

## Experiencias con Grupos Balint

En esta sección traemos dos aportaciones complementarias. Por una parte la experiencia concreta de un grupo de reflexión de Navarra donde se transmite muy bien lo que este tipo de grupos puede aportar a clínicos generales así como la organización a la que estaba sujeto el grupo y algunos detalles de su dinámica. Los autores nos ofrecen material adicional demostrativo sobre la experiencia en su conjunto y sobre lo que dio de sí una discusión sobre un caso concreto. Por otra parte, ofrecemos también el extracto de un texto de Teresa Morandi psicóloga responsable del programa de grupos Balint en las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Barcelona. Teresa cuenta con una amplia experiencia en grupos Balint con médicos de familia y residentes de esta especialidad. El texto del que hemos extraído estos párrafos es el resumen de su intervención en las II Jornadas sobre 'Formació Integral en Salut?' que con el título 'La Complexa Relació Biopsicosocial?' se celebró en Barcelona el 12 - 13 de febrero de 2010. Aquellos interesados en la lectura completa del texto lo tienen a su disposición en esta misma página (enlace al final del texto)

### **La experiencia de un Grupo de reflexión de Navarra]**

**A Arillo Crespo, M. Zabalegui Ardaiz, M. Ayarra Elia, C. Fuertes Goñi, J. Loayssa Lara, P. Pascual Pascual.]**

Los autores destilan las principales conclusiones a las que llegaron tras mantener un grupo de reflexión durante dos años en Navarra. Recientemente en diversos foros como el Taller nacional del grupo Comunicación y Salud celebrado en abril un grupo de profesionales del grupo de comunicación y salud de Navarra presentamos nuestra experiencia como Grupo de Reflexión durante dos años.

Esta experiencia nace del intento de incorporar a nuestro aprendizaje un modelo que pretende avanzar en el conocimiento personal y trabajar aspectos más arraigados de la persona (sentimientos, pensamientos, mecanismos de defensa, prejuicios?) y no solamente dedicarse a aprender 'técnicas comunicativas?.

Las reuniones tuvieron lugar con periodicidad mensual y fueron conducidas por un psiquiatra con formación psicodinámica. La forma de trabajo fue a partir de casos planteados por nosotros mismos como asistentes. Los casos necesariamente tenían que haber impactado emocionalmente a la persona que los planteaba por algún motivo. Una vez expuesto el caso, el psiquiatra proponía la forma de trabajo:

Su discusión a veces se apoyaba en escenificaciones o en la construcción de la 'figura?' (modelada por el ponente del caso utilizando a miembros del grupo) y posteriormente los participantes iban remodelando la figura y poniendo voz a la escena. En todos los casos se comentaban sensaciones, sentimientos, evocaciones y aportaciones de los miembros del grupo sobre las situaciones vividas por ellos y que por algún motivo se asemejaban al presentado

Entre las conclusiones como protagonistas señalamos que existen una serie de situaciones difíciles, que nos dificultan la relación y comunicación, que se repiten en la mayoría de profesionales: la agresividad-violencia, la culpa, el error, el enfado, la ira, la necesidad de responder a la imagen que tenemos de nosotros mismos o que tienen los demás, las demandas inadecuadas, el maltrato, el cansancio o las circunstancias ambientales, temas de sexualidad, cuando nos sentimos manipulados, pacientes que son familiares o amigos, la incertidumbre diagnóstica, el no aceptar nuestras limitaciones, situaciones o personas con las que no podemos empatizar. También resaltamos que darse cuenta que las situaciones afectan a la mayoría de forma similar relaja y normaliza los propios problemas y ayuda en analizar los pensamientos y sentimientos que subyacen en las relaciones en la consulta, con la colaboración de alguien, el conducto que orienta y canaliza los sentimientos y pensamientos que surgen. Finalmente apuntamos que el hecho de que los temas vayan surgiendo de forma reiterativa a lo largo de las sesiones, con el paso del tiempo hace que se vaya aprendiendo a manejar mejor estas situaciones y las emociones que conllevan.

Para ilustrar esta experiencia adjuntamos dos pósters, uno que describe la experiencia ([poster 1](#)) y otro que detalla un caso discutido en el grupo ([poster-2](#)).

Una descripción más completa de este grupo puede verse en:

**Arillo Crespo, M. Zabalegui Ardaiz, M. Ayarra Elia, C. Fuertes Goñi, J. Loayssa Lara, P. Pascual Pascual. El grupo de reflexión como una herramienta para mejorar la satisfacción y desarrollar la capacidad introspectiva de los profesionales sanitarios. Atención Primaria 2009,41: 688-694.**

### **El grupo Balint en Atención Primaria]**

**Autora: Teresa Morandi Garde]**

## **Psicóloga Clínica-Psicoanalista]**

### **Coordinadora de Grupo Balint (programa de Salud Mental para MIR de familia). Docente i Supervisora Institucional]**

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 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 burnout, 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 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?- y de la institución en la que cada vez más predomina un discurso centrado en lo biotecnológico y en una ?gestión tecnocrática-empresarial?.

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 Nota 1; 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\*nota 2]**

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. 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 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? 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 tutor. 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.

2. 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.

3. 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.

4. Otros equipos: prejuicios de unos equipos sobre otros. ¿El especialista?.

5. 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 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 enfermar.

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 Balint 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 relacione con el gasto ocasionado ¿entre muchos otros- por la gran cantidad de bajas laborales debidas a enfermedades, malestar y insatisfacción de los profesionales).

Nota 1.- \* 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.

Nota 2.- 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.

Para ver el artículo completo: [El grupo Balint en Atención Primaria](#)