



ORIGINAL

El grupo de reflexión como una herramienta para mejorar la satisfacción y desarrollar la capacidad introspectiva de los profesionales sanitarios

Ana Arillo Crespo^{a,*}, María José Zabalegui Ardaiz^b, Maite Ayarra Elia^c, Carmen Fuertes Goñi^a, José Ramón Loayssa Lara^d y Pablo Pascual Pascual^e

^aCentro de Salud de Chantrea, Pamplona, España

^bCentro de Salud de Estella, Navarra, España

^cCentro de Salud de Huarte, Navarra, España

^dCentro de Salud de Azpilagaña, Pamplona, España

^eCentro de Salud de Rochapea, Pamplona, España

Recibido el 26 de febrero de 2009; aceptado el 6 de abril de 2009

Disponible en Internet el 24 de julio de 2009

PALABRAS CLAVE

Grupos Balint;
Grupos de reflexión;
Relación
médico-paciente;
Atención primaria;
Competencia
profesional;
Modelo biopsicosocial

Resumen

Objetivo: Describir el desarrollo de un grupo de reflexión entre profesionales de atención primaria de Navarra, entre octubre de 2007 y junio de 2008, a través de la presentación de casos.

Diseño: Estudio descriptivo, retrospectivo.

Emplazamiento: Atención primaria.

Participantes: Un psiquiatra, una enfermera y 11 médicos de familia.

Método: Se llevaron a cabo 8 sesiones de 2 h y media de duración; evaluaciones informales después de cada sesión; recogida sistemática de notas por parte de 3 miembros del grupo, con posterior puesta en común, y evaluación del grupo en la última sesión.

Resultados: El carácter del grupo fue participativo, autorreflexivo y práctico. Se presentaron 52 casos que se agruparon en 5 áreas: encuentros difíciles, errores profesionales, maltrato a la mujer, dilemas éticos y relaciones en el equipo. Los participantes expresaron las emociones de la consulta y obtuvieron herramientas y recursos de actuación para posteriores situaciones similares a los casos presentados, tal y como se expresó en la evaluación.

Conclusiones: Se expuso un gran abanico de casos y se desarrolló una serie de emociones en los participantes; de la puesta en común y reflexión surgió una autopercepción de

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aarillo@cfnavarra.es (A. Arillo Crespo).

KEYWORDS

Balint Groups;
Reflection groups;
Physician patient
relationship;
Primary care;
Professional
competence;
Biopsychosocial model

mejora de la satisfacción y de la capacidad introspectiva. La variedad de casos puso en evidencia la complejidad del quehacer profesional.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

The reflection group as a tool for improving satisfaction and developing the introspective ability of health professionals

Abstract

Objective: To describe the development of a reflection group of primary care professionals in Navarra, from October 2007 to June 2008, using case presentations.

Design: Descriptive, retrospective study.

Setting: Primary care.

Participants: One psychiatrist, one nurse and eleven family doctors.

Method: Eight sessions of two and a half hours were carried out; informal evaluations after each session; systematic taking of notes by three members of the group, with subsequent pooling of resources; evaluation of the group in the last session.

Results: This was a participatory, self-reflective and practical group. A total of 52 cases were presented, which were grouped into six areas: difficult interviews, professional errors, female abuse, ethical dilemmas and Health care team relationships. The participants talked about the emotions of the clinic, obtaining tools and protocols for subsequent situations similar to the cases presented, as was expressed in the evaluation.

Conclusions: A wide range of cases were presented, with a series of emotions having been produced in the participants who from a pooling of resources and reflection emerged a self-perception of improved satisfaction and introspective ability. The variety of cases showed the complexity of the work of the health professional.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La atención de la salud, especialmente en atención primaria, hoy requiere integrar aportaciones de propuestas como el modelo biopsicosocial y la atención centrada en la persona que consulta¹⁻³. Estas orientaciones enfatizan la importancia de la relación médico-paciente, que siempre se ha considerado esencial para incidir positivamente en la salud del paciente. Esta relación no es sólo importante para la salud del paciente, sino también para su satisfacción⁴ y para la satisfacción del propio profesional⁵⁻⁹. La frecuencia de encuentros difíciles es otro argumento que refuerza la necesidad de dedicar atención a la relación paciente-profesional¹⁰.

La relación paciente-profesional se había estudiado fundamentalmente desde modelos comunicacionales, en los que la atención se centraba en los aspectos conscientes y observables, mediante la utilización de técnicas de aprendizaje de entrevista, observación y análisis de vídeos y *role playing*¹¹. En la década de 1960 se empezaron a poner en marcha en Cataluña los primeros grupos Balint y grupos de reflexión que pretendían satisfacer la necesidad de autoconocimiento de los profesionales, de comprensión de sus propias emociones y de la interactividad del encuentro clínico, en aras de mejorar su competencia profesional¹². El movimiento Balint se desarrolla internacionalmente y pone el acento en el desarrollo de un sistema racional que sirva en cierto modo como "monitor" del básico sistema intuitivo¹³. Se trataba de estimular la curiosidad por la relación paciente-profesional, ir ganando en capacidad de tolerar la ambigüedad y potenciar la libre especulación sobre los

casos expuestos. Así se plantea la pertinencia de realizar grupos Balint y grupos de reflexión, cada uno de ellos con sus propias especificidades¹⁴⁻¹⁶. En estos grupos, ante una situación de incomodidad en la relación, el profesional puede ir capacitándose en profundizar en el campo psicológico y recontextualizar la situación¹⁷⁻¹⁹.

Por otra parte, se ha teorizado sobre la posible relación entre el *burn-out* y los trastornos psicopatológicos de los profesionales como posible situación de fondo^{20,21}. Los grupos Balint pueden servir como un medio para aumentar la satisfacción profesional y prevenir el *burn-out* entre los profesionales²². En una revisión sistemática se encontró una relación positiva entre satisfacción de la población y formación del profesional en aspectos comunicacionales o relacionales²³. Esto no se ha podido demostrar en una investigación hecha en España²⁴.

Los objetivos del presente artículo son los siguientes:

- 1) Describir y analizar una experiencia de un grupo de reflexión entre profesionales de atención primaria;
- 2) Identificar situaciones de la consulta que tienen un impacto emocional en el profesional o que éste encuentra difícil de entender, así como describir las reacciones de los profesionales ante éstas;
- 3) Definir algunas ideas y estrategias que pueden ayudar a los profesionales en casos dificultosos o complejos, y
- 4) Valorar los resultados de esta experiencia en términos de satisfacción profesional y de desarrollo de capacidades, desde el punto de vista de las personas participantes.

Participantes y métodos

Diseño

En enero de 2007, el Grupo de Comunicación y Salud proyectó el desarrollo de un grupo de reflexión (entendían que era el formato docente que mejor se acomodaba a las necesidades formativas detectadas) tras haber estudiado en profundidad las características técnicas y formativas de los grupos de reflexión^{14,15}. Se expuso el proyecto ante la Dirección de Atención Primaria con objeto de poder obtener las consiguientes ayudas. Una vez aceptado el proyecto, se contactó con un psiquiatra con formación psicoanalítica, que fue el conductor del grupo. Se programaron 8 sesiones de 2 h y media de duración, con una periodicidad mensual para comenzar en octubre de 2007, y con el compromiso de asistencia, puntualidad y participación mediante la aportación de casos. Se ofertó el grupo a todos los miembros del grupo de Comunicación y Salud.

Participantes

Sin que fuese necesario ningún tipo de selección, el grupo quedó constituido por 12 profesionales de atención primaria: una enfermera y 11 médicos; 10 mujeres y 2 varones, de entre 40 y 57 años, con experiencia profesional de entre 12 y 30 años y con área de trabajo en atención primaria (urbana y rural) y urgencias relacionadas con atención primaria.

Análisis

Se trata de un estudio cualitativo. Durante las sesiones, 3 de los participantes tomaron notas y recogieron lo más relevante del relato del caso, las dificultades encontradas, el motivo por el que se presentaba, las emociones que se planteaban, los pensamientos, dudas, actuaciones, aportaciones y sugerencias, junto con la técnica empleada y las reflexiones finales. Tras cada sesión se realizó una evaluación de ésta, en la que se pusieron de manifiesto las principales conclusiones o aspectos relevantes sobre los casos expuestos. Al finalizar el período estudiado, se realizó una recopilación de los casos tratados así como de las emociones suscitadas entre los profesionales. Posteriormente, esta recopilación se consensuó y se completó.

Resultados y discusión

En la [tabla 1](#) se recoge la descripción de las sesiones y de las técnicas desarrolladas en éstas. Se trabajó un total de 52 casos.

En la [tabla 2](#) se recoge la agrupación realizada sobre los casos trabajados, en 5 áreas.

Una serie de casos corresponde a los llamados encuentros difíciles. Las razones de exposición fueron el tratarse de problemas delicados, como el caso de un paciente con una infección de transmisión sexual que no comunicaba a su pareja; el conocimiento de algunos aspectos de la vida o hábitos de un paciente que se sabían por terceras personas, o el sonrojo de una profesional ante una sintomatología en un paciente homosexual por falta de autocuidado en sus relaciones sexuales. En otros casos, los motivos de exposición se relacionaron con pacientes somatizadores,

Tabla 1 Descripción de las sesiones y técnicas utilizadas

- 8 sesiones de 150 min de duración
 - Periodicidad mensual
 - Iniciación con un caldeamiento psicodramático
 - Participación activa e implicada
 - Asistencia y puntualidad correctas
 - Trabajo de los temas en profundidad
 - Tras el trabajo de cada caso: abanico de posibilidades para interpretar la realidad del paciente, del profesional y la relación entre ambos
- Técnicas utilizadas:
- Técnicas verbales:
 - Reflexión general por parte del grupo acerca del caso expuesto
 - Relato de experiencias similares
 - Descripción de lo “evocado” por el caso entre los participantes
 - Descripción de “resonancias”: referencias a casos o situaciones diferentes, que surgen espontáneamente al reflexionar sobre el caso presentado, aunque no haya una relación aparente entre ambos
 - Técnicas psicodramáticas y de *role playing*:
 - Actuación de la situación expuesta
 - Representación de los diferentes roles, a veces con intercambio de los papeles, representando a profesionales o a pacientes y pudiendo hacer doblaje por parte de los participantes, tanto de lo “hablado” como de lo “pensado” por parte de cada uno de los personajes representados
 - Realización de “esculturas vivientes” que expresaban la situación emocional del profesional o del paciente, que generalmente realizaba quien presentaba el caso (por invitación del conductor del grupo), que podían componerse de una o varias personas participantes y que posteriormente el resto de los miembros del grupo moldeaba hasta obtener una resultante satisfactoria
 - Ejercicios de liberación de la tensión emocional, como “dejarse caer” por parte de un o una participante entre los brazos del resto del grupo o colocarse en un punto de una escala de tensión emocional

en la medida en que requieren una preparación para la entrevista clínica que comporta un abordaje biopsicosocial para el que muchas veces no se está suficientemente formado²⁵. La presencia de trastornos mentales no fue llamativa en el grupo, como también había sucedido en otras experiencias Balint²⁶. Los pacientes hiperfrecuentadores también fueron motivo de varios casos. Otros casos que se relacionaron con una inadecuada utilización de los recursos sanitarios evocaron entre los participantes situaciones parecidas ante actitudes o comportamientos por parte de los pacientes, que resultaban incomprensibles o inapropiados, como pudo ser el caso de una paciente que

Tabla 2 Áreas, casos y sentimientos de los profesionales

Aspecto/área	Casos (52)	Sentimientos en profesionales
Encuentros difíciles	<ul style="list-style-type: none"> ● Paciente dominante ● Riesgo de infección de transmisión sexual sin comunicación a su pareja ● Información del paciente obtenida fuera de la consulta ● Paciente con problemas psicosociales ● Paciente invasivo ● Paciente que relata prácticas sexuales desconocidas para el profesional ● Somatizadores* ● No seguir consejos preventivos e hiperfrecuentación ● Regalos a médica e hiperfrecuentación 	<ul style="list-style-type: none"> ● Malestar, sensación de imposición ● Indignación, juicio sobre el paciente, al que se siente como “egoísta” ● Dificultad para equilibrar lo que el paciente ha dicho y lo que el profesional conoce ● Pereza ante tener que ir desentrañando la compleja problemática ● Incomodidad ante preguntas del paciente ● Incomodidad y “sonrojo” ● Impotencia para ayudar a comprender al paciente su malestar ● Rabia e impotencia, sensación de “ser utilizado” ● Incomodidad, cierta perplejidad
Errores profesionales	<ul style="list-style-type: none"> ● Diabético que ha rechazado controles y fallece de IAM. Familia, reprocha* ● Retraso en aviso domiciliario y gravedad ● Anciana con hemorragia digestiva que fallece sin que se la derive ● Adjunto que responsabiliza a MIR en servicio de urgencias ante fallecimiento de paciente* ● Paciente bien derivado, pero la familia reprocha al médico ● Neo de pulmón que se diagnostica tarde en paciente desplazado 	<ul style="list-style-type: none"> ● Culpa, sensación de recibir trato injusto ● Culpa por retraso en la atención, sensación de agobio por falta de tiempo ● Culpa por no derivación y dudas sobre el comportamiento realizado ● Mucha rabia y algo de culpabilidad ● Culpa ante la familia, frustración por escasez de comunicación ● Culpa ante el retraso diagnóstico, dudas sobre posibilidades de mejora
Maltrato hacia la mujer	<ul style="list-style-type: none"> ● Maltrato psicológico a la mujer* ● Culpabilidad a la esposa en consulta por problema vascular ● Cuidadora de padre maltratador* 	<ul style="list-style-type: none"> ● Desconcierto, indignación, falta de comprensión acerca del “aguante” de la mujer ● Rabia, dificultad para tolerar un comportamiento injusto ● Impotencia, dificultad ante una relación compleja
Dilemas éticos	<ul style="list-style-type: none"> ● Delirio al contar cosas de los demás ● Información sobre un paciente, obtenida fuera de la consulta ● Litigio entre la decisión del paciente de morir en casa y la de la hija de llevarlo al hospital ● Petición (no compartida) del paciente de ser enviado a otro especialista* ● Paciente conocido o amigo* ● Paciente al que se comunica una experiencia propia espontáneamente ● Obstáculos a visitas a domicilio por parte de un familiar ● Conductor con alto riesgo vascular que no se cuida* 	<ul style="list-style-type: none"> ● Incomodidad, dificultad de reacción ● Incomodidad entre lo que se sabe y lo que se puede manifestar ● Confusión entre la autonomía del paciente y la de la cuidadora ● Sentimiento de no ser apreciado como profesional; impotencia, rabia ● Dificultad para separar amistad y profesión ● Sensación de inseguridad ● Juicio de valor, incompreensión, rabia ● Malestar ante la pugna entre autonomía del paciente y responsabilidad profesional
Relaciones en equipo (EAP)	Dificultades de relación en equipo*	Malestar, sensación de sentirse incomprendido

EAP: equipo de atención primaria; IAM: infarto agudo de miocardio; MIR: médico interno residente.

*Varios casos.

iba frecuentemente a la consulta y repetidas veces obsequiaba a la doctora con diferentes regalos. Se barajó una serie de estrategias para contener este tipo de situaciones, como el dar cita programada a estos pacientes para tratar de conocer las causas de fondo de su hiperfrecuentación, el compartir el caso con otros profesionales que atienden a la paciente o con otros compañeros del centro de salud, el barajar hipótesis explicativas, etc. También se abordó el tema de la inmigración y sus dificultades añadidas.

Un segundo bloque de casos se agrupó en torno al error o retraso en el diagnóstico, muchas veces relacionados con pacientes con enfermedades graves. Los sentimientos de culpa se expresaron de manera reiterada y se trabajaron en profundidad, tratando de superar la llamada “cultura de la culpa”²⁷ en un marco de relación entre el profesional y la sociedad en el que ésta debería interesarse más en prevenir o reparar que en castigar los errores clínicos. El error

médico es un fenómeno de gran impacto emocional para los médicos²⁸, ante el que es fundamental reaccionar adecuadamente mediante el análisis y discusión de éste, e incluir al paciente afectado.

Un tercer grupo de casos tuvo como telón de fondo el maltrato a la mujer, tanto el maltrato sostenido, como el dependiente de su rol de cuidadora. Los sentimientos generados en el profesional eran de desconcierto y rabia, que se estimaron relacionados con la complejidad del tema y con la insuficiente formación y recursos; estos aspectos también se habían recogido en una publicación con encuestas a profesionales sobre este tema²⁹.

Un cuarto bloque de casos se puede agrupar en torno a dilemas éticos: ¿qué hacer cuando se tiene información que se ha obtenido fuera de la consulta?, ¿qué hacer cuando hay diferentes criterios sobre el ingreso o no de una persona?, ¿qué hacer cuando el paciente pide ser derivado y eso no se considera apropiado?, ¿cómo comportarse con el paciente “amigo”?, ¿cómo asume el profesional el haberse “explayado” con una paciente, al contarle su propia experiencia?, ¿cómo aceptar los límites que pone la familia en la relación con los pacientes? y ¿cómo hacer ante la falta de autocuidado con posibles repercusiones graves en un paciente de alto riesgo cardiovascular? Los sentimientos más comunes en estos casos fueron la incomodidad, la inseguridad y la confusión.

Por último, hubo un quinto bloque de casos que se relacionaron con las dificultades de relación con otras personas del equipo. Resultaron evocadores y surgieron del grupo numerosas aportaciones. Uno de los principales objetivos y beneficios de los grupos de reflexión y grupos Balint^{12,19,25} ha sido el desarrollar de manera práctica los conceptos fundamentales del trabajo en equipo.

La relación entre el paciente y el profesional se abordó en la mayoría de las sesiones desde diferentes perspectivas. En las evaluaciones que se realizaron después de cada sesión,

Tabla 3 Recopilación de los participantes: “¿Qué me llevaría?”

- La importancia y lo que ayuda comentar casos y sentimientos respecto a situaciones que se les presentan a todos
- El privilegio de estar en un ambiente seguro y con un buen conductor para comentar casos
- La reflexión sobre la culpabilidad
- Aprender a salir de situaciones que se presentan, con mayor tranquilidad y sosiego
- Ser más “aséptico”
- Sinceridad del grupo
- La experiencia de muchos compañeros que llevan trabajando muchos años en “encuentros difíciles”
- Los diferentes puntos de vista ante situaciones complicadas
- La envidia ante el buen hacer de los compañeros
- Analizar lo que me dice el instinto
- Paciencia
- Escuchar de otra manera
- Saber que siempre hay algo detrás
- Curiosidad
- Mejor humor
- Más presencia y más distancia. Tranquilidad emocional
- Admitir la equivocación con responsabilidad pero sin culpa
- Aprender a confrontar sin sentirme tan mal
- Escuchar mi cuerpo
- Aprender que decir “lo siento” es distinto de ser culpable
- No sentirse obligado a responder ni a defenderse
- Saber que otro piensa diferente
- Expresar los enfados
- Situarme en mi rol de médico
- Buscar el bien del paciente
- Buscar el interés del paciente
- Escuchar
- Serenidad
- Ser menos omnipotente
- Valorar la postura del otro
- Valorar otras perspectivas sobre lo que ocurre en la consulta
- Gusto por la reflexión
- Calor humano

Tabla 4 Recopilación de los participantes: “¿Qué dejaría?”

- Simplismo
- Culpabilidad
- Arrogancia
- Vanidad
- Impaciencia
- Mis dificultades para poner límites
- Las prisas
- Buscar el agradar
- Individualismo y pensar que las cosas sólo te pasan a ti
- Ante casos y situaciones difíciles olvidarse, en vez de pensar cómo hacerles frente
- Fuera del trabajo, pasar tiempo preocupada y dar vueltas a problemas con pacientes
- El machacarme ante una situación difícil
- El no afrontar y analizar un problema que me preocupa
- El sentimiento de inferioridad
- Remordimiento
- Conformismo
- El no confrontar en situaciones incómodas
- Vaciar frente al paciente

los participantes comentaron cómo se iba dando un cambio positivo en su autopercepción de competencias respecto al mejor entendimiento de la relación, como se ha descrito en otras experiencias³⁰.

El tipo de sentimientos suscitados en los profesionales respondía de manera aleatorizada a cualquiera de los casos: frustración, confusión, incomodidad, dolor, impotencia, fatiga, sentirse poco apreciado o reconocido, malestar, sentirse dominado y sentirse con rabia. Emociones que se han descrito en estudios similares consultados³¹.

En la última sesión del grupo, el conductor de éste invitó a todos los miembros a anotar “¿Qué me llevaría?” “y ¿Qué dejaría?” de lo que se trató durante las 8 sesiones. Posteriormente, se realizó la puesta en común (tablas 3 y 4).

Lo conocido sobre el tema

- Los grupos de reflexión son uno de los medios de formación para los profesionales de la salud en su capacidad de utilizar sus propias emociones, sentimientos, actitud y ética para comprender la relación con sus pacientes.
- En los grupos Balint y los grupos de reflexión se ha ido capacitando a los profesionales para profundizar en el campo psicológico y recontextualizar la situación.
- Los grupos de reflexión pueden servir como un medio para aumentar la satisfacción profesional y prevenir el *burn-out*.

Qué aporta este estudio

- La descripción del desarrollo de un grupo de reflexión entre profesionales sanitarios, con 52 casos trabajados, relativos a encuentros difíciles, errores profesionales, maltrato hacia la mujer, dilemas éticos y relaciones de equipo.
- La constatación de una autopercepción de mejora de la satisfacción profesional y de desarrollo de la capacidad introspectiva en todos los participantes del grupo.
- La sugerencia de que se desarrollen grupos de reflexión en atención primaria, con un método de evaluación previamente consensuado, para que se puedan difundir las experiencias realizadas.

Resultados

Se detectó un aumento de la satisfacción profesional, con un incremento de la sensibilidad y la capacidad de reflexión de los participantes, aspectos éstos que también se han hallado en 8 trabajos de las mismas características^{22,30,31}. Estos resultados contrastan con lo encontrado en otros trabajos³⁰, en los que no se encontraron diferencias significativas entre quienes habían participado en grupos Balint y quienes no lo habían hecho.

En la evaluación final del grupo se recogieron algunas aportaciones interesantes: “reflexión y conciencia de las múltiples realidades que encierra cualquier caso, dependiendo

de la mirada de quien lo observa”; “los múltiples caminos que abre cada tipo de reacción”; “el reflejo de los otros permite conocer mejor los propios límites de tolerancia, las propias reacciones inconscientes habituales, para así ser algo más conscientes y más flexibles y también más capaces de establecer una buena relación con las personas consultantes”.

Se ha convenido³² que por competencia profesional se entiende el uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las capacidades técnicas, la toma de decisiones basadas en las pruebas, las emociones, los valores y la reflexión en la práctica diaria para beneficio individual y social. Tanto el desarrollo de las sesiones como las evaluaciones informales de éstas y los aspectos clave que los participantes refirieron “llevarse y dejar” en la última sesión, indican un aumento de la capacidad introspectiva y crítica, que puede facilitar el desarrollo de una capacidad para relacionarse con el paciente.

Como limitaciones del estudio, cabe señalar que la evaluación de los participantes no se realizó de manera sistemática, sino a través de los encuentros posteriores a cada sesión, a través de las aportaciones realizadas en la última sesión del grupo y, finalmente, por medio de la recopilación de casos que realizaron 3 participantes, y que posteriormente consensuó y completó el resto del grupo. Por otra parte, llama la atención que no se recogió ningún caso de adolescentes, como también había sucedido en otros trabajos similares²⁶, lo que parece poner de manifiesto las dificultades de reflexión sobre la población de esta edad. Por último, debe puntualizarse que el hecho de que los participantes del grupo fueron mayoritariamente del colectivo médico puede sugerir que una mayor representación de otros estamentos hubiese podido aportar un factor de enriquecimiento en el desarrollo del grupo, con una práctica que se basa en el modelo biopsicosocial, como algunos autores han puesto de manifiesto¹⁵.

Como conclusión final, se podría destacar que en el grupo se expuso un gran abanico de casos que tuvieron que ver con una variedad de situaciones, que se desarrolló una serie de emociones por parte de los participantes, y que de la puesta en común y la reflexión surgió una autopercepción de mejora de la satisfacción y de la capacidad introspectiva y crítica. Se estima que es un formato docente muy útil, que podría desarrollarse y posteriormente difundirse entre otros profesionales sanitarios de atención primaria, y dotarse de un método de evaluación más sistematizada y medible de los resultados, a través de una aproximación cuantitativa.

Agradecimientos

A la Dirección de Atención Primaria que facilitó la realización de la experiencia y financió su desarrollo.

Este trabajo hubiese sido imposible sin la colaboración de Gregorio Armañanzas, psiquiatra con formación psicoanalítica, que condujo el grupo, lo alentó, dinamizó y enriqueció constantemente durante todo su desarrollo, y además revisó el presente artículo.

Bibliografía

1. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-36.

2. Ruiz Moral R, Rodríguez JJ, Epstein R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Aten Primaria*. 2003;32:594-602.
3. Tizón JL. La atención primaria a la salud mental: una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante. *Aten Primaria*. 2000;26:111-9.
4. Little P. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: Observational study. *BMJ*. 2001;32:468-75.
5. Olivar C, González Morán S, Martínez Suárez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria*. 1999;24:352-9.
6. Suchman AL, Branch WT, Matthews DA. The role of the medical interview in the physician's search for meaning. En: Lipkin Mjr, Putnam SM, Lazare A, editors. *The medical interview*. Nueva York: Springer-Verlag; 1995. p. 368-78.
7. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein R. The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice and scientific inquiry. *Ann Fam Med*. 2004;2:576-82.
8. Tizón JL. A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Aten Primaria*. 2007;39:93-7.
9. Balint M. *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros básicos; 1968.
10. Daberkow D. Preventing and managing difficult patient-physician relationships. *J La State Med Soc*. 2000;152:328-32.
11. Zoppi K, Epstein RM. ¿Es la comunicación una habilidad? Las habilidades comunicativas para mantener una buena relación. *An Sis San Navarra*. 2001;24.
12. Tizón JL. Sobre los grupos Balint, el movimiento Balint y el cuidado de la relación médico paciente. *Aten Primaria*. 2005;36:453-555.
13. Lichtenstein A. Integrating intuition and reasoning. How Balint groups can help medical decision making. *Aust Fam Physician*. 2006;35:987-9.
14. Tizón JL. Grupos de reflexión en Atención Primaria. I. Su origen. *Aten Primaria*. 1993;11:309-12.
15. Tizón JL. Grupos de reflexión en Atención Primaria. II. Algunos elementos teóricos y técnicos. *Aten Primaria*. 1993;11:361-6.
16. Luban-Plozza B. Empowerment techniques: From doctor-centered (Balint approach) to patient, centred discussion groups. *Patient Educ Couns*. 1995;26:257-63.
17. 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.
18. Díaz Barroso A. Grupos Balint: una experiencia personal. *Aten Primaria*. 1994;13:50.
19. Pololi LP, Frankel RM, Clay M, Jobe AC. One year's experience with a program to facilitate personal and professional development in medical students using reflection groups. *Educ Health (Abingdon)*. 2001;14:36-49.
20. Tizón JL. ¿Profesionales "quemados," profesionales "desengañados" o profesionales con trastornos psicopatológicos? *Aten Primaria*. 2004;33:326-30.
21. Cebriá J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten Primaria*. 2001;27:459-68.
22. Kjeldmand D, Holmström I. Balint Groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *Ann Fam Med*. 2008;6:138-45.
23. Beck R, Daughtridge R, Sloane P. Physician-patient communication in the primary care office: A systematic review. *J Am Board Fam Pract*. 2002;1:25-38.
24. Iragüen P, Olaskoaga A, Salcedo A, Salgado J, Ortego A, De la Rica JA. Satisfacción del paciente con los equipos de atención primaria: referidos a la formación del médico en el campo de la relación médico paciente. *Aten Primaria*. 1995;16:485-90.
25. García-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Yoldi-Elcid A, López-Aylon R, Montón C. Management of somatisers in primary care: Are family doctors motivated?. *Aust N Z J Psychiatry*. 1998;32:528-33.
26. Iragüen P, Salcedo V. Descripción de la evolución de un grupo Balint durante 1992: a propósito de 16 casos. *Aten Primaria*. 1995;15:94-100.
27. Borrell-Carrió F, Páez C, Suñol R, Orrego C, Gil Terrón N, Martí M. Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2006;38:25-32.
28. Fisseni G, Pentzek M, Abholz H-H. Responding to serious medical error in general practice-consequences for the Gps involved: Analysis of 75 cases from Germany. *Fam Pract*. 2008;25:9-13.
29. Sugg N, Thompson R, Thompson D, Maiuro R, Rivara F. Domestic violence and primary care. *Arch Fam Med*. 1999;8:301-6.
30. Cataldo KP, Peeden K, Geesey ME, Dickerson L. Association between Balint Training and physician empathy and work satisfaction. *Fam Med*. 2005;37:328-31.
31. Fernández de Sanmamed M, Iglesias C, Moretó A, Naberán C, Rodríguez ML, Ferrer R. La relación médico-paciente a través de un grupo Balint. *Aten Primaria*. 1993;12:386-92.
32. Cléries X, Borrell F, Espstein RM, Kronfly E, Escoda JJ, Martínez-Carretero JM. Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. *Aten Primaria*. 2003;32:110-7.