

Experiencia grupal de análisis de la relación paciente de cáncer—personal de salud

Psic. Alicia García

El trabajo expone sintéticamente la experiencia de análisis, durante casi cinco años, de un grupo compuesto por ocho médicos, una nurse y una psicóloga, en el Departamento de Oncología del Hospital de Clínicas de Montevideo.

El análisis se centró en los problemas emergentes de la relación entre el médico, la enfermera, los pacientes oncológicos y sus familias. En el artículo se destaca el aporte del psicoanálisis para la comprensión y manejo de las relaciones conflictuales, así como para la dinámica y existencia del grupo mismo.

Se concluye subrayando la validez de la experiencia, en tanto que el enriquecimiento intelectual, apoyo psicoterapéutico para la profesión médica y aporte para la comprensión y mejoría del vínculo del médico con el paciente y su familia, resulta en un manejo más adecuado de la angustia derivada de la práctica oncológica.

Palabras clave:
Relaciones interpersonales
Relación profesional-paciente
Neoplasmas—Psicología.

Alicia García
Psicóloga

Antecedentes

Hace casi cinco años, en 1987, en el Departamento de Oncología del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina de la Universidad de la República O. del Uruguay, nos planteamos, el Dr. Musé y yo, la realización de un grupo que tuviera como objetivo mejorar la relación médico-paciente oncológico. Tal planteo tuvo una doble motivación: por un lado, una constante demanda por parte de médicos y personal de enfermería que la psicología de algún modo contribuyese a manejar mejor las situaciones relacionales que se planteaban con los pacientes; y por otro lado, mi convicción que si la relación entre pacientes y personal tratante mejoraba, también los resultados con respecto a la evolución de la enfermedad de las personas tratadas iban a hacerlo.

Es así que a principios de julio de 1987, comenzamos con un grupo integrado por once personas, ocho médicos, dos enfermeras y yo, como psicóloga. Las únicas experiencias similares sobre las que teníamos conocimiento eran los grupos Balint, por lo tanto comenzamos con la consigna de analizar casos problema que los integrantes del grupo irían aportando (1). Los grupos Balint eran por entonces bastante cuestionados, principalmente en Francia, porque los psicoanalistas responsables de los mis-

mos (Missenard y col, Sapir) (2,3) se autocuestionaban el haber creado psicoterapeutas «salvajes» por haber puesto en manos de gente sin formación psicoanalítica, sin haber sido psicoanalizados, un instrumento que utilizaban indiscriminadamente. Al decir de los franceses, los médicos un día se ponían el sombrero de médico, otro el de psicoanalista y terminaban psicoanalizando salvajemente a los pacientes que también atendían como médicos. Sin embargo, opté por correr el riesgo.

Trayectoria del grupo

El grupo se ha reunido de manera regular durante estos cuatro años una vez por semana, durante una hora y media, excepto los feriados y los meses de verano, enero y febrero. Los integrantes actuales del grupo, diez (cinco oncólogos médicos, dos oncólogos radioterapeutas, un terapeuta del dolor, una nurse y yo como psicóloga), si bien no todos se incorporaron al mismo desde el principio sí lo hicieron en los primeros meses de funcionamiento grupal, es decir, todos en el correr de 1987.

Al comienzo, dado que el grupo era abierto, pasaron por el mismo varias personas con expresos deseos de integrarse, pero que no permanecieron durante mucho tiempo. Posteriormente el grupo se cerró, justamente para evitar dicho trasiego pues era vivido por los integrantes como un impedimento para expresar libremente sus sentimientos y vivencias. Establecer un vínculo de confianza implica cierta estabilidad en las relaciones y un intercambio recíproco, lo que en este grupo significa aportar casos propios y oír y discutir los ajenos. Por lo tanto, en la

Trabajo realizado en el Departamento de Oncología, Unidad de Psicopatología de la Cátedra de Psiquiatría, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Univ. de la República O. del Uruguay.

Correspondencia:

Av. Rivera 4660, C.P. 11400, Montevideo

Recibido: 10/9/91

Corregido Y Aceptado: 4/3/92

actualidad, no se incorporan nuevos integrantes, no por cuestiones de falta de afinidad o simpatía, sino por decisión grupal de mantener una identidad estable.

La forma de trabajo ha sido constante en el correr de estos años. Los integrantes aportan casos que por alguna razón les han traído preocupaciones o malestares especiales, una angustia mayor que la habitual; en otras ocasiones se discuten trabajos o conferencias relacionadas con el tema; y en otras oportunidades se analizan situaciones generales, vinculadas con la medicina que por alguna razón son problema o preocupan.

Los temas tratados por el grupo

Sería imposible pretender desarrollar aquí los diferentes puntos tratados por el grupo, esto es objeto de un trabajo en elaboración más extenso. Sin embargo sí podemos enumerar los temas abordados, siempre a partir de los casos estudiados o de artículos que los diferentes miembros aportan. Caben señalar, que los temas no se agotan en un par de discusiones o encuentros, sino que los mismos se interrelacionan unos con otros y se trabajan una y otra vez según el caso, de un modo dinámico a lo largo de lo que es nuestra experiencia.

El qué decir, cómo decir y qué nos están diciendo los otros, más allá de las palabras verbales es una constante analizada, ya sea para con pacientes, familia, colegas u otros. Esto no sólo se refiere a la tan discutida pregunta de «¿conviene decirle la verdad al paciente de lo que tiene o no?», sino en términos generales para toda situación conflictiva o angustiante. El análisis incluye lo que estamos diciendo en lo manifiesto a los demás y el mensaje inconsciente que estamos enviando, como el que nos envía el paciente, el familiar, el colega. Así por ejemplo, lo que habitualmente llamaríamos «me faltó el respeto», «se sacó el problema de encima y me lo pasó a mí», «podría traducirse en «está probando mi autoridad», «me está sometiendo a su poder», «está midiendo mi saber o mi esperanza», «está probando cuánto le importo».

La interpretación del significado, será según el caso, lo que permitirá una mayor comprensión de la estructura relacional y por consiguiente una acción, hacer o decir, más acertado y oportuno.

El pasaje de un tratamiento curativo a un tratamiento paliativo, los límites difusos de este pasaje. Las consecuencias que trae aparejado sobre la función del médico el acto crítico consistente en la colocación del denominado «cocktail lítico», en especial el juego de enfrentamientos y alianzas entre varios actores: el médico, la familia, el propio paciente y en ocasiones la nurse, el sacerdote, el psicólogo.

Hay dilemas terapéuticos con fuerte contenido emocional como: ¿colocar un cocktail lítico para que el paciente muera de un modo «digno» y no de un modo «inhumano» como sería por ejemplo morir por asfixia en estado consciente frente a lo que puede ser interpretado como sadismo y pasividad médica? ¿colocar un cocktail lítico por presión de la familia que no tolera más la situación? ¿por presión interna del médico que psicológicamente no resiste la impotencia a la que ese paciente se enfrenta?

La familia del paciente oncológico muchas veces es vivida como problema, ya sea por su ausencia o por demasiada presencia. Cómo lograr que la misma sea una aliada en

el tratamiento o cómo ponerle límites es otro de los análisis efectuados. Las propuestas que la misma hace en cuanto a tratamientos a seguir o no seguir, el discriminar si la familia hace solicitudes para el paciente o para sí misma, lo que se le dice a la familia y lo que la familia le dice al paciente, son temas habituales en el grupo.

El reconocimiento de familias con dificultades relacionales y el manejo de las culpas familiares por la enfermedad de uno de sus miembros, las familias con antecedentes de problemas con otros médicos, cuando un mismo médico ha atendido o trata a varios pacientes oncológicos en una misma familia, las parejas en conflicto manifiesto o latente, son algunas de las situaciones trabajadas grupalmente.

La relación profesional con colegas: cuando existen diferencias de pronóstico o de tratamiento, cuando los pacientes ven a un médico a nivel mutuo y a otro a nivel particular, las iras y heridas que ello provoca. Cuando un paciente critica a los médicos que ha visto anteriormente con o sin razón, cuando se producen conflictos jerárquicos entre colegas de la misma u otra especialidad, cuando el paciente es familiar médico o el mismo paciente es médico.

La relación institucional es otro tema tratado habitualmente, las diferentes condiciones de trabajo a nivel hospitalario, mutuo o particular, lo que no es modificable y lo que sí puede serlo; los diferentes tipos de pacientes o sus comportamientos según la institución a través de la cual son vistos.

Vinculado al punto anterior, se encuentra también el análisis de la medicina en general, su ubicación en la sociedad, su estatus de poder adquirido o perdido y cuál recuperar, los vicios existentes, las posibilidades de cambios, desde dónde y por quienes.

Los motivos de gratificación o estímulo médico o del personal tratante en general: la mejoría o alivio del paciente, el reconocimiento de éste o la familia, el cobro, el manejo de los honorarios, los chantajes, los regalos, las seducciones, las ostentaciones. Los sentimientos de envidia y la provocación de la misma consciente o inconcientemente, las vivencias de omnipotencia y de impotencia, las rivalidades, serían sintéticamente los títulos de los temas vistos en cerca de cinco años de tarea grupal.

Aportes de la teoría psicoanalítica al funcionamiento grupal

Principalmente al comienzo, sobre todo por parte de algunos integrantes del grupo, se cuestionaba a menudo la metodología, considerada como una ausencia de la misma, requiriéndose una participación más directiva por parte de la psicóloga, solicitándosele dictara clases teóricas, lo que llevaba a lo que el grupo denominaba «evaluaciones».

Esto ha variado en los últimos años, efectuándose una evaluación general a fin de año para decidir si se continúa al año siguiente o no.

Este fenómeno, en que se estimaba que como psicóloga tenía un rol pasivo, que «daba» poco o casi nada, donde aparecía como egoístamente en poder de un conocimiento que no transmitía o compartía, o con falta de capacidad para ejercer su supuesto saber, era la mayor parte de las veces interpretado como la reproducción grupal de lo que el médico vive cotidianamente con los pacientes de cáncer. Estos últimos le hacen sentir a su médico, de un modo manifiesto o latente mediante sus quejas, sus sufrimientos, las propuestas del paciente o de la familia, que el

médico hace poco por él, que es muy pasivo con respecto a la importancia y dedicación que el paciente merecía como persona enferma o socia de una institución.

El paciente le dice al médico, en un lenguaje habitualmente implícito pero a veces explícito, que egoístamente tiene en su poder instrumentos a su alcance como exámenes, análisis, diferentes recursos que no utiliza para con determinado paciente por razones económicas, de comodidad, de simpatía o de otro tipo. O simplemente el paciente o su familia o ambos le insinúan o le sugieren que «no sabe» y por ello consultarán a un colega, utilizarán una medicación nueva y no probada, verán un curandero o viajarán al extranjero.

El conocimiento que nos brinda el psicoanálisis de la repetición de situaciones problema en distintos campos relacionales, ha sido uno de los motores intrapsíquicos de la dinámica grupal. Esto se expresó por medio de la reproducción de sentimientos para con la psicóloga y entre los distintos miembros del grupo, similares a los que los pacientes experimentan para con el personal que los trata, es decir los integrantes del grupo. Este fenómeno que es denominado «transferencia» a nivel psicoanalítico, va a estar presente en todo vínculo entre dos o más personas y aprender a reconocerlo en cada caso, ha sido una de las tareas constantes del grupo.

Otro factor trabajado es que el inconciente del médico, de la enfermera, del psicólogo, también entra en juego y de modo inevitable, en el vínculo con los pacientes y sus familiares. Esto ha conllevado a que en el análisis de casos, no se tomara en cuenta sólo el lenguaje verbal conciente del paciente o de la familia, sino el inconciente o latente que podría estar detrás —de los otros y del nuestro—, aumentando de esta manera la comprensión de la situación por parte de los profesionales.

En la medida en que los conflictos a través del reconocimiento de la transferencia y el lenguaje latente son comprendidos y puestos en palabras, el conflicto desaparece o se produce una sensación de alivio y/o bienestar en la o las personas involucradas en dicho conflicto.

Es sumamente frecuente que el personal tratante de pacientes de cáncer experimente incomodidades crecientes con determinados enfermos o familias, enojos, ataques expresos o implícitos, directos o a través de otros. Esto lleva a una canalización de dichas incomodidades mediante la acción: irritaciones evidentes, agresiones verbales, interrupciones de vínculos médico—paciente de malas maneras, con los consiguientes sufrimientos psicológicos y frustraciones para ambas partes que no son útiles ni a unos ni a otros.

Sin embargo, cuando en una situación grupal analizando un caso, reconocemos que el médico fue puesto en una «trampa» por el paciente, es decir haga lo que haga va a quedar mal con el paciente y consigo mismo; ya habremos dado un paso para salir de la misma: reconocerla. Este fenómeno permanentemente observado en la clínica de enfermos oncológicos y esto es porque toda persona atrapada, atrampa; y el paciente de cáncer se vive en una «trampa» mortal.

Sólo cuando descubrimos que nos encontramos en una situación donde el paciente o la familia nos proponen dos alternativas, que ninguna nos satisface en el plano inmediato o mediato, lograremos cierto alivio para con noso-

tros mismos; y solamente cuando mediante palabras podamos ponerla de manifiesto para con el paciente o la familia, estos estarán en condiciones de encontrar la alternativa favorable para ambas partes.

Si un paciente o sus familiares le solicitan a un médico que le prescriba una medicación que sugirió otro colega consultado, ubican al médico tratante en una trampa en la que el paciente también queda atrapado.

Si el médico accede sin estar de acuerdo con dicha medicación, para el inconciente del paciente es como que su médico no sabe, que el otro profesional sabe más (sin embargo no está dispuesto a continuar tratándose con el otro técnico consultado, habitualmente por razones económicas o de dudas frente a las distintas alternativas), siente que su médico se somete, se deja manipular y esto le da inseguridad al paciente, siempre va a estar temeroso de dicho médico. Pues si él como paciente o su familia lo manipulan, mañana lo podrá manipular su familia para colocarle un cocktail lítico sin él deseárselo, o lo manipula la institución a la que pertenece y por ello le prescribirá los medicamentos más baratos y no los mejores, o ahorrará en exámenes, análisis y consultas, o tiempo de internación. Por lo tanto, con futuras prescripciones de tal médico, ese paciente difícilmente mejore todo lo que quizás podría mejorar o aliviarse, porque no confiará en su médico.

Si el médico no acepta prescribir lo que otro colega sugirió, el paciente le hace sentir que lo percibe egoísta, necio, celoso del otro profesional, sometido a directivas económicas de la institución, por lo tanto tampoco va a confiar en él: se irá o se someterá al tratamiento propuesto por el médico en cuestión, pero generalmente no tendrá una buena evolución. Reconocer la trampa, es la única vía de salida de la misma para el médico, aunque no siempre el paciente también pueda salir de ella.

Indicadores de la utilidad del grupo para sus integrantes

Indudablemente la pregunta que podemos plantearnos y que como integrantes del grupo nos formulamos en más de una oportunidad, es si todo esto trae aparejado algún beneficio para los participantes, para los pacientes.

Una de las señales es la permanencia del grupo y de los mismos integrantes a lo largo de estos años. Se podría cuestionar dicho indicador, sosteniendo que no siempre la gente permanece en sitios o en situaciones que les son útiles, puede haber una dosis de masoquismo que haga que personas en situación de malestar y de inhibición notoria a su desarrollo prolonguen situaciones perjudiciales, que no les aportan, por temores diversos a terminar con tales situaciones.

En cuanto a este grupo en particular se podría decir que su masoquismo estaría en que además de trabajar gran parte de su tiempo con la muerte, los sufrimientos, las angustias, se reúne semanalmente a hablar de los mismos temas. Esta afirmación implicaría una confusión: las angustias, problemas o frustraciones, no aparecen cuando se las habla, se las trabaja, sino que están presentes desde antes en el inconciente. Hacerlas conscientes no es masoquismo, es empezar a resolverlas, a elaborarlas, verlas y no negarlas.

También se podría señalar que no todos los participantes se

mantuvieron en el grupo, que a los que se fueron probablemente no les sirvió. En tal sentido, podemos argumentar que no toda la gente que se retiró experimentó que el grupo no le servía, algunos lo hicieron por problemas de horarios o viajes al extranjero. Otros no tenían un verdadero compromiso ni con el grupo ni con la especialidad, o su ansiedad no les permitía tolerar una dinámica en la que no hubiese fórmulas y recetas de qué hacer con determinados pacientes en ciertas situaciones. Algunos accedieron al grupo en busca de psicoterapia no reconocidamente, por lo que el grupo no satisfacía tal demanda inconciente. Por último, quizás otros encontraron otro sitio donde obtener lo que el grupo se proponía brindar.

Sin embargo, sin excluir una cuota de masoquismo necesaria para la realización de todo emprendimiento y no por ello patológica, creo que hay cuatro puntos esenciales que hacen al beneficio del grupo.

1). Los integrantes del grupo a lo largo de estos cuatro años hemos incorporado conocimientos, nos hemos enriquecido intelectualmente y esto es gratificante; por lo tanto el grupo brinda, enriquece.

La coordinadora sabe bastante más sobre la vida médica y de enfermería que aquello que en 1987 sólo sabía por los pacientes. Por otra parte, el conocer personalmente a los especialistas con los que habitualmente comparte sus pacientes, le permite trabajar mejor en su quehacer como psicoterapeuta. Por ejemplo, cuando algún paciente tiene dudas o temores relacionados con su tratamiento y no se anima a plantearse a su médico, lo cual afecta el vínculo con el mismo, si se trata de un integrante del grupo que la psicóloga sabe que no se va a molestar, puede estimularlo con confianza a que se lo plantee a dicho clínico, porque conoce que probablemente lo escuchará y atenderá a la demanda. De este modo nos estaríamos aproximando a un verdadero trabajo en equipo, tan explícitamente necesario, pero tan difícil de poner en práctica.

Asimismo, el grupo le permitió a la coordinadora reconocer los fenómenos grupales señalados por Balint, (1), Anzieu, (4) y Bion, (5), pudiendo en consecuencia intervenir favoreciendo la dinámica y existencia grupal.

El resto de los integrantes también saben más sobre la complejidad de las relaciones humanas, sobre las variables presentes, inconcientes y manifiestas en lo que hace a un vínculo entre médico y paciente, enfermera y paciente, y relaciones humanas en general, que hace cuatro años atrás.

Igualmente se ha comprendido que hay una científicidad en lo que el psicoanálisis aporta, que no se trata de un manejo intuitivo en lo que se refiere a la relación paciente-personal de salud, sino que existen leyes, reglas, principios, para mejorarla al máximo en su potencial y que éstos pueden aprenderse.

2). El grupo es secundariamente terapéutico. No es un grupo de terapia grupal donde cada uno manifiesta sus conflictos personales, pero es un grupo de «terapia de la profesión» donde se elaboran y trabajan los conflictos relacionados a la misma. Por lo tanto es liberador de tensiones y genera alivio, quizás no todo lo que algunos podrían desear, por ello señalamos anteriormente que algunos podrían haberse retirado.

Las razones fundamentales por las que el grupo es terapéutico son tres:

a) Se trata de un espacio específico, encuadrado y aceptado para hablar de temas que preocupan en cuanto al ejercicio profesional, que lo hace como el sitio más apto para ello. Si no, muchas veces esto se realiza en lugares y con personas inadecuadas: la familia, amigos, en un corredor, en una reunión social. La constante utilización de personas inadecuadas para canalizar problemáticas laborales, por ej. un cónyuge, un hijo, puede traer conflictos familiares pues la familia se puede sentir invadida, descuidada por la profesión de uno de sus miembros. O pueden aparecer rivalidades, si la tarea de este miembro queda en el lugar de la más importante dentro del núcleo familiar. A nivel social el médico o la enfermera se pueden desprestigiar si hablan delante de personas no vinculadas a la profesión, que se identifican más con la posición de paciente potencial que con el de médico o enfermera.

b) Se conformó un grupo con cierto compromiso mutuo, en un clima de comprensión y respeto, basado en un grado importante de confianza entre los integrantes, donde todos, más allá de diferencias de estatus o de profesión, viven al grupo como un sitio de relativa seguridad, sin grandes desconfianzas mutuas. Están todos en la misma situación, todos saben de todos, todos han compartido los respectivos problemas, vivencias y sentimientos. Como ya dijéramos, en parte se debe al hecho de que el grupo se estabilizó en la conformación de sus integrantes, no permitiendo nuevos ingresos.

El clima de seguridad y confianza se ve a su vez reforzado por el reconocimiento de las situaciones conflictivas en gestación intragrupo, facilitándose la verbatización de las mismas y por lo tanto la resolución de ellas. Reproduciéndose en el microclima grupal las situaciones problema habituales, entre colegas, entre personas, pero de otro modo: no se pretende que los conflictos dejen de existir, sino que los mismos sean reconocidos, analizados, comprendidos y por lo tanto que las vías de resolución se incrementen. El problema no es que existan obstáculos, sino no poder sortearlos o sufrir demasiado por ellos.

c) El grupo no es sólo un sitio de catarsis donde se habla, se «saca» aquello que angustia y preocupa acerca de lo que el ejercicio profesional implica, sino que se analizan a la luz del psicoanálisis las relaciones que se establecen con pacientes, con la familia de los mismos, con colegas, con otros profesionales, con las instituciones, teniendo en cuenta los discursos manifiestos de todos (ajenos y propios) y también los latentes. Por lo tanto el grupo ha hecho conciente parte del inconciente social, médico y de los pacientes, siendo de este modo menos dependiente de un inconciente colectivo.

3). No sucedió en el grupo lo que al comienzo mencionáramos como un desafío y un temor de que se convirtieran en psicoterapeutas salvajes, con las consiguientes consecuencias perjudiciales para los pacientes, médicos, enfermera y coordinadora.

Esta constatación tiene en principio dos fundamentaciones:

a) Los integrantes del grupo no eran principiantes en la medicina, estaban comprometidos en su profesión,

con experiencia en la misma, con abundante carga y responsabilidad laborales, por lo que no se tentaron, a diferencia de lo que puede ocurrir con principiantes, con desarrollar terapias psicológicas salvajes, ya que reconocen estas prestaciones como exclusivas de aquellos con formación especializada.

- b) La captación de la complejidad de las interpretaciones de lo que las expresiones verbales pueden significar, alcanzó la suficiente magnitud como para comprender que las improvisaciones o ligerezas no deberían tener cabida y que la cautela en cuanto a lo que se hace y se dice con los pacientes, es a lo que se debe tender.

Por lo dicho anteriormente, se desprende que la ampliación de conocimientos psicoanalíticos, el reconocimiento de la importancia del lenguaje, lo que se dice y cómo se dice, lejos de exponerlos a convertirse en psicoterapeutas salvajes, los protege de serlo. El haber pasado por esta experiencia disminuye la probabilidad de efectuar interpretaciones erróneas, emitir juicios ligeros, consejos y comentarios descolocados o agresivos, más allá de la buena intencionalidad conciente. Es imposible que en un vínculo de dos o más personas la dimensión psicológica no esté presente, por lo que es preferible que se conozca el alcance de la misma a que esté negada.

4). Algunos participantes se han interesado y han emprendido una investigación tendiente a verificar los resultados de investigaciones realizadas en otros países, referidas a aspectos psicológicos de pacientes de cáncer. Este trabajo de investigación es importante por lo que al conocimiento del objeto de estudio se refiere, como a la realización de una tarea más vital: la producción, la creatividad, que a veces por la práctica clínica queda relegada.

Conclusiones

Se trata de una experiencia grupal válida, que no ha empobrecido ni dañado a sus integrantes, sino que por el contrario ha aportado salud y enriquecimiento a todos los que desde hace casi cinco años nos reunimos interdisciplinariamente.

El enriquecimiento tiene varios sentidos. Uno sería el intelectual, el tener mayor conocimiento sobre determinados fenómenos, comprenderlos y decodificarlos de un modo diferente al que habitualmente estamos acostumbrados. Otro sería terapéutico, el que implica un alivio, una canalización de angustias y preocupaciones en un lugar de encuentro interdisciplinario, diseñado específicamente para ello. Y el otro sentido, sería el «feed-back» del beneficio del paciente que todo este análisis conlleva y que por supuesto nos gratifica.

En cuanto a los pacientes, es difícil evaluar la percepción en los mismos de un posible beneficio en el vínculo con sus médicos a partir de la participación de los clínicos en el grupo. De todos modos es posible inferir, a partir de algunos casos, que con muchos pacientes la comunicación mejoró y por lo tanto el vínculo; y en otros donde la relación no fue buena y los desencuentros fueron frecuentes, la cantidad e intensidad de los mismos no sería significativamente diferente a la anterior a la existencia del grupo.

El médico frecuentemente confunde compromiso profesional, responsabilidad y entrega médica, con hablarle mucho

a sus pacientes, aconsejarlos, dedicarles todo el tiempo que parecen requerir, estar siempre disponibles. En realidad, esto generalmente es derroche de energía, uso inapropiado del instrumento denominado lenguaje, dificultades propias de relación, invasión de la angustia ajena.

Al disminuir en los integrantes del grupo estas actitudes irracionales, intuitivas, productos de ausencia de análisis, algunos médicos llegaron a preguntarse si es que ahora serían más indiferentes, menos comprometidos que antes en su quehacer profesional. Sin embargo, del análisis del fenómeno surge que lo que sustantivamente ha sucedido, es un progreso significativo en el manejo de la angustia que provoca el atender pacientes de cáncer.

En el grupo hoy, no es que hayan profesionales menos comprometidos, más fríos, menos sensibles, sino que invierten mejor su energía, no la malgastan, no hacen tantos esfuerzos ni dicen tantas palabras en vano, sin que por ello se hayan convertido en «superclínicos» perfectos para sí, los pacientes y la sociedad. Con el paciente y su familia no se trata de despifarrar consejos, palabras, encuentros, idas y venidas, llamadas telefónicas, de responder a todas las demandas manifiestas de los otros, sino de poder discernir qué hay detrás de la demanda expresa y por lo tanto responder de modo más adecuado y eficaz.

El ser más cauteloso en lo que se dice o se hace, no es ser menos comprometido, por el contrario, tal actitud implica una postura mucho más activa que el comportamiento intuitivo y sin criterio (o con un criterio fijo asegurador, pero ineficiente), descifrar lo que el otro efectivamente pide y dice —más allá de lo manifiesto— y de lo que podemos dar o decir. Asimismo, no se trata de no tener equivocaciones, errores, malas interpretaciones, sino de disminuirlas, sabiendo que es humano e imposible su eliminación, sobre todo cuando de situaciones límites se trata, como es la situación de muerte.

A la cautela de lo que se dice corresponde la cautela de lo que se escucha. Esto significa también un discriminar mejor nuestros límites, hasta dónde llegan nuestras posibilidades y las que el o los otros nos solicitan, y en definitiva quién es el paciente y quiénes somos nosotros, cuál es la angustia del paciente y cuál la nuestra.

Résumé

Un groupe composé de 8 médecins, une nurse et une psychologue fut étudié pendant 5 ans environ, au sein du Département d'Oncologie de l'Hôpital de Cliniques de Montevideo.

Le but était d'analyser les problèmes résultant de la relation entre le médecin, l'infirmière, les patients oncologiques et leurs familles. On souligne l'importance de la psychanalyse pour comprendre et agir face aux relations conflictuelles, ainsi que sa valeur pour la dynamique et l'existence-mème du groupe.

L'expérience fut très valable, soit pour l'enrichissement intellectuel, soit par son aide thérapeutique à la gestion médicale; elle contribue à améliorer les liens médecin-pa-

tient et sa famille et à établir une meilleure conduite face à l'angoisse qui résulte de la pratique oncologique.

Summary

A synthetic survey deals with the experience of analysis, during almost five years, of a group consisting of eight physicians, one nurse and one psychologist at the Department of Oncology of the University Hospital of Montevideo.

The analysis was centered upon problems arising from the relationship between the physician, the nurse, the oncologic patients and the family members. The survey stresses the contribution of psychoanalysis in the understanding and management of conflictive relationship as well as the dynamics and existence of the group itself.

Finally emphasis is placed on the validity of the experience in that the intellectual enrichment, psychotherapeutic support for the medical profession and contribution in the understanding and improvement of the link with the patient

and family members derives into a more adequate management of the anguish resulting from oncologic patients.

Agradecimientos

Agradezco a los integrantes del grupo que de una u otra manera han contribuido a estas líneas. Ellos son los Dres.: E. Bzurovski, M. Echenique, P. Kasdorf, R. Levin, M. Musé, R. Notejane, G. Pees y G. Sabini; y la E.U. S.M. Devoto.

Bibliografía

1. **Balint M.** El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros básicos, 1961.
2. **Missenard A et al.** L'expérience Balint: histoire et actualité. Paris: Dunod, 1982.
3. **Sapir M.** Soignant-soigné: le corps à corps. Paris: Payot, 1985.
4. **Anzieu D.** El grupo y el inconsciente. Madrid: Biblioteca Nueva, 1978.
5. **Bion WR.** Experiencias en grupos. Buenos Aires: Paidós, 1963.

Encuentros de las Generaciones en la Colonia

Las generaciones que ingresaron en los años 1952, 1957, 1962, 1967, 1972 y 1977, festejarán el aniversario de su ingreso a la Facultad en el Complejo Turístico del SMU con sus familias.



HOTEL
ALCIÓN

Colonia de Vacaciones
Complejo Turístico del SMU

Informes:
Arenal Grande 1305
Tel.: 41 05 11