

Revisión de un experiencia de grupos tipo Balint desde la perspectiva del grupoanálisis

Irene Pedrido Peteiro¹, Ainoa Querejeta Brazal², Elsa del Pozo García³, Estíbaliz Barrón Pardo⁴

1. Psicóloga Clínica. Hospital Santa Marina. Bilbao.

2. Psicóloga Clínica. Doctora en Psicología.

3. Psicóloga Sanitaria. Psicoterapeuta.

4. Psicóloga Clínica. Grupoanalista. Docente Fundación Omie.

Resumen

El objetivo de este trabajo es poner en análisis, desde la perspectiva del Grupoanálisis, una experiencia con grupos tipo Balint que se llevó a cabo en el Hospital Santa Marina de Bilbao desde el año 2013 hasta el año 2016.

En estos grupos, llamados Grupos de Reflexión, participaron profesionales sanitarios de diferentes categorías con el objetivo de reflexionar sobre los aspectos emocionales de la relación sanitario-paciente para favorecer el bienestar del paciente, de su familia y el propio bienestar del profesional.

A lo largo de las siguientes páginas describiremos la influencia de lo relacional en la práctica clínica y en la salud de los profesionales y cómo el formato grupal es una buena herramienta para el trabajo de la relación asistencial y para la prevención del desgaste profesional. Continuaremos con la descripción de la experiencia grupal llevada a cabo en el Hospital Santa Marina de Bilbao y finalizaremos realizando una interpretación grupoanalítica de los fenómenos observados en los grupos realizados.

Este artículo es un resumen de la Memoria del Master en Psicoterapia Analítica Grupal de la Fundación OMIE y la Facultad de Psicología y Educación de la Universidad de Deusto y fue presentado en el año 2018 por la primera autora.

Palabras clave: Grupoanálisis, Grupos Balint, Grupos de Reflexión, Relación asistencial, Burnout.

Summary

The aim of this article is to analyze, from a group analytical perspective, an experience with Balint groups that was carried out at Santa Marina Hospital in Bilbao from the year 2013 to 2016.

In these groups, called “reflection groups”, healthcare workers from different categories participated with the objective of reflecting on the emotional aspects within the healthworker-patient relationship to boost patient’s, family’s as well as professional’s well-being.

In the following pages we will describe the influence of the relational issues on the clinical practice and how the group format is a good tool to work the assistance relationship and the prevention of burn out. We will continue with the description of the group experience carried out at the Santa Marina Hospital and will finish making a group analytic interpretation of the observed phenomena within the conducted groups.

This article is a summary of the final report of OMIE’s foundation and the Psychology and Education faculty of University of Deusto Master’s Degree in Group Analytical Psychotherapy that was presented in 2018 by the first author.

Key words: Group Analysis, Balint groups, Reflection groups, Health care relationship, Burn-out.

Introducción

El objetivo de este trabajo es poner en análisis, desde la perspectiva del Grupoanálisis, una experiencia con grupos tipo Balint que se llevó a cabo en el Hospital Santa Marina de Bilbao desde el año 2013 hasta el año 2016.

En estos grupos, llamados Grupos de Reflexión, participaron profesionales sanitarios de diferentes categorías con el objetivo de reflexionar sobre los aspectos emocionales de la relación sanitario-paciente para favorecer el bienestar del paciente, de su familia y el propio bienestar del profesional.

A lo largo de las siguientes páginas describiremos la influencia de lo relacional en la práctica clínica y en la salud de los profesionales y cómo el formato grupal es una buena herramienta para el trabajo de la relación asistencial y para la prevención del desgaste profesional. Continuaremos con la descripción de la experiencia grupal llevada a cabo en el Hospital Santa Marina de Bilbao y finalizaremos realizando una interpretación grupoanalítica de los fenómenos observados en los grupos realizados.

Este artículo es un resumen de la Memoria del Master en Psicoterapia Analítica Grupal de la Fundación OMIE y la Facultad de Psicología y Educación de la Universidad de Deusto y fue presentado en el año 2018 por la primera autora.

La relación asistencial

Una parte del trabajo de la Psicología Clínica en el Hospital de Santa Marina se centra en rescatar la particularidad de cada paciente, ayudando al equipo asistencial a favorecer la salud del paciente, su adaptación a la hospitalización o la aceptación de un inevitable deterioro, a partir de la relación asistencial establecida con él.

Durante la enfermedad, el paciente experimenta emociones básicas que son reactualizadas en el aquí y ahora de la relación con el profesional (Gómez, 2002). Estas emociones pueden hacer a una familia o a un paciente relacionarse con un equipo de manera poco saludable. El profesional, por otra parte, experimenta otra serie de emociones al ponerse en contacto con todo lo que le trae el paciente. De ahí la importancia de que el profesional pueda identificar sus propios conflictos para que no interfieran con lo que aporta el paciente.

Como destaca Gutiérrez (2015), la relación profesional-paciente, ha constituido el pilar básico sobre el que se sostiene la práctica médica y sus efectos repercuten tanto sobre el paciente como sobre el profesional. Del mismo modo, tiene influencia en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento.

Dentro de la relación asistencial tenemos que tener presente la subjetividad del paciente, pero no tenemos que olvidarnos de la del profesional que le atiende. Gómez (2002) describe en su investigación las ansiedades que se generan en el profesional médico y en la relación con los pacientes: ansiedades relativas a la enfermedad, ante la muerte, ante el paciente y ante la institución.

Práctica clínica y salud del personal sanitario

En el trabajo de Gómez (2002) con profesionales de la medicina de atención primaria se describen una serie de vivencias que pueden repercutir en la salud psíquica y física de éstos: ansiedad ante la escasez de tiempo y la presión asistencial, estrés y sentimientos de frustración, falta de reconocimiento de la institución, de lo social y de los pacientes, sentimientos de desvalorización y desesperanza, ansiedades depresivas y paranoides y ansiedades por carencias en la formación.

Freudenberger (1974) ya describió el "Síndrome de Burnout" para referirse al estado de cansancio físico y emocional resultante de las condiciones de trabajo. Como indican en su revisión Ortega y López (2004), el burnout se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas y se compone de tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal.

Ortega y López (2004) describen las variables que favorecen la aparición este síndrome: las condiciones personales, las características del trabajo y la ausencia de mecanismos que contrarresten los efectos negativos de estas situaciones. Los profesionales pueden llevar a cabo estrategias de adaptación o pueden desarrollar estrategias de evitación destinadas a evitar los pensamientos o emociones negativas. Una de las consecuencias más inmediatas de las estrategias de evitación es la aparición de conductas que perjudican de su labor asistencial tales como una menor implicación en el trabajo, no mostrando empatía con el enfermo, no estando disponible al paciente ante sus necesidades, no mostrando interés por las preocupaciones del paciente y, en último término, el absentismo y la baja laboral. Cuando dicho patrón de comportamiento en el contexto laboral se establece, hablamos de burnout.

Como afirma Gómez (2002), la modalidad de trabajo en equipo es un factor protector frente a las tensiones derivadas de la práctica clínica ya que permite reflexionar, compartir y elaborar algunas tareas comunes en la atención al paciente.

Daurella (2008) expone las recomendaciones que ofrecía Freuderberger para la prevención y el tratamiento del burn-out: a) limitar el número de horas de trabajo, b) llevar a cabo descansos adecuados, c) alternar trabajo clínico y no clínico, d) evitar trabajos repetitivos, e) promover el trabajo en grupo, f) compartir experiencias emocionales, g) plantearse objetivos realistas, h) promover ejercicio físico y actividades de ocio. Como esta autora explica, los grupos tipo Balint encajan en las recomendaciones c, e, f y g.

El trabajo grupal de la relación asistencial

Michael Balint (1896-1970), expone en su obra "El doctor, el paciente y la enfermedad" (1961) cómo la personalidad y el comportamiento influyen en la relación con los pacientes. Como destaca Carballo (2013), Balint propone el formato grupal para la reflexión sobre los aspectos emocionales de la relación asistencial. Su formato de trabajo son los conocidos "Grupos Balint": grupos homogéneos de profesionales de la medicina que operan como un instrumento de investigación, enseñanza y aprendizaje de la relación asistencial (Gómez, 2002).

Como explica Tizón (1997) los grupos se organizan en sesiones de 90 minutos de duración en las que los participantes exponen las características de una relación asistencial. Por su parte, el coordinador del grupo es un psicoanalista que favorece la discusión libre, cuida el encuadre e interviene para apuntar los aspectos relacionales que el grupo ha pasado por alto y parecen importantes para la comprensión del caso.

El participante que se ocupa de presentar el caso describe al paciente, la relación y la dificultad. Los miembros del grupo pueden hacer preguntas para aclarar dudas. Después de esto, se abre la discusión y el que presenta el caso reflexiona sobre lo que el grupo aporta. Los miembros del grupo se ponen en el lugar del paciente y de lo que podría estar sintiendo el paciente o el profesional en la relación.

Daurella (2008) explica que los grupos Balint no enseñan protocolos de actuación ya que su objetivo es más la comprensión que la búsqueda de soluciones concretas. Por otra parte, como describe Ribé (2012), los grupos Balint no son grupos psicoterapéuticos, ni didácticos y su intención es operar como un instrumento de aprendizaje en la relación asistencial.

Tal y como apunta Ribé (2012), el replanteamiento de esa técnica ha conducido a la formación de otros grupos llamados “tipo Balint” o “de Reflexión”. Tizón (1993a) explica, que a diferencia de los grupos Balint, en los Grupos de Reflexión se incluyen más profesionales sanitarios aparte de los médicos y se ponen en análisis más cuestiones aparte de la transferencia y contratransferencia del profesional hacia el paciente.

Tizón (1997) enumera los objetivos de los grupos dirigidos a personal asistencial: la sensibilización del personal sobre la importancia de los conflictos emocionales en los trastornos clínicos, acercarse de manera más global a la relación asistencial, la contención de los profesionales a través de su participación en el grupo, el fomento de las funciones introyectivas de los participantes, la utilización terapéutica de los componentes psicológicos de la relación asistencial y la formación del personal en salud mental.

Quiero destacar como cercana, por los profesionales participantes y las temáticas abordadas, la experiencia descrita por Carballo (2013). Desde el 2001 hasta el 2008 se realizaron, desde el servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto, grupos de apoyo para los profesionales de Oncología Médica y Hematología, con el objetivo de ofrecer un espacio seguro para trabajar problemas relacionados con los pacientes, con las familias de los pacientes y con los demás profesionales.

La terapia de grupo, el grupoanálisis y los grupos balint

A continuación, voy encuadrar los grupos tipo Balint en relación a la Psicoterapia de Grupo y al Grupoanálisis, en concreto. Voy a llevar a cabo este encuadre estableciendo las similitudes y diferencias con esta técnica psicoterapéutica.

Foulkes (2006) describe tres categorías de grupos de tratamiento: los grupos de actividad, los grupos terapéuticos y los grupos psicoterapéuticos. Según esta clasificación, los grupos tipo Balint pertenecerían a la categoría de Grupos de Actividad. A diferencia de los grupos psicoterapéuticos, los grupos tipo Balint están compuestos por personas normalmente ajustadas y el objetivo del grupo no es la terapia, sino el enriquecimiento de la labor asistencial. El pertenecer a tal grupo tiene, sin embargo, una función terapéutica secundaria que está relacionada con los aspectos saludables de pertenecer a un grupo.

Tomamos al grupoanálisis (Foulkes, 2006) como marco de referencia en la comprensión del funcionamiento de un grupo, en este caso, de los grupos tipo Balint. Según este enfoque, el grupo debe ser analizado en su totalidad, pero en él cabe la interpretación del individuo.

El conductor o conductora en el grupoanálisis, así como en los grupos Balint, es el representante de la actitud analítica del grupo. En ambos formatos, la conducción mantiene una actitud analítica pero el objetivo de su atención es diferente. En un grupo grupoanalítico la atención del terapeuta está fijada en la dinámica de la interacción grupal. En los grupos Balint, la atención de la conducción está centrada, en primer lugar, en los aspectos relacionales del conflicto traído a la sesión y, en segundo lugar, y de manera secundaria, también en aspectos relacionales del grupo de trabajo que puedan ayudar a entender mejor la dificultad traída a sesión.

La comunicación en los grupos grupoanalíticos, al igual que en los Balint, es de flujo libre. La diferencia entre ambos es que en los grupos tipo Balint existe una mayor censura en la expresión de sentimientos personales e interpersonales porque no se pretende conocer a los miembros, sino los aspectos derivados del trabajo.

En relación a las interpretaciones, como expresan Grinberg et al (1977), en un grupo grupoanalítico se utilizan interpretaciones transferenciales, relacionadas con el aquí y ahora y dirigidas hacia el común denominador de las tensiones del grupo.

En los grupos Balint, tal y como explica Tizón (1993b), las apreciaciones que el grupo y la conducción aportan van dirigidas a entender al paciente y ocasionalmente y con prudencia a la conducta de los profesionales.

De este modo, en los grupos tipo Balint también se dará el análisis de la transferencia, dentro de la relación establecida en la relación asistencial presentada y de manera secundaria y con menor importancia el análisis de la transferencia hacia los compañeros y hacia el conductor.

Como explican Grinberg et al (1977), el insight es uno de los objetivos principales del proceso terapéutico. En los grupos tipo Balint también se consigue, de un modo accidental, algún tipo de insight que aporta a los participantes un conocimiento más profundo sobre sí mismos. De este modo, en los grupos tipo Balint no se persigue de manera directa una experiencia emocional correctiva y aunque lleguen a darse cambios en la personalidad, no es el objetivo primordial de este espacio.

En el grupoanálisis se prima el trabajo del aquí y ahora, restando importancia al pasado histórico e incluso a la vida exterior de los miembros (Vinogradov, 1996). En los grupos tipo Balint nos centramos en el componente que se trae a examen en esa misma sesión, pero se pueden utilizar también datos de la interacción grupal en el aquí y ahora que estén en relación con la dificultad expuesta.

En cuanto a la directividad y a la conducción, tal y cómo describe Ribé (2012), en los grupos tipo Balint hay disposición a dar respuestas ante preguntas con una intención pedagógica y en momentos de estancamiento o en los inicios, el conductor puede sugerir temáticas para iniciar el grupo. Por otra parte, también se pueden emplear técnicas psicodramáticas para dinamizar las sesiones.

Como explica Tizón (1993b), la sesión de los grupos tipo Balint se organiza como un grupo de trabajo pero sigue a nivel implícito las leyes de una dinámica de grupo. De este modo, es importante dirigir al grupo de un modo que se evite los diferentes supuestos básicos (dependencia, ataque-fuga, esperanza mesiánica) y se favorezca una estructura relacional reparatoria.

Ribé (2012) explica cómo se puede aplicar el enfoque grupoanalítico dentro de los grupos tipo Balint. En estos grupos también se puede llevar a cabo el análisis de la transferencia del grupo como un todo y las interpretaciones realizadas desde y para el grupo. Los señalamientos grupales pueden resonar poco a nivel individual, en cambio, resultarán menos persecutorios. Este autor explica que “es interesante esta metodología en momentos de mayor regresión, paranoia grupal y en los comienzos de cualquier grupo”.

En relación a los beneficios de participar en un grupo tipo Balint, comenzaremos nombrando los factores terapéuticos que Yalom (2000) investigó como inherentes a la pertenencia a un grupo: infundir esperanza, universalidad, proporcionar información, altruismo, recapitulación correctora sobre el grupo familiar de origen, desarrollo de técnicas socializadoras, conducta imitativa, aprendizaje interpersonal (incluyendo insight), cohesión de grupo, catarsis y factores existenciales.

Como explica Tizón (1993b), la participación en los grupos tipo Balint se hace con la intención de mejorar las capacidades asistenciales y poder pensar en común.

Estas son intenciones reparatorias del profesional que favorecen la solidaridad, la contención o el apoyo en la esperanza.

Y aunque no sea su objetivo, un grupo de estas características puede favorecer un mayor conocimiento de sí mismo y, en consecuencia, el inicio de elaboración de algunos conflictos personales porque mediante la reflexión, la comprensión y la interacción con los otros miembros, el profesional consigue un mayor conocimiento de sus puntos fuertes y sus vulnerabilidades.

Descripción de una experiencia realizada con grupos tipo Balint: “Los grupos de reflexión sobre aspectos emocionales en la práctica sanitaria”

El lugar donde se llevaron a cabo estos grupos es el Hospital Santa Marina, un hospital de Osakidetza cuyo objetivo es la atención integral a personas mayores con enfermedades crónicas o personas con necesidades de cuidados paliativos. La iniciativa de poner en marcha los “Grupos de Reflexión” surge de la importancia que en este contexto toma el trabajo en equipo y del interés de mis compañeros por aquellos aspectos psicológicos que influyen en la relación asistencial.

Les llamamos “Grupos de reflexión” y no “Grupos Balint” siguiendo la denominación propuesta por Tizón (1997). De acuerdo con Tizón (1992), los objetivos de estos grupos son los siguientes: ayudar a percibir los componentes psicológicos de la relación asistencial, ayudar a orientar estos componentes psicológicos para favorecer la salud, mejorar la formación psicológica de los profesionales participantes y ayudar a que el profesional pueda tener en cuenta alguno de los conflictos personales que pueden interferir en su quehacer diario.

Participaron en estos grupos profesionales sanitarios de diferentes categorías y la experiencia se llevó a cabo en dos periodos temporales diferentes:

En el primer periodo de la experiencia (de Octubre de 2013 a Junio de 2014) realizamos tres grupos: Grupo 1: medicina con trabajo social (13 sesiones), Grupo 2: enfermería (8 sesiones), Grupo 3: auxiliares de enfermería (6 sesiones). En el segundo período (Diciembre de 2015 a Diciembre de 2016) realizamos dos grupos: Grupo 4: medicina con trabajo social (15 sesiones) y Grupo 5: enfermería junto con auxiliares de enfermería (10 sesiones).

Optamos por la fórmula que consideramos de más fácil manejo y era crear grupos lo más homogéneos posible.

Los grupos fueron desde su inicio abiertos. Aunque en todos hubo grupos de personas que formaron parte de ellos desde el inicio de la experiencia hasta el final, también hubo nuevas incorporaciones y abandonos. Si nos solicitaban una incorporación, la sesión anterior a que ésta se diera lo comentábamos en el grupo por si hubiera alguna pega por parte de algún participante a que la nueva incorporación se llevara a cabo.

Se llevaron a cabo en co-conducción por parte de Psicólogas que trabajaban en el hospital y la función de éstas era la de recoger y ordenar los elementos que se iban aportando para ayudar a reflexionar a los participantes sobre el conflicto que se había traído a la sesión.

En la primera sesión de cada grupo se establecieron las normas básicas por las que se guía: justificación en base a necesidades detectadas, establecimiento de fechas y horarios, normas prioritarias (evitación de juicio y confidencialidad) y estructura de sesiones.

Las siguientes sesiones, en general, siguieron la siguiente estructura: a) un componente del grupo traía a la sesión un caso, que por sus características sobre todo emocionales, le habían generado algún tipo de dificultad en su manejo; b) los miembros del grupo devolvían al profesional que presentaba el caso sus impresiones sobre la dinámica relacional que se estaba dando en él; c) las impresiones expuestas ofertaban un abanico de posibilidades para interpretar lo que estaba ocurriendo; d) las conductoras guiaban las asociaciones que se iban haciendo y apuntaban aquellos aspectos emocionales que el grupo no había visto y podían resultar de interés; e) quien traía el caso refería cómo se había sentido al finalizar el grupo con la asociación grupal recogida; f) al finalizar la sesión, una de las conductoras realizaba un resumen sobre lo que el grupo había expuesto; g) se establecía también al finalizar la sesión quién traería el caso en la siguiente.

En relación a las temáticas trabajadas, los grupos abordaron cuestiones como la comunicación de malas noticias, el manejo de "familias difíciles", los problemas sociales, los problemas psicológicos que dificultan la comunicación y la adaptación a la enfermedad, el deterioro, la dependencia y la muerte y los problemas entre compañeros, entre otros.

Aparte de la reflexión sobre estas cuestiones, se emplearon técnicas de dramatización para escenificar algunos de los conflictos traídos a la sesión. De este modo, el profesional observaba otras respuestas ante un mismo conflicto y enriquecía su repertorio de actuación.

Existió también en algunos grupos la petición de trabajar cuestiones teóricas relacionadas con los aspectos que los casos iban tocando, por ejemplo, trabajar aspectos en relación a la información o trastornos psicológicos.

Observamos cómo en uno de los grupos en el que la mayoría de sus miembros pertenecían a un mismo equipo de trabajo y ya estaba cohesionado antes de que llegaran a compartir este espacio, se produjo una expresión de sentimientos más íntima, que permitió un trabajo de cuestiones de carácter más profundo.

Al finalizar el grupo se pasaron unos cuestionarios para evaluar si los objetivos planteados al inicio se habían cumplido y los resultados también fueron muy satisfactorios. De manera verbal, sus componentes destacaron la gran utilidad de este espacio para comprender las emociones que generaban determinadas situaciones de su quehacer diario y para aprender a resolver conflictos de un modo más adaptativo.

Los grupos de reflexión desde la perspectiva del grupoanálisis

Los resultados de esta experiencia fueron muy satisfactorios y, en su momento, nos preguntamos cuáles eran sus engranajes profundos. La mirada grupoanalítica nos ofrece una interpretación de estos fenómenos y resulta un buen ejemplo de cómo se puede acomodar el modelo grupoanalítico a un contexto grupal con finalidad no grupoanalítica.

Individuo o grupo

Como dice Freud, la vida anímica individual aparece integrada siempre en el otro. Formamos parte de grupos y los "llevamos encima" aunque estemos solos. El grupo se forma por los lazos afectivos que se establecen entre sus miembros y que nacen de la identificación, de la represión del egoísmo y de la búsqueda de colaboración.

Al finalizar los grupos de reflexión, uno de los componentes nos explicó, que una de las mayores ventajas que había vivido dentro de ellos era el haberse podido acercar a algún compañero con el que anteriormente no había tenido una relación cercana.

El haber formado parte juntos de este espacio y haberse conocido de manera más “humana” posibilitó este acercamiento. El trabajo entre estas personas fue más fácil a partir de la participación en esta comunidad, que posibilitó el encuentro y la disminución de la distancia que se podía dar cuando los miembros trabajaban de manera aislada.

La Psicología de la Gestalt afirma que el todo es mayor que la suma de sus partes y que el grupo genera propiedades de un nivel superior o distinto a las que poseen por sí solos los elementos que lo componen. De este modo, y como afirma Lewin, es posible modificar el comportamiento de los individuos a través de la intervención sobre el grupo como un todo. No hubiera sido posible generar el espíritu de trabajo en equipo, de reflexión y de deseo de conocimiento en otro espacio diferente a un grupo. Los miembros del grupo, por separado, no hubieran llegado a las mismas conclusiones, no se hubieran sentido del mismo modo y no hubieran alcanzado el mismo tipo de valores que formando parte de estos grupos.

Como explica Foulkes (2006), la vida humana siempre se ha desarrollado en grupos. En cambio, el individuo se encuentra cada vez más aislado. Ocurre algo parecido en el trabajo hospitalario. Trabajamos bajo una misma institución y formando equipos, pero apenas disponemos de tiempo para compartir pareceres y para llevar a cabo una reflexión conjunta.

Estos espacios de reflexión ponen el acento en el poder del grupo, del equipo y de la comunidad, para rescatar al profesional de su aislamiento. Los miembros del grupo afirmaban cómo el recuperar el diálogo en estos espacios de reflexión les rescataba del aislamiento al que, en muchas ocasiones, la presión asistencial les impulsaba.

El descubrimiento de la matrix grupal

Encontramos diferentes modos de aplicar el concepto de Matrix a estos grupos.

Según Foulkes (1973), la Matrix de grupo es la base operacional de todas las relaciones. El grupo asocia y responde como un todo. De este modo, la mente no es propiedad privada del individuo, sino que consiste en las interacciones entre los miembros del grupo.

Por otra parte, como destaca Powell (1988), podemos pensar en la matrix como un equivalente grupal del espacio transicional de Winnicott. Como el niño se lleva al peluche para experimentar seguridad, nosotros nos llevamos nuestra matrix grupal para enfrentar situaciones ansiógenas.

El grupo puede representar la base segura en la que podemos representarnos como individuos. Scheidlinger (1974), también explica que los miembros perciben al grupo como a una imagen materna benevolente.

Los componentes de los Grupos de Reflexión se llevan a su vida y a su práctica profesional la matrix grupal vivida. La mayoría de ellos destacaron que vivieron este espacio como un lugar seguro en el que pudieron entrar en contacto con sus emociones y poner en funcionamiento una manera de pensar y actuar que les conectaba con su parte más humana.

Por ejemplo, destacaban que les resultaba más fácil el reconocimiento de sus propias carencias al sentir que el grupo los entendía y comprobar que no eran los únicos que dudaban o que cometían errores en su trabajo.

Cada uno de los componentes de grupo se conectaba a la red con aspectos diferentes. Unos destacaban la tranquilidad que les generaba el comprobar que no eran los únicos que se equivocaban, o que también sentían miedo; unos se conectaban con el enfado y otros con la tristeza. Cada uno se llevaba del grupo aquel aspecto con el que mejor conectaba o que más necesitaba.

El espejo del otro

El grupo se comporta como un prisma, que va devolviendo diferentes retratos del sí mismo en sus diversos aspectos. Con la comprensión y asimilación de estos aspectos se puede ir elaborando a lo largo del tiempo una imagen del sí mismo más ajustada a la realidad.

En el grupo de reflexión, como el objeto de análisis no es la persona, sino un caso dificultoso, el prisma que generaba el grupo devolvía al miembro que presentaba el caso diferentes aspectos de una misma realidad, algunos de ellos no apreciados hasta entonces. Como afirma Daurella (2008), los diferentes participantes hablan desde diferentes perspectivas, destacando cada uno de ellos aspectos diferentes de un mismo caso, en función de sus características personales.

Aunque el sujeto no sea el objeto de análisis en estos grupos, los miembros tuvieron oportunidad de ser conscientes de que a veces reconocemos con mayor facilidad en otro miembro del grupo algún aspecto nuestro que rechazamos.

Los otros miembros del grupo se comportan como un espejo que nos devuelve parcialidades a veces no reconocidas en nosotros mismos.

La importancia del conflicto

Uno de los objetivos de un grupo terapéutico es la elaboración de aspectos conflictivos a través del reconocimiento y la expresión en el aquí y ahora de la hostilidad, tanto hacia la figura del terapeuta como hacia otros miembros. El objetivo primario de los grupos de reflexión no es terapéutico, por esta razón, tampoco entra dentro de la dinámica el trabajo de la hostilidad en el aquí y ahora.

Sí considero importante el trabajo del conflicto, que se puede llevar a cabo a través de los casos expuestos. Es más, en muchas ocasiones, el caso que preocupa tiene que ver con una expresión desadaptativa de la agresividad por parte del paciente, de la familia o del propio profesional, con conflictos entre compañeros o con la institución.

El conflicto ha hecho su aparición a través del trabajo de casos en los que el profesional ha sentido que no ha manejado apropiadamente el enfado de un paciente, de una familia o el suyo propio. Como describe Molnos (1986), se ha trabajado la diferencia entre la "ira que cura" y la "ira que destruye". Se han traído preocupaciones también relacionadas con la expresión asertiva del enfado y de la contrariedad y se han trabajado casos relacionados con el conflicto entre profesionales y con la institución. El entendimiento grupal vivenciado puede ser una pequeña semilla para transportar la escucha y la expresión adecuada del enfado a otras esferas.

Los subgrupos

En todos los grupos se observaba al principio una mayor afinidad entre miembros que compartían un mismo equipo o profesión. Como afirma Foulkes (2006), estos subgrupos representan sólo ciertos aspectos de la personalidad de los miembros y pueden reaccionar al mismo tiempo ante cosas diferentes de un modo competitivo. Por ejemplo, la posición ante un caso adquiriría un matiz diferente en función del "subgrupo" al que se pertenecía.

A medida que el grupo avanzaba, los límites entre subgrupos se fueron haciendo más tenues y las características personales o emocionales adquirieron mayor importancia en la creación de afinidades que la unidad de procedencia o la profesión.

Entre la conformidad y el individualismo

Como decía Le Bon (2014) en su obra “Psicología de las Masas”, en los grupos surgen fuerzas que configuran un alma colectiva que obedece a sus propias leyes y que provoca la desaparición de la personalidad consciente y el predominio de la parte inconsciente del individuo. Durkheim, también, habla de conciencia colectiva.

En cualquier institución sanitaria existen creencias colectivas, sometidas a escasa crítica, que influyen en el trabajo individual y perjudican el quehacer diario: “el paciente no puede saber que se está muriendo, sino se va a deprimir” o “la familia entorpece el trabajo”.

Los grupos de reflexión favorecen el que surjan las particularidades y que no opinemos todos igual. La discusión sobre un caso determinado nos brindaba la posibilidad de comprobar que la interpretación que dábamos a un hecho concreto podía distar mucho de unos a otros y que todas las interpretaciones podían encontrar su lugar.

Valiente (1987) explica el concepto integración sobre el que teoriza Slavson. La integración es el proceso mediante el que el individuo se convierte en una parte indivisible del grupo, renunciando más o menos a su individualidad. Para que se pueda crear la situación grupal tiene que darse una parte de integración pero para que el grupo resulte terapéutico debe tender hacia un máximo de individuación y un mínimo de integración.

Considero que, en los grupos de reflexión, en todos ellos, se persiguió la expresión personal, la particularidad, por encima de la conformidad a la que te guía el pertenecer a un subgrupo determinado.

Entre la dependencia y la autonomía

Como destacan Bennis & Shepard (1956), en todos los grupos hay presentes miembros que encuentran seguridad en las reglas y los procedimientos (dependientes) y otros a los que les enfadan las estructuras y las reglas (contradependientes).

En algún grupo se solicitaba un trabajo de un modo más cognitivo que experiencial. Ante esta solicitud, y a pesar de que por nuestra parte se ha procurado que los miembros tomen una posición activa, finalmente, tampoco nos hemos resistido a que en ocasiones este espacio se convierta en un espacio didáctico y hemos abordado temas de interés para ellos como la comunicación o los trastornos psicológicos.

Es posible que el grupo se encontrara más seguro en una posición más dependiente. Es cierto también que, en este grupo, existía algún miembro más “catalizador” que iniciaba algún evento que dirigía al grupo a comunicarse de un modo más emocional que cognitivo. Por ejemplo, en una ocasión en la que uno de los miembros comenzó a fantasear en cómo se sentiría si fuera enfermo y dependiente e hizo moverse al grupo hacia las emociones que cada uno de ellos experimentaría en esta posición.

¿Grupos homogéneos o heterogéneos?

Hemos pensado mucho sobre la posibilidad de llevar a cabo grupos con mayor heterogeneidad, es decir, mezclar en el mismo grupo a profesionales sanitarios de distintas categorías.

En un principio no nos atrevimos ante el temor de que surgieran conflictos entre profesionales que no supiéramos manejar. La heterogeneidad que hubo en los grupos fue pequeña, pero consideramos que mucho más positiva que negativa. El compartir este espacio con profesionales de otras categorías les facilitó comprender más de cerca sus dificultades y propiciar un acercamiento que ha facilitado el trabajo conjunto posterior. Actualmente, la solicitud más frecuente por parte de antiguos miembros de los grupos es que, si se vuelven a llevar a cabo, formen parte de ellos profesionales de diferentes categorías.

El grupo de trabajo

De acuerdo con Bion (1996), todo grupo funciona en dos niveles diferentes: el grupo de trabajo y el grupo de supuesto básico.

Sin saberlo, nuestro objetivo como conductoras fue que el grupo funcionara como un “grupo de trabajo”, que el grupo persiguiera los objetivos planteados a su inicio sin que se dejara arrastrar por una actividad mental colectiva que se produciría si funcionara bajo un supuesto básico.

En diferentes momentos y grupos se ha tendido a funcionar bajo un supuesto básico de dependencia. La solicitud que se daba de aspectos teóricos salvaba al grupo de la inseguridad y de la confrontación con la angustia que supone compartir las dificultades. En otros momentos el supuesto básico que adquiría mayor protagonismo era el de ataque-fuga. Eran frecuentes las muestras de enfado ante situaciones complicadas con pacientes, familia o institución. En la elaboración de este enfado, tratamos de desvincularnos de la idea de “enemigo común” al que hacer frente, favoreciendo que surgieran interpretaciones y reacciones diferentes ante un mismo hecho.

El trabajo grupal de fenómenos existenciales

Este espacio ha sido un lugar privilegiado para trabajar lo que considera Yalom (2010), preocupaciones supremas como la muerte, la libertad o el sin sentido.

Con frecuencia se trabajó “la muerte”. Dentro de un mismo grupo había profesionales que tenían mayor contacto con la muerte que otros. Este hecho hizo que el trabajo de la muerte y el deterioro estuviera muy presente y a través del miedo de los pacientes y de sus familias a este momento, también se pudieron trabajar los propios miedos.

A veces, encontrar sentido a la tarea sanitaria cuesta trabajo al ver la muerte tan próxima. De este modo, fue frecuente también la búsqueda de sentido al quehacer diario cuando una curación no era posible.

La compulsión a la repetición

Un miembro de un grupo destacaba la importancia que había tenido la reflexión en los grupos para desactivar la compulsión a la repetición que su enfado experimentaba ante ciertas familias. Hablaba de un enfado que se reactivaba de manera automática ante situaciones similares. El hecho de traer a reflexión este enfado ante situaciones concretas le permitió valorar alternativas diferentes a la interpretación que daba a esta situación. Nuevas interpretaciones sobre la actitud de estas familias le ofrecieron la posibilidad de sentir nuevas emociones. Este hecho desactivó la compulsión a la repetición de este enfado. Y este miembro calificaba este logro como uno de los más importantes experimentados en el grupo.

Los factores curativos del grupo

Estos grupos no persiguen la curación ni la modificación sustancial de la personalidad de sus miembros, pero sólo el hecho de pertenecer a este grupo cohesionado por un objetivo común genera en sus miembros una serie de fenómenos positivos, similares a los factores curativos del grupo de los que habla Yalom (1975). Estos factores quedan patentes en la evaluación cualitativa que llevaron a cabo los participantes de los grupos.

La universalización es uno de los factores que más destacaron. El hecho de salir del aislamiento, compartir sus dificultades y sus dudas y comprobar que no eran la única persona que los sentía, que otros profesionales, a pesar de su imagen, también tenían carencias generaba un importante sentimiento de bienestar.

Y la expresión de emociones, la catarsis, que en pocos espacios puede desarrollarse, generó una cohesión grupal y el desarrollo de vínculos más estrechos entre sus componentes. Destacaban lo beneficioso que había resultado el grupo para establecer otro tipo de relación con compañeros con los que anteriormente existía mayor distancia.

Este espacio también favoreció la comprensión de uno mismo, porque a través de la exposición del caso, la devolución de los compañeros, la exposición de nuestras apreciaciones a partir de otros casos, se iban obteniendo observaciones repetidas sobre cómo se manejaban ciertas situaciones.

Y para aprender a manejar situaciones dificultosas de otros modos, este espacio grupal resultaba idóneo porque se favorecía la conducta de imitación, se observaban otros modos de enfrentar los problemas, se identificaban con los aspectos de unos y de otros y de este modo se iba creando un nuevo patrón de conducta.

En relación al manejo del conflicto, los componentes destacaban el gran aprendizaje que suponía escuchar a otros compañeros como manejaban la misma situación que a ellos les había generado conflicto. Más tarde, el enfrentar fuera del grupo la situación temida de otro modo reforzaba nuevas capacidades y la creencia en la libertad para el cambio.

La despedida

En la mayoría de los grupos hubo oportunidad de elaborar la despedida de este espacio. En este trabajo de la despedida aparecieron la tristeza y los sentimientos de pérdida, pero también el agradecimiento por lo aprendido.

Durante la despedida también llevamos a cabo una evaluación de las aportaciones de estos grupos que nos permitió conocer de manera más ajustada si nuestros objetivos se habían cumplido y cuáles eran las sugerencias de los participantes para mejorar estos espacios en caso de que se volvieran a repetir.

Conclusión

Estos espacios de reflexión sobre aspectos emocionales en el ámbito sanitario son beneficiosos porque a través del trabajo de la relación asistencial, no sólo se favorece la calidad de atención al paciente y a la familia que le acompaña, también se previene el burn-out y se potencia la satisfacción personal de los profesionales.

Tal y cómo reflexiona Ribé (2012), para un trabajo de calidad es importante la buena gestión de los recursos y esta buena gestión puede comenzar por favorecer la "gestión interna" de los trabajadores. El trabajo prioritario de estos grupos es esta gestión interna, a través del fomento de la reflexión, la contención y el actuar en consecuencia.

No quiero finalizar este trabajo sin agradecer a todos mis compañeros, médicos, enfermeras, auxiliares, trabajadores sociales y psicólogas su motivación y su confianza, que fue el motor de mi ilusión por llevar adelante estos espacios y me descubrió el poder de los grupos, para

mejorar un trabajo, para mejorar un equipo, para mejorar una institución y para mejorar la sociedad.

Bibliografía

1. Arillo, A., Zabalegui, M.J., Ayarra, M., Fuertes, C., Loayssa, J.R. y Pascual, P. (2009). El grupo de reflexión como una herramienta para mejorar la satisfacción y desarrollar la capacidad introspectiva de los profesionales sanitarios. *Atención Primaria*, 41(12): 688-694.
2. Balint, M. (1961). *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros Básicos.
3. Bennis, W. & Shepard, H. (1956). A theory of group development. *Human Relations*, 9(4): 415-437.
4. Bion, W.R. (1996). *Elementos de psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé.
5. Carballo, M. y González-Torres, M.A. (2013). CUIDANDO-NOS: Cuidado psicológico en y para profesionales. Una experiencia con equipos de Oncología y Hematología. *Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid*, 26.
6. Daurella, N. (2008). La aportación de los grupos Balint: una perspectiva actualizada. Ponencia presentada en las *Primeras Jornadas sobre la Formación Integral del Médico: ¿Bioingeniería o Medicina?*, Barcelona.
7. Del Longo, N (2012). Los grupos Balint en la formación psicoterapéutica. *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 29(2): 95-106.
8. Ferenczi, S. (1933). *Problemas y métodos del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
9. Foulkes S. H. (1973). The Group as Matrix of the Individual's Mental Life. En L. R. Wolberg y E. K. Schwartz (Eds.). *Group Therapy: an overview*. New York: Intercontinental Medical Books.
10. Foulkes, S.H. & Anthony, E.J. (2006). *Psicoterapia de grupo. El enfoque psicoanalítico*. Barcelona: Cegaop Press.
11. Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-166.
12. Gómez, R. (2002). *El médico como persona en la relación médico-paciente*. Madrid: Editorial Fundamentos.
13. Gorlin, R. y Zucher, H.D. (1983). Physician's reactions to patients. A key to teaching humanistic medicine. *New England Journal Medical*, 18: 1059-1063.

14. Grinberg, L., Lange, M. y Rodriugué, E. (1977). *Psicoterapia del grupo: su enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
15. Gutiérrez, L.M. (2015). Algunos elementos prácticos para el rescate del nivel subjetivo en la relación médico paciente. *Cuadernos de psicoanálisis*, 48(1/4): 261-276.
16. Kjeldmand, D. (2006). *The Doctor, the task and the group: Balint groups as a means of developing new understanding in the physician-patient relationship* (Tesis doctoral). Universidad de Uppsala, Suecia.
17. Kubler-Ross, E. (1994). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
18. Le Bon, G. (2014). *Psicología de las masas*. Madrid: Ediciones Morata.
19. Lozano, M. y Padín, J.J. (1995). De los conceptos de la medicina psicosomática a la práctica de la psiquiatría de interconsulta. *Monografías de Psiquiatría*, 3: 10-12.
20. Mingote, J. C. (1998). Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continua*, 8: 493-508.
21. Molnos, A. (1986). Anger that destroys and anger that heals: handling hostility in group analysis and in dynamic brief psychotherapy. *Group Analysis*, 19: 207-221.
22. Ortega, C. y López, F. (2004). Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1): 137-160.
23. Powell, A. (1988). *La naturaleza de la matriz grupal*. Lección del Curso de Introductorio de Psicoterapia Grupal Analítica. Hospital de Sant Pau, Barcelona.
24. Ribé, J.M. (2012). ¿Qué fue de los tradicionales grupos Balint?. En defensa de la perspectiva Balint y una metodología adaptada en los espacios de coordinación con Atención Primaria. *Norte de Salud Mental*, 10(44): 13-27.
25. Scheidlinger, S. (1974). El concepto de "grupo madre". En M., Kissen (1979). *Dinámica de grupo y psicoanálisis de grupo*. México: Limusa.
26. Sunyer, J.M. (2017). ¿Qué son los grupos Balint? ¿No se consideran grupos de psicoterapia?. Recuperado el 20 de abril de 2018 de <http://www.grupoanalisis.net/64-que-son-los-grupos-balint-no-se-consideran-grupos-de-psicoterapia/>.
27. Tizón, J.L. (1992). *Atención Primaria en Salud Mental y Salud Mental en Atención Primaria*. Barcelona: Doyma.

28. Tizón, J. L. (1993a). Los grupos de reflexión en atención primaria de salud. I. Su origen. *Atención Primaria*, 11(6): 69-72.
29. Tizón, J. L. (1993b). Los grupos de reflexión en atención primaria de salud. II. Algunos elementos teóricos y técnicos. *Atención Primaria*, 11(7): 361-366.
30. Tizón, J.L., San-José, J. y Nadal, D. (1997). *Protocolos y Programas elementales para la atención primaria a la salud mental. Volumen II: Atención a la infancia, Técnicas grupales y Programas preventivos*. Barcelona: Herder.
31. Tizón, J.L. (1998). ¿Grupos Balint o grupos de reflexión (sobre los componentes relacionales de la asistencia)? *Temas de Psicoanálisis*, 3: 7-37.
32. Valiente, D. (1987). *Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo*. Madrid: Fundamentos.
33. Vinogradov, S. & Yalom, I. (1996). *Guía breve de Psicoterapia de Grupo*. Barcelona: Paidós.
34. Yalom, I. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
35. Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y Terapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
36. Yalom, I. (2010). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Heder.