernández-Ballesteros, R. y Calero, M. (2013). Garantías científicas y éticas de la evaluación psicológica. En: Fernández-Ballesteros: Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos. Madrid: Pirámide.

Fusté-Escolano, A. (2010). Comportamiento y Salud. En: Oblitas, L. (coord.) Psicología de la Salud y Calidad de Vida. México: Cengage Learning.

Mussi, C. (2010). Enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer. En: Oblitas, L. (coord.) Psicología de la Salud y Calidad de Vida. México: Cengage Learning.

Nunes, M., García, C. y Alba, S. (2006). Evaluación psicológica en salud: contextos actuales. En: Estudios sociales, julio-diciembre vol. XIV, no. 28. Universidad de Sonora, México. pp.138-161. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-45572006000200005&script=sci_arttext

Peirone, L; Gerardi, E. y Chiusano, E. (2010). La psicología de la salud: elementos teórico-metodológicos y temáticas de base. En: Oblitas, L. (coord.) Psicología de la Salud y Calidad de Vida. México: Cengage Learning.

Vizcarro, C. (1996) Clasificación y criterios diagnósticos de la conducta anormal. En R. Fernández-Ballesteros (Comp.), Introducción a la Evaluación Psicológica Vol. II. Salamanca: Ediciones Pirámide.