



Clínica-UNR.org

Publicación digital de la 1ª Cátedra de Clínica Médica y Terapéutica y la Carrera de Posgrado de especialización en Clínica Médica
 Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Rosario
 Rosario - Santa Fe - República Argentina

Artículo especial

Clínica Médica y Psiquiatría en diálogo: experiencia con un grupo operativo (BALINT).

Elizabeth Meyer*, Yanina Pietromica**, Roberto Parodi+, Damián Carlson+, Elena Bercoffx, Juan Miguel Acostaxx, Analía Ravennaxxx, Alcides Greca++.

CLÍNICA MÉDICA Y PSIQUIATRÍA EN DIÁLOGO: EXPERIENCIA CON UN GRUPO OPERATIVO (BALINT)

Clínica Médica y Psiquiatría en diálogo: experiencia con un grupo operativo (Balint).

Elizabeth Meyer*, Yanina Pietromica**, Roberto Parodi+, Damián Carlson+, Elena Bercoffx, Juan Miguel Acosta^{xx}, Analía Ravenna^{xxx}, Alcides Greca⁺⁺.

* Psicóloga (Coordinadora)

** Psicóloga (Observadora)

+ Staff del Servicio de Clínica Médica. Hospital Provincial del Centenario (HPC). Rosario. Instructores de Postgrado de la Carrera de Especialización en Clínica Médica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario (UNR).

++ Profesor Titular de la 1ª Cátedra de Clínica Médica y Terapéutica. Director de la Carrera de Especialización en Clínica Médica. Facultad de Ciencias Médicas. UNR. Jefe del Servicio de Clínica Médica. HPC. Rosario.

x Staff del Servicio de Psiquiatría. HPC. Instructora de Postgrado de la Cátedra de Psiquiatría de Adultos. Facultad de Ciencias Médicas. UNR.

xx Staff del Servicio de Psiquiatría. HPC. Vicedirector de la Carrera de Especialización en Psiquiatría. Facultad de Ciencias Médicas. UNR.

xxx Profesora Titular de Psiquiatría de Adultos. Directora de la Carrera de Especialización en Psiquiatría. Facultad de Ciencias Médicas. UNR.

Objetivos, antecedentes y constitución del grupo

La temática de la relación Médico-Paciente (RMP) ha sido subestimada históricamente tanto en la currícula de grado de nuestras escuelas de Medicina, como en las Residencias. En uno como en otro caso, su tratamiento se ha limitado a conferencias o reuniones informales en las cuales se consideraron solamente aspectos circunscriptos del problema. La necesidad de un espacio de reflexión y análisis profundo de este tema

central de la práctica médica se ha tornado así en una necesidad insoslayable.

En conocimiento bibliográfico de la existencia de grupos Balint a partir de la obra de su creador Michael Balint, "El médico, el paciente y la enfermedad"¹ se formó uno en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Provincial del Centenario en marzo de 2003. Del mismo participan en reuniones semanales de una hora y media de duración, ininterrumpidamente desde entonces, el Jefe del Servicio, los Instructores de Postgrado y los residentes (alumnos de postgrado) con la presencia de una coordinadora y una observadora.

El objetivo central es analizar, discutir e investigar, en el contexto de un grupo operativo, los distintos aspectos de la RMP. Sin embargo, el grupo se concibe como instrumento de un proyecto a largo plazo que tiene relación con la formación del médico en general y del especialista en Clínica Médica en particular. En tal contexto, los objetivos del mismo son:

- 1.- Cambiar el modelo de médico alejado emocionalmente de su paciente y solamente abocado a resolver los problemas que se le plantean en relación con la patología orgánica (médico que brinda respuestas) por el de médico integrado como persona (capaz de escuchar y de interrogarse a sí mismo).
- 2.- Cambiar el modelo de clínico que ve al especialista como el depositario del saber (experto) con una mirada de subordinación intelectual, por el de un especialista (el clínico) que se contacta con otro especialista (cardiólogo, nefrólogo, etc.) en pie de igualdad con una visión distinta pero complementaria e integral de la medicina.
- 3.- Definir un lugar, una función y un rol específico para el clínico que se discrimine claramente del

© 2010 Clínica-UNR.org

Publicación digital de la 1ª Cátedra de Clínica Médica y Terapéutica y la Carrera de Posgrado de especialización en Clínica Médica
 Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Rosario.

Todos los derechos reservados.

e-mail: info@clinica-unr.com.ar / www.clinica-unr.org

Enero de 2010

lugar, la función y el rol del psicoterapeuta, en donde el clínico cumple su función sin confundirla ni asimilarla a la relación psicoterapéutica, aunque sabiendo y comprendiendo que las actitudes, intervenciones y acciones médicas involucran siempre un efecto psicoterapéutico o iatrogénico.

Marco teórico y teoría de la técnica

Relación médico-paciente (RMP)

Es una relación entre dos seres humanos en situación, que se establece a partir de un objetivo común y se desarrolla en un ámbito específico. Es un proceso dinámico.

Enfatizamos *en situación* porque dicho proceso está condicionado por el interjuego de los múltiples factores que constituyen la relación sujeto-medio.²

El objetivo por el cual se establece la relación debe ser redefinido y explicitado por el médico y reconocido y aceptado por ambos integrantes de la díada.

En la investigación de la RMP tomamos en cuenta

- a) **Encuadre.**
- b) **Proceso.**

a) **Encuadre:** Está constituido por todos los factores que deben permanecer constantes para poder estudiar la variable a investigar. Debe diferenciarse del encuadre psicoanalítico porque en la RMP hay eventos y circunstancias distintas; se establecen otros tipos de vínculos y difiere la regulación de los encuentros entre médico y paciente y el tipo de comunicación entre ambos.² Es el médico quien debe establecer y sostener el encuadre porque si éste es ambiguo o inestable, la relación se ritualiza y ese proceso que debía ser dinámico se inmoviliza, se vuelve un "como si". Fijar el encuadre es:

- 1) Formular de manera explícita y clara la función y el rol profesionales: horarios, honorarios, lugar de atención. En el caso específico de la asistencia hospitalaria, se debe informar sobre la modalidad de atención en internación y consultorio externo, rango horario en el que el médico a cargo visitará al paciente (como así también que distintos profesionales se encargarán alternativamente del control y evaluación del paciente), el horario en que se recibe a familiares y se brinda información sobre el estado y evolución del enfermo y cómo se atienden las urgencias.
- 2) Esclarecer acerca de la tarea profesional para no quedar sujeto a demandas (explícitas o implícitas) que no puedan cumplirse o que sean ajenas a la función específica.

- 3) Fijar los objetivos generales y de cada encuentro y acordar su aceptación explícita acerca de los mismos, tanto con el paciente como con la familia, si ésta estuviera o debiera estar directamente involucrada en el proceso.
- 4) Mantener siempre la actitud clínica.
- 5) Sostener una actitud empática sin perder la distancia emocional que permita a la vez observar, autoobservarse e investigar, ya que si el médico se implica masivamente o su disociación es tal que se "aisla" emocionalmente, ambas actitudes lo desplazan de su rol.

b) Proceso²

La investigación se centra en él e incluye

1. **Situación:** Se define como el contexto que toma en cuenta todos los factores que condicionan la RMP: las características del ámbito en el que se desarrolla, condición social, familia, tipo de enfermedad, características de los padecimientos y creencias del paciente, rol que la sociedad le adjudica al médico y al paciente. Es un sistema estructurado y que a su vez estructura la interacción.
2. **El paciente:** Subjetividad y transferencia.
3. **El médico:** Contratransferencia.
4. **La relación interpersonal:** interacción entre ambos, tipo y proceso de comunicación.

Transferencia

Incluye las actitudes, sentimientos y conductas que el paciente despliega respecto del médico, cuya determinación es inconsciente. Son aquellas actitudes, sentimientos y conductas que fue estructurando el sujeto en la interacción con las personas significativas en el transcurso de la vida, especialmente de su infancia. *Son pautas y significaciones inconscientes que determinan al sujeto a significar y organizar, en el aquí y ahora, la realidad nueva y desconocida como si fuera una réplica de aquella otra por él conocida.*

Se puede decir también que el paciente le asigna determinados roles al médico y se comporta en función de ellos. La conducta es un emergente del campo.³

La transferencia permite conocer aspectos de la personalidad y la conducta del paciente que son inconscientes y por lo tanto no puede comunicarlos verbalmente en forma explícita.

Contratransferencia

Es la respuesta emocional y todos los fenómenos que experimenta el médico respecto del paciente, que si bien en gran medida dependen de la historia personal del médico, puede considerarse que, si se manifiestan aquí y ahora, es porque operan factores que los determinan. La identificación y comprensión de la respuesta emocional del médico y de estos factores aportan datos significativos sobre el paciente y la relación.³

Por tal motivo se considera a la contratransferencia un instrumento técnico importante de observación y comprensión, que si se desconoce, se transforma en un fenómeno perturbador de la RMP.

Transferencia y contratransferencia se despliegan en toda relación interpersonal y por lo tanto, también en la RMP; incluirlos como fenómenos que el médico debe investigar, no es confundir su lugar con el del analista, sino desarrollar la capacidad de observar y autoobservarse, investigar, dar sentido y operar científicamente en un proceso en el cual está involucrado de tal manera que su conducta e intervenciones nunca son inocuas o intrascendentes sino que siempre son terapéuticas o iatropatógenas y dinamizan o entorpecen el proceso.

El trabajo grupal

El contacto cotidiano del médico con la enfermedad y la muerte genera en él conductas defensivas diversas que con frecuencia crean tensiones en el equipo médico, las cuales al no ser explicitadas y analizadas, afectan las relaciones entre los propios médicos, con los pacientes, con los enfermeros y el personal auxiliar, perturbando la RMP.⁴

El Grupo Balint es un grupo integrado por médicos que se constituye con el objetivo específico de capacitar al médico en la investigación de la RMP.

La técnica que empleamos en la coordinación del grupo, no es la original de Balint sino la de los grupos operativos de Enrique Pichon Rivière.⁵

El grupo operativo es un grupo que se centra en la tarea⁶, porque sus integrantes se reúnen con el objeto de realizar un trabajo determinado operando como equipo; a esta tarea se la denomina *manifiesta o explícita*.

Operar implica inevitablemente contacto con la realidad y tal contacto demanda consideración por la verdad lo cual impone el uso del método científico.⁴

No obstante para lograr operar como equipo, parte del trabajo grupal incluye la investigación y análisis de los factores emocionales⁷ que obstaculizan el abordaje de la tarea: la resistencia a la tarea propuesta, los conflictos entre los miembros, con las autoridades, con el equipo de coordinación, con los otros servicios, con la institución y los conflictos que genera en los médicos en formación asumir el rol profesional. A ésta se la denomina tarea *latente o implícita*.⁸

Equipo de coordinación

Nuestro equipo está constituido por una coordinadora y una observadora, que desempeña el rol que eventualmente puede estar a cargo de dos observadores (uno para la tarea manifiesta y otro para la latente).

Coordinación

La función del coordinador del grupo operativo es colocar y mantener al mismo en condiciones de abordar y resolver la tarea propuesta,

para ello realiza diferentes tipo de intervenciones, respetando siempre el tiempo, la producción y los niveles de integración de que es capaz el grupo en cada momento.⁹

Observación.⁸

- De la tarea manifiesta (o de productividad): Es el registro, en cada reunión, de los emergentes referidos a la tarea planteada, de los temas que se trataron, los que fueron excluidos, de los dilemas y problemas que surgieron, la síntesis que se ha alcanzado, las conclusiones y las decisiones formuladas y el proyecto propuesto para la próxima reunión.
- De la tarea latente (o del proceso de elaboración). Se registra la tarea latente, incluyendo los dilemas y problemas relacionados con proceso grupal y con las características y variaciones del vínculo transferencial.
- Un tiempo antes de finalizar la reunión, esta información se devuelve al grupo para que los miembros observen qué han trabajado y elaborado y qué no de la tarea propuesta, y se agrega la interpretación del proceso de elaboración, es decir de los conflictos y ansiedades por los que el grupo eludió trabajar los temas excluidos o los que dificultaron el abordaje de la tarea.

La devolución de esta información permite a los integrantes tomar distancia y autoobservarse, observar el desempeño grupal, ubicarse temporalmente y retomar lo que quedó sin elaborar.

Es decir que aprenden a observar y a autoobservarse, a reflexionar sobre los fenómenos en los que ellos están involucrados, a encontrar su sentido, interacciones y efectos.³

Integrantes

Participar implica renunciar a la omnipotencia, cuestionar el propio saber y su paradigma, escuchar al otro, aceptar las limitaciones propias y de la ciencia, renunciar a la certeza de poseer la verdad y aceptar que el conocimiento se construye a partir del esfuerzo cooperativo.

Historia de un encuentro

A partir de pensar al paciente como un ser biopsicosocial y a la enfermedad como la resultante de un desequilibrio en alguno de estos niveles, que involucra a los restantes, consideramos que su abordaje implica investigar y dar sentido a los síntomas y demandas del paciente y resignificarlos en función de esa unidad biopsicosocial indivisible que es.

Luego, centrados en Michael Balint y su postulado de *la medicina médico*¹ nos abocamos a la RMP, lo cual demanda integrar al médico y su subjetividad, observar y analizar cómo sus intervenciones pueden favorecer o perturbar la relación y por lo tanto todo el proceso. Para la administración adecuada de la medicina médico es imprescindible conocer y aprender a reconocer la transferencia y contratransferencia, el encuadre y el proceso.

Diferenciamos el encuadre médico del psicoanalítico y diferenciamos también ambos procesos porque el analista trabaja en y con la transferencia y contratransferencia en tanto que el médico debe conocer ambas para, a partir su reconocimiento, saber como conducir la RMP sin apartarse de su rol.

A medida que este modo de abordaje se profundiza y hace más complejo, la investigación y análisis de los casos pone en evidencia que, para dar respuesta a los interrogantes que se plantean y resolver conflictos que antes no se detectaban o se desestimaban y que perturban el abordaje del paciente, es imprescindible incorporar una mirada y escucha que permita integrar al paciente como ser biopsicosocial y revalorizar el lugar del médico incluyéndolo plenamente en la relación, reconociendo que su praxis es mucho más que la aplicación de técnicas más o menos sofisticadas. Así surge, naturalmente, la demanda de incorporar al equipo de Psiquiatría del Hospital, para trabajar interdisciplinariamente, no sólo con el paciente, sino con el médico clínico en la comprensión y conducción de la RMP y también de la familia cuando la situación lo requiere.

El objetivo no es asimilar un discurso a otro ni construir un discurso único sino articular e integrar, en una relación dialéctica, dos discursos que intentan dar cuenta, cada uno ellos, de dos aspectos diferentes pero absolutamente interdependientes de un único objeto: el ser humano en situación. Reconocer esta interdependencia, califica ambos discursos, enriquece y amplía el conocimiento y jerarquiza ambas prácticas.

Otras actividades desarrolladas para completar la formación

- a) Bibliografía especial para el grupo Balint conformada con libros o artículos aportados por los integrantes y/o el equipo de coordinación.
- b) Conferencias: Tres veces al año con especialistas invitados que disertan sobre temas propuestos por los integrantes del grupo.
- c) Proyección y discusión de material filmico relacionado con los temas tratados en las reuniones de grupo.

Esta formación le permite al médico:²

- Formular diagnósticos integradores y más precisos.
- Establecer cuáles son las intervenciones terapéuticas **posibles**.
- Seleccionar entre ellas la más adecuada a la situación y circunstancias del paciente.
- Determinar la dosis, en cada caso, de administración de la medicina médica.
- Formular hipótesis probables acerca de la evolución y un pronóstico global.
- Conocer y evaluar cómo sus intervenciones y la relación inciden en la evolución global y a través de qué mecanismos.

- Comprender que la farmacodinamia de los medicamentos administrados no depende sólo de las propiedades fisicoquímicas, sino también de la calidad del vínculo que se establece con el paciente y entender los efectos placebo.
- Evaluar si es necesaria y/o posible la intervención del psicólogo, psiquiatra o del equipo médico psicológico y, en tal caso, cómo y cuándo hacerla. Y si no fuera posible, poder hacerse cargo del tratamiento integral del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. **BALINT M.** *El médico, el paciente y la enfermedad*. Ed. Libros básicos, Buenos Aires, 1961
2. **LUCHINA I.** *EL grupo Balint. Hacia un modelo clínico-situacional*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1982.
3. **BLEGER, J.** *Temas de psicología (Entrevistas y grupos)*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1971.
4. **BLEGER J.** *Psicohigiene y psicología institucional*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1972
5. **PICHÓN RIVIÈRE E.** *Del psicoanálisis a la psicología social*, Tomo I. Ed. Galerna, Buenos Aires, 1970.
6. **KLEIN R.** *El trabajo grupal*. Lugar Editorial. Buenos Aires, 2004.
7. **BION W. R.** *Experiencias en grupos*. Ed. Paidós, Barcelona, 1980.
8. **GEAR MC y LIENDO EC.** *Psicoterapia estructural de la pareja y del grupo familiar*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1976
9. **JAISINER G.** *Coordinando grupos*. Lugar Editorial. Buenos Aires 2007.