

La tarea que concierne ahora a la neuropsicología clínica es la de extraer el mejor jugo de las diversas líneas de pensamiento y de trabajo a que nos hemos ido refiriendo, procurando integrar una serena profundización con una aproximación vivificante entre ellas —evitando con ello una burda «yuxtaposición»— atendiendo siempre a las realidades que la clínica muestre.

## Psicología de la salud: dos preguntas en busca de respuesta

Ramon Bayés

*Universitat Autònoma de Barcelona*

En los tres últimos años, en el campo sanitario, han surgido dos problemas de considerable trascendencia cuya solución, en mi opinión, depende en gran medida de los psicólogos, en especial pero no únicamente, de aquellos que trabajan en psicología de la salud.

Uno de ellos tiene su origen en el descubrimiento y administración de la denominada terapia combinada antirretrovírica a las personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH); el otro, en los datos que nos proporciona el denominado Informe SUPPORT, en especial, los que se refieren a las condiciones en que mueren muchas personas aquejadas de enfermedades graves en los hospitales norteamericanos y, probablemente, también en los nuestros.

Con respecto al primero de los problemas a los que me refiero me gustaría destacar dos aspectos:

1. A pesar de que la terapia combinada antirretrovírica ha supuesto, por primera vez en muchos años, una esperanza real de mejoría para muchos enfermos de SIDA y personas infectadas con el VIH; sin embargo, el mundo biomédico empieza a darse cuenta de que, para que la misma sea plenamente eficaz, precisa de una *adhesión terapéutica* estricta ya que un cumplimiento en dosis subóptimas es susceptible no solo de producir efectos farmacológicos nulos sino de facilitar la emergencia de cepas de virus resistentes que pueden poner en peligro tanto la vida de las personas infectadas como la de aquellas otras a las que puedan transmitir estas cepas de virus a través de los denominados comportamientos de riesgo.

2. Aunque la importancia de la adhesión terapéutica no constituye un fenómeno nuevo en el campo de la salud, la experiencia acumulada en los tratamientos de otras enfermedades —tuberculosis, hipertensión, diabetes, asma, etc.— nos indican que, en este caso especial, las condiciones para que pueda darse una buena adhesión —imprescindible, como decimos, para la eficacia de la terapia combinada— son especialmente difíciles de cumplir: a) debe ingerirse diaria-

mente un gran número de pastillas en pautas complejas; *b*) su administración es de duración indefinida; *c*) puede dar lugar a la aparición de efectos secundarios nocivos; y *d*) el hecho de que se omitan involuntariamente algunas dosis, o de que se tomen voluntariamente, por parte de los afectados, unas «vacaciones farmacológicas», no suele conllevar para éstos una *percepción sintomática inmediata* de que, en el silencioso combate que se está desarrollando entre los componentes de su sistema inmunitario y los invasores víricos, están emergiendo cambios, posiblemente irreversibles y altamente peligrosos, a medio o largo plazo, para su supervivencia.

No deja de sorprendernos que, a pesar de que la adhesión terapéutica ha sido calificada por Friedland, responsable del programa sobre el SIDA de la Universidad de Yale, como «el talón de Aquiles de la terapia combinada», hasta el momento de escribir estas líneas (febrero de 1998) haya sido objeto de escasa atención en los congresos internacionales y publicaciones biomédicas especializadas. Por otra parte, es preciso mencionar que los instrumentos de evaluación de la adhesión terapéutica de los que hasta este momento disponemos —*a*) auto-informe; *b*) contaje de pastillas; *c*) marcadores químicos; y *d*) frascos con microchip de registro incorporados—suelen proporcionar datos de fiabilidad dudosa.

Personalmente consideramos que si bien el desarrollo farmacológico de la lucha contra el SIDA es una tarea esencialmente biomédica, la investigación de las estrategias para evaluar y mejorar la adhesión terapéutica —así como las intervenciones para modificar los comportamientos de riesgo— son problemas esencialmente psicológicos y deberían poseer, en los umbrales del año 2000, un interés prioritario en el ámbito de la lucha contra el SIDA. ¿Sabremos los psicólogos —tanto los investigadores como los clínicos— estar a la altura de nuestra responsabilidad?

En cuanto al segundo de los problemas al que queremos referirnos — el informe SUPPORT— debemos aclarar para los que no lo conocen que se trata de una investigación de gran envergadura realizada durante varios años en los hospitales norteamericanos con enfermos aquejados de enfermedades graves —bastantes de los cuales mueren en el hospital— y cuyos resultados son extrapolables a unos 400.000 enfermos hospitalizados que, anualmente, pasan, en este país, por la misma situación. De los resultados de esta investigación se deduce la existencia, en los hospitales más modernos del mundo, de un sufrimiento humano, parcialmente evitable, de considerables proporciones.

Esta triste realidad debe y puede, en gran medida, ser superada. Y para ello será preciso, entre otras cuestiones previas: *a*) proporcionar una definición operativa de sufrimiento; *b*) elaborar instrumentos clínicos para su evaluación; y *c*) disponer de modelos y programas multidisciplinarios de intervención que permitan paliar o eliminar dicho sufrimiento.

La muerte es un acontecimiento natural que nos iguala a todos los humanos pero el sufrimiento ante la muerte o durante las enfermedades graves, es subjetivo, y sus causas y su percepción son diferentes para cada uno de nosotros. Su análisis debe ser, por tanto, en nuestra opinión, esencialmente individual y psicológico, aunque no por ello poseer un menor rigor científico.

Dolor y sufrimiento no son términos sinónimos. Se puede experimentar do-

lor sin sufrimiento, dolor como fuente de sufrimiento, y sufrimiento sin dolor. Siguiendo una línea iniciada por Cassel, por una parte, y por Lazarus y Folkman, por otra, entendemos que una persona sufre cuando: *a*) percibe un estado, estimulación o situación como amenazador para su integridad física o psicológica; y *b*) se siente impotente, sin recursos, para hacer frente a esta problemática. Cuanto mayor es la importancia que confiere a la amenaza y mayor es la incertidumbre de cómo, cuándo y dónde hacerle frente, mayor es el sufrimiento. ¿Cómo debemos evaluar el sufrimiento? ¿Cómo podemos eliminarlo o paliarlo?

Quizás la aplicación al campo de la salud de una idea que aparece en la obra de William James (1890), nos puede permitir una evaluación, ética y sistemática, del sufrimiento del enfermo a través del conocimiento de su percepción subjetiva del paso del tiempo. Tal vez, asimismo, los nuevos modelos de intervención que están surgiendo puedan constituir una esperanza de solución. Pero el camino sólo está en sus comienzos, apenas esbozado.

¿Cómo mejorar la *adhesión* a los tratamientos antirretrovirales para conservar la vida de las personas infectadas por VIH y enfermos de SIDA? ¿Cómo conseguir conocer, evitar o *paliar el sufrimiento* en los enfermos graves o en situación terminal? Dos interrogantes abiertos, dos retos importantes para los psicólogos de la salud, en los albores del siglo XXI.

## Una mirada al futuro

Helio Carpintero  
*Universidad Complutense*

El hombre, dice Julián Marías, es un ser futurizo. Está abierto, orientado, tendente hacia el porvenir. Precisamente porque queremos ciertos fines, ciertas metas, es por lo que emprendemos unas u otras acciones.

Y la ciencia, la psicología, es un producto humano, y por lo mismo, también orientada hacia la solución de unas cuestiones hoy aún sin resolver, mañana tal vez desentrañadas y transparentes.

No es frecuente, con todo, que se nos pida un ejercicio de imaginación como el que el editor de este *Anuario* nos ha demandado, y al que estas líneas tratan de dar respuesta. Demasiado frecuentemente, la investigación sigue caminos trillados. Se aspira a resolver puntos sueltos de lo que ya está logrado, que se hallan aún en una cierta nebulosa, pero cuya clarificación se espera para enseguida, para pasado mañana. Y es bueno, es urgente, volver los ojos a metas más distantes, para saber qué es lo que realmente querríamos conseguir.