

LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE: ¿Es necesaria una formación?

“Antífanes decía que la doctrina de Platón era semejante a las palabras que, cuando son proferidas en ciertas comarcas durante el riguroso invierno, se hielan y se cristalizan con el frío del aire y no son oídas” (Rabelais, F. Gargantua y Pantagruel)¹

- **Introducción**

Los grupos **tipo*** Balint ^{2,3} dedicados al estudio de la relación médico-paciente, comienzan a implementarse en la formación de los MIR de Familia, dentro del programa de Formación en Salud Mental, a comienzos de los años ochenta ^{4,5}.

Respondían a la necesidad y el interés - destacados por las primeras promociones de esa especialidad-, de adquirir una formación en los aspectos psíquicos, relacionales; elementos estos muy importantes en la práctica asistencial y para los cuales, la formación académica no brindaba otra vía más que la biológica.

Una de las dificultades que el médico encontraba –no muy diferente a la actualidad- era el “cara a cara” con la persona que consultaba. El pasaje que hacía del Hospital al Centro de Salud implicaba un cambio muy importante. En el primero estaba- o se sentía- acompañado y no era quién tomaba las decisiones últimas.

Ahora sí. ¿Cómo escuchar a un paciente en poco tiempo? ¿Qué hacer con el malestar generado por estar aún en formación y percibir que el paciente, por ese hecho, no le otorga su (“total”) confianza?

Esto sin duda hablaba de la propia inseguridad, también ante otros profesionales con años de práctica (sus tutores o los llamados por ellos “especialistas”, como si su formación no fuese una especialización!). El paciente que no tiene “nada” (orgánico, claro); las bajas laborales; la agresividad, los problemas de salud mental, etcétera.

Desde su formación exclusivamente biomédica no se presentaban demasiados problemas y en caso que los hubiese, el tutor estaba a su lado para poder resolverlos en común. Pero el hecho de enfrentarse a un humano que sufre, no teniendo claras las causas, los síntomas, apuntaba a que había un más allá de la demanda dicha, formulada, que señalaba un malestar.

El desconocimiento del psiquismo humano, crea incertidumbre. El médico debía ¿“hacerse cargo de él?”. ¿“Solucionarle la vida?”. Era esto que le demandaba el paciente? . O era aclarar unos síntomas, contener una angustia?...Pero cómo hacerlo?. ¿Cómo y de qué manera establecer una adecuada **relación**?

Es pues la compleja realidad asistencial de la Atención Primaria quien marca la exigencia de un enfoque integrador –asumir esta tarea requiere importar conocimientos de otras áreas- e interdisciplinar, que aporte herramientas nuevas para afrontar ese pasaje de **una asistencia centrada en la enfermedad** a otra **centrada en el paciente y su entorno, en el que a su vez participan los profesionales, las instituciones**. El modelo será el **biopsicosocial**.

*-Se lo llama tipo Balint, porque, pese a trabajar con la palabra y la transferencia, está acotado al tiempo de un programa docente. Un grupo Balint tiene otras características, entre ellas: el expreso deseo de los miembros de participar, de investigar sobre su práctica y puede extenderse a varios años de trabajo.

A partir de entonces se institucionaliza el grupo tipo Balint en algunas Unidades Docentes (UD): Cornellá, Hospitalet, Badalona, Mataró, Terrassa, etc. Los primeros años la reunión grupal era semanal, durante diez meses. Luego se pasa a quincenal y en la actualidad, dependiendo de las UD se realizan un total de 16 sesiones.

Es interesante destacar que, quienes propician estos espacios en las UD - anteriormente y en la actualidad- han participado en estos grupos durante su etapa de residentes, y reconocen importante la transmisión a los colegas, como parte de una formación integral continuada.

Desarrollaré aspectos de esta experiencia centrada en la formación –en especial de MIR de Familia- que, evidentemente, ha cambiado a lo largo de este tiempo, aunque sigue existiendo la misma incertidumbre y poca tolerancia ante la cuestión humana, en gran medida producto de la formación médica de pre y postgrado y de los avatares de la sociedad actual, de los que también participan las instituciones sanitarias. Lo haré desde la vertiente “psico” de ese modelo (biopsicosocial), planteando interrogantes y algunas conclusiones.

- **Contexto**

En estos años ha habido grandes cambios a nivel social que inciden en la clínica y resumiré en tres ejes:

- 1- El gran avance biotecnológico, de probada eficacia en el humano, abre nuevos problemas difíciles de resolver: entre ellos la ilusión- aumentada por los medios de comunicación- de que “todo es posible” o que “no hay imposibles”. Este imaginario social, deja al profesional y al paciente sometidos. Al primero a una acumulación de saber, casi únicamente biotecnológico, que debería adquirirse para así alcanzar una formación irreprochable, un conocimiento sin fallas. Y al segundo, a una demanda que “debe” ser siempre atendida, esperando lograr resultados más que óptimos. Sumado a todo ello, la exigencia del sistema y de la industria farmacéutica.
- 2- El afán consumista de nuestra sociedad que convierte a la medicina también en un objeto de consumo. Ante los cambios sociales que dejan a las personas en una soledad creciente, con dificultades para soportar cualquier dolor o problema que la vida le presenta, el profesional sanitario es quien está más al abasto para ser consultado. Y esto colabora a la masificación (no permite lo particular) de la asistencia; a la medicalización de muchos aspectos de la vida.
- 3- Lo anterior redundando en un gran desconcierto entre profesionales y pacientes en cuanto a la relación, con el consiguiente malestar, despersonalizando a uno y otro.

Estas cuestiones -apenas esbozadas aquí- nos llevan a preguntas, frecuentes entre quienes trabajamos en la formación^{5,6,7,8} de los profesionales sanitarios:

- ¿formación para qué realidad? O,
- ¿cómo tener en cuenta la realidad psicosocial con la que se encontrará el médico, enfermería, trabajadores sociales, psicólogos?
- ¿Cómo adquirir herramientas suficientes para abordar esta complejidad, y asumir demandas que generalmente les desbordan?

En la AP la entrevista y la relación constituyen una “tecnología” básica para dar respuesta al sufrimiento humano, pero aunque parezca que esto es aceptado como modelo de referencia, aún no está clara la necesidad e importancia de una formación continuada en este ámbito.

• **Relación médico paciente**

La relación entre el enfermo y su médico fue y sigue siendo, a pesar de los cambios, una dimensión fundamental de la relación interhumana. Ya desde la medicina griega se reconoce la influencia de la persona del médico respecto al enfermo, del poder de la palabra de aquel y de su consideración a las del paciente, así como a diferentes aspectos de su vida.

Balint⁹, después de otros, planteó que el medicamento que prescribía el médico era él mismo, a la vez que no se conocía su posología.

Analicemos los tres términos:

Si buscamos en el diccionario (*María Moliner*) allí encontramos que **RELACIÓN** es: **“Situación que se da entre dos cosas cuando hay alguna circunstancia que las une, en la realidad o en la mente”**.

Es interesante la definición pues marca, no sólo un encuentro entre dos personas en la “realidad”, sino también aquello que pasa en la mente de cada uno!.

De todas formas crea cierta confusión porque no son las cosas, sino las personas las que tienen mente! Y cuando hablamos de mente reconocemos una dimensión inconsciente, que aplicada al conocimiento integral de la enfermedad, muestra aquello que en el enfermo y en el profesional ocurre, más allá de su conciencia.

En la consulta, como en toda relación humana, operan factores conscientes e inconscientes para uno y otro.

Para el paciente- La irrupción de la enfermedad o de síntomas incomprensibles para él, produce un estado de des-orden, que intenta ordenar dándose explicaciones de acuerdo a su propia historia, creando teorías. Ello supone a su vez la emergencia de recuerdos-no siempre conscientes- y experiencias anteriores con la enfermedad. Tiene además la posibilidad de informarse, a través de diferentes medios (páginas web de Internet, por ejemplo); de automedicarse, de acudir a urgencias o esperar la visita. Esto depende de cada sujeto y de la manera singular que ha ido construyendo en relación a aquello que pasa en su cuerpo y en su mente. Pero como todos esos recursos no han funcionado, acude a la consulta. Dado que, a ese ámbito lleva vivencias de fragilidad, de desamparo

y busca respuestas, cuidados, alivio; aquel/la profesional que encuentre puede llegar a ser identificado con personajes claves de sus primeras relaciones, en las que era cuidado o no, pero con gran dependencia de otro y que son muy significativas para cualquier humano. Se transfieren así, aspectos psíquicos, diferentes afectos, que suelen no ser comprendidos, pero que pueden condicionar el vínculo y el curso de un tratamiento.

El/ella no es una persona como las demás para el paciente. La enfermedad (*su raíz in.firme: no firme*) y el desamparo crean las condiciones de la demanda dirigida hacia otro que se supone sabe y puede ayudar. En este sentido su figura - pese a los cambios actuales- sigue adquiriendo poder y despierta tanto temores, como expectativas mágicas. Este es el campo de la **transferencia**, cuyos efectos- de sugestión- se aprecian en la cura.

Los síntomas, las quejas que le presenta el enfermo, el sufrimiento, son propuestas que le hace al médico y las respuestas de éste, determinarán el curso de la enfermedad; por tanto el profesional está en una situación privilegiada, pudiendo intervenir antes de que se organice la enfermedad, evitando cronificaciones.

Para el médico: el encuentro remite también a su propia historia personal y profesional, cómo ha ido construyendo su deseo de ser médico, de enfrentar y vencer la enfermedad, de curar o aliviar. Pero en la clínica encuentra que, no todos los pacientes aceptan a pie juntillas aquello que le han enseñado y le ha costado años aprender, forjar. Se siente profundamente cuestionado, frustrado, incluso- al decir de muchos residentes- desvalorizados. Se añade a ello la presión de la institución para que sea efectivo, inmerso en porcentajes, en superar objetivos para cobrar incentivos (los sueldos de los médicos son los más bajos de Europa)¹⁰. Pertenece a una profesión “*cada vez más pertrechada de tecnología punta, economía de control de procesos y resultados. Sin sentimientos. Lo cuantitativo en su grado máximo*”¹¹, es decir cada vez más alejado de su arte. En estas condiciones no es raro que los encuentros resulten molestos!

Es muy ilustrativo un artículo de Josep Moya¹² quien relata en el apartado: “Una viñeta Clínica” el encuentro (en la realidad)-desencuentro (en la mente) entre una psiquiatra joven y un paciente (que redundaba en un mal encuentro). También en AP se ha comenzado a investigar sobre los encuentros difíciles (ED) y escenas como la relatada son frecuentes en este campo.

En este encuentro particular, esto que pasa en la mente y en la realidad de cada uno- la **subjetividad**- tanto del profesional como del que pide ayuda se deja de lado, o no se le da la importancia que tiene:

Como hemos apuntado, la complejidad de los vínculos entre los que cuidan y aquellos que demandan es muy grande y por tanto los profesionales están expuestos a un enorme compromiso emocional que, en muy pocas, o en contadas ocasiones, cuentan con un soporte para poder pensar sus actos.

Evidentemente no planteamos hacer un estudio exhaustivo de los afectos que se transfieren; sino señalar que al médico, en su “arte”, le ayuda el ser sensible, el estar abierto a ello.

Pero también debemos recordar que ni los pacientes, ni los profesionales, ni las enfermedades existen aislados, o fuera de la cultura y la sociedad en que se desarrollan, condicionando tanto el diagnóstico como el tratamiento y el pronóstico. Los profesionales son parte de una sociedad, de sus valores, de sus concepciones acerca de la salud, la enfermedad, la locura y la muerte. Por tanto se tiene que considerar muy seriamente la incidencia del contexto en dicha relación singular.

- **¿Qué es la subjetividad?**

Cuando nos referimos a ella estamos considerando la conformación, la estructura psíquica y social de un humano que no sólo tiene un cuerpo. Los humanos vamos construyendo una estructura psíquica que determinará la manera de relacionarse con el cuerpo orgánico y la imagen que se hace de él; con ser y padecer, con gozar y amar, con enfermar y sanar.

El hecho de que se descarte la subjetividad en el campo médico no se debe a una buena o mala voluntad de los profesionales de ese ámbito. Por tanto no se trata de humanizar las consultas o la relación, como una cuestión de obligatoriedad. Ser humano, hace a la condición de las personas. Se trata más bien de una cuestión estructural, depende de varios factores y de la historia del pensamiento de la cultura occidental.

El modelo cartesiano- separación mente-cuerpo, que tan operativo resultó para el progreso de la ciencia en general, es “una matriz del pensamiento occidental que, resistiendo el paso del tiempo, ha persistido en nuestra mentalidad actual y ha determinado un reduccionismo*, simplificación y un causalismo lineal, que, -en el campo de lo humano- se manifiesta en la consideración de la problemática de las personas únicamente como expresión de lo biológico, sin tener en cuenta el complejo y rico entramado con lo psíquico y lo social”¹³. En este sentido es clara una cita del filósofo Morin¹⁴ quien nos previene al decir: **“Un pensamiento mutilante, conduce a una acción mutilante.**

Y en este sentido consideramos que la exclusión de la subjetividad lleva a cierta mutilación, pero como en esta, el “miembro fantasma” cobra existencia, es decir el

Sujeto elidido reaparece una y otra vez, dejando al profesional muchas veces sin recursos.

A partir del siglo XVIII, buscando ajustarse a los patrones del saber positivo e inaugurar su moderna clínica, la medicina científica fundó su práctica en “la exclusión de las posiciones subjetivas” tanto del médico como del enfermo.

Se puso gran empeño en eliminar la posible influencia del observador sobre lo observado- empleando técnicas que asegurasen la máxima imparcialidad del observador- para conseguir así una mayor objetividad sobre lo estudiado. Pero el acto médico, no evita la irrupción de la subjetividad de quien opera allí.

*Reduccionismo porque sólo se considera científico aquello que ha pasado por la experimentación y verificación, lo cuantificable, desconociendo las ciencias humanas. Así se reduce al paciente-sujeto a la condición de objeto-cuerpo orgánico y al profesional-sujeto a la de “robot”: técnico que repara máquinas.

Freud¹⁵, un siglo más tarde, le dará un lugar al paciente como sujeto, pues descubre, que a pesar de todos los esfuerzos para objetivarlo, y “ sin que el médico se lo proponga, a todo tratamiento por él iniciado, se agrega en el acto- favoreciéndolo casi siempre, pero también a veces contrariándolo- un factor dependiente de la disposición psíquica del enfermo” (Muy interesante un artículo de Laín Entralgo:” Freud y la Medicina”, El País, Noviembre, 1989).

Este factor será nombrado **transferencia**: el paciente incluye al médico- a su persona- en alguna de las series psíquicas que ha formado hasta entonces. Es conveniente pues, conocer el mecanismo de ese factor, antes que dejar que circule sin que el profesional pueda ejercer sobre él ningún tipo de control.

La subjetividad no es algo simple, éste es un malentendido importante. En el campo médico se ha dejado el tema de los afectos y de lo emocional en un terreno a veces místico, a veces banal, sin darle un estatuto científico, que lo tiene, pero no con los mismos parámetros del campo de lo objetivo. Muchas veces se considera que estas cuestiones basta sólo hablarlo con los colegas, en los pasillos o con la familia propia; o que consiste en aplicar planteamientos empíricos y personales, lo que se llama “sentido común”. Balint⁹ lo denomina “*función apostólica*” que significa “*que todo médico tiene una vaga pero casi inamovible idea sobre el modo como debe conducirse el paciente cuando está enfermo*”. Es decir que esta idea está determinada desde la persona del médico: su comprensión de la vida y la enfermedad, así como su vocación, su formación, su lugar en lo social, su facilidad o dificultad para escuchar a los pacientes, la facilidad para identificarse y/o confundirse con ellos, etcétera.

Acceder al conocimiento de las relaciones entre el sujeto psíquico y su entorno social, pasa por esclarecer la complejidad de estos vínculos, que no son directos ni lineales. “La dialéctica que articula estas tres vertientes puede desvanecerse si se piensa de una manera banal: el sujeto psíquico sustentado en lo biológico y rodeado del contexto social. Es un modelo empobrecedor: ni el cuerpo está debajo, sosteniendo a lo psíquico- hay un cuerpo psiquicizado y psiquismo supone siempre presencia corporal- ni lo social está sólo por fuera envolviendo-, el sujeto psíquico se ha constituido como tal por la internalización de los vínculos con su entorno”¹⁶

Esta trama compleja, constituye la subjetividad, lo que significa la manera en que un ser humano constituirá su vida y su pasaje a la muerte.

Es importante saber que no hay asepsia afectiva. La dificultad para escuchar está dada por el despertar de los sentimientos del profesional y esto, sin una formación adecuada, incrementa el malestar de los mismos y en algunos casos los conduce a no querer escuchar y no comprender nada de lo que se les dice, “nada” que no tenga que ver con lo que ellos creen que pueden corregir. No tomar en cuenta la relación transferencial, es perder la posibilidad de comprender lo que sucede en ella.

- **Escuchar: ¿qué y para qué?**

El gran número de las demandas en AP están motivadas en muchas ocasiones por cuestiones que no se pueden catalogar como bio(pato)lógicas sino como dificultades de las personas para hacer frente a las adversidades cotidianas. Pero suelen encontrarse con un profesional que espera escuchar otra cosa. Se produce entonces un desencuentro:

“No se objetiva nada!” , “No se objetiva nada!” repetía un médico residente en una sesión de grupo, al presentar una situación difícil, luego de haber visitado a un señor de 70 años en su domicilio. Éste presentaba síntomas precordiales, y ya se había acudido en varias ocasiones por la misma demanda. Al exponer esta situación en el grupo, pues le producía gran ansiedad y preguntarle si “se subjetiva algo?” el profesional capta que hay otros elementos en juego y dice no saber nada de este señor, sólo se responde a la urgencia. A partir de aquí puede comentarlo con su tutor, citar al señor en la consulta y hacer una exploración, no sólo a nivel de patología orgánica, sino para conocer otros aspectos de su vida que pudieran motivar esa “URGENCIA” y poder brindarle otros cauces para expresarse, no exclusivamente lo físico. Disminuye así el agobio del profesional, la angustia del paciente y el número de visitas innecesarias.

Claro está que cuando las personas se disponen a hablar aparecen los problemas (abrir la caja de Pandora), es decir las ansiedades del paciente ante las cuales el médico se ve desbordado. Porque escuchar es enfrentarse con las cuestiones esenciales del ser humano: al enigma del cuerpo, de la mente, del dolor y la muerte. Y es por ello que muchas veces se evita dejar hablar, porque el profesional cree que no tiene respuestas. Efectivamente, no puede, ni debe saberlo todo y además no tiene las mismas que ante la patología orgánica. Son otras:

Escuchar es dar la palabra al paciente, un recurso que ayuda al mismo a organizar sus síntomas, para diagnosticar enfermedad o malestar, prevenir o solucionar nuevas dificultades. Es darle un sentido al comprender qué sucede, y ello tiene efectos terapéuticos porque resulta tranquilizador para quien sufre. Lleva además a una posición más activa de parte del paciente, tiene algo que ver con sus circunstancias, no solamente con su cuerpo, del que parece no saber nada.

Escuchar es también aceptar que el médico puede dar algo más que- o diferente a - un fármaco.

Escuchar es volver a jerarquizar la palabra, (que ha perdido valor, en aras del poder de la química!) ya que al ser constitutiva del ser humano, es un instrumento privilegiado para la transformación del sujeto y de su sufrimiento psíquico e incluso orgánico.

El tiempo de la escucha no es el limitado a una consulta, ya que en cinco minutos o una hora no se puede pretender comprender “todo”. El tiempo tiene que ver con las diferentes consultas que- continuadamente- van modulando la relación entre médico y paciente.

Es silenciar los afectos, las dudas del profesional en la consulta, para escuchar al paciente. Eso implica que pueda ponerles palabras en otro lugar, por ejemplo en el grupo ante otros colegas, en la interconsulta o en las sesiones clínicas. En estos espacios se escucha a los profesionales para que, a su vez, puedan hacerlo con aquellos que demandan ayuda.

- **El grupo Balint en Atención Primaria.**

Durante estos años de muy variada experiencia en los diferentes grupos- en los cuales el cambio en la composición de género es muy notorio- (tema importante que excede este artículo) he podido escuchar muchas escenas comunes y frecuentes, a la vez que he aprendido de las difíciles situaciones a las que se enfrentan diariamente, no siendo yo médica y trabajando en el campo de la subjetividad, un área del conocimiento poco tenido en cuenta en la formación médica en general.

En esas escenas se percibía el malestar de profesionales y pacientes. Malestar no grave en sí sino, en cuanto a la posible “cronificación” - la tarea monótona y repetitiva, sin interés- porque deja sin recursos para enfrentar los desafíos de la clínica.

Cada año nos dedicamos a reflexionar e investigar en uno de los aspectos de tan difícil oficio: la relación con otro humano.

El médico de AP está en primera línea, es decir en contacto con la subjetividad propia y ajena; con el dolor, el sufrimiento, y - como decía anteriormente- con un malestar social cada vez más claro. Cuanto más cerca está de ello, más se agudiza la tensión con la que se trabaja, que puede llevarlos a fracturas internas tales como el síndrome del burn-out,^{10,17} con las perniciosas consecuencias que tiene en un profesional y en una práctica.

En el marco del grupo se habla de la subjetividad de los pacientes- en tanto condiciona su enfermedad, su terapéutica y su pronóstico- como la de los médicos: sus insatisfacciones, tanto con el paciente como con la institución; su angustia; sus temores, su cansancio; y las herramientas que utiliza para su cuidado.

Los encuentros, variables según los equipos, se dan en reuniones de hora y media semanal, quincenal o dos horas mensualmente; en los Centros de Salud, a la manera de los grupos Balint (sobre sus objetivos ver artículo de Neri Daurella cap... y Jorge Tizón cap), para hablar de un caso que comporta dificultades en su abordaje, o para tratar cuestiones que atañen a la dinámica grupal.

Son dirigidos por un profesional, quien tiene un lugar tercero, por fuera de..., no implicado en la atención directa del o de los casos, ni en la institución; es decir, un profesional menos “enganchado” a la situación planteada y con una formación en lo psicoanalítico, indispensable para estar al tanto de las transferencias que se dan en cualquier grupo humano y que, aún cuando no se tengan en cuenta, causan efectos.

- **Los Médicos Residentes en el grupo**

El grupo con Residentes está marcado por el hecho de estar aún en formación y que ésta ha estado dedicada fundamentalmente a la enfermedad, no centrada en el paciente o consultante. Tampoco se han tenido en cuenta las ansiedades por las que ha pasado el médico en su carrera, o ante el examen Mir y en su tarea actual- salvo en contados estudios^{18,19} y qué repercusiones tienen a la hora de integrarse en un equipo y visitar a personas que sufren.

Es notorio el hecho de que estos profesionales –al comienzo del grupo- casi no hablan de sus puntos débiles, y de sus conflictos, como si existiese una asepsia afectiva,

incentivada por la progresiva racionalidad científico técnica, que oculta cada vez más a los sujetos que intervienen en este proceso (sanitarios-pacientes).

Por tanto existe, en algunos grupos, una gran resistencia para incorporar nuevos conocimientos, cuando estos son diferentes a los modelos formativos previos, a más de un velado cuestionamiento a la necesidad de saber –y por tanto reconocer que hay otros conocimientos - teoría y técnica para el abordaje de cuestiones relativas a lo humano.

De todas maneras las resistencias no son sólo de los Residentes. Lo son también y por diferentes motivos, de algunos tutores docentes- desilusionados, cansados, cronificados; para quienes lo psicosocial se convierte en algo “lírico”²⁰ y de la institución en la que cada vez más predomina un discurso centrado en lo biotecnológico y en una “gestión tecnocrática-empresarial”^{11,20}.

Quizá por esa ideología dominante y, pese a los esfuerzos hechos por muchos profesionales desde los inicios de la especialidad, la RMP, en la formación médica actual y en nuestro medio, es algo aún poco valorado. Incluso en la formación de los MIR, como muestra la disminución de sesiones del grupo en el programa docente, a lo largo de estos años, y esto en aquellos que aún se mantienen!^{20,21}

Saben de la importancia de la relación médico-paciente (RMP), pero pocas veces hasta entonces han escuchado hablar de la repercusión diagnóstica y terapéutica de dicha relación. La comprensión de la misma queda generalmente restringida a una cuestión de empatía personal. Suelen pensarla como el llevarse bien o mal con el paciente*; que les tenga confianza, es decir que acepte su saber. Se destaca la excesiva demanda o la agresividad cada día más frecuente, producto de la “mala educación” de las personas o a consecuencia de las dificultades de la sociedad actual...

- **Temáticas**^{**}

Comenzamos los grupos, investigando sobre las ideas acerca de la RMP y reflexionando sobre qué les llevó a hacer Medicina y a escoger esta especialidad.

Hay una cierta ignorancia en las motivaciones, pero muchos destacan un factor “vocacional”, un deseo que estaba desde siempre, de curar, de dominar y controlar la enfermedad, unido a diferentes experiencias personales y familiares.

* Es evidente que una buena relación permite un ejercicio más satisfactorio, pero hay que tener en cuenta que puede ser una meta idealizada, y como tal imposible, que lleva a la frustración y fracaso de la empresa terapéutica. Ciertamente hay “buenas” y “malas” relaciones, pero también pueden alternar una y otra en diferentes momentos, incluso con el mismo paciente.

* *Estas temáticas suelen emerger en un grupo Balint, sin que sus contenidos sean elegidos previamente.- excepto la investigación de la elección de la carrera y especialidad.

Ellos mismos pertenecen a diferentes familias, con sus problemáticas y sus maneras de asumir y resolver diversos conflictos que el hecho de ser humanos les plantea (duelos, dificultades económicas, separaciones, enfermedades, etc.), por lo que otras situaciones dolorosas que se den en lo profesional pueden ser altamente tensas y disminuir la capacidad de hacer frente a su tarea, si no se reflexiona sobre ello.

Sobre la especialidad, es importante ver el valor que se le da, si es elegida o no quedaba otra posibilidad. En general les gusta y destacan que es aquella que posibilita una visión más integradora del ser humano.

Surgen así los *ideales* que cada uno tiene y deposita en su trabajo. Ideales en cuanto a la asistencia, a la relación con los pacientes, con el equipo, con la institución, con la ciencia, con la vida y la muerte en definitiva. Estos valores –que también están en lo social-, asimilados por los profesionales de la salud, al ser puestos en contacto con su tarea cotidiana: el dolor, la enfermedad, el deterioro y la muerte, producen ciertas crisis.

Investigar estas cuestiones no supone participar de un grupo terapéutico, sino precisamente reflexionar sobre la *función*⁷ del médico, su relación profesional con las personas a las que visita, sobre esos ideales presentes en su vida y que suelen acabar en desilusión, “quemados” o “desengañados”¹⁷ porque la realidad es muy dura y diferente de la prevista.

Es importante incidir en ello ya que un profesional insatisfecho, decepcionado es alguien sin deseo de cumplir su cometido, no competente. La competencia (eficacia y eficiencia) clínica no se adquiere de una vez para siempre. Cada caso, cada situación la puede poner en tela de juicio. Por ello podemos decir que se logra a través de una *formación continuada* en la que el grupo tipo Balint es una (existen muchas otras) de las herramientas- al decir de un grupo- “infrautilizada” en la A.P.

Se presentan casos o situaciones clínicas problemáticas, pacientes difíciles o encuentros difíciles. No pueden tener una visión clara y continua de la relación porque el paciente “no es suyo”, es del médico que ejerce de tutor²². Es decir, necesitan un tiempo para establecerla, mientras tanto ejercen su función biotécnica, pero no dejan de pasar por las inquietudes y los malestares del encuentro.

Se discute acerca de los diferentes problemas encontrados por alguno de los miembros, con relación:

- 1- **Al paciente o a la familia:** Se analizan las diferentes cuestiones que hacen difícil el cuidado y la atención de un paciente. La mayoría de las veces esa dificultad no está relacionada con el control de síntomas orgánicos; sino con la relación personal, familiar, que suele obstaculizar al profesional en el ejercicio de su tarea y puede dar lugar a efectos iatrogénicos, no terapéuticos.

Los temores:

- Si hay confianza: a que el paciente cree una dependencia.
- Si discute o no coincide con él: cómo manejar la agresividad y que el paciente acepte las indicaciones.

- 2- **Al propio equipo:** El trabajo en equipo permite superar la parcelación de la asistencia. Pero también es una fuente de conflictos y ansiedades, por lo que hay que dar o buscar un espacio para reflexionar. Cómo interactuar con los otros profesionales sanitarios.
- 3- **Otros equipos:** prejuicios de unos equipos sobre otros. “El especialista”
- 4- **Las visitas domiciliarias y las guardias** son otro tema conflictivo, En las primeras se sienten desprotegidos, sin la contención del marco de la consulta, en territorio ajeno, expuesto a inseguridades., con la sensación de estar” solos ante el peligro”. Suele generar diversos afectos: angustia, impotencia, hostilidad, rechazo, inseguridad.
En las segundas algo similar. Se encuentran desbordados por el gran número de demandas y los riesgos a los que se ven expuestos, sin demasiados soportes.

La dificultad de establecer un diagnóstico preciso y el no comprender la relación transferencial los hace sentir como los títulos de dos libros de Molière: “*Médico a palos ante un enfermo imaginario*”. Pero también se sienten no bien tratados por la institución en la que trabajan, muchas veces a “destajo” (40 pacientes por día, cada 5 minutos). Es claro que esta vivencia tiene el peligro de cronificarse y así responder a los consultantes de la misma manera.

Les permite salir de esa situación de tanto malestar: con la institución, el poder hablar de las mejores condiciones de su práctica y en cuanto al generado por los pacientes: el pensar sobre la importancia de la relación y la reflexión crítica de esa posición que suelen adoptar de “*hacer el bien... sin mirar a quién*”, es decir sin tener en cuenta a la persona que les ha consultado. Con los otros equipos tratan de incentivar el diálogo.

Ese cambio de mirada colabora a enfocar su función, y la mejor manera de llevarla a cabo, preservando su lugar, es decir previniendo algo tan conocido y repetido: los profesionales que atienden a personas que sufren, o con diferentes problemáticas, son los más expuestos a enfermar¹⁰.

El decir(lo) en el grupo, el elaborarlo, ayuda al profesional a situarse en ese difícil punto “**ni tan cerca**”, que impida operar porque la angustia contamina los recursos biotécnicos; “**ni tan lejos**” en que todo sea tan aséptico que se vuelva estéril. Evita quedar atrapado, enganchado entre la función profesional y lo personal.

Aceptar los límites propios y ajenos, disminuye **la ansiedad por la exigencia de cumplir objetivos** de cualquier manera y a cualquier precio y la **frustración** si no se llevan a cabo.

Intercambiar opiniones diferentes, diversas maneras de hacer o de enfrentarse a la tarea es un **aprendizaje** que sirve a la comprensión de conflictos, tan frecuentes en la vida y en el seno de los equipos. Contar con el hecho que el conflicto es consustancial a la vida, que no hace falta erradicarlo –ad integrum- sino ver cuáles son las maneras de enfrentarlo encontrando nuevas herramientas.

Se valoriza muy positivamente el tener un tiempo y un espacio para reflexionar, compartir, encontrar respuestas, solidaridad...

También se percibe que es importante pensar antes de actuar, o de intervenir. Y esto es posible si hay **contención** (de la angustia) previa. Por ejemplo cuando tienen que enfrentarse a cierta violencia y lo entienden como algo personal, las dificultades son mayores. Comprender que cuando se recibe una transferencia de esa característica es, en tanto representante de ese lugar y por parte del paciente suele ser expresión de conflictos que permanecen inconscientes, es decir no conocidos por él. Hay que poner límites a la violencia sin duda, pero también estar abiertos a escuchar de qué se trata, sin juzgar rápidamente. Cuando se hace, se encuentran sorpresas!.

En el tiempo grupal se van cumpliendo los objetivos: **generar un espacio** que favorece la reflexión participativa en grupo y con el grupo, conseguir un intercambio y una producción de conocimientos, estimulando la interrogación y huyendo de afirmaciones categóricas; fomentar la creatividad en relación a la resolución de las dificultades y problemas que se plantean y potenciar el desarrollo del estudio y la investigación.

Compartir un espacio de reflexión en que se pueda escuchar a otros y ser escuchados y que posibilite diferentes niveles de intervención de las personas que participan: preguntando, aportando, investigando, cuestionando, y produciendo intercambio de ideas que produzcan conocimiento.

Ayuda a pensar las intervenciones dirigidas a los usuarios, y a detectar las dificultades y conflictos que aparecen, intentando diseñar intervenciones útiles, a partir de diagnósticos y pronósticos precisos de la relación. Prevención de riesgo de actuaciones improvisadas cuando no se dispone de suficientes recursos técnicos o de formación.

Se va marcando la importancia de renunciar a una posición de saber absoluto; aceptar que no hay recetas para el hacer, que muchas veces hay que inventar en cada caso; que es necesario aprender a soportar la incertidumbre y la angustia, en aras de un ejercicio más satisfactorio.

Aparece un tiempo que no es sólo el del reloj; no se puede comprender inmediata y totalmente.

Se produce un nuevo conocimiento: el enfermo no puede reducirse a su enfermedad ni el médico a una mera acción técnica.

Es una experiencia a hacer, descubriendo cada uno su manera propia de relación con el enfermo, su modalidad. No es un conocimiento dado, es adquirido por el profesional dentro del grupo. Por ello podemos decir con Balint⁹ que se va produciendo “*una limitada pero considerable transformación de la personalidad del médico*”.

Ahora bien, la riqueza que aparece en los grupos, el deseo de trabajar de otra manera que se despierta en muchos, no en todos por supuesto (hay quienes no quieren saber de este tipo de formación), esa *transformación* que comienza a vislumbrarse, acaba para ellos con la residencia.

Algunos, años más tarde ya instalados en sus equipos, suelen buscar hacer un grupo Balint. A veces se logra, a través de un esfuerzo de los profesionales. Para la institución es un gasto (¡!!) que no siempre está dispuesta a sostener (puede que no se relaciones con el gasto ocasionado –entre muchos otros- por la gran cantidad de bajas laborales debidas a enfermedades, malestar, insatisfacción de los profesionales).

¿Es necesaria una Formación para una RMP de calidad?

Desde lo dicho y desde diversos trabajos y experiencias^{2,3,7,19,21,23} es evidente que sí. Está claro que lo biológico es imprescindible, pero se demuestra insuficiente en la clínica. Hay un cierto abismo entre los avanzados conocimientos que se tienen sobre el cuerpo biológico y el sufrimiento o malestar de las personas, es decir, sobre la subjetividad

Si no existe una formación que acerque al conocimiento de la dimensión humana ha de ser difícil luego interpretar su problemática en el proceso de salud-enfermedad.: sobre las demandas que les hacen los pacientes, sobre su manera de enfermar, y de qué forma ayudarlos a asumir la responsabilidad que les cabe en su propio cuidado

Pero esa formación, no es necesariamente una numerosa adquisición de conocimientos, sino un trabajo permanente, interrogando y cuestionando la práctica para aprender de ello en el seno de los equipos, a fin de establecer una fructífera relación médico-paciente.

Por tanto el ejercitarse en técnicas y habilidades en comunicación²⁴ y en entrevista clínica²⁵ es imprescindible para una buena práctica médica, pero también es preciso tener presente la siguiente conclusión de un estudio sobre el malestar psicológico de médicos: *“A nuestro parecer, la capacitación psicológica de los residentes y también de sus tutores, así como la dinámica organizativa de las unidades docentes son elementos clave para garantizar el equilibrio psicoafectivo necesario para un desarrollo profesional saludable”*.¹⁸.

Es importante que estas cuestiones sean promovidas desde el inicio del proceso de aprendizaje de los futuros médicos. En la carrera y a posteriori. ¿Utopía? En estos momentos, después de muchos años se vuelve en una UD- por imperativo de prevenir el desgaste que se escucha en los primeros años de la residencia de familia- a comenzar un grupo con los R1 y R2, aproximándolos a trabajar sobre la cuestión vocacional, la experiencia del enfermar, potenciando sus capacidades de relación.

Comprender estos elementos va a permitir a los profesionales realizar su tarea con un menor riesgo de confusión entre el rol profesional y su subjetividad. Aceptar límites aligera frustraciones y ayuda a no caer en situaciones extremas, de las que, como hemos dicho, el síndrome del “burn out” es una de sus lamentables y costosas consecuencias...

Hay investigaciones que muestran que una “buena” relación médico paciente permite aumentar la aceptación del paciente de la palabra del médico (léase diagnóstico, indicaciones terapéuticas) y su satisfacción, e influye positivamente sobre la evolución de la enfermedad.

Tener en cuenta la configuración del equipo, el marco teórico con el que trabajan, el perfil de los profesionales que lo componen, la relación entre ellos; la población a la que se dirigen las intervenciones y el contexto general en el que se desarrolla el oficio.

Esto es parte de la formación de los profesionales: una formación continuada que incluya el conocimiento de que todas y cada una de las personas que consultan son

portadoras de una subjetividad singular; de un sufrimiento enlazado a una historia previa, manifestado a través de síntomas o enfermedades ligados a los avatares de sus vidas psíquicas, que se despliegan en entornos familiares y sociales determinados, circunstancias que son únicas. Es necesario trabajar con la subjetividad, es decir con los aspectos psíquicos consustanciales de lo humano.

- **“Hacemos Balint”**

Un grupo de R4 de Familia después de varias reuniones en las que se apreciaban reticencias, logran hablar de situaciones muy conflictivas vividas en el seno del equipo, que durante años se mantuvieron en silencio, un silencio cargado de ansiedades, de malas relaciones entre ellos, de sufrimientos; que- a pesar de intentarlo- no lograron ser enfocados acertadamente por parte de los docentes. En una de las sesiones, referidas a otros temas comentan que ahora, cada vez que se reunían a hablar de diversas dificultades, buscando salidas decían: **“Hacemos Balint”**.

Hablando de y dando lugar al conflicto, se encuentra una manera que permite no acrecentarlo sino afrontarlo y hallar vías nuevas para su resolución. Enfocando la mirada hacia otras maneras de hacer, hacia otro “saber hacer”, y “saber estar” se hace Balint...

Ciertamente el Balint tiene un marco determinado y otras características como se ha dicho, pero su nombre queda ligado a **dar lugar a la palabra**, a no temer al conflicto en tanto se lo trabaja, ni a la subjetividad propia o de otro. Este grupo, o parte de él, han podido reconocer una formación que, además de brindar conocimientos sobre el “saber hacer”, da la posibilidad de **cuidarse** y de **poder cuidar a otros**, como también recordar a las instituciones y a los responsables, que **es preciso ser cuidado**.

Por ello es tan valiosa una formación en los aspectos psicosociales, ya que aporta elementos indispensables a la especificidad del Médico de Familia, a su ética y a su función *de “especialistas en personas durante toda la vida”*²⁶

- **Algunas conclusiones**

Aunque el contexto en el que comenzaron los grupos Balint es diferente al actual, su pertinencia permanece como herramienta formativa útil y de futuro, tanto para los MIR en su 4to año*, como para los tutores y otros profesionales sanitarios.

Algunas razones:

1-Permite reconocer el alto **valor de la relación** y que es el médico (y/o el sanitario) quien tiene que administrarla.

2- Propone un enriquecimiento de la praxis médica (y de los profesionales sanitarios) al considerar la RMP en su valor de **herramienta diagnóstica y terapéutica**.

3- Ayuda a adquirir **habilidades** en el manejo de esa herramienta, que les permitan conducir situaciones clínicas problemáticas y potenciar una fructífera relación con los pacientes.

4- Potencia la **investigación y la reflexión**, dando lugar a intervenciones más adecuadas, y sobre todo con menos coste personal para el/los sujeto(s) implicados, ya sea el paciente como también el profesional. Esta apertura es crucial para dar solidez a

las capacidades y para contar de otra manera, tanto con las potencialidades como con los límites que tienen las personas que cuidan a otros.

5- Ofrece al profesional un **espacio de consulta** donde puede poner en palabras sus dudas, sus interrogantes, sus temores y ansiedades, en tanto inciden en su práctica.

6-Permite reconocer lo **creativo**: encontrar cierto placer y reconocimiento en la tarea, al salir de una monotonía que puede llevar a la cronificación del profesional (las armaduras protegen, pero son muy pesadas para sostenerlas!).

7-Ayuda al profesional a cuidarse y ser cuidado, para cuidar.

Se trata en definitiva de una formación que pueda sostener seriamente que **“no hay enfermedades sino enfermos”**, sin que esta verdad sea una simple frase hecha, sin contenido alguno.

Teresa Morandi Garde

Psicòloga Clínica-Psicoanalista

Coordinadora de Grupo Balint(programa de Salud Mental para MIR de familia)

Docente i Supervisora Institucional

e-mail: 12450cgs@comb.es

Teléfono: 34-932-12-07-64

*Siempre ha funcionado una “obligatoriedad” de tres meses para los MIR de tercero. Esto era así cuando se hacía el grupo una vez por semana durante un año; pero en la vorágine de hoy en día y con 16 sesiones anuales, quizá habría que pensar otras alternativas!. En este sentido el papel de los tutores -su aceptación o no de este espacio de formación- es determinante a la hora de crear grupo Balint para residentes.

Referencias Bibliográficas

- 1-Rabelais, F.: “Gargantúa y Pantagruel. Libro IV,Capítulo LV, Bruguera, Barcelona, 1971.
- 2-Tizón, JL.: “Los «grupos de reflexión» en la atención primaria de salud. I. Su origen. Aten Primaria”. 1993; 6: 309-14.
- 3-Tizón, JL. “Los «grupos de reflexión» en la atención primaria de salud. II. Algunos elementos teóricos y técnicos”. Aten Primaria. 1993; 7:361-7.
- 4-Morandi Garde, T; Castelló Armora, E: “La relación médico-paciente y los grupos Balint”. Atención Primaria. Volumen 1, Número 6. Noviembre-Diciembre 1984.
- 5-Tizón, JL:” Sobre los grupos Balint, el movimiento Balint y el cuidado de la Relación médico-paciente”. Aten Primaria.2005.36:453-555
- 6-Turabián Fernández, JL; Pérez Franco, B: “¿Pueden los peces vivir fuera del agua?. Implicaciones para la docencia de la concepción biopsicosocial en Medicina de Familia”. Aten Prim.2009.doi:10.1016/j.aprim. 2009.04.09
- 7-Aparicio, D; Morandi, T.: “El grupo Balint en la formación del médico”. Monografías Clínicas en A.P. 11. Salud Mental. D.Aparicio. Ed Doyma.1992.
- 8-Tizón, JL: “¿Cuánto de bioingeniería y cuánto de relación asistencial?” Revista Jano.3/7/2008.
- 9-Balint, M.: “El médico, el paciente y la enfermedad”. Ed. Libros Básicos, Buenos Aires, 1961.
- 10-Gómez Esteban, R.: “El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo”. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. vol. XXIV, nº. 90, Abril/Junio 2004.
- 11-Ferrer, David: “¿Qué hacer?” Blog de la Plataforma Psicoanálisis Siglo XXI. 2009
- 12-Moya, J.: “La Salud Mental Aquí, Ahora y en el futuro. Una reflexión desde Catalunya”. Blog de la Plataforma Psicoanálisis Siglo XXI.
- 13-Schnaith, N.: “La salud Mental, y el desafío de la interdisciplinariedad desde la perspectiva filosófica”. Ponencia presentada en el Segon Congrés Català de Salut Mental, en la Mesa de Debate” La salud mental, un repte interdisciplinari”. Barcelona, febrero 2003
- 14-Morin, E.: citado por N. Schnaith

- 15-Freud, S. Obras Completas. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1992.
- 16-Korman, V.: “¿Y antes de la droga qué?”? Publicaciones de Grup Igia. Barcelona 1995
- 17-Tizón, JL.: “¿Profesionales “quemados”, profesionales “desengañados” o profesionales con trastornos psicopatológicos?”.Aten Primaria 2004, 33(6):326-30.
- 18-Sender, R: “Programa de atención psicológica para los alumnos de la Facultad de Medicina de la UB”. Comunicación presentada en Jornadas ¿Biotecnología o Medicina? 2008.
- 19-Masachs, E. et al. “El malestar psicológico del médico residente: importancia de los factores psicoafectivos”. Fundació Galatea. Colegio de Médicos. Barcelona.2004
- 20-Loayssa, JR: “Orientación psicosocial y atención familiar en medicina de familia: malos tiempos para la lírica”. Aten Primaria 2005; 36:385-7
- 21-León Sanromá, M.:”El modelo biopsicosocial, de la teoría a la práctica”. Aten Primaria2007; 39:451.
- 22-Rabanaque Malléna, G., et al, “¿Qué opinión tienen los usuarios de la presencia de médicos residentes en las consultas de AP?” Atención Primaria 2005; 36:25.30.
- 23-Loayssa Lara, J.R.; González García, F.M: “Estructura cognitiva de los médicos de familia en formación sobre la relación médico-paciente”. Aten Primaria 2001; 28:158-66.
- 24-Xavier Cleries. “La comunicación”. Editorial Elsevier, 2006.
- 25-Borrell Carrió, F.:”Manual de entrevista Clínica”. Barcelona, Doyma 1989.
- 26-León-Sanromà, M, et al. “Medicina de Familia y salud mental”. Aten.Primaria. 2009.doi:10/1016 j. apim.2009.05.07.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Balint, M.: “Componentes psicológicos de la práctica médica”.
- Clavreul, J.: El orden Médico”. Barcelona Argot 1983
- Israel, L: “El médico frente al enfermo”.Los libros de la Frontera
- Lacan, J.: “Psicoanálisis y Medicina. Intervenciones y Textos. Buenos Aires. Manantial, 1988.
- Leal Rubio, J.: “Equipos comunitarios: ¿Una ilusión sin porvenir, un porvenir sin ilusión?” en Salud Mental y Servicios Sociales: el espacio comunitario, Diputación de Barcelona, 1993.
- Polanuer, M.: Grupos y humanos. Diván el Terrible. Biblioteca Nueva. Madrid,2004.
- Tizón, J.: Componentes psicológicos de la práctica médica: una perspectiva. Monografías médicas nº 31. Academia de Ciencias Médicas de Barcelona, 1987.