

La experiencia de un grupo Balint en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán"

Alejandro Sandoval*
Adriana Viladoms*
Samuel Ponce de León*

Summary

This paper is the summary of a two years experience with the Balint group of infectologists of the National Institute of Nutrition, "Salvador Zubirán". These physicians work with HIV/AIDS patients, being our main goal to understand and promote the coping of the anxieties which emerge about patients death and fatal illness. We expose here our theoretical-model based on M. Klein, W.R. Bion, D. Anzieu, Foulkes, Luchina and others works. The Balint group definition is: "An homogeneous group of physicians that teach, learn and investigate about the doctor-patient relationship". We see such relation from a psychoanalytical point of view.

Resumen

Este artículo es la síntesis de dos años de experiencia con un grupo Balint de médicos infectólogos que trabajan con pacientes VIH/SIDA. El grupo se estableció para contender con las ansiedades que se generan por el manejo y tratamiento de pacientes que tarde o temprano van a morir. Aunque el trabajo está sustentado en la experiencia clínica, se le da mayor peso al modelo teórico que se ha ido construyendo a lo largo del tiempo para entender los fenómenos de grupo, usando las aportaciones de autores como M. Klein, W.R. Bion, D. Anzieu, Foulkes, Luchina, entre otros. Se ha definido el grupo Balint como "un grupo homogéneo de médicos que opera como un instrumento de investigación, enseñanza y aprendizaje de la relación médico-paciente". Dicha relación se analiza desde una perspectiva psicoanalítica usando la relación continente-contenido que señala Bion.

Introducción

La intención de este artículo es meramente descriptiva, esto es, queremos transmitir la experiencia y las reflexiones generadas por la misma, cuando se trabaja con un grupo de médicos que tienen a su cargo un tipo especial de pacientes, que desde el punto de vista psiquiátrico, representan un reto y al mismo tiempo un esfuerzo extra en el manejo y tratamiento, pues son pacientes que padecen una enfermedad mortal, infectocontagiosa y altamente estigmatizada por la sociedad. No pretendemos exponer una serie

de datos a manera de protocolo de investigación y la forma de exponer a lo largo del artículo es propositivamente una mezcla teórico-práctica, que sirva a los conductores de grupo pensar y reflexionar sobre el proceso grupal que se despliega cuando se trabaja con un equipo de médicos, constituido que tienen un objetivo común. Se suplica al lector se remita a la bibliografía sugerida para ampliar la teoría subyacente, ya que sería sumamente arduo explicar cada uno de los conceptos vertidos y harían del trabajo más que una exposición de la experiencia un compendio de psicoanálisis.

El modelo del *grupo como un todo* (14) ha resultado útil para el entendimiento de los múltiples niveles interdependientes que subyacen a los "temas" tratados dentro de una sesión ordinaria en un grupo Balint.

La definición que nos parece más abarcativa del trabajo que se realiza con estos grupos es la de Luchina (1) que define al grupo Balint como "un grupo homogéneo de médicos que opera como un instrumento de investigación, enseñanza y aprendizaje de la *relación médico-paciente (R M-P)*".

De aquí es importante considerar entonces que lo esencial estará encaminado hacia el uso del "aparato para pensar" (Bion) y para reflexionar, con el propósito de establecer un grupo de trabajo o un "estado yoico grupal" (usamos este término para describir a un grupo que se apega al principio de la realidad y que usa su experiencia para generar un cuerpo de conocimientos-pensamientos capaces de ser utilizados en la práctica clínica).

La "R M-P" de acuerdo a Luchina,(1) puede definirse como el "campo dinámico en donde se desarrolla un proceso interpersonal e intersubjetivo cuyos límites van a estar formados por:

- 1) El ámbito en el que se desenvuelve (familia, consultorio, institución, etc).
- 2) La intervención médica específica (incluyendo la concepción propia de cada profesional relacionada a la forma de ejercitar su rol médico).
- 3) Las características inherentes a los pacientes y al tipo específico de sus padecimientos".(1)

Suponemos que los médicos llevan "temas", ya sea relacionados con una situación clínica particular, o bien, temas generales derivados de las preocupa-

* Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". Calle Vasco de Quiroga # 15, Tlalpan. México, D. F.

ciones concretas del funcionamiento del aparato mental de los pacientes. Estos temas tienen necesariamente un enlace con aspectos no solamente del trabajo común, sino de emociones comunes (4) en las que están inmersos todos los miembros del equipo. Así, los miembros de un grupo Balint se reúnen en primer instancia para pensar sobre una problemática particular, problemática que es inicialmente del "paciente", sin embargo, las emociones de los médicos son movilizadas de hecho en la situación del grupo, lo que genera una "problemática de los médicos" que ha sido vehiculada por las imágenes que despiertan los pacientes. El producto de todo esto son los TEMAS.

La tarea de los coordinadores del grupo es esencialmente conducir las asociaciones que impliquen una elaboración del material de los temas, así como, develar y señalar las emociones que están latentes y que en ocasiones bloquean la elaboración o bien la facilitan.

El marco teórico que sustenta este trabajo, está ligado a los desarrollos del análisis grupal de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupos (AMPAG) que, sin estar constituida como una escuela uniforme, sí se le puede señalar como la Corriente Mexicana de Análisis Grupal.

El grupo Balint debe constituirse mediante una serie de pasos que prevean las estructuras que le darán sostén, ya que tiene que incrustarse en un área específica dentro de la institución de la cual va a formar parte. Por ejemplo, para el grupo Balint de médicos infectólogos, fue necesario en primer lugar, desarrollar un protocolo asistencial que delimitara la actuación específica y la población que se iba a incluir. Es necesario también describir o tener al menos una idea de los sujetos que no entran dentro de la envoltura de los grupos.

En el caso del grupo de infectólogos se planteó que se destinaría para los residentes de primero y segundo año, que de alguna manera son los que tienen el contacto más estrecho con los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Cabe hacer la aclaración que el protocolo asistencial señalado arriba se llama "Modelo asistencial psiquiátrico mediante el uso de grupos psicoeducativos para pacientes VIH+/SIDA y Grupos Balint para médicos infectólogos". (15)

El contrato en el caso del Grupo Balint, se estableció con una reunión bimensual de una hora y media de duración en la Cámara de Gessell del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" (INNSZ). La consigna inicial verbalizada fue: tratar los aspectos emocionales tanto del paciente como del médico frente, una enfermedad mortal como el SIDA. Nuestra consigna no verbalizada y que está relacionada con una hipótesis subyacente, era la de trabajar la herida de naturaleza narcisista que supone en el médico el trabajar con pacientes que inevitablemente van a morir. (Más adelante explicaremos a qué nos referimos con esta herida narcisista).

Al momento de tener planeado el grupo se debe tener el aval de los directivos del área que está involucrada, de lo contrario la resistencia al trabajo grupal será inmanejable y, de hecho, una buena

fuerza de contrarresistencia es la autoridad moral que representan los jefes de un servicio.

También es importante pensar el desarrollo del grupo en términos de función última, esto es, cuando el grupo está en fase de planeación se debe tener alguna idea de lo que se espera que resulte del despliegue del "proceso grupal", aunque está claro que el fin que tiene un grupo se va a delimitar en todas sus dimensiones una vez establecido el mismo. Como ejemplo para este grupo de médicos que tratan con enfermos con VIH+/SIDA, el fin se pudo plantear en términos de restauración de la imagen narcisista atacada por una enfermedad que no se puede curar, y la función última se podría plantear en términos de acompañamiento al servicio de la vida, promoviendo la restauración de la imagen narcisista del paciente, al mismo tiempo que los médicos restauran su autoimagen. Sin embargo, no se puede forzar a un grupo a desarrollarse de acuerdo a una pre-concepción, sino que se debe permitir que por sí mismos lleguen a la finalidad esperada, si es que ésta está de acuerdo con la realidad. (Es importante mencionar que se está usando el concepto de narcisismo sano como lo entiende Kohut).

Vamos a referirnos muy brevemente al Proceso Grupal, que es según creemos, lo más interesante para los que nos dedicamos a los grupos dentro de las instituciones; es al mismo tiempo, la esencia del trabajo en grupos. También queremos señalar que la técnica no es primariamente interpretativa, aunque, si se dan las condiciones para ello, no perdemos la oportunidad de conectar el material manifiesto con sus aspectos inconscientes al nivel grupal, esto nos permite promover la regresión, al mismo tiempo que controlaría. Se usan ampliamente la clarificación, la confrontación y el señalamiento, siendo el mayor porcentaje de nuestras intervenciones, dirigidas hacia el grupo como-un-todo y no particularizando a los individuos.

Las reglas que se usan incluyen las señaladas por Anzieu para grupos no terapéuticos: unidad de tiempo, lugar y acción (Encuadre); reglas de la abstinencia, no omisión y neutralidad.(3)

Ya dentro del proceso grupal, un concepto sumamente rico es el de "envoltura grupal" (por extensión del concepto de envoltura psíquica que Houzel define como el "plano de demarcación entre mundo exterior y mundo interior, entre mundo psíquico interno y mundo psíquico de otro".(5) El concepto es de Anzieu y fue ampliamente desarrollado para la situación de grupos por A. Missenard) que permite visualizar a manera de metáfora la lenta y progresiva constitución del grupo como un proceso de diferenciación intrapsíquica en cada uno de los individuos; es ahí, en el interior de cada sujeto que se abre un espacio formado por vía de identificaciones, proyecciones e introyecciones, que van incluyendo a todos los participantes por planos o sectores.

Es como si una estructura pudiese ser incorporada y desde adentro en la mente de cada individuo sufre un proceso de delimitación con las estructuras grupales previamente formadas para que en un momento posterior se asimile al todo relacional.

Esto puede resultar seguramente críptico, sin embargo está sustentado en las ideas de Bion, que señala que una de las características del grupo es la regresión que se genera por las fantasías que se despiertan en cada uno de los integrantes con respecto al objeto-grupo que se enfrenta a su individualidad.(6)

Cada individuo va a proyectar al exterior la imagen que tiene de esa estructura grupo-internalizada, produciendo una serie de acomodados con las estructuras proyectadas de sus compañeros, generando lo que Ezriel denomina una "tensión común grupal"; pero lo interesante que nos atañe en el manejo del grupo Balint es que esa estructura-grupo que busca acomodarse y asimilarse intrapsíquicamente, cae dentro del área de influencia de las tempranas relaciones padres-hijos-hermanos, porque el grupo, en primer lugar, es un buen facilitador de las relaciones interpersonales (lo que implica toda la gama de relaciones humanas y manejo de objetos) y en segundo lugar, porque el foco del grupo remite necesariamente a una relación que ha sido privilegiada artificialmente, que es la R M-P, que tiene a su vez una serie asociativa (o penumbra de asociaciones como le llamaría Bion) que se relacionan con un número siempre creciente de antinomias: fuerte-débil; concededor-ignorante; sensible-insensible; sano enfermo, etc...

Elevando esta relación a una situación privilegiada, jalamos por así decirlo, a las relaciones que asociativamente están conectadas y que tienen seguramente un principio básico en las tempranas relaciones objetales. Vale decir que todos estos aspectos se encuentran en el fondo o base, y nos sirven para la comprensión, aunque en el trabajo concreto no se hagan interpretaciones en este nivel genético.

Estamos señalando pues, lo que se puede denominar la "penumbra de asociaciones" que la R M-P tiene tras de sí, siendo uno de los objetivos del grupo el que cada miembro del mismo pueda movilizar, en la medida de lo posible, los eslabones de la larga cadena de asociaciones que arrastran, en cada contacto, con un nuevo paciente.

Ya en el terreno de la relación, el médico es depositario de las ansiedades no verbalizables del paciente y que se transmiten mediante un sistema no verbal, ya sea a través de imágenes vehiculadas por la expresión corporal, o bien a través de lo que se puede denominar "resonancia fantasmática" (3) y que tiene su sustento en:

- 1) el acervo común de fantasías que los seres humanos de una comunidad o población específica manejamos, con respecto a una enfermedad, un evento traumático, un hecho doloroso o bien la idea de la muerte, etc.
- 2) El sistema fantasmático personal de ambos participantes (es útil revisar el concepto de organizador psíquico grupal que trabaja Anzieu para comprender los fenómenos que se están describiendo).

De esta manera las aferencias que "cargan" al médico van a promover una serie de actitudes o conductas con respecto al paciente y que en muchas

ocasiones sólo están al nivel inconsciente. La manera en que el médico metaboliza esos elementos expulsados desde el paciente, es la manera en que se desarrollará la calidad de la relación, ya sea con mayor o menor empatía, con mayor o menor profesionalismo, aludiendo a dos niveles diferentes: en el primero a la dimensión inconsciente y del proceso primario, y en el segundo a la dimensión consciente o del proceso secundario.

Nuevamente estamos usando como referente a Bion que nos da una imagen ampliamente utilizable para la comprensión de los fenómenos que se dan entre dos personas por ejemplo, tal es el caso de la imagen continente-contenido, (8) en la cual los dos polos pueden ser intercambiables en un momento determinado y de hecho, este concepto (el de la relación continente-contenido) permite entender el mecanismo de la identificación proyectiva patológica (7).

Es muy importante estar siempre atentos al polo continente, que es en un primer momento del análisis el médico, en donde estas aferencias que señalamos, deben generar ciertas modificaciones ya sea funcionales o estructurales de su sistema de valores, conocimientos, ideas, afectos. Cuando suponemos que hay toda una serie de elementos que son inmanejables por el paciente, pero que son depositados como elementos crudos en el médico, pensamos que éste, a su vez, tiene que hacer algo para incorporarlos o desecharlos. Es muy común el segundo mecanismo, cuando un médico simplemente expulsa lo que sabe que no le corresponde, porque tiene un modelo de conocimiento que excluye elementos subjetivos o considerados como poco consistentes. El problema radica cuando estos elementos entran en resonancia con aspectos inconscientes del médico y que a su vez van a constituirse en elementos no manejables verbalmente o a través de las representaciones verbales, por lo que se pone a andar el aparato para expulsar dichos elementos. El grupo Balint es el vehículo mediante el cual se pueden manejar estos aspectos dentro del médico.

La totalidad de esos elementos no manejados por los médicos, o aún más expulsados por ellos (para mayores detalles se puede revisar el mecanismo de identificación proyectiva en), (11) van a conformar los "temas" que surgen o bien la secuencia de los temas que se despliegan en el proceso grupal. (Definimos a los temas como el resultado de la mentalidad grupal más, la cultura grupal puestas en tensión en el aquí y ahora que se expresan como ideas hegemónicas susceptibles de investigación).

Tratando de ser un poco más específicos se puede señalar que a un nivel profundo, se encuentra una imagen en todos los médicos, que corresponde a una estructura reparadora y que da cuenta de un *dictum* que señala que los médicos debemos ser apóstoles. Si el médico tiene en su interior una necesidad de reparar, es en realidad, una necesidad de repararse a sí mismo en algún aspecto de su estructura psíquica (quizá uno de los fenómenos más interesantes cuando se les pregunta a los estudiantes que desean ser médicos, cuál es la causa de su elección, es que invariablemente despliegan una serie de fantasías

casi omnipotentes que incluyen por ejemplo: ayudar a la humanidad, curar el cáncer, hacer feliz a la gente, etc. Los menos mencionan que en su historia hubo un familiar salvado por un médico y él, en agradecimiento quiere hacer lo mismo con otros, o lo contrario en su historia, un médico cometió un error grave con un familiar y él desea hacer lo contrario con otros. El caso es que parece que la mayoría se deja arrastrar consciente o inconscientemente por el arquetipo del médico, cuya imagen se espera que envuelva al *self* de cada uno y de cuya fusión se obtendrá una serie de ganancias "narcisistas"), esto es, el médico busca en el paciente una actitud de aprobación que le subsane una herida casi nunca verbalizada. Así, el médico espera de sus pacientes ser curado al nivel de esta herida narcisista.

Lo anterior es el ejemplo de cómo la relación continente-contenido puede ser útil para la comprensión, al nivel del grupo, de la R M-P, pues se entiende que el paciente usa al médico para fines que van más allá de la expresión de síntomas corporales, sino que también para la expulsión de elementos de supsique que no pueden ser manejados por él (aquí es útil recordar el proceso de aceptarse enfermo como lo describe Kaplan en 12). Así, el médico es el continente del contenido expulsado del paciente (como un vómito), pero a su vez el médico expulsa de su interior una serie de demandas que tienen que ver con una herida que debe ser sanada, convirtiendo así al paciente en el continente de su contenido.

Entonces al nivel inconsciente los roles "médico" y "paciente" se invierten; el médico busca ser curado y el paciente desea curar la herida del médico. Cuando un paciente es un "buen paciente" es porque al nivel consciente se somete a todas las disposiciones del médico, sin quejarse o cuestionar acepta el dolor o las molestias de los tratamientos; tolera la espera y la invasión, es entonces continente de una ansiedad que viene desde el médico. Esta ansiedad puede relacionarse con una pulsión epistemofílica, es decir el deseo de conocer lo que pasa al paciente en su enfermedad; pero a su vez, al nivel inconsciente esta pulsión generada en la ansiedad busca la restauración siempre permanente de la imagen arcaica del médico (un proto-Yo profesional).

Ya algunos autores han señalado, que en el caso de muchos médicos han sido personas que se han hecho cargo ya sea real o en la fantasía de sus familiares, han sido los hermanos mayores, etc. Aquí la imagen arcaica descrita tendrá seguramente una buena vía de entrada para el desarrollo ulterior de lo que llamamos la "esperanza vocacional".

El Yo arcaico del individuo-médico se enlaza a un Yo profesional mítico que ha permanecido inalterado a través de la historia de la humanidad. La del médico curalo-todo, sabelo-todo, omnipotente. Cuántos pacientes se curan con el sólo hecho de "ver" al médico; el efecto placebo de muchos medicamentos puede ser explicado a través de la incorporación de la imagen y función del médico.

Cuando un paciente no está dispuesto a colaborar con la restauración de la herida narcisista del médico, rápidamente entra en juego una dialéctica tendiente a

generar un equilibrio, mediante una lucha de poder que en ocasiones da entrada en la R M-P a correlatos de la pulsión de muerte (Klein, Anzieu).

Estos correlatos se expresan en múltiples niveles, pero todos ellos van asociados a envidia, hostilidad, devaluación que se manifiesta en las conductas y las palabras (como por ejemplo paradojas verbales, dobles mensajes, expresiones despreciativas aparentemente graciosas, etc) (4) y cuya función está encaminada a "dragar" el continente respectivo.

Se ha insistido en la idea de que entre el médico y su paciente se establece un espacio que es susceptible de investigación y análisis, para lo cual es necesario que se tenga la capacidad de descentrarse de sí mismo y poder observar en la distancia, el campo que rodea a esta relación particular. Por eso decimos que el grupo Balint a su vez es un espacio que sirve para reflexionar sobre la relación médico-paciente, sobre la psicología del paciente, sobre el sí mismos como médicos y sobre el funcionamiento del equipo como-un-todo. Así, estamos viendo que la dimensión del espacio entre un paciente y su médico se puede investigar en otro espacio constituido por la agrupación de médicos y desde ahí se puede ampliar a contextos cada vez mayores que impliquen a la institución. Se pueden usar entonces los fenómenos propios de un grupo, como por ejemplo la formación de roles, el desarrollo de chivos expiatorios, las resistencias a la tarea, etc., para el esclarecimiento de las dimensiones intrapsíquicas y de la dinámica del campo a estudiar (R M-P).

En ocasiones es difícil hacerse una idea de lo que un campo es o puede representar, sin embargo creemos que pocos médicos estarán ajenos a ciertos hechos que muestran que entre los individuos se constituye un campo en una relación amorosa por ejemplo, una reunión de amigos, un grupo de trabajo, etc. Cada uno de los participantes en esa relación aportará más o menos elementos en la constitución del campo o espacio particular.

Al campo se le estudian las valencias, las líneas de fuerza, las tensiones, las metas, etc. (Para mayor información resulta útil el libro) (13).

Uno de los fenómenos más interesantes en el estudio de los grupos, es precisamente la idea de que entre los individuos que se reúnen con una determinada finalidad, circulan una serie de elementos que van desde los más conscientes, hasta los más inconscientes. No sólo ideas sino también afectos, imágenes, ilusiones se ponen en juego aun si el motivo de reunión fuese el hablar del estado del tiempo. (La cualidad y cantidad de los elementos que llegan a la superficie verbalizada, estará determinada por el movimiento que se da entre los temas individuales en un tiempo preciso del aquí y ahora, ante una conformación única del grupo, lo que incluye el sistema de señales no verbales que van desde los gestos, expresiones faciales por la situación vital de cada uno, hasta los colores de ropa que se seleccionaron ese día, etc.) (3).

Igualmente como señalabamos, entre un médico y su paciente o pacientes se puede hablar de la constitución de un campo, cuyos límites van a estar

determinados por un contrato en el que se establecen las fronteras de actuación de los mismos, el rol que van a desempeñar, así como las maniobras y acciones que se van a permitir dentro del mismo. La transgresión de las normas implícitas y explícitas van a ser consideradas como una "perversión" de la relación médico-paciente por cualquiera de los integrantes de la misma.

Con todo esto podemos ahora pasar a la explicación muy breve de dos ciclos de un año de duración cada uno, del grupo Balint. Queremos antes que nada aclarar que cuando se plantea que hay un campo, es porque en un momento determinado se le puede ver a la distancia, se le puede estudiar y analizar, se le puede contrastar como si fuese una transparencia con otros campos de naturaleza similar, entre otras cosas. Así, en el grupo Balint, usamos el campo de la relación médico-paciente como objeto de estudio, pero a su vez descentrándonos un poco, estudiamos el campo que se da entre los miembros del grupo Balint, en donde vemos que la R M-P puede llegar a tener connotaciones más amplias, de ahí hemos podido partir al campo en el que se da la actuación de los miembros, es decir, la institución como un todo. Con esto decimos que aunque se privilegie una relación aparentemente sencilla, ésta tendrá connotaciones cada vez más amplias. Podemos señalar que esto ha constituido una fuente de retroalimentación útil para la institución y presumimos que, a medida que la noción de calidad total que se está importando al terreno de la medicina se vaya fortaleciendo en las estructuras organizacionales de los hospitales, el trabajo grupal jugará un papel importante de profundas implicaciones.

Actualmente estamos por cumplir tres ciclos. Cada ciclo ha tenido características especiales que están determinadas ya sea por:

- 1) La incorporación de nuevos miembros, lo que supone una configuración diferente a la anterior porque las jerarquías cambian; o bien
- 2) por la finalización de cursos. Como sea, independientemente de las modificaciones estructurales, creemos que se puede establecer una continuidad en el desarrollo del grupo, que en parte es vehiculada por los conductores (comonitores). En este sentido, el desarrollo que en nosotros se va generando, necesariamente va a influir en el desarrollo del grupo Balint, así, nosotros somos los depositarios de la historia del grupo y la evolución del mismo.

Queremos enfatizar que desde nuestro punto de vista, una continuidad entre un ciclo y otro, se realiza mediante el manejo de las imágenes que se generan en el aquí y ahora de una sesión particular, los temas emergentes, los estados de ánimo, etc.

Por razones de espacio sólo se mencionarán los eventos más relevantes de dos ciclos del grupo Balint de médicos infectólogos.

Los eventos más importantes del primer ciclo fueron:

- 1) Al inicio se despiertan ansiedades persecutorias.

- 2) Se establecen medidas de reaseguramiento de parte de los coordinadores.
- 3) Se analizan casos concretos siempre.
- 4) Las síntesis teórico psicológicas son escasas (por síntesis teórico psicológicas nos referimos a la capacidad que tiene un individuo para, a partir de un caso clínico dado, incluir y extraer los mecanismos psicológicos subyacentes, que abarcan no sólo a un paciente sino a varios, y cuya tendencia es hacia la conceptualización del funcionamiento mental total tanto en el estado de equilibrio, como en el reaccionar ante estímulos como una enfermedad mortal por ejemplo).
- 5) Eran herederos de una relación simbiótica médico-paciente (se trató de un médico que favorecía la simbiosis y que al regresar a su lugar de origen generó descontento y severas depresiones en los pacientes) que sirvió de contrapunto y toma de rol "moral" (una de las primeras preocupaciones estaban encaminadas hacia la reflexión sobre el rol que debe asumir un médico; cuáles son los límites de la diada médico-paciente; cuál es la distancia óptima; qué se puede esperar de cada uno de los participantes de la diada; qué características debe tener un médico del instituto).
- 6) Había miembros del grupo de residentes que no se integraron, manteniéndose periféricos. Ocasionalmente acudían cuando tenían problemas con un paciente. El resto del grupo acudía de manera regular, aunque si tenían "olvidos" de la sesión que eran seguidos por un matiz de culpa en la siguiente sesión.
- 7) La cohesión grupal que se generó fluctuaba de media a alta.
- 8) El nivel de profundidad de la introspección fue moderada, haciendo énfasis los integrantes del grupo, más en sus deficiencias de conocimientos psicológicos que en su experiencia psicológica personal.
- 9) El ánimo grupal se mantuvo expresando sensaciones con sus respectivos sentimientos de ser observados por nosotros y por los pacientes, hasta sentimientos de mutualidad y confianza.

Es evidente que el grupo como organismo tendía paulatinamente hacia la diferenciación con respecto a otros elementos de la institución, al mismo tiempo que buscaban mantener los límites entre los individuos que lo componen, pues al nivel psicológico, la fusión de los miembros de un grupo cohesivo se vive como la pérdida de la individualidad, lo que despierta ansiedades (9) que bloquean el desarrollo del grupo. Así, en este primer ciclo, nos vimos enfrentados con el dilema del individuo vs grupo.

Los eventos del segundo ciclo fueron esclarecedores de esta dilemática, pues a medida que aumentaba la depositación de expectativas, idea, etc., al grupo, disminuía la importancia de mantener la individualidad, pero aumentaba la ansiedad y frustración al encontrarse con el complejo terreno de la psicología. Los eventos del 2o. ciclo fueron:

- 1) Uno de los temas iniciales fue el narcisismo del médico (de esta manera se puso en entredicho la

imagen omnipotente que subyace a la figura del médico, al mismo tiempo que diluían su propia envoltura narcisista en favor de una envoltura más general que correspondía al grupo).

- 2) Se comenzó a hablar más abiertamente de las ansiedades generadas por la enfermedad.
- 3) Se habla de la ansiedad empática manifestada a través de sueños que representaban al médico como portador del virus.
- 4) Se presentan sueños que expresan las expectativas altas que pesan sobre su Yo.
- 5) Las síntesis teórico psicológicas son generales y ya no se particulariza a una sola R M-P.
- 6) El nivel de compromiso es alto; la cohesión grupal es buena; la introspección en general es alta.
- 7) Se hacen evidentes síntomas depresivos secundarios a la muerte de algún paciente favorito.
- 8) Manifestaciones aisladas de identificación con las circunstancias de los pacientes.
- 9) Se hace una revisión extensa de la figura del médico.
- 10) Los señalamientos incluyen la noción de "imagen arcaica" y primitiva del médico y la medicina.
- 11) El tema del amor ocupa un buen espacio de las reflexiones.
- 12) Muchas sesiones eran precedidas por una comida en el grupo (este es un fenómeno curioso que expresa tal vez el deseo de recibir un buen alimento o bien que la sesión sirva de postre, el hecho en sí manifiesta la incorporación de "ideas" que de alguna manera van a servir para su trabajo cotidiano, para calmar las molestias del hambre intelectual o llenar el hueco que se genera de las ansiedades del tratar pacientes VIH+/SIDA.

En estos puntos se puede apreciar que el objeto-grupo adquiere mayor coherencia (la coherencia implica la diferenciación de los factores constituyentes en la relación que se da entre un grupo-médicos más un grupo-pacientes en el aquí y ahora personificados por medio de la "temática"). Un comentario de uno de los participantes da cuenta de ello cuando después de una sesión que trató diversos temas desligados de la R M-P señaló, que sólo aparentemente se habían alejado de los pacientes, ya que se había hablado de los mismos todo el tiempo pero de manera indirecta. Otro fenómeno que da cuenta de la creciente coherencia, lo constituye el fenómeno descrito por Anzieu como la ilusión grupal, que se expresó en todas sus dimensiones a mediados del segundo ciclo de las sesiones Balint. (4)

El grupo a medida que evoluciona va tomando conciencia de su propio funcionamiento, pero lo que es más interesante aun es que sirve de contrapunto para explorar las contribuciones individuales, así, aunque el grupo sea tomado como un buen equipo, se señalan por los mismos integrantes las diferencias entre cada uno de ellos, las virtudes, los defectos, los roles que asumen entre otras cosas.

Hemos podido comprobar con algunos médicos, cuyo patrón de R M-P era rígido o estereotipado, que la fuerza del grupo, cuando se la utiliza, facilita cambios paulatinos en la forma de establecer dichas rela-

ciones. Quizá uno de los objetivos más anhelados de Balint era el de promover cambios estructurales en los médicos, (2) sin embargo, para que esto tenga lugar algún día, primero habrá que tocar, desde la R M-P todas las relaciones asociadas a ella hasta la raíz misma de la capacidad de establecer vínculos, lo cual es una tarea compleja que requiere una extensa revisión. (El vínculo debe ser tomado en el sentido Kleiniano de correlato del amor, que tiene además tres vertientes para Bion: vínculo K (conocimiento), H (odio) y L (amor). Para mayor referencia ver.(9)

El vínculo que se da entre médico y paciente (R M-P) nos remite en el grupo de médicos a uno de los vínculos más evasivos al análisis y que se ha perfilado en el tercer ciclo de sesiones Balint, que es precisamente el vínculo entre la mente y el cuerpo. El aglutinante de estos dos aspectos del ser humano, es un impulso amoroso y puede ser roto al nivel de la aproximación cognoscitiva como en el caso de la pugna: organicistas vs. animistas o psicologistas. Ambos extremos queriendo negar la existencia del otro promoviendo las visiones parciales del ser humano. Creemos que esta forma de desvincular al todo humano es, porque se está al servicio de fuerzas derivadas de la pulsión de muerte, (10) que incluyen el odio y la envidia, mismos que utilizan como motor los elementos discordantes en la R M-P; las ansiedades arcaicas de desmembramiento (traídas a la luz por las representaciones mentales de la enfermedad, con sus correlatos injustificados por cierto, pero validados por la sociedad inmadura de muerte-sangre-sexo-perversión-infidelidad-decadencia-etc); los elementos crudos señalados más arriba; el repudio a abandonar imágenes arcaicas; el duelo no resuelto de uno o ambos participantes de la relación; la inmadurez afectiva y la incapacidad de amar (en el sentido que le da Klein en el simposium).

Con esto queremos tan sólo esbozar que si logramos en la situación de grupo, utilizando sus fuerzas aglutinantes, establecer el primordio de una estructura armoniosa que fluya desde la autoobservación hasta el sentimiento de mismidad, que sea utilizable para "vincular", podremos alcanzar lo que apuntábamos muy al principio del artículo como la "función última" del grupo Balint, que tiene que ver con la reinstauración en el médico, de elementos que habían quedado "excomulgados" de su cuerpo de conocimientos y, al mismo tiempo la restauración de una imagen más apegada a la real habiendo desarticulado la imagen arquetípica del médico.

Estamos conscientes de las dificultades que este complejo tema representa, tomando en cuenta que no se trata de grupos terapéuticos, (4) pero confiamos que a medida que ganamos más experiencia podremos ser el vehículo de al menos el grupo de médicos seleccionados, que tienen bajo su responsabilidad, una tarea que a nuestro juicio requiere, además de conocimiento, mucha entrega, amor a la profesión, cariño a los pacientes y sinceridad consigo mismo. Este artículo es de hecho el "producto" de la reflexión que las reflexiones de ellos nos evocaron y despertaron, por lo que estamos convencidos que el trabajo de equipo amplía el campo de la conciencia individual.

REFERENCIAS

1. LUCHINA J: *El Grupo Balint*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1982.
2. BALINT M: *El Médico, su Paciente y la Enfermedad*. Libros Básicos. Buenos Aires, 1966.
3. ANZIEU D y cols.: *El Trabajo Psicoanalítico en los Grupos*. Ed. Siglo XXI. México, 1978.
4. ANZIEU D y cols.: *El Grupo y el Inconsciente*. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1978
5. ANZIEU D y cols.: *Las Envolturas Psíquicas*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1990.
6. BION W R: *Experiencias en Grupos*. Ed. Paidós México, 1990.
7. BION W R: *Aprendiendo de la Experiencia*. Ed. Paidós; México, 1987.
8. BION W R: *Volviendo a Pensar*. Ed. Home, Buenos Aires, 1985.
9. GRINBERG L y cols.: *Introducción a las Ideas de Bion*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1979.
10. GREEN A y cols.: *La Pulsión de Muerte*. Ed. Amorrortu,- Buenos Aires, 1991.
11. HINSHELWOOD RD: *A Dictionary of Kleinian Thought*. Free Association Books. Londres, 1991.
12. KAPLAN H I, SADOCK BJ: *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V*. Ed. Williams & Wilkins. USA, 1989.
13. DEUTSCH M, KRAUSS RM: *Teorías en Psicología Social*. Ed. Paidós, México, 1989.
14. FOULKES S H: *Selected Papers. Psychoanalysis and Group Analysis*. Karnac Books, Londres, 1990.