

Aportaciones de Balint para entender la relación médico paciente.

Dr. Thomas P. Owens



Presentamos un texto constituido por extractos de un artículo de Thomas P Owens, quien contrariamente a lo que su nombre podría indicar es un médico panameño. Fue uno de los fundadores de la medicina de familia en ese país y mantuvo muchos contactos con la medicina de familia de Estados Unidos. La STFM le dedicó un obituario en su revista en el 2008.

Los extractos están seleccionados de un artículo titulado “Balint y la Medicina General” que fue publicado en la Revista Lotería, No. 384, julio-agosto de 1991. Se trata de una revista de ciencias educativas y sociales que tiene ese nombre porque está financiada de forma altruista por la lotería panameña

Hemos escogido este artículo porque nos parece que se trata de un texto en castellano que presenta de forma clara muchas de las ideas de Balint. Como en cualquier artículo hay algunas interpretaciones discutibles pero eso no le quita valor al trabajo. Hasta ahora en [doctutor](#) hemos presentado sobre todo comentarios referidos al grupo Balint como formato educativo. Esta vez vamos a presentar algunas de las principales ideas de Balint sobre la relación médico- paciente que fueron en gran medida fruto de su participación directa en los primeros grupos de esta orientación que se constituyeron y lo tuvieron como conductor.

Balint y la medicina General. TP Owens:

La Renovación del médico general

Un elevado porcentaje del número de horas que dedica el médico generalista a la consulta lo dedica a facetas psicosociales y no puramente biológicas, a la dimensión psicosocial como diría G. Engel. Pero esta tercera parte o más de las consultas es el área para la cual menos se ha adiestrado al médico; es la parte que parece más trivial y menos dramática, el aspecto de la consulta más difícil de medir, más errático y que ocupa más tiempo.

Balint escogió trabajar inicialmente con médicos generales y en estos vio el material humano más rico e idóneo para la práctica de una medicina más humana. Para Balint, la droga más usada en la práctica general era el propio médico. En sus escritos sobre “el médico como medicamento” establece el hecho de que él mismo se puede dosificar, recetar, y puede intoxicar como cualquier droga.

Con relativa frecuencia la relación entre el médico y el paciente es pobre o es tensa; en estos casos el “medicamento” no consigue los resultados esperados. Este medicamento llamado “doctor” es potente y puede tener muchos efectos secundarios. Hay que saber cómo dosificar y prescribir. Existirán periodos en los cuales el paciente prefiere no mantener contacto, mientras que habrá épocas en las cuales necesitara alguien con quien quejarse; estos lapsos pueden alternar rápida o lentamente, pero sabemos poco sobre las fuerzas que los rigen.

En los casos de orden, el instrumento en la psicoterapia es el propio médico, mientras que en cirugía lo es el bisturí; para tener buen éxito debe mantenerse en buena forma saber hacer uso de sí mismo con gran habilidad en cualquier circunstancia.

Si el médico de familia permanece fiel a su vocación, dice Balint, tendrá una mayor gama de posibilidades de vínculo con su paciente que cualquier otro profesional de las distintas ramas de la medicina.

.....

El problema principal de la práctica general es el de la patología de la persona total. De esto se desprende que la investigación sobre la patología y la terapia de los problemas de origen psicológico debe ser hecha por el médico general-familiar. Quizá de una cuarta a una tercera parte del quehacer diario del médico general es psicoterapéutica. Balint insiste en las etapas o fases en que se desarrolla el proceso de enfermedad de la consulta externa desde el punto de vista psicodinámico. Antes de “escoger” su padecimiento, el paciente “ofrece” o “propone” al médico varias alternativas. Esta es la fase “desorganizada” de la presentación”.

Cómo “responde” el médico a las “propuestas de padecimiento” del paciente es la clave del buen resultado de la relación médico-paciente. En una segunda fase se produce la etapa “organizada” del padecimiento, en la cual se orienta un diagnóstico y se busca al médico para que “le dé el nombre a la enfermedad”. No es rara la “confusión del lenguaje” entre médico y paciente como, por ejemplo, cuando este se muestra inquieto por su dolor abdominal y su médico insiste en que es debido a su temor al cáncer.

En la mitad de los casos, decirle al paciente que “no tiene nada” no soluciona el problema pues no resuelve el “ofrecimiento” o la “proposición” del paciente ni su demanda por “el nombre de la enfermedad”. Pascal dijo que Dios le daba el nombre a las cosas y aquí parece revestirse de deidad al médico.

Parece ser que lo primero que solicita el paciente es el nombre de la enfermedad, o sea su diagnóstico. Posteriormente solicita su tratamiento. Es más, suele solicitar como respuesta un diagnóstico físico o biológico. El mismo médico, al encontrar una, ligera desviación de la normalidad en lo físico suele usarla para explicar los síntomas, como es el caso tan frecuente de insinuar que una ligera escoliosis es la causa del lumbago.

De igual manera, aunque los diagnósticos físicos son incompletos, el deseo de ser comprendido y aceptado por sus colegas obliga a usarlos. Por esto existe todavía una real disociación entre la ciencia médica que se practica en el hospital y aquella que se hace en el consultorio, donde ya se ha sentido el influjo de Balint.

Para muchos es difícil enfrascarse con los problemas de la vida y buscar una enfermedad. Si son reconocidos sus problemas o sus “ofrecimientos” antes de “organizar” su padecimiento, el resultado será mejor. Si no es así, el paciente propondrá varios padecimientos y se ofrecerán alternativas hasta que por mutuo acuerdo justifiquen el padecimiento escogido.

Esta relación dinámica de colaboración del padecimiento, en base a satisfacción y frustración mutua médico-paciente es lo que ha denominado Balint “compañía de inversiones mutuas”. En esta compañía los socios son el médico, el paciente y la familia, y todos adquieren un valioso capital que han llamado mayor y menor.

El capital mayor son las experiencias comunes compartidas en la enfermedad o al enfrentarse a problemas graves. El capital menor es el conocimiento sobre la vida pasada, el entorno y el ambiente del paciente y su familia, con todas sus minucias. La esencia de la relación médico familiar-paciente es su continuidad y cualquier tratamiento debe representar un aumento considerable en el capital común de esta “compañía de inversiones mutuas”.

Las responsabilidades del médico de familia

El médico familiar carga hoy con mayores responsabilidades; su potencial terapéutico se ha elevado. Tiene oportunidad de tratar padecimientos en sus estados más tempranos, antes que se desarrollen síntomas secundarios y antes que formen parte de la personalidad del paciente. Balint insiste en denominarle padecimiento en el cual entran en juego aspectos subjetivos, psicológicos, creencias y temores, mientras la enfermedad es solamente un nombre escueto, impersonal, dado a una entidad nosológica.

Tipos de enfermos

Padecimiento es mucho más que enfermedad, muchas veces es el “vehículo” para una súplica por amor y por atención. Según el tipo de persona afectada, Balint describe dos tipos de enfermos:

1. *Quienes “tienen un padecimiento”* consideran que les ha caído una enfermedad. Agradecerán la ayuda del médico y tendrán un mejor pronóstico.
2. *Quienes “están enfermos”* son aquellos quienes sienten su padecimiento como parte de su vida y crecen con él; tendrán un pronóstico menos favorable.

Según la causa de la consulta médica, los pacientes pueden agruparse en:

1. aquellos quienes buscan al médico por el terror que les produce el desarrollar una enfermedad
2. Aquellos que desean mantener un buen estado de salud y continuar del todo asintomáticos.

Los distintos grupos de pacientes pueden buscar a su médico como “consolador” o como “confesor”. Cada día el paciente busca menos al sacerdote y tiene más disponible a su médico de cabecera, quien le suele recibir en su etapa “desorganizada” de elaboración del padecimiento. En otros casos, el sentimiento de culpa hace que el paciente busque al médico y este tendrá hasta que otorgar “el perdón”, como lo haría un sacerdote.

El médico de cabecera es el doctor de toda la vida del paciente; inicia el tratamiento cuando el paciente está sano y el ofrecerlo cuando aparece la enfermedad solamente es una continuidad de la tarea. Muchos serán pacientes de toda una vida, aunque no sufran una enfermedad definida. A veces están “orgullosos” de su padecimiento, particularmente si es raro y se amolda a su personalidad en forma satisfactoria. La personalidad del médico, sus intereses y su cultura intervienen en sus listas de diagnósticos y en su clientela; si usa en exceso su estetoscopio habrá en su lista más diagnósticos de enfermedad cardíaca.

Hay así, una “autoselección de pacientes según sus médicos” pues ambos buscan hasta encontrar aquellos más compatibles con su personalidad. El sistema en el cual el generalista se responsabiliza plenamente del paciente le dignifica, pero es con mucha dificultad que el médico acepta esta modalidad, particularmente cuando las personalidades del médico y pacientes son opuestas y si hay mucho componente psicológico en la consulta.

La labor psicológica del médico de cabecera

En la experiencia de Balint con médicos de cabecera quienes tenían consultas de orden psicológico fue a quienes, en primer lugar, se le ofrecía un sedante o un antidepresivo, luego se le recomendaba un placebo, posteriormente se daban consejos de sentido común como tomarse un día libre, casarse o cambiar de oficio; finalmente, se le enviaba al psiquiatra. Pero en el manejo psicoterapéutico, a pesar de la casi total ausencia de conocimientos sobre la dinámica y las posibles consecuencias de los “consejos” y el “apoyo” al paciente, estas son las dos formas de terapias más recomendadas.

Una de las metas de los grupos Balint fue el crear interés por la dimensión psicológica en el médico general y familiar. Al médico en el grado se le da adiestramiento en lo biológico de la medicina. El adiestrar al médico ya formado y experimentado en psicoterapia tendría la ventaja de ofrecerlo a médicos que no son forzados y lo reciben voluntariamente, que poseen percepciones variadas, tienen más edad y se han enfrentado a más casos complejos. El propósito final del adiestramiento en psicoterapia sería el de tornar al médico de familia más sensible a lo que acontece en la mente del enfermo, tanto consciente como inconscientemente, durante la interacción de la diada médico-paciente.

El adquirir estas destrezas no se circunscribe al aprender algo nuevo, incluye un cambio limitado pero considerable de la personalidad del médico ya que las mismas son destrezas personales, no solamente conocimiento teórico. Este médico general, así adiestrado, puede tomar riesgos que se hallan más allá de las posibilidades de cualquier otro médico, pero no debe olvidar que es un médico de familia y no un psiquiatra aficionado.

La evaluación de los síntomas neuróticos

Los síntomas neuróticos deben evaluarse como los físicos; lo mismo que el soplo sistólico mitral apical suele no ser patológico y el diastólico siempre lo es, así unos síntomas neuróticos son patognomónicos y otros poco significativos. Para su evaluación se requiere experiencia, igual que la que se requiere para reconocer una placa radiográfica.

Balint ofrece algunas recomendaciones al médico general para mejorar su actividad psicoterapéutica:

- Nunca ofrecer consejo o apoyo si no se sabe cual es el problema real del paciente.
- El médico debe tomar la iniciativa pero el paciente debe ser un cooperador activo.
- Si se hacen preguntas tipo historial clínico solamente se recibirán respuestas simples,
- El médico debe desarrollar la habilidad de escuchar, pero esto requiere un cambio trascendente de su personalidad.

Tres problemas interrelacionados que enfrentara el médico general en psicoterapia serán:

- ¿cuándo empezarla?
- ¿cuándo terminarla?
- ¿Que casos tratar?

Estas fronteras a veces no son fáciles de definir y requiere experiencias constantes.

.....

El medico de familia tiene la ventaja, además, de poder alternar funciones en forma secuencial, de psicoterapeuta a clínico o a obstetra, o a un simple “amigo de la familia”. Todo esto se centra en la relación médico-paciente y las preguntas que afloran en la misma como:¿cuánta regresión debe permitírsele al paciente? o ¿cuánta madurez debe exigírsele; y siempre recordar, dice Balint, que cualquier privación que demande la enfermedad del paciente, la tomará éste como ocasionada por el médico, de tal forma que habrá de dársele importancia a la actitud del paciente hacia su enfermedad y a la forma como su médico de confianza le sepa “educar” para hacerlo cooperar.

Esto puede ser empresa de toda una vida, como lo atestigua el paciente de “expediente gordo” de Balint, en los cuales tenemos consultas médicas consuetudinarias, padecimiento con sintomatología errática o compleja, actitudes hostiles y mala respuesta a la medicación y hábito “nómada” de pacientes que visitan a todos los galenos de la localidad.

La función apostólica del médico de cabecera

Balint ha llamado “misión o función apostólica” del médico a la idea vaga, pero firme, de cómo comportarse cada paciente, y por ende, cada médico, y el deber de convertir “a su fe” a cada uno de ellos. Ejemplo de función apostólica que adopta cada médico pueden ser el hacer o no visitas a domicilio, cómo comportarse con las llamadas telefónicas, los horarios de consulta, la forma de comportamiento durante la entrevista y otros.

Aspecto importante de nuestra “misión apostólica” es el deseo de probar a todos que somos médicos buenos, competentes y cariñosos. En muchos casos esto se contrapone a la necesidad del paciente de probar que el médico no es competente.

Mucho del comportamiento de la consulta médica es “función apostólica” que le hemos inculcado al paciente. Se le ha enseñado que se le hace un examen físico y se le ofrece un remedio; si no da resultado se le enviará al especialista. El paciente no espera un largo interrogatorio psicológico, ni espera una histórica sexual prolija.

.....

Aquí puede producirse lo que Balint denomina una “colusión del silencio” donde ambos, médico y paciente, enmascaran aspectos de la consulta porque no pueden enfrentarlos.

La “función apostólica” del médico por tradición ha sido biológica. Mucho de la consulta sigue el patrón de una serie de pasos ordenados e incuestionables en busca de una enfermedad, en un orden jerárquico, según la gravedad de los hallazgos anatómicos, lo que llama Balint “eliminación por examen físico apropiado”. El médico se enorgullece al hacer un diagnóstico y más si es inmediato, lo que llamamos “ojo clínico”.

La actitud usual de la medicina es que no se instaure el tratamiento sin haber obtenido el diagnóstico. Esto es aceptable si el mismo no es solamente un nombre dado al médico, sino una real entidad nosológica.

Se pregunta Balint la interrogante irreverente: *¿en cuántos casos debe buscarse el diagnóstico diferencial y cuando será necesario para un mejor manejo de la consulta externa?* Pero la especialidad más antigua de la medicina, la medicina general y una de las más nuevas, la psiquiatría, no poseen un idioma fácil que describa los padecimientos de la totalidad de la persona

.....

La función preventiva

El paciente raramente consulta al médico por un problema, sino que lo hace cuando ha convertido la lucha con un problema en un padecimiento. Quizá dice Balint, debíamos cambiar nuestra “misión apostólica” a una función preventiva y tratar los problemas antes de que lleguen a padecimiento. Muchos de estos son problemas psicológicos y uno se pregunta: ¿no sería más conveniente que fuesen vistos antes por el psiquiatra y no lo opuesto como es la costumbre? Porque puede que el desatender la enfermedad psicológica en busca de lo físico sea igual de nocivo que lo usual, que es concentrarse en las implicaciones psicológicas en detrimento de lo físico.

Factores que inciden en una relación regresiva de la relación médico-paciente son la naturaleza del padecimiento y la personalidad del paciente, pero es primordial el de las creencias apostólicas individuales del médico. En todos los casos, ha de hacerse la pregunta: ¿la receta se da para beneficio del paciente o para el médico?

El resultado tardío frecuente de operar apresuradamente una colecistitis-colelitiasis es la reanudación de los síntomas a los pocos meses. Por “fervor apostólico” entiende Balint el tratar incuestionable de convertir a “nuestra fe” a todos los pacientes.

Para el médico de familia el paciente es el individuo, su familia, sus amigos, su pasado, sus frustraciones, sus buenos éxitos y su ambiente. Para el experto suele ser solamente el paciente. El sistema en el cual el generalista se responsabiliza plenamente del paciente lo dignifica, pero suele ser con mucha dificultad que lo acepta. Antes de enviarles a un especialista el médico general debe hacer un “screening”, pues sino es así sería como enviar cada paciente con fractura de fémur al psiquiatra.

El compartir pacientes entre médicos puede conducir a lo que Balint ha denominado “colusión de anonimato” en la cual las decisiones vitales se toman sin que nadie se sienta totalmente responsable.

Incluso no es raro que el paciente juegue un papel de propulsor de antagonismo entre médico y consultor que pueden empeorar la “colusión”. El introducir un especialista desconocido en el manejo siempre acarrea cierto riesgo ya que no suele haberse establecido una relación de trabajo entre ellos. La “perpetuación de la relación profesor-alumno” se presenta con frecuencia todavía al usar el médico general un consultor.

Muchos de estos se adentran en explicaciones pseudopsiquiátricas inadecuadas, y como son los sucesores de nuestros maestros deben pretender saber más de lo que realmente saben. Los consultores ven al paciente pocas veces, porque si lo hacen con regularidad el caso se transforma en algo digno de publicación. Por el contrario, el médico de familia raramente presenta sus historias clínicas que en forma continua ha estudiado.

Las ventajas del consultor experto son las del hecho de ser un extraño, la de traer un enfoque fresco y sin prejuicios, la de ver el problema en lo científico, la de ser una autoridad “superior” y la del hecho de ser un VIP externo. Las desventajas del médico de cabecera son las de ser un viejo conocido, la de conocerle sus hábitos apostólicos, la de saber de donde viene y la de que el paciente le conoce muchas de sus fallas y debilidades humanas.

Un paso previo a la “colusión de anonimato” es la “dilución de responsabilidades”, donde se comparten encargos entre dos o más médicos. No solamente se advierte esto en medicina; lo hay en educación y por esto se han creado en ambas disciplinas instituciones que facilitan tal anonimato. Ejemplo en educación es la educación del niño, responsabilidad compartida entre padres, maestros, familiares, amigos, consejeros y otros que, si fallan, ninguno es responsable, sino el otro.

Por esto debe cuidarse mucho el médico general de no ser fiel representante del aforismo *“hoy el médico debe saber prescribir unos veinte medicamentos y conocer las direcciones de unos treinta especialistas”*

Entre las teorías de origen del padecimiento Balint propone la **“teoría de la falla básica”** que es la existencia de una deficiencia en su desarrollo psicológico que constituye una línea de vulnerabilidad”. En la “falla básica” este es el sustrato que origina los “conflictos” y posteriormente se introduce el **“padecimiento ofrecido”**.

El neurótico puede ser el paciente, su familia o su médico. Precisamente hoy, al estar más ilustrados se acercan al médico diciendo “estoy deprimido” cuando antes lo hacía en busca de “un tónico”. Entre los médicos que participaron con Balint en sus grupos de discusión quienes desertaron -consideró el autor- lo hicieron por cuatro razones, a saber:

- Por ser seriamente neuróticos
- Por considerarse omnipotentes
- Aquellos “obsesivamente conscientes” que requieren cursos muy académicos
- Los que llamo “de un solo curso”, porque no tenían la paciencia de continuar en el proyecto.

Para Balint, el médico general utópico tendrá las características siguientes:

- Se dejara impresionar menos por el médico de hospital.
- No aplicará automáticamente los métodos de hospital a su práctica de consultorio.
- No hará historias clínicas de listas de preguntas.
- Reconocerá el peligro de “descartar por exploración física apropiada”.
- Aprenderá que las enfermedades de hospital son solamente “episodios de una larga historia”.
- Reconocerá que los episodios son solamente unos de los muchos padecimientos que “le ofrece” su paciente.
- Sabrá comprender lo que es “colusión de anonimato” y “perpetuación de la relación profesor-alumno”.
- No tendrá que perder tiempo haciendo preguntas, sino que podrá escuchar al paciente.
- No se sentirá satisfecho con un diagnóstico “superficial” sin alcanzar el “profundo”.
- Tratará de solucionar el problema antes de que el paciente “organice” su padecimiento.
- Sabrá cuando tratar el padecimiento “clínico” y cuando escudriñar el conflicto.
- La comunidad habrá aprendido a esperar un examen clínico y además psicológico, en el gabinete.
- Creará una real farmacopea de la “medicina médico” con su “función apostólica”.
- El especialista será un asistente experto y no un tutor superior.
- Sabrá cuando permitir al paciente la regresión y cuando exigirle madurez.

Balint escribió hace veinte años:

“Mi diagnóstico es que la medicina general está seriamente enferma, pero el padecimiento es benigno y si se aplica el tratamiento correcto el pronóstico será bueno. La medicina científica de hospital no está enferma, sino sana y robusta. Es verdad, trata a su hermana enferma, la práctica general, en forma condescendiente como a un pariente pobre. La medicina de hospital distribuye caritativamente limosnas que permiten que su hermana pobre se alimente de las migajas que caen de la suculenta mesa de la ciencia médica.”

En muchos de nuestros países, la medicina se halla todavía en la etapa pre Balint. En otros, se ha tratado de instituir un cambio: hacía una medicina de cabecera y de familia científica, académica y humana. Esta metamorfosis de la medicina general, debe mucho a los principios y experiencias de Balín y su grupo de seguidores