

# I

## EL ENFOQUE HUMANISTA EN LA ATENCIÓN AL ENFERMO ONCOLÓGICO

---

J.A. Flórez Lozano

*Catedrático de Ciencias de la Conducta. Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo*

La relación médico-enfermo es el factor de influencia más elemental en la calidad de tratamiento, puesto que constituye el núcleo básico de la asistencia médica y ésta nunca podrá lograr el grado de perfección deseada sin una comunicación eficaz entre el médico y el enfermo, a través de la cual el médico reciba del enfermo la información que como tal enfermo debe darle y ofrezca su persona como parte del tratamiento. Como señala P. Laín Entralgo: «Nada hay más fundamental y elemental en el quehacer del médico que su relación inmediata con el enfermo... El encuentro personal entre el médico y el enfermo y la relación diagnóstico-terapéutica a él consecutiva son absolutamente imprescindibles para una práctica humana del arte de curar».

La relación médico-enfermo es un acto humano y, como tal, esencialmente ético. Respecto de la calidad de tratamiento, la moralidad en la relación médico-enfermo viene determinada, desde el punto de vista del enfermo, en la colaboración con el médico para una mejor acción terapéutica, que permita aumentar el valor de la salud y, por tanto, poder disfrutar y compartir los aspectos objetivos, subjetivos y sociales que proporciona el bienestar de la salud. Desde el punto de vista del médico, la ética radica en que un médico celoso de su capacidad técnica, exigente respecto a la calidad de su asistencia y exquisitamente atento al bien de la persona que trata, actúa siempre aplicando la mejor terapéutica posible, en beneficio de su paciente y de la comunidad a la que sirve, al margen de su prestigio personal.

A la estructura del acto médico pertenece, asimismo, un momento social derivado de la condición social del hombre. Si el ser humano es social por naturaleza, sociales tendrán que ser la manera de contraer la enfermedad y el modo de sentirla y vivirla, la concepción de la misma y la actitud del médico ante el enfermo y, naturalmente, la asistencia médica. Por ello, como tantas

veces han repetido P. Laín Entralgo y D. Gracia-Guillén, es necesario entender antropológicamente la enfermedad y el acto médico.

La expresión «humanismo médico», siguiendo al Profesor Laín Entralgo, puede entenderse de varias maneras. En sentido histográfico, conceptúa el aspecto médico del humanismo renacentista. Muchos médicos de los siglos XV y XVI trataron de actualizar la medicina de aquel tiempo profundizando en los conocimientos de la Antigüedad Clásica. Otra acepción abarca a los facultativos que dedican su descanso al cultivo de diversas actividades o disciplinas consideradas tradicionalmente como humanísticas, la verbigracia, la historia, la literatura en general y el ensayo en particular. En este caso habría que hablar más de un «humanismo de los médicos» que de humanismo médico.

Se pueden considerar tres enfoques diferentes y evolutivos en la historia del humanismo médico español (profesor Gracia-Guillén, 1991). En primer lugar el tipo Letamendi. Para este autor (1828-1897) el humanismo significaba la defensa de la realidad humana del individuo enfermo frente al predominio del positivismo y de la ciencia experimental imperantes durante la época isabelina.

El soporte filosófico de su pensamiento lo tenía en la patología general y en la ética clínica, mientras que la base histórica la fundamentaba en la Escuela Hipocrática y en la Escolástica. Se trataba, en cierta forma, de un equivalente a Federico Nietzsche, en cuanto a crítico de la ciencia positiva, en el ámbito de la filosofía médica española del siglo XIX.

Bastante diferente al anterior es el humanismo que se considera tipo Marañón. Don Gregorio Marañón y Posadillos (1887-1960), hijo de periodista, prefería el liberalismo al tradicionalismo letamendiano, lo que le obligó desde un punto de vista intelectual a tomar posiciones fácticas de tipo político. Durante su tiempo fue un auténtico soplo de futuro en contraposición a Letamendi que tendía más a estar anclado en la historia. Practicó la medicina de forma académica, y también cultivó sus inquietudes culturales como crítico literario, historiador, moralista y ensayista.

Asimismo, creemos que en la mayoría de los aspectos de su trayectoria vital desplegó lo que don Miguel de Unamuno denominaba «cuestión humana», relegando quizás a un segundo plano la cuestión social, la cuestión política y la cuestión moral. Junto con Pérez Galdós, Unamuno fue uno de los autores más admirados por Marañón durante su vida.

Por otro lado, desde los primeros años de la historia, se ha venido advirtiendo una relación muy estrecha de la psicología y el amplio campo de las ciencias de la salud, particularmente de la Medicina. En este sentido, las ciencias de la Enfermería, tratan de incluirse entre las llamadas «*ciencias humanas y sociales*», superando los paradigmas y criterios de ciencia al estilo de Newton, de tipo mecánico-físico-químico.

Sin embargo, aún parece estar muy distante de asumir lo que verdaderamente implica la palabra «humano», *la realidad psicológica y social del ser humano*. Desgraciadamente, el hombre sigue contando a partir de estar enfermo, no antes, y el hombre enfermo, viene a ser un *hombre sano estropeado*, cuyas alteraciones morfológicas o de funcionamiento, deben arreglarse según los criterios físicos, químicos y anatomopatológicos. Aún se sigue manteniendo el culto al dato, según el viejo y obsoleto sistema de entender la ciencia y se olvida el tratamiento al hombre enfermo como un ser global *que vive su enfermedad de un modo individual y totalmente peculiar*.

Con mucha frecuencia, al paciente se le amontonan fragmentos (datos, pruebas, números, átomos y moléculas) acerca de la enfermedad y se le hace circular por trozos entre los múltiples servicios del hospital. Frente a esta perspectiva, con harta frecuencia, el «*enfermar humano*» viene condicionado en su etiología, desarrollo o remisión por la propia historia de la personalidad del sujeto.

Esta dimensión personal humanista, obliga a reconocer que junto al método llamado científico, que se sirve del pensamiento concreto, para manejar con eficacia una gran cantidad de datos, cifras y valores mensurables, hay que admitir con idéntica categoría de conocimiento científico otro tipo de pensamiento más globalizador, «dinámico-interpretativo» que busca en el significado global e integrado de los datos la comprensión de la «*dimensión psicológica*», no ya de la enfermedad, sino de la personalidad que la sufre, cómo la vive, qué significado tiene para él, qué alteraciones comporta en su cuerpo y en su relación y readaptación al entorno.

La psicología en el ámbito de las ciencias de la salud pretende resaltar la importancia de los factores psíquicos en el origen de las enfermedades y, sobre todo, en su tratamiento. Investigando los orígenes de la relación entre la Psicología y la Medicina, se llega a la conclusión, de que la medicina práctica, fue siempre -de alguna forma *psicologizante*-, incluso en los tiempos más aferrados del materialismo o del organicismo, probablemente porque no podía ser de otra forma. Precisamente en sus orígenes, se instaló la polémica entre la escuela hipocrática de Cos, con su concepción dinámica, humoral y espiritual, y la escuela de Knidos, de orientación materialista y organicista.

Por otra parte, la imposibilidad de disociar el alma de la salud del cuerpo es una idea que ya se vislumbra en el libro de Job y en la obra de Platón. Erasistratos de la escuela de Alejandría, en el siglo III a. de C., se había dado cuenta de la importancia de ciertos factores emocionales y psicológicos en la aparición de enfermedades, consideradas incurables. López Hispanus, discípulo de Maimónides, decía a este respecto en 1216: «*El arte de Galeno únicamente hace sanar el cuerpo; el arte de Maimónides, cura el cuerpo y el espíritu*».

Gross (1848), escribió: «*Si se busca la causa primera de las más diversas enfermedades, ésta suele estar en el efecto nocivo que ejercen las pasiones sobre el cuerpo*». Maudsley (1876), en su obra «*The Physiology of Mind*», afirma: «*Si la emoción no se libera en un ejercicio físico o en una actividad mental adecuada, actúa sobre los órganos y altera su funcionamiento*».

En los últimos decenios, el factor psíquico en el desencadenamiento de diversas enfermedades, ha sido suficientemente enfatizado por numerosos autores (Deutsch, 1964; Alexander, 1950; Dunbar, 1948; Von Weizsacker, 1947; Ferenczi, 1965, etc.). Curiosamente, Dunbar (1954), en su obra «*Emotion and bodily changes*», cita una bibliografía que abarca no menos de 5.000 publicaciones referentes a la medicina psicosomática. Hoy en día, las publicaciones en este sentido, se han multiplicado ostensiblemente (Freeman, 1972; Cohen, 1979; Troch, 1982; Bammer y Newberry, 1985; Flórez Lozano, 1985, 1986, etc.).

Hoy en día, empero, parece ser que nos encontramos en el mejor camino para que se realicen los pronósticos de Cobb (1950), expresados entonces en su obra «*Emotions and clinical Medicine*», y según el cual, un día llegarían a considerarse las particularidades psíquicas en todas las ramas de la medicina tan importantes como cualquier otra medida terapéutica.

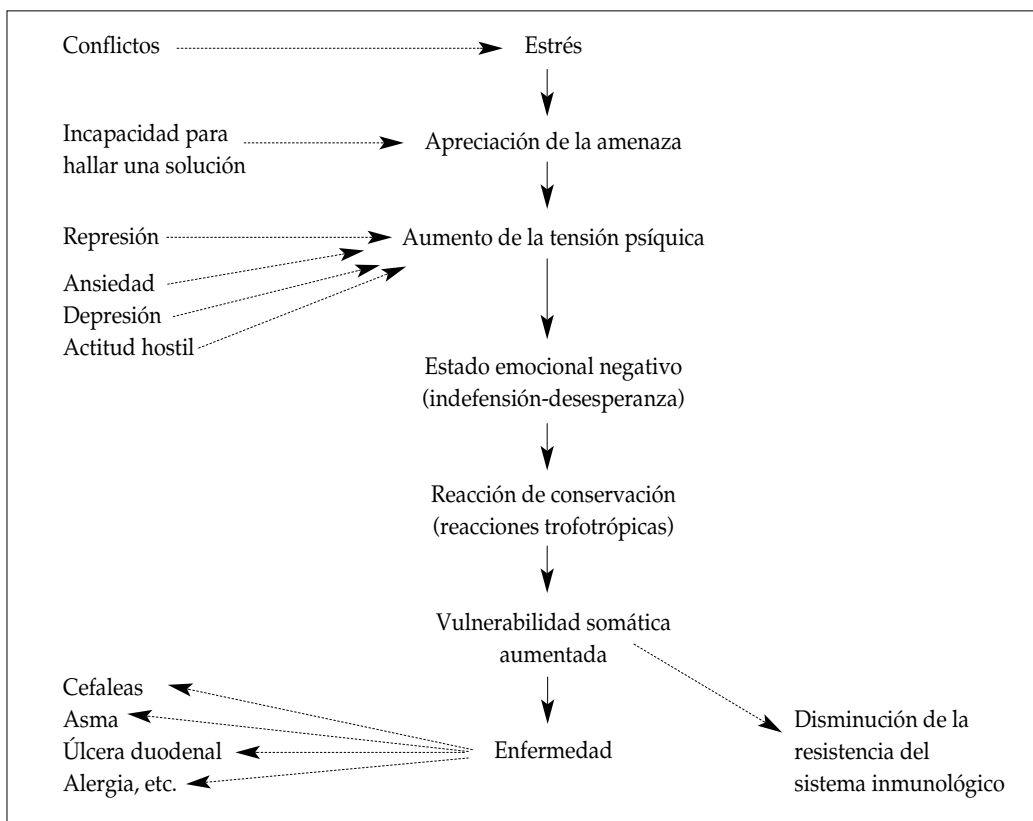


Figura 1. Modelo teórico relativo a la incidencia de ciertos factores psíquicos en los mecanismos en la enfermedad.

Marcel Proust, en su obra *«En busca del tiempo perdido»*, recoge muy bien el aspecto psíquico del paciente durante la enfermedad: *«Cuando estamos enfermos es cuando nos damos cuenta de que no vivimos solos, sino encadenados a un ser de otro reino diferente del que nos separa un abismo...»*. Alexander (1950), por su parte llegó a las siguientes conclusiones: 1) Los factores psicológicos influyen en los procesos fisiológicos; 2) Los procesos psicológicos, no se distinguen básicamente de los procesos fisiológicos; 3) La seriedad de los conflictos emocionales y de la personalidad del sujeto sano y/o enfermo, exige un estudio tan meticuloso como el de los microorganismos.

En la actualidad, en el campo de las ciencias de la salud, al igual que en la medicina, resulta realmente imprescindible un conocimiento y una preparación en el ámbito de la psicología, de la sociología, de la antropología, etc. Esta nueva orientación, lleva a considerar la enfermería práctica desde un punto de vista más amplio: *«El paciente deja de ser el mero portador de un órgano enfermo; debe ser captado como persona en su totalidad y tratado como tal»*. En fin, la medicina práctica debe comprenderse y practicarse a la luz de los factores psicológicos, si no desea correr el riesgo de que el tratamiento se convierta en una estéril técnica. En otras palabras, la comprensión psicológica del paciente y el deseo de penetrar hasta los problemas emocionales íntimos del paciente, debería formar parte del arsenal terapéutico del médico como cualquier otro instrumento.

TABLA I. Resumen histórico de la influencia del factor psíquico en la enfermedad

1885	Freud
1899	Pavlov: influencia de las emociones sobre los fenómenos fisiológicos
1912	Adler
1922	Deutsch: neurosis de órgano
1932	Cannon: situación de urgencia (emergency states).
1943	Dunbar: perfiles de personalidad
1946	Selye: síndrome general de adaptación (SGA)
1950	Alexander: especificidad del conflicto
1957	Hinkle, Wolff, etc.: situaciones ambientales
1962	Engel: enfermedades somatopsíquicas-psicosomáticas
1979	Cohen: pérdidas afectivas y personalidad
1980	Haynal y Pasini: procesos psicológicos y enfermedades
1985	Bammer y Newberry: factores psicológicos y cáncer

Por medio del diencéfalo y del sistema neurovegetativo, los factores neuróticos inconscientes ejercen sobre la fisiología del organismo una influencia que puede manifestarse en disfunciones y alteraciones orgánicas. Según los neurofisiólogos, toda situación de estrés conduce a una activación del hipotálamo que pone en marcha inmediatamente los mecanismos de protección y de defensa por vía motora, visceral y neurohumoral, a la vez que dirige señales hacia la corteza cerebral, de modo que la emoción pueda ser percibida. La orientación psicoanalítica, por el contrario, se apoya en los conceptos de «conversión» y «regresión», entendiendo las manifestaciones orgánicas como una exteriorización simbólica de un conjunto psíquico que la conciencia ha rechazado y reprimido. Las consecuencias neurovegetativas, que pueden dar lugar a ciertos trastornos funcionales, las podemos resumir en la figura 1.

Selye (1950), describió la patogénesis del estrés y con su teoría, ofreció unas nuevas perspectivas del psiquismo humano en la determinación de la salud y/o enfermedad; con su «síndrome general de adaptación» (SGA), este autor consiguió enriquecer notablemente las enseñanzas de Cannon (1929).

Como vemos, existe, por lo tanto, una corriente histórica desde los principios de la historia de la humanidad que nos enfatiza la imbricación de la *psique* en la enfermedad orgánica; precisamente en tabla I, mostramos «*grosso modo*» el resumen histórico, por supuesto, sin ánimo de agotarlo completamente.

Así, pues, el espíritu técnico de la Medicina y Psicología actuales, necesitan el contrapeso adecuado de la psicología comprensiva, que recoja y estudie las dimensiones psicológicas y biográficas de la enfermedad, las características de la relación «*médico-paciente*», el problema de la comunicación y la acción psicoterápica del equipo sanitario, la acción etiopatogénica de los conflictos psicopatológicos, etc. (Ruiz Ogara y cols., 1983). Obviamente, este enfoque del Humanismo de cara a la Medicina, parece particularmente interesante, por cuanto, *sin perder el rigor científico implícito a esta ciencia*, nos adentramos en el conocimiento del hombre, en su mente, en su conciencia y, por qué no, en su inconsciente.

Como dice Rof Carballo (1954), no se trata únicamente de ver en el sujeto enfermo un conjunto de funciones, sino también una *historia personal*. El hombre como dice Zubiri, *es naturaleza e historia y, aún, biológicamente está invertido hacia los demás. El hombre no es la unión de dos subsustancias (cuerpo y alma), sino que el cuerpo, es ya estructuralmente anímico, y la «corporeidad» del hombre es «corporeidad anímica»*. Sin esa comprensión de la vivencia de nuestro cuerpo, dice López Ibor, en su obra «*El cuerpo y la corporalidad*», no captaremos la esencia de la actitud hipocondríaca, es decir, una sobrepreocupación por la salud y atención morbosa a las funciones corporales, que objetivamente son normales.

Sin comprender que no estamos compuestos de materia y espíritu o cuerpo y alma, sino que somos una *unidad de corporeidad anímica*, no podemos entender, por ejemplo, el fenómeno de la *conversión*, en el cual parece que el fenómeno psíquico, una emoción, se transforma y convierte en un trastorno orgánico (López Ibor, 1974). Desde el punto de vista de las Ciencias de la Salud, es evidente que el profesional de la salud (PS), tendrá que conocer, evaluar e interpretar este lenguaje implícito a la corporeidad.

Esta claro, que desde nuestra perspectiva, en correspondencia con la de otros autores, la Medicina y la Psicología, no pueden estar basadas en un empirismo clínico, «a fortiori» (Freud, Krehl, Von Bergman, Von Weizsacker, etc.). Tales científicos, introdujeron una dimensión muy relevante en el quehacer diario de la labor de enfermería, cual es el factor biográfico o psicológico, dejando en claro que no «*hay enfermedades sino enfermos*».

Actualmente, todo médico y/o enfermera, sea cual fuere la especialidad a la que se dedique, ha de sentirse de alguna manera *psicólogo*, sino quiere que su labor finalmente, sea realmente estéril. El médico y/o enfermera que no lleve la psicología en su bagaje científico, tendrá siempre una visión miope y astigmática de su profesión, porque olvidará, que el hombre *es un complejo indivisible de alma y cuerpo y que uno y otro sufren siempre* (Rey Ardid, 1974).

Procesos morbosos tan groseramente somáticos como la úlcera gastroduodenal, el asma, la adiposidad, la hipertensión arterial, las cefaleas, el infarto de miocardio e, incluso, el cáncer, no existen como enfermedades espontáneas en el animal y, sin embargo, pueden aparecer en el hombre por razones estrictamente psicológicas que el médico y/o diplomado en enfermería, habrán de tener muy en cuenta. Según Rey Ardid (1974), *la Psicología constituye la diferencia esencial entre la Medicina Humana y la Veterinaria*. Las Ciencias de la conducta, al igual que la Medicina, tienen que procurar conocer al hombre en todas sus dimensiones (sociales, económicas, culturales, biológicas, antropológicas, étnicas, etc.).

Laín Entralgo (1982), a este respecto, llama la atención, sobre la importancia de los factores culturales al afirmar literalmente: «*La diferenciación cultural es un hecho; a través de las investigaciones etnográficas realizadas en lugares diferentes, se ha llegado a conocer la existencia de culturas distintas y cómo cada una de ellas, utiliza criterios diferentes para definir y catalogar las pautas del comportamiento de sus miembros y los estados de salud y enfermedad...*».

De igual forma, recientemente García García (1986), en su trabajo «*Los saberes del paciente*», exponía lo siguiente: «*En la praxis asistencial confluyen dos tipos de saberes: el del médico y el del paciente; el primero es un conocimiento supuestamente científico, el segundo no; el saber del paciente es experiencial o al menos forma parte de su mentalidad y de sus referencias socioculturales...*».

Por otra parte, contemplando el rigor científico de la Psicología, tal como la analizábamos en el apartado anterior (la conducta sea normal o patológica, del hombre o de la rata, se encuentra sometida a las mismas leyes; Bayes, 1978) puede suceder que la Psicología como tal ciencia, se asfixie a sí misma (Rojo Sierra, 1978). Paralelamente, un gran número de autores (López-Ibor, Sarro, Alberca, Rojas, Llaveró y Rey Ardid, entre otros), opinan que definir la Psicología meramente como «*Ciencia de la Conducta*», es algo absolutamente inaceptable; no sólo porque sería una *Psicología incompleta, sino también porque la conducta ciertamente, es una parte de la vida psíquica, pero no es la vida psíquica misma, pues precisamente, al prescindir de la vida interior, es la conducta la que carecería muchas veces de sentido* (Rey Ardid, 1974).

Subraya Rojo Sierra (1978), que la Psicología al dejar de ser «*endo-antropología*» y confundirse con la fisiología y la conducta animal, impulsada a hacerlo por su metafisicofobia, está a punto de perderse a sí misma, a dejar de ser en verdad **Psicología**.

Es necesario, por ello, intentar superar pseudomovimientos científicos, logicismos, fisicalismos, organicismos, conductismos y neoconductismos, con el fin de contemplar al hombre *no sólo por lo que hace (conducta), sino también por lo que siente y es, precisamente este aspecto, el que más interés tiene en el ámbito de las ciencias de la enfermería* (Flórez Lozano, 1985).

Como decía Ortega y Gasset, *es evidente que todo ser humano, además de tener un cuerpo, de tener cultura y de albergar en sí un misterio metafísico, tiene una interioridad*. Esta intimidad (intus), es algo que aparece como distinto e independiente del interior del cuerpo, de las vísceras o de su mecánica. Muchos hombres, desconocen que tienen páncreas, timo, glándulas adrenales, etc.; pero todos tienen evidencia de que viven dentro de su cuerpo y que, además de tener un cuerpo, son un YO, son ellos. De este último aspecto, se ocupa preferentemente la Psicología. Así pues, la Psicología tal como la definió Wukmir (1960), es la «*endoantropología*»; es decir, *aquella rama de la antropología que se ocupa del intus del hombre. La necesidad sentida por el hombre de aproximarse a su ser anímico y al de sus semejantes*, posición defendida por Rey Ardid (1974), que resulta particularmente útil en la práctica de la enfermería y de la medicina.

Resulta paradójico, por otra parte, que al mismo tiempo que la Medicina «científico-natural» iba resolviendo prácticamente la mayoría de las enfermedades que podíamos llamar clásicas, he aquí que ha empezado a surgir un nuevo tipo de paciente ante el cual, fallan todas las adquisiciones «diagnóstico-terapéuticas» que las ciencias naturales habían proporcionado; ante este tipo de pacientes, la Medicina actual, se encuentra desarmada; es el llamado «*enfermo-problema*» (Rojo Sierra, 1978).

La Medicina, arrastrada también por la tecnología y sofisticación incesantes de la actualidad, está pasando por alto una de las sentencias fundamentales recogidas por el profesor Laín Entralgo (1969) en su obra «*El médico y el enfermo*», cual es: «*Cuando la asistencia médica es lo que debe ser, el vínculo que une entre sí al médico y al enfermo, es el AMOR...*». *El más hondo fundamento de la Medicina es el AMOR (escribió lapidariamente Paracelso)*. Freud (1895), por su parte, en sus «*Studien uber hysteric*», aludió a este interesante fenómeno: «*Los enfermos que se deciden a entregarse al médico y a poner en él su confianza, por supuesto voluntariamente y sin ser requeridos a ello, no puede evitarse que por lo menos durante algún tiempo, aparezca inconvenientemente en primer plano una relación personal con el médico y hasta parece que tal influjo del médico, sea indispensable para la resolución del problema terapéutico...*». *Se trata del fenómeno de la «transferencia»*.

El médico, debe ser consciente que todo enfermo, sufre a causa de su dolencia, de molestias subjetivas, de funciones fisiológicas alteradas, etc. Como dice el profesor Laín Entralgo (1969), en la estructura real del sentimiento de enfermedad hay que distinguir lo que en él es vivencia y lo que en él es puramente un mecanismo neurofisiológico... El sentimiento genérico de «estar enfermo», unifica todos los posibles sentimientos particulares de enfermedad: el dolor, el vértigo, el embotamiento febril, la impotencia motora, la idea obsesiva, la ansiedad, la amnesia, etc., no son únicamente vivencias simples; en ese sentimiento de «estar enfermo», se integran hasta siete vivencias elementales diferenciables entre sí (invalidez, molestia, amenaza, succión por el cuerpo, soledad, anomalía y recurso).

La Medicina moderna, gracias a su gigantesca técnica exploratoria, busca ante todo los *signos objetivos*, es decir, los exponentes objetivables de las dolencias (radiografías, TAC, resonancia magnética, isótopos radioactivos, EEG, ECG, EMG, arteriografías, etc.). No obstante, son muchos los pacientes que sufren de una dramática sintomatología subjetiva (astenia, dolores abdominales, dolores de espalda, cefaleas, agresividad, trastornos circulatorios, trastornos respiratorios, trastornos digestivos, etc.) y, sin embargo, o no se descubren en él signos clínicos que justifiquen tal enfermedad, o son éstos tan insignificantes que no explican ni la gravedad ni la persistencia de los síntomas; es entonces, cuando se habla de «*enfermos-problema*» (Rojo Sierra, 1978).

Lo cierto es que ni la Medicina ni la Enfermería, pueden volver la espalda a estos enfermos, porque cada vez son más numerosos y en los consultorios, están desplazando por su cuantía a los pacientes típicos estudiados (Flórez Lozano, 1984). Un 50% de las personas que acuden diariamente a las consultas médicas y reciben variopintas etiquetas (enfermos funcionales, psicogenéticos, psicosomáticos, hipocondríacos, neuróticos, etc.), forman parte de este elenco de «*enfermos-problema*» (Bayes, 1979). En este sentido, hace ya muchos años, que un gran internista alemán Ludwik Krehl, fundador de la escuela médica de Heidelberg, empezó a percatarse de este hecho; por ello advirtió: «*La Medicina contemplada exclusivamente como ciencia natural es insuficiente para la comprensión del hombre enfermo*».

Incluso en aspectos de la Medicina, tan poco nebulosos, como el de las intervenciones quirúrgicas, se realizaron en un solo año (1974) y en un solo país (EE.UU.), 2.400.000 intervenciones innecesarias que ocasionaron más de 12.000 defunciones (Editorial Jano, 1977). Rojo Sierra (1978), también reitera en este punto, que en el caso de las «*raquialgias*», llegan a inmovilizar al paciente y se detectan unos rasgos temperamentales típicos (explosividad, obstinación, impulsividad, laboriosidad, etc.). En este sentido, recientemente, nosotros estudiamos los problemas psicoafectivos de enfermos con «*lumbociatalgia*» en una muestra de 5.000 enfermos, advirtiendo como conclusión final, la pertinente significación estadística de los factores psicológicos y de personalidad, capaces de inducir tales dolores que simulan -en muchos casos- la sintomatología percibida en una hernia discal (Flórez Lozano y Seijo Fernández, 1984).

A la vista de estos hechos, ser profesional médico hoy y en el futuro, no implica solamente el conocimiento de una serie de técnicas y habilidades, sino que supone cada vez más *un saber cuidar a las personas, esto es, comprender las necesidades psicológicas del enfermo, sus motivaciones, sus deseos, sus sentimientos, sus emociones, etc.* Una buena enfermera, deberá tener una potente capacidad empática, con el fin de ponerse en el lugar del otro, es decir, del paciente, siendo consciente al mis-



mo tiempo, que la utilización de la Psicología en el ambiente hospitalario ha de permitirle desarrollar profundamente su profesión, redundando en última instancia en la satisfacción y bienestar de los enfermos.

La deshumanización del hospital y su asistencia, puede ser en parte consecuencia de que entre el enfermo y la enfermera existe una barrera intelectual y afectiva que comporta el desconocimiento del enfermo en todos los aspectos de su personalidad. La enfermera, unas veces por miedo, otras por falta de formación psicológica adecuada, puede refugiarse en los cuidados físicos del paciente, evitando en gran manera el encuentro interpersonal global. *La esencia de la enfermería como profesión, habrá de ser necesariamente cuidar al hombre no sólo por lo que tiene, sino también por lo que es.* Pero esto no ha sido siempre así, ni lo será con todas sus consecuencias, en tanto en cuanto, no se conciencie al personal sanitario acerca de la importancia de la Psicología en el seno del hospital, al mismo tiempo que se puedan potenciar estos conocimientos al nivel adecuado.

Es perfectamente conocido, que el personal sanitario (PS), proporciona enseñanza, actuando cada vez más en los ambientes extrahospitalarios (educación sanitaria), desarrollando sus acciones en los diversos niveles comunitarios (preventivo, curativo, mixto, etc.), en los que las dimensiones psicosociales, resultan ser fundamentales para lograr el deseo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es decir, «*salud para todos en el año 2000*» (Gettings, 1982). En fin, la meta es preparar psicológicamente al médico con objeto de que pueda comprender, sentir y asumir las necesidades psíquicas del enfermo oncológico, no como funciones de lujo, sino como instrumentos terapéuticos que han de jugar un papel muy significativo en la recuperación del paciente, colaborando simultáneamente en el desarrollo de la *humanización* de las relaciones hospitalarias. Hoy la Psicología, también se ha integrado en los diversos niveles de la Medicina y de la Enfermería (Costa y López, 1982; Reig, 1981; Peck y Cáceres, 1981, etc.). Y es precisamente, porque las variables conductuales pueden afectar a la salud de diversas formas (cognitivas, hábitos psicológicos perniciosos, factores psicosociales, factores emocionales, rasgos de personalidad, dinámica psicoafectiva, etc.) (Costa y López, 1982; Troch, 1982; Flórez Lozano, 1984; Bammer y Newberry, 1985, etc.) .

Queda pues claro, que la perspectiva humanista se inserta cada vez más en la Medicina y en la Enfermería, como un instrumento valioso en la ayuda, tratamiento y cuidado del paciente, incorporándose plenamente a los programas de investigación, de forma interdisciplinaria, tratando de vislumbrar la relación existente entre el psiquismo y la enfermedad, poniendo al descubierto la importancia de los procesos de comunicación y de asistencia psicológica, en todos sus niveles, al hombre enfermo.