

UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
FACULTADE DE MEDICINA E ODONTOLOXÍA

TRABALLO FIN DE GRAO MEDICINA

Título: Grupos Balint para mejorar la calidad asistencial, el bienestar y la satisfacción profesional.

Grupos Balint para mellorar a calidade asistencial, o benestar e a satisfacción profesional.

Balint groups to improve the quality healthcare, the welfare and the professional satisfaction.

Autor: Markel Paul Erroteta Duña

TITOR: Ángela Juana Torres Iglesias

COTITOR1: Iñaki Eguíluz Uruchurtu

COTITORA2: Daniel Núñez Arias

Departamento: Psiquiatría

Curso académico: 2020/2021

Convocatoria: 24 de Junio 2021

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	OBJETIVOS	4
III.	MATERIAL Y MÉTODOS	4
III.I	Criterios de inclusión y exclusión	4
IV.	RESULTADOS	8
V.	DISCUSIÓN	30
VI.	LIMITACIONES	34
VII.	CONCLUSIONES	37
VIII.	BIBLIOGRAFÍA	38

Resumen

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática sobre los grupos Balint, su utilización como instrumento de prevención del Burnout, del bienestar y de la satisfacción profesional de los médicos, con la consiguiente mejora de la relación con el paciente. Pudiendo incluir también en estos grupos a los diferentes profesionales sanitarios que configuran los equipos de atención a la salud.

Palabras clave: Balint group, Balint groups

Resumo

O obxectivo deste traballo é realizar unha revisión sistemática sobre os grupos Balint, a súa utilización como instrumento de prevención do Burnout, do benestar e da satisfacción profesional dos médicos, coa consecuente mellora da relación co paciente. Podendo incluír tamén nestes grupos aos diferentes profesionais sanitarios que configuran os equipos de atención á saúde.

Palabras clave: Balint group, Balint groups

Abstract

The objective of this work is to carry out a systematic review on the Balint groups, their use as an instrument for the prevention of burnout, welfare and professional satisfaction of doctors, with the consequent improvement of the relationship with the patient. It is also possible to include in these groups the different health professionals who make up the health care teams.

Keywords: Balint group, Balint groups

ABREVIATURAS

GB: Grupo Balint

GNB: Grupo No Balint

GP: General Practitioner

ABS: American Balint Society

MAP: Médico de Atención Primaria

PMI: Psychological Medicine Inventory

JSE: Jefferson Scale of Empathy

I. INTRODUCCIÓN

Dedicarse profesionalmente al ejercicio de la medicina, no sólo supone una gran dedicación en cuanto a horas de estudio y formación individual; sino que también supone un gran esfuerzo en otros aspectos. Un médico es una persona que trabaja con la salud de otras personas, y este hecho conlleva una gran responsabilidad y en muchas ocasiones una gran carga emocional. El problema que ocurre a día de hoy tanto en los complejos hospitalarios como en los centros de salud, es que no existe ningún espacio donde los profesionales sanitarios puedan reunirse para hablar sobre esta gran carga emocional que supone el simple hecho de ejercer su profesión.

Hay profesionales que llegada cierta edad, o incluso desde la carrera, se cierran en banda a sufrir y padecer todas estas sensaciones y sentimientos que genera el trabajar con la salud de otros seres humanos y deciden adoptar una actitud defensiva (7). Pero, ¿Puede un médico que no es capaz de recoger todo lo que gira entorno a una enfermedad, todas las emociones, las inquietudes, todo el padecimiento humano que conlleva en el enfermo –y en el médico- perder la salud, ser un buen profesional? ¿Puede un médico limitarse a la enfermedad y estar ejerciendo adecuadamente? Y a su vez, ¿Cómo adquiere un médico la capacidad para recoger todos los aspectos emocionales que un paciente le presenta? ¿Dónde lo aprende? Y una vez aprendido, si el hecho de intentar contener esta avalancha de sentimientos le hace sufrir y le supone una carga, ¿Cómo lidia con ello? ¿Dónde deposita todo lo que lleva a cuevas? ¿Existe algún organismo, alguien que ayude a los profesionales sanitarios a lidiar con el sufrimiento y la presión que en numerosas ocasiones supone su trabajo?

En la década de 1950 el psicoanalista Michael Balint creó en Londres grupos para Médicos Generales que más tarde pasarían a llamarse Grupos Balint. Estos grupos estaban formados por 6-12 sanitarios y cada semana una o dos personas eran las encargadas de presentar casos de la práctica médica en las sesiones (1). Michael Balint, como psicoanalista, comentaba los aspectos psicológicos y relacionales implicados en los casos, aprovechando la ventaja que da al psicoanalista su formación específica(2). Los casos presentados por los médicos estaban basados en situaciones de su práctica médica diaria en la que habían encontrado dificultades para entender o abordar aspectos psicológicos tanto del paciente, como de ellos mismos y la relación entre ambos(3).

En 1957 Balint publicó su libro “El médico, su paciente y la enfermedad”, en el cual hablaba de cómo los médicos tienen amplios conocimientos sobre las diversas patologías y sus tratamientos, pero en numerosas ocasiones, se ven limitados a la hora de comprender el origen del sufrimiento de sus pacientes (4). Las diferentes aportaciones de Balint se convirtieron en la base del movimiento conocido como “medicina basada en el paciente”, término que acuñó junto a su colaboradora y esposa, Enid Balint (5). Dicho término buscaba un abordaje global en el cual el sufrimiento del paciente, sus preocupaciones, su entorno personal y la percepción de su patología, eran tan importantes como la propia enfermedad. En este abordaje se incluye también la propia percepción que tiene el médico sobre su paciente, viéndole como un ser humano único que sufre y no como una enfermedad más (5).

Fue de forma grupal donde Balint comenzó a trabajar esta manera de abordar a los pacientes. Ayudándose de su formación psicoanalítica para comprender los diferentes mecanismos implicados en los casos que presentaban los médicos en las sesiones. Dando también cabida al médico como ser humano que sufre en su trabajo diario, al encontrarse con situaciones y pacientes que no es capaz de comprender, y por tanto, que no es capaz de abordar. Lo que conlleva a una frustración y a un sufrimiento por parte del médico ante la incapacidad para afrontar su profesión de la mejor manera posible. Estos sucesos hacen que, en última instancia, la relación entre ambas partes, médico y paciente, se deteriore, y así ocurra con la salud y el bienestar de ambos.

Por tanto mediante estos grupos, Michael Balint buscaba que los profesionales sanitarios fueran adquiriendo habilidades para mejorar la relación médico-paciente y lograran una mejora en sus capacidades de comprensión y abordaje de cada paciente como ser individual (3). Haciendo de ellos, unos médicos más capaces de establecer buenas y sólidas relaciones, y por tanto, haciendo que el paciente se sintiera más comprendido y con una mayor confianza en su médico.

Durante la carrera adquirimos una ingente cantidad de conocimientos sobre anatomía, fisiopatología, genética, farmacología... Tenemos una gran formación en todas estas áreas y acabamos siendo médicos con un gran baúl de información acerca de miles de enfermedades... Pero tal vez no se esté haciendo el hincapié necesario en enseñarnos a cómo debemos comunicarnos con un paciente; cómo mirarle a los ojos, escucharle, comprenderle y finalmente responderle, o callar simplemente. Somos entrenados para tener un buen ojo clínico, para pensar en pruebas diagnósticas, en cifras que se encuentran fuera de un rango de la normalidad... Concebimos cada vez más el ejercicio de la medicina como la búsqueda de problemas concretos en cierto lugar de un cuerpo, un cuerpo que está enfermo y que hay que intentar sanar. En las consultas, la mayoría de los médicos, se centran en la recopilación de datos, síntomas y signos que cuadren con una hipótesis diagnóstica y se olvidan de buscar todo lo demás que rodea a esos datos analíticos alterados, a ese síntoma o a ese signo clínico. Y esta carencia de formación resulta muy peligrosa, ya que si bien el potencial terapéutico de la relación médico-paciente es muy grande, también lo es su potencial iatrogénico. Y la forma de responder del médico a las demandas del paciente puede contribuir a determinar la forma última y el curso de la enfermedad (2).

La conciencia del médico de la enfermedad es a veces más inmediata que la conciencia de la persona que se encuentra frente a él (4). La medicina cada vez se muestra más reacia a la percepción de las emociones (6). Emociones que brotan de un cuerpo que es vivido por una persona particular, que sufre no solo la enfermedad, sufre el contexto familiar, laboral y vital en el que se detecta esa enfermedad, sufre su incapacidad, su frustración y sus limitaciones por todo lo malo que le está aconteciendo. Y es en esta compleja situación donde el médico debe saber percibir, contener, acompañar, preguntar, responder... A fin de cuentas dar cabida al padecimiento emocional humano que surge de todo padecer corporal; e intentar aliviarlo de la mejor manera posible (4).

Uno de los aspectos que abordan los grupos Balint son las defensas; tal y como decían Salinsky y Sackin, "los médicos, como todas las personas, tienen defensas". El problema es cuando estas defensas le distancian del paciente (7). El objetivo de los grupos Balint

es hacer que los médicos sean más capaces de identificar estas defensas y de utilizar las herramientas que brinda el trabajo grupal para mejorar la comunicación con los pacientes y con otros compañeros de trabajo (8,9).

La respuesta del médico ante las quejas y síntomas que presenta el paciente va a determinar en gran medida la evolución de la enfermedad. Por ello es necesario sustituir el diagnóstico tradicional, que describe, clasifica y evalúa un concepto abstracto (la enfermedad que figura en una clasificación nosológica), y que permite un pronóstico de probabilidad estadística, por el diagnóstico global (2).

Los grupos Balint fueron creados para dar cabida a estos aspectos, todo lo que gira entorno a la relación médico-paciente y que nunca antes se había tenido en cuenta, y todo lo que lleva el médico dentro derivado de su ejercicio profesional y que nunca antes había podido mostrar. La creación de un grupo guiado por un profesional que entienda los mecanismos que interaccionan en nuestras relaciones con los demás y con nosotros mismos, permite no sólo dar cabida a todo el sufrimiento ligado al ejercicio de la medicina, sino que también supone una herramienta para hacerle frente, aprender a lidiar con él, y a fin de cuentas, para ser un mejor profesional (19).

II.OBJETIVOS

Demostrar si la introducción de grupos Balint en una muestra de profesionales sanitarios mejora la calidad asistencial, el bienestar y la satisfacción profesional.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

Para llevar a cabo esta revisión se siguieron algunas de las recomendaciones y criterios de la declaración PRISMA. Para ello se revisó literatura en inglés. Realizando la búsqueda en la base de datos PubMed. En esta búsqueda se emplearon las combinaciones de términos “(Balint group) OR (Balint groups)”, y posteriormente se identificaron y se incluyeron en la revisión artículos que fueron encontrados a partir de referencias de artículos de la primera búsqueda. La búsqueda fue realizada en Febrero de 2021.

III. I CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

Los criterios de inclusión de los artículos en este trabajo fueron:

- 1) Artículos que hablaran de los grupos Balint y que realizaran un análisis cuantitativo o cualitativo sobre el efecto de introducir dichos grupos en el personal sanitario.
- 2) Estudios que analizaran los efectos de introducir los grupos Balint por un periodo de tiempo de al menos 6 meses.
- 3) Estudios de más de 10 participantes.
- 4) Estudios que analizaran los efectos de los grupos Balint a pesar de no tener un grupo comparativo.
- 5) Se revisaron todas las publicaciones que aparecieron en la búsqueda (1992-2021).

Los criterios de exclusión fueron:

- 1) Grupos Balint introducidos en estudiantes de medicina.
- 2) Artículos no relacionados con los grupos Balint.
- 3) Artículos que compararan múltiples terapias de tratamiento o prevención del Burnout Syndrome sin centrarse en los grupos Balint.

Para los artículos finalmente seleccionados se valoraron las siguientes variables: fecha de publicación, lugar de estudio, tipo de estudio, tamaño muestral, procedencia de la muestra, duración, tipo de actuación y resultados. Estos datos se detallan en la tabla 1.

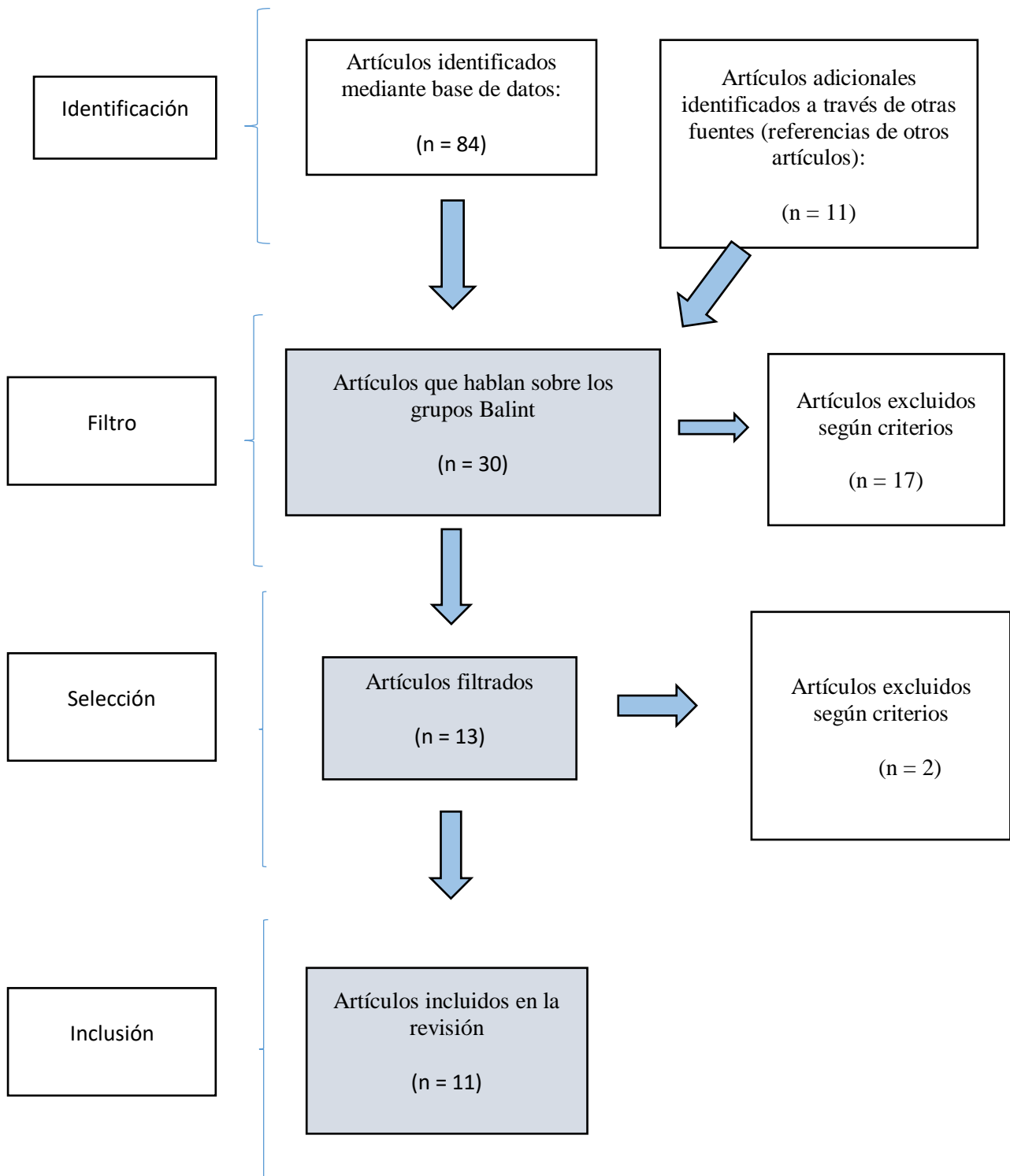


Figura 1. Resultados al aplicar el sistema de búsqueda y selección sistemática.

Autores (año de publicación)	Lugar del estudio	Tipo de estudio	Diseño del estudio	Tamaño muestral	Procedencia de la muestra	Tiempo de seguimiento del estudio	Frecuencia y duración de las sesiones	Líderes del grupo	Instrumentos de análisis	Nº de veces analizada la muestra	Resultados del estudio
<i>Sekeres et al. (2003)</i>	Estados Unidos	Ensayo clínico	Estudio cruzado modificado durante 6 meses	28	Residentes de 1er año de Hemato-Oncología	1 año	Cada dos semanas, 1.5-2horas	Un Psiquiatra y un Oncólogo	Cuestionario de 27 items	3, al comienzo 6 meses y 12 meses	Más mejoría a mayor número de sesiones
<i>Amiel et al. (2005)</i>	Israel	Ensayo clínico	GB(control) GNB (estudio)	34	Médicos de Familia	1 año	1 al mes, 90 min	Un Psicólogo clínico y un Médico de familia veterano	8 estaciones con simulaciones	2, al comienzo y a los 12 meses	Mejora en el GNB, no mejora en el GB
<i>Bar-Sela et al. (2012)</i>	Israel	Cohortes	GB	15	Residentes de Oncología	1 año	1 al mes, 90 min	Jefe de Paliativos y Psicólogo clínico	MBI y cuestionario de expectativas	Comienzo y a los 12 meses	Mejora en la comunicación y en la realización personal.
<i>Kjeldmand et al. (2003)</i>	Suecia	Cohortes	GB (20) GC (21)	41	MAP	No hay	No específica	No específica	Cuestionario 49 items	Una vez	Diferencias significativas en el GB a mayor tiempo transcurrido
<i>Stojanovic-Tasic et al. (2018)</i>	Serbia	Ensayo clínico	GB (70) GNB (140)	210	GPs y MAP	1 año	Cada dos semanas, total 36 horas	No específica	MBI-HSS	Una vez, a los 12 meses	Diferencias significativas en el GB en diversos aspectos
<i>Dokter et al. (1986)</i>	Holanda	Cohortes prospectivo	3 GB	22	GPs y Psicólogos clínicos	2 años (solo 8),el resto antes	Cada dos semanas, 90 min	Psicoanalista y GP	Cuestionario diseñado para el estudio	Comienzo (22) y a los 2 años(8)	Cambios a mayor tiempo en el grupo

<i>Cataldo et al. (2005)</i>	Estados Unidos	Cohortes	GB (113) GNB (69)	182	Residentes de AP	2 años	Cada semana, 1h	Balint group leaders con credencial de la ABS	JSE y encuesta de satisfacción laboral	Una vez, a los dos años	Los GB volverían a elegir su especialidad, resto de variables sin cambios
<i>Graham et al. (2009)</i>	Inglaterra	Cohortes	2 GB	21	16 Residentes de Psiquiatría y 5 Psicoterapeutas	12 sesiones y 4 seminarios	Cada semana, 75 minutos	No especifica	PMI y Entrevistas	Comienzo, mitad y al finalizar el curso	Mejoras en diversos aspectos
<i>Ghetti et al. (2009)</i>	Estados Unidos	Cohortes prospectivo	GB	17	Residentes de Ginecología	1 año	Cada dos semanas, 1h	2 Ginecólogos, 1 Pediatra, 1 Psiquiatra (3 con credencial de la ABS)	PMI, MBI y JSE	Comienzo, y 12 meses	Leves mejoras en los cuestionarios PMI, en el resto no
<i>Popa-Velea et al. (2018)</i>	Rumania	Cohortes retrospectivo	GB (31) GNB(38)	69	Médicos de Paliativos	2 años y medio	-NO DICE	“Médicos con años de experiencia”	TAS-20, PSS, FSSQ, MBI	Comienzo y a los 2 años y medio	Posible efecto protector del GB
<i>Player et al. (2017)</i>	Estados Unidos	Cohortes	GB	18	Residentes de Medicina de Familia	2 años	Cada dos semanas	2 líderes con credenciales por la ABS y otros dos con algo de formación Balint	Entrevistas y análisis y comparación de las respuestas	Una vez a los dos años	9 aspectos positivos y 3 negativos

Tabla 1. Características de los estudios incluidos en la revisión.

IV. RESULTADOS

Como se muestra en la figura 1, inicialmente se identificaron un total de 85 artículos en la base de datos PubMed, de los cuales 11 artículos cumplían los criterios de inclusión y no presentaban los criterios de exclusión. Se excluyeron aquellos artículos en los cuales se introdujeran grupos Balint en estudiantes y aquellos en los que se compararan diferentes terapias de tratamiento o prevención del Burnout Syndrome sin centrarse en los grupos Balint. Dichos criterios de exclusión fueron elegidos para reducir el campo de la revisión y para centrarse exclusivamente en el personal sanitario y en los GB. Pudiendo de esta forma analizar y revisar de una forma más exacta los efectos producidos por la intervención a estudio en la población seleccionada.

Los estudios seleccionados son 3 ensayos clínicos (10-12) y 8 estudios observacionales tipo cohortes (13-20), de entre los estudios, 5 no tenían grupo comparativo y solo analizaban los cambios producidos al introducir los GB (14-17,19) y los 6 estudios restantes introducían grupo comparativo (10-13,18,20). En el caso del estudio de Sekeres *et al.* (11), se realizó un estudio cruzado modificado en el que se crearon dos grupos de 14 miembros cada uno y se estudió la muestra durante 12 meses. Realizándose 3 análisis durante este periodo: al comienzo, a los 6 meses y a los 12 meses. Los primeros 6 meses, un grupo acudía a los GB, mientras que el otro grupo hacía de control. Los 6 meses siguientes, era el otro grupo (que antes había sido el control) el que acudía a los GB.

En cuanto a los tamaños muestrales, variaban desde 15 sanitarios (14), hasta 210 (12). Con una mediana global de los diferentes estudios de 28 personas.

Antes de nombrar las diversas procedencias de las muestras es necesario explicar el concepto de *General Practitioner* (GP) ya que en España en la actualidad no existe, pero sí en otros países. Se trata de médicos generales no especializados, a diferencia de los médicos de Atención Primaria que sí son reconocidos como especialistas.

La procedencia de las muestras de los estudios eran de residentes de Oncología (11,14), residentes de Atención Primaria (13,19), residentes de Psiquiatría y Psicoterapeutas (17), residentes de Ginecología (16), médicos de Atención Primaria (10,18) médicos de Atención Primaria y GPs (12), GPs y Psicólogos clínicos (15) y médicos de la unidad de Paliativos (20).

El tiempo de seguimiento del estudio variaba desde ninguno, en el estudio de Kjeldmand *et al.* (18), donde se realizó un cuestionario puntual a 41 Médicos de Atención Primaria (MAPs). Un año de seguimiento (10-12,14,16). Dos años (13,15,19,20), y 12 sesiones y 4 seminarios formativos en el estudio de Graham *et al.* (17).

La frecuencia de las sesiones en algunos estudios era cada semana, con una duración de 1h (13), 75 minutos (17). En otros era cada dos semanas, con una duración de cada sesión de 1h (16), 1.5h (15), 1.5-2h (11) y dos estudios con sesiones cada dos semanas que no especificaban la duración (12,19). Otros Grupos realizaron sesiones mensuales de 1.5h (10,14). En un estudio no se especificó la frecuencia ni la duración de las sesiones pese a realizar un seguimiento del GB de 2 años (20) y en otro, no se especificó ni el tiempo de seguimiento, ni la frecuencia ni la duración de las sesiones (18).

Los profesionales que dirigían las sesiones variaban desde un Psiquiatra y un Oncólogo (8), un Psicólogo clínico y un MAP veterano (7), un jefe de Paliativos y un Psicólogo clínico (11), un Psicoanalista y un GP (12), líderes de GB acreditados por la American Balint Society (ABS) (10), dos Ginecólogos, un Pediatra y un Psiquiatra, tres de ellos líderes Balint acreditados por la ABS (13), dos líderes Balint acreditados por la ABS y otros dos con cierta formación en GB pero sin acreditación (16), médicos con años de experiencia (17) y por último, hubo tres estudios que no daban datos de los líderes (9,14,15).

Comenzaremos analizando y comparando los estudios en los que se realizaron ensayos clínicos.

El primero será un ensayo clínico cruzado (11) de 2 años consecutivos de duración en el que se analizó a dos grupos de primer año de Hematología-Oncología, 14 cada año. Los residentes de cada año se dividieron en dos grupos de 7. Unos acudían a sesiones Balint los primeros 6 meses mientras que el otro grupo hacía de control (Grupo No Balint), y durante los 6 meses siguientes acudían a GB los 7 miembros que previamente no habían ido. La participación no fue obligatoria, con una mediana de 6 sesiones por persona de las 10 totales por cada 6 meses y un total de 40 sesiones en el estudio a lo largo de los dos años.

En cada sesión uno de los residentes exponía uno o dos casos que le habían sucedido en las dos semanas previas. En las sesiones también se discutió sobre otros temas como: problemas familiares de los pacientes y de los residentes, el estrés generado por la residencia, equilibrio entre vida privada y profesional, dificultades en la relación con ciertos pacientes... Se dieron unos cuestionarios anónimos antes del comienzo del curso, a los 6 meses cuando se cambiaban de grupo los residentes y al pasar los 12 meses.

El cuestionario que se elaboró constaba de 27 items en el cual se extrajeron preguntas de diversos cuestionarios y se dividió en 4 partes: estrés en el ambiente de trabajo (11 preguntas), comodidad a la hora de afrontar situaciones clínicas o pacientes difíciles incluyendo la muerte (6 preguntas), percepción de uno mismo como profesional (6 preguntas), e incomodidad con problemas psicosociales (4 preguntas). El cuestionario tenía una escala numérica del 1 al 5, desde el 1- muy en desacuerdo hasta el 5-muy de acuerdo.

En cuanto al análisis de datos, la hipótesis nula que se planteó fue que el GB no produjera efecto en las respuestas del cuestionario en contra de las dos posibles hipótesis alternativas: que hubiera una mejora en la evaluación del cuestionario, o que se produjera un empeoramiento. Los resultados se consideraron estadísticamente significativos con un $P < 0.05$. Para analizar y comparar los resultados de los 3 cuestionarios dados a los participantes al comienzo, a los 6 meses y a los 12 meses se utilizó la prueba de suma de rangos con signo de Wilcoxon.

En el análisis de datos global se vieron mejoras en la visión de los residentes como médicos, la cual incremento de una media de 3.8 (IC del 95%, 3.7-3.9) a 4.1 (IC del 95%, 3.9-4.2; $P=0.01$). En el dominio que evaluaba la comodidad a la hora de lidiar con situaciones complejas a nivel emocional con los pacientes o con situaciones de la práctica clínica, se vio una mejora no significativa de 3.5 ((IC del 95%, 3.3-3.7) a 3.7 (IC del 95%,

3.6-3.9) con un valor de $P=0.11$. El resto de dominios no cambiaron de forma significativa.

En el análisis de datos de las diferentes preguntas de los 3 cuestionarios (0-6-12 meses) de forma individual, se vieron mejoras en la capacidad de los residentes de hablar sobre el estrés del trabajo (3.6, 4.2, 4.4 respectivamente, con una $P=0.002$) y hablar sobre el estrés de la vida privada (2.4, 2.9, 3.1 con una $P=0.023$). Se vieron cambios significativos en la comodidad de los residentes a la hora de dar malas noticias a los pacientes y sus familiares (3.5, 3.8, 4.3; $P=0.002$) y en la explicación a los pacientes de los efectos secundarios de los tratamientos (3.9, 4.1, 4.5; $P=0.029$). En cambio en la pregunta sobre la calidad del ambiente laboral, se vio un empeoramiento a medida que transcurrían los 12 meses (4.2, 3.6, 3.3; $P=0.004$) así como también empeoró la sensación de presión que sentían los residentes al no tener tiempo para tratar problemas psicosociales con sus pacientes (3.4, 2.9, 2.6; $P=0.035$).

También se les entregó un cuestionario sobre la calidad de la intervención (el Grupo Balint), en el cual se apreció que los participantes que acudieron 6 sesiones o más ($n=15$) puntuaron mejor y tuvieron una experiencia más positiva que los que participaron que acudieron 5 sesiones o menos ($n=11$) cuyos resultados fueron más bajos, indicando una mayor insatisfacción con la experiencia grupal (3.1 [IC 95%, 2.6 a 3.5] contra 2.4 [IC 95%, 1.9 a 2.9] $P=0.033$). La mediana de sesiones por participante fue de 6. Dos participantes no indicaron el número de sesiones a las que acudieron.

El siguiente artículo se trata de otro ensayo clínico (10). Un grupo de MAPs y un trabajador social se reunieron y recogieron 14 situaciones diferentes, las cuales se tratarían en 14 sesiones formativas de 90 minutos. En estas reuniones a su vez, se establecieron 4 dominios que debían llevarse a cabo durante la sesión: el primero, un componente teórico, métodos para tramitar el estrés y situaciones complejas; el segundo, aprender a regular las emociones propias y a lidiar con las del paciente cuando se dan malas noticias; el tercero, habilidades comunicativas; y el cuarto, practicar la comunicación mediante simulaciones de entrevistas a pacientes.

Para evaluar a los MAPs, se creó un circuito de 8 estaciones de 15 minutos cada una, en la que los diferentes profesionales se encontrarían con diferentes pacientes y situaciones en las que tendrían que dar malas noticias. Un grupo de 6 MAP con amplia experiencia en la especialidad y que tutorizaban a residentes en el departamento de Medicina de Familia, fueron invitados a elaborar un recopilatorio de diversas situaciones comunes derivadas de la práctica diaria en las que el médico debía dar malas noticias a los pacientes. Finalmente elaboraron 8 escenarios en los cuales debían utilizarse las habilidades comunicativas que se enseñarían a los médicos en las sesiones grupales. Los médicos se enfrentarían a estas estaciones antes y después de la introducción de la intervención a estudio.

Los pacientes simuladores recibieron 8 horas de formación en las cuales aprendieron a simular el papel de paciente que les había tocado y a valorar la actuación del médico según las escalas que se utilizarían en el estudio. A cada paciente se le asignó una estación y participaron en la prueba antes de comenzar las sesiones y después, llevando a cabo el mismo papel de simulador y la misma situación en consulta. Los propios simuladores

evaluaban las actuaciones de los médicos utilizando dos cuestionarios con escalas del 1 al 5.

El primer cuestionario constaba de 7 preguntas en las cuales se puntuaba la habilidad para dar malas noticias; este cuestionario era común a todas las estaciones. El segundo cuestionario era específico de cada estación y constaba de 3 a 4 preguntas elaboradas para cada simulación.

Por ejemplo, en una de las estaciones había una mujer de 35 años que había sido diagnosticada de Esclerosis Múltiple. Los diferentes puntos que debía ser capaz de conseguir el médico eran:

1. Ser capaz de lidiar con la ansiedad del paciente.
2. Informarla del pronóstico (lentamente progresivo) y de los posibles tratamientos.
3. Mostrar apoyo por parte del médico durante la enfermedad.

A partir de estos puntos se elaboraron 3 preguntas que la paciente simuladora debía evaluar en una escala del 1 al 5.

1. ¿En qué medida intentó el doctor saber cuánto conoces sobre la enfermedad y su pronóstico?
2. ¿En qué medida explicó el doctor el pronóstico de la enfermedad?
3. ¿En qué medida trató el doctor de asegurarse de que habías comprendido su explicación sobre la enfermedad, su pronóstico y los posibles tratamientos?

En cuanto al grupo de estudio y el grupo control, 34 MAPs fueron invitados a participar en el programa. Diecisiete médicos eligieron el curso de “dar malas noticias”, éstos, sirvieron de grupo a estudio, mientras que los otros 17 que eligieron los “Grupos Balint”, sirvieron de grupo control. Ambos grupos fueron emparejados por edad, sexo y años de experiencia como MAP. La edad media de los participantes fue de 43.7 años y de 46.4, respectivamente. La media de años trabajados fue de 17.8 y 19.4, respectivamente. Un psicólogo clínico y un MAP veterano lideraban los GB.

Los participantes de ambos grupos confirmaron que no habían participado nunca antes en ningún grupo o curso de este tipo. Los 34 MAPs pasaron por los diversos módulos con simuladores antes, y después de acudir al curso o al GB. Los pacientes simuladores no sabían que los médicos habían acudido al GB ni a los cursos de formación, por tanto eran “ciegos” con respecto a la intervención a estudio.

Cabe destacar que los diferentes escenarios de consulta, no fueron tratados específicamente en el curso de “dar malas noticias”.

El resultado previo a la intervención, tras realizar la primera simulación en los diferentes escenarios, fue de 58.5 en el grupo a estudio (GNB) y de 57 en el GB. Por tanto no hubo diferencias significativas entre ambos grupos previas a la intervención.

Los resultados post intervención fueron de 68.4 para el grupo a estudio y de 58.1 para el GB con una $p < 0.01$, por tanto apreciando cambios significativos en el grupo a estudio que acudió al curso de “dar malas noticias”, frente al grupo que acudió a las sesiones

Balint. Los resultados se medían en una escala de 20 a 100, siendo 100 la mejor puntuación, refiriéndose a una gran actuación por parte del médico.

El tercer estudio (12) se trata de un ensayo clínico cruzado llevado a cabo en una población de 210 MAPs de Belgrado. De los 210 médicos, 70 habían acudido a grupos Balint durante al menos 1 año, mientras que 140 nunca habían acudido a ningún grupo, éste sería el Grupo No Balint. Las sesiones Balint se realizaban cada 15 días con al menos 36 horas de trabajo grupal por año. Los médicos incluidos en el estudio fueron escogidos al azar de una lista de 6 centros de salud. Los criterios de inclusión del GB fueron: General Practitioner (no especialista) y médicos de Atención Primaria, experiencia mínima de 5 años, participación en GB por al menos un año y estar trabajando en la actualidad en el centro de salud elegido. Los criterios de inclusión del GNB fueron los mismos que para el GB a excepción de la participación en dichos grupos por al menos un año.

En cuanto a los criterios de exclusión de ambos grupos fueron: médicos en baja laboral o de vacaciones el mes antes de que se realizaran los tests para evaluar el Burnout, médicos que no habían trabajado durante más de un año en el centro de salud (por prolongación de sus estudios, enfermedad, o cambios de lugar trabajo) y médicos que hubieran tenido problemas familiares en el último año (muerte o enfermedad en el entorno familia, divorcio...).

Los cuestionarios se rellenaron de forma anónima. Cada uno de los participantes del GB fueron emparejados al azar con dos participantes del GNB que trabajaran en el mismo centro de salud y tuvieran el mismo grado de especialidad/no especialidad. La participación era voluntaria.

El instrumento utilizado para medir el Burnout en el personal sanitario, fue el Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey (MBI-HSS), considerado el mejor y más usado medidor del desgaste profesional en la actualidad (21). Es un cuestionario compuesto por 22 ítems que evalúa tres dimensiones: la fatiga emocional (9 ítems), la despersonalización (5 ítems) y la realización personal (8 ítems). Cada uno de los 22 ítems contenía una pregunta para los profesionales, en la que debían describir sus sentimientos en una escala de 7 puntos que iba desde 1, “nunca me he sentido así”, hasta 7, “me siento así varias veces por semana”. Puntuaciones más altas indicaban un mayor nivel de fatiga emocional, despersonalización y/o realización personal.

Los participantes también completaron un pequeño cuestionario socio-demográfico (género, edad, estado civil y familiar) y sobre su carrera profesional (años ejerciendo, especialización, subespecialización, logros académicos).

En cuanto a la población a estudio, 82.9% fueron mujeres y 17.1% fueron hombres. La edad media fue de 48.3 ± 9.6 e iba desde los 30 hasta los 65 años.

Los resultados al analizar los cuestionarios fueron los siguientes: el 45% de los participantes del GNB y el 7.1% del GB respondieron con síntomas de un gran nivel de fatiga emocional, con una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2 = 41.94$; $p < 0.001$). En cuanto a la despersonalización, el 20% del GNB sufrían un alto grado de despersonalización, frente a un 4.4% del GB, con una diferencia estadísticamente significativa de ($\chi^2 = 41.94$; $p < 0.001$). En cuanto a la realización personal, el 21.4% del

GNB y el 7.1% del GB, percibían un bajo grado de realización, con una diferencia estadísticamente significativa de ($p < 0.001$).

En la tabla 3 se recogen los resultados en los cuales se vieron que el género femenino (OR = 2.34; $p = 0.024$) y los mayores de 50 años (OR = 1.92; $p = 0.014$) tenían un mayor riesgo de padecer fatiga emocional. En cambio, el trabajo en grupos Balint se obtuvo como factor protector (OR = 0.12; $p < 0.001$), así como el trabajo vocacional (OR = 0.45; $p = 0.003$) y tener un máster (OR = 0.18; $p = 0.029$).

En cuanto al grado de despersonalización, el hecho de no tener especialidad, es decir, ser General Practitioner, fue factor de riesgo (OR = 1.96; $p = 0.036$), mientras que los GB (OR = 0.11; $p < 0.001$) y el trabajo vocacional (OR = 0.40; $p = 0.006$), representaron factores protectores significativos.

Analizando el sentimiento de baja realización personal, los resultados indicaron que los no especialistas (General Practitioners), estaban en riesgo para esta subdimensión (OR = 2.19; $p = 0.008$), mientras que se vieron efectos protectores en los profesionales casados (OR = 0.56; $p = 0.038$), en los doctores que son padres (OR = 0.55; $p = 0.038$), en los médicos que acudieron al GB (OR = 0.15; $p < 0.001$), en los médicos que ejercen de forma vocacional (OR = 0.34; $p < 0.001$) y en los que tienen un máster (OR = 0.12; $p = 0.047$).

En la tabla 4 se recogen los resultados obtenidos al analizar los diferentes factores mediante un modelo de regresión logístico ordinal múltiple. Con la fatiga emocional como variable dependiente, el género femenino resultó ser un predictor estadísticamente significativo (OR = 2.51; $p = 0.021$), mientras que el trabajo en GB, se obtuvo como factor protector (OR = 0.12; $p < 0.001$).

El hecho de no tener especialidad, es decir, ser General Practitioner, fue factor de riesgo para la despersonalización (OR = 2.14; $p = 0.026$), mientras que el GB resultó ser un factor protector para la despersonalización (OR = 0.10; $p < 0.001$). En cuanto al sentimiento de baja realización personal, los resultados indicaron que los no especialistas (General Practitioners), estaban en riesgo para esta subdimensión (OR = 2.09; $p = 0.025$), mientras que los participantes en GB estaban protegidos (OR = 0.18; $p < 0.001$).

El siguiente artículo (14) se trata de un estudio Israelí en el que 17 residentes de Oncología participaron en GB liderados por un psicólogo clínico, el jefe del departamento de Psico-Oncología, y el jefe de la unidad de Paliativos. Las sesiones eran mensuales y duraban hora y media. De los 17 residentes que comenzaron el año, dos decidieron no continuar tras dos sesiones (uno las dejó debido a dificultades con los contenidos personales de las sesiones y otra por baja por maternidad). El resto, 8 eran residentes que llevaban menos de 3 años (residentes junior) y 7 llevaban más de 3 años de residencia (residentes senior).

La forma de evaluar la intervención fue mediante el “Maslach Burnout Inventory” (MBI) y un cuestionario de expectativas que rellenaron antes del curso y al finalizar. Todos los cuestionarios fueron anónimos. En el cuestionario de expectativas que se les daba a los residentes antes de comenzar el curso, se les preguntaba por los temas que les gustaría tratar de entre la siguiente lista: dar malas noticias, cuidados paliativos, lidiar con un paciente/familia difícil, entrevistar a nuevos pacientes, establecer límites en

situaciones difíciles, y la fuerza personal como herramienta para controlar el agotamiento. También tuvieron que rellenar una cuestión en la que debían valorar del 1 al 5, cuánto esperaban que el GB les iba a ayudar a mejorar sus habilidades como médicos. Al final del año los residentes volvieron a rellenar estos cuestionarios, marcando los temas tratados y la contribución final del grupo.

Los resultados se analizaron utilizando el test no paramétrico de Mann-Whitney, comparando los datos obtenidos en los cuestionarios recogidos al comienzo y al final del año, y dividiendo a los residentes en los 8 con menos de 3 años de residencia y 7 con más de 3 años. Durante el año tuvieron lugar 9 sesiones con 7 a 17 residentes presentes por cada sesión.

Los temas tratados en relación al trato con pacientes fueron: ¿Cómo lidiar con un paciente/familia difícil?, ¿Cómo estar presente al tratar a un paciente que se está muriendo?, ¿Cómo lidiar con los problemas a la hora de decir la verdad sobre el diagnóstico a los pacientes/familias?

También se trataron temas relacionados con la propia residencia: ¿Cómo y cuándo obtener apoyo de oncólogos experimentados sobre la comunicación con pacientes / familias?, ¿Cómo relacionarse con otros residentes y médicos del hospital?, ¿Cómo compaginar ser un residente de oncología y padre joven?

Al comparar los resultados de los MBIs, se vieron mayores puntuaciones en “desgaste emocional” (3.66) y “despersonalización” (2.6) en los residentes Junior al comenzar el año frente a (3.14) y (0.98) de los residentes Senior respectivamente. Las puntuaciones en “realización personal” fueron aproximadamente iguales en ambos grupos (1.33) y (1.34). Al finalizar el año, los residentes junior puntuaron mejor la “realización personal” (1.96) frente a (1.33) al comienzo. Dieron una puntuación más baja a la “despersonalización” (2.13) frente a (2.6) del comienzo, el “desgaste emocional” se mantuvo en los mismos valores (3.66) y (3.67), por tanto los valores generales de Burnout se redujeron entre los residentes Junior al finalizar el año.

En los residentes Senior todos los valores aumentaron al finalizar el año. La “realización personal” (1.48) frente a (1.34) al comienzo. La “despersonalización” (1.4) frente a (0.98) del comienzo, el “desgaste emocional” (3.48), frente a (3.14) al comienzo.

En cuanto a la puntuación del cuestionario sobre la contribución del grupo, al comienzo del año fue de (2.7), y mejoró hasta (3.1) al finalizar el año, con una ($p=0.2$) no significativa.

El estudio concluye diciendo que se necesitaría una muestra mayor de participantes, mayor número de sesiones y mayor tiempo de éstas. Por tanto los datos recogidos solo pueden indicar una leve tendencia de que los GB mejoran las habilidades comunicativas y la realización personal como médicos.

El siguiente artículo a analizar se trata de un estudio en Carolina del Sur llevado a cabo por Cataldo *et al.* (13). El estudio reunió a 182 MAPs a quienes se les dio la oportunidad de participar en GB. El grupo que finalmente acudió a los GB constó de 113 participantes. Las sesiones tuvieron lugar durante dos años, eran semanales y duraban una hora.

El GNB estaba formado por 69 médicos que eligieron no acudir a las sesiones, tras un periodo de 6 meses de sesiones obligatorias. Los líderes de los grupos eran médicos acreditados por la Sociedad Americana de grupos Balint.

Para evaluar los cambios producidos en los participantes, se emplearon dos encuestas. La primera fue la “Jefferson Scale of Physician Empathy”, una encuesta válida para medir de forma cuantitativa el nivel de empatía de los médicos. Consta de 20 ítems, con una escala de 7 puntos que mide el grado en que la persona está de acuerdo con cada ítem.

La segunda fue una encuesta validada de Satisfacción Laboral, creada por Hueston, con una escala del 1 al 5, dividida en: “muy satisfecho”, “satisfecho”, “neutro”, “insatisfecho”, “muy insatisfecho”. Esta encuesta también incluía información demográfica, edad, género, años de oficio, grado de especialidad, y horas de trabajo semanales.

Los dos cuestionarios se enviaron a los participantes con un código de números y colores, de tal forma que se pudieran completar de forma anónima y confidencial, pero que a su vez, se pudieran comparar los resultados de ambos test al finalizar el estudio.

Para comparar los datos de edad, años de oficio, y horas de trabajo semanales entre el GB y el GNB, se utilizó la prueba t de student. Para comparar la distribución del género de los participantes se utilizó la prueba Chi-cuadrado.

De las 182 encuestas que fueron enviadas, 104 fueron completadas. En el GB 74 de 113 fueron completadas, con un ratio de respuestas del 65%. En el GNB, 40 de 69, con un ratio de respuestas del 58%. No hubo diferencias significativas en el ratio de respuestas, la edad, el género, los años de oficio, ni las horas de trabajo semanal entre ambos grupos.

Con una media muestral en el GB de 43.8 años (± 5.1), 12.3 (± 5.1) años de oficio, 48.9 (± 13.1) horas de trabajo semanal, y un 66% de hombres.

El GNB obtuvo una media muestral de 45.8 (± 6.5) años, 12.5 (± 6.4) años de oficio, 50.9 (± 14.3) horas de trabajo semanal, y un 63% de hombres.

Los resultados del análisis de las puntuaciones obtenidas a partir de la “Jefferson Scale of Physician Empathy” mostraron una media de (119.4 ± 8.9) en el GB, frente a (116.7 ± 13.2) para el GNB. Con una diferencia no significativa de ($p=0.25$).

Los resultados de la encuesta de Satisfacción Laboral mostraron que un 84.5% de los participantes en los GB estaban satisfechos de forma general con su trabajo, mientras que en el GNB fue del 79.5%, con una $p=0.51$, no significativa. En términos de recompensa salarial, el 52.8% del GB mostraron satisfacción frente al 47.4% del GNB, con ($p=0.59$).

Se encontró una diferencia significativa entre ambos grupos en cuanto al deseo de volver a elegir la misma especialidad si tuvieran que hacerlo de nuevo. En el GB, el 86.1% volvería a elegir Medicina de Familia como especialidad médica; mientras que sólo un 55% del GNB volvería a hacerlo, obteniendo una ($p=0.0003$). También se encontró una correlación negativa entre edad y satisfacción laboral con una ($p=0.0497$). El género, las

horas de trabajo semanales, y años de oficio, no mostraron una correlación con la satisfacción laboral.

Los resultados del estudio muestran que existe una asociación entre los GB y la satisfacción profesional. La mayor satisfacción podría ser el resultado de habilidades aprendidas durante el transcurso de los grupos. Los investigadores sugieren cómo los profesionales que eligen acudir a los GB, podrían ser también los que son más compatibles con la especialidad de Medicina de Familia, y ello hace que tengan un mayor grado de satisfacción personal y laboral. Se necesitarían otras investigaciones para corroborar si esta relación podría ser cierta.

A continuación hablaré del artículo de Kjeldmand *et al.* (18), quienes realizaron un estudio en Suecia, en los condados de Jönköping, Östergötland and Kalmar. Compuesto por 41 GPs. El GB estaba formado por 20 participantes y el GNB por 21. La muestra Balint se sacó de 4 grupos que estaban en activo en la región y que habían participado en las sesiones por más de un año. Se incluyeron el mismo número de médicos en el GNB. Ninguno de los GPs trabajaba en centros de salud con situaciones laborales extremas, con muchas vacantes por ejemplo. Y se aseguró que la distribución entre trabajadores del medio rural y urbano fuera equitativa. Pero los grupos no fueron emparejados por otros aspectos. De los 52 GPs que fueron elegidos, 41 respondieron al cuestionario, 20 del GB y 21 del GNB. De entre los participantes del GB, 12 llevaban más de año y medio acudiendo a las sesiones, 5 entre 1 año y 1 año y medio, y 3 no informaron sobre el tiempo que llevaban. No se encontraron diferencias entre el GB y el GNB en edad ni en número de años trabajados como GP. En cuanto al cupo de pacientes, los médicos del GB tenían un 10% menos, con una media de (2130), frente a una media de 2456 del GNB. Aunque el número de pacientes de los 12 médicos con más experiencia en grupos Balint (más de año y medio), no difería de forma significativa del GNB, con una media de 2242. Sólo 11 de los 21 del GNB indicaron el número de pacientes del cupo, frente a 19 de 20 del GB.

Los investigadores dicen no haber encontrado un cuestionario apto para el estudio, por lo que utilizaron uno compuesto por 30 ítems, de un estudio realizado por la organización de GPs en el condado de Jönköping en 1995 y 1997 para evaluar el ambiente de trabajo. Añadieron al cuestionario 6 ítems sobre cuestiones psicosomáticas y 13 sobre la relación médico-paciente. El cuestionario final estaba formado por 49 preguntas, divididas en 8 categorías: carga de trabajo (3 ítems), sensación de control de la situación laboral (11 ítems), satisfacción y estimulación del trabajo (6 ítems), estimación de la calidad del propio trabajo (4 ítems), cooperación y apoyo (5 ítems), formación y educación continua (4 ítems), salud relacionada con el trabajo (10 ítems) y tratamiento y manejo de pacientes psicosomáticos (6 ítems).

Los participantes respondieron a cada ítem con una escala visual del 0 al 10. Siendo 0: nunca y 10: siempre. Además los médicos del GB respondieron a 4 preguntas para que valoraran la importancia del GB para 1º ellos mismos, 2º sus pacientes, 3º el lugar de trabajo y 4º su desarrollo personal. Para analizar los datos, los investigadores dividieron a los participantes del GB en dos subgrupos: los “jóvenes”, refiriéndose a aquellos que llevaran menos de año y medio en los grupos (n=5), y los “experimentados”, refiriéndose a aquellos que llevaran más de dos años de experiencia en los grupos (n=12). Esta división

fue hecha de acuerdo con lo que Michael Balint observó al realizar los grupos, y fue que eran necesarios al menos dos años de sesiones para que se produjeran verdaderos cambios en los profesionales (22).

Las diferencias entre ambos grupos a estudio; el GB y el GNB, fueron calculadas mediante la prueba t de student para datos no apareados. Los resultados obtenidos por los GPs del GNB al responder a la encuesta, se asemejaban a los obtenidos en el estudio previo realizado por la organización de General Practitioners sobre ambiente laboral años antes, en el mismo condado de Jönköping. Por lo que se considera que los resultados obtenidos son consistentes y la población de referencia (GNB), representativa.

El grupo con experiencia Balint (más de año y medio de sesiones), mostraron mayores puntuaciones que el GNB en una “mejor sensación de control en el lugar de trabajo” y en el “manejo de pacientes con problemas psicosomáticos”. El GNB no obtuvo mejores puntuaciones en ninguno de los 49 items, comparándolo con el GB. En 7 de las 8 categorías el GB experimentado (n=12) obtuvo diferencias significativas en cuanto a mayor puntuación, al compararlas con el GNB (n=21). Estas 7 categorías fueron: “manejo de pacientes psicosomáticos”, “satisfacción laboral”, “sensación de control de la consulta” y “sentirse apto como médico”, las 3 con $p < 0.005$, “cooperación con otros compañeros”, con $p < 0.001$, y “calidad de la atención” y “salud personal”, ambas con $p < 0.005$. No se vieron diferencias significativas en la categoría “carga de trabajo”.

Al comparar al GB “joven”, con el GNB, las diferencias fueron mucho menores, pese a que seguían siendo significativas en la mayoría de categorías. Además al analizar la media de todas las respuestas del cuestionario y compararlo entre los 3 grupos: GB joven, GB experimentado y GNB. Se vio una mejora no significativa al comparar el GB joven y el GNB; pero muy significativa al comparar el GB experimentado y el GNB, con una $p < 0.001$. Ambos resultados indicando de forma favorable y consistente la influencia del tiempo en los GB, a mayor tiempo, más experiencia y mejores resultados en los cuestionarios.

Las medias de las respuestas de los integrantes del GB al cuestionario de 4 preguntas antes explicado sobre el propio grupo fueron (en una escala del 1 al 10): 8.6 “el aporte personal”, 7.6 “a los pacientes”, 6.6 “al centro de trabajo” y 8.1 “a su desarrollo profesional”. Lo que indica la satisfacción general del grupo, pudiendo ser un espacio para la “continua reflexión profesional”, como describieron Skovholt y Rönnestad(23).

Los miembros del GB, parecieron más dispuestos a aceptar el uso que los pacientes hacen del sistema sanitario y no refirieron tanto a los pacientes tanto a otros profesionales, ni pidieron pruebas innecesarias para finalizar la consulta lo antes posible. Indicando que se sentían más cómodos en la consulta que los médicos del GNB. Además se sentían con una mayor capacidad para establecer relaciones más firmes y duraderas con los pacientes, incluso con pacientes difíciles. Lo que repercute de forma favorable no solo en el paciente y en la mejora de la relación mutua, sino también en la economía del sistema sanitario(24).

El siguiente artículo que analizaremos se trata del estudio de Graham *et al.* (17) llevado a cabo en Inglaterra. La muestra estaba compuesta por 21 profesionales, 16 residentes de psiquiatría y 5 psicoterapeutas, que acudieron a 12 sesiones Balint de 75 minutos cada una. Además de las sesiones, se impartieron cuatro seminarios sobre

habilidades comunicativas. Estos seminarios combinaban formación teórica con práctica (mediante un juego de roles), algunos de los temas tratados fueron: la transferencia, la contratransferencia, los mecanismos de defensa y la contención. Los “grupos de discusión de casos” (GDC) (como se llama en el estudio a los grupos), son obligatorios para los residentes. Se dejan tres plazas para otros profesionales (no médicos) que quieran unirse, para favorecer una perspectiva multidisciplinar y un pensamiento psicodinámico más amplio.

Para evaluar la intervención se modificó un “cuestionario psicológico médico” de 15 preguntas y se creó uno de 29 preguntas sobre el nivel que tenían en ese momento de interés psicológico, habilidad, conciencia y eficacia. Los participantes debían responder al cuestionario tres veces, una antes de comenzar el curso, otra al llevar la mitad, y la última, al finalizar el curso.

Los participantes que obtuvieran las tres puntuaciones más altas y los que obtuvieran las más bajas al comparar los puntos obtenidos en el primer cuestionario, y en el completado a la mitad del curso, eran entrevistados (se grababa la conversación y posteriormente se transcribía). Los temas resultantes de estas entrevistas se utilizaron para elaborar 8 preguntas que tendrían que responder los participantes al finalizar el curso. Éstas entrevistas fueron realizadas, grabadas y transcritas, por dos de los investigadores, ajenos a los grupos.

Las 8 preguntas fueron:

- 1- ¿Cuál fue su motivación inicial para asistir al GDC?
- 2- ¿Qué tan difícil ha sido para ti asistir al curso?
- 3- ¿Qué te ha parecido el GDC?
- 4- ¿Qué has aprendido en el GDC?
- 5- ¿El GDC ha tenido un efecto en usted personalmente o en su vida personal?
- 6- ¿Qué efecto cree que ha tenido en el GDC tener personas con diferentes antecedentes profesionales?
- 7- ¿Cómo te ha afectado que los grupos hayan sido parte obligatoria de tu formación?
- 8- ¿Cambió su perspectiva del GDC durante la duración del curso o al asistir a más de un GDC?

Los 21 participantes se dividieron en dos grupos. Uno de los psicoterapeutas dejó los grupos tras la primera sesión. Los médicos y dos terapeutas cognitivo-conductuales nunca habían tenido contacto con este tipo de grupos, ni tenían nociones en psicodinamia, pero las otras tres psicoterapeutas sí.

Pese a no mostrar los resultados del cuestionario de 29 preguntas en el artículo, sí nos indica que de 29, en 21 cuestiones hubo mejoras significativas ($p < 0.05$) al comparar el cuestionario realizado al comienzo, con el realizado al finalizar (mediante el test de Wilcoxon para datos no paramétricos, emparejados). En las entrevistas surgieron ciertos temas comunes. El primero fue que los grupos generaban ansiedad. Alguno de los psiquiatras entrevistado dice sentirse “incómodo” ante la presencia de los psicoterapeutas, “por la forma en la que hablan”. Los investigadores hacen referencia a que los Psiquiatras pese a sentirse importantes por trabajar con pacientes complejos, sentían envidia por la

habilidad y los conocimientos que tenían los psicoterapeutas sobre psicodinamia. A su vez, los psicoterapeutas “temían trabajar con médicos” porque pensaban que iban a ser “engreídos” y que no escucharían sus opiniones.

En ocasiones los participantes sintieron el grupo como algo persecutorio. Al no tener experiencia en exponer casos, cuando lo hacían, tenían problemas para expresar sus sentimientos y emociones. Acababan hablando únicamente de los problemas del paciente, y no de los propios, lo que hacía que la dinámica de grupo funcionara peor. “Era muy difícil si un paciente te estaba afectando mucho a nivel personal; te sentías incapaz de hablar de ello en el grupo... Era tan grande que todo lo que decías se limitaba a ser superficial.”

Los residentes de psiquiatría y los terapeutas nuevos en este tipo de abordaje psicodinámico, sintieron inquietante el hecho de estar alejándose de su orientación previa médica/cognitiva. En ocasiones los casos presentados tuvieron un gran impacto emocional, tanto en la persona que exponía, como en el resto del grupo. Haciendo que ciertas personas empatizaran mucho con el caso e incluso tuvieran que salir de la sala. Esto hacía que la persona que presentaba el caso se sintiera culpable e incapaz de lidiar con la situación. Otro participante hablaba de cómo todos los casos que presentaba le tenían “muy molesto” por no haber sido capaz de “curarlos”. Los participantes buscaron apoyo tanto en el líder de las sesiones, como en colegas más experimentados. También solicitaron más seminarios teóricos, con la esperanza de que esto redujera su desorientación. La impuntualidad y la escasa asistencia eran otras formas de evitar la ansiedad que los grupos generaban.

Otro aspecto que se vio, fue que los grupos fueron educativos. La mayoría de los participantes dijeron haber aprendido nuevas habilidades comunicativas. Encontraron el grupo como un lugar apto para pensar, sentir y reflexionar sobre pacientes y situaciones difíciles. Comenzaron a ser más conscientes de sus sentimientos hacia los pacientes y mejoró su habilidad para afrontar dichos sentimientos, en vez de evitarlos y tratar de deshacerse del paciente. El grupo también ayudó a los participantes a acceder a una nueva forma psicodinámica de entender a los pacientes. A medida que avanzaban las sesiones, los participantes fueron dejando el “comfort” que les daba los conocimientos que como profesionales tenían, y poco a poco, fueron adoptando una forma de pensar psicodinámica. Para que esto se produjera, se les tuvieron que explicar conceptos y lenguaje psicodinámico. El grupo entonces comenzó a actuar como un contenedor de emociones, en el que cada participante iba internalizando esta posición.

Al finalizar el curso, se vio cómo los participantes iban adoptando una perspectiva más psicodinámica de afrontar tanto sus sentimientos, como los de sus pacientes y la interacción entre ambos. Esto hizo que se sintieran más cómodos al trabajar con los pacientes y las emociones que estos suscitaban. También se vieron evidencias de que comenzaron a utilizar la perspectiva psicológica para afrontar problemas que afectaban a su vida personal. Aunque en general, los problemas privados no fueron expuestos en el grupo.

Se vio que tanto los miembros del grupo, como el líder, fueron pilares importantes en el proceso de aprendizaje y de contención. Los líderes realizaron observaciones, mantuvieron un enfoque psicológico y se encargaron de interpretar los casos y unirlos a

las emociones del participante. Los residentes de psiquiatría también se beneficiaron de la experiencia en tratar aspectos psicológicos que tenían los psicoterapeutas. Pese a todo esto, parece que lo más importante para que el grupo funcionara fue el apoyo que los participantes recibían de éste, y la capacidad de contención que fue surgiendo a medida que transcurría el curso; así como la capacidad para normalizar los sentimientos que surgen en un profesional cuando se enfrenta a un paciente.

“Compartir el horror, esos terribles momentos en los que sientes que no puedes ayudar a la persona que tienes enfrente... Compartirlos te hacen no sentirte sólo.” Los participantes hablaban también de los nuevos puntos de vista que se abrían al analizar cada uno desde su perspectiva la situación que se presentaba en el caso: “Tienes tantas opiniones sobre lo que puede estar sucediendo en una situación concreta con un paciente que te ayuda a reflexionar sobre ello...”, “Empecé a mirar al paciente de una forma diferente... Cuando un paciente es muy abusivo, es difícil ser empático... Entonces comienzas a pensar, ‘bueno, tal vez el paciente tuviera problemas de pequeño...’ Entonces usas esta forma de ver a la persona que tienes delante para encontrar un sitio en tu corazón, e intentar así ser amable y empático de nuevo”.

Algunos participantes en cambio tuvieron problemas para encontrarse cómodos con el grupo. Sobre todo los que eran nuevos en esta dinámica: “Nunca antes había pensado sobre cómo un paciente me había hecho sentir... Intenté hablar de él en la sesión, pero acabé sonando muy médico”. Algunos se desvincularon de la tarea de aprendizaje psicológico que implican los grupos, y decidieron actuar como si estuvieran de acuerdo con el proceso: “A veces salían personas a exponer sus casos, y parecía que estuvieran leyendo un guión”. Otros se sintieron más cómodos, pero se mostraron escépticos sobre la falta de certeza científica del enfoque psicodinámico: “Me costaba entender al resto del grupo... Empecé a pensar, ¿Tal vez estén yendo demasiado lejos? Sin duda fue eso... Fantasía en lugar de hechos científicamente probados”. Cuando se exponían los casos, se prefería mantener el foco de la conversación en el paciente, y no tanto en la responsabilidad profesional del médico: “Cuando hablabas sobre un caso, era muy difícil contar ciertas cosas a veces, sobre todo cuando sabías que habías actuado mal. Entonces me decía ‘no reveles demasiado sobre lo que hiciste’”.

A continuación analizaremos el estudio de Ghetti *et al.* (16) llevado a cabo en Pittsburgh, Pensilvania. Hubo cuatro líderes grupales: un pediatra, un psiquiatra y dos ginecólogos. Tres de ellos tenían la credencial para liderar grupos Balint por la American Balint Society. Las sesiones se producían cada dos semanas y duraban una hora.

Al comienzo del año de residencia de Ginecología y Obstetricia, se ofreció a los residentes (de primer, segundo, tercer y cuarto año) la posibilidad de participar en el presente estudio de forma voluntaria. Los investigadores y los líderes grupales no estuvieron envueltos en este proceso de selección, siendo de esta forma ciegos a la selección muestral.

Los 36 residentes participaron en los GB. Se les separó en dos grupos, uno formado por residentes de primer y segundo año, y el otro por residentes de tercer y cuarto año. Aquellos que aceptaron participar en el estudio (17 residentes), rellenaron tres encuestas: Maslach Burnout Inventory (MBI), Psychological Medicine Inventory (PMI), y Jefferson

Scale of Empathy (JSE). Tuvieron que cubrir ambas encuestas dos veces, una antes de empezar el curso, y otra a los 12 meses.

Los participantes en el estudio también tuvieron que rellenar un formulario con datos demográficos como: años de oficio, edad, raza, estado civil e intereses de subespecialidad.

El cuestionario PMI, está formado por 11 cuestiones, en el que se valora cada apartado en una escala del 1 al 9. Las diferentes cuestiones fueron diseñadas para valorar los niveles de interés, habilidad y confianza que tenían los residentes a la hora de lidiar con aspectos psicológicos de los pacientes. Puntuaciones más altas indican mayor interés, habilidad y confianza.

El cuestionario JSE, está formado por 20 cuestiones, con valores de 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo). Las puntuaciones van de 20 a 140. Valores altos indican un mayor grado de empatía.

La muestra que completó los tres cuestionarios dos veces, estaba formada por 17 residentes. Al comenzar el año, 13 de 17 residentes obtuvieron puntuaciones altas indicativas de agotamiento emocional, 15 obtuvieron puntuaciones altas en el apartado de despersonalización y 9 obtuvieron puntuaciones bajas en el apartado de realización personal. A los doce meses, el número de residentes con puntuaciones altas en los diferentes apartados, disminuyó. Dos residentes menos obtuvieron puntuaciones altas en agotamiento emocional (11, frente a 13 al comienzo) y 3 mejoraron las puntuaciones en realización personal (6 persistieron bajas).

Las medianas fueron: agotamiento emocional, 34 (8-40); despersonalización, 15 (3-23); realización personal, 35 (23-46). Más del 70% de los residentes obtuvieron puntuaciones altas en dos de los tres apartados de la MBI, tanto al comienzo como al final del año, indicativos de padecer Burnout. Por lo que no se vieron cambios significativos en las puntuaciones.

Según la PMI, los resultados generales mejoraron a los 12 meses comparándolos con los del comienzo. En 3 de las 11 cuestiones, se vieron diferencias estadísticamente significativas a los 12 meses. Las cuales eran: capacidad para utilizar consultas a trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras y a agencias de salud mental comunitaria; capacidad para tomar decisiones de tratamiento apropiadas basadas en los requerimientos psicológicos del paciente; y capacidad para ser psicológicamente terapéutico para los pacientes.

Las puntuaciones en la JSE no cambiaron al finalizar el año, con una mediana de 113 (92-129), tanto al comienzo, como a los 12 meses.

El siguiente estudio que analizaremos será el de Dokter *et al.* et al. (15), llevado a cabo en Holanda en 1986. Un psicoanalista y un General Practitioner (el propio H.J. Dokter), crearon dos GB en 1982, con un total de 22 participantes. Los grupos se reunían cada dos semanas, en sesiones de hora y media. Tras 6 meses, se ofreció a los participantes continuar otros 18 meses.

El objetivo del estudio fue responder a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son los principales motivos para entrar en un grupo Balint?

2. ¿Existen diferencias entre los médicos que deciden tomar parte en los grupos y los que no?
3. ¿Qué pacientes resultan difíciles a los médicos? ¿Son estas características específicas para cada médico, o son comunes?
4. ¿Los participantes que dejan los grupos difieren de los que se quedan?
5. ¿Los participantes que se han quedado en los grupos dos años, han mejorado como resultado de su participación en éstos?
6. Al finalizar el curso, se pudieron apreciar tres subgrupos dentro de los participantes. ¿Sería posible diferenciar estos subgrupos desde el comienzo?

En cuanto a los 3 subgrupos que se generaron, el primero estuvo formado por los participantes que no continuaron con las sesiones pasados 6 meses (n=8); los que estuvieron 18 meses (n=6); y los que participaron 24 meses, cuando se disolvió el grupo (n=8).

Los participantes del GB fueron 22 GPs que voluntariamente quisieron participar en los grupos. Se establecieron dos grupos de referencia para comparar los resultados. Por un lado 10 miembros del comité de psicología médica y 12 miembros del comité de administración de General Practice de Holanda. Todos ellos eran General Practitioners. A los primeros se les llamó “Balint group”, a los segundos “Psychology group”, y a los terceros “Practice group”.

El cuestionario para evaluar a los participantes consistía en 5 secciones. La primera con información biográfica, edad, sexo y años de experiencia. La segunda contenía 48 preguntas sobre cuestiones concernientes a los GB. Todas ellas basadas en un estudio que se había llevado a cabo previamente en Rotterdam en el que se valoraban actitudes neuróticas al actuar y reaccionar ante pacientes; entre ellas: evasión de responsabilidad, incapacidad para escuchar, sentimientos de inseguridad, sensibilidad a las amenazas de abandono o proximidad, inconsciencia de las propias emociones, absorción en la función apostólica, incapacidad para manejar el aprecio y la recompensa, sensación de ser manipulado, inclinación a competir, identificación con el paciente, sentimiento de omnipotencia, caer en la regresión y voyeurismo.

La tercera sección contenía 75 preguntas sobre la personalidad del propio doctor y de los pacientes con los que el médico tenía dificultades. La cuarta sección consistía en “la rosa de Leary”; se trata de un círculo en el que se ponen dos adjetivos con significados opuestos a cada lado, entonces el doctor debe marcar el adjetivo con el que más identificado se siente. Y después debe marcar los adjetivos que mejor describen a los pacientes que le resultan difíciles. Por último, en la quinta sección, los participantes debían indicar al comienzo del estudio, por qué habían elegido participar en los GB.

El presente estudio, no analizó los resultados entre sí. Se limitó a exponer las respuestas y los porcentajes obtenidos de los diferentes cuestionarios que pretendían responder a las 6 preguntas expuestas anteriormente. A continuación los comentaremos:

1. ¿Cuáles son los principales motivos para entrar en un grupo Balint?

El principal motivo por el que los doctores se unieron a los grupos fue para ganar conocimiento sobre cómo se comporta un GP, refiriéndose a aumentar la visión del “insight”. De esta forma podrían conocerse mejor y abordarían de una forma más

conveniente las relaciones con sus pacientes. También reflejaban la necesidad de aprender a lidiar con la angustia, la ira y en general con los pacientes difíciles.

2. ¿Existen diferencias entre los médicos que deciden tomar parte en los grupos y los que no?

Se vio que en el GB, pocos doctores estaban acostumbrados a reconocer y tratar con sus emociones, por el contrario, tendían a ocultarlos. No sentían que debían inmiscuirse en los problemas ajenos, ni dar consejos. Les gustaba actuar lo más rápido posible, y sentían que en ocasiones eran manipulados por los pacientes. Tenían más dificultades que el “Psychology group” y que el “Practice group” a la hora de tratar con pacientes que les amenazaban con cambiar de médico. El GB indicaba que la forma en la que funcionaban estaba en general influenciada por la familia en la cual se habían criado.

3. ¿Qué pacientes resultan difíciles a los médicos? ¿Son estas características específicas para cada médico, o son comunes?

Contrastando con los dos grupos de referencia, los miembros del GB caracterizaban a los pacientes difíciles como ansiosos, quejosos e hipocondriacos. Referían tener dificultades también al tratar con pacientes inestables. En cambio, menos médicos del GB tenían problemas con pacientes que se caracterizaban por ser inconstantes, desconfiados e intranquilos.

En la rosa de Leary, el 92% de los médicos se situaban a sí mismos como “dominantes” y “cooperativos”. Los pacientes con los que tenían dificultades los identificaban como “dominantes”, “hostiles” y “sumisos”. En este cuestionario no se hallaron diferencias entre los 3 grupos.

4. ¿Los participantes que dejan los grupos difieren de los que se quedan?

Inicialmente hubo 8 doctores que dejaron los GB al pasar 6 meses. Se vieron en los cuestionarios que éstos médicos tenían una mayor tendencia a inmiscuirse en los asuntos ajenos y que tenían mayores problemas en tratar con pacientes que no seguían sus consejos. También se sentían “heridos” (de forma narcisista) con una mayor facilidad y tenían menos capacidades para lidiar con sentimientos de ira. A su vez indicaron que no se llevaban bien con los pacientes que eran persistentes, decididos, ambivalentes, inseguros e indecisos.

En cuanto a las restantes 14 personas que se quedaron en los grupos más de 6 meses, llamados en el estudio los “stayers”, tenían mayores dificultades con pacientes que querían cambiarse de médico.

5. ¿Los participantes que se han quedado en los grupos dos años, han mejorado como resultado de su participación en éstos?

Dado que el número de personas que se quedaron 24 meses en el grupo es de tan solo 8, los resultados obtenidos deben ser interpretados con cautela. Tras 18 meses, un médico mostró un cambio claro con respecto a dos de las 48 características del cuestionario sobre los GB: había aprendido a aceptar que ciertos sistemas (como la familia) llegan a un punto muerto, donde el médico no puede hacer nada, y aprendió a no intentar cambiar estos sistemas, independientemente del precio que tenía que pagar por

ello. Otro médico cambió en cuanto a que ya no sentía que tenía que desempeñar el papel de figura paterna. No se registraron cambios en las “características de los GB” en los otros médicos.

Hubo ciertas mejoras en la capacidad para lidiar con pacientes difíciles. Al comienzo a los doctores les resultaba difícil lidiar con pacientes que reunían ciertas características de los cuestionarios, dando como resultado una media global de 11.51 características con las que tenían problemas. Al finalizar los dos años esta cifra se redujo a 8.38. Lo que indica que aprendieron a manejar algo mejor a sus pacientes.

6. Al finalizar el curso, se pudieron apreciar tres subgrupos dentro de los participantes del grupo Balint. ¿Sería posible diferenciar estos subgrupos desde el comienzo?

Se vieron ciertas características entre los médicos que estuvieron los 24 meses:

- Les resultaba difícil no involucrarse con pacientes crónicos.
- No actuaban rápidamente, se tomaban su tiempo.
- Tenían miedo de cometer errores.
- Se permitían establecer relaciones cercanas con los pacientes.
- Se sentían manipulados en ocasiones
- No podían decir “no”.

Estos doctores parecían ser más dependientes y más sensibles que los médicos de las otras dos categorías.

Los que dejaron el grupo a los 18 meses se caracterizaron por:

- Avidez por actuar como figura paterna.
- Avidez por escuchar que son buenos médicos.
- Poca dificultad para manejar su propia ira.
- Satisfacción con su propia forma de lidiar con las cosas.
- Opinaban que cuando un tratamiento no iba bien, era culpa del paciente.
- Opinaban que la forma en la que uno funciona como GP no tiene nada que ver con el pasado familiar de uno mismo.

Este grupo no parecía ser dependiente, tenían tonos narcisistas.

Por último el grupo de personas que se fueron a los 6 meses se caracterizaba por:

- Sentirse como un buen ejemplo para los demás.
- Sentir inclinación a inmiscuirse en asuntos ajenos.
- Irritarse ante el comportamiento de los especialistas.
- No tener el más mínimo problema con los pacientes que decidían elegir otro GP.
- Tener muy pocas dudas sobre lo bien que hacían su trabajo.

- Tener dificultades con las personas que no siguen sus consejos.
- Sentir que sus sentimientos son heridos con facilidad.
- Inclinación a esconder sus sentimientos.

Estos doctores eran más narcisistas que el grupo anterior.

El siguiente artículo se trata de un estudio llevado a cabo en Rumanía por Popa-Velea *et al.* en 2018 (20). Al comienzo del estudio se pre-seleccionó aleatoriamente a 92 médicos de paliativos de diferentes hospitales. Ninguno de los médicos pre-seleccionados había oído hablar nunca de los GB, ni habían tomado parte en uno. Se organizaron seminarios en los que se les informó sobre el funcionamiento de los grupos, la dinámica y los potenciales beneficios que tenían estos grupos para los profesionales sanitarios. De los 92, 45 expresaron estar interesados en los grupos, y finalmente 31 acabaron participando en mínimo 20 sesiones entre Enero de 2015 y Julio de 2017. En total se formaron 6 GB liderados por médicos veteranos. Los 31 médicos pasaron a ser el “Grupo Balint, GB”, el grupo a estudio.

De entre las 92 persona pre-seleccionadas, se eligió a 38 personas que no fueran a atender a los grupos, para que formaran el “Grupo No Balint, GNB”, el grupo control. El grupo a estudio y el control no diferían de forma significativa en edad, género y años de oficio.

Todos los participantes del estudio tuvieron que rellenar cuatro cuestionarios: el primero, el “Bagby’s Toronto Alexithymia Scale”, un cuestionario que valora la alexitimia, la incapacidad del profesional para expresar e identificar sus emociones. Está formado por 20 apartados que a su vez se dividen en 3: “dificultad para identificar emociones” (F1), “dificultad para expresar sentimientos a otras personas” (F2), y “pensamiento orientado hacia el exterior” (F3). Con tres puntos de corte según las puntuaciones: ≤ 51 no alexitimia, de 52 a 60 posible alexitimia y ≥ 61 alexitimia. Este cuestionario ha sido informado como un buen instrumento de medida, con buena consistencia interna (Cronbach’s $\alpha = 0.81$) y fiabilidad test-retest (0.77, $p < 0.01$), así como niveles adecuados de convergencia y validez.

El segundo, la “Cohen and Williamson’s Perceived Stress Scale”, es un cuestionario formado por 14 items, diseñado para medir qué situaciones son vividas como estresantes. Con puntuaciones de 0 a 56 (puntuaciones más altas indican mayor nivel de estrés). Se ha descrito que el cuestionario muestra una buena validez convergente, alta consistencia interna y fiabilidad (Cronbach’s $\alpha > 0,80$).

El tercer cuestionario fue el “Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire”. Formado por 8 apartados que miden el apoyo social de la persona. Puntuaciones más altas indican una mayor percepción de apoyo social. La prueba tiene una alta validez y una alta consistencia y fiabilidad (Cronbach’s $\alpha = 0.89-0.92$).

El cuarto y último cuestionario utilizado fue el “Maslach Burnout Inventory (MBI)”, conocido como el mejor cuestionario para medir el “Burnout” y que ya ha sido explicado anteriormente. Los autores del estudio decidieron establecer como punto de corte para considerar que una persona padece Burnout en puntuaciones por encima de 30.

El análisis estadístico se realizó primero de forma descriptiva, analizando cómo las diferentes variables iban cambiando o no a lo largo del tiempo. Y después se realizó un segundo análisis mediante el método ANOVA (análisis de la varianza), para analizar los resultados teniendo en cuenta ciertas variables dependientes: el Burnout, la alexitimia, la percepción del estrés y la percepción de apoyo social. Y dos variables independientes: la participación en GB y el género. La edad fue introducida como covariable.

La edad media en el GB fue de 50.12 ± 5.74 y en el grupo control 48.26 ± 6.94 . Hubo 15 hombres y 16 mujeres en el GB y 18 hombres y 20 mujeres en el grupo control. En cuanto a los años de oficio, en el GB la media fue de 23.35 ± 4.99 y en el grupo control de 22.42 ± 6.86 . Al comparar estas tres variables de forma estadística, ninguna tuvo un resultado de $p < 0.05$, por tanto ninguna variable tuvo diferencias significativas entre ambos grupos.

En el análisis descriptivo del estudio, se compararon las puntuaciones obtenidas en ambos grupos en los cuatro cuestionarios en Enero de 2015, al comienzo del estudio, y en Julio de 2017, al finalizar el estudio. Al comparar los resultados de ambos grupos al comienzo del estudio, no se vieron diferencias significativas en las puntuaciones de ninguno de los cuestionarios. En cambio, al finalizar el estudio, se vio un descenso general del Burnout de forma global $p=0.003$, del desgaste emocional $p=0.004$ y de la despersonalización $p=0.005$ en el GB. También se vio un descenso en la percepción de estrés en el GB, aunque el cambio no fue significativo $p=0.23$. No se vieron cambios significativos entre ambos grupos en la realización personal. La percepción de apoyo social se vio incrementada en el GB con $p=0.001$, mientras que en el grupo control se vio un pequeño descenso. La alexitimia descendió en ambos grupos, pero el descenso fue mucho mayor en el GB, con una $p=0.001$.

Al analizar los efectos del GB en la población a estudio mediante la técnica ANOVA, se vieron cambios significativos en la percepción global de Burnout (Wilks' $\lambda = 0.687$, $F(1, 64) = 25.104$, $p < 0.0001$, $\text{Eta}^2 = 0.313$), en el desgaste emocional (Wilks' $\lambda = 0.749$, $F(1, 64) = 18.390$, $p < 0.0001$, $\text{Eta}^2 = 0.251$) y en la despersonalización (Wilks' $\lambda = 0.834$, $F(1, 64) = 10.957$, $p < 0.002$, $\text{Eta}^2 = 0.166$). También se vieron cambios significativos en la alexitimia de los participantes (Wilks' $\lambda = 0.941$, $F(1, 64) = 3.461$, $p < 0.0001$, $\text{Eta}^2 = 0.658$) y en la percepción de apoyo social (Wilks' $\lambda = 0.487$, $F(1, 64) = 57.883$, $p < 0.0001$, $\text{Eta}^2 = 0.513$). En cambio, no se vieron la misma magnitud de cambios en el sentimiento de realización personal del cuestionario MBI (Wilks' $\lambda = 0.945$, $F(1, 64) = 3.189$, $p < 0.008$, $\text{Eta}^2 = 0.055$).

El análisis mediante ANOVA mostró en el caso de la variable de género, un impacto significativo en el grupo a estudio. En la alexitimia (Wilks' $\lambda = 0.881$, $F(1, 64) = 7.436$, $p < 0.009$, $\text{Eta}^2 = 0.119$), con mayor incremento en la población masculina, con una diferencia entre el comienzo (T0) y el final (T1) ($T1-T0 = -7.785$ [95% CI: -10.877 – (-4.693)]), en comparación a la población femenina ($T1-T0 = -5.468$ [95% CI: -6.594 – (-4.343)]). El género también tuvo un impacto significativo en la percepción de apoyo social (Wilks' $\lambda = 0.783$, $F(1, 64) = 15.426$, $p < 0.0001$, $\text{Eta}^2 = 0.217$), siendo el incremento mayor en los hombres ($T1-T0 = 5.214$ [95% CI: 3.055 – 7.372]) en comparación con las mujeres ($T1-T0 = 1.718$ [95% CI: 0.227 – 3.210]). En cuanto al sentimiento de baja realización personal, el género tuvo una $p < 0.052$, no significativa.

Tampoco se vieron cambios significativos en los otros tres apartados del cuestionario MBI, ni en la despersonalización, ni en el desgaste emocional, ni el Burnout medido de forma global. A su vez, el impacto del género en la percepción del estrés tampoco fue significativo.

El siguiente artículo, se trata de un estudio realizado en Estados Unidos, en Carolina del Sur, en residentes de Medicina de Familia de segundo y tercer año (19). Se organizaron GB con sesiones que tenían lugar cada dos semanas, durante dos años. La participación fue voluntaria.

Tras dos años de participación en los GB, 18 de los residentes elegidos para el estudio, tuvieron una entrevista de 30-60 minutos con un asistente de la investigación. Los entrevistados fueron informados de que el tema era “la forma en que se enseña a comunicarse durante la residencia” (refiriéndose ciertas preguntas a los GB), su opinión sobre éstos y sobre la calidad de la residencia. Dichas entrevistas fueron transcritas, y a partir de ellas se dividieron los temas que habían surgido en “aspectos positivos”: ser el doctor que el paciente necesita, tener actitud reflexiva, empatía, crear vínculos, desahogo, aceptación, tener perspectiva, puntos flacos, desarrollo del aprecio basado en la experiencia personal. Y por otro lado “aspectos negativos”: repetitivos, inquietantes y de impacto incierto (refiriéndose estos aspectos negativos a los GB).

Los líderes grupales eran 4, dos profesionales acreditados por la American Balint Society (ABS) y otros dos con al menos cierta formación intensiva en el método Balint de trabajo grupal (acreditado también por la ABS). Había 2 líderes por cada grupo, y éstos eran siempre los mismos durante los 2 años. Los residentes también tenían dos tutores por grupo, los cuales se reunían con los residentes después de cada sesión para debatir sobre los temas que habían sido expuestos durante la sesión previa. El propósito de estos tutores era asegurarse de que los GB estaban teniendo lugar de una forma consistente con el modelo de la ABS.

Hubo cuatro personas encargadas de analizar las transcripciones de las entrevistas, tres de ellos eran líderes acreditados por la ABS; el cuarto, había participado previamente en uno. Los cuatro tuvieron que leer varias veces cada transcripción, haciendo notas de los principales aspectos que se podían obtener de las respuestas de los participantes. Una vez habían analizado todas las entrevistas se reunieron para establecer los temas que se repetían en las diferentes transcripciones. Cada vez que se reunían y realizaban un análisis conjunto de los principales aspectos tratados, realizaban también una revisión individual a posteriori. Se tuvieron que reunir seis veces hasta que obtuvieron mediante consenso 9 aspectos positivos y tres negativos.

Posteriormente se analizó la frecuencia con que cada aspecto fue nombrado por los participantes. Dentro de los aspectos positivos, “ser el médico que el paciente necesita” fue nombrado en el 100% de las entrevistas, es decir, los 18 participantes lo nombraron (n=18), una actitud reflexiva (83.3%), empatía (66.7%), puntos flacos (61.1%), vinculación (50.5%), desahogo (44.4%), aceptación (38.9%), tener perspectiva (33.3%), desarrollo del aprecio basado en la experiencia personal (33.3%).

En cuanto a los aspectos negativos la frecuencia con que se les hizo mención fue: repetitivo (50%), inquietantes (44.4%) y de impacto incierto (38.9%).

En la figura 1 del artículo (19), se muestran extractos de las transcripciones de las entrevistas que contienen las respuestas que mejor representan a cada aspecto. En cuanto a “ser el médico que el paciente necesita”, los residentes parecen referirse a la capacidad para establecer una relación médico-paciente continua en el tiempo y comprometida. Siendo el médico un profesional que debe ajustarse hábilmente a las necesidades del paciente que acude a consulta, necesidades tanto físicas como psicológicas.

Con respecto al aspecto “reflexivo”, los médicos residentes parecen expresar que la autorreflexión es un aspecto muy importante de la atención al paciente, que permite desarrollar la perspectiva de que en muchas ocasiones es complejo comprender y abordar de una forma adecuada las necesidades psicosociales de algunos pacientes.

En cuanto a la “empatía”, los médicos residentes parecen referirse al desarrollo de una capacidad para ver tanto a los demás médicos como a los pacientes desde una perspectiva más humana. Y es desde esta visión más humana desde donde son capaces de admitir las fortalezas (resiliencia y otros rasgos positivos comunes), como debilidades (vulnerabilidad...).

Los “puntos flacos”, parecen representar la comprensión de que dentro de la relación médico-paciente, los médicos pueden verse influenciados por diversas causas (problemas personales, profesionales...) que pueden hacer que se pierda objetividad en sus decisiones, o en el abordaje de los pacientes y de sus problemas médicos y psicosociales.

El “desahogo”, parece referirse al valor de poder expresar directamente en un grupo sentimientos preocupantes con respecto a las relaciones médico-paciente, y encontrarse en un entorno de apoyo y libre de prejuicios por parte de los compañeros.

La “aceptación” parece reflejar el desarrollo de una comprensión realista de lo que uno puede, y no puede lograr dentro del rol de médico (es decir, renunciar a la ilusión de ser omnipotente).

La “perspectiva” se refiere al valor de considerar otros puntos de vista para ampliar la comprensión y mejorar en el abordaje de los pacientes. Si bien esta función incluye abordar la enfermedad en función de la evidencia científica más reciente, los factores psicológicos y sociales también son aspectos esenciales en la atención al paciente y el papel de un médico es determinar cómo desempeñar hábilmente su profesión atendiendo de forma individual a cada paciente. Es decir, estableciendo una relación médico-paciente diferente con cada persona.

La “experiencia personal” tiene que ver con darse cuenta de que cada persona es única y que el enfoque de la consulta médico-paciente implica abordar las necesidades psicológicas del paciente, y dotar a estas necesidades de un significado y un propósito.

En cuanto a los aspectos negativos, los grupos parecían resultar “repetitivos” debido a su alta frecuencia (una vez por semana). Esto hacía “que no diera tiempo a asimilar los conocimientos ni a reflexionar sobre las sesiones”.

Los grupos también resultaron “inquietantes”, lo que parecía reflejar el sentimiento de impotencia por parte de los residentes en las situaciones en que se enfrentaban a pacientes en los que no podían, o no eran capaces de influir en algunos aspectos de su vida.

El “impacto incierto” refleja la idea de que los objetivos de aprendizaje previstos de la participación del GB parecían vagos o mal definidos.

V. DISCUSIÓN

Al analizar los resultados de los 11 artículos, vemos cómo ciertos participantes de los estudios completaron cuestionarios socio-demográficos (género, edad, estado civil y familiar) y sobre su carrera profesional (años ejerciendo, especialización, subespecialización, logros académicos) (12, 13, 15, 16, 20). En el estudio de Popa-Velea *et al.* no se encontraron diferencias significativas entre los GB a estudio y los GNB en cuanto a edad, género y años de oficio (20). Tanto en la alexitimia como en la mejoría de la percepción del apoyo social, el efecto positivo de los GB se vio influenciado por el género de los participantes, con un impacto mayor en los hombres (20). Esto podría deberse a que las mujeres previamente tenían mayores capacidades para lidiar con estos problemas, o debido a su mayor capacidad para pedir ayuda cuando sienten que lo necesitan, como se ha nombrado previamente en ciertos estudios (25). A su vez los cambios que se han visto en cuanto al género, podrían estar influidos por el estado matrimonial, lo que podría influir en la percepción del apoyo social de la persona (20).

Otro estudio parece haber encontrado también diferencias en las respuestas según el género de los participantes. Los hombres relataron con mayor frecuencia la capacidad de desahogarse en los grupos, de adquirir nuevas perspectivas y de desarrollar un enfoque basado en la experiencia personal. Mientras que las mujeres parecían tener mayor capacidad de vinculación con los pacientes una vez terminado el curso de grupos Balint (19). Analizando el sentimiento de baja realización personal, los resultados indicaron que los no especialistas (General Practitioners), estaban en riesgo para esta subdimensión, mientras que se vieron efectos protectores en los profesionales casados, en los doctores que son padres, en los médicos que acudieron al grupo Balint, en los médicos que ejercen de forma vocacional y en los que tienen un máster (12). En el mismo estudio se observó que con la fatiga emocional como variable dependiente, el género femenino resultó ser un predictor estadísticamente significativo, mientras que el trabajo en GB, se obtuvo como factor protector.

Los resultados del estudio muestran que existe una asociación entre los GB y la satisfacción profesional (13), un mayor grado de satisfacción laboral y una mejor relación con sus pacientes, en comparación con el GNB. Así como haber desarrollado una mayor habilidad para controlar sus horas de trabajo, permitiéndose descansos y estableciendo mejores relaciones con sus compañeros. Sintiendo también más competentes a la hora de tratar a los pacientes con problemas psicosomáticos y sin percibir a estos pacientes como una carga. En otro estudio se ha demostrado que los participantes del GB volverían a elegir su especialidad de nuevo. Estos resultados podrían sugerir que los médicos entrenados en GB consiguen elaborar herramientas para lidiar mejor con situaciones de estrés (18). Pero por el contrario, en este estudio no encontraron una asociación entre el trabajo en GB y la mejora en la empatía, en la satisfacción laboral, ni en la percepción de la compensación salarial. Lo que sí expone este estudio es cómo los resultados indican que la participación en GB podría ser una forma para conseguir elaborar estrategias de afrontamiento para médicos de Familia; además de mejorar la relación médico-paciente y el manejo integral del mismo (18). Otro estudio expresa el aspecto educativo de los grupos. La mayoría de los participantes dijeron haber aprendido nuevas habilidades comunicativas. Encontraron el grupo como un lugar apto para pensar, sentir y reflexionar sobre pacientes y situaciones difíciles. Comenzaron a ser más conscientes de sus

sentimientos hacía los pacientes y mejoró su habilidad para afrontar dichos sentimientos, en vez de evitarlos y tratar de deshacerse de los pacientes (17).

En el estudio de Popa-Velea *et al.* al comparar las puntuaciones de las variables a estudio en la población que acudió a los GB, al finalizar el proceso, fueron mucho más bajas, apreciándose cambios significativos con respecto al grupo control. Los cambios en la población Balint fueron significativos en las puntuaciones del Burnout globales, en el desgaste emocional, en la despersonalización, en la alexitimia y en la percepción de apoyo social. Estos cambios pueden prevenir futuras patologías en los profesionales, así como mejorar su bienestar. Expresando por ello cómo participar en los GB parece tener un efecto protector (20).

Se vio que tanto los miembros del grupo, como el líder, fueron pilares importantes en el proceso de aprendizaje y de contención (17). El hecho de mantener los mismos líderes durante los dos años favorece la consistencia de los resultados (11). Concretamente en el de Player *et al.* (19), hubo 2 líderes por cada grupo, siendo éstos también los mismos durante los dos años. El hecho de que los miembros del GB fueran también los mismos, hizo que –según palabras de los participantes- se fueran creando vínculos entre ellos, y un espacio en el que desahogarse y hablar de sus frustraciones. Un espacio “para discutir muchas cosas” y “para sentirse un poco renovados”. A través de las sesiones “uno puede ver que no está solo” y aprende a afrontar los problemas, y a permitirse expresar los sufrimientos que inevitablemente conlleva la práctica de la medicina. Lo que permite en última instancia “intentar dar una mejor atención a los pacientes”(19). Se vio cómo el grupo, aplicando el concepto de Bion, actúa como un “container”(26), haciendo que las emociones fueran recogidas y devueltas de una forma más manejable. De esta forma, tanto la persona que expone el caso, como el resto, aprenden (17).

También Hubo pruebas contundentes de la presencia de "factores terapéuticos grupales" como fueron descritos por Yalom (27). Las transcripciones de las entrevistas contenían claros ejemplos de “instilación de esperanza”, “cohesión de grupo”, “actividad formativa del grupo”, “universalidad de los problemas y emociones (luchar juntos), “comportamiento imitativo” y “catarsis” (espacio para expresarse y resonar con las emociones de los demás) (17).

En cuanto a algunos efectos que tuvieron los grupos, en el estudio de Player *et al.* hace mención a cómo los participantes parece que aprendieron a aceptar que si bien se puede hacer mucho por los pacientes dentro de la relación médico-paciente, existen límites. “El entorno de aceptación de las limitaciones propias que brinda los GB, hace que las cosas vayan mucho mejor”. Los grupos crean la posibilidad de reflexionar y de empatizar con otros casos expuestos por compañeros. Los participantes señalaron que los GB fueron “probablemente la parte más reflexiva de la residencia”(19).

En este mismo estudio los participantes describen las habilidades empáticas aprendidas en los grupos: “Tratamos de poner en práctica lo aprendido, adoptando una comprensión empática del paciente... Y a veces pienso que lo más importante que estoy haciendo por ellos es simplemente sentarme aquí y escucharlos. Quizás eso es todo lo que quieren.”(19). En otro estudio se nombra la mayor capacidad para percibir los

sentimientos que les producen los pacientes, y mayor capacidad para hablar de dichos sentimientos de forma grupal (17).

Otro aspecto que cambió fue cómo los participantes fueron convirtiéndose en “el médico que el paciente necesita”. Para ello tuvieron que desarrollar y aprender a reconocer “lo que el paciente necesita del médico” (16,19). Esto implica tratar de entender al paciente que se presenta en consulta y abordarlo según sus necesidades, adquiriendo el médico, de esta forma, diversos roles según el tipo de paciente (19). Lo que describe la implementación de una perspectiva psicodinámica de atención al paciente que favorece la comprensión de la práctica médica y a su vez, de la vida personal (16,17,19). En el estudio de Dokter *et al.* (15), el principal motivo por el que los GPs decidieron unirse a los GB fue para ganar “insight”. Reflejando también la necesidad de aprender a lidiar con la angustia, la ira y en general con los pacientes difíciles. También se vio una mejora en las habilidades de los residentes para usar interconsultas a otros servicios (16).

Por otro lado, en ciertos estudios se ha visto que ciertos profesionales tienen problemas para adaptarse a la dinámica de estos grupos. Analizar y tratar de mejorar las relaciones médico-paciente, es un proceso complejo, que en ocasiones puede generar estrés en ciertas personas, haciendo que dejen los grupos. Se vio que éstos pueden llegar a generar ansiedad, por lo que los líderes deben valorar el nivel óptimo de ansiedad para que el grupo no se paralice, ni se evite. Sugieren que la contención se logre mediante líderes agradables que eviten la jerga, no permitan silencios prolongados, sean claros sobre el enfoque del grupo, así como los límites al tratar ciertos problemas (problemas personales por ejemplo) y que mantengan un entorno estructurado y seguro (17). Como también ocurrió en el estudio de Dokter *et al.* (15), donde se vio que los médicos durante su estancia en los grupos se dieron cuenta de que los pacientes les causan más problemas de lo que ellos creían. Los doctores que no quisieron asumir este hecho (los más narcisistas), decidieron irse del grupo pasados los 6 meses...

El estudio de Player *et al.* (19), hace también mención a cómo los grupos resultaron “inquietantes”, lo que parecía reflejar el sentimiento de impotencia por parte de los residentes en las situaciones en que se enfrentaban a pacientes en los que no podían, o no eran capaces de influir en algunos aspectos de su vida.

Hubo ciertos aspectos de los miembros de los grupos que no cambiaron tras la intervención. En el estudio de Ghetti *et al.* (16), al analizar los resultados del cuestionario de Jefferson Scale of Empathy para la empatía, no se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas al comienzo y a los 12 meses. Se pueden buscar diversas explicaciones para este hecho. La empatía puede ser una capacidad que se va desarrollando con el paso de los años al ejercer la profesión, y que por tanto, esté menos desarrollada en los residentes. A su vez, la habilidad de ser empático, puede verse perjudicada por el estrés y el grado de Burnout al que estén expuestos los residentes. Estos resultados probablemente reflejen también el poco énfasis que se hace en el desarrollo de habilidades comunicativas durante la residencia de los médicos (16). En contraposición, en el estudio de Player *et al.* (19), la mejora de la empatía gracias a los GB fue uno de los temas más destacados entre los participantes.

En otro estudio tampoco se vieron mejoras en la percepción del estrés ni en la realización personal de los participantes (20). Lo que podría indicar que dichos aspectos

se producen por un conjunto de múltiples causas a las que los GB no pueden llegar como podrían ser: bajo sueldo, falta de facilidades, pobre reconocimiento social... Las cuales han sido recogidas como causas comunes de infelicidad e insatisfacción profesional (28). El estudio de Stojanovic-Tasic *et al.* (12) concluye demostrando la efectividad del curso de “dar malas noticias”, frente a la no significativa mejora en los participantes que acudieron al GB. Apreciándose cómo en estos grupos pese a mejorar la consciencia de las emociones del médico y su relación con el paciente, y de ser un lugar para compartir experiencias con otros compañeros; no mejoran la habilidad de los médicos para afrontar situaciones difíciles en las que tienen que dar malas noticias y no mejoran la capacidad de lidiar con las emociones de los pacientes.

En cuanto al tiempo que duraron los GB, en el estudio de Dokter *et al.* (15), Se vieron grandes cambios en al menos 4 de los 8 miembros que permanecieron los 24 meses. En los otros 4 miembros no se vieron apenas cambios en cuanto a su personalidad, pero sí se vio una tendencia a lidiar mejor con los pacientes difíciles. Para explicar esto, los investigadores plantean dos posibles respuestas: la primera, que las sesiones terminaron demasiado pronto y que sería necesario haberlas continuado; y la segunda, que este tipo de trabajo grupal no sirve para solucionar los problemas que ciertos médicos pueden tener en su ejercicio profesional. Indican también cómo tal vez deberían combinarse estos grupos junto a otro tipo de abordaje. En otro estudio, también se vio que a mayor tiempo de trabajo grupal, mayor aprendizaje y mejores resultados en los cuestionarios (18). Y lo mismo sucedió en otro estudio, en el que los participantes que acudieron 6 sesiones o más (n=15) puntuaron mejor y tuvieron una experiencia más positiva que los que participaron que acudieron 5 sesiones o menos (n=11) cuyos resultados fueron más bajos, indicando una mayor insatisfacción con la experiencia grupal (11).

VI. LIMITACIONES

La limitación principal expresada por los diferentes estudios ha sido el pequeño número de participantes (10,11,13-18,20). Así como el corto periodo de tiempo en que los participantes asistieron a los GB en ciertos estudios. Según observaciones de Michael Balint eran necesarios al menos dos años de sesiones para que se produjeran verdaderos cambios en los profesionales (22). El estudio de Kjeldmand *et al.* demostró encontrar cambios significativos en los médicos cuanto mayor fue el tiempo transcurrido acudiendo a las sesiones, por tanto asumían que existe un efecto específico. Aunque concretan que antes de que uno pueda decidirse por esta interpretación, sería necesario seguir en el tiempo a los participantes de los GB, para ver si los resultados son consistentes al analizarlos con el paso de los años (18). Al igual que se expone la necesidad de realizar estudios longitudinales que sigan en el tiempo el desarrollo y la evolución de los grupos Balint y del Burnout Syndrome (20).

El estudio de Bar-Sela *et al.* describe la frecuencia demasiado baja de las sesiones, al ser mensuales (14). En cambio, en el estudio de Player *et al.* uno de los aspectos negativos asociados a los GB fue que resultaron “repetitivos” debido a su alta frecuencia (una vez por semana). Esto hacía “que no diera tiempo a asimilar los conocimientos ni a reflexionar sobre las sesiones”, expresando la conveniencia de que las sesiones fueran cada dos semanas o mensuales (19).

Otra de las limitaciones con las que se han encontrado son el número de sesiones y el tiempo en el que se han dado éstas. Indican la necesidad de realizar más estudios para ayudar a conocer el número de sesiones, de seminarios teóricos, y el tiempo necesario para que dé tiempo a que se produzcan cambios en los profesionales (16,17,20). Los doce meses que duró el estudio pudo ser demasiado poco tiempo para que se produjeran cambios tan complejos en la personalidad de los profesionales como es el desarrollo o la mejora de la empatía (16).

Otra gran limitación expuesta por los estudios ha sido el hecho de que la generalización de los resultados se vea limitada por no ser representativa de otras muestras, recogidas en otros lugares y periodos concretos de tiempo, por lo que los resultados podrían variar entre poblaciones (11,13,15,16,17,20). También se ha expuesto como limitación el hecho de no tener un grupo comparativo control (11,15,16,18,20), por lo que los resultados no han podido ser comparados.

En ciertos artículos expresaban la limitación de los cuestionarios al valorar aspectos concretos que podrían no abarcar cómo afecta la participación en los GB (16). Así como cuestionarios que evaluaban aspectos que podrían ser inherentes a la personalidad de los médicos y por tanto, difícilmente abordables de forma grupal mediante estas sesiones (15). En el artículo de Popa-Velea *et al.* expresan cómo el estudio tan solo analiza cambios en ciertas variables: alexitimia, percepción de estrés, percepción del apoyo social y el Burnout. Por ello, pese a que se hayan podido producir cambios en los participantes en otros aspectos, éstos no han sido medidos (15,20). La misma incapacidad nombran sobre los cuestionarios “Maslach Burnout Inventory” para evaluar cambios que se han producido en los residentes y que se han visto en los grupos durante el transcurso del año, pero que dichos cuestionarios no reflejan (14). Y en otro estudio, hacen referencia a la dificultad de medir de forma objetiva estas variables como la empatía o la satisfacción

laboral, pese a que ciertos cuestionarios sean válidos para medir dichas variables, futuros estudios podrían incluir la percepción del paciente de la interacción con el médico como método de evaluación (13). Este mismo estudio añade cómo dependiendo en qué día rellenasen la encuesta, el médico pudo sentirse más o menos satisfecho con su trabajo, haciendo que los resultados obtenidos fueran inestables. A su vez, el hecho de que los cuestionarios fueran rellenados por los propios participantes de forma subjetiva, hace que los datos recogidos pudieran estar sesgados (12).

También ocurría que los cuestionarios utilizados en el estudio no habían sido validados con anterioridad y fueron elaborados previamente a las sesiones, lo que limitaba el hecho de evaluar al finalizar el estudio ciertos temas que hayan sido tratados en las sesiones y que no aparezcan en los cuestionarios, o al revés (11)

El estudio de Ghetti *et al.* también expresa cómo el aprendizaje experiencial puede ser difícil de evaluar utilizando instrumentos de medición cuantitativa. Pudiendo ser necesario trabajar con otros métodos de evaluación, como la evaluación cualitativa, la observación longitudinal y el diseño de estudios multicéntricos, para evaluar el impacto de los grupos Balint (16).

También se encontraron con que realizar estos grupos conlleva un esfuerzo por parte de sus miembros para aprender las dinámicas de funcionamiento del grupo, así como un periodo de aclimatación a esta nueva forma psicodinámica de pensar (17). A su vez en el mismo estudio, añaden cómo ciertos miembros ya tenían experiencia previa en trabajo grupal y el efecto de que las sesiones se produjeran de forma paralela a los seminarios de “aprendizaje de habilidades comunicativas”. En otro estudio, los miembros del grupo tuvieron ciertos seminarios sobre habilidades comunicativas y pidieron realizar más posteriormente, ya que sentían que necesitaban aprender más sobre el pensamiento psicodinámico para poder aplicarlo a los grupos (18).

El hecho previamente expuesto de que los grupos generen ansiedad, inquietud y rechazo en ciertas personas, es un aspecto a considerar en los resultados de ciertos estudios. Sobre todo en aquellos en los que la asistencia fue obligatoria. Se debe pensar en desarrollar un modelo de enseñanza específica para aquellas personas que puedan encontrar los entornos grupales particularmente desafiantes. Una cuestión a estudiar en este caso, sería si ocurriría lo mismo en otro grupo, con otros miembros, o si este proceso podría lograrse al realizar encuentros individuales con dichos profesionales (17)

Para establecer la validez del estudio, recalcan la necesidad de realizar un estudio longitudinal que examine el desarrollo de cada médico durante su participación en los GB (18). Como también reflejan en otro estudio, el hecho de haber medido cada variable una sola vez y que no se haya seguido analizando con el paso del tiempo la evolución tanto en los GB como en los GNB (10,12,19).

En el estudio de Sekeres *et al.* mencionan la imposibilidad de comparar de forma individual los resultados de los cuestionarios al comienzo y al final del año ya que éstos eran anónimos (11,12,14). Con respecto a esto, el estudio de Cataldo *et al.* (13), fue el único en el que los cuestionarios que se enviaron a los participantes tenían un código de números y colores, de tal forma que se podían completar de forma anónima y confidencial, pero a su vez, se podían comparar los resultados de ambos test al finalizar

el estudio. Hecho que resulta interesante para poder comparar mejor los efectos de la introducción de los GB de forma individual.

En el estudio de Amiel *et al.* los dos tipos de intervención (curso de dar malas noticias y grupo Balint) fueron elegidos por los participantes, y por tanto, no se repartieron al azar, haciendo también que los que eligieron el GB, pudieran ser los que creían que no necesitaban el grupo de “dar malas noticias” (10). En otro estudio, la participación de solo el 47% del total de residentes, indica que los que decidieron participar, probablemente estuvieran más interesados en los GB. Los participantes probablemente también tuvieran un nivel mayor de estrés, por lo que quisieron participar en los grupos. Esto llevaría a obtener mayores resultados de Burnout en la muestra (16). En cambio, en otro estudio plantean la posibilidad de que los médicos que eligen participar en GB, podrían ser personas con un mayor interés en mejorar sus habilidades para lidiar con pacientes psicosomáticos (18). En general la participación fue voluntaria en la mayoría de estudios (10-16,19,20). Sólo nombran el carácter obligatorio de la asistencia en uno (17), que formaban parte de la formación de los residentes.

VII. CONCLUSIONES

Ante la evidencia disponible podríamos decir que la introducción de GB para mejorar la calidad asistencial, el bienestar y la satisfacción profesional parecen ser efectivos. Se han visto mejoras en dichas áreas en muchos de los estudios analizados. Pese a ello la heterogeneidad de los estudios con diferentes tamaños muestrales, duración de las sesiones, frecuencia, tiempo de la intervención, formación de los líderes de grupo, especialidad médica de los participantes, años de oficio y sobre todo, la diversidad de cuestionarios y métodos de evaluación que hay en cada estudio; nos llevan a que, si bien los resultados entre estudios en muchos aspectos han sido consistentes; en otros no lo han sido. En general, las principales cuestiones que se plantean para futuros estudios son la necesidad de establecer la duración, la frecuencia y la formación del líder grupal necesaria para que se produzcan cambios en los asistentes a los GB. Así como la necesidad de seguir a lo largo del tiempo a dichos asistentes, para corroborar que los cambios, o los aspectos que permanecen inmutables, se mantienen o no. Y por otra parte, la forma de evaluar los efectos de la intervención a estudio. Planteando esta revisión sistemática dudas acerca de si es mejor un método cuantitativo, cualitativo, o una mezcla de ambos. Pudiendo ser también válido el sistema de entrevistas a los asistentes o las simulaciones de pacientes como se ha visto en algunos de los estudios.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Van Roy K, Vanheule S, Inslegers R. Research on Balint groups: A literature review. *Patient Educ Couns* 2015 -06;98(6):685-694.
- (2) Daurella N. Falla básica y relación terapéutica: la aportación de Michael Balint a la concepción relacional del psicoanálisis. : *Ágora Relacional*; 2013.
- (3) Yazdankhahfard M, Haghani F, Omid A. The Balint group and its application in medical education: A systematic review. *J Educ Health Promot* 2019;8:124.
- (4) Rudebeck CE. The doctor, the patient and the body. *Scandinavian journal of primary health care* 2000;18(1):4-8.
- (5) Weinberg E, Mintz D. The Overall Diagnosis: Psychodynamic Psychiatry, Six-Minute Psychotherapy, and Patient-Centered Care. *Psychiatr Clin North Am* 2018 -06;41(2):263-275.
- (6) Egnew TR. The Meaning Of Healing: Transcending Suffering. *Annals of Family Medicine* 2005 May 01,;3(3):255-262.
- (7) Salinsky J, Sackin P. What are you feeling doctor?: identifying and avoiding defensive patterns in the consultation. : *Radcliffe Publishing*; 2000.
- (8) Rabin S, Maoz B, Shorer Y, Matalon A. Balint groups as ‘shared care’ in the area of mental health in primary medicine. *Mental health in family medicine* 2009;6(3):139.
- (9) Lichtenstein A, Lustig M. Integrating intuition and reasoning: How Balint groups can help medical decision making. *Aust Fam Physician* 2006;35(12).
- (10) Amiel GE, Ungar L, Alperin M, Baharier Z, Cohen R, Reis S. Ability of primary care physician's to break bad news: A performance based assessment of an educational intervention. *Patient education and counseling* 2006;60(1):10-15.
- (11) Mikkael A. Sekeres, Miriam Chernoff, Thomas J. Lynch Jr, Eydie I. Kasendorf, Daniel H. Lasser, Donna B. Greenberg. The Impact of a Physician Awareness Group and the First Year of Training on Hematology-Oncology Fellows. *Journal of clinical oncology* 2003 Oct 01,;21(19):3676-3682.
- (12) Stojanovic-Tasic M, Latas M, Milosevic N, Aritonovic Pribakovic J, Ljusic D, Sapic R, et al. Is Balint training associated with the reduced burnout among primary health care doctors? *Libyan journal of medicine* 2018 Jan 01,;13(1):1440123-8.
- (13) Cataldo KP, Peeden K, Geesey ME, Dickerson L. Association between Balint training and physician empathy and work satisfaction. *Fam Med* 2005;37(5):328-331.

- (14) Bar-Sela G, Lulav-Grinwald D, Mitnik I. "Balint Group" Meetings for Oncology Residents as a Tool to Improve Therapeutic Communication Skills and Reduce Burnout Level. *J Canc Educ* 2012 Dec;27(4):786-789.
- (15) Dokter HJ, Duivenvoorden HJ, Verhage F. Changes in the Attitude of General Practitioners as a Result of Participation in a Balint Group. *Family practice* 1986 Sep;3(3):155-163.
- (16) Ghetti C, Chang J, Gosman G. Burnout, Psychological Skills, and Empathy: Balint Training in Obstetrics and Gynecology Residents. *Journal of graduate medical education* 2009 Dec;1(2):231-235.
- (17) Graham S, Gask L, Swift G, Evans M. Balint-Style Case Discussion Groups in Psychiatric Training: An Evaluation. *Acad Psychiatry* 2009 May;33(3):198-203.
- (18) Kjeldmand D, Holmström I, Rosenqvist U. Balint training makes GPs thrive better in their job. *Patient education and counseling* 2004;55(2):230-235.
- (19) Player M, Freedy JR, Diaz V, Brock C, Chessman A, Thiedke C, et al. The role of Balint group training in the professional and personal development of family medicine residents. *International journal of psychiatry in medicine* 2018 Jan;53(1-2):24-38.
- (20) Popa-Velea O, Trutescu C, Diaconescu LV. The impact of Balint work on alexithymia, perceived stress, perceived social support and burnout among physicians working in palliative care: a longitudinal study. *International journal of occupational medicine and environmental health* 2019 Feb 27.;32(1):53-63.
- (21) Savicki V, Maslach C. Different perspectives on job burnout. *PsycCRITIQUES* 2004;49(2):168-170.
- (22) Argelander H. Balint, Michael; Balint, Enid; Gosling, Robert und Hildebrand, Peter: A Study of Doctors. London (Tavistock Publications) 1966, 14. *Psyche* 1967;21(4):298-302.
- (23) Skovholt TM, Rønnestad MH. The evolving professional self. : John Wiley and Sons; 1992.
- (24) Huygen FJ, Mokkink HG, Smits AJ, Van Son JA, Meyboom WA, Van Eyk JT. Relationship between the working styles of general practitioners and the health status of their patients. *British Journal of General Practice* 1992;42(357):141-144.
- (25) Flaherty J, Richman J. Gender differences in the perception and utilization of social support: Theoretical perspectives and an empirical test. *Soc Sci Med* 1989;28(12):1221-1228.
- (26) Bion WR. Attention and Interpretation: A Scientific Approach to Insight in Psycho-Analysis and Groups. London: Tavistock Publications 1970.
- (27) Yalom ID, Leszcz M. The theory and practice of group psychotherapy. : Hachette UK; 2020.

(28) Boncea IJ. BRAIN DRAIN IN ROMANIA: FACTORS INFLUENCING PHYSICIANS' EMIGRATION. Jurnalul Practicilor Comunitare Pozitive 2014;14(1):64-74.