

FORMACIÓN CONTINUADA

Los grupos de reflexión en atención primaria de salud. I. Su origen

J. L. Tizón*

Unidad de Salud Mental La Verneda. La Pau-La Mina. Barcelona.

Una breve introducción histórica

Los así llamados grupos Balint, tardíamente reconocidos por las especialidades médicas en nuestro país, vuelven a ser tenidos en cuenta en diversos programas formativos de médicos y enfermeros, tanto de pregrado como, fundamentalmente, de posgrado. La renovada atención por estos grupos durante los años ochenta y noventa ha venido de la mano de su inclusión en la formación de los especialistas de Medicina de Familia y Comunitaria, aunque, en realidad, como experiencia formativa de profesionales internistas y generalistas habían sido propuestos y puestos en marcha en la península Ibérica ya en los años setenta. En esos años, su puesta en práctica se hizo en buena parte de forma experimental, «piloto», siguiendo propuestas y replanteamientos procedentes fundamentalmente del campo de los especialistas de la salud mental^{1,3}. Antes aun, ya en los años cincuenta y sesenta, los psicoanalistas introductores del psicoanálisis en España, procedentes entonces de otras especialidades médicas diferentes de la psiquiatría, como los Dres. Pere Bofill i Tauler y Pere Folch i Mateu, realizaron los primeros intentos o experiencias de seminarios con profesionales médicos. El Dr. J. Beà, psicoanalista y psiquiatra, fue tal vez el primero que puso en marcha un grupo tipo Balint en Cataluña, y posiblemente en España; en concreto, el grupo comenzó a funcionar con especialistas del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona en los primeros años sesenta. Otros psicoanalistas de esa segunda generación se especializarían más tarde en grupos de reflexión y grupos Balint, ya no sólo con psicólogos y psiquiatras, en tanto que supervisiones, sino con profesionales de otras disciplinas: maestros, personal de los departamentos de justicia, delegados de atención al menor. Simultáneamente, algunos psicoanalistas de la tercera generación volvimos a trabajar intentando seguir más directamente las técnicas

y modelos de los Balint desde 1976, pero practicándolos no sólo con médicos, sino también con otros profesionales: enfermeras, asistentes sociales, trabajadoras familiares, psicólogos de asistencia pública, trabajadores del ámbito de la justicia, etc.

La experiencia en el tema llevó a que alguno de los «relanzadores» de esta técnica formativa y de sensibilización iniciáramos el contacto directo con E. Balint y, a través de ella, con la Sociedad Balint Internacional (J. Tizón y, más tarde, J. Freixas y R. Ferrer, así como algunos psicoanalistas, psiquiatras y médicos de cabecera de Madrid, Barcelona y Valencia).

El problema subsiguiente fue que tal sistema formativo entró en la categoría de «moda» y su difusión y popularización fue mucho más rápida de lo que permitían nuestras capacidades iniciales y las de otros psiquiatras, sedicentes psicoanalistas o incluso psicoanalistas que comenzaron a difundir dicha técnica... El resultado fue una serie de fracasos, de interrupciones de grupos, de problemas grupales e institucionales y, consiguientemente, una rápida desidealización del método, especialmente por parte de los MIR y de sus docentes. Por ello, han sido necesarios varios años más para que la práctica de grupos Balint pueda ponerse en marcha en algunas zonas nuevas, reemprenderse en otras, y replantearse en casi todas. El resultado es ahora un crecimiento mucho más lento y contenido de lo que fue en los años setenta y prime-

ros de los ochenta, y una reconsideración más profunda de su técnica, utilidades, sistemas de evaluación, etc., temas en los cuales se coincide con diversas orientaciones y estudios internacionales^{4,7}. Sin embargo, revisando ciertos estudios internacionales, y en especial los referidos al uso de estos grupos en la formación de MIR, a algunos nos parece que el nivel al que se ha llegado en nuestro país, tanto en su utilización como en las adaptaciones de técnicas, puede ser comparable, si no más, al desarrollado en otros países (anglosajones). Esa ha sido, desde luego, una de las motivaciones que nos han decidido a plantear nuestra experiencia en el tema. Pero para hacerlo, sería imprescindible realizar un breve recordatorio de las diversas formas (o técnicas) de ayuda psicológica en la práctica médica contemporánea.

Los sistemas psicoterapéuticos en la práctica sanitaria y los grupos Balint

La importancia de las ayudas psicológicas puestas en marcha por el médico, la enfermera u otros profesionales sanitarios fue enfatizada ya por el mismo Freud^{8,9}, por médicos contemporáneos de él como Groddeck, o por toda la línea de investigación en medicina psicosomática. Más tarde, la necesidad de una formación psicológica (psicoterapéutica) del personal sanitario ha ido poniéndose cada vez más de relieve, sobre todo con

TABLA 1. Las ayudas psicoterapéuticas desde la práctica médica

Sin participación de lo psicológico	Tratamientos psicofarmacológicos Derivaciones a los ESM
Con participación de lo psicológico	La «entrevista prolongada» en la práctica médica Enfoque psicodinámico Enfoque cognitivo-conductual
	Psicoterapia psicodinámica breve Psicoterapia breve y focal/psicoterapia cognitivo-conductual Técnicas de flash o de recontextualización psicológica
	Complemento y contención en un grupo de reflexión (de los componentes relacionales de la práctica asistencial)

* Psiquiatra de Atención Primaria.
Psicoanalista (Sociedad Española de Psicoanálisis,
Asociación Psicoanalítica Internacional).

TABLA 2. Rasgos definitorios de la asistencia centrada en el consultante (ACC) en tanto que miembro de la comunidad

Objetivos
La promoción de la salud en los consultantes potenciales
La salud del consultante
Mejorar el conflicto salud-enfermedad o trastorno en el paciente
Intento integrador biopsicosocial
Forma de atención
Biológica, psicológica y psicosocial
Diacrónica con potenciación de los núcleos vivenciales naturales de la población
Automatizante; intenta evitar convertir al asegurado en consultante, al consultante en paciente, al paciente en persona dependiente del aparato sanitario-industrial
Preocupada por la yatrogenia psicológica, biológica y psicosocial
Organización
Máximo hincapié en los criterios de accesibilidad, continuidad, eficacia, perspectiva del consultante, seguridad y oportunidad
Centrada en el equipo interdisciplinario biopsicosocial asesorado a nivel psicosocial por supervisiones externas al equipo, las unidades de salud mental y otros profesionales
Trabajo en equipo
Participación de la comunidad
Preocupada por una organización geodemográfica e intersocial con el resto de las características de la APS
Bases teórico-epistemológicas
Perspectiva tecnológica (atención con marco de referencia científico)
Perspectiva biopsicosocial (modelo biopsicosocial) con predominio biológico, psicológico o sociológico, según los profesionales y dispositivos
Perspectiva relacional, basada en la interacción o relación externa al organismo (marco de referencia conductual o psicosocial), o interna al organismo (marco de referencia psicobiológico, cognitivo-conductual o psicoanalítico)
Bases Ideológicas
Orientada a la promoción y prevención
Orientada a la comunidad (centrípeta con respecto a la comunidad): potenciadora de las redes sociales del consultante, potenciadora de los sistemas profanos de asistencia
Comunitarista: principios de descentralización (autogestión, anticorporativismo, solidaridad)

importancia del tema de los *componentes psicológicos (o relacionales) de la práctica sanitaria*, máxime cuando se tiene en cuenta que su desatención está provocando enormes despilfarros (de sufrimientos y económicos) a todo el sistema sanitario y, por lo tanto, a las administraciones públicas^{12, 13, 16-18}.

Hace ya más de cincuenta años, desde los primeros seminarios con médicos de los Balint o incluso antes, desde los trabajos pioneros de Freud, Groddeck, Ferenczy, Alexander, Dunbar, etc., se han venido proponiendo y experimentando medidas con ese fin. Hoy puede decirse que es una vía de investigación tecnológica en asistencia sanitaria ya establecida y a la que se dedican cada vez más esfuerzos y equipos^{11, 14, 15, 19-23}. En esquema, esta línea de trabajo e investigación consistiría en lo siguiente: ¿cómo mejorar las capacidades psicoterapéuticas de los médicos y demás personal sanitario no especializado en psicoterapia? Y hablo aquí de *investigación tecnológica* en un sentido «fuerte»²²; en tanto que una investigación *aplicada*, sobre *ciencias aplicadas*, pero que sin embargo produce también conocimientos *teóricos*, aptos para ser incluidos en el *corpus* de las ciencias puras.

La medida inicial o más directa con respecto a los pacientes con problemas o conflictos psicológicos y/o de comunicación ha sido, en el universo sanitario, «derivarlos al psiquiatra», derivarlos al equipamiento de salud mental. Pero esta tendencia tradicionalmente se ha mostrado ineficaz: no sólo por la escasez (al menos relativa) de dispositivos psiquiátricos y psicoterapéuticos, sino también por la escasa preparación de éstos para tratar eficaz y eficientemente a esa pléthora de posibles pacientes. A nivel institucional y organizativo, tal práctica resultaba también sumamente negativa porque facilita la disociación entre lo somático y lo mental, entre los especialistas y los equipos de base, etc.

Por todo ello, hoy día se tiende a que los equipos sanitarios dispongan de al menos unas ciertas capacidades psicoterapéuticas propias (tabla 1). En ese sentido, se ha propuesto y practicado el sistema de los cursos y seminarios de reciclaje sobre temas psiquiátricos para ese tipo de personal. Se trata de un sistema, aunque útil y necesario, del que no cabe esperar grandes rendimientos: si ante los pacientes típicos que somatizan en la asistencia sanitaria y que incluso se *cronifican medicalizadamente* en ella^{23, 24} el psiquiatra o el psicólogo habitual poco tiene que hacer de eficaz, el médico de cabecera reciclado en minipsiquiatra, menos aún (salvo excepciones).

Ante un conjunto de planteamientos y situaciones similar, Michael y Enid Balint, junto con un grupo de generalistas británicos, comenzaron a investigar hace decenios cómo se podían mejorar

TABLA 3. Comparación general de dos modelos médicos globales

Nivel	Modelo médico tradicional, médico-biológico	Modelo de la atención sanitaria centrada en el consultante
Teórico	Mecanicismo	Causación Múltiple Multiaxial Probabilística con retroacciones causales
Metateórico	Empirismo Dualismo Biologismo	Constructivismo Monismo (o paralelismo epistémico) Perspectiva interdisciplinaria con predominio biológico
Ideológico	Sanidad = ¿negocio?, ¿servicio?, ¿sacerdocio? Individualismo	Sanidad = servicio social Alguna forma de comunitarismo
Práctico	Entrevista dirigida Maquinización	Tecnologías biológicas y sociales... A propósito de la comunicación digital y analógica

la percepción de la complejidad de los problemas que los pacientes funcionales presentan en la asistencia sanitaria contemporánea^{1, 10-14}, así como de las dificultades que tienen los médicos para la conducción de la entrevista¹⁵. Por último, no hay que olvidar que la pragmática de los

componentes psicológicos de la práctica sanitaria puede proporcionar no sólo mejoras en la asistencia, sino cambios psicológicos y somáticos duraderos en los pacientes, en los grupos poblacionales, y en los familiares de los pacientes (acción de *prevención primaria*). De ahí la

TABLA 4. Tres perspectivas para la atención primaria de salud

	Medicina centrada en la enfermedad (modelo médico tradicional)	Medicina centrada en el paciente (modelo Balint)	Atención sanitaria centrada en el consultante (ASCC) en tanto que miembro de la comunidad
Objetivo	La enfermedad	El enfermo	La promoción de la salud en los consultantes reales y potenciales
	La curación	Mejorar el conflicto salud-insania en el enfermo	Mejorar el conflicto salud-insania en el enfermo
	Parcialización biológica	Parcialización psicobiológica	Intento integrador biopsicosocial
Forma de atención	Centrada en lo biológico	Atención a lo psicológico y lo psicosocial	Biológica, psicológica y sociológica
	Sincrónica	Diacrónica	Diacrónica con potenciación de los núcleos vivenciales naturales de la población
	Heteronomizante, en especial con respecto al aparato sanitario-industrial	Conflictos hetero-autonomía	Autonomizante: intenta evitar convertir al asegurado en consultante, al consultante en paciente y al paciente en dependiente del aparato sanitario-industrial
Organización	Centrada en el médico	Centrada en el médico (ayudado en los componentes psicológicos de la asistencia por psicoanalistas, psicólogos y psiquiatras)	Centrada en el equipo interdisciplinario asesorado a nivel psicosocial por supervisiones externas al equipo y las unidades de salud mental
	Práctica individual	Práctica individual	Trabajo en equipo
	Dominio profesional	Dominio profesional ilustrado por lo psicosocial	Participación de la comunidad
	Poca atención a la organización sanitaria	Parte de la existencia de algún sistema de salud organizado	Se preocupa por una organización geodemográfica e intersectorial descentralizado y con el resto de las características de la APS

Modificada de Tizón, 1988.

Las capacidades psicoterapéuticas (en realidad, simplemente *terapéuticas*) de los propios médicos. La mayoría de las vías que propusieron son el resultado de la sistematización de algunas aplicaciones del psicoanálisis, tales como las psicoterapias breves y las focales. Pero de un psicoanálisis concreto —derivado de la escuela húngara de psicoanálisis— y estrechamente conectado con los resultados de las investigaciones y replantea-

mientos aparecen los primeros *grupos de discusión sobre los problemas psicológicos de la práctica médica* o *grupos Balint*. Como fruto de tales trabajos, investigaciones y reflexiones, surgieron técnicas típicas hoy ya introducidas en el funcionamiento de algunos equipos sanitarios, en especial en atención primaria. Realizaremos aquí un repaso totalmente esquemático de las más conocidas.

1. La *entrevista prolongada* (y bajo cita) en la *práctica sanitaria*. Esta técnica fue ya propuesta en las primeras obras sobre el tema, y en especial en la ya clásica (y aún de lectura obligada) *El médico, el paciente y la enfermedad*^{25, 26}, del grupo inicial de psicoanalistas y generalistas británicos que comenzó a investigar con ese fin. En esencia, consiste en la realización de entrevistas prolongadas, abiertas, con los pacientes en los cuales las observaciones previas nos hayan proporcionado indicios de que podrían mejorar con un aumento del *insight* sobre sus conflictos. Durante las mismas, efectuadas con una serie de premisas técnicas inspiradas en el *encuadre* (externo e interno) psicoterapéutico, el sanitario intenta replantearse, junto con el paciente, el conjunto de sus problemas y conflictos, con el deseo de llegar a un *diagnóstico globalizador* y poder ayudar al consultante.

2. Esas entrevistas prolongadas podrán llevar o no a la realización de una *psicoterapia breve* posterior a cargo del propio médico, supervisado por un psicoanalista o psicoterapeuta experimentado, o bien a cargo de un especialista en psicoterapia.

3. Pero el criterio de brevedad, si bien es imprescindible en la práctica sanitaria, no resulta suficiente para especificar la técnica de esas psicoterapias breves, por lo que M. Balint concretó sus experiencias e investigaciones sobre el tema con la técnica de la *psicoterapia focal*^{27, 28}: en toda psicoterapia, por breve que sea, surgen tantos temas y posibilidades que es conveniente delimitar focos (y más en las psicoterapias breves y/o en las realizadas en la práctica sanitaria). Desde luego, existen diversas técnicas y orientaciones para delimitar el foco de la terapia: puede delimitarse en función de su accesibilidad por ese psicoterapeuta concreto, en función de su importancia para el paciente, en función de su posición central en varios problemas o conflictos del mismo, etc.

Las tres técnicas mencionadas, con resultar sumamente útiles y haberse extendido de forma importante en algunos países, como por ejemplo entre algunos grupos generalistas británicos, poseen una serie de problemas intrínsecos²⁹. Por necesidades expositivas los resumiremos en dos grupos: a) no encajan demasiado en el *encuadre externo* (e incluso *interno*) de los médicos que trabajan en un servicio nacional de salud o similares, y b) entre otras razones, porque falta tiempo para que los médicos y enfermeras de los sistemas públicos, incluso nordeuropeos, puedan realizar ni tan siquiera técnicas que consumen un tiempo tan reducido. No olvidemos, por ejemplo, que la media de tiempo dedicado hace años a cada paciente por los médicos del NHS británico era de seis minutos por paciente²⁵, media no alcanzada aún en España y que, a juzgar por todos los indicios, ha

disminuido incluso en Gran Bretaña en los últimos años.

De ahí que los Balint, sus diversos equipos y las sociedades adheridas a la Sociedad Balint Internacional hayan expuesto en sus últimas obras una técnica diferente, más apta para ser utilizada en la práctica usual y cotidiana de los servicios públicos de salud: es la llamada *técnica del flash (psicológico)*, que hemos intentado describir, revisar y sistematizar en otros trabajos^{14, 29-31} orientándola hacia la técnica más general (no tan sólo sanitaria) de los *procesos de flash psicológico o de recontextualización hacia lo psicológico*. En definitiva, se trata de disponer, en la consulta sanitaria habitual, de un conjunto de factores de *encuadre interno y externo* con el fin de que en algún momento de las relaciones diacrónicas sanitario-paciente pueda surgir una vivencia de comprensión mutua y una disposición por parte del profesional para profundizar en lo psicológico. El encuadre o marco profesional se utiliza para aumentar la *disponibilidad* (emocional) del técnico en cada entrevista, lo que sólo es posible si, a algún nivel, puede captar con mayor profundidad elementos de la transferencia y la contratransferencia que se dan en la relación asistencial.

La utilización y eficacia de esta técnica —y de cualquiera de las anteriores— suele verse mejorada si el sanitario puede asistir, correlativamente, a algún tipo de grupo o seminario de reflexión (o a un grupo Balint) paralelo, en el que comunica, discute y corrige sus percepciones y experiencias con el fin de evitar los riesgos de *colusión* con los aspectos patológicos del paciente, algo sumamente frecuente en la atención sanitaria con-

temporánea^{14, 25, 29, 31-34}. Otras formas de apoyar las disposiciones cotidianas de los profesionales para las técnicas de recontextualización hacia lo psicológico o técnicas de flash, sobre todo inicialmente, pueden ser los *grupos de sensibilización* y los *grupos de reflexión sobre el encuadre profesional*, acerca de cuya práctica concreta hemos hablado y escrito en otros momentos^{35, 36}.

La extensión de tales disposiciones para la ayuda psicoterapéutica dentro de la asistencia sanitaria, complementadas con el uso, cada vez más amplio, de recursos psicoterapéuticos de tipo conductual y cognitivo-conductual por parte del personal de enfermería sanitario en general^{15, 16, 30, 34} ha dado lugar a toda una reconceptualización de la práctica sanitaria, y en especial de la atención primaria de salud. La primera versión de la reformulación de la asistencia sanitaria fue llamada por Balint «*medicina centrada en el paciente*». Bajo nuevas perspectivas y para la realidad de la moderna APS, hemos preferido llamarla *asistencia sanitaria centrada en el consultante (como miembro de la comunidad)*, modelo o submodelo de la práctica sanitaria que posee amplios puntos de contacto con otros derivados del modelo biopsicosocial y que hemos intentado fundamentar, sistematizar y describir en otros trabajos^{13, 14, 30, 31, 35}. En las tablas 2, 3 y 4, extraídas de los trabajos citados, aparecen sendos resúmenes de las características diferenciales de este submodelo médico.

Nota

La bibliografía de este artículo se facilitará al final de la serie, compuesta por dos trabajos, que se publicará en el próximo número de la revista.

Metamucil

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

Composición: Metamucil® Polvo: 7 g de polvo contiene 3,5 g de mucilago purificado de Ispagula (Plantago ovata). Metamucil® Efervescente: 1 sobre contiene 3,5 g de mucilago purificado de Ispagula (Plantago ovata). **Indicaciones:** Metamucil produce una masa fecal blanda y mucilaginoso no irritante que estimula el peristaltismo normal. Está indicado en el tratamiento sintomático del estreñimiento crónico y del síndrome de colon irritable. Indicado en la evacuación intestinal del enfermo con hemorroides y en el estreñimiento del embarazo, convalecencia y de los ancianos. **Vía de Administración:** Metamucil® Polvo y Metamucil® Efervescente se administran por vía oral.

Contraindicaciones: No se debe administrar Metamucil a pacientes con obstrucción intestinal o impactación fecal.

Precauciones: No administrar en presencia de dolor abdominal, náuseas o vómitos. **Incompatibilidades:** No se han descrito.

Efectos secundarios: Puede aparecer, eventualmente alguna reacción alérgica en personas sensibles al Polvo de Ispagula.

Intoxicación y su tratamiento. En caso de una ingestión masiva, instaurar un tratamiento sintomático. Debe tenerse presente la importancia de una hidratación adecuada, especialmente si estos medicamentos se ingirieron sin una previa dilución en agua.

Condiciones de conservación: Mantener ambos preparados en un lugar fresco y seco. **Presentación y P.V.P.:** Metamucil® Polvo: Envase con 250 g de polvo, 532 Ptas. (i.i.). Metamucil® Efervescente: Envase con 30 sobres, 657 Ptas. (i.i.).

Normas para la correcta administración: Metamucil® Polvo: 1. Poner en un vaso 200 ml de agua fría, leche, zumo de frutas u otro líquido. 2. Añadir 2 cucharadas, ó 1 en el caso de niños de Metamucil polvo. 3. Remover hasta que esté bien mezclado y beber inmediatamente. Tomar después otro vaso de agua.



1



2



3

Dosificación: Metamucil® Polvo: Adultos: 2 cucharadas por la mañana. En caso necesario tomar una cucharada adicional después de la cena o al acostarse. **Niños:** (6-12 años): 1 cucharada por la mañana. En caso necesario tomar 1/2 cucharada adicional después de la cena o al acostarse. Cada dosis proporciona una cantidad insignificante de sodio y 14 calorías por cucharada.

Metamucil® Efervescente: 1. Vaciar el contenido de un sobre en un vaso. 2. Llenar el vaso con 150 ml de agua fría. 3. Remover hasta que esté bien mezclado y beber inmediatamente. Tomar después otro vaso de agua.



1



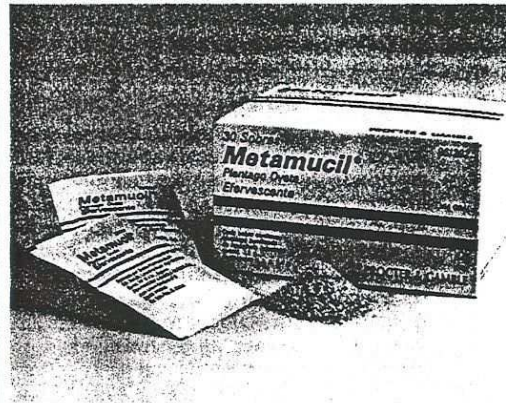
2



3

Dosificación: Metamucil® Efervescente: Adultos: 1 sobre por la mañana en ayunas y otro a mediodía. En caso necesario tomar un sobre adicional después de la cena o al acostarse. Cada sobre proporciona una cantidad insignificante de sodio y 4 calorías.

Al inicio del tratamiento y en algunos pacientes, el efecto óptimo de Metamucil aparece a los 2-3 días. Con el fin de conseguir una deposición normal, es conveniente un uso continuado de Metamucil.



Procter & Gamble

José Lázaro Galdiano, 6
28036 MADRID

FORMACIÓN CONTINUADA

Los grupos de reflexión en la atención primaria de salud. II. Algunos elementos teóricos y técnicos

J. L. Tizón

Psiquiatra de Atención Primaria. Psicoanalista (Sociedad Española de Psicoanálisis - Asociación Psicoanalítica Internacional).
Director de la Unidad de Salud Mental La Verneda-La Pau-La Mina del Institut Català de la Salut de Barcelona.

Los grupos Balint y los grupos de reflexión sobre los componentes relacionales de la práctica asistencial

Como decíamos en la primera parte, los grupos iniciales fueron coordinados por los propios esposos Balint desde 1950 a 1970, año de la muerte de Michael Balint. Su esposa Enid Balint, originariamente asistente social, psicoanalista distinguida de la British Psycho-Analytical Society durante más de cuatro décadas, ha proseguido ese trabajo, apoyada desde el principio hasta hoy por el Tavistock Institute of Human Relations y por los miles de médicos de cabecera que en Gran Bretaña y en todo el mundo han participado en dichos grupos y/o están afiliados a la Sociedad Balint Internacional.

Los objetivos de estos grupos formativos son, en último término, psicoterapéuticos, o al menos de sensibilización. En otro lugar he definido como sigue dichos objetivos y otra serie de características de estos grupos³⁰:

1. Ayudar a percibir algunos de los componentes psicológicos que entraña toda relación médico-paciente, tanto por parte del consultante como por parte del profesional.
2. Proporcionar apuntes sobre cómo ayudar a orientar esos componentes psicológicos de la relación, de forma que resulten favorables para la salud (entendida a nivel biopsicosocial).
3. Aportar elementos de formación psicológica y psicosocial a los médicos de cabecera y pediatras del grupo.
4. Ayudar a que el profesional pueda identificar y tener en cuenta alguno de los problemas o conflictos personales que interfieren en la práctica médica.
5. Sensibilizar al participante sobre la importancia que los elementos anteriores poseen para el bienestar personal y profesional en la práctica médica.
6. Favorecer procesos adecuados de derivación del usuario hacia ayudas psicoterapéuticas, cuando ello se haga necesario.

Como es hoy sobradamente conocido, la metodología de estos grupos de reflexión se basa en sesiones de 75 a 120 minutos

de duración en las que los médicos participantes exponen, lo más detalladamente posible, las vicisitudes de una relación asistencial, tanto a nivel biológico como a nivel psicológico y psicosocial (emociones, temores, dificultades por ambas partes, etc.). Todos los participantes han de estar dispuestos a presentar casos o situaciones vividos por ellos y a colaborar en la discusión de lo que se exponga en el grupo. La exposición va seguida y, en ocasiones, interrumpida, por una discusión abierta acerca del caso o situación clínica por parte de todos los componentes del grupo.

El psicoanalista coordinador del grupo actúa en principio como un miembro más del mismo, favoreciendo la discusión libre y el que no se pierda el encuadre y objetivos del grupo. Interviene especialmente para señalar los fenómenos relacionales que el grupo no ha mencionado anteriormente y que parecen importantes para la comprensión, terapia o evolución del caso o situación clínica. En concordancia con sus antecedentes en la escuela húngara de psicoanálisis, originada en Ferenczi, que ha hecho cierto hincapié en la importancia de la contra-transferencia, las indicaciones e interpretaciones que el grupo y su coordinador proporcionan se centran fundamentalmente en lo que el paciente hace y dice, pero también, en ocasiones, aunque siguiendo una clara prudencia técnica, en la conducta de los profesionales. Ello implica, desde luego, que ha de existir una motivación personal para participar en estos grupos. También, que si éstos funcionan adecuadamente y con suficiente continuidad, tal vez algunos o varios de sus participantes pueden llegar a experimentar los limitados pero apreciables cambios en la personalidad de los que ya hablaba Balint²⁹.

En el supuesto de situaciones subagudas o crónicas, se intenta seguir su evolución a lo largo del tiempo. Para favorecer la creación de un auténtico grupo de trabajo, un factor importante es la continuidad de sus miembros, horarios, sesiones, etc.

Las sesiones se apoyan, pues, en los informes verbales realizados por los participantes, normalmente entre seis y doce profesionales asistenciales. Esos

informes han de ser lo más amplios y detallados que se pueda, procurando no marginar o disociar los aspectos más anecdóticos de la relación asistencial ni, por supuesto, los aspectos y exploraciones biológicas. Sobre ese conjunto se realiza la discusión libre, coordinada por uno o dos psicoanalistas, con las diferencias propias de sus características personales y experiencia, así como de la corriente técnica a la que se adscriban. La sesión entera se organiza externamente como un grupo de trabajo y a nivel implícito, según las leyes de una auténtica dinámica de grupo basada en el intercambio de opiniones, las indicaciones e interpretaciones de pautas relacionales, el intento explícito de convertir el grupo en lo que Bion³⁷ llamaría un *grupo de trabajo*, en la evitación, por tanto, de que lo dominen los diversos tipos de supuestos básicos (dependencia, ataque-fuga, esperanza mesiánica, etc.). Desde el punto de vista psicoanalítico, junto con Foulkes tal vez sea Bion^{37,38} el autor que más ha influido en un replanteamiento de los conceptos psicoanalíticos sobre los grupos asistenciales. Bion parte de la premisa, que considera mera hipótesis, de la existencia de una *mentalidad grupal*, que daría oportunidad al grupo de funcionar como unidad. La mentalidad grupal, en interacción con los deseos de los individuos pertenecientes al grupo, proporciona diversos tipos de organización del mismo, a lo que Bion llamó *cultura del grupo*.

Sin embargo, Bion no se hallaba satisfecho con estos conceptos descriptivos, y en 1959 propuso la idea, sumamente fecundada en terapia grupal psicoanalítica, de los supuestos básicos del grupo. Bion describió tres tipos de supuestos básicos grupales: el supuesto básico de dependencia (sbD), el de ataque-fuga (sbF) y el de apareamiento (sbA). El grupo que funciona según el supuesto básico de dependencia se conduce como si existiera un objeto externo o interno (el líder) cuya función es proveer seguridad al grupo, como si existiera un objeto o deidad protectora de ese grupo inmaduro. El que funciona según el supuesto básico de ataque-fuga actúa y siente como si existiera un enemigo al que es necesario atacar o del que es necesario huir. El

TABLA 1. Diferencias entre los grupos Balint y los grupos de reflexión (de los componentes relacionales de la práctica médica)

Características	Grupo Balint	Grupos de reflexión
Marco de referencia psicoanalítico	Psicoanálisis de la primera mitad del siglo XX (escuela húngara)	Psicoanálisis poskleiniano
Marco de referencia médico	Medicina centrada en el paciente	Asistencia sanitaria centrada en el consultante (en tanto que miembro de la comunidad)
Composición	Generalistas (+ psicoanalista y psiquiatra)	Médicos de familia y comunitarios + pediatras (+ psicoanalista y psiquiatra) Con MIR Jerarquía en el grupo Docente De poder y laboral Interprofesionales (enfermeros, AS, psicólogo, etc.)
	Evitando la psicopatología de los generalistas	Evitando los profesionales con psicopatología grave o aguda o incompatibilidades con su trato personal (si existe)
	Los miembros provienen de diferentes centros	En ocasiones se realiza con equipos de un solo centro
Formación del grupo	Preselección mutua	Preselección laxa Se admiten docentes y discentes, pero no el estatuto de espectador
Técnica: se tienen en cuenta los siguientes elementos básicos	Transferencia y contratransferencia del médico hacia el paciente	Transferencia y contratransferencia del médico hacia el consultante Transferencia y contratransferencia en el grupo Identificación proyectiva e introyectiva Valoración de lo psicosocial Valoración de la no escisión de lo biológico Se integra el diagnóstico psiquiátrico en el diagnóstico pentaaxial

grupo dominado por el supuesto básico de apareamiento o de esperanza mesiánica vive dominado por la cognición-fantasia de que un hecho futuro (un ser no nacido) resolverá los problemas del grupo, a menudo a base de la unión fecundadora de dos miembros o características del propio grupo.

En la perspectiva de Bion³⁸, esos supuestos básicos son estados emocionales tendentes a evitar la frustración que conlleva el aprendizaje por experiencia, aprendizaje grupal e individual que implica siempre dolor, esfuerzo y frustración. Si el grupo se deja dominar por esas representaciones y emociones primitivas e inconscientes, funcionará como un grupo de supuesto básico, como un todo inmaduro y oscilante que tendrá grandes dificultades para desarrollar las tareas propuestas. Frente a este tipo de grupo, el aumento de la cohesión grupal, de la experiencia de trabajo en común, la mayor tolerancia grupal a la frustración, las aportaciones del terapeuta, etc., ayudan al desarrollo de la mentalidad gru-

pal a la que Bion llama *grupo de trabajo*. Es la mentalidad grupal que implica tolerancia a la frustración, contacto con la realidad, elaboración de las emociones, etc. En definitiva, la posición o estructura relacional a la que he llamado posición reparatoria^{29, 35}. A mi entender, todo grupo funciona oscilando con mayor o menor frecuencia e intensidad entre las tres posiciones o estructuras relacionales básicas allí esquematizadas siguiendo las obras pioneras de Melanie Klein³⁹⁻⁴¹.

Esos elementos del marco de referencia teórico-técnico creo que son altamente relevantes en la realización de un grupo de estas características y de cada una de sus sesiones; en concreto, creo que es necesario favorecer una primera parte de la sesión en la que se puedan experimentar el mayor número de dudas, confusiones e inseguridades. Sólo más tarde esa posición confusional puede dar paso, tal vez, a posiciones más defensivas y, por último, a posiciones respiratorias en algunos de los casos o situaciones. En el

mismo sentido, una cierta dosis de duda, incertidumbre, confusión, conciencia de las limitaciones, más que una omnipotente creencia en las capacidades de entenderlo todo, son también elementos fundamentales de este tipo de grupos. Tanto el coordinador como el grupo global deben soportar la realidad de las limitaciones de comprensión, capacidades de captación o *insight* y capacidades de ayuda en el caso de numerosos pacientes y situaciones. Lo contrario sería una negación (paranoide o maníaca) de la realidad asistencial cotidiana y de las ansiedades grupales. Los grupos de reflexión (y los grupos realizados por los Balint), según mi perspectiva, van orientados a comprender más que a (decidir cómo) actuar.

Otro elemento teórico fundamental para entender mi aproximación particular es la importancia que concedo a los grupos (asistenciales) en tanto que transmisores y difusores de la esperanza y las demás funciones emocionales introyectivas, en el sentido de Meltzer⁴²: solidaridad y amor, contención, esperanza, capacidad de pensar, etc. Incluso las investigaciones más empiristas han mostrado que las expectativas de recibir ayuda depositadas en la psicoterapia de grupo son un factor importante desde la perspectiva de los propios miembros^{43, 44}, quienes tienen la posibilidad de observar la mejoría de otros miembros del grupo y acrecentar así la esperanza de conseguir la propia, mucho más en un grupo formado en principio por «no pacientes», por personas que, al menos de entrada, intentan funcionar en tanto que grupo de trabajo voluntariamente. Y lo intentan, además, con el único aliciente de mejorar sus capacidades asistenciales, es decir, para la solidaridad, para la contención, para la esperanza, y que directamente desean reunirse para pensar en común. Indudablemente, las intenciones reparatorias del profesional asistencial, habituales en todos los profesionales asistenciales que participan, favorecen que en el grupo se vean potenciadas esas funciones emocionales introyectivas, congruentes con la reparación no omnipotente. Impulso hacia la solidaridad, deseos de pensar en común y apoyo en la esperanza son elementos emocionales más o menos inconscientes que se hallan en la base de la participación en un grupo de estas características y que el propio grupo puede potenciar.

Además, he de recordar que los grupos psicoterapéuticos son de fundamental importancia en el mantenimiento y potenciación de la otra función emocional introyectiva básica: la *contención* y las capacidades para la contención (tema sobre el que he escrito ya en otros lugares^{14, 29, 32, 45} y que omito, por tanto, aquí). Me parece que en la práctica de la psicoterapia y, particularmente, de la psicoterapia de grupo, hay que afinar en especial la sensibilidad y condiciones técnicas

que puedan favorecer una adecuada transmisión de las funciones emocionales básicas de la contención y la esperanza. Las posibilidades técnicas, teóricas y epistemológicas de este tipo de planteamientos de los grupos asistenciales distan mucho de ser suficientemente desarrolladas o aprovechadas hoy día, incluso por los terapeutas de orientación similar a la de Bion. Por ejemplo, están por investigar aún cuáles son las mejores vías para alcanzar esa situación de grupo de trabajo, si ésta se alcanza con mayor seguridad siempre por vías directamente caldadas del psicoanálisis individual o si se precisan adaptaciones y correcciones técnicas para la práctica grupal. Y ello es de particular relevancia en la aplicación de las técnicas grupales a la APS en general y a los grupos de reflexión en particular: la psicoterapia psicoanalítica de grupo, en sentido estricto, aquí sólo será tangencialmente aplicable. Pero ¿eso significa que hemos de renunciar a que las técnicas grupales puedan proporcionar cambios en el *insight* de los participantes, en sus objetos internos básicos, en sus ansiedades y defensas predominantes? Dadas la focalización, limitaciones temporales y, en general, de encuadre de este tipo de grupos, difícilmente se podrá contar con la intensidad espacio-temporal y vivencial de la psicoterapia psicoanalítica de grupo.

Existen hoy ya numerosas investigaciones, incluso a nivel empírico, sobre estas ideas y técnicas⁶⁻⁷. El propio equipo de los Balint estuvo interesado en este tipo de trabajo⁴⁶. Pero no es este un espacio en el que podamos extendernos sobre ese aspecto de nuestro tema, por lo que lo dejaremos aquí tan sólo enunciado.

Algunos apuntes sobre nuestra experiencia con este tipo de grupos en centros de atención primaria con docencia de MIR†

La práctica de grupos dirigidos al personal asistencial en este tipo de dispositivos impone una serie de diferencias técnicas con respecto a los grupos de discusión sobre los problemas psicológicos de la práctica médica o grupos Balint. Tanto por causa de estas limitaciones, como por las diferencias teóricas y técnicas con respecto al marco psicoanalítico que apoyaba la experiencia Balint, marco teórico de más de treinta años de antigüedad, hemos tenido que desarrollar una serie de modificaciones técnicas de cierta importancia, que he intentado resumir en la tabla 1.

Muestras de las diferencias con respecto a la práctica clásica de los grupos Balint serían las siguientes.

En primer lugar, recordaría que en los grupos Balint se realiza una *preselección de los candidatos* al grupo (o al menos una selección mutua entre los directores y los candidatos^{26, 46}). Esta selección era,

a nuestro entender, bastante exigente, y podría dejar fuera a un buen porcentaje de nuestros actuales médicos de cabecera, pediatras y enfermeras. Por ello, en nuestros grupos hemos seguido la tendencia de realizar una selección más laxa, basada fundamentalmente en el interés por participar y la capacidad de continuar en el grupo.

En la práctica creo que conviene excluir, si se detectan previamente, los médicos con cuadros psicóticos recientes, así como los casos en los cuales existen interferencias entre el tratamiento psicológico del profesional por motivo personal y su pertenencia a un grupo con unos coordinadores determinados. Ello implica que en el grupo, y casi en cada grupo, existirán compañeros con cuadros psicopatológicos más o menos claros, lo que supone importantes dificultades para la conducción. Pero, en la medida en la que el psicoanálisis ha desarrollado sus métodos de comprensión y sus técnicas desde los Balint hasta hoy, y en la medida en la que las técnicas grupales también han evolucionado de forma importante, en esa misma medida creo que tales cuadros pueden ser contenidos en el grupo.

Particularmente, pienso que un grupo de estas características adecuadamente conducido puede ayudar a la elaboración de algunos de tales conflictos. Al menos, puede sensibilizar sobre su existencia, ayudar a madurar la necesidad de consultarlos y, tal vez, incluso a concretar la necesidad de tratamiento y/o cambio de especialidad profesional. Desde luego, se trata de rendimientos psicoterapéuticos colaterales pero en absoluto despreciables. Por otra parte, si el grupo resulta comprensivo y contenedor con respecto a tales patologías, la experiencia que proporciona al resto de los miembros la percepción de la interacción entre dificultades personales y dificultades asistenciales, en estos casos de cuadros psicopatológicos establecidos, es vivida e imborrable.

En segundo lugar, he de recordar que todo lo anterior implica una aproximación teórica y técnica apoyada por mi parte en el marco de referencia psicoanalítico kleiniano y postkleiniano: hay que tener en cuenta la dinámica interna de la personalidad y de las diversas partes de la misma^{47, 48}, los procesos de identificación proyectiva⁴¹, la existencia de partes psicóticas de la personalidad en todo consultante y en todo profesional, la dinámica del mundo interno^{37, 38, 41, 42}, etc. Particularmente útil, en mi experiencia, resulta recoger y ayudar a comprender los juegos de identificaciones proyectivas e introyectivas que habitualmente discurren entre consultante y consultado: en numerosas ocasiones son mucho más claras que en la práctica psiquiátrica, pues la relación médico-paciente suele ser mucho más espontánea, y a menudo los núcleos o conflictos psicopatológicos están menos cronificados.

Otra circunstancia que implica importantes modificaciones en la dinámica de estos grupos y, por lo tanto, en la técnica y sensibilidad para su conducción, consiste en que mientras que los grupos Balint clásicos tienden a estar formados por profesionales que actúan en solitario o en equipos diferentes, en nuestro caso hemos realizado grupos con este encuadre externo y, también, grupos en los que la mayoría de los miembros pertenecen a un mismo centro o equipo. Ello supone una mayor complejidad técnica, pues las dificultades y vivencias del grupo interactúan con las derivadas de la vida cotidiana de los equipos, y de equipos que actúan en un medio tan contaminado por ansiedades persecutorias y confusionales primitivas como son las instituciones asistenciales públicas.

Resultado de estas situaciones son diversos tipos de interferencias en la vida del grupo, épocas de embotamiento afectivo del mismo, aumento de ciertos sesgos defensivos, tendencias a confundir los temas relacionales con los organizativos del equipo, presiones para la actuación del coordinador orientando sobre tales temas, etc. Mi posición consiste en intentar mantener una actitud similar a la del terapeuta de grupo: interpretar las situaciones externas sólo cuando es imprescindible para la marcha del grupo, centrar la actividad grupal en el aquí y ahora de lo aportado y discutido, mantener un atento cuidado del encuadre interno del grupo, en el sentido de que no es un grupo de supervisión institucional, ni menos aún debe funcionar como un grupo dominado por el supuesto básico de ataque-fuga, que, por lo tanto, deba actuar como grupo fuera de las sesiones, etc.

Por otra parte, esa especial necesidad de contención del grupo y del coordinador viene además exigida por lo que, a otro nivel, podrían suponerse como dificultades adicionales relacionadas con la jerarquía laboral. En efecto: si el grupo está formado únicamente por médicos en formación, se favorece una escisión de los problemas institucionales, y una cosa es escindir los problemas y otra muy diferente contenerse para no actuar precipitadamente ante ellos. La dinámica del grupo de hermanos que se queja de unos padres deficientes tiende a introducirse subrepticamente en la vida grupal. Pero si, por el contrario, en el mismo grupo está presente personal de plantilla de los centros, idea, según mi experiencia, recomendable, tendremos un grupo en el que existe una clara jerarquía laboral y de conocimientos, divisiones jerárquicas que incluso aumentan en el caso de que el coordinador del centro participe asimismo en el grupo. Dada la complejidad de las relaciones de este tipo de grupos, y aunque poseemos cierta experiencia de grupos en los cuales ha asistido también el coordinador o coordinadora del centro (y con buen resultado), por simplificar la

TABLA 2. Una muestra esquematizada de las situaciones y problemas discutidos en un grupo de reflexión (con MIR y personal de plantilla) dentro de su primer año de existencia

Nº sesión	Tipo de paciente	Problema principal, comprensión del caso	Problema por el que se presenta	Otros, descripción
10	30 años, mujer, catarros frecuentes, sinusitis, ¿Basedow?, somatizaciones, hija asmática, etc.	Somatizaciones Celotipia el marido, pasivo-agresiva ella.	Entender qué le pasa, por qué sigue... Cómo "pasar a lo psicológico y quién	La somatizadora con marido celotípico
11	10 años, varón, asma, bronquitis de repetición, alergias varias. Múltiples depresiones en la familia.	Hiperreactividad no sólo bronquial Depresión infantil Inversión del rol con la madre	Comprensión del niño Qué hacer con la madre y con el niño	El niño hiperreactivo deprimido
12		Disociación Funcionamiento esquizoparanoide del grupo Alternancia de supuestos básicos grupales	Falta de puntualidad en el grupo Dinámica diferente de los MIR y el personal de plantilla	Los supuestos básicos en la dinámica de los grupos de reflexión
13	80 años, mujer, cefaleica, miedo a quedarse sola, visitas a urgencias...	Vivir sola Morirse en la casa sin nadie ¿Muerte de un hijo-depresión-aislamiento?	Cefaleas de difícil diagnóstico Estoy sola y mi doctor no quiere ni ver	La abuela cascarrabias a la que nadie hace caso
14	60 años, varón, alcohólico, mutilado, con tres ancianas en casa...	Colusión entre dificultades sociales y manipulación de los ancianos	¿Cómo conseguir que las ancianas ingresadas puedan ser atendidas correctamente desde el punto de vista médico si los propietarios del piso intentan evitarlo?	La residencia geriátrica en un domicilio particular
15	60 años, varón, obeso, miocardipatía hipertensiva con gran insuficiencia cardíaca terminal	Entender la propia muerte como proceso de duelo difícilmente elaborable	¿Hay que decir la verdad al paciente terminal?	El terminal que podía deprimirse demasiado
16	43 años, mujer, gitana, colitis ulcerosa, con marido somatizador...	La agorafobia con crisis de angustia como causante de la actitud paranoide en la relación En la discusión aparece un marido delirante	¿Es posible mejorar esta relación? ¿Es un problema personal o familiar?	La gitana agorafóbica con colitis ulcerosa
17	43 años, mujer, insomnio, marido con varias visitas a urgencias...	¿Por qué no se duerme uno? El marido, con un dolor crónico, «me vuelve loca por las noches»	Un insomnio que no se comprende: ¿hay que dar BZD?	La esposa del paciente con dolor crónico

dinámica de grupo creemos que esta última se trata de una característica que obviar si ello es posible. En cuanto a la cooperación de los MIR y el personal de plantilla en el grupo, a pesar de las dificultades inherentes a la misma, creo que a medio y largo plazo puede proporcionar ventajas: por ejemplo, si la vida útil de un grupo de estas características se sabe ya que ha de ser de más de un año y los MIR permanecen en los centros normalmente un año, es el personal de plantilla el que se convierte así en el transmisor de la herencia y legados del grupo a los nuevos integrantes, lo que no deja de suponer también problemas, máxime si se tiene en cuenta que, a menudo, los nuevos son mayoría y los viejos en el grupo, minoría.

Una última dificultad (o factor de enriquecimiento, según cómo se viva y maneje en las sesiones concretas) es el hecho de que, en la mayoría de los grupos de este tipo en los que he participado en los

últimos años, junto con una mayoría de médicos (o enfermeras) existían casi siempre personas pertenecientes a otras profesiones y actividades: asistentes sociales, psiquiatras, personal de atención al usuario, etc., y ello tanto en los grupos basados en un solo centro de salud como en los grupos menos cerrados o incluso en los grupos de sensibilización. No es un hecho que deba extrañar demasiado, pues a mi entender, la puesta en práctica progresiva de los modelos interprofesionales y del modelo biopsicosocial en la práctica sanitaria reformada ha cambiado la composición de los modernos equipos sanitarios, y ello ha acabado traducándose en los grupos de reflexión. Como decía, a mi entender, este cambio no tiene por qué ser negativo: de entrada dificulta el encuadre interno del grupo y hace dudar más sobre cada encuadre profesional de los asistentes, pero en una época de modelos profesionales en crisis, en parte inevitable y en parte necesaria,

el replanteamiento que ello supone puede resultar y a menudo resulta enriquecedor para los asistentes, siempre que logre evitarse el agravamiento de competencias y rivalidades infantiles y adultas que pueden entremezclarse, y siempre que se logre un mantenimiento adecuado del encuadre interno y objetivos del grupo. Como en otras ocasiones, interpretaciones prudentes del clima grupal y de sus desviaciones con respecto a su objetivo explícito (constituirse en grupo de trabajo y reflexión) me han ayudado en algunas situaciones difíciles provocadas por esta variable, que también es diferente de las variables habituales manejadas por los grupos Balint más clásicos.

Para terminar esta breve introducción al tema, creo que podría ser ilustrativo presentar las tablas siguientes, con una muestra de las características cualitativas de las sesiones (tablas 2 a 4) y con una síntesis de los temas tratados en

TABLA 3. Edad y sexo de los consultantes presentados en 75 sesiones consecutivas de 3 grupos de reflexión realizados en APS

Edad (años)	Sexo	Nº de ocasiones	%
	Mujer	46	59,7
	Hombre	31	40,2
0-14		11	14,1
15-25		11	14,1
26-45		25	32,0
46-65		16	20,5
> 65		15	19,2

TABLA 4. Una aproximación al tipo de pacientes* y de problemas presentados en 75 sesiones consecutivas de 3 grupos de reflexión realizados en APS

Nº de veces	%	Tipo de paciente	%	Problema por el cual se presenta
18			21,9	Conducta a seguir
			21,9	Entender al consultante o la situación
15	17,9	Problema psiquiátrico o trastorno de personalidad		
11			13,4	Respuestas o repercusiones emocionales en el médico
11			13,4	Elaboraciones de duelos
10	12,8	Situaciones catastróficas o confusionales graves		
10				
9	11,5	Desahuciado, terminal, muerte...		
9	11,5	Enfermo múltiple		
8	10,2	Paciente psicossomático	9,7	Disposiciones asistenciales
8	10,2	Somatizadores		
6			7,3	Ayuda a la socialización (pacientes aislados)
4	5,1	El enfermo que comunica problemas personales	4,8	Impotencia asistencial
4	5,1	Sociopatías diversas (barrios marginales)	4,8	Establecer un diagnóstico
4	5,1	Drogodependientes		
3	3,8	El propio grupo de reflexión	3,6	Dinámica del propio grupo
2	2,5	El paciente con enfermedad-enfermedad		
1	1,2	Problemas de adolescentes		
1	1,2	Insomnio		
1	1,2	El consultante que pide bajas		
Totales	100	Total = 78	100	Total = 82

* Según una derivación de las agrupaciones presentadas en Tizón35.

una muestra de 75 sesiones pertenecientes a tres grupos de reflexión realizados en diversos centros de atención primaria de salud.

Sin embargo, para no extender demasiado este trabajo, de los diversos temas de discusión que podrían surgir a partir de dichas tablas sólo enunciaré algunos elementos de reflexión, posiblemente simplistas y esquemáticos. Por ejemplo,

acerca de la realidad de que se presenten más mujeres que hombres (y eso en grupos formados más por doctores que por doctoras y con, en general, mayor actividad por parte de aquellos). En cuanto a la edad de los consultantes tratados en el grupo, parece casi una traslación de la frecuentación en las consultas, lo cual posiblemente significa una cierta concordancia o vinculación real entre la asis-

tencia y los temas tratados en el grupo. La tabla 4 se centra más en presentar un intento de tipología de los pacientes o consultantes presentados y de los problemas por los que se presentan. Creo que vale la pena resaltar de ella los problemas que la puesta en contacto con los conflictos psiquiátricos significa para los médicos de APS hoy día; también, la importancia que, incluso en el grupo de reflexión, no orientado directamente a cómo actuar, sigue suponiendo el deseo de tener conductas a seguir. Pero esas motivaciones van seguidas muy de cerca por los intentos de entender al consultante, entender lo que a los propios profesionales les pasa, ayudar a elaborar los duelos vitales de los consultantes, etc. Como decía, la reflexión sobre los diversos datos de esos intentos de resumen y sobre esos aspectos de mi propia experiencia excede las posibilidades de este trabajo y, tal vez, los elementos que actualmente poseo para reflexionar sobre ellos.

También por ello, para acabar (provisionalmente) esta comunicación, desearía recordar la idea de la que partía tanto al redactarla como al participar en este tipo de grupos: mi enfoque de los grupos de reflexión (sobre los componentes relacionales de la asistencia) los considera un sistema de sensibilización y formación, no el sistema. Ni el mejor, ni el único, ni el más excelso, ni nada por el estilo. Las sesiones clínicas interdisciplinarias, la interconsulta, la interconsulta entendida como grupo, los grupos de enfermería, los seminarios teórico-prácticos, las visitas conjuntas y tantos sistemas formativos resultan también útiles, tal como hemos descrito en otros lugares³¹. Es importante adaptar la formación en salud mental del equipo de APS a las necesidades y posibilidades tanto propias como del ESM vinculado con el mismo. Por ello, tal vez en determinadas situaciones un grupo de reflexión con los cuidados técnicos que implica no será realizable, o incluso deseado. Pues bien, en ese caso, existen otros sistemas. Lo que me parece que no resulta eficaz, eficiente ni adecuado, es presentar como grupos Balint los que no lo son, se deba tal error a una idealización, a un desconocimiento de las posibilidades y requerimientos técnicos de aquellos, o bien a cualquier otra causa o motivo.

Bibliografía

1. Tizón JL. La medicalización de los «pacientes funcionales»: magnitud de un despilfarro. Libro de Contribuciones Oficiales a la XVI Reunión de la Sociedad Española de medicina Psicossomática y Psicoterapia. Granada. SEMPP, 1978; 55-71.
2. Tizón JL. La obra de Michael y Enid Balint. Informaciones Psiquiátricas. 1980; 78: 64-65.
3. Tizón JL. Aproximación al análisis de

- la demanda en las consultas de neuropsiquiatría de zona del INSALUD: la psiquiatría para inmigrantes asalariados en las zonas industrializadas del Estado Español. *Psiquis* 1984; 4: 23-33.
4. Bacal HA. Training in psychological Medicine: An attempt to assess Tavistock Clinic Seminars. *Psychiatr Med* 1972; 2: 13.
 5. Bacal HA. Baling groups: Training or treatment? *Psychiatr Med* 1972; 3: 373.
 6. Sheingold LA. Balint Seminar in the Family Practice Residency Setting. *J Fam Pract* 1982; 10: 267-270.
 7. Dokter HJ, Duivenvoorden HJ, Verhage F. Changes in the attitude of general practitioners as a result of participation in a Balint group. *Fam Pract* 1986; 3: 155-163.
 8. Freud S. Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. Obras Completas, tomo 12. Buenos Aires, Amorrortu, 107-120.
 9. Freud S. Sobre la iniciación del tratamiento (en Trabajos sobre técnica Psicoanalítica). Obras Completas, tomo 12. Buenos Aires, Amorrortu, 1913; 125-144.
 10. Anguera I et al. Medicina psicósomática. Barcelona, Doyma, 1988.
 11. Borrell F, Albaiges L et al. Relación asistencial y modelo biopsicosocial. En: Martín Zurro A, Cano JF, eds. Manual de atención primaria. Barcelona, Doyma, 1986.
 12. Tizón JL. Los costes sociales de una errónea concepción de la asistencia sanitaria ambulatoria. Una perspectiva. *Med Clí (Barc)* 1977; 69: 82-89.
 13. Tizón JL. Nueve tesis sobre la organización de unos dispositivos comunitarios de la Salud Mental. *Revista Mensual/Monthly Review* 1981; 4: 39-55.
 14. Tizón JL. Atención primaria de salud y psicoanálisis. Barcelona, Fundació Vidal i Barraquer, 1990.
 15. Borrell F. Manual de entrevista clínica. Barcelona, Doyma, 1989.
 16. Bayés R. Aportacions del conductisme a la salut mental comunitaria. Jornades de Treball, «Salut Mental i Comunitat a Catalunya». Barcelona, Secció Col·legial de Psiquiatres (polic.), 1982.
 17. San Martín H, Pastor V. Salud comunitaria: Teoría y práctica. Madrid, Dias de Santos, 1984.
 18. Martín Zurro A, Cano JF eds. Manual de atención primaria. Barcelona, Doyma, 1988.
 19. Froelich RE, Bishop M. Clinical interviewing skills. Saint Louis, Saunders/The Mosby Co, 1977.
 20. Stiles WB. Manual for a taxonomy of verbal response modes. Cape Hill, University of North Carolina, 1978.
 21. Bernstein L. Interviewing: A guide for health professionals. Nueva York, Appleton Century Crofts, 1980.
 22. Quintanilla MA. Tecnología: Un enfoque filosófico. Madrid, Fundesco, 1989.
 23. Tizón JL, Spagnolo E, Pellegrero N. La «cronificación medicalizada» en les actuals consultes de Neuropsiquiatría de Zona: Resum d'una investigació. En *Llibre de la Ponència «El procés d'emmalaltir» del XII Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana* (nov. 1984). Castelló de la Plana, Institut d'Estudis Catalans - Institució Alfons el Magnànim, 1984.
 24. Galeote P, Tizón JL, Spagnolo E, Pellegrero N, Plans R. La cronificación del sufrimiento psicológico en la asistencia especializada ambulatoria de la Seguridad Social: Una perspectiva desde la Neuropsiquiatría de Zona. *Psiquis* 1986; 71: 35-58.
 25. Balint E, Norell JS eds. Seis minutos para el paciente. Buenos Aires, Paidós, 1979.
 26. Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires, Libros Básicos, 1969.
 27. Balint M. La falta básica. Buenos Aires, Paidós, 1968.
 28. Balint M, Ornstein PH, Balint E. La psicoterapia focal. Buenos Aires, Paidós, 1971.
 29. Tizón JL. Apuntes para una psicología basada en la relación. Barcelona, Hogar del Libro (3ª ed. rev.), 1992.
 30. Tizón JL ed. Salud mental en atención primaria y atención primaria a la salud mental. Barcelona, Doyma, 1992.
 31. Tizón JL. El equipo psicossocial dentro de la atención primaria de salud: Presentación de una experiencia piloto. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 1991; 37: 109-123.
 32. Tizón JL. La negociació en la relació assistencial: entre la col·lisió i la col·lisió? MFC. *Butlletí de la Societat de Medicina Familiar y Comunitària* 1992; 41: 14-15.
 33. Morandi T, Castelló E. La relación médico-paciente y los grupos Balint. *Aten Primaria* 1984; 1: 309-312.
 34. Toro J. Mitos y errores educativos. Barcelona, Fontanella, 1981.
 35. Tizón JL. Componentes psicológicos de la práctica médica. Barcelona, Doyma, 1988.
 36. Tizón JL. Una propuesta de contualización de las técnicas de psicoterapia. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* (en prensa).
 37. Bion WR. Group dynamics: A review. *Int J Psychoanal* 1953; 33: 235-247.
 38. Bion WR. Experiencias en grupos. Buenos Aires, Paidós, 1972.
 39. Klein M. Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos. Obras Completas. Barcelona: Paidós, 1935; vol. 2: 267-295.
 40. Klein M. El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos. Obras Completas. Barcelona, Paidós, 1940; vol. 2: 279-303.
 41. Klein M. Notas sobre algunos mecanismos esquizoideos. Obras Completas. Barcelona, Paidós, 1946; vol. 3: 10-33.
 42. Meltzer D, Harris M, Hayward B. El paper educatiu de la família. Barcelona, Espaxs, 1989.
 43. Bloch S, Crouch E. Therapeutic factors in group psychotherapy. Oxford, Oxford University Press, 1985.
 44. Goldstein AP. Therapist/patient expectancies in psychotherapy. Nueva York, Pergamon Press, 1962.
 45. Tizón JL. Psicosis, contención y esperanza: Las funciones emocionales del equipo en el tratamiento de pacientes graves. *Informaciones Psiquiátricas* (en prensa).
 46. Balint M, Balint E et al. La capacitación psicológica del médico. Barcelona, Gedisa, 1966.
 47. Rosenfeld HA. Estados psicóticos. Buenos Aires, Paidós, 1978.
 48. Rosenfeld HA. Impasse and Interpretation. Londres, Tavistock, 1987.
 49. Tizón JL. Sobre la fundamentación epistemológica de la Atención Sanitaria Centrada en el Consultante en tanto que concreción de los nuevos modelos asistenciales. *Simposium Internacional sobre los nuevos modelos médicos*. Córdoba, Sociedad Andaluza de Medicina de Familia y Comunitaria y Universidad Internacional Menéndez Pelayo (en prensa).