

## **LA APORTACION DE LOS GRUPOS BALINT: UNA PERSPECTIVA ACTUALIZADA**

**NERI DAURELLA**

### El médico, su paciente y la enfermedad

Para contextualizar, voy a empezar recordando, a grandes rasgos, lo que representó en su día, hace unos 50 años, la publicación de un libro actualmente considerado un clásico: *El médico, su paciente y la enfermedad*. Su autor, Michael Balint, psicoanalista húngaro que trabajaba en la clínica Tavistock, en Londres, estaba muy interesado en contribuir a la formación y a la práctica de los médicos generales, como se llamaban entonces. Son muy conocidas sus reflexiones sobre la importancia crucial del papel del médico en nuestra vida, que comparaba al de padres y educadores. Así como nuestra experiencia pasada, sobre todo la correspondiente a la infancia y la adolescencia, nos ha enseñado determinadas pautas de respuesta ante las tensiones, y en este aprendizaje han influido decisivamente padres y educadores, afrontar una enfermedad puede compararse con este proceso de maduración, y el médico nos influye de la misma manera que nos han influido las creencias y convicciones de nuestros padres y maestros, favoreciendo u obstaculizando nuestra evolución hacia la madurez.

### El diagnóstico global

La respuesta del médico ante las quejas y los síntomas que presenta el paciente va a determinar en gran medida la evolución de la enfermedad. Por ello propugna la sustitución del diagnóstico tradicional, que describe, clasifica y evalúa un concepto abstracto (la enfermedad que figura en una clasificación nosológica), y que permite un pronóstico de probabilidad estadística, por el diagnóstico global. En éste incluye no sólo los signos y síntomas de la enfermedad, sino una evaluación de las formas de relación del paciente con su ambiente, incluida su relación con el médico, y los sentimientos que despierta en él. Se trata de un diagnóstico que podríamos calificar de individual, personalizado. Para Balint, hacer un diagnóstico no es un mero ejercicio intelectual, sino un encuentro entre dos personas, con las consiguientes connotaciones emocionales para ambas. Y el médico debe tener en cuenta no sólo las emociones del paciente, sino las que éste despierta en él, valorándolas como un elemento útil para el diagnóstico y no dejándose llevar por ellas, ingenuamente, en su actuación profesional. Es decir, el médico ha de aprender a usar lo que en psicoanálisis llamamos la contra transferencia del profesional como elemento diagnóstico.

### La medicina médico

En cuanto al tratamiento, se ha hecho ya famosa la metáfora de Balint de que la medicina más utilizada – muchas veces inconscientemente – es el propio médico: más que el medicamento que se receta, cuenta la forma de

recetarlo, la atmósfera en la que se propone el plan terapéutico y lo que la interacción entre médico y paciente significa para ambos. Sin embargo, pese a que el médico es la medicina más utilizada, en la facultad no se suele enseñar la farmacología de esa medicina: cómo administrarla, indicaciones y contraindicaciones, dosis recomendables y efectos secundarios. Y esta carencia de formación resulta muy peligrosa, ya que si bien el potencial terapéutico de la relación médico-paciente es muy grande, también lo es su potencial yatrogénico. Y la forma de responder el médico a las demandas del paciente puede contribuir a determinar la forma última y el curso de la enfermedad.

### ¿Sentido común o función apostólica?

De hecho, siempre ha existido una vaga conciencia del impacto que puede tener la actitud del médico sobre el paciente y sobre el curso de su enfermedad, pero es algo que suele tratarse como si no perteneciera al terreno de la medicina científica, que se pretende objetiva y no emocional. Con frecuencia, decía Balint, el médico considera que en su actuación profesional, el único criterio a utilizar en su relación con el paciente es su sentido común, que parece algo inofensivo y, valga la redundancia, comúnmente aceptado. Sin embargo, la realidad es que cada médico tiene una serie de creencias sobre cuestiones como, por ejemplo, qué grado de sufrimiento, miedo y privación debe tolerar un paciente, a partir de qué momento tiene derecho a pedir ayuda o alivio, cuántas molestias puede crear, a qué profesionales o instituciones, etc. Y estas creencias, muy arraigadas, casi nunca se verbalizan explícitamente como tales, pero impulsan al médico a hacer todo lo posible para convertir a todos los pacientes a su fe, hacerles aceptar sus standards y estar enfermos o sanos de acuerdo con ellos. A esta actitud que podríamos llamar la ideología escondida tras el concepto de "sentido común", Balint le da el irónico nombre de "función apostólica".

El efecto de la función apostólica sobre las formas de administración de la medicina médico es fundamental, y siempre consiste en una restricción más o menos grande de la libertad del médico, en una sobredeterminación de su actuación que tiene poco que ver con las auténticas necesidades del paciente. Tiene que ver con la idiosincrasia de cada médico, con su personalidad, con su forma de entender la vida, pero también tiene que ver con una idiosincrasia no individual, sino debida a la formación que recibe el conjunto de los médicos, y al lugar que ocupa el médico en la sociedad. Balint considera manifestaciones de la función apostólica, entre otras, la dificultad que puede tener un médico para empatizar con los pacientes pertenecientes a una clase social o una cultura diferente de la suya, la imposición de repertorios ideológicos al paciente, la utilización sistemática de determinados recursos terapéuticos y la reticencia para utilizar otros.

### Metodología de los grupos Balint

En la década de los 50, Balint inició la experiencia de contribuir a la formación de los médicos mediante los grupos que llevan su nombre. Probablemente la mayoría de vosotros sabéis en qué consiste un grupo Balint, pero voy a destacar sólo algunas características propias de este tipo de grupo, que lo diferencian de otros, tanto por el método como por el

contenido. Se trata de un grupo constituido por diversos médicos y/o profesionales de la sanidad y un psicoanalista, en el que se presentan casos de la práctica médica y se comentan los aspectos psicológicos y relacionales implicados en ellos, aprovechando la ventaja que da al psicoanalista su formación específica y la que da a los médicos su formación y experiencia clínica. No es exactamente un grupo didáctico (en el que uno ejerce de maestro y los demás de discípulos) ni un grupo psicoterapéutico (en el que un psicoterapeuta ayuda a un grupo de pacientes a comprender sus problemas emocionales para mejorar su salud mental), aunque los participantes aprendan y mejore su salud mental.

En cuanto al contenido, se diferencia de otro tipo de grupos en que no se ocupa sólo, ni básicamente, de la psicopatología o la psicodinámica del paciente, ni de las emociones o conflictos de los profesionales participantes, sino que el psicoanalista invita a éstos a hablar de las dificultades que encuentran en la relación con sus pacientes, con las familias de sus pacientes y con los demás profesionales con los que comparten el caso (para poner de manifiesto, por ejemplo, el fenómeno de la colusión en el anonimato: así llama Balint a la connivencia más o menos consciente de los diferentes profesionales cuando ninguno de ellos asume la responsabilidad del abordaje integral del caso y cada uno se limita a su parcela desentendiéndose del resto).

El resultado más importante de los grupos Balint suele ser un aumento de la sensibilidad de los médicos hacia lo que necesitan los pacientes y familiares, tanto en el nivel consciente como en el inconsciente, y un cambio sustancial en su actividad profesional. Los médicos llegan al grupo con la "ideología terapéutica" resultante de su formación previa, mucho más bioingenieril que biopsicosocial, y de su proceso de adaptación a unas condiciones laborales muy estresantes. Saben muy bien que una proporción considerable de los síntomas por los que consultan los pacientes no tienen su origen en causas exclusivamente físicas, pero han llegado a la conclusión de que, ante esta evidencia, su papel se ha de limitar a usar su sentido común, a una tranquilización superficial, a prescribir sedantes, ansiolíticos o antidepresivos, y eventualmente derivar a los servicios especializados en salud mental.

Pese a todo, cuando se trata de médicos jóvenes, como personas y como profesionales, tal vez aún no han estructurado un sistema defensivo demasiado rígido, y aún pueden permitirse dudar. Cuando uno de ellos presenta al grupo un caso que le crea dificultades, el primer efecto interesante del grupo es que experimenta cómo aquello que a él le parecía de sentido común en su manera de intervenir no es tan común: los diferentes participantes hablan desde diferentes perspectivas, según sus diferentes sensibilidades y capacidades personales, destacan aspectos que le han podido pasar por alto, y se manifiestan múltiples identificaciones.

La función del psicoanalista en este tipo de grupo es la de procurar recoger todos estos elementos y ayudar a pensar. No se trata de hacer interpretaciones ni dar consejos, sino de estimular a los participantes a que aumenten su función reflexiva sobre la relación que se está dando con los pacientes, los familiares y/o los demás profesionales con los que comparten la atención al paciente, para que pueda aumentar su repertorio a la hora de afrontar situaciones difíciles. Está claro que la capacidad para relacionarse con el paciente de manera que resulte terapéutica/psicoterapéutica y no yatrogénica se basa en una competencia personal de cada profesional que

no puede adquirirse en los libros ni en la aplicación mecánica de protocolos. Pero el grupo ayuda a que se produzca lo que Balint llamaba "una modificación limitada pero considerable de la personalidad de los participantes".

Para que el grupo funcione bien, es esencial que el psicoanalista no dé pie a lo que el propio Balint llamaba "la esterilidad ambivalente de la relación maestro-alumno", que se da en el trato entre profesionales adultos cuando uno de ellos adopta un tono condescendiente que estimula las defensas de los demás. Para que el grupo sea fresco y creativo, se trata de crear un clima de cooperación entre colegas de disciplinas diferentes, no jerárquico, donde puedan manifestarse espontáneamente muchas de las convicciones implícitas de los participantes que contribuyen a perpetuar formas de ejercer su oficio frustrantes y desgastantes, sin sentirse juzgados ni perseguidos, sino contenidos y ayudados a imaginar alternativas más esperanzadoras.

Hasta aquí he tratado de sintetizar lo más básico de la aportación de Balint, iniciada en los años 50 y difundida internacionalmente desde entonces como método de formación para médicos, principalmente los llamados entonces *GP (general practitioners)*, los dedicados a la medicina general.

### El síndrome del quemado o *burn out*

Casi 20 años después de las primeras aportaciones de Balint, en 1974, el psiquiatra Herbert Freudenberger, que atendía a toxicómanos en un hospital de Nueva York, empezó a observar cómo muchos de sus colegas, jóvenes e idealistas, al cabo de un tiempo de trabajo empezaban a perder motivación y energía, y presentaban síntomas de ansiedad y depresión, e introdujo el concepto de "Síndrome del quemado o *burn out*", especialmente prevalente entre médicos y otros profesionales sanitarios. Desde que se popularizó este constructo, se está poniendo el acento cada vez más en la contribución que pueden tener los grupos tipo Balint para la prevención del llamado síndrome de *burn out*.

Freudenberger definió el síndrome del quemado como "un estado de fatiga o frustración producido por la devoción a una causa, manera de vida o relación que fracasa en conseguir la recompensa esperada."

Dos años más tarde, en 1976, la psicóloga social Christina Maslach, autora del *Maslach Burnout Inventory Manual*, instrumento destinado a la evaluación del *burn out*, lo definiría como un proceso gradual de agotamiento emocional, progresivo cinismo y despersonalización y disminución de la eficacia profesional.

El síndrome del quemado, también llamado del desgaste profesional, se enmarca en los trastornos adaptativos crónicos. Son más proclives a él las personas que trabajan en profesiones que exigen entrega, implicación y servicio a los demás (profesionales de la sanidad, la enseñanza y los servicios sociales son los más vulnerables). Y este síndrome va asociado con mayores tasas de depresión, suicidio, abuso de alcohol y otras drogas, y menores expectativas de vida.

## El malestar de los médicos

Sin ir más lejos, en estas jornadas, acabamos de escuchar las evidencias de malestar psicológico ya en los estudiantes de Medicina (Rosa Sender) y veréis en el poster de la Fundación Galatea evidencias de la prevalencia del malestar psicológico en los médicos residentes.

Son estresores específicos del trabajo clínico:

- La confrontación con el sufrimiento humano: enfermedad, invalidez, muerte.
- El trato con pacientes y familiares difíciles y poco colaboradores (muy angustiados, demandantes, reivindicativos, manipuladores, muy dependientes, ambivalentes, incumplidores).
- El temor a equivocarse en el diagnóstico o en el tratamiento.
- La escasez de tiempo (siete minutos por visita) y la falta de espacios para poder consultar y contener ansiedades.
- El manejo de información con mensajes que implican dolor.
- Los déficits en la formación recibida, más centrada en el diagnóstico de enfermedades que en la relación con la persona enferma y su entorno.
- Las presiones de la institución en la que trabaja el médico, concebido como "unidad productiva".

## Recomendaciones para la prevención y/o tratamiento del malestar de los médicos

Volviendo por un momento a Freudenberger, me parece interesante reproducir aquí sus recomendaciones para la prevención y/o tratamiento del *burn out*:

- Limitar el número de horas de trabajo
- Descansos adecuados
- Alternar trabajo clínico y no clínico
- Evitar trabajos repetitivos
- Promover el trabajo en grupo
- Compartir experiencias emocionales
- Plantearse objetivos realistas
- Promover ejercicio físico y actividades de ocio

## ¿Para que sirve el grupo Balint?

El grupo Balint encaja en las recomendaciones 3, 5, 6 y 7. En él los profesionales encuentran un espacio donde se les ayuda a afrontar los estresores mencionados antes. Los casos que actualmente se presentan con más frecuencia en los grupos tienen que ver con:

- Dificultades en la relación médico-paciente.
- Dificultades que implican a terceros: familia, jefe, servicios sociales.
- Dificultades en la relación con otros profesionales sanitarios (especialistas, derivaciones múltiples).
- Pacientes con sintomatología psicosomática.
- Pacientes con sintomatología somatopsíquica.
- Pacientes con problemas de salud mental, diagnosticados o no (1/3 de consultas en asistencia primaria).

- *Noncompliance* o incumplimiento de instrucciones médicas (50 %)
- Pacientes exigentes y/o reivindicativos
- Indicios de atención inadecuada o maltrato a niños y ancianos
- Adicciones
- Riesgo de suicidio
- Enfermos terminales
- Duelos
- Sensibilidad ante pacientes de diferente cultura (inmigrantes)
- Cuestiones de ética médica, relacionadas con la confidencialidad, la autonomía del paciente y su calidad de vida

Los grupos Balint no enseñan modalidades específicas de abordaje, no ofrecen guías ni protocolos de actuación, como otros tipos de grupo o taller. Su objetivo es más la comprensión que la búsqueda directa de soluciones concretas. El médico va reconociendo más su propio estilo de respuestas, sus capacidades y sus puntos débiles, en un clima de comodidad, sin exigencias perfeccionistas, y va notando cómo sus sentimientos y sus respuestas ante los pacientes se van transformando en instrumentos para comprenderles en vez de ser fuente de estrés o de conductas contraproducentes: los pacientes que se hacían aburridos se vuelven interesantes y los pacientes difíciles se convierten en un reto motivador. Esto puede sonar a slogan publicitario, así que vamos a decir algo sobre las dificultades con que nos encontramos para hacer la evaluación de los grupos Balint.

#### La evaluación de los grupos Balint

John Salinsky, *GP* británico, miembro muy activo de la Federación Internacional Balint, se refiere a las dificultades que presenta la evaluación de los resultados de estos grupos:

“La evaluación del trabajo del grupo Balint es muy compleja y difícil. En realidad, no es tan diferente de la dificultad que se plantea cuando intentamos evaluar los resultados de la psicoterapia. Creo que es un error tratar de aplicar los métodos cuantitativos de la ciencia biológica a algo tan sutil y variable como la interacción individual humana. La mayoría de proyectos de evaluación han tratado de medir la satisfacción de los miembros del grupo y la autoevaluación de su calidad de trabajo y de vida antes y después de su participación en un grupo Balint. Algunos han usado grupos de control, pero es muy difícil controlar las fuentes de aprendizaje externas a la participación en el grupo. Otros han usado cuestionarios psicológicos para evaluar la empatía y el enfoque respecto a la ‘medicina centrada en el paciente’, pero el problema es que casi toda la investigación en este campo la llevan a cabo profesionales que han vivido la experiencia del grupo y se dedican a ello porque les ha resultado una experiencia muy significativa y beneficiosa, así que la evaluación no puede ser muy objetiva.”

*(Comunicación personal)*

Pese a estas dificultades, hay ejemplos muy interesantes de estudios destinados a medir los efectos de los grupos Balint. En uno de ellos, sobre médicos que trabajan en el sistema público de salud en Suecia (Dorte Kjeldmand, 2006, Universidad de Uppsala), se plantea como objetivo

determinar en qué se diferencian los médicos que participan en un grupo Balint de otros médicos en dos aspectos:

- Satisfacción con su trabajo.
- Autopercepción de su competencia en el tratamiento de pacientes con problemas psicosomáticos.

Plantea el problema metodológico ya apuntado por Salinsky, a saber, que los médicos que participan en un grupo Balint seguramente ya antes de la experiencia tenían más interés por la relación médico-paciente que los del grupo control. Así que constituyó el grupo control con médicos que nunca habían tenido ninguna posibilidad de participar en un grupo Balint.

Conclusiones: los participantes en el grupo Balint estaban más satisfechos en su trabajo y se sentían más competentes para afrontar los problemas psicosomáticos de sus pacientes que los médicos del grupo control. Y la diferencia entre los dos grupos iba aumentando con el tiempo.

### Los grupos Balint en nuestro país

En nuestro país, los grupos Balint fueron introducidos en los años 60 por la primera generación de psicoanalistas formados en Cataluña (Beá, Bofill, Folch, Feduchi). La siguiente generación continuó-continuamos (algunos de los que estamos hoy aquí) el trabajo en diversos encuadres e instituciones: en Unidades Docentes para MIR de Medicina Familiar y Comunitaria, en equipos de Asistencia Primaria del ICS, etcétera. En la mesa redonda del sábado el Dr. Guimón nos hablará de las experiencias de participación en grupos para mejorar la capacidad de contención del futuro médico en la Universidad del País Vasco.

Paralelamente al desarrollo e implantación de los grupos Balint, las aportaciones sobre la relación médico-paciente se han ido diversificando. Aquí podemos incluir, entre otros, los programas del tipo "Comunicación y salud", "Cuidados del cuidador", "Atención sanitaria centrada en el consultante en tanto que miembro de la comunidad", los espacios de soporte psicológico para los profesionales que trabajan en la atención domiciliaria al final de la vida (PADES), hasta el más reciente de "El paciente como experto" (Poster sobre proyecto Emilia (formación de profesionales para la mejora de los servicios de salud mental con la colaboración de los usuarios como expertos).

### Aportación específica de los grupos Balint en el contexto de la asistencia sanitaria actual

Y en cuanto al modelo Balint, la propia práctica de la atención primaria de salud, la realidad del trabajo en equipo, su orientación multiprofesional, ha impulsado el desarrollo de grupos Balint con participación de miembros de diferentes disciplinas (médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales), con un predominio cada vez mayor del género femenino entre sus componentes, todo lo cual favorece una perspectiva más global y coherente con el modelo biopsicosocial que tenemos como referente.

El enfoque de Balint ha tenido una profunda influencia, más o menos reconocida, en toda esta variedad de aportaciones, muy valiosas. Hay quienes consideran que su valor es más bien histórico, y lo consideran superado por otros métodos, más dirigidos a la resolución de problemas y el cumplimiento de objetivos más "empresariales" que "profesionales": ¿qué

lugar le queda a Balint en un centro de salud que se concibe como "unidad productiva", donde se incentiva al que genera menos lista de espera, y no al que se compromete con el paciente y con su profesión de médico, con todo lo que esto implica a nivel emocional?

¿Qué sentido tiene hoy día una actividad en la que no se reciben consejos ni se brindan soluciones inmediatas? ¿Qué puede ofrecer hoy un grupo Balint a médicos y profesionales de la asistencia sanitaria que trabajan en las condiciones que todos sabemos? Creo que lo específico de este tipo de grupo es que ofrece una combinación única de aportaciones:

Focalización en la relación médico-paciente (ayudando a percibir y comprender los componentes psicológicos implicados por parte de ambos)

Aplicabilidad a una gama amplia de pacientes, médicos y profesionales de la asistencia sanitaria

Oportunidad de seguir los casos a lo largo de un período de tiempo: revalorización de la continuidad de la atención

Contención de las ansiedades que se despiertan en la práctica clínica, en un entorno que permite comunicar las dificultades, sin ser objeto de interpretaciones ni diagnósticos más o menos encubiertos por parte del psicoanalista ni de los colegas participantes en el grupo

Apoyo a los médicos de asistencia primaria en el lugar central que ocupan en la atención a la salud global (biopsicosocial) de la población

Contribución a mejorar la sensación de bienestar y satisfacción profesional de los médicos: prevención o reducción del *burn out*.

En resumen, los grupos Balint son hoy más que nunca necesarios, si tenemos en cuenta su función como instrumento de prevención del *burn out* y promoción del sentimiento subjetivo de bienestar y satisfacción profesional de los médicos, con la consiguiente repercusión en el buen trato a sus pacientes. Y cada vez más sus beneficios se extienden no sólo a los médicos, sino a los diferentes profesionales sanitarios que configuran los equipos interdisciplinarios de atención a la salud.



## BIBLIOGRAFIA

- . Addison, R.B. (2005), *Burnout and Balint*, 14º Congreso Internacional Balint, Estocolmo, ed. por la International Balint Federation (IBF)
- . Balint, M. (1957), *The doctor, his patient and the illness*, Millenium Edition: Edinburgh: Churchill Livingston, 2000.
- . Balint, M. (1961), *Psychotherapeutic techniques in medicine*, Tavistock Publications : Londres
- . Balint y cols. (1966), *A study of doctors*, Tavistock Publications: Londres
- . Balint, M. (1969), "Training medical students in patient-centred medicine", *Comprehensive Psychiatry* 10: 249-258.
- . Balint, E. & Norell, T.S. (1973), *Six minutes for the patient*, Tavistock Publications: Londres
- . Daurella, N. (1988), "Teoria de l' enmalaltir i funció del metge en l' obra de M. Balint", *Salut Mental Comunitària*, Ed. Diputació de Barcelona, pp. 99-110
- . Daurella, N. (2005), "Algunas aportaciones del psicoanálisis a la concepción teórica y a la práctica de la medicina", *Revista de Psicoterapia*, nº 62, pp. 53-68, Barcelona
- . Freudenberger, H. (1974), *Burn out: The high cost of high achievement*, Bantam Books
- . Gilic, A. (2005), *Burnout in physicians*, 14º Congreso Internacional Balint, Estocolmo, ed. por la IBF
- . Jablonski, H. (2005), *The doctor in the health care system and the benefits of Balint group work*, 14º Congreso Internacional Balint, Estocolmo, ed. por la IBF
- . Kjeldmand, D. (2006), *The doctor, the task and the group: Balint groups as a means of developing new understanding in the physician-patient relationship*, Uppsala Universitet
- . Maslach, C., Jackson, S.E. y Leiter, M.P., (1996), *MBI: Tne Maslach Burnout Inventory: Manual research edition*, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- . Salinsky, J. (2004), "How would you like your Balint?", Editorial, *Journal of the Balint Society*, p. 32
- . Salinsky, J. y Sackin, P. (2005), *Studying the Balint group: an ethnographic approach*, 14º Congreso Internacional Balint, Estocolmo, ed. por la IBF
- . Tizón, J.L. (1988), *Componentes psicológicos de la práctica médica: una perspectiva desde la atención primaria*, Doyma: Barcelona
- . Tizón, J.L. (1992), *Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria*, Doyma: Barcelona