

¿Cómo mejorar la perspectiva integrativa de los médicos clínicos?: una revisión acerca de los grupos Balint y los grupos de reflexión (I)¹

How to improve the integrative approach in clinicians: a review of Balint and reflection groups

JORGE L. TIZÓN

Psiquiatra y neurólogo, psicólogo y psicoanalista (SEP-IPA). Fundador y exdirector de las Unidades de Salud Mental de Sant Martí-Nord (Barcelona) y del Equipo de Prevención en Salud Mental y Atención Precoz a los Pacientes en Riesgo de Psicosis (EAPPP, de la Atención Primaria de Salud de Barcelona).

Exmédico de cabecera del Institut Català de la Salut, habilitado específicamente para ejercer como médico de medicina general en los Servicios Nacionales de Salud de la Unión Europea.

Profesor de la Universitat Ramon Llull (Barcelona).

Correspondencia: Jorge L. Tizón (jtizong@gmail.com)

Recibido: 06/05/2019; aceptado con modificaciones: 11/09/2019

Resumen: Los grupos Balint, tardíamente reconocidos por las especialidades médicas en nuestro país, significaron una importante aportación para la formación y la formación continuada del personal sanitario y, a mi entender, del personal de todos los servicios asistenciales. Pero son solo una aportación para un modelo asistencial: el modelo basado en la asistencia pública, la solidaridad, el comunitarismo y la atención integral. En ese sentido, las ideologías, políticas y economías neoliberales en el ámbito asistencial proponen

¹ Este trabajo toma algunos textos de trabajos anteriores del autor, citados en el texto y en la bibliografía.

otro modelo de asistencia y de formación (¿o deformación?) de los médicos y del personal asistencial. Su progresivo avance es una de las explicaciones fundamentales del declive en el uso de procedimientos de formación integral, formación continuada y formación para la *reparatividad*. Precisamente, esos eran los objetivos básicos de los grupos Balint y de los grupos de reflexión, los que los llevaron a ocupar un lugar relevante durante los años ochenta y noventa del siglo XX en la formación de los especialistas de medicina de familia y comunitaria en numerosos países del "primer y segundo mundos". En este trabajo se realiza una breve descripción de la difusión y extensión de los grupos "tipo Balint" tanto a nivel nacional como internacional. Apoyándome en otros trabajos anteriores sobre el tema, se apuntan algunas de sus variantes y aplicaciones. Mi perspectiva actual es que los grupos de reflexión, como sistemas de formación y contención del personal comunitario, siguen siendo una técnica o sistema que podría ayudar de forma importante a lograr esos objetivos. Sin embargo, están siendo progresivamente arrinconados en los sistemas de formación occidentales con el silencio cómplice de numerosos administradores y docentes sanitarios, psicoanalistas incluidos.

Palabras clave: grupos, formación en salud mental, grupos Balint, grupos de reflexión, psicossomática, psiquiatría de enlace, relación médico-paciente.

Abstract: Balint groups, belatedly recognized by medical specialties in our country, meant an important contribution to the training and continuing education of health personnel, and, in my opinion, of personnel across all healthcare services. However, they are only a part of a welfare model: the model based on public assistance, solidarity, communitarianism, and comprehensive care. In this regard, neoliberal ideologies, policies and economies in care settings propose another model of assistance and "formation" (or deformation?) of doctors and health care personnel. Its progressive advance is one of the fundamental explanations for the decline in the use of comprehensive training procedures, ongoing training, and training for reparation. Precisely, these were the basic objectives of Balint and reflection groups, which led them to play a relevant part in the training of family and community medicine specialists in many first and second world countries during the eighties and nineties of the twentieth century. In this paper a brief description of the diffusion and extension of Balint-type groups is made, both nationally and internationally. Drawing on other previous works on the subject, some of their variants and applications are pointed out. My current perspective is that reflection groups, as systems of containment and training of care and community personnel, continue to be a technique or system that could provide important support for these objectives. However, they are being progressively cornered in Western training systems with the complicit silence of many health administrators and teachers, including psychoanalysts.

Key words: groups, mental health training, Balint groups, reflection groups, psychosomatics, liaison psychiatry, doctor-patient relationship.

INTRODUCCIÓN

DESDE LA MÁS REMOTA ANTIGÜEDAD es conocida la importancia de los componentes psicológicos, emocionales y cognitivos que influyen en la práctica médica y, en general, asistencial. Ese valor de las “ayudas psicológicas” puestas en marcha por el médico, el personal de enfermería u otros profesionales sanitarios fue resaltado ya por el mismo Freud (1,2), por médicos contemporáneos suyos, como Groddeck, o por todas las líneas de investigación en medicina psicosomática. Más tarde, la necesidad de una formación psicológica (psicoterapéutica) del personal sanitario fue poniéndose cada vez más de relieve; sobre todo, con la percepción de la complejidad de los problemas que presentan los “pacientes funcionales” en la asistencia sanitaria pública contemporánea (3-14). También, con la percepción de las dificultades por parte de los médicos para la conducción de las entrevistas (4, 15-20). Por último, no hay que olvidar que la pragmática de los componentes psicológicos de la práctica sanitaria puede proporcionar no solo mejoras en la asistencia, sino también cambios psicológicos y somáticos duraderos en los pacientes, en los grupos poblacionales... y en los familiares de los pacientes (acción de “prevención primaria”) (21-23).

De ahí la importancia de los componentes psicológicos (o relacionales) de la práctica sanitaria. Y digámoslo abiertamente desde ya: hoy se sabe que la desatención de esos componentes relacionales (o emocionales) de la asistencia está provocando enormes sufrimientos y despilfarros, tanto en los consultantes como en el personal y las organizaciones sanitarias (11-13, 22-27). Sin embargo, la orientación neoliberal de la asistencia sanitaria, y, en general, de todos los campos asistenciales y sociales, está conllevando una marginación activa de esos componentes relacionales y emocionales, a pesar de que son componentes básicos para la eficacia y eficiencia de tales organizaciones asistenciales. Como exponente, con pretextos ora económico-políticos, ora supuestamente técnicos, los recortes presupuestarios neoliberales siguen aplicándose predominantemente en las actividades preventivas y en las actividades formativas, en particular, si la formación es en componentes relacionales de la asistencia y no en metodologías biocomerciales. Ello no obsta para que dirigentes políticos y administrativos sigan realizando declaraciones, casi siempre retóricas, acerca de la importancia de esas ayudas psicológicas en la práctica médica y acerca de la necesidad de realizar una asistencia “integral”, “globalizadora”, “biopsicosocial”, “humana”, etc., etc., etc. Por eso es relativamente frecuente el caso de prohombres de la investigación o de la administración sanitaria que, cuando, por desgracia, les toca visitar hospitales “de alta tecnología” como pacientes o familiares de pacientes, cambian totalmente su discurso, su orientación y, en algunos casos, hasta su práctica (28-31).

Hace ya más de sesenta años de los primeros seminarios con médicos de los esposos Balint. Pero incluso en nuestra cultura tecnológica, poco dada a determina-

dos replanteamientos, ya desde antes, al menos desde los trabajos pioneros de Freud, Groddeck, Ferenczi, Alexander, Frank, Dunbar, etc., se venían proponiendo y experimentando medidas con el fin de mejorar las capacidades (psico)terapéuticas de dichos profesionales (3,4,18,20,24). En esquema, tal línea de trabajo e investigación es un intento de respuesta a una pregunta elemental: ¿cómo mejorar las capacidades (psico)terapéuticas de los médicos y demás personal sanitario no especializado en psicoterapia? El lector informado puede comprobar que esta preocupación sigue vigente en todos los planes de mejora en la formación de los médicos clínicos de todos los países “desarrollados” y “en vías de desarrollo”. Se han propuesto múltiples sistemas y medios para ese objetivo, pero en estos trabajos abordaremos tan solo una vía o una técnica para mejorar esta visión integral de los profesionales asistenciales. Naturalmente, eso no significa que no conozcamos y valoremos otras que se han ido proponiendo, sino que, tanto por la limitación de nuestros conocimientos y prácticas como por el espacio disponible, nos centraremos en la descripción de una de ellas (4,5,17,20,24).

En nuestro medio, hoy por hoy, la medida dominante con respecto a los pacientes con problemas o conflictos psicológicos y/o problemas de comunicación con los profesionales consiste en derivarlos al psiquiatra, derivarlos al equipamiento de salud mental. Pero tradicionalmente esta tendencia se ha mostrado ineficaz. Y no solo por la escasez (al menos relativa) de dispositivos psiquiátricos y psicoterapéuticos, sino también por la escasa preparación de estos para tratar eficaz y eficientemente a esa pléthora de posibles pacientes: más del 25% de los consultantes de la atención primaria de salud (APS), o cerca del 100% de los “asegurados” si se tienen en cuenta la incidencia y prevalencia a lo largo de la vida.

A nivel institucional y organizativo, además, tal práctica está resultando asimismo sumamente negativa, ya que facilita la disociación entre lo somático y lo relacional. Se trata de una defensa personal y de la cultura médica dominante masivamente utilizada hoy en día. Algunas de sus consecuencias han sido señaladas e investigadas en numerosas ocasiones: medicalización creciente de las asistencias comunitarias, iatrogenia galopante, disociaciones entre los especialistas y los equipos de base, profesionalización ideológica de la vida cotidiana, medicalización del malestar emocional y relacional de la población, etc. (10, 23-27, 32-35).

En sentido contrario, hoy parece claro algo que el “movimiento Balint internacional” lleva defendiendo durante decenios, en este caso en abierta concordancia con la investigación empírica, tanto clínica como sociológica: que una vía más adecuada consistiría en que los diversos equipos y equipamientos comunitarios, comenzando por los sanitarios, dispusieran de capacidades psicoterapéuticas propias. En ese sentido, se ha propuesto y practicado repetidamente el sistema de cursos y seminarios de “reciclaje” sobre temas psiquiátricos para ese tipo de personal. Se trata de un sistema, aunque útil y necesario, del que no cabe esperar grandes rendimientos: si ante los pacientes somati-

zadores típicos, muchos de ellos cronificados por el propio sistema (la *cronificación medicalizada*: 32,33), el psiquiatra o el psicólogo habitual poco tiene que hacer de eficaz, el médico de cabecera reciclado en “mini-psiquiatra”, menos aún (salvo excepciones). Aunque ese tipo de reciclaje profesional parece necesario, no es con cursillos breves o ultrabreves como pueden disminuirse los efectos negativos de la especialización asistencial, que a menudo deforma la necesaria “disociación instrumental” en disociación extrema, con extrema desconsideración de lo emocional-relacional.

Con una gran capacidad de pensamiento divergente, replanteamiento reflexivo y capacidades de predicción, Michael y Enid Balint, junto con un grupo de generalistas británicos, ya hace más de sesenta años, comenzaron a investigar cómo se podían mejorar las capacidades psicoterapéuticas (en realidad, simplemente terapéuticas) de los propios médicos (8, 15-20). La mayoría de las vías que propusieron son el resultado de la sistematización de algunas aplicaciones del psicoanálisis, tales como las psicoterapias breves y las psicoterapias focales, pero de un psicoanálisis concreto, el derivado de la “escuela húngara” de psicoanálisis (21,36), y de un psicoanálisis estrechamente conectado con los resultados de la clínica sanitaria y psicológica en los sistemas comunitarios de salud y salud (mental). Así, a lo largo del tiempo fueron proponiendo vías y técnicas para un replanteamiento del tema: primero se centraron en la posibilidad de generalizar la *entrevista prolongada* (y bajo cita) en la práctica sanitaria, popularizada, por ejemplo, en una obra básica y clásica, aún de lectura obligada, *El médico, el paciente y la enfermedad* (17). Pronto observaron que, a menudo, estas entrevistas prolongadas solían dar pie a la necesidad de realización de una psicoterapia breve posterior a cargo del propio médico, supervisado por un psicoanalista o psicoterapeuta experimentado, o bien una terapia psicológica a cargo de un especialista en psicoterapia (20,21).

Más tarde, como Balint y sus colaboradores estaban desarrollando al tiempo la técnica de la psicoterapia focal (17, 19, 21, 36), pensaron que tal orientación de la psicoterapia (focal y breve) era una condición necesaria para la realización de ayudas psicológicas en la práctica médica o sanitaria.

Sin embargo, tanto los “reciclajes en psiquiatría” como esas dos técnicas de los equipos Balint, con resultar útiles y haberse extendido de forma importante en algunos países (37-45), poseen una serie de problemas intrínsecos que podemos resumir como sigue (20, 43):

- a. No encajan demasiado en el encuadre externo (e incluso interno) de los médicos que trabajan en un servicio nacional de salud o similares (34,35,39,40,45).
- b. Entre otras razones, porque falta tiempo para que los médicos y enfermeras de los sistemas públicos, incluso nordeuropeos, puedan realizar ni tan siquiera técnicas que consumen un tiempo tan reducido (45-50). No olvidemos, por ejemplo, que la media de tiempo dedicado hace años a cada

paciente por los médicos del National Health Service (NHS) británico era de seis minutos por paciente (18,20), media no alcanzada aún en España y que, a juzgar por todos los indicios, ha disminuido en los últimos años, tanto en nuestro país como en el Reino Unido.

Por todo ello, en los años siguientes, los Balint, sus diversos equipos y las sociedades adheridas a la Federación Balint Internacional se dedicaron a extender una aplicación técnica de sus investigaciones empíricas y clínicas anteriores: el *flash*. En otros lugares he intentado describir, revisar y sistematizar lo que he preferido llamar las “técnicas del *flash* (psicológico)” (41, 42, 44, 51-55). Nuestra idea era orientarlas hacia la técnica más general (no tan solo sanitaria) de los procesos de *flash* psicológico o de “recontextualización” hacia lo psicológico. En definitiva, se trata de disponer, en la consulta sanitaria habitual, de un conjunto de cuidados de encuadre interno y encuadre externo con el fin de que, en algún momento de las relaciones esencialmente diacrónicas sanitario-paciente, pueda surgir “un destello” de comprensión *mutua* y una disposición por parte del profesional para profundizar en lo psicológico: ese es el momento del *flash*.

Lo que los Balint llamaban el *flash* es, desde nuestra perspectiva, un momento de empatía profesional-consultante basado: 1) en las emociones vinculatorias de ambos (sistemas emocionales como la indagación, el apego, la tristeza, el placer...); 2) en la alianza terapéutica; y 3) en finos procesos inconscientes, transferenciales y contratransferenciales, vehiculizados sobre todo a través de la “identificación proyectiva comunicativa”. Para ello hay que crear y mantener un encuadre o marco profesional que pueda aumentar la disponibilidad (emocional) del técnico en cada entrevista y que haga entender al consultante que la comunicación emocional forma parte de la consulta y puede ser recogida como tal.

Hoy creo que, salvo excepciones, para la utilización de esa técnica es (casi) imprescindible que el profesional sanitario pueda asistir, correlativamente, a algún tipo de grupo o seminario de reflexión (o a un grupo Balint) paralelo en el que pueda comunicar, discutir y corregir sus percepciones y experiencias. El objetivo fundamental es evitar los riesgos de colusión (y colisión) con los aspectos patológicos del consultante-paciente, algo sumamente frecuente en la atención sanitaria contemporánea (13, 16-22, 28).

La extensión de tales disposiciones para la ayuda psicoterapéutica dentro de la asistencia sanitaria, complementadas con el uso cada vez más amplio de recursos psicoterapéuticos de tipo conductual y cognitivo-conductual por parte del personal de enfermería y sanitario en general (4, 24, 45-49), ha dado lugar a toda una reconceptualización de la práctica sanitaria, y en especial de la APS (48-50, 56). La primera versión de esa reformulación de la asistencia sanitaria fue llamada por Balint “medicina centrada en el paciente”. Bajo nuevas perspectivas, y para la realidad de la moderna APS, he

preferido llamarla “asistencia sanitaria centrada en el consultante (como miembro de la comunidad)”, modelo o submodelo de la práctica sanitaria con amplios puntos de contacto con otros relacionados con el modelo biopsicosocial (46-49) y que he intentado fundamentar, sistematizar y describir en trabajos anteriores (28, 50).

UN RECORDATORIO DE LA HISTORIA DE LOS GRUPOS BALINT

Como es conocido, los primeros de tales grupos fueron coordinados por los propios esposos Balint desde 1950 a 1970, año de la muerte de Michael Balint. Su esposa, Enid Balint, originariamente asistente social, psicoanalista de la British Psychoanalytical Society durante más de cuatro décadas, prosiguió ese trabajo, apoyada desde el principio por el Tavistock Institute of Human Relations y por los miles de médicos de cabecera que en Gran Bretaña y en todo el mundo hemos participado en dichos grupos de discusión y/o están afiliados a la Federación Balint Internacional.

Han pasado más de cincuenta años desde las primeras publicaciones sobre los grupos Balint y “tipo Balint” en nuestros medios (51-57). Sin embargo, esa práctica grupal y sanitaria comenzó a realizarse muy tempranamente en nuestro país: los primeros grupos Balint, según mis datos, fueron coordinados por la primera generación de psicoanalistas formados en Catalunya. En concreto, por los doctores Josep Beà, Pere Bofill, Pere Folch y Luis Martínez-Feduchi, en los años sesenta y setenta del pasado siglo. 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 descriptivos (52-54, 58-70), así como los primeros estudios empíricos sobre los grupos Balint. En ese sentido, no hay que olvidar que ya el propio Balint y los médicos generalistas (GPs, por sus siglas en inglés *General Practitioners*) que trabajaron con él estaban interesados en la investigación empírica (18-20).

Lo que hemos llamado “movimiento Balint internacional” ha llegado a desarrollarse en al menos cuatro continentes (37, 58-69). Hoy parece que estamos asistiendo a un cierto declive, en buena medida provocado por las privatizaciones neoliberales más o menos abiertas o encubiertas², así como por la predominancia en

² Privatizaciones que, a menudo, comienzan con recortes de la asistencia pública para luego “demostrar” que esta necesita ser complementada, privatizada o externalizada más o menos directamente. De ahí el término “recortes-estafa” que a menudo hemos aplicado a esos recortes presupuestarios para la asistencia pública: sin decirlo abiertamente, se promociona la privatización más o menos generalizada, la conversión de los servicios sociales, educativos y sanitarios en negocios cortoplacistas neoliberales. Para ello, se “recortan” los logros (y se olvidan los esfuerzos) de más de cien años de las clases populares para conseguir esos servicios. Pero son estafa también porque, para conseguir esos avances, fueron imprescindibles los esfuerzos, a menudo voluntarios y no remunerados, con enormes sacrificios personales, por parte de muchos de sus principales actores y pioneros, una obra que alguna vez habrá que recordar y contabilizar en vez de ningunear.

la asistencia sanitaria del paradigma biocomercial. Sin embargo, siguen existiendo decenas de sociedades Balint nacionales, en especial, en los países tecnológicamente desarrollados: una búsqueda del término “grupos Balint” con el buscador Google proporcionaba, en noviembre del 2018, 733.000 entradas en inglés y 53.100 citas en español. En el Google Académico, 17.000 en inglés y 4.520 en español, con 68.200 en todos los idiomas.

Los así llamados “grupos Balint” llegaron a ser un componente frecuente de los programas de formación de médicos (en especial, médicos generalistas y de familia) en gran parte de los países tecnológicamente desarrollados, pero también de 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... (37, 38, 58-70). En los Estados Unidos, por ejemplo, la mitad de los programas de residencia de medicina familiar que respondieron a una investigación exploratoria usaban dichas técnicas en su programa de formación, y el 65% las requería (58,59). En el mismo sentido de popularidad, siguiendo la enorme difusión que ha llegado a alcanzar el volumen seminal de Michael Balint (17), algunos otros libros sobre el tema han llegado a alcanzar más de 6 ediciones en castellano y alguna otra en diversos idiomas (14, 26).

Pero el mundo, la medicina e incluso el psicoanálisis han evolucionado de forma acelerada en esos sesenta años de los que venimos hablando. Por eso, desde el desarrollo e implantación de los grupos Balint, y, en general, de las orientaciones sobre la relación médico-paciente provenientes del psicoanálisis, se han extendido toda una serie de diversificaciones tanto de esa orientación de la asistencia como de la propia técnica de los grupos. Como decíamos, desde la “medicina centrada en el paciente” se ha ido evolucionando hacia orientaciones más ambiciosas, “contextualizadas” y/o adaptadas a las necesidades, tales como la “medicina centrada en el consultante”, la “atención sanitaria centrada en el consultante en tanto que miembro de la comunidad” (14, 38, 42, 47-49, 67), la difusión de programas del tipo “comunicación y salud”, las orientaciones del tipo “experiencia del enfermar”, de los “cuidados del cuidador”, etc. En ese mismo sentido, la propuesta *balintniana* de los grupos para ayudar al personal sanitario se ha diversificado para diversos encuadres, culturas, instituciones sanitarias, formaciones sociales...

En particular, el paso desde la práctica individual de los médicos generalistas de los primeros grupos de Michael Balint a la práctica en grupo y la orientación biopsicosocial y de APS de los modernos médicos generalistas o de familia ha supuesto cambios notables en la organización y sistemática de dichos grupos. En consecuencia, los objetivos de algunos grupos “tipo Balint” han sufrido ciertas variaciones sobre los objetivos iniciales propuestos por Balint y los fundadores de la técnica.

A pesar de todos esos cambios, tanto teóricos como técnicos, parece que sigue existiendo 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 los mismos:

- 1) El intento activo de crear un clima de contención, confianza, esperanza y comunicación mutua en el grupo, por un lado;
- 2) La atención específica a las emociones del profesional –específica, pero no siempre explícita o directa–, por otro.

En ese sentido, 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 secular empeño de realizar una atención holística, globalizadora, integrativa o biopsicosocial de los consultantes y sus familias.

GRUPOS “TIPO BALINT” Y GRUPOS DE REFLEXIÓN SOBRE LOS COMPONENTES RELACIONALES DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

Podemos, pues, definir los grupos “tipo Balint” y los grupos de reflexión como grupos de trabajo focalizados en las relaciones asistenciales y, particularmente, en las relaciones asistenciales que se han mostrado problemáticas para el profesional. En ese sentido, los objetivos de estos grupos formativos son, en último término, psicoterapéuticos o, al menos, de sensibilización o contención emocional. Perfilando textos anteriores, resumiría como sigue los objetivos explícitos (Tabla 1) y una serie de características de tales grupos (38-43, 67-71):

1. Ayudar a percibir algunos de los componentes psicológicos que entraña toda relación profesional-consultante o profesional-usuario, tanto por parte del consultante o usuario 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 y el bienestar de ambos (a nivel biopsicosocial).
3. Facilitar, pues, la atención hacia las propias capacidades de mentalización y empatía del consultado y de mentalización por parte del consultante (72, 73).
4. Ayudar a que el profesional pueda identificar y tener en cuenta alguno de los problemas o conflictos personales de sus consultantes, o, al menos, la modalidad u organización de la relación que los hace conflictivos y/o interfieren la asistencia.

5. Ayudar a que el profesional pueda identificar y tener en cuenta alguno de los problemas o conflictos personales propios (o del equipo) que interfieren la práctica asistencial con el fin de mejorar la contención de los profesionales y los equipos.
6. Sensibilizar a los profesionales sobre la importancia que los elementos anteriores poseen para el bienestar personal y profesional en la práctica (43, 71).
7. Aportar esos y otros elementos de formación psicológica y psicosocial a los profesionales participantes del grupo.
8. Favorecer procesos adecuados de derivación del usuario hacia otro tipo de ayudas psicoterapéuticas y, en general, a los servicios comunitarios adecuados.

Con esos objetivos concretos, hemos participado en grupos de trabajo focales “tipo Balint” con médicos de APS, enfermeras/os, médicos de otras especialidades, MIR de Familia, médicos en riesgo de desgaste profesional (*burnout*) (43,71), con trabajadoras sociales, psicólogos, psiquiatras de la infancia, grupos interdisciplinarios en salud mental y psicoterapeutas; pero también con trabajadores de guarderías, equipos de pediatría, equipos psicopedagógicos, equipos de atención a menores tutelados, escuelas especiales... A nivel más institucional, en grupos realizados en Escuelas de Trabajo Social, servicios de pediatría, servicios psicopedagógicos, servicios sociales y servicios de bienestar social, equipos del Departamento de Justicia de la Generalitat de Catalunya (funcionarios de prisiones, del Cuerpo Técnico de Justicia y funcionarios de Justicia...). También han sido y siguen siendo experiencias en esa línea las realizadas con grupos de sensibilización, discusión de casos y supervisión (en realidad, *reflexión conjunta*) interdisciplinarios e interparadigmáticos en equipos de salud mental, atención primaria de salud o trabajo social en Catalunya, Andalucía, Asturias, Canarias...

En esos tipos de grupos he participado personalmente, por lo que los cito aquí como ilustración. Si tuviéramos en cuenta la experiencia sobre el tema de otros compañeros y organizaciones, el elenco (el campo de aplicación) se haría interminable. Para resumirlo, diríamos que, incluso en nuestro país, hemos practicado con grupos Balint probablemente en todos los servicios comunitarios, biopsicosociales, y en otros muchos servicios e instituciones de la organización social.

Una perspectiva algo más teórica de los objetivos de tales grupos, al menos desde mi particular ángulo de visión, es la que he explicitado en otros trabajos anteriores. Por motivos de espacio, no voy a incluir aquí esa perspectiva, remitiendo al lector a dichos trabajos, cuyo resumen intento transmitir en la Tabla 1.

Como he recordado en el capítulo antecitado (39), esa pragmática de grupo focal se basa, pues, en una metodología que parte de los informes verbales espontá-

neos realizados por los participantes –normalmente, entre seis y doce profesionales asistenciales–. Esos informes han de ser lo más amplios y detallados que se pueda, procurando no marginar o disociar los aspectos más anecdóticos de la relación asistencial ni, por supuesto, los aspectos y exploraciones biológicas. Sobre ese conjunto se realiza la discusión libre, coordinada por un psicoanalista (en otros modelos, por otro tipo de especialistas), con las diferencias propias de sus características personales y experiencia, así como de la corriente teórica y técnica a la que se adscriba. La sesión entera se organiza externamente como un grupo de trabajo focalizado. También, a nivel implícito, se intenta cuidar en las sesiones una auténtica dinámica de grupo basándose en el intercambio de opiniones, los períodos de confusión y “funcionamiento en supuesto básico” y los señalamientos e interpretaciones de pautas relacionales. Es decir, desde mi perspectiva, el intento explícito es que el grupo funcione según los fundamentos que Bion (74-76) llamaría “grupo de trabajo”. En el mismo sentido, otro intento explícito será evitar que al grupo lo dominen los diversos tipos de *supuestos básicos o primitivos* (dependencia, ataque-fuga, esperanza mesiánica, etc.), así como favorecer en su desarrollo las funciones introyectivas de sentimientos tales como la empatía-solidaridad, la esperanza, la confianza y la contención (75-83); es decir, la mentalización (72).

En ese sentido, el grupo, y el profesional concreto que presenta, han podido rescatar en ocasiones elementos de solidaridad, de acogimiento del otro, en casos tan extremos como el de una prostituta con SIDA avanzado que seguía ejerciendo su trabajo habitual –y, por lo tanto, contagiando a decenas de personas–. Tras la revisión en el grupo, la doctora se sintió capaz de replantear junto con la paciente la situación familiar, lo cual llevó a la interrupción del abuso de drogas y, con ello, a la suspensión de las prácticas mediante las cuales obtenía los medios económicos para tal consumo. Hoy esta paciente ya ha muerto, pero los últimos meses de su vida fueron tal vez los más cuidadosos y organizados de sus últimos años: fue capaz de reconciliarse con su familia, ser cuidada por ellos y preparar, hasta donde pudo, el futuro de su hijo.

La propia práctica de la APS, su modelo de trabajo en equipo, su orientación multiprofesional... nos impulsaron hace decenios a desarrollar la modificación técnica que primero llamamos grupos “tipo Balint” y después, grupos de reflexión “tipo Balint” (52-55). En otros encuadres y latitudes, replanteamientos similares han dado lugar a otras numerosas variaciones técnicas: mayor o menor atención a perspectivas psicoanalíticas o cognitivas, sistemas mixtos, grupos focales u operativos sobre temas concretos, grupos de sensibilización... (37, 58-60, 66, 79-85). Eso ha implicado una serie de discusiones sobre varios de tales aspectos técnicos: el papel del coordinador o líder; el tipo y 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 de las técnicas grupales en la propia conducción del grupo; 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; el uso de la contratransferencia del profesional para los señalamientos e interpretaciones, etc.

El objetivo fundamental es que el grupo logre promover la esperanza, confianza, solidaridad y contención de una parte sustancial de sus componentes. Como sabemos por influencia de Bion y Meltzer, ello estimulará sus capacidades introyectivas, sus capacidades de atención emocional, relacional, sus capacidades de mentalización (72,73) y, por lo tanto, de aprendizaje: se amplía la capacidad de pensar (teniendo en cuenta las emociones) en la mayoría de sus miembros.

El grupo se constituye así en una especie de “continente para el pensamiento”, al menos durante las sesiones –aunque después los avatares internos o externos lleven a que en el profesional individual y/o en el equipo vuelvan a predominar las funciones emocionales proyectivas–. En el ámbito sanitario, el grupo puede constituir, pues, una ayuda fundamental para la relación profesional-consultante y para la adecuación de la prevención, tanto primaria como cuaternaria (86). Por eso, ese tipo de grupos, al menos en nuestro país, ha sido más solicitado entre profesionales que trabajan en medios extremos o marginales. Dos ejemplos paradigmáticos tomados de nuestra propia experiencia: el grupo “tipo Balint” de más larga duración que se ha presentado en la literatura científica ha sido el grupo de reflexión del Centro de Atención Primaria de “La Mina”, en Barcelona, con 17 ediciones del grupo y al que asistieron a lo largo de los años 102 profesionales diferentes (39); el segundo ejemplo paradigmático son los grupos de reflexión realizados con funcionarios de prisiones y cuerpos técnicos de Justicia de la Generalitat de Catalunya en los años 1987-1993.

LOS GRUPOS DE REFLEXIÓN (SOBRE LOS COMPONENTES RELACIONALES DE LA ASISTENCIA) EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

A mi entender, aún falta mucho por aclarar, investigar, coordinar y acordar para la potenciación del uso de tales sistemas “asistencial-docentes”. En no pocas ocasiones, han sido errores técnicos o de planteamiento por parte de los coordinadores de estos grupos los que han impedido su consolidación o difusión. Entre esas dificultades, quisiera destacar aquí al menos las tres más frecuentes, asunto que he ampliado en otras publicaciones (38-43, 67-71): su confusión con grupos docentes y grupos psicoeducativos, su confusión con grupos psicoterapéuticos y la utilización “silvestre” de la contratransferencia de los profesionales (y/o del propio

coordinador) en los señalamientos e interpretaciones grupales. Se trata de tres tipos de cuestiones que han sido tratadas en numerosas ocasiones por buena parte de los teóricos e investigadores de las técnicas grupales de inspiración psicoanalítica (87-94).

En consecuencia, las posibilidades técnicas, teóricas y epistemológicas del tipo de planteamientos de los que venimos hablando distan mucho de haber sido suficientemente desarrolladas o aprovechadas hoy en día, incluso por los terapeutas de orientación similar a la de Balint o Bion. Por ejemplo, están por investigarse aún cuáles son las mejores vías para alcanzar esa situación de grupo de trabajo, aunque hoy ya parezca bastante dudoso que se vaya a alcanzar a través de vías directamente derivadas de las teorías y técnicas del psicoanálisis individual: más bien resulta evidente que se precisan adaptaciones y correcciones basadas en las técnicas grupales (69, 83-94). Entre otras cosas, porque, si se tienen en cuenta la focalización, las limitaciones temporales y, en general, de encuadre de este tipo de grupos, difícilmente se podrá contar con la intensidad espacio-temporal y vivencial de la psicoterapia psicoanalítica de grupo. Pero, ¿existen o no posibilidades para producir lo que Balint (17, 20) llamó “limitados pero apreciables cambios” en los participantes a través del funcionamiento grupal o por la actuación directa del grupo sobre los asistentes? ¿Cuáles son los resultados que pueden producir este tipo de grupos, tanto a nivel asistencial como de cambios personales en los participantes? Se trata de investigaciones que, como hemos dicho, vienen desarrollándose desde hace decenios (18, 20, 39, 64, 65, 79, 80, 95-101).

Por otro lado, a ese nivel de replanteamiento y heurístico, hay que tener en cuenta que hoy por hoy los centros de atención primaria o centros de salud y, en general, los equipamientos comunitarios son lugares privilegiados de colaboración entre la medicina o asistencia “de base” y los equipos de salud mental. O lo que, en términos más delimitadores, se ha llamado “psiquiatría de enlace” o “de apoyo a la primaria”. Pero la práctica de grupos dirigidos al personal asistencial en este tipo de dispositivos ha ido imponiendo una serie de diferencias técnicas con respecto a los grupos de discusión sobre los problemas psicológicos de la práctica médica o grupos Balint. Tanto a causa de los cambios asistenciales como por las diferencias teóricas y técnicas con respecto al marco psicoanalítico que apoyaba la inicial experiencia Balint –marco teórico de más de setenta años de antigüedad–, hemos debido ir desarrollando una serie de modificaciones técnicas de cierta importancia que describía en el capítulo antes citado (39) y que aquí tan solo voy a enumerar (Tablas 2 y 3).

- 1) Imposibilidad práctica de realizar la preselección de candidatos. Primero, por razones organizativas; segundo, por la escasez de oferta de grupos en relación con la demanda; tercero, a nivel más general, porque eso puede

impedir que los profesionales más necesitados se apunten realmente a la experiencia (43).

- 2) Dominancia, dentro de la perspectiva psicoanalítica de estos grupos, del marco de referencia psicoanalítico *kleiniano* y *postkleiniano* (Tablas 3 y 4). En la práctica, eso significa partir de la dinámica diferenciada de las diversas partes de la personalidad (102, 103) y del “mundo interno” (55-57, 104-106); estar muy atento a procesos defensivo-comunicativos, tales como la identificación proyectiva y la desidentificación mediante la proyección, a la existencia de funcionamientos psicóticos de la personalidad en todo consultante y en todo profesional; la atención prioritaria a los procesos de duelo (44, 107, 108); la atención centrada en la relación más que en la “enfermedad mental” y/o los “trastornos de personalidad”; el apoyo directo en una perspectiva relacional de la psicopatología, más que en perspectivas biocomerciales y/o instintivistas (108), etc.
- 3) Atención implícita a la contratransferencia del profesional, aunque en el grupo se verbalice en contadas ocasiones: esa atención global resulta fundamental dada la dificultad de captar la transferencia de cada miembro con respecto al coordinador y el peligro de producir sufrimientos psicológicos a los profesionales participantes. Para todo ello, repito que creo importante una cierta formación y experiencia en coordinación de grupos y, gracias a ella, la valoración –interna al coordinador– de la situación de los *supuestos básicos* en el grupo.
- 4) Los grupos Balint clásicos tendían a estar formados por profesionales que actuaban en solitario o en equipos diferentes. Sin embargo, en la atención primaria de salud a menudo hemos formado grupos en los cuales la mayoría de los miembros pertenecen a un mismo centro o equipo. Ello supone una mayor complejidad vivencial y técnica, pues las dificultades y experiencias del grupo interactúan con las derivadas de la vida cotidiana de los equipos; equipos que actúan en un medio tan contaminado por ansiedades persecutorias y confusionales primitivas como son las instituciones asistenciales públicas –tan presionadas/contaminadas, por tanto, a funcionar como “grupos de supuesto básico” más que como “grupos de trabajo”. De entrada, un factor importante a tener en cuenta es la jerarquía laboral de los diversos participantes del grupo: médicos y enfermeras, personal de plantilla y MIR, docentes y no docentes, etc. Por ejemplo, si el grupo está compuesto únicamente por médicos en formación, se favorece una escisión de los problemas institucionales –y una cosa es escindir los problemas y otra muy diferente contenerse para no actuar precipitadamente ante ellos–. La posibilidad contraria es la dinámica del “grupo de hermanos que se que-

ja de unos padres deficientes”, que puede tender a introducirse subrepticamente en la vida grupal, una expresión directa del funcionamiento grupal en “supuesto básico de ataque-fuga” y/o “dependencia”.

- 5) Una última dificultad (o factor de enriquecimiento, según cómo se viva y elabore en las sesiones concretas) es el hecho de que en la mayoría de los grupos de este tipo en los que he participado en los últimos años, junto con una mayoría de médicos (o enfermeras), existían casi siempre personas pertenecientes a otras profesiones y actividades: trabajadoras sociales, psiquiatras, personal de atención al usuario... Cada uno de ellos con diferencias ya no solo personales, sino de formación, de tarea dentro del equipo, de captación de la realidad del consultante o usuario...

Para terminar esta breve introducción al tema, hemos pensado incluir dos perspectivas clínicas narrativas de este tipo de grupos: una sesión transcrita lo más completamente posible y un listado de los temas tratados en uno de esos grupos de reflexión “tipo Balint”. Por motivos editoriales, lo haremos en un trabajo separado, publicado en el próximo número de esta revista.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Freud S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En: Obras Completas, XII. Buenos Aires: Amorrortu, 1978; pp 107-20.
- (2) Freud S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento (en Trabajos sobre técnica psicoanalítica). En: Obras Completas, XII. Buenos Aires: Amorrortu, 1978; pp. 125-44.
- (3) Froelich RE, Bishop M. Clinical interviewing skills. Saint Louis: Saunders/The Mosby Company, 1977.
- (4) Borrell F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: DOYMA, 1989.
- (5) Borrell F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)* 2002;119(5):175-9.
- (6) Tizón JL. Los costes sociales de una errónea concepción de la asistencia sanitaria ambulatoria. Una perspectiva. *Med Clin (Barc)* 1977;69: 82-9.
- (7) Tizón JL. La medicalización de los “pacientes funcionales”: magnitud de un despilfarro. En: Libro de Contribuciones Oficiales a la XVI Reunión de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Granada: SEP, 1978; pp. 55-71.
- (8) Tizón JL. La obra de Michael y Enid Balint. *Informaciones Psiquiátricas* 1980; 78(1): 64-5.
- (9) Tizón JL. Nueve tesis sobre la organización de unos dispositivos comunitarios de la salud mental. *Revista Mensual/Monthly Review*, 1981;4: 39-55.
- (10) Tizón JL. Aproximación al análisis de la demanda en las consultas de Neuropsiquiatría de Zona del INSALUD: la psiquiatría para inmigrantes asalariados en las zonas industrializadas del Estado español. *Psiquis*, 1984; 4: 23-33.

- (11) Tizón JL. Psicosis, contención y esperanza: las funciones emocionales del equipo en el tratamiento de pacientes graves. *Informaciones Psiquiátricas* 1992; 129(3): 593-616.
- (12) Tizón JL. Una propuesta de conceptualización de las técnicas de psicoterapia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 1992; 43: 283-95.
- (13) Tizón JL. *Salud mental en atención primaria y atención primaria a la salud mental.* Barcelona: DOYMA, 1992.
- (14) Tizón JL. *Componentes psicológicos de la práctica médica: una perspectiva desde la Atención Primaria (6ª edición).* Barcelona: Bibl'ria, 2000.
- (15) Tizón JL *Apuntes para una psicología basada en la relación (6ª edición, corregida y revisada).* Barcelona: Hogar del Libro, 1989.
- (16) Tizón JL. El pediatra, la salud mental y los equipos de salud mental. En: Sasot J, Moraga FA (eds.). *Psicopediatría en atención primaria.* Barcelona: Prous Science, 1999; pp. 83-101.
- (17) Balint M. *El médico, el paciente y la enfermedad.* Buenos Aires: Libros Básicos, 1960.
- (18) Balint M, Balint E, Gossling R, Hildebrand P. *A study of doctors.* Londres: Tavistock, 2001.
- (19) Balint M. *La falta básica.* Buenos Aires: Paidós, 1968.
- (20) Balint E, Norell JS. (Comps.) *Seis minutos para el paciente.* Buenos Aires: Paidós, 1979.
- (21) Balint M, Ornstein PH, Balint E. *La psicoterapia focal.* Buenos Aires: Paidos, 1971.
- (22) Bernstein L. *Interviewing: a guide for health professionals.* Nueva York: Appleton Century Crofts, 1980.
- (23) Shonkoff J, Garner AS. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics* 2012; 129(1): 232-46.
- (24) Bayés R. Aportacions del conductisme a la salut mental comunitària. En: Jornades de Treball, "Salut Mental i Comunitat a Catalunya". Barcelona: Secció Col.legial de Psiquiatres (polic.), 1982.
- (25) Tizón JL. Los nuevos modelos asistenciales en medicina: una visión a partir de algunos de sus fundamentos psicológicos y epistemológicos. *Revisiones en Salud Pública* 1995;4: 57-83.
- (26) Tizón JL. *Apuntes para una psicología basada en la relación. (7ª edición).* Barcelona: Bibl'ria, 1999.
- (27) García de Vinuesa F, González H, Pérez M. *Volviendo a la normalidad: La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil.* Madrid: Alianza, 2014.
- (28) Tizón JL. *Apuntes para una psicopatología basada en la relación: variaciones psicopatológicas (vol. 1).* Barcelona: Herder, 2018.
- (29) Borrell F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)* 2002; 119(5): 175-9.
- (30) Eisenberg L. The social construction of human brain. *Am J Psychiatry* 1995; 152(11): 1563-75.
- (31) Eisenberg L. Asistencia sanitaria con ánimo de lucro y relación médico-paciente. (¿Es el mercado compatible con la excelencia en medicina?). *Psiquiatría Pública* 2001;12: 9-19.

- (32) Galeote P, Tizón JL, Spagnolo E, Pellegrero N, Plans R. La cronificación del sufrimiento psicológico en la asistencia especializada ambulatoria de la Seguridad Social: una perspectiva desde la Neuropsiquiatría de Zona. *Psiquis* 1986; 71: 35-58.
- (33) Tizón JL, Spagnolo E, Pellegrero N. La “cronificació medicalitzada” en les actuals consultes de Neuropsiquiatría de Zona: Resum d’una investigació. En: Llibre de la Ponència “El procés d’emmalaltir” del XII Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana (nov. 1984). Castelló de la Plana: Institut d’Estudis Catalans - Institució Alfons el Magnànim, 1984.
- (34) Martín Zurro A, Cano JF. Manual de atención primaria. Barcelona: DOYMA 1984-1999, 2014.
- (35) Stiles WB. Manual for a taxonomy of verbal response modes. Cape Hill: University of North Carolina, 1978.
- (36) Daurella N. Falta básica y relación terapéutica: La aportación de Michael Balint a la concepción relacional del psicoanálisis. Madrid: Agora Relacional, 2013.
- (37) Salinsky J. The Balint movement worldwide: present state and future outlook: a brief history of Balint around the world. *Am J Psychoanal.* 2002;62(4):327-35.
- (38) Tizón JL. Sobre el desarrollo de los Grupos Balint y el movimiento Balint internacional. En: Tizón JL, Clèries X, Daurella N. (compiladores) ¿Bioingeniería o medicina?: el futuro de la medicina y la formación de los médicos. Barcelona: Red Ediciones, 2012; pp. 285-315.
- (39) Tizón JL. Investigando sobre “grupos Balint” o “grupos de reflexión”: ¿una técnica tan solo docente? En: Tizón JL, Clèries X, Daurella N (compiladores). ¿Bioingeniería o medicina?: el futuro de la medicina y la formación de los médicos. Barcelona: Red Ediciones, 2012; 343-53.
- (40) Tizón JL. Dai gruppi Balint ai gruppi di riflessione sulle componenti relazionali del servizio sanitario. *Rivista di Psicoanalisi* 1997; 63,3: 431-60.
- (41) Tizón JL. ¿“Grupos Balint” o “grupos de reflexión” (sobre los componentes relacionales de la asistencia)? *Temas de Psicoanálisis* 1998; 3: 7-37.
- (42) Tizón JL. La atención primaria a la salud mental (APSM): Una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante. *Atención Primaria* 2000; 26(2): 111-9.
- (43) Tizón JL. Desgaste profesional y *burnout*: realidades, burbujas y oxímoros. En: Espino A (coordinador). Vida laboral, estrés y salud mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (Estudios), 2012; pp. 183-223.
- (44) Tizón JL. Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia. Barcelona: Herder, 2013.
- (45) Holmes J, Neighbour R, Tarrrier N, Hinselwood RD, Bolsover N. All you need is cognitive behaviour therapy? *BMJ* 2002; 324:288-94.
- (46) Borrell F. Competencia emocional del médico. *FMC* 2007;14(3):133-41.
- (47) Epstein RM, Borrell F. Hearing voices: patient centered care with diverse populations. *Patient Educ Couns.* 2002;48:1-3.
- (48) Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein R. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice and scientific inquiry. *Ann Fam Med* 2004; 2(6): 576-82.
- (49) Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Londres: Sage, 1995.

- (50) Tizón JL. Epistemology, politics, emotions and counter-transference: around “the biopsychosocial model 25 years later: principles, practice and scientific inquiry”. Electronic letter del 17 de marzo del 2005 en la discusión del trabajo Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein R. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice and Scientific Inquiry. *Ann Fam Med* 2004; 2(6): 576-82.
- (51) Tizón JL. Sobre los grupos Balint, el movimiento Balint y el cuidado de la relación médico-paciente. *Aten Primaria* 2005;36(8):453-5.
- (52) Tizón JL. Los “grupos de reflexión” en la atención primaria de salud. I. Su origen. *Aten Primaria* 1993;6: 309-14.
- (53) Tizón JL. Los “grupos de reflexión” en la atención primaria de salud. II. Algunos elementos teóricos y técnicos. *Aten Primaria* 1993; 7: 361-7.
- (54) Tizón JL. Una perspectiva de los grupos Balint: los grupos de reflexión. *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Madrid* 1993; 18: 37-63.
- (55) Tizón JL. Las psicoterapias psicoanalíticas breves y las “terapias de flash” (I y II). *Informaciones Psiquiátricas* 1994; 138: 358-68 y 369-92.
- (56) Freixas J. Algunos elementos psicosociales a menudo olvidados en la práctica del trabajo social en instituciones. En: Rossell MT, Tizón JL (comps.). *Salud mental y trabajo social*. Barcelona: Laia, 1983.
- (57) Pérez-Sánchez A. Los grupos de sensibilización en la formación de los profesionales de la salud mental. En: Rossell MT, Tizón JL (comps.). *Salud mental y trabajo social*. Barcelona: Laia, 1983.
- (58) 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(9):672-7.
- (59) Johnson AH, Nease DE Jr, Milberg LC, Addison RB. Essential characteristics of effective Balint group leadership. *Fam Med*. 2004;36(4):253-9.
- (60) Musham C, Brock CD. Family practice residents’ perspectives on Balint group training: in-depth interviews with frequent and infrequent attenders. *Fam Med*. 1994;26(6):382-6.
- (61) Sheingold LA. Balint seminar in the family practice residency setting. *J Fam Practice* 1980; 10(2): 267-70.
- (62) Guimón J. *Introduction aux thérapies de groupe: théories, technique et programmes*. París: Masson, 2001.
- (63) Luban-Plozza B. Empowerment techniques: from doctor-centered (Balint approach) to patient-centred discussion groups. *Patient Educ Couns* 1995;26(1-3): 257-63.
- (64) 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(4):253-9.
- (65) Rabinowitz S, Kushnir T, Ribak J. Preventing burnout: increasing professional self efficacy in primary care nurses in a Balint Group. *AAOHN J*. 1996;44(1):28-32.
- (66) Stein HF. Reframing Balint: thoughts on family medicine departmental Balint groups. *Fam Med*. 2003;35(4): 289-90.
- (67) Tizón JL, Clèries X, Daurella N. (compiladores) ¿Bioingeniería o medicina?: El futuro de la medicina y la formación de los médicos. Barcelona: Red Ediciones, 2012.

- (68) Tizón JL. Sobre Balint y los “grupos Balint”. Prólogo al libro de Neri Daurella: Falta básica y relación terapéutica: la aportación de Michael Balint a la concepción relacional del psicoanálisis. Madrid: Ágora Relacional, 2013.
- (69) Tizón JL, Recasens JM. Experiencias grupales en atención primaria de salud. En: Ávila A, García de la Hoz A (comps.). Aportaciones de la psicoterapia de grupo a la atención pública en salud mental. Madrid: Quipú Ediciones, 1994; pp 11-49.
- (70) Tizón JL, San José J, Nadal D. Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental. Barcelona: Herder, 1996, 2000.
- (71) Tizón JL, Gràcia P, Larripa A, Artigue J, Casajuana J. Preventive care for burnout: General practitioner pilot program in Barcelona. *Health*. 2013; 5:24-31.
- (72) Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other Press, 2002.
- (73) Debbané M, Salaminios G, Luyten P, Badoud D, Armando M, Solida Tozzi A, *et al*. Attachment, neurobiology, and mentalizing along the psychosis continuum. *Front Hum Neurosci*. 2016; 10: 406.
- (74) Bion WR. Group dynamics: a review. *Int J Psychoanal*. 1952;33: 235-47.
- (75) Bion WR. Attention and interpretation. Londres: Tavistock, 1970.
- (76) Bion WR. Experiencias en grupos. Buenos Aires: Paidós, 1959, 1972.
- (77) Menzies IEP, Jacques E. Los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad. Buenos Aires: Hormé, 1969.
- (78) Meltzer D, Harris M, Hayward B. El paper educatiu de la família. Barcelona: Espaxs, 1989.
- (79) Bacal HA. Balint groups: training or treatment? *Psychiatr Med*. 1972; 3: 373.
- (80) Bacal HA. Training in psychological medicine: an attempt to assess Tavistock Clinic Seminars. *Psychiat Med*. 1972; 2:13.
- (81) Anzieu D, Martin J-I. La dinámica de los grupos pequeños. Madrid: Biblioteca Nueva, 1997.
- (82) Willoughby R. Between the basic fault and second skin. *Int J Psychoanal*. 2004; 85(Pt 21):179-95.
- (83) Sklar J. Balint matters: psychosomatics and the art of assessment. London: Routledge, 2018.
- (84) Fernández-Liria A, Rodríguez-Vega B. Psicoterapias en la red comunitaria de atención a la salud mental. *Revista GPU* 2016; 12(4): 406-12.
- (85) Bolado T. Grupos DART: Experiencia con residentes en Alcalá de Henares. *Boletín AMSM* 2018;44:20-4.
- (86) Tizón JL. Psicopatología del poder: un ensayo sobre la perversión y la corrupción. Barcelona: Herder, 2015.
- (87) Foulkes SH. Manual de psicoterapia de grupo. México: FCE, 1969.
- (88) Grinberg L, Langer M, Rodríguez E. Psicoterapia de grupo. Buenos Aires: Paidós, 1961.
- (89) Grotzahn M. El arte y la técnica de la terapia grupal analítica. Buenos Aires: Paidós, 1979.
- (90) Guillem P, Lorén JA. Del diván al círculo. Madrid: Tecnipublicaciones, 1985.
- (91) Foulkes SH. Psicoterapia de grupo analítica. Barcelona: Gedisa, 1981.

- (92) Frank JD. Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicologías. En: Mahoney MJ, Freeman A (eds.). *Comunicación y psicoterapia*. Barcelona: Paidós, 1985; pp. 73-102.
- (93) Bloch S, Crouch E. *Therapeutic factors in group psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press, 1985.
- (94) Bloch-Thorsen G-R, Grønnestad T, Öxnevad AL. *Trabajo familiar y multifamiliar en las psicosis: una guía para profesionales*. Barcelona: Herder, 2010.
- (95) 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(3):155-63.
- (96) 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(6):502-9.
- (97) Guimón J, Zac S. (eds). *Challenges of psychoanalysis in the 21st century*. New York: Kluwer Academic / Plenun Books, 2001.
- (98) Andersson SJ, Lindberg G, Troein M. What shapes GPs' work with depressed patients? A qualitative interview study. *Fam Pract*. 2002;19(6):623-31.
- (99) Arillo Crespo A, Zabalegui Ardaiz MJ, Ayarra Elia M, Fuertes Goñi C, Loayssa Lara JR, Pascual Pascual P. El grupo de reflexión como una herramienta para mejorar la satisfacción y desarrollar la capacidad introspectiva de los profesionales sanitarios. *Aten Primaria* 2009; 41(12): 688-94.
- (100) Kjeldmand D, Holmström I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *Ann Fam Medicine* 2008; 6(2): 138-45.
- (101) Kjeldmand D, Jablonski H, Salinsky, J. Research on Balint groups. En: Siegel Sommers L, Launer J (eds.) *Clinical uncertainty in primary care*. New York: Springer, 2013; pp. 95-111.
- (102) Rosenfeld HA (1965). *Estados psicóticos*. Buenos Aires: Paidós, 1978.
- (103) Rosenfeld HA. *Impasse and interpretation*. Londres: Tavistock, 1987.
- (104) Klein M. (1935). Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos. En: *Obras Completas, Vol. 2*. Barcelona: Paidós, 1974; pp. 267-95.
- (105) Klein M. (1940). El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos. En: *Obras Completas, vol. 2*. Barcelona: Paidós, 1974; pp. 279-303.
- (106) Klein M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En: *Obras Completas, Vol. 3*. Barcelona: Paidós, 1974; pp. 10-33.
- (107) Tizón JL. *Entender las psicosis: Hacia un enfoque integrador*. Barcelona: Herder-3P, 2013.
- (108) Tizón JL. *Apuntes para una psicopatología basada en la relación. Variaciones psicopatológicas (4 vols)*. Barcelona: Herder, 2018.

TABLA I

Objetivos de los grupos de reflexión

<p>1. A nivel de CONOCIMIENTOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Conocimientos sobre la relación profesional-consultante. * Formación psicológica y psicosocial; en particular, sobre “psicopatología relacional”, más allá de la “psicopatología biocomercial” (108). * Información y comunicación de conocimientos y habilidades de otros (otros profesionales, del propio equipo y de otros equipos).
<p>2. A nivel de HABILIDADES</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Integrar los componentes psicológicos en la relación asistencial. * Aumentar las capacidades de mentalización del grupo y de los asistentes al mismo. * Utilizar algunas técnicas psicoterapéuticas en esa relación. * Mejora de las capacidades para la interconsulta y la derivación con los equipos de salud mental. * Habilidades para la utilización de los “niveles para la contención” no sanitarios (28)
<p>3. A nivel de ACTITUDES</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Valoración de las experiencias vividas en la relación asistencial. * Sensibilización sobre la importancia de los componentes psicológicos en el bienestar personal y profesional del técnico. * <i>Insight e insight</i> sobre la propia práctica en la relación asistencial (<i>insight</i> sobre la contratransferencia). * Apertura hacia las potencialidades y factores de protección extraprofesionales (de los otros “niveles para la contención”) y hacia la colaboración con la comunidad y con sus factores de protección o contención. * Disminución del <i>profesionalismo reduccionista</i>.

TABLA 2

Algunos cambios en el contexto técnico y cultural en el que se han desarrollado los grupos Balint

<p>Cambios del marco de referencia psicoanalítico</p>	<p>Desde el psicoanálisis clásico y freudiano ...hacia el psicoanálisis de Balint e influenciado por la Escuela Húngara... ...siguiendo por el psicoanálisis <i>kleiniano</i> ...hasta el psicoanálisis <i>postkleiniano</i> y relacional</p>
<p>Cambios en las técnicas grupales</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Desarrollo de la técnica psicoanalítica de grupos y el grupo-análisis. * Desarrollo de las técnicas sistémicas y de las técnicas cognitivas.
<p>Cambios en los modelos sanitarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Desde la medicina de cabecera tradicional ...hacia la Medicina Centrada en el Paciente ...a través de la Atención Primaria de Salud ...hasta la Asistencia Sanitaria Centrada en el Consultante (ASCC) y los TIANC (Tratamientos Integrales Adaptados a las necesidades del Paciente y su Familia en la Comunidad)
<p>Cambios culturales e ideológicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Funcionalismo y operacionalismo → presión hacia la operativización y maquinización// En conflicto con otras perspectivas: principios comunitaristas, principio de la mínima profesionalización necesaria, etc. * Inmediatismo: → Búsqueda de técnicas “abreviadas”, a menudo idealizadas por su misma brevedad, más que por su eficacia o eficiencia comprobadas // En conflicto con la necesidad de mejorar la observación, la atención integral y las capacidades de contención (o WWW). * Rentabilización y prácticas basadas en la evidencia científica → evaluación de la eficacia y la eficiencia, vigilancia de los costes y de la relación coste-beneficio... * Preocupación por la participación de la comunidad en la salud y, en general, por la ecología y el ecosistema humano. * Preocupación por la universalidad, la calidad y la equidad.

TABLA 3

Algunas aportaciones postkleinianas a los grupos Balint

Una aproximación que tiene muy en cuenta:

1. La identificación proyectiva (y la “des-identificación mediante la proyección”).
2. Atención destacada a la dinámica del mundo interno y, por tanto, a la dinámica interna de la personalidad y las “partes” de la misma.
3. Importancia del *self* como *identidad* (y la dinámica de los distintos componentes de la identidad).
4. Perspectiva consecutiva centrada en la *psico(pato)logía basada en la relación* y en la comunicación y las “organizaciones de la relación” (108).
5. Importancia de la consideración de los funcionamientos *borderline* y narcisistas (107).
6. Inclusión de los funcionamientos psicóticos de la personalidad en el análisis de la transferencia y la contratransferencia.
7. Dinámica de grupos *bioniana* y *meltzeriana*.
8. Importancia de las emociones y las funciones emocionales en el aprendizaje y en los grupos: amor-solidaridad, confianza, esperanza y contención. Si predominan esas funciones emocionales introyectivas → aumento de la “capacidad de pensar” del grupo (78, 108).

TABLA 4

*Algunas diferencias entre los grupos Balint y los grupos de reflexión
(de los componentes relacionales de la asistencia)*

CARACTERÍSTICAS	BALINT	GRUPOS DE REFLEXIÓN
Marco de referencia psicoanalítico	Psicoanálisis de la primera mitad del siglo XX (escuela húngara)	Psicoanálisis <i>postkleiniano</i> y /o relacional
Marco de referencia médico	Medicina centrada en el paciente	Asistencia sanitaria centrada en el consultante (en tanto que miembro de la comunidad)
Composición	<ul style="list-style-type: none"> * Generalistas (+ psicoanalistas y psiquiatras). * Evitando la psicopatología de los generalistas. * Los miembros provienen de diferentes centros. * 6-8-12 participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> * Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria, pediatras (+psicoanalistas y psiquiatras). * Con M.I.R. → jerarquía en el grupo: <ul style="list-style-type: none"> • docente • de poder y laboral * Interprofesionales (enfermería, trabajo social, psicología...) * Evitando los profesionales con psicopatología grave o aguda o incompatibilidades con su tratamiento personal (si existe). * En ocasiones se realiza con equipos de un solo centro. * Grupos mayores: 12-18.
Formación del grupo	* Preselección “mutua”	<ul style="list-style-type: none"> * Preselección laxa. * Se admiten docentes y discentes, pero no el estatuto de “espectador”.

<p>Técnica Se tienen en cuenta los siguientes elementos básicos:</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Transferencia y contra-transferencia del médico hacia el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> * Transferencia y contra-transferencia del médico hacia el consultante. * Transferencia y contra-transferencia en el grupo. * Identificación proyectiva e introyectiva. * Valoración de lo psicossocial * Valoración de la no escisión de lo biológico. * Integración de los psicofármacos. * Se integra el diagnóstico psiquiátrico en el diagnóstico pentaaxial.
<p>Objetivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Docentes en Salud Mental * “Limitada pero apreciable transformación de la personalidad”. 	<ul style="list-style-type: none"> * Docentes (en Medicina en general y otros muchos servicios). * Contención y demás funciones emocionales introyectivas y mentalizadoras→ * Creación de un espacio para pensar (mentalizar).
<p>Líder- Coordinador</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Facilitador – “Director del grupo” 	<ul style="list-style-type: none"> * Coordinador de grupo (matizado por las características personales, la formación, el marco de referencia psicoanalítico...)
<p>Problemas más visibles o frecuentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Psicologismo de los participantes más asiduos: pérdida del encuadre médico. * Dependencia del psicoanálisis. * Narcisismo grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> * Grupos meramente informativos. * Grupos “superyoicos”. * Miembros con psicopatología, incluso grave. * Peligro de disociaciones especulares en los Equipos de Atención Primaria: “los del Balint” vs. los otros, “biologicistas”...

Derivada de 11,13, 38,52-55.