

Sobre los Grupos Balint, el movimiento Balint y el cuidado de la relación médico-paciente

J.L. Tizón

A propósito del trabajo de T. Morandi y E. Castelló. La relación médico-paciente y los Grupos Balint

Atención Primaria. 1984;1(6):309-12

Resumen del artículo original

Abordar el amplio tema de la relación médico-paciente en un artículo es una tarea dificultosa que nos impone limitaciones y dejará cuestiones sin concretar.

Nuestro objeto es aportar algunos conceptos y abrir una serie de interrogantes que deseamos puedan ayudar a los médicos a reflexionar sobre su propia práctica.

Las cuestiones que trataremos están enmarcadas en una concepción teórica psicoanalítica, lo que no excluye otras teorías que puedan, asimismo, aportar otros enfoques a la formación psicológica del médico. Reflejamos también nuestra experiencia, recogida en la conducción de Grupos Balint en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Cornellà (Barcelona) durante los años 1982, 1983 y 1984.

Han pasado 20 años desde la publicación en ATENCIÓN PRIMARIA del trabajo de Morandi y Castelló sobre los grupos Balint y la relación médico-paciente. Es indudable, pues, que se trata de un trabajo temprano, sobre un tema que ha seguido poseyendo gran relevancia en la bibliografía científica, tanto internacional como nacional.

A propósito de su carácter temprano, hay que recordar, por ejemplo, que los primeros grupos Balint conocidos que se realizaron en nuestro país fueron coordinados por

la primera generación de psicoanalistas formados en Catalunya. En concreto, por los doctores J. Beá, P. Bofill, P. Folc y L.M. Feduchi, en los años sesenta. El trabajo fue continuado en diversos encuadres e instituciones por la siguiente generación de psicoanalistas: J. Freixas, R. Ferrer y J.L. Tizón (desde 1976). Al tiempo, tanto en diversos países de nuestro medio como en España surgieron los primeros trabajos descriptivos¹⁻⁷, así como los primeros estudios empíricos sobre los grupos Balint. En ese sentido, no hay que olvidar que ya el propio Balint y los GP que trabajaron con él se hallaban interesados por la investigación empírica^{8,9-15}.

Todo ello no es sino la expresión de la amplia difusión que han alcanzado dichos sistemas docentes y, en general, todo lo que podríamos llamar el «movimiento Balint internacional», desarrollado asimismo en al menos cuatro continentes y que cuenta con decenas de sociedades «Balint» nacionales (en especial, en los países tecnológicamente desarrollados: una búsqueda del término con el buscador Google proporcionaba en febrero del 2005 un total de 88.500 citas «en bruto»). Hoy día, los grupos Balint forman parte de los programas de formación de médicos (en especial, de GP y medicina familiar) de gran parte de los países tecnológicamente desarrollados, pero también en los programas de formación y formación continuada de otros profesionales de la asistencia: enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, personal escolar y de guarderías, personal de servicios sociales y personales, personal de los servicios de justicia^{1,14-16}. En Estados Unidos, por ejemplo, la mitad de los programas de residencia de medicina familiar que respondieron a una investigación exploratoria usaban estas técnicas en su programa de formación, y el 65% las requería¹. En el mismo sentido de popularidad, siguiendo la enorme difusión que ha llegado a alcanzar el volumen seminal de Michael Balint¹⁷, algunos otros libros sobre el tema han llegado a alcanzar más de 6 ediciones en castellano y alguna otra en diversos idiomas¹⁸. Pero paralelamente al desarrollo e implantación de los grupos Balint y, en general, de las orientaciones sobre la relación médico-paciente provenientes del psicoanálisis, hay toda una serie de diversificaciones, tanto de esa orientación de la asistencia como de la propia técnica de los grupos^{1-6,19-23}. Por ejemplo, desde la «medicina centrada en el paciente» se ha ido evolucionando hacia orientaciones más ambiciosas y/u «operativas», tales como la «medi-

Correspondencia: J.L. Tizón.
Institut Català de la Salut
Unitat de Salut Mental de Sant Martí-La Mina.
C/Fuvià, s/n.
08001 Barcelona. España.

Correo electrónico: jtizon.pbcn@ics.scs.es

Manuscrito recibido el 28 de febrero de 2005.

Manuscrito aceptado para su publicación el 14 de marzo de 2005.

cina centrada en el consultante», la «atención sanitaria centrada en el consultante en tanto que miembro de la comunidad»^{18,24}, la difusión de programas del tipo «comunicación y salud», las orientaciones del tipo «experiencia del enfermar» y de los «cuidados del cuidador», etc. En consecuencia, también los grupos Balint se han diversificado. La propia práctica de la atención primaria de salud, su modelo de trabajo en equipo, su orientación multiprofesional, impulsaron hace decenios el desarrollo de los «grupos de reflexión tipo Balint»^{6,7} y otras muchas variaciones técnicas: mayor o menor atención a perspectivas psicoanalíticas o cognitivas, sistemas mixtos, grupos operativos sobre temas concretos, grupos de sensibilización^{1,4,19-23}. Paralelamente se han desarrollado una serie de controversias y estudios sobre el papel del coordinador o líder, el tipo y la relación de los miembros del grupo, las características de la «limitada pero apreciable modificación de la personalidad» promovida en los miembros de grupo, la mayor o menor inclusión en el día a día de los grupos de las técnicas grupales, el uso de los grupos en el pregrado, los «grupos de discusión» y «grupos de duelo» como forma focalizada de grupos «tipo Balint», el dilema intensión-extensión cronológica, las técnicas grupales y psicológicas utilizables, la consideración mayor o menor de las emociones de los participantes para la marcha del grupo, etc. En particular, el paso desde la práctica individual de los GP de los primeros grupos de Michael Balint a la práctica en grupo y la orientación biopsicosocial y de atención primaria de salud ha supuesto cambios notables en la organización y sistemática de dichos grupos. En consecuencia, los objetivos de algunos grupos «tipo Balint» han presentado ciertas variaciones sobre los objetivos iniciales propuestos por Balint y los fundadores de la técnica. Por ejemplo, en un intento de concretar y limitar dichos objetivos, los hemos definido como sigue⁵:

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

A pesar de todos esos cambios, tanto teóricos como técnicos, parece que sigue habiendo un amplio consenso, tanto en el movimiento Balint internacional como en los coordinadores de los grupos Balint, acerca de cuáles son los elementos fundamentales de éstos: *a)* el intento activo de crear un clima de contención, confianza, esperanza y comunicación mutua en el grupo, por un lado, y *b)* la atención específica a las emociones del profesional —específica, pero no siempre explícita o directa—, por otro. El temprano trabajo, fundamentalmente clínico, de T. Morandi y E. Castelló, tuvo la virtud de plantear ya entonces muchos de estos temas. Las ideas de Balint y sus colaboradores y seguidores forman una de las corrientes que persisten en el intento de conseguir una atención sanitaria que, sin dejar de integrar las mejoras tecnológicas, organizativas y organizacionales, mantenga el ya centenario empeño de realizar una atención «holística», «globalizadora» o «biopsicosocial» de los consultantes y sus familias.

Bibliografía

1. Johnson AH, Brock CD, Hamadeh G, Stock R. The current status of Balint groups in US family practice residencies: a 10-year follow-up study, 1990-2000. *Fam Med*. 2001;33:672-7.
2. Musham C, Brock CD. Family practice residents' perspectives on Balint group training: in-depth interviews with frequent and infrequent attenders. *Fam Med*. 1994;26:382-6.
3. Sheingold L. A Balint seminar in the family practice residency setting. *J. Family Practice*. 1980;10,2:267-70.
4. Guimón J. Introduction aux thérapies de groupe: Théories, technique et programmes. Paris: Masson; 2001.
5. Tizón JL. Los «grupos de reflexión» en la atención primaria de salud. I. Su origen. *Aten Primaria*. 1993;6:309-14.
6. Tizón JL. Los «grupos de reflexión» en la atención primaria de salud. II. Algunos elementos teóricos y técnicos. *Aten Primaria*. 1993;7:361-7.
7. Tizón JL. ¿«Grupos Balint» o «grupos de reflexión» (sobre los componentes relacionales de la asistencia)? *Temas de Psicoanálisis (Barc)*. 1998;3:7-37.
8. Balint E, Norell JS. Seis minutos para el paciente. Buenos Aires: Paidós; 1979.
9. Dokter HJ, Duivenvoorden HJ, Verhage F. Changes in the attitude of general practitioners as a result of participation in a Balint group. *Fam Pract*. 1986;3:155-63.
10. Novack DH, Suchman AL, Clark W, Epstein RM, Najberg E, Kaplan C. Calibrating the physician. Personal awareness and effective patient care. Working Group on Promoting Physician Personal Awareness, American Academy on Physician and Patient. *JAMA*. 1997;278:502-9.
11. Rabin S, Herz M, Stern M, Vaserfirer I, Belakovsky S, Mark M, Ribak J. Improving the professional self-efficacy cognitions of immigrant doctors with Balint groups. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 1996;33:253-9.
12. Rabinowitz S, Kushnir T, Ribak J. Preventing burnout: increasing professional self efficacy in primary care nurses in a Balint Group. *AAOHN J*. 1996;44:28-32.
13. Andersson SJ, Lindberg G, Troein M. What shapes GPs' work with depressed patients? A qualitative interview study. *Fam Pract*. 2002;19:623-31.
14. Stein HF. Reframing Balint: thoughts on family medicine departmental Balint groups. *Fam Med*. 2003;35:289-90.

15. Tizón JL. Investigando sobre «grupos Balint» o «grupos de reflexión»: ¿una técnica tan sólo docente? Ponencia Presentada en la Mesa Redonda sobre la Relación Médico-Paciente del 37 Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia: La Psiquiatría de Enlace en el Siglo XXI. (Madrid 11-13 de abril del 2002).
16. Salinsky J. The Balint movement worldwide: present state and future outlook: a brief history of Balint around the world. *Am J Psychoanal.* 2002;62:327-35.
17. Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos; 1960.
18. Tizón JL. Componentes psicológicos de la práctica médica. 5.^a ed. Barcelona: Biblária; 1996.
19. Luban-Plozza B. Empowerment techniques: from doctor-centered (Balint approach) to patient-centred discussion groups. *Patient Educ Couns.* 1995;26:257-63.
20. Garcia-Campayo J, Claraco LM, Sanz-Carrillo C, Arevalo E, Monton C. Assessment of a pilot course on the management of somatization disorder for family doctors. *Gen Hosp Psychiatry.* 2002;24:101-5.
21. Johnson AH, Nease DE Jr, Milberg LC, Addison RB. Essential characteristics of effective Balint group leadership. *Fam Med.* 2004;36:253-9.
22. Willoughby R. Between the basic fault and second skin. *Int J Psychoanal.* 2004;85:179-95.
23. Epstein RM, Borrell F. Hearing voices: patient centered care with diverse populations. *Patient Education Counseling.* 2002; 48:1-3.
24. Tizón JL. La atención primaria a la salud mental (APSM): Una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante. *Aten Primaria.* 2000;26,2:111-9.