



Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta

PSICOLOGÍA PARA ENFERMERÍA Y CIENCIAS DE LA SALUD



DARÍO DÍAZ MÉNDEZ
JOSÉ MIGUEL LATORRE POSTIGO
CÉSAR LEAL-COSTA
SANDRA SALDIVIA BÓRQUEZ

Psicología para Enfermería y Ciencias de la Salud

Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta

Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta

Psicología para Enfermería y Ciencias de la Salud

DARÍO DÍAZ MÉNDEZ

Coordinador del Área Docente de Psicología,
Facultad de Medicina de Ciudad Real

JOSÉ MIGUEL LATORRE POSTIGO

Responsable de la Unidad de Psicología
Cognitiva Aplicada del Instituto de Investigación
en Discapacidades Neurológicas (IDINE),
Facultad de Medicina de Albaceta

CÉSAR LEAL-GOSTA

Decano de la Facultad de Enfermería,
Universidad de Murcia

SANDRA SALDIVIA BÓRQUEZ

Profesora Titular del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental,
Facultad de Medicina,
Universidad de Concepción, Chile



ELSEVIER



ELSEVIER

Avda. Josep Tarradellas, 20-30, 1.º 08029 Barcelona, España

Psicología para Enfermería y Ciencias de la Salud, de Darío Díaz Méndez, José Miguel Latorre Postigo, César Leal-Costa y Sandra Saldivia Bórquez
© 2023 Elsevier España, S.L.U.

ISBN: 978-84-1382-181-8

eISBN: 978-84-1382-436-9

Todos los derechos reservados.

Reserva de derechos de libros

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; 91 702 19 70/93 272 04 45).

Advertencia

La Enfermería es una disciplina en constante evolución. Aunque deben seguirse unas precauciones de seguridad estándar, a medida que aumenten nuestros conocimientos gracias a la investigación habrá que introducir cambios en la atención que se presta a personas, familias y comunidad. Es responsabilidad ineludible de la enfermera determinar los mejores cuidados a cada persona en función de su experiencia y del conocimiento de cada caso concreto. Ni los editores ni los directores asumen responsabilidad alguna por los daños que pudieran generarse a personas o propiedades como consecuencia del contenido de esta obra. Con el único fin de hacer la lectura más ágil y en ningún caso con una intención discriminatoria, en esta obra se ha podido utilizar el género gramatical masculino como genérico, remitiéndose con él a cualquier género y no solo al masculino.

Servicios editoriales: DRK Edición

Depósito legal: B. 19.026 - 2022

Impreso en España

- p0010 El **Dr. Darío Díaz Méndez** es licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid y doctor europeo en Psicología por la misma universidad, habiendo realizado el periodo europeo de investigación en el Institute of Social Psychology de la London School of Economics and Political Sciences. Su tesis, de título *La evaluación del bienestar y su relación con la salud. El modelo del estado completo de salud*, obtuvo el premio extraordinario de doctorado en la convocatoria del año 2007. Ha sido profesor en diferentes universidades, y en la actualidad es el coordinador del Área Docente de Psicología de la Facultad de Medicina de Ciudad Real. Es el investigador principal del grupo de investigación consolidado Emoción y Cognición Social en Contextos Básicos, Clínicos y Educativos (EMOCOG) de la UCLM, y sus líneas de investigación se centran en el estudio del bienestar, la cognición y la metacognición social en ámbitos vinculados con la salud.
- p0015 El **Dr. José Miguel Latorre Postigo** es licenciado y doctor en Psicología por la Universidad de Valencia. Es profesor de Psicología de la Universidad de Castilla-La Mancha desde 1986, habiendo impartido docencia en diferentes titulaciones, y profesor visitante en distintas universidades. Desde la creación de la Facultad de Medicina de Albacete en 1998 se viene encargando de la coordinación de la docencia del Área de Psicología, tanto en pregrado como en posgrado y doctorado. Actualmente, es el responsable de la Unidad de Psicología Cognitiva Aplicada del Instituto de Investigación en Discapacidades Neurológicas (IDINE). Sus líneas de investigación se centran en el estudio de los procesos cognitivos y emocionales en ámbitos aplicados, como la gerontología, la psicopatología o el desarrollo en la etapa preescolar. Desde hace una década está trabajando en el estudio de la memoria autobiográfica, tanto desde un punto de vista neuropsicológico y experimental como en su relación con la psicopatología y la psicoterapia.
- p0020 El **Dr. César Leal-Costa** es doctor por la Universidad Miguel Hernández, enfermero y psicólogo. Profesor titular de universidad en el Departamento de Enfermería y Decano de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia. Facilitador en simulación clínica. Investigador en el grupo ICEBE (Investigación en Cuidados de Enfermería y Práctica Basada en la Evidencia). Editor asociado de las revistas *Psicología de la Salud*, editada por la Universidad Miguel Hernández, y *Revista Española de Comunicación en Salud*, editada por la Universidad Carlos III. Editor académico de las revistas indexadas en *JCR Plus One* (Q2), *Healthcare* (Q3) (número especial sobre simulación clínica) y *Signa Vitae* (Q4) (número especial sobre humanización en cuidados críticos y emergencias). Sus principales líneas de investigación son: a) comunicación y salud; b) simulación clínica; c) diseño y validación de instrumentos de medida; d) enfermería en cuidados críticos, urgencias y emergencias; e) enfermería basada en la evidencia, y f) violencia de género. Es autor de más de 100 trabajos publicados en revistas de alto impacto científico.
- p0025 La **Dra. Sandra Saldivia Bórquez** es licenciada en Psicología y psicóloga por la Universidad de Concepción (Chile); es doctora en Psicología y máster en Cuidados Comunitarios al Enfermo Mental por la Universidad de Granada (España), y magíster en Salud Pública por la Universidad de Chile. En 2010-2011 realizó una estadia posdoctoral en el Department of Mental Health Sciences de la University College London (UCL). Desde 1995 es académica del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. Ha realizado docencia de pregrado y postítulo y en los programas de Doctorado en Psicología y Doctorado en Salud Mental de la Universidad de Concepción, y en programas de doctorado en la Universidad Nacional de Lanús (Argentina) y en la Universidad de Granada (España). Sus líneas de investigación incluyen epidemiología psiquiátrica, salud mental en atención primaria, evaluación y organización de servicios de salud mental y prevención en salud mental; actualmente, investiga sobre salud mental en personas mayores. Es presidenta de la Red MARISTAN y, desde mayo de 2018, directora de Posgrado de la Universidad de Concepción.

Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta

Verónica Astillero-López

Profesora Ayudante, Facultad de Medicina de Ciudad Real, Universidad de Castilla-La Mancha

Miriam Bajo, PhD

Profesora Contratada Doctora Interina, Facultad de Medicina de Ciudad Real, Universidad de Castilla-La Mancha

Purificación Bernabeu, MSc

Psicóloga Sanitaria, Hospital General Universitario de Alicante
Profesora Asociada, Facultad de Medicina, Universidad Miguel Hernández de Elche

Amalio Blanco, PhD

Catedrático de Universidad, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid

Rubén Blanco, NP, PhD

Enfermero, Servicio de Cirugía Cardíaca Infantil, Hospital Universitario Ramón y Cajal

Pablo Briñol, PhD

Profesor Titular de Universidad, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid

Iraida Delhom, PhD

Profesora de Universidad Privada, Facultad de Psicología, Universidad Internacional de Valencia

Darío Díaz, PhD

Catedrático de Universidad, Facultad de Medicina de Ciudad Real, Universidad de Castilla-La Mancha

Enrique Fernández-Abascal, PhD

Catedrático de Universidad, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia

Pablo Fernández-Berrocal, PhD

Catedrático de Universidad, Facultad de Psicología, Universidad de Málaga

Alicia Flores-Cuadrado, PhD

Profesora Contratada Doctora Interina, Facultad de Medicina de Ciudad Real, Universidad de Castilla-La Mancha

Beatriz Gandarillas, PhD

Profesora Ayudante Doctor, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid

José Antonio García del Castillo, PhD

Catedrático de Escuela Universitaria, Director del Instituto de Investigación de Drogodependencias, Universidad Miguel Hernández de Elche

Margarita Gascó, PhD

Investigadora Posdoctoral, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid

Magdalena Gómez-Díaz, PhD

Profesora de Universidad Privada, Facultad de Enfermería, Universidad Católica San Antonio de Murcia

Diana Jiménez-Rodríguez, PhD

Profesora Ayudante Doctor, Facultad de Enfermería, Universidad de Almería

José Miguel Latorre, PhD

Catedrático de Universidad, Facultad de Medicina de Albacete, Universidad de Castilla-La Mancha

César Leal-Costa, NP, PhD

Profesor Titular de Universidad, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia

Alino Martínez-Marcos, PhD

Catedrático de Universidad, Facultad de Medicina de Ciudad Real, Universidad de Castilla-La Mancha

Juan Carlos Meléndez, PhD

Profesor Titular de Universidad, Facultad de Psicología, Universitat de València

Marta Miret, PhD

Profesora Contratada Doctora Interina,
Facultad de Medicina, Universidad
Autónoma de Madrid

Isabel Morales-Moreno, PhD

Profesora de Universidad Privada, Facultad
de Enfermería, Universidad Católica San
Antonio de Murcia

Lorena Moreno

Investigadora, Facultad de Psicología,
Universidad Autónoma de Madrid

Beatriz Navarro-Bravo, PhD

Profesora Titular de Universidad Doctor,
Facultad de Medicina de Albacete,
Universidad de Castilla-La Mancha

M.^a Carmen Neipp, PhD

Profesora Titular de Universidad, Facultad
de Ciencias Sociosanitarias, Universidad
Miguel Hernández de Elche

Marta Nieto, PhD

Profesora Contratada Doctor, Facultad
de Medicina de Albacete, Universidad
de Castilla-La Mancha

Néstor Ortiz, MSc

Profesor Asociado, Facultad de Enfermería,
Universidad de Concepción, Chile

M.^a Pilar Pamplona-Valenzuela, MD, PhD

Médico Adjunto de Neurofisiología, Hospital
General Universitario de Ciudad Real

Cecilia Peñacoba, PhD

Catedrática de Universidad, Facultad
de Ciencias de la Salud, Universidad
Rey Juan Carlos

Olga Pellicer, PhD

Profesora Contratada Doctor, Facultad
de Psicología, Universidad Miguel
Hernández de Elche

Nieves Pons, PhD

Profesora Contratada Doctor, Facultad
de Farmacia, Universidad Miguel
Hernández de Elche

Cristina Reche-García, PhD

Profesora de Universidad Privada, Facultad
de Enfermería, Universidad Católica San
Antonio de Murcia

Blanca Requero, PhD

Profesora Ayudante Doctor, Facultad
de Psicología, Universidad Autónoma
de Madrid

Jorge Javier Ricarte-Trives, PhD

Profesor Titular de Universidad, Facultad
de Educación de Albacete, Universidad
de Castilla-La Mancha

Náyade Riquelme, MSc

Profesora Asociada, Facultad de Enfermería,
Universidad de Concepción, Chile

Jesús Rodríguez-Marín, PhD

Catedrático de Universidad, Facultad
de Medicina, Universidad Miguel
Hernández de Elche

Laura Ros, PhD

Profesora Titular de Universidad, Facultad
de Medicina de Albacete, Universidad
de Castilla-La Mancha

Carlos de la Rosa-Prieto, PhD

Profesor Titular de Universidad, Facultad
de Medicina de Albacete, Universidad
de Castilla-La Mancha

Nora Rovira-Cano, MSc

Psicóloga y Trabajadora Social, Madrid

Elías Rovira-Gil, PhD

Profesor Titular de Universidad, Facultad
de Enfermería de Albacete, Universidad
de Castilla-La Mancha

Daniel Saiz-Sánchez, PhD

Profesor Contratado Doctor Interino,
Facultad de Medicina de Ciudad Real,
Universidad de Castilla-La Mancha

Sandra Saldivia, PhD, MPH

Profesora Titular, Facultad de Medicina,
Universidad de Concepción, Chile

Francisco Javier Sancho-Bielsa, PhD

Profesor Contratado Doctor Interino,
Facultad de Medicina de Ciudad Real,
Universidad de Castilla-La Mancha

David Santos, PhD

Profesor de Universidad Privada, Facultad de Psicología, IE University

Encarnación Satorres, PhD

Profesora Ayudante Doctor, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia

Juan Pedro Serrano, PhD

Profesor Titular de Universidad, Facultad de Medicina de Albacete, Universidad de Castilla-La Mancha

Esther Sitges, PhD

Profesora Titular de Universidad, Facultad de Medicina, Universidad Miguel Hernández de Elche

María Stavraki, PhD

Profesora Contratada Doctora Interina, Facultad de Ciencias de la Salud y de la Educación, Universidad a Distancia de Madrid

Sonia Tirado-González, PhD

Profesora Contratada Doctor, Facultad de Ciencias Sociosanitarias, Universidad Miguel Hernández de Elche

Isabel Úbeda-Bañón, PhD

Profesora Titular de Universidad, Facultad de Medicina de Ciudad Real, Universidad de Castilla-La Mancha

Carlos J. van-der Hofstadt, PhD

Psicólogo Clínico, Hospital General Universitario de Alicante
Profesor Asociado, Facultad de Ciencias Sociosanitarias, Universidad Miguel Hernández de Elche

María Eugenia Visier-Alfonso, PhD

Profesora Asociada, Facultad de Enfermería de Cuenca, Universidad de Castilla-La Mancha

Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta

Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta

- p0010 La sociedad del siglo XXI se enfrenta a un nuevo reto: la salud mental. Este reto se ha hecho todavía más acuciante con la pandemia de la COVID-19. El lema de la salud mental del año 2021 fue «Atención de salud mental para todos: hagámosla realidad», con el que se pretendió instar a los gobiernos de todo el mundo a que establecieran servicios de salud mental de calidad en todos los niveles. De este lema se deduce que la salud mental abarca muchos aspectos, que es cuestión de todos y que necesita una atención de calidad.
- p0015 La salud mental es un componente esencial de la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Una consecuencia fundamental de esta definición es que considera la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales. La salud mental es parte integral de la salud; tanto es así que no hay salud sin salud mental. Además, sabemos que numerosos factores socioeconómicos, biológicos y medioambientales son determinantes de la salud mental y que existen estrategias e intervenciones eficaces para su promoción, protección y tratamiento.
- p0020 La pandemia de la COVID-19 ha tenido consecuencias importantes en la salud mental de toda la población. Numerosos estudios publicados a raíz de la COVID-19 sostienen que las consultas de salud mental se han visto incrementadas hasta 10 veces. En España, y según datos del Centro de Investigaciones Sociológicas, en el primer año pospandemia, un 6,4% de la población acudió a un profesional de la salud mental por algún tipo de sintoma, el mayor porcentaje (un 43,7%) por ansiedad y un 35,5% por depresión. Más del doble de las personas que acudieron a estos servicios de salud mental eran mujeres, por lo que la perspectiva de género es muy importante a la hora de tratar y prevenir la salud mental en la población.
- p0025 No obstante, la salud mental en el continente europeo ya era preocupante antes de la pandemia. En Europa, hay más de 84 millones de personas con trastornos mentales; un total de 165.000 personas mueren al año por enfermedad mental, de las cuales 50.000 son por suicidio. La enfermedad mental es la segunda causa más común de discapacidad en Europa. A modo de ejemplo, se observa que la esperanza de vida de las personas con esquizofrenia es de 68 años en las mujeres y de 60 años en los hombres, es decir, entre 13 y 15 años menor que la del resto de la población. Además, el suicidio es la sexta causa de muerte en la población general y la cuarta causa de muerte entre la población joven y, en algunos países, la repercusión de los trastornos mentales en los jóvenes es mayor que la de todos los demás trastornos médicos juntos.
- p0030 Expertos mundiales sostienen que los problemas de salud mental serán la principal causa de discapacidad en el año 2030 y cerca de un 25% de la población sufrirá algún trastorno de salud mental a lo largo de su vida. Por todo ello se requiere una reflexión, así como medios sanitarios adecuados para no solo tratar, sino promover protocolos y políticas adecuados de prevención de la salud mental.
- p0035 El manual que tengo en mis manos y del que tengo el honor de escribir el prólogo aborda de una forma muy exhaustiva todos los ámbitos que las enfermeras y los enfermeros deben conocer para promover la salud mental y prevenir los trastornos, así como para tratarlos una vez que aparecen los primeros síntomas.
- p0040 Enfermería tiene un rol fundamental en la atención de la salud mental. Numerosos modelos y teorías de atención de enfermería se han centrado en la salud mental. A modo de ejemplo, tenemos la Teoría Psicodinámica de Hildegard Peplau, la Teoría Humanística de Josephine Paterson y Loretta Zderad, el modelo de Relación Persona a Persona que propone Joyce Travelbee o el modelo de la Marea en la Recuperación de la Salud Mental de Phil Barker. No obstante, me atrevería a decir que todos los modelos de atención de enfermería tienen un componente de prevención de la salud

mental, puesto que tratan de forma holística el bienestar de la persona y, por tanto, todos incluyen el bienestar mental.

p0045 Con el paso del tiempo la disciplina de enfermería ha tenido un avance significativo en el ámbito de la salud mental, propiciado por el desarrollo y la divulgación de los modelos conceptuales que sustentan su práctica. Cabe destacar que España estuvo presente en la Conferencia y firmó la Declaración de Alma-Ata, donde se acuñó el concepto de salud tal y como hemos comentado. A partir de aquí se desarrollaron algunas acciones políticas, entre otras, la enfermería de atención primaria fundamentada en la definición de salud y, por tanto, con un rol crucial no solo en el tratamiento, sino en la promoción y prevención de la salud y, por consiguiente, de la salud mental.

p0050 Todo el manual es clave para entender y atender la enfermedad mental, aunque si tuviera que escoger algunos capítulos clave escogería la parte de «Psicología de la salud» (caps. 16 a 25). Dicha sección me parece fundamental para dar respuesta a lo que la OMS está exigiendo para la mejora de la salud mental. Para ello se requiere el desarrollo, y en mi opinión, avanzado de las habilidades de comunicación y relación enfermera-paciente. Este manual, en su capítulo 17, expone cómo estas constituyen una de las competencias esenciales de los diferentes profesionales de la salud. Las habilidades interpersonales y de comunicación no son algo que dependa de la manera de ser de cada profesional o una dimensión secundaria frente a las dimensiones clínicas, sino que se consideran una dimensión susceptible de enseñarse, aprenderse y evaluarse. Los problemas vinculados a la relación profesional sanitario-usuario de salud son frecuentes en la práctica sanitaria, y la insatisfacción de muchos usuarios está relacionada con dichos problemas. Los autores del libro sostienen que las habilidades de interacción social pueden, y deben, ser enseñadas a los profesionales de la salud desde el comienzo de su formación y durante el ejercicio de su profesión. Aunque existen diferentes modelos para explicar la relación profesional sanitario-usuario de salud, en el modelo centrado en el usuario los profesionales sanitarios ejercen una influencia social sobre los usuarios mediante la utilización de habilidades relacionales como el uso de la información que les proporcionan y el modo en que lo hacen. Comparto plenamente estas palabras del manual. Una adecuada formación de las enfermeras y los enfermeros en habilidades de comunicación y relación es clave para la mejora del bienestar de nuestros pacientes y de nuestra población. Por ello, apostar por el aprendizaje y la adquisición de estas competencias contribuirá, en mi opinión, a una mejor salud mental de nuestra población.

p0055 Manuales como este ayudan a los profesores a preparar sus clases con temario actual y bien fundamentado, y a los profesionales de la enfermería, a seguir aprendiendo y formarse en este ámbito tan necesario. Nos orientan, nos dan perspectiva y nos ayudan a unificar criterios profesionales. Asimismo, para los estudiantes, esta obra ayuda en el desarrollo de su autonomía profesional y aumenta su seguridad en la atención de la persona con problemas de salud mental.

p0060 Agradezco a los autores, a los coordinadores de este manual, a los Dres. Darío Díaz Méndez y José Miguel Latorre Postigo de la Universidad de Castilla-La Mancha, al Dr. César Leal-Costa de la Universidad de Murcia y a la Dra. Sandra Saldivia Bórquez de la Universidad de Concepción (Chile) tan inestimable contribución, así como su compromiso con la salud mental. Gracias de veras por este magnífico manual y por facilitar el trabajo de todos los profesores universitarios y enfermeras y enfermeros de salud mental.

p0065

p0070

p0075

Dra. Cristina Monforte Royo
 Presidenta de la Conferencia Nacional
 de Decanas y Decanos de Enfermería
 Directora del Departamento de Enfermería,
 Universitat Internacional de Catalunya

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

PARTE 1 Fundamentos básicos de psicología

- 1 **Introducción a la psicología** 3
Darío Díaz ■ Miriam Bajo
- 2 **Neurociencia cognitiva. Elementos básicos en enfermería** 17
Daniel Saiz-Sánchez ■ Verónica Astillero-López
Carlos de la Rosa-Prieto ■ Alicia Flores-Cuadrado
Isabel Úbeda-Bañón ■ Alino Martínez-Marcos
- 3 **Funciones ejecutivas** 39
Marta Nieto
- 4 **Conciencia y ritmos biológicos** 55
Francisco Javier Sancho-Bielsa ■ M.ª Pilar Pamplona-Valenzuela
- 5 **Atención, sensación y percepción** 73
Laura Ros
- 6 **Aprendizaje** 93
María Stavrakí ■ Beatriz Navarro-Bravo
- 7 **Motivación** 109
Juan Pedro Serrano ■ María Eugenia Visier-Afonso
- 8 **Emoción** 129
Pablo Fernández-Berrocal ■ Enrique Fernández-Abascal
- 9 **Memoria** 161
José Miguel Latorre
- 10 **Pensamiento** 171
Lorena Moreno ■ Beatriz Gandarillas ■ Blanca Requero
David Santos ■ Margarita Gascó ■ Pablo Briñol
- 11 **Desarrollo humano** 197
Juan Carlos Meléndez ■ Encarnación Satorres ■ Iraida Delhom
- 12 **Bienestar** 217
Marta Miret
- 13 **Psicología de la personalidad y su relación con la salud** 235
Cecilia Peñacoba
- 14 **Psicología social** 255
Rubén Blanco ■ Amalio Blanco
- 15 **La familia y otros sistemas de apoyo social en el proceso salud-enfermedad** 273
Cristina Reche-García ■ Magdalena Gómez-Díaz

PARTE 2 Psicología de la salud

- 16 **Psicología de la salud** 287
Jesús Rodríguez-Marín ■ José Antonio García del Castillo ■ Esther Sitges
- 17 **La relación enfermera-paciente** 301
César Leal-Costa ■ M.ª Carmen Neipp ■ Sonia Tirado-González
Carlos J. van-der Hofstadt
- 18 **Comunicación asistencial en enfermería** 313
Miriam Bajo ■ Darío Díaz
- 19 **Manejo del estrés y su afrontamiento en pacientes y personal clínico** 333
Jorge Javier Ricarte-Trives
- 20 **Manejo del dolor en los pacientes** 351
Jesús Rodríguez-Marín ■ Purificación Bernabeu
Carlos J. van-der Hofstadt
- 21 **Manejo de los pacientes con enfermedades crónicas y terminales** 367
Jesús Rodríguez-Marín ■ Purificación Bernabeu
Carlos J. van-der Hofstadt
- 22 **Cuidados de enfermería en personas con alteraciones de salud mental** 381
Néstor Ortiz ■ Náyade Riquelme
- 23 **Manejo del paciente en el medio hospitalario** 397
Nora Rovira-Cano ■ Elías Rovira-Gil
- 24 **Adhesión al tratamiento** 409
Nieves Pons ■ Olga Pellicer ■ Jesús Rodríguez-Marín
- 25 **Educación en salud** 427
Diana Jiménez-Rodríguez ■ Isabel Morales-Moreno
- Índice alfabético 441

Introducción a la psicología

Darío Díaz ■ Miriam Bajo

PUNTOS CLAVE

- El objeto de estudio de la psicología es el análisis de los comportamientos de las personas, así como de aquellos procesos emocionales y cognitivos que los regulan.
- Aunque el conocimiento psicológico cuenta con una larga historia vinculada a la filosofía y los saberes populares, la ciencia psicológica es relativamente moderna.
- La psicología científica ha pasado por diferentes etapas o cambios paradigmáticos. Los más importantes son: la psicología científica de la mente, la psicología científica de la conducta, la psicología holística o gestáltica, la psicología cognitiva y la psicología neurocientífica.
- La psicología actual es una ciencia con un espectro de estudio enormemente amplio y muy diferentes campos de especialización que tiene muchas cosas que aportar en la práctica profesional de la enfermería.
- La aproximación clásica que ha existido desde un punto de vista histórico en las ciencias de la salud se denomina modelo biomédico. Aunque este modelo ha permitido conseguir avances importantes, no considera suficientemente la influencia de los factores psicológicos y sociohistóricos en la salud.
- La alternativa al modelo biomédico es el modelo biopsicosocial. Desde esta aproximación se señala la necesidad de considerar los factores biológicos, psicológicos y sociales, así como las complejas interacciones que surgen entre ellos, para comprender adecuadamente los procesos de salud y enfermedad.
- La psicología y la enfermería son dos disciplinas complementarias que se enriquecen mutuamente a pesar de contar con tradiciones propias y bases teóricas diferentes.

Introducción

La psicología tiene un largo pasado pero una corta historia.

HERMANN EBBINGHAUS

La psicología es la ciencia que estudia el comportamiento de las personas y, en términos generales, de los organismos vivos, así como los procesos mentales (cognición) y emocionales que los regulan.

Hemos querido comenzar este manual de psicología para enfermería y otras ciencias de la salud con una cita del profesor Hermann Ebbinghaus. Su elección no ha sido casual, esta afirmación resume a la perfección el camino que ha recorrido el saber en esta disciplina. La psicología cuenta con un largo pasado, constituido por todo el conocimiento psicológico generado durante siglos

por la filosofía y los saberes populares y cuyo origen tentativo podemos situar en los siglos V y IV a. C. en la Grecia clásica. Estos conocimientos están basados en el método filosófico y son eminentemente esencialistas, de carácter cualitativo y con un objetivo delimitado: definir, analizar y describir la *psyché* o alma de las personas. Sin embargo, la psicología también se define en base a una corta historia, la que está relacionada con el método científico aplicado a los *fenómenos psíquicos* y cuyo comienzo podemos situar en el año 1879 con la fundación por parte de Wilhelm Wundt del primer laboratorio experimental de psicología en la Universidad de Leipzig. En definitiva, un segundo periodo de poco más de un siglo.

Si algo nos demuestra esta larga historia global —en palabras de Ebbinghaus— es el enorme interés que las personas han tenido y tienen en el análisis de la mente y de la conducta de sus semejantes. Un conocimiento marcado por la pasión y que, como ejemplo de su importancia, impregna una buena parte de las mejores creaciones literarias. Seleccionando únicamente dos ejemplos como muestra podemos consultar las obras de teatro de William Shakespeare o las novelas de Miguel de Cervantes, y de manera más específica su *Quijote*. Este conjunto de conocimientos acumulados durante siglos por la cultura y el saber popular no sustituye al conocimiento científico, aunque ha aportado ideas claves que han sido contrastadas posteriormente empleando metodologías experimentales.

La psicología actual, por ahora de corta historia, se basa en la búsqueda de evidencias científicas y genera el conocimiento empleando una metodología rigurosa y sistemática que permite la replicabilidad, es decir, que permite que nuevos investigadores comprueben los resultados obtenidos previamente realizando experimentos conceptualmente idénticos.

La psicología basada en el método filosófico

Lo que caracteriza al conocimiento psicológico generado durante este amplio periodo es la existencia de un método común consistente en la reflexión y el uso de la inducción a partir de la experiencia subjetiva e íntima de una esencia psíquica. Sin embargo, los objetos de reflexión han variado a lo largo del tiempo, delimitándose dos etapas que vamos a desarrollar brevemente a continuación: la psicología del alma y la psicología de la mente.

LA PSICOLOGÍA DEL ALMA

El alma ha sido uno de los objetos de estudio más relevantes para los seres humanos desde el siglo IV a. C., como podemos comprobar en los textos clásicos de Platón y Aristóteles, hasta prácticamente el siglo XVI, época en la que destaca la filosofía humanista y se producen obras como *De anima et vita* (1538), de Luis Vives.

Durante este periodo se concibe el alma o *psyché* como la sustancia o estructura que da vida a las personas. De hecho, etimológicamente el término *psyché* se refiere inicialmente al hálito o aliento que exhala el ser humano al morir. Como ese aire frío permanece dentro de la persona hasta su muerte, su significado se torna en *vida*. En función de los autores, el alma nos permitiría explicar la actividad vital, la capacidad de raciocinio de los seres humanos que permite la generación de conocimiento, o la emergencia de la moral.

LA PSICOLOGÍA FILOSÓFICA DE LA MENTE

Ya en el siglo XV, con la emergencia de la Edad Moderna, comienza una importante transformación intelectual marcada por la aparición de la ciencia moderna. Fruto de este cambio conceptual se empieza a considerar que los fenómenos psíquicos son la manifestación de una sustancia especial, la *sustancia pensante*, tal y como la denominó Descartes. Esta sustancia sería diferente de los cuerpos físicos que se conciben como *sustancias extensas*. Con las ideas de Descartes se manifiesta el dualismo

físico-psíquico. Este dualismo mente-cuerpo todavía impregna la visión actual e influye en las teorías implícitas o ingenuas que las personas construyen sobre la base de sus experiencias vitales sobre diversos fenómenos psicológicos. Un ejemplo característico sería pensar que mi «personalidad» no estaría ligada a mi cerebro. Como veremos en próximos capítulos, lesiones cerebrales provocadas por traumatismos o tumores pueden modificar significativamente la personalidad de los afectados (Barrash et al., 2018). Lo cierto es que el pensamiento filosófico de Descartes y de los filósofos denominados racionalistas, así como el de los filósofos empiristas ingleses, permitió mejorar y perfeccionar un modelo basado en la investigación racional sobre una realidad concebida como *sustancial*, allanando el camino para la aplicación posterior del método científico en la psicología.

La psicología científica y la noción de paradigma

En las ciencias en general, y en la psicología científica de manera particular, se pueden distinguir una serie de etapas marcadas por una evolución rupturista en la generación del conocimiento. Desde la historia de la ciencia se ha empleado habitualmente el concepto de cambio de «paradigmas» para hacer referencia a estos profundos cambios conceptuales. Thomas Kuhn, en su obra titulada *La estructura de las revoluciones científicas* (1962), planteó que las ciencias no avanzan de manera uniforme, sino que lo hacen en dos etapas diferenciadas. En un primer momento se van perfeccionando las teorías existentes de manera que vayan dando mejores respuestas a los problemas planteados y se genere un *modelo* sólido que permita explicar la realidad. En todo este proceso termina por alcanzarse un amplio acuerdo en la comunidad científica, y se genera un «paradigma». El paradigma hace referencia a un conjunto de compromisos compartidos por todos los científicos. Durante esta fase el *modelo* permite la resolución de las diferentes cuestiones nuevas que se van planteando y que, a su vez, se añaden al conocimiento ya generado.

En ocasiones, sin embargo, se plantea un problema o una serie de problemas que el paradigma no permite resolver. Entonces el paradigma actual puede llegar a ser cuestionado al no permitir explicar los resultados científicos encontrados, produciéndose una etapa de crisis que puede finalizar con el establecimiento de uno nuevo mediante una revolución científica. En este caso, el nuevo paradigma debe permitir explicar todos los resultados científicos que explicaba el paradigma anterior y, a su vez, ser capaz de resolver los nuevos problemas encontrados.

Uno de los ejemplos clásicos de cambio paradigmático se produce en la sustitución, dentro de la astronomía, de la concepción «geocéntrica» o «ptolemaica» por la «heliocéntrica» o «copernicana». Es el cambio de considerar la Tierra como centro del sistema celeste a situar el Sol como centro, girando la Tierra, por tanto, a su alrededor. En este caso, Nicolás Copérnico (1473-1543) decidió abandonar el paradigma geocéntrico porque no permitía explicar con exactitud los movimientos de los planetas ni era capaz de predecir los eclipses con la suficiente precisión. El nuevo modelo resolvía estas cuestiones y, además, los resultados de sus cálculos se ajustaban mejor a los datos.

La evolución del conocimiento científico psicológico presenta una serie de etapas que, en cierta medida, representan «modelos» diferentes o cuasi-paradigmas diferenciados en función de su «objeto de estudio» y del «método» empleado para conocerlo. Aunque dichas etapas no pueden ser consideradas como «verdaderos paradigmas», se consideran modelos diferentes y conocerlos nos permite comprender mejor el curso histórico de esta ciencia, así como su situación actual. Por esta razón, en el siguiente epígrafe vamos a profundizar en cada uno de ellos.

Diferentes etapas en la psicología científica

LA PSICOLOGÍA CIENTÍFICA DE LA MENTE

Como comentábamos en la introducción, la psicología científica cuenta con una *corta historia* cuyo comienzo podemos situar en el siglo XIX con la fundación en 1879 por parte de Wilhelm Wundt

del primer laboratorio experimental de psicología en la Universidad de Leipzig. Este primer cambio paradigmático dentro de la psicología se produce cuando varios investigadores comienzan a aplicar los conceptos de la ciencia moderna al campo de la mente, entendida como un conjunto de capacidades que permiten la existencia de una experiencia consciente. Por tanto, se produce un cambio que consiste en la sustitución de las *sustancias* por la metodología experimental, la generación de teorías y la búsqueda de leyes universales. De esta manera en esta etapa tiene lugar un importante cambio conceptual, al considerar el conocimiento de los fenómenos mentales no como algo filosófico, sino científico positivo, aproximándose a otros saberes como la biología o la fisiología.

Durante esta etapa, el objetivo fundamental de los investigadores consiste en intentar explicar la experiencia subjetiva propia de los seres humanos mediante el estudio de los principales fenómenos mentales (el pensamiento, la memoria, los sentimientos, la imaginación, etc.) y su relación con los procesos biológicos que se producen en el cuerpo (cerebrales, metabólicos, etc.) y con los cambios físico-químicos que se producen en el medio físico que rodea a dicho organismo. En definitiva, los investigadores intentaron aplicar la metodología y los conceptos provenientes fundamentalmente de la fisiología al estudio de los fenómenos de vida subjetiva y consciente que define la experiencia humana. Como ejemplo, una de las ideas fundamentales dentro del estudio de la percepción visual fue la «constancia de estímulo», que relacionaba una sensación con un estímulo particular. Por tanto, cada cambio en el estímulo daba lugar a un cambio sensorial-experiencial. Es la interacción inconsciente entre elementos y asociaciones de sensaciones lo que provoca que la percepción nos parezca constante a pesar de la existencia de variaciones sensoriales.

Al aplicar la metodología experimental para intentar estudiar la mente, los científicos de la época tuvieron que basarse en los datos subjetivos provenientes de la introspección. Para ello se entrenaba a los sujetos para que fueran capaces de observar con precisión sus estados internos. Fue precisamente la subjetividad de los datos empleados la que provocó la emergencia de una nueva etapa, al buscar los investigadores una ciencia más rigurosa que empleara datos objetivos.

LA PSICOLOGÍA CIENTÍFICA DE LA CONDUCTA

Los investigadores interesados en el estudio del comportamiento humano buscaron una nueva perspectiva para intentar hacer más objetiva la psicología como ciencia positiva, así como crear una metodología que permitiera la replicabilidad o repetición de los experimentos por parte de otros colegas. Dado que la mente y los fenómenos mentales no podían, a principios del siglo XX, ser estudiados más allá de las experiencias individuales subjetivas comentadas por los propios sujetos que eran objeto de análisis, y que, por tanto, difícilmente podían ser sometidos a contraste por otros estudios, los investigadores buscaron otro objeto que pudiera ser objetivable, medible y cuantificable, y sobre todo que pudiera observarse directamente. Y se fijaron en la conducta de las personas.

Tras este giro conceptual, al comienzo del siglo XX, John B. Watson propuso que la psicología debía considerarse la «ciencia de la conducta» fundando la escuela conductista, de la que hablaremos en el siguiente epígrafe. Watson propuso que todas las conductas de las personas podían descomponerse en un entramado, más o menos complejo, de estímulos y respuestas. Por esta razón, este paradigma también es conocido como «paradigma de estímulo-respuesta o E-R». La idea de Watson era aplicar a las personas los principios del condicionamiento clásico desarrollado por Ivan Pavlov en perros, y por el que obtuvo el premio Nobel en Fisiología o Medicina en 1904. Estos principios, que fueron revolucionarios en su época, los estudiaremos dentro de las leyes del aprendizaje en el capítulo 6.

Para demostrar que las ideas de Pavlov se podían aplicar al estudio del comportamiento humano, Watson y su asistente Rosalye Rayner diseñaron una investigación conocida como «el experimento del pequeño Albert», que fue publicada en el año 1920 en el *Journal of Experimental Psychology*. El objetivo era saber si un niño de corta edad podía condicionarse a la presentación simultánea de un ratón (al cual no tenía miedo) y un ruido fuerte al golpearse una barra (que sí que le producía

miedo), y si dicho miedo podría generalizarse a otros animales. Tras la presentación simultánea durante varios ensayos de ambos estímulos, la mera presencia del ratón producía que el niño llorara en presencia del animal (aunque no se golpeará la barra ni estuviera presente). Los investigadores también consiguieron que el miedo se generalizara a otros animales como perros e incluso objetos (lana, abrigos, etc.). Este experimento produjo un gran debate sobre los límites de la experimentación conductual con personas, y actualmente se considera contrario a los principios éticos que deben guiar la experimentación científica.

Este periodo conductista se caracterizó por ser marcadamente objetivista, y a día de hoy todavía tiene una gran influencia en la psicología científica, aunque ha integrado sus conocimientos con los producidos desde otras perspectivas. A pesar del conocimiento generado, y dada la existencia de resultados científicos que no podían explicarse empleando únicamente este paradigma, poco a poco emerge otra perspectiva con la que se solapa parcialmente en el tiempo, la psicología *holística* o *gestáltica*.

LA PSICOLOGÍA HOLÍSTICA O GESTÁLTICA

El psicólogo alemán Max Wertheimer siempre había estado interesado en el estudio de la percepción óptica del movimiento. Durante un viaje en tren, en el año 1910, se sorprendió al contemplar un anuncio luminoso compuesto por bombillas que se encendían y apagaban en una rápida secuencia transmitiendo la sensación de las que luces se movían a lo largo del borde del cartel publicitario. Le llamó poderosamente la atención el hecho de que, aunque las bombillas estaban fijadas en el soporte, él percibía fundamentalmente un «movimiento aparente». Parecía una contradicción: bombillas fijas y luz en movimiento. Para intentar resolver sus inquietudes, junto con dos asistentes, Wolfgang Köler y Kurt Koffka, comenzó a experimentar utilizando un estroboscopio, un instrumento que permite emitir destellos de luz con una frecuencia regulable para iluminar imágenes. Sus investigaciones estaban relacionadas con los descubrimientos de la época, dado que a finales del siglo XIX la sociedad estaba fascinada con el invento del cinematógrafo: la proyección de una serie de fotografías fijas de un determinado movimiento, con un adecuado lapso de tiempo entre ellas, permitía observar el movimiento. Lo que Wertheimer y sus colaboradores descubrieron es que las personas no vemos una fiel reproducción de la realidad, en el ejemplo anteriormente comentado bombillas que se encienden y se apagan, sino un movimiento que bautizó como fenómeno *phi*.

Con los experimentos sobre la percepción del movimiento comenzaron a gestarse las bases de la psicología de la Gestalt, que trataremos más profundamente cuando hablemos de la percepción en el capítulo 5. Estos experimentos demostraron que, cuando miramos, no percibimos los elementos de forma aislada como piezas de un mosaico que luego constituyen la imagen total, sino que percibimos una «estructura global» que puede condicionar la percepción de los elementos individuales. Este es uno de los puntos esenciales de esta escuela: los investigadores son contrarios a toda posición «elementalista» o atomista. Lo más importante es la vivencia total y global. De ahí su radical oposición tanto a Wundt como al conductismo. Además, se trata de describir el fenómeno tal y como es; es decir, adopta una posición «fenomenológica» heredera de la filosofía de Edmund Husserl.

Las investigaciones sobre las imágenes «reversibles», como el jarrón o copa diseñado por el psicólogo danés Edgar Rubin, son otras de las investigaciones clásicas de los psicólogos gestálticos. Sin que cambie la sensación —imagen— cambia su organización o forma, lo que provoca que se vea la copa/jarrón o los dos rostros humanos. Por tanto, la forma sería una realidad de «segundo orden» que permite organizar y dar sentido a las partes que componen la escena. Las ideas propuestas desde la psicología gestáltica pueden resumirse con una única frase: «El todo es mayor que la suma de sus partes». En el caso del jarrón de Rubin (fig. 1.1), un elemento puede percibirse como el cuello central del jarrón o como dos narices enfrentadas; es decir, cambia su sentido en función de la forma dominante. En esta misma ilustración podemos observar la noción de «figura» y «fondo». La percepción se organiza mediante una «figura» de contornos más nítidos que emerge sobre un



Figura 1.1 Jarrón o copa de Rubin.

«fondo» menos determinado que parece extenderse detrás del objeto. En función de que alternemos la figura y el fondo, observaremos las dos caras o el jarrón. Esta organización de figura-fondo permite comprender nuestra percepción del mundo, por qué vemos el mundo como lo vemos. Percibimos objetos más cercanos o lejanos que destacan sobre un espacio que hace de fondo.

Frente a las propuestas de Wundt, basadas en la «constancia del estímulo», la psicología de la Gestalt considera la constancia como algo primario, mientras que los elementos o partes constituyentes son secundarios. Es lo que se conoce como «constancia de objeto». Existe, por ejemplo, la constancia del color, de la forma, del tamaño, como veremos en el capítulo 5.

LA PSICOLOGÍA COGNITIVA

Como señalábamos anteriormente, la psicología científica de la conducta se caracterizaba por emplear un paradigma de estímulo-respuesta (E-R). De forma análoga al desarrollo de la ciencia computacional, diferentes investigadores comenzaron a preguntarse en la segunda mitad del siglo XX si al igual que pasa con un ordenador que proporciona resultados en función de un *software* que permite procesar los datos, no debería prestarse más atención a la cognición o pensamiento para entender las conductas de las personas. Dicho de otro modo, la conducta no puede ser explicada considerando únicamente los estímulos y las respuestas (E-R), sino que también debemos considerar los procesos mentales que producen dichas respuestas. No es algo nuevo, pero en este momento histórico existe una importante ventaja, la tecnología ha mejorado, y ahora existen herramientas (computadores) que nos permiten simular el funcionamiento de la mente humana. Pasamos, por tanto, a un paradigma de estímulo-organismo-respuesta (E-O-R).

La psicología cognitiva surge hacia 1960 y se construye en torno a la metáfora del ordenador: el cerebro puede compararse con un ordenador. El ordenador recibe entradas de información (*inputs*) y mediante diversas operaciones empleando programas (o *software*) que se ejecutan mediante unos componentes determinados (o *hardware*) produce un resultado que puede considerarse como una respuesta (*output*). El cerebro también emplea símbolos y reglas para realizar operaciones (incluso tiene un lenguaje para referirse a sus propias operaciones denominado metalenguaje), y posee unos componentes específicos (o *hardware*). Empleando esta metáfora, una de las líneas de investigación iniciales más desarrollada desde esta perspectiva es la de la «simulación» de procesos de comportamiento mediante el uso de computadoras. Una de las ideas más importantes que ha emergido de la psicología cognitiva es la idea de modularidad propuesta por Jerry Fodor: la mente estaría constituida por un conjunto de módulos específicos especializados en un tipo de proceso o actividad. Frente a las teorías tradicionales de la mente en las que se considera que tiene una arquitectura horizontal (la mente es como una «navaja de Albacete») con un solo filo

multifuncional), desde la «hipótesis de la modularidad» se la concibe de manera modular (la mente es como una navaja suiza compuesta por diferentes herramientas especializadas en tareas muy específicas).

Desde la psicología cognitiva se han estudiado multitud de fenómenos. Uno de los experimentos clásicos más conocidos es el que realizó George A. Miller (que posteriormente sería nombrado presidente de la American Psychological Association en 1969) en 1957. Esta investigación de título «The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information» («El número mágico siete, más menos dos: Algunas limitaciones a nuestra capacidad para procesar información») fue publicada en la revista *Psychological Review* y es una de las más citadas en la historia de la psicología. En dicho trabajo se propone que somos capaces de retener unos siete ítems de información, con un margen de dos más o menos. La clave es cómo estructuramos o codificamos esos bloques de información. Por ejemplo, podemos retener aproximadamente siete dígitos sueltos, pero si los agrupamos en bloques de tres entonces podríamos recordar unos 21; si quiere hacer la prueba dirija su atención a la [figura 1.2](#). Dado que nuestro cerebro no es capaz de procesar toda la información del entorno, como señalaba Miller, los investigadores se interesaron por cómo se selecciona la información. Es el estudio de la atención, que desarrollaremos en el capítulo 5. En esta área, Donald Broadbent (1958) realizó una serie de experimentos donde los participantes oían series de números diferentes a través del oído izquierdo y del derecho, una metodología denominada «escucha dicótica», que luego debían intentar repetir al experimentador. En base a estos estudios desarrolló una teoría sobre la atención basada en la idea de que los canales de procesamiento tenían una capacidad limitada que obligaba a que, tras almacenar la información en un «almacén» a corto plazo, se seleccionaran aquellos contenidos (o canales de información) con los que se iba a trabajar mediante un filtro. El estudio de esos «almacenes» o de cómo se estructura la memoria es otro de los temas que recupera la psicología cognitiva empleando la metáfora del ordenador. Los computadores tienen una «memoria» donde se almacena la información necesaria para realizar las operaciones solicitadas. Las personas tienen también una memoria que permite conservar y recuperar informaciones que previamente han sido almacenadas. Richard Atkinson y Richard Shiffrin propusieron en 1968 uno de los primeros modelos sobre la memoria humana. Esta estaría compuesta por una serie de «almacenes» diferentes: memorias sensoriales (vinculadas a las modalidades sensoriales y de duración menor a un segundo o dos), memoria a corto plazo (MCP) (que conserva sus materiales durante segundos) y memoria a largo plazo (MLP). A día de hoy disponemos de modelos actualizados mucho más precisos, como veremos en el capítulo 9.

<p>En el cuadro de la derecha se presenta una serie de 18 números. Por favor, dedique unos minutos a memorizarlos y no continúe leyendo hasta no haberlo hecho.</p>	<p>256987541235487545</p>
<p>Ahora coja lápiz y papel e intente reproducir los números en el mismo orden. La memoria humana es capaz de retener entre 5 y 9 ítems, por lo que no habrá podido reproducir la secuencia completa. Si quiere conseguirlo, agrupe los números en conjuntos de tres, tal y como muestra el cuadro de la derecha. Verá como ahora sí será capaz.</p>	<p>256 987 541 235 487 545</p>

Figura 1.2 Comprobación del número mágico 7 ± 2 .

Finalmente, otro de los aspectos que llamó especialmente la atención de los psicólogos cognitivos fue el estudio del lenguaje. De hecho, esta nueva perspectiva teórica surge, entre otros factores, por la necesidad de generar una teoría del lenguaje que permitiera explicar los resultados científicos encontrados, y que los psicólogos conductistas no podían construir al no considerar la mente. Muchos investigadores trabajaron en este campo, como Noam Chomsky, Walter Kintsch o Jacques Mehler entre otros, tal y como veremos en el capítulo 10.

LA PSICOLOGÍA NEUROCIÉNTIFICA: NEUROCIENCIA COGNITIVA Y NEUROCIENCIA SOCIAL

Para explicar el último cambio de paradigma acontecido en la psicología debemos recuperar el nombre de alguien que ya hemos mencionado, George A. Miller. En esta ocasión en compañía de otro gran investigador, Michael S. Gazzaniga, y situarlos a finales de la década de 1970 en los asientos traseros de un taxi que recorre Nueva York. En ese lugar surgió por primera vez el nombre de *neurociencia cognitiva*, en un intento de reforzar el estudio del sustrato cerebral de la mente. Dentro de un ámbito más formal, el término se utiliza por primera vez en un curso dirigido por ambos investigadores e impartido en 1976 en el Cornell Medical College. Comienza un nuevo cambio impulsado por la necesidad de comprender cómo la función cerebral produce las actividades mentales estudiadas por los psicólogos cognitivos (percepción, memoria, lenguaje, etc.). Fruto de un cierto agotamiento de los enfoques empleados hasta ese momento se dirige el foco de atención hacia el cerebro. Esta nueva perspectiva termina por cimentarse en 1984 con la publicación del libro *Handbook of Cognitive Neuroscience* por parte de Gazzaniga.

La rápida expansión de esta aproximación conceptual, así como la emergencia de resultados novedosos, están muy vinculadas con el desarrollo de las modernas técnicas de neuroimagen. Aunque los investigadores siempre han estado muy interesados en el estudio de las bases biológicas vinculadas con la cognición, la emoción y el comportamiento, históricamente han existido importantes limitaciones metodológicas que han lastrado considerablemente la investigación experimental. Los principales instrumentos que han permitido superar estas dificultades son la electroencefalografía (EEG), la magnetoencefalografía (MEG), la tomografía por emisión de positrones (PET) y la resonancia magnética nuclear funcional (RMNf). Las dos primeras tienen una excelente resolución temporal, es decir, nos permiten conocer el curso de los procesos psicológicos (obtienen información en milisegundos). Además, implican una medición directa de la actividad eléctrica (magnética) cerebral. La EEG cuenta con una baja resolución espacial, mientras que en la MEG es aceptable. Tanto la PET como la RMNf tienen una pobre resolución temporal (la actividad cerebral se produce en milisegundos, mientras que las imágenes obtenidas con estas técnicas tardan segundos o minutos en generarse), pero una buena resolución espacial, excelente en el caso de esta última (menos de unos 10 mm generalmente), y nos permiten estudiar el metabolismo implicado en los procesos psicológicos (PET) y la localización precisa de las áreas cerebrales implicadas en dicho procesamiento (RMNf). En el capítulo 2 desarrollaremos con más profundidad los fundamentos de cada una de ellas.

La emergencia de todas estas técnicas, así como los avances en otras disciplinas relacionadas como la genética, han contribuido notablemente al estudio del comportamiento humano desde una perspectiva multidisciplinar (van Erp et al., 2018). De hecho, la psicología científica actual emplea un enfoque multidimensional considerando variables de análisis biológicas, psicológicas y sociales. No solo las estudia aisladamente, sino que analiza las mutuas influencias que se producen entre cada una de ellas desde una perspectiva interaccionista. Además, para explicar el comportamiento (y la cognición) emplea niveles de análisis que van desde enfoques micro (p. ej., moleculares) hasta macro (socioculturales). Asimismo, la generación de conocimiento a día de hoy se basa en el método científico, que es lo que conocemos como psicología basada en la evidencia.

La psicología en la enfermería y en otras ciencias de la salud

Tradicionalmente desde las ciencias de la salud clásicas se ha considerado la psicología como una «ciencia blanda», alejada del rigor científico y metodológico necesario para generar un conocimiento válido y fiable. Como hemos visto en el apartado anterior, el estudio de la mente y del comportamiento ha estado muy condicionado por las técnicas existentes en cada momento histórico, lo que en cierta manera puede justificar esa concepción. Estas creencias, junto con otros factores, han limitado hasta hace relativamente poco tiempo su expansión, a pesar de que puede aportar un conocimiento realmente útil para el ejercicio profesional de la enfermería y otras ciencias de la salud. Además, la psicología es una ciencia con un espectro de estudio enormemente amplio y muy diferentes campos de especialización. Este hecho dificulta enormemente que los profesionales puedan conocer qué pueden aportar las ciencias del comportamiento en la práctica clínica de los trabajadores relacionados con la salud (Motyka et al., 1997). En la [tabla 1.1](#) se presentan los principales campos de especialización de la psicología y cuáles pueden ser algunas de sus contribuciones.

A pesar de estas reticencias históricas, durante las últimas décadas en prácticamente todos los planes de estudio de las titulaciones clásicas vinculadas a las ciencias de la salud de los países

TABLA 1.1 ■ Ámbitos de especialización en la psicología

Especialidad	Ámbito de estudio	Relevancia para la enfermería y otras ciencias de la salud
Psicología básica	Procesos básicos: percepción y atención; motivación y emoción; lenguaje; pensamiento	Comprensión y gestión de las emociones del paciente y de otros profesionales sanitarios Incremento de la adherencia al tratamiento Mejora de la comunicación con el paciente Análisis de las conductas de riesgo Conocimiento sobre cómo se ven afectados estos procesos por diferentes patologías
Psicología educativa y del desarrollo	Aprendizaje y educación. Desarrollo y cambio a lo largo de los ciclos vitales	Desarrollo de nuevas herramientas y metodologías para la formación de profesionales de enfermería y otras ciencias de la salud Mejora de los programas de educación en salud
Psicología social y de las organizaciones	Interacciones sociales, grupos y organizaciones	Mejora de las interacciones entre personal de enfermería (profesional sanitario) y enfermo Desarrollo de habilidades para el trabajo en equipo en el ámbito de la salud
Psicología clínica	Trastornos mentales	Mejora en la comprensión de los trastornos mentales Conocimiento de los tratamientos y técnicas de intervención más eficaces
Psicología de la salud	Aspectos psicológicos relacionados con la salud	Conocimiento y promoción de las conductas saludables y erradicación de las no saludables Incremento del bienestar de las personas enfermas Aumento de la calidad de vida en dolencias crónicas Manejo eficaz del dolor y reducción del sufrimiento del enfermo

europesos y americanos, y especialmente en los grados de enfermería, se han incrementado considerablemente los contenidos relacionados con la psicología. Aunque existen muchos factores que pueden explicar este fenómeno (como el trabajo realizado por los colegios y asociaciones profesionales o las sociedades científicas), una de las principales razones son las demandas y requerimientos que realizan los propios pacientes. No debemos olvidar su papel central en todos los sistemas de salud. Vamos a citar un único ejemplo: la comunicación asistencial. En primer lugar, como veremos con más detalle en el capítulo 24, es uno de los factores más importantes para lograr una buena adhesión terapéutica (Zolnierek y DiMatteo, 2009), entendida como el grado de cumplimiento por parte del paciente de las instrucciones proporcionadas por el personal sanitario (toma de medicación, seguimiento de una dieta, modificación de hábitos de vida). Por tanto, formar a los futuros profesionales para que tengan unas adecuadas habilidades de comunicación que permitan una buena interacción con los pacientes es fundamental, como veremos en el capítulo 18, y los factores psicológicos son clave para ello.

LA PSICOLOGÍA Y EL CONCEPTO DE SALUD

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

PREAMBLE TO THE CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION AS ADOPTED BY THE INTERNATIONAL HEALTH CONFERENCE, NEW YORK, 19-22 JUNE, 1946; SIGNED ON 22 JULY 1946 BY THE REPRESENTATIVES OF 61 STATES (OFFICIAL RECORDS OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION, NO. 2, P. 100) AND ENTERED INTO FORCE ON 7 APRIL 1948.

Comenzamos este epígrafe con la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro de sus estatutos fundacionales: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». A pesar de esta declaración, lo cierto es que la concepción *de facto* que emplea una gran mayoría de profesionales la vincula únicamente a la ausencia de patologías. Es el lenguaje de la «ideología de la enfermedad» que durante muchos años ha estado presente en la práctica clínica: si no estamos enfermos es que tenemos salud. Como reacción a esta perspectiva, diferentes autores como Aaron Antonovsky o Corey Keyes han propuesto modelos que consideran la salud como un continuo comprendido entre un estado óptimo de bienestar y un estado de completa enfermedad, tal y como muestra la figura 1.3. En el caso del modelo de Corey Keyes, conocido como Modelo del Estado Completo de Salud (Keyes, 2005), incluso se proponen una serie de indicadores para cuantificar el bienestar, así como instrumentos para su medición como las *Escalas de Bienestar Psicológico*, las *Escalas de Bienestar Social* o la *Escala de Satisfacción con la Vida*. Por tanto, la salud es mucho más que la ausencia de enfermedad; el bienestar de los pacientes, así como su calidad de vida, también forma parte de ella (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Estos modelos han permitido el desarrollo de



Figura 1.3 Continuo salud-enfermedad. (Tomado de Keyes, 2005.)

técnicas de intervención destinadas a mejorar la presencia de salud positiva en los pacientes (Shi et al., 2020) e incluso en el propio personal sanitario (Kloos et al., 2019). Evidentemente uno de los objetivos más importantes de las ciencias de la salud consiste en intentar tratar las enfermedades, pero debemos hacerlo desde un enfoque *holista*, considerando la salud del paciente desde diferentes niveles de análisis.

Cuando repasábamos en epígrafes anteriores las diferentes etapas que ha atravesado la psicología, prestábamos una especial atención a las ideas de René Descartes y cómo condujeron a un dualismo mente-cuerpo que todavía se encuentra presente de manera implícita entre muchos profesionales sanitarios. Este dualismo explica la existencia de una perspectiva excesivamente biologicista en las ciencias de la salud: hay que buscar en el interior del sujeto los procesos anatomofisiológicos vinculados con las causas de la patología. El problema de esta aproximación es que conduce a un modelo de paciente encasillado dentro de los estrechos límites de un organismo individual donde se prescinde de todo lo que acontece a su alrededor a la hora de analizar las diversas manifestaciones de su salud; es decir, se considera al sujeto suspendido en un vacío sociohistórico. Se trata, por tanto, de una perspectiva ciertamente reduccionista.

De hecho, en las últimas décadas se han realizado importantes estudios que han demostrado la importancia de los factores sociales en la salud. Citaremos dos ejemplos. En primer lugar, un riguroso artículo titulado «Social Relationships and Health» publicado por el equipo del doctor James House (1988) en la revista *Science*. En los resultados de este estudio se demostraba por primera vez en una revista de alto impacto científico que el aislamiento social era uno de los principales factores de riesgo para la mortalidad, es decir, que podía provocar efectos biológicos directos. En este sentido, profundizaremos en la influencia social en el capítulo 14. El segundo ejemplo tiene que ver con uno de los resultados más sólidos encontrados por los investigadores en salud pública: las personas de clases sociales humildes tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades (morbilidad) y de morir (mortalidad). Vilhem Borg y Tage S. Kristensen (2000) investigaron cuáles podrían ser las causas y encontraron que el diferente estilo de vida (p. ej., la existencia de una dieta menos equilibrada compuesta por productos de menor calidad) y las condiciones más duras de trabajo eran dos de las principales. El acceso a los recursos de salud es otro de los factores fundamentales, algo que debe tenerse muy en cuenta a la hora de diseñar las políticas públicas de salud. Por tanto, los factores psicosociales desempeñan un papel extraordinariamente importante en la salud de las personas, y por eso deben ser considerados para dar una respuesta satisfactoria a los ciudadanos. Es algo que vamos a desarrollar en el siguiente epígrafe, el paso del modelo biomédico clásico al modelo biopsicosocial.

DIFERENTES APROXIMACIONES AL ESTUDIO DE LA SALUD: EL MODELO BIOMÉDICO CLÁSICO Y EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL

La aproximación clásica que ha existido desde un punto de vista histórico en las ciencias de la salud se denomina modelo biomédico. Como ya hemos señalado, esta perspectiva asume que todas las enfermedades pueden ser explicadas en términos de procesos anatomofisiológicos. Por esta razón, se considera implícitamente que el tratamiento actúa sobre la enfermedad, no sobre la persona. Otra consecuencia es que no se consideran los factores psicológicos y sociales, dado que desde esta perspectiva se presta atención únicamente al interior del individuo. Aunque este modelo ha permitido conseguir avances importantes, durante las últimas décadas ha recibido numerosas críticas desde diversos ámbitos y especialmente desde la enfermería, por no considerar la influencia de los factores psicológicos y sociohistóricos en la salud, tal y como veíamos en el apartado anterior. Un ejemplo de la importancia de los factores psicológicos, y en concreto de las creencias o pensamientos que tenemos sobre nuestra propia salud, es el efecto placebo. Habitualmente se ha estudiado el efecto placebo en fármacos, comparando los efectos que se producen en un grupo que recibe el principio activo frente a otro que recibe una sustancia no activa. Pero la importancia de las creencias sobre la

propia salud va mucho más allá. En un interesante estudio, [Moseley et al. \(2002\)](#) compararon tres grupos de pacientes con osteoartritis de rodilla. A las personas de los dos primeros grupos se les realizaron cirugías reales (lavado o desbridamiento artroscópico), mientras que al tercer grupo se le hizo una cirugía placebo en la que se simularon todos los pasos de la cirugía artroscópica pero no se llegó a insertar el aparato. Los resultados de este estudio publicado en *New England Journal of Medicine* fueron sorprendentes: todos los pacientes mejoraron, pero no hubo diferencias significativas entre los tres grupos, ni en las medidas iniciales ni durante los 2 años posteriores.

Para intentar aportar un marco conceptual más amplio y multidisciplinar, Engel publicó en la revista *Science* en 1977 un artículo titulado «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine» que establecía las bases de un nuevo modelo: el modelo biopsicosocial. En esta aproximación se señala la necesidad de considerar los factores biológicos, psicológicos y sociales, así como las complejas interacciones que surgen entre ellos, para comprender adecuadamente los procesos de salud y enfermedad. De manera global, debemos considerar variables tanto externas como internas a la persona. Los factores externos incluyen variables macro, como el entorno sociocultural (red de apoyo social, recursos económicos, acceso a los servicios de salud, etc.) o los marcos legislativos y reguladores, y variables micro, como la exposición a patógenos (p. ej., virus). Los factores internos también incluyen aproximaciones macro o micro como la historia personal del sujeto, mecanismos fisiológicos o bioquímicos, entre otros. La clave es que todos estos factores están interrelacionados e interaccionan entre sí, pero mejor vamos a verlo con un ejemplo: fumar. Fumar es una conducta bastante curiosa y llamativa. Cuando preguntamos a cualquier fumador si la primera vez que dio una calada a un cigarrillo le gustó, casi siempre responde que no. Es más, considera que fue una experiencia desagradable. Como estudiaremos en el capítulo 6, tendemos a repetir aquellas conductas que nos provocan resultados agradables o placenteros y a no repetir las que nos resultan desagradables. Explicar, por tanto, cómo un fumador repite esta conducta hasta convertirse en adicto es complejo. La clave está en que no debemos buscar la explicación únicamente en factores internos. Si ampliamos nuestra visión y consideramos variables sociales, todo empieza a tomar algo más de sentido. La mayor parte de las personas comienzan a fumar en la adolescencia, un momento en el que la identidad social es muy relevante y, por tanto, preguntas como «¿Qué pensarán de mí si no lo hago?» pueden guiar el comportamiento. Es importante sentirse aceptado por el grupo y, si me lo ofrecen, como voy a decir que no. Pero no todos los grupos tienen miembros que fuman, es más fácil que lo hagan aquellos que viven rodeados de pobreza; por tanto, las variables socioculturales también ejercen un papel. Eso sin contar con el aprendizaje por modelado (si en mi casa he observado que mis padres fuman, también es más probable que lo haga). La legislación influye igualmente; el cambio normativo en España producido por la Ley 42/2010 ha reducido en este país el número de fumadores. Para un adolescente que vive en una cultura y una sociedad que fomenta el consumo de tabaco y cuyo grupo de amigos fuma, rechazar un cigarrillo es una conducta compleja. Evidentemente, existen factores internos vinculados a las diferencias individuales (como el *self-monitoring* o tendencia a controlar la imagen que transmitimos a los demás) que influyen en la capacidad de las personas de resistirse a la presión grupal (algo que veremos en el cap. 15), al igual que lo hacen el nivel de habilidades sociales y, más específicamente, la asertividad.

Asumamos que al final la persona acepta el cigarrillo y acaba convirtiéndose en adicto. Los patógenos que contienen los cigarrillos provocan un aumento en el riesgo de sufrir cáncer de pulmón, enfermedad obstructiva pulmonar crónica, enfermedades del corazón, cáncer de laringe, impotencia, infertilidad y diabetes tipo 2, entre otras enfermedades. Sin embargo, el hecho de que al final la persona desarrolle o no algunas de estas patologías depende de otros muchos factores dentro del modelo biopsicosocial, como su vulnerabilidad individual, la existencia de otros patógenos o su estilo de vida. Como hemos visto en este ejemplo, para realizar un análisis adecuado de la salud de una persona debemos considerar una gran cantidad de variables desde una perspectiva multidisciplinar. Por tanto, la salud y la enfermedad están causadas por diferentes factores y no solo por los patógenos, como proponía el modelo biomédico clásico, por lo que los tratamientos deben

TABLA 1.2 ■ Comparación del modelo biomédico clásico y el modelo biopsicosocial

	Modelo biomédico	Modelo biopsicosocial
Relación mente-cuerpo	Independencia (dualismo físico-psíquico)	Ambos forman parte de un sistema dinámico; se influyen mutuamente
Aproximación a la salud y la enfermedad	Reduccionista (factores biológicos)	Holista (factores biológicos, psicológicos y sociales)
Factores causales de la enfermedad	Patógenos	Múltiples factores en diferentes niveles de análisis
Promoción de la salud y tratamientos	Eliminación de patógenos y erradicación de la patología	Reducción de riesgos biológicos, psicológicos y sociales. Intervención sobre todos los niveles
Causalidad	Lineal	Circular
Responsabilidad de la salud	Profesionales sanitarios	Personas/sociedad

considerar factores biológicos, psicológicos y sociales, y no solo factores orgánicos individuales aislados, tal y como muestra la [tabla 1.2](#). Una consecuencia importante de este modelo teórico es que la responsabilidad sobre la salud y la enfermedad reside en los individuos y la sociedad en su conjunto, y no solamente en los profesionales sanitarios. Todos somos responsables del cuidado de nuestra propia salud y de la salud pública.

Psicología y enfermería: una alianza natural

Para el último epígrafe de este capítulo hemos tomado prestado el nombre de un artículo publicado por Patrick Henry DeLeon (1985), antiguo presidente de la American Psychological Association (APA), en la revista *American Psychologist*, una de las revistas con mayor prestigio dentro del ámbito académico de la psicología. Con ello pretendemos señalar que, aunque la psicología y la enfermería poseen modelos y perspectivas teóricas diferentes, comparten también muchos elementos comunes en su forma de aplicar el método científico. Por ejemplo, tanto en medicina como en psicología se suele emplear una metodología de investigación muy similar. Además, ambas disciplinas sitúan a los seres humanos como objeto principal de estudio y emplean enfoques profundamente multidisciplinarios, huyendo de posiciones teóricas reduccionistas (Mitchell et al., 1986). Por todo ello son dos disciplinas aliadas en el estudio de las ciencias de la salud, que se enriquecen mutuamente fruto de la colaboración.

Bibliografía

- Atkinson RC, Shiffrin RM. Human memory: a proposed system and its control processes. In: Spence KW, Spence JT, editors. *The psychology of learning and motivation*. New York: Academic Press; 1968. Vol. 2, p. 3-16.
- Barrash J, Stuss DT, Aksan N, Anderson SW, Jones RD, Manzel K, et al. “Frontal lobe syndrome”? Subtypes of acquired personality disturbances in patients with focal brain damage. *Cortex* 2018;106:65-80.
- Borg V, Kristensen TS. Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Soc Sci Med* 2000;51(7):1019-30.
- Broadbent D. *Perception and Communication*. London: Pergamon Press; 1958.
- DeLeon PH, Kjervik DK, Kraut AG, VandenBos GR. Psychology and nursing: A natural alliance. *Am Psychol* 1985;40(11):1153-64.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196(4286):129-36.
- Gazzaniga MS. *Handbook of Cognitive Neuroscience*. New York: Plenum Press; 1984.

- House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science* 1988;241(4865):540-5.
- Keyes CL. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol* 2005;73(3):539-48.
- Kloos N, Drossaert CHC, Bohlmeijer ET, Westerhof GJ. Online positive psychology intervention for nursing home staff: A cluster-randomized controlled feasibility trial of effectiveness and acceptability. *Int J Nurs Stud* 2019;98:48-56.
- Miller GA. The magical number seven, plus or minus two: some limits on our capacity for processing information. *Psychol Rev* 1956;63(2):81-97.
- Mitchell SK, Barnard KE, Booth CL, Magvary DL, Spieker SJ. The natural alliance of psychology and nursing: Substance as well as practice. *Am Psychol* 1986;41(10):1170.
- Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ, Menke TJ, Brody BA, Kuykendall DH, et al. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med* 2002;347(2):81-8.
- Motyka M, Motyka H, Wsołek R. Elements of psychological support in nursing care. *J Adv Nurs* 1997;26(5):909-12.
- Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: an introduction. *Am Psychol* 2000;55(1):5-14.
- Shi Y, Cai J, Wu Z, Jiang L, Xiong G, Gan X, et al. Effects of a nurse-led positive psychology intervention on sexual function, depression and subjective well-being in postoperative patients with early-stage cervical cancer: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2020;111:103768.
- Van Erp TGM, Walton E, Hibar DP, Schmaal L, Jiang W, Glahn DC, et al. Cortical brain abnormalities in 4474 individuals with schizophrenia and 5098 control subjects via the Enhancing Neuro Imaging Genetics through Meta Analysis (ENIGMA) Consortium. *Biol Psychiatry* 2018;84(9):644-54.
- Watson JB, Rayner R. Conditioned emotional reactions. *J Exp Soc Psychol* 1920;3(1):1-14.
- Zolnieriek KBH, DiMatteo R. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care* 2009;47(8):826-34.

Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y uso