
DOSIER: ACERCAMIENTOS HISTÓRICOS A LAS RELACIONES TERAPÉUTICAS /
DOSSIER: HISTORICAL APPROACHES TO THERAPEUTIC RELATIONSHIPS

LA REVISIÓN EMOCIONAL DEL ENCUENTRO MÉDICO-TERAPÉUTICO EN M. BALINT, P. FREELING Y K. BROWNE (1957-1967)

Pilar León Sanz

Universidad de Navarra

E-mail: mpleon@unav.es

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0247-6101>

Recibido: 1 marzo 2022; Aceptado: 14 octubre 2022; Publicado: 26 mayo 2023

Cómo citar este artículo / Citation: León Sanz, Pilar (2023), "La revisión emocional del encuentro médico-terapéutico en M. Balint, P. Freeling y K. Browne (1957-1967)", *Asclepio*, 75 (1): e04. DOI: <https://doi.org/10.3989/asclepio.2023.04>

RESUMEN: Se analiza la perspectiva emocional de la relación médico-paciente y la confianza propia de esta interrelación, a través de publicaciones y relatos médicos de Michael Balint, Kevin Browne y Paul Freeling, aparecidos en la década de 1960. Balint promovió en la clínica Tavistock (Londres) los llamados 'Grupos Balint' en los que participaron Browne y Freeling. Sus publicaciones se enmarcan en la aproximación psicoanalítica y psicósomática, enfoque que actualizó la consideración de la persona como un todo y mostró el significado de las emociones en la enfermedad. Balint, Browne y Freeling destacaron el carácter terapéutico de la relación médico-paciente y subrayaron la subjetividad y la participación tanto del profesional como del paciente, en el encuentro médico-paciente. El movimiento Balint y en ese marco, la obra de Browne y Freeling, se sumó a otras que llevaron a promover la integración de lo psicológico y el entorno social en la definición de la enfermedad y en la práctica de la medicina de ese tiempo. El artículo pone de manifiesto los contrastes entre las propuestas de Michael Balint y las planteadas por la Escuela Psicósomática norteamericana y otros movimientos de origen psicoanalítico, respecto a la psicogenia y a la relación médico-paciente.

Palabras clave: Historia de la relación médico-paciente; Historia de las emociones; Medicina psicósomática; Confianza en la relación médica; Medicina siglo XX; Comunicación profesionales de la salud-pacientes.

THE EMOTIONAL PERSPECTIVE OF THE ENCOUNTER BETWEEN DOCTOR AND PATIENT IN M. BALINT, P. FREELING AND K. BROWNE (1957-1967)

ABSTRACT: The emotional perspective of the doctor-patient relationship and the trust inherent in this interrelation are analysed through medical narratives published in the 1960s by Michael Balint, Kevin Browne and Paul Freeling. Balint promoted the so-called 'Balint Groups' in the Tavistock clinic (London), in which Browne and Freeling participated. Their publications are part of the psychoanalytic and psychosomatic approach, that updated the consideration of the person as a whole and showed the meaning of emotions in illness. Balint, Browne and Freeling highlighted the therapeutic nature of the doctor-patient relationship and underlined the subjectivity and participation of both the professional and the patient in the doctor-patient encounter. The Balint movement and within this framework, the work of Browne and Freeling, joined others that led to promoting the integration of the psychological and the social environment in the definition of the disease and in the practice of medicine at that time. The article also focusses the contrasts between the proposals of Michael Balint and those raised by the American Psychosomatic Society, and other psychoanalytic movements, regarding the doctor-patient relationship.

Keywords: History of the doctor-patient relationship; History of emotions; Psychosomatic medicine; Trust in the medical relationship; 20th-century medicine; Healthcare professional-patient communication.

INTRODUCCIÓN

Láin Entralgo inicia su libro *La relación médico-enfermo: historia y teoría* afirmando que “nada hay más fundamental y elemental en el quehacer del médico que su relación inmediata con el enfermo; nada en ese quehacer parece ser más permanente” (Láin Entralgo, 1964, p. 15). La cita destaca el carácter continuado de la relación médico-paciente. Sin embargo, como veremos a lo largo del artículo, se trata de una interrelación que no se ha mantenido inmutable. Como señalaba el psicoanalista Michael Balint (1896-1970) el mismo año de esa publicación (1964), “en sí misma, la relación médico enfermo, es algo cambiante, sería como un espejo que refleja los cambios de la sociedad” (Balint, 1964, p. 4).

Nos proponemos analizar la perspectiva emocional de la relación entre el médico y sus pacientes, a través de los relatos clínicos del psicoanalista británico-húngaro Michael Balint (1896-1970), y de los médicos generales británicos Kevin Browne y Paul Freeling (1928-2002), publicados entre 1957 y 1967.

Las propuestas de Balint, Freeling y Browne están interrelacionadas y se enmarcan en la aproximación psicoanalítica y psicósomática que se observa en la medicina occidental a partir de la segunda década del siglo XX. En este periodo, como consecuencia de la aplicación del psicoanálisis al tratamiento de trastornos orgánicos se utilizó el término “psicósomático” para describir aquellas enfermedades que podían tener un componente psicológico en la causalidad de las manifestaciones orgánicas (Weiner, 2008). Desde las décadas de 1920 y 1930, diversos intelectuales y médicos promovieron movimientos de carácter holístico que vincularon el cuerpo y la psique (Lawrence y Weisz, 1998; Harrington, 1999). Estos movimientos influyeron en una nueva comprensión de la relación entre los seres humanos y entre estos y la medicina (Hitzer y León-Sanz, 2016).

El artículo tiene en cuenta también las influencias y desarrollos que se dieron con carácter transatlántico¹. En el periodo de entreguerras y en los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial, algunos científicos y médicos centroeuropeos emigraron a los Estados Unidos. Fue el caso de los pioneros de la medicina psicósomática estadounidense, como Franz Alexander que se desplazó a Chicago (1930) o de Felix Deutsch que se trasladó a Washington (1936); otros viajaron al Reino Unido, como Michael Balint (Roelcke, Weindling y Westwood, 2010). Si bien la institucionalización de la medicina psicósomática partió de Alemania y de otros países centroeuropeos, se llevó a cabo, fundamentalmente, en los Estados Unidos de América. Allí, desde finales de la década de 1930, este movimiento propuso agregar lo psíquico a

la etiopatogenia de las enfermedades (Alexander, 1939, p. 7; Hitzer y León-Sanz, 2016, p. 84).

El pensamiento psicósomático estadounidense se apoyó en la fisiología de las emociones y de la percepción sensorial. Se describieron interacciones musculares complejas debidas a la influencia de los impulsos nerviosos y del sistema nervioso autónomo: los músculos faciales y el diafragma eran supuestamente modificados por la risa, las glándulas lagrimales por el llanto, el corazón por el miedo, y así sucesivamente (Alexander, 1939, pp. 7-8). Se consideró que los cambios fisiológicos que acompañan a las emociones eran transitorios, pero podían inducir trastornos si las emociones eran intensas o se prolongaban durante un período largo de tiempo (Alexander, 1939, p. 15)². En las décadas siguientes, los efectos fisiológicos de las emociones se reforzaron por su vinculación con el concepto emergente de estrés³.

Paralelamente, se dio especial importancia a los nexos entre las enfermedades y las relaciones sociales. Tanto Alexander (1939), como H. Dunbar⁴ (1954, p. 24) se refirieron a cómo los conflictos sociales de larga duración quebrantan la resistencia de los pacientes, hasta que enferman. Veremos también esta conexión entre lo social y la enfermedad en los escritos de Balint, Browne y Freeling.

Con el tiempo, la medicina psicósomática norteamericana cambió y pasó a investigar la función de las emociones en la práctica médica, en lugar de su función etiopatológica⁵. Este movimiento desarrolló el poder curativo y transformador de las emociones generadas en el encuentro entre el médico y el paciente. La faceta terapéutica de la relación se basaba en lo que Alexander llamó “experiencia emocional correctiva” (1946, p. 112).

Hitzer y León-Sanz (2016, p. 83) han descrito que, tras la Segunda Guerra Mundial, la medicina psicósomática norteamericana hizo un camino de vuelta a Europa al influir en los diversos modelos que, con elementos propios, se fueron desarrollando en Alemania, Gran Bretaña o Francia, donde hubo una creciente consideración de las emociones en medicina, tanto en la clínica como en la investigación. Y, en general, en las décadas de 1950 y 1960 aparecieron numerosas publicaciones sobre la relación médico-paciente (León-Sanz, 2013). Esta literatura señaló que tenía que haber un cambio en la actitud de los profesionales en el encuentro médico, por el impacto que este tenía en la estrategia terapéutica⁶.

En este contexto, es ilustrativo revisar las propuestas de Michael Balint respecto a la relación médico-paciente, planteadas desde el Instituto Tavistock (Londres) y poner

de manifiesto los contrastes con respecto a la Escuela Psicosomática norteamericana.

Como veremos, la aportación de Balint fue también una aplicación del psicoanálisis a la práctica médica. Balint, heredero intelectual de Sandor Ferenczi, puso “el foco de su investigación en los procesos de la relación médico-paciente, que causan, tanto a los pacientes como a los médicos, un sufrimiento innecesario, irritación y esfuerzos infructuosos” (Horder, 2001, p. 1038). De igual modo que sus colegas norteamericanos, Balint, Browne y Freeling subrayaron la importancia del ‘médico general’ por su capacidad para poder influir en las condiciones sociales y en las relaciones familiares, origen de muchos procesos crónicos. También observaremos que en sus propuestas no quedan del todo claras las competencias y las funciones de carácter psicológico y psiquiátrico –por otro lado imprescindibles– que los y las médicas generales han de tener para tratar a sus pacientes, en un momento en el que se estaba desarrollando la formación específica y la especialización de la Atención Primaria en el Reino Unido (Hayward, 2014, pp. 91-115; Bar-Haim, 2018, p. 114).

MICHAEL BALINT

Michael Balint nació en Budapest (1893), allí obtuvo el doctorado en medicina y en bioquímica. Posteriormente se formó como psicoanalista con Sándor Ferenczi (1873-1933) en Budapest y con Karl Abraham (1877-1925) en Berlín. Sucedió a Ferenczi como director del Instituto de Psicoanálisis de Budapest (1935-1939)⁷. En 1939, Balint, con la ayuda de Ernest Jones y John Rickman, se trasladó a Manchester (Maddox, 2006, p. 222); fue uno de los más de 5.000 médicos que llegaron al Reino Unido huyendo del régimen nazi en la Segunda Guerra Mundial⁸. La medicina británica pudo absorber un número relativamente alto de refugiados médicos debido a la carencia inicial de profesionales con formación especializada. En el ámbito de la psiquiatría, esta situación posibilitó la integración de los enfoques continentales y estadounidenses, pioneros en aquel momento, entre los profesionales británicos (Weindling, 2010). El resultado fue la reforma de la atención psiquiátrica británica, tanto hospitalaria como ambulatoria.

En general, los psicoanalistas británicos apoyaron a los colegas refugiados. En este aspecto, fueron especialmente relevantes los hospitales Maudsley, Runwell y Crichton Royal (Weindling, 2010, pp. 222-223) y, también, la Clínica Tavistock⁹. Sin embargo, entre los emigrados había psicoanalistas que no eran médicos y otros que no fueron admitidos en la British Psychoanalytical Society. A ello se sumó la postura de la British Medical Associa-

tion que intentó impedir el ejercicio profesional a los psicoterapeutas no médicos y controlar el traslado de los médicos refugiados a Londres. En el caso de Balint, la British Medical Association se opuso a su desplazamiento a Londres desde Manchester, donde era psiquiatra consultor honorario del Manchester Northern Hospital. Gracias a la influencia de Ernest Jones (1879-1958), asesor del Ministerio del Interior y a John Rawlings, director médico de la Clínica Tavistock, en 1948, consiguió trasladarse a Londres, a la Clínica Tavistock, donde permaneció hasta su fallecimiento en 1970. Balint fue presidente de la British Psycho-Analytical Society (1968-1970)¹⁰.

LOS ‘GRUPOS BALINT’

Como consultor de la Clínica Tavistock, Balint contribuyó a la aplicación del psicoanálisis a la práctica clínica de la medicina general, a través del estudio de las relaciones médico-paciente. En otoño de 1950, junto a la que después sería su esposa, Enid Flora Eichholz¹¹, inició un primer seminario para médicos generales inspirado por el trabajo realizado por Eichholz en el Family Discussion Bureau, para la formación de trabajadores sociales (1947). Aunque, como Balint reconocería más tarde, había estado pensando en la formación de médicos de cabecera desde 1926 (Horder, 2001).

Así se iniciaron los llamados ‘Grupos Balint’ que estaban formados por diez o doce médicos y médicas generales –el primer ‘Grupo’ incluyó a Dorothy Arning y a Anneliese L Zweig (Horder, 2001)¹²–. Durante dos o tres años, los ‘Grupos’ mantenían reuniones semanales de dos horas que se abrían con la pregunta de Balint: “¿Quién tiene un caso?”, es decir ¿quién quiere hablar de un paciente que encuentra difícil? No se excluía ningún tipo de problema clínico, ni había que elegir un paciente con trastorno psiquiátrico. Era una especie de debate en un grupo pequeño, algo así como un aprendizaje basado en problemas con un tema central: la relación entre profesionales y pacientes. Los ‘Grupos’ pretendían estudiar las implicaciones psicológicas de la práctica general; formar a médicos generales en ese aspecto y elaborar un método para esa formación (Balint, 1977, p. 20). La intención era reflexionar sobre las experiencias subjetivas de los y las profesionales ante los enfermos: “Tuvimos que mirarnos a nosotros mismos y a nuestras formas de pensar, sentir y actuar dentro de la consulta, así como aprender a advertir aspectos de nuestros pacientes que hasta ahora no habíamos considerado significativos” (Horder, 2001). Se trataba de identificar las circunstancias vitales o las causas psicológicas que habían originado la enfermedad, para poder abordarlas terapéuticamente desde la relación médico-paciente.

Inicialmente, fueron pocos los que reconocieron el trabajo de Michael y Enid Balint y quienes acudían a los seminarios fueron incluso objeto de sospecha durante años. Por contraste, los ‘Grupos Balint’ tuvieron éxito en los Estados Unidos donde Balint pasó temporadas y fue una figura reconocida, quizá por el desarrollo que allí había adquirido la Medicina Psicosomática¹³. La aceptación de los ‘Grupos Balint’ en el Reino Unido cambió en 1972 tras la publicación del informe *The future general practitioner: learning and teaching*, del Royal College of General Practitioners, pero para esa fecha, Balint ya había fallecido.

Balint publicó sus experiencias en los ‘Grupos Balint’ en: *The doctor, his patient, and the illness* (1957). Fue su libro más conocido, tuvo diversas reediciones en inglés (1964, 1972) y fue traducido a otros idiomas¹⁴ y se complementa con otras publicaciones. En el análisis de estas obras descubriremos la influencia de Ferenczi en la genealogía psicoanalítica en el uso técnico de la relación médico-paciente (o terapeuta-paciente).

Bar-Haim (2018) sitúa el movimiento de los ‘Grupos Balint’ en el ‘giro psicosocial’ del Reino Unido de entreguerras y de la posguerra; también, en la renovación de la profesión médica que se produjo tras la Segunda Guerra Mundial y en la introducción del National Health Service. Cincuenta años después, muchas de las ideas y métodos propuestos por Balint están introducidas en la enseñanza y práctica médicas, sobre todo en el ámbito de la Medicina Primaria del Reino Unido¹⁵.

PAUL FREELING Y KEVIN BROWNE

Paul Freeling y Kevin Browne fueron médicos generales que trabajaron en Londres (Southall y Hillingdon, respectivamente)¹⁶. Tras coincidir en un ‘Grupo Balint’ publicaron conjuntamente diversos artículos y el libro *The Doctor-Patient Relationship* (1967/1976) que les dio reconocimiento internacional¹⁷. Ambos profesionales destacaron por impulsar la formación continuada de los médicos generales y por su contribución a la definición de la figura del *general practitioner* en los inicios del NHS.

A través de relatos médicos publicados por Balint, Browne y Freeling veremos cómo estos autores analizaban el abordaje a los pacientes. Las narraciones les permitía observar cómo habla el paciente, cómo piensa y cómo se comporta en la consulta. También, lo que parece causar dolor al paciente, en su relación con el profesional (Balint, 1977, p. 24). El análisis de las narraciones fue un instrumento para ampliar la capacidad de escucha y entendimiento por parte del médico y una forma terapéutica, siguiendo un modelo psicoanalítico de supervisión.

LAS EMOCIONES DEL ENCUENTRO ENTRE EL MÉDICO Y EL PACIENTE

UNA ‘MEDICINA ORIENTADA A LA ENFERMEDAD’ VS. UNA ‘MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE’

Una mujer de mediana edad acudió al médico porque tenía ataques de vértigo. La descripción clínica respondía a un verdadero cuadro de vértigo, por lo que parecía indicado prescribir un fármaco para esa dolencia. Sin embargo, en la anamnesis posterior, la paciente contó que su hija y su yerno iban a emigrar, dejándole a su cargo dos hijos adolescentes. El médico pensó que los síntomas probablemente estaban relacionados con esa próxima responsabilidad, pero la paciente no acudía a su médico para que le comentara esto, tampoco iba a la consulta a curarse. El médico pensó que podría ayudarle más accediendo tácitamente a asumir el papel de ‘madre’ y apoyándole cuando el peso de la responsabilidad fuera demasiado opresivo. Decidió explicarle que el vértigo era resultado de sus problemas con los nietos y un tratamiento sólo con medicamentos, aunque podía curarle el vértigo, probablemente la habría llevado a tener nuevos síntomas (Browne y Freeling, 1965, p. 804).

El relato sirve para mostrar las dos aproximaciones que Balint mantenía respecto a la enfermedad. Por un lado, reconoce al profesional que busca ‘enfermedades localizables’ a través de análisis de laboratorio, que objetivan el mal funcionamiento de un órgano, lo cual permite el diagnóstico y consiguiente tratamiento. Sería una ‘medicina orientada a la enfermedad’. En el caso presentado se diagnosticaría a la paciente de vértigo y se aplicaría el correspondiente tratamiento farmacológico. Pero, para Balint, existe otra manera de abordar el problema médico, la ‘medicina centrada en el paciente’ en la que se examina a la persona en su totalidad para hacer un ‘diagnóstico global’. Este diagnóstico incluye todo lo que el o la profesional sabe sobre su paciente, que ha de ser entendido como un ser humano singular (Balint, 1969, p. 269). Esta doble aproximación, en parte, tiene su origen en la transformación de la medicina como ciencia experimental, más centrada en la enfermedad y en los medios diagnósticos y terapéuticos que en la persona que padece los procesos, lo cual explica la reacción del enfoque psicoanalítico-psicosomático y la clasificación de los diversos modos de hacer medicina propuestos por Balint¹⁸. Veámoslo en otro caso:

El señor K, de 54 años me fue presentado en 1950 por su esposa (...) nunca se sentía bien y exigía que se prestara mucha atención a su alimentación. Las molestias habían comenzado en 1934, a raíz de una apendicectomía seguida de una peritonitis que exigió una operación en dos etapas, seguida de una tercera. El señor K es un hombre

alto y corpulento de apariencia elegante, empleado del gobierno en un puesto secundario, a quien nunca le gustó su trabajo. Lee y escribe poemas y cuentos, toca la flauta y el cornetín. Su vida familiar parece feliz y afectuosa, aunque tanto la esposa como la hija están tiranizadas por su mala salud. (...) En la consulta se quejó sobre todo de dolores abdominales intermitentes que eran seguidos de episodios de diarrea. En 1940, el médico que le atendía le remitió a un cirujano que dijo que probablemente se debiera a adherencias y recetó luminal y atropina (...). El señor K me visitaba regularmente una o dos veces por semanas. No vi ningún mal orgánico que justificara su mala salud. La investigación sobre posibles causas psicológicas acababa en el desagrado por su trabajo. Y, en efecto, mejoraba rápidamente cuando estaba de baja laboral (...). En junio de 1951 le remití al doctor S (psiquiatra), con la esperanza de que aclarara el caso, pero los síntomas del señor K persistieron (...). En enero de 1952 fue operado de un cálculo biliar y se sintió bien, hasta abril. Entonces volvió a mi consulta de nuevo con un cuadro de espasmos, diarrea, dolor en el borde costal izquierdo y vahídos. Le expliqué que los síntomas no se debían a causas orgánicas sino a factores psicológicos; debía superar sus angustias y aversiones para poder afrontar su problema y no le receté ninguna medicina. Lo vi nuevamente hace dos días. Su estado era de feliz resignación (Balint, 1977, pp. 97-105).

Para Balint, el verdadero inconveniente de este caso

... reside en el método seguido por los médicos anteriores que buscaron la eliminación [de causas] mediante exámenes físicos, lo cual costó al paciente 20 años de su vida dedicados a la persecución de una esquivo y quizá inexistente, pero 'apropiada', enfermedad física. Al mismo tiempo, no se prestó la debida atención a las posibles causas psicológicas.

En su opinión, los cálculos biliares no tenían nada que ver con la verdadera enfermedad y "ni el diagnóstico ni la operación estaban justificados, aunque no provocaron un daño mayor" (Balint, 1977, p. 104).

Ambos ejemplos muestran que ni Balint, ni Freeling y Brown, rechazan la idea de la 'psicogénesis', es decir que los trastornos o enfermedades orgánicas pudieran ser 'causados' por factores psíquicos. Era una orientación que había sido ampliamente debatida por los médicos psicósomáticos norteamericanos en los años de 1930 y 1940, pero abandonada en la década de 1950, cuando la investigación se centró más en las repercusiones emocionales de la práctica clínica¹⁹.

Balint, Browne y Freeling mantienen que una paciente 'curada' desde un punto de vista 'médico' (pensemos en la enferma de vértigo) puede permanecer enferma desde el punto de vista psicológico. Y si posteriormente

aparecen nuevos síntomas, el médico puede considerar que se trata de una enfermedad distinta e independiente, y propondrá un nuevo tratamiento o bien pensará que no entra dentro de su ámbito de responsabilidad (O'Neill, 1955, p. 10).

Estos autores aseguraban que el médico tiende a pensar en términos de síntomas y tratamientos, mientras que, quienes padecen en las narraciones anteriores, buscan una relación terapéutica basada en la comprensión de lo que subyace tras estos síntomas. En el caso de la paciente con vértigos, el planteamiento debería ser "considerar primero qué es lo que realmente le pasa a la paciente y qué es lo que ésta quiere" (Browne y Freeling, 1965, pp. 804-805).

Según las estimaciones de Browne y Freeling, una alta proporción de los y las pacientes vistos en Atención Primaria (15 % - 50 %) no presentaban enfermedad orgánica alguna, motivo por el que eran estigmatizados y considerados como pacientes neuróticos. Los síntomas que describían podían ser atribuidos al estrés, o bien ser ignorados por haber sido etiquetados como funcionales. Y lo peor, en su opinión, es que esa 'visión reductiva' afectaba a la gestión de la actividad médica, con las consiguientes consecuencias negativas para todo el Sistema de Salud (Browne y Freeling, 1964, p. 425).

E. Shorter y A. Wear, conocidos por sus estudios histórico-médicos sobre la relación médico-paciente, han subrayado que la confianza del médico en la farmacología y en la técnica llevó a relegar la importancia de "los beneficios psicológicos que se derivan del contacto con los médicos en la consulta" que, en cierto modo "pasaron a ser considerados como secundarios" (Shorter, 1991; Wear, 1995). Aquí observamos que, también en esos momentos, los movimientos psicósomáticos promovieron la comprensión de los factores emocionales relacionados con el padecimiento

LAS EMOCIONES DEL MÉDICO

En la década de 1960, autores como Balint, Browne y Freeling, entre otros, publicaron estudios en los que, en lugar de proponer las cualidades y virtudes que debía reunir el médico -cuestión común en la literatura médica a lo largo del tiempo-, analizaban los tipos de emociones propias del encuentro médico y se refirieron a los sentimientos (positivos y negativos) de los y las profesionales y a su influencia en la relación con sus pacientes (León-Sanz, 2013, pp. 109-111).

Browne y Freeling se refirieron especialmente a la simpatía, una emoción que, en su opinión, surge espontáneamente en el encuentro médico. Ambos autores aseguraban que el estudio de la simpatía resulta esen-

cial porque “la simpatía debe ser considerada como un tratamiento por derecho propio” ¿Está la persona que padece sintiendo mi simpatía y que estoy realmente de su lado?²⁰ En opinión de Balint (1977, p. 58), la simpatía permite aflorar el trasfondo de los pacientes.

Browne y Freeling (1976, pp. 20, 23) también destacaron la empatía, considerada en la literatura médica del momento como el rasgo mejor valorado por los pacientes en la relación médica (León-Sanz, 2017). La empatía condicionó la aproximación del médico a la paciente con vértigo. Además, “reclamar la aplicación de principios científicos –afirmaban Browne y Freeling– no debe oscurecer la necesidad esencial de simpatía y empatía por parte del médico. Aunque la integración de lógica y emoción es más difícil de conseguir que muchas de las rutinas mecánicas del procedimiento hospitalario” (Browne y Freeling, 1976, p. 69). Como señala Dorothy Owens (1999, p. 39), generar confianza mediante empatía es un eco del marco psicoanalítico trasladado a la interrelación entre el profesional y el paciente. Browne y Freeling insistieron en la dificultad de conseguir la empatía pues profesionales y pacientes no siempre están de acuerdo en lo que debería consistir la atención médica y, cuando aparecen dificultades, como es el caso del Sr. K que “exigía que se le prestara mucha atención”, aseguran que “un sentimiento común en el médico respecto al paciente puede ser la ira o la cólera” (Browne y Freeling, 1976, p. 15).

De ahí que la literatura psicossomática, a ambos lados del Atlántico, señalara la importancia del control de la ansiedad por parte del profesional (Browne y Freeling, 1976, p. 19)²¹. Los médicos pueden sentirse irritados, frustrados, inútiles e impotentes. Otras veces, la relación produce sentimientos encontrados en el profesional que se siente feliz, inteligente e importante, pero también, ansioso o deprimido²². Estos autores recomiendan reconocer y manifestar los propios sentimientos, puesto que el médico no puede sustraerse de llevar a la consulta sus problemas y el estado emocional del momento, consciente o inadvertidamente, puede condicionar la atención del enfermo²³.

LA PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE A TRAVÉS DE LA COMUNICACIÓN

Otra consecuencia de la aplicación del psicoanálisis a la medicina fue destacar el carácter comunicativo del encuentro médico-paciente y, por ende, la condición personal de ambos, médico y enfermo. En el caso de Balint, manifiesta su planteamiento psicoanalista relacional²⁴.

Browne y Freeling aseguraban que “toda consulta entre paciente y médico implica una comunicación por parte del paciente y un intento de comprensión y diagnóstico por parte del médico” (Browne y Freeling, 1964, p. 426). En esa comunicación, Browne y Freeling distinguen tres pasos: el primero no necesita palabras para expresarse: “la visualización de una úlcera puede ser mucho más elocuente que una descripción de lo que hay debajo de los vendajes”. Esta fase transmite al médico información acerca de ‘hechos’. Los otros dos pasos implican “la aparición de sentimientos en el médico” y “la iniciación de acciones” (Browne y Freeling, 1964, p. 426).

Veámoslo en el siguiente relato:

Una mujer de 60 años de edad, no muy inteligente que ha acudido a un buen número de especialistas por un problema de bronquiectasias, en la actualidad presenta tres dolencias: dolores de cabeza, trastornos del estómago y desvanecimientos. Cuando le receto medicación para los dolores de cabeza, vuelve con sus molestias estomacales, y cuando me ocupo de su estómago, aparece el problema de los ‘vahídos’. Traté de hablar con ella, sin resultado. Se echó a llorar cuando le expliqué que las medicinas no le servían de nada. Le sugerí que cambiara de médico, pero no quiso y la única manera de tratarle es darle los fármacos que reclama y así, se siente feliz. Hace seis meses me comunicó que se va a trasladar de domicilio y desde entonces me insiste “Seguramente le alegrará saber que me marchó”. Cada vez, le he contestado que no era así, que realmente deseaba ayudarle (Balint, 1977, p. 32).

En el caso, de nuevo, se atribuye el padecimiento de la paciente a una causa psicológica, pero merece la pena destacar la valoración que los autores hacen sobre la autopercepción de la paciente, porque implica considerar a los pacientes como sujetos de conocimiento en la relación: “Es obvio que para que haya resultados deseables o positivos en el acto médico, el profesional ha de tener alguna idea de cómo la paciente ve su situación y sus acciones”, ya que –repiten con insistencia– “no son las intenciones del médico por sí mismas, sino cómo padece y cómo se ve a sí mismo/a, lo que más afectará al resultado” del encuentro médico (Browne y Freeling, 1976, pp. 85 y 88). Algo parecido sugería Balint en el caso del Sr. K.

La visión subjetiva y la autopercepción de quien padece sería complementaria a la información objetiva obtenida por el profesional, por lo que es importante que la paciente llegue a tener una buena autocomprensión de su propia situación, para lo cual, la paciente ‘necesita’ la ayuda del médico. Y, aun así, como en los casos

expuestos, a veces, no se consigue que quien padece entienda cabalmente su situación.

La interpretación médica de las autopercepciones de los pacientes sería una habilidad que se adquiere con la práctica (Browne y Freeling, 1964, p. 426). Como sugería Balint, el profesional se ha de esforzar por aprender de sus errores técnicos y equivocaciones, “es decir, nuestra técnica individual está cambiando continuamente a medida que acumulamos experiencia” (Balint, 1949, pp. 209-222). La comprensión que el médico tiene de su paciente dependerá de la suma de experiencias y cuando la relación es larga, la comprensión será más completa y permitirá incidir en los aspectos sociales, familiares, laborales y del entorno.

La Sra. NA, de 70 años tenía un prurito generalizado desde hacía tres meses, sin una erupción visible. El médico le interrogó para intentar descubrir posibles alergias y al no encontrar ninguna pista, le preguntó si tenía alguna idea de la causa del picor. La paciente contestó que se debía a que le había trastornado saber que a su nuera le habían diagnosticado una artritis reumatoide. Lo mismo le pasó [el prurito] cuando falleció su marido, hacía años. Sin embargo, el médico siguió buscando otras explicaciones (Browne y Freeling, 1976, pp. 84-85).

Freeling y Browne critican que los médicos generales “empleen con demasiada frecuencia una técnica de investigación interrogativa, que no da oportunidad a los pacientes para que revelen su percepción de cuáles son la causa y el efecto de su situación” (como en el caso de la Sra. NA). En el mejor de los casos, esos profesionales limitan la eficacia de un tratamiento, aparentemente apropiado. En el peor, puede llevar a la paciente a construir secuencias imaginadas de la causa y del efecto que solo sirven para reforzar un comportamiento neurótico (Browne y Freeling, 1976, pp. 84-85)²⁵.

Balint advierte que, en la entrevista con el enfermo, las preguntas del médico han de estar bien pensadas porque si no, “rara vez se obtienen respuestas de ayuda”. Es importante escuchar atentamente sin reaccionar ante la forma de ‘expresarse’ del paciente (Balint, 1977, p. 158)²⁶. Como recuerda Horder de su experiencia en el ‘Grupo’, “aprendí el valor práctico de la entrevista larga (...) Aprendí a reconocer mis propias reacciones emocionales, también ante pacientes agresivos o halagadores, y a aceptarlas como parte importante del caso a tratar” (Horder, 2001, p. 1039).

Ante un paciente de diagnóstico difícil, como el señor K o la paciente con prurito, Browne y Freeling recomiendan que el médico se pregunte: “¿Qué sentimientos despierta el/la paciente en mí? ¿Cómo estoy

reaccionando? ¿Qué ideas preconcebidas tengo acerca de las quejas del paciente? ¿Hay algo en lo que el paciente ha dicho o en cómo se ha comportado que no es coherente con los síntomas que presenta?” (Browne y Freeling, 1976, pp. 38, 90). Estos autores atribuyen a Freud la expresión “cada acción un significado” que pone en valor lo comunicado por los pacientes: es relevante lo que el paciente dice y también los matices con que lo expresa. Nada es accidental, sea formulado de forma involuntaria o inconsciente (Browne y Freeling, 1976, p. 31). En este sentido, la ‘relación de objeto’ de Balint incluye “la comunicación no verbal que da lugar al sentimiento y a la percepción de la atmósfera” del encuentro (Daurella, 2017, p. 13).

Puede ser que, como en el caso de la paciente con prurito, la enferma “esté más preocupada por ganar nuestra simpatía que por transmitirnos su situación”; en otras ocasiones, no advertimos que las expectativas y puntos de vista de profesionales y enfermos, difieren. También se dan situaciones en que los pacientes exageran para ser atendidos de una manera excepcional y “las cascadas de sangre que se derraman sobre el teléfono se reducen a un mero goteo una vez conseguida la visita del médico fuera de horario” (Browne y Freeling, 1964, p. 426). Por eso es bueno indagar sobre lo que el paciente espera obtener, lo cual sirve para conocer sus fantasías sobre su relación con el médico (Browne y Freeling, 1965, p. 804).

En resumen, a través de la comunicación establecida en la relación médico-paciente hay un mutuo reconocimiento y, hasta cierto punto, una mutua revelación. Ese proceso de revelación facilita el diagnóstico y el enfoque terapéutico que filtra lo científico-racional, a través de los afectos y de las emociones propias del encuentro interpersonal.

UNA CUESTIÓN DE CONFIANZA

Desde el origen de la medicina racional, tanto la teoría como la práctica médica han advertido que la confianza es fundamental en el encuentro médico-paciente. La confianza hace posible la relación en sí y permite establecer un ‘vínculo’ que se alarga en el tiempo, a través de las experiencias de los diversos encuentros médico-paciente (Baier, 1986, p. 233). La confianza es tanto más necesaria cuando esa relación interpersonal está marcada, como es el caso de la medicina contemporánea, por la asimetría y el desequilibrio entre quien padece, por una parte, y el incremento de los conocimientos científico-técnicos, por parte del profesional. Cuanto más se reduzca la asimetría entre los profesionales y los pacientes, mayores

serán las probabilidades de conseguir un buen efecto terapéutico (Balint, 1968).

El señor U, de 36 años, obrero especializado, casado con dos hijos (...) tuvo poliomielitis de niño y su pierna izquierda es cuatro pulgadas más corta, sin embargo, tolera bien su defecto (...). En febrero, sufrió una descarga eléctrica en el trabajo, permaneció inconsciente durante quince minutos (...). Hace dos o tres semanas vino a verme. Se quejó de dolores en el pecho, parte inferior de la espalda y pierna y mano derechas, aseguró que los dolores eran cada vez más agudos. Tras la exploración, no advertí lesiones orgánicas, pero le derivé a un especialista. Volvió a verme anoche. El informe del hospital concluía: “Desearíamos que el paciente se sometiera al examen de nuestro psiquiatra”. Transmití el informe al paciente y comenté que era extraño porque los dolores habían empeorado. “Creen que me imagino cosas –comentó–. Pero sé que estoy enfermo” ... “¿Qué dicen de todo esto los libros?” Contesté que no se trataba de revisar los libros (...) Le pregunté si, puesto que no estaba dispuesto a aceptar el veredicto del hospital, quería ir a otra institución, pero se negó porque pensaba que tampoco encontrarían nada. Como yo no estaba seguro de la actitud que debía adoptar, le sugerí que volviera una semana después para continuar conversando (Balint, 1977, pp. 41-47).

En opinión de Balint, el médico se equivocó al buscar una explicación orgánica que no podía encontrar. “El paciente ha acudido a consultar a un viejo amigo, a un hombre de confianza, al médico de familia” y este le deriva al hospital donde intentaron convencerle de que “no estaba enfermo”. Cuando vuelve a la consulta, “la actitud [previa] confiada y amistosa había sufrido un grave quebranto y el paciente modelo se había convertido en un hombre desilusionado, suspicaz y desconfiado”. Todo marchó bien hasta que el Sr. U sospechó que los médicos iban a rechazar sus “proposiciones” y sintió que los profesionales no estaban de su lado, se habían vuelto contra él... Discutió con el médico a pesar de que necesitaba desesperadamente ayuda (Balint, 1977, p. 46).

Es frecuente que los pacientes busquen “un nombre para la enfermedad”, muchos desean un diagnóstico y solo en segundo lugar quieren aliviar los síntomas. La atención, al Sr. U, por lo demás solícita, es causa de irritación, amargura y desengaño. Balint considera que “un efecto secundario indeseable de la droga llamada ‘médico’” (Balint, 1977, p. 47). En estos casos, el médico no puede decir al paciente: “no se preocupe”; tampoco puede asegurarle que, como profesional, puede aliviarle porque eso no es una respuesta honesta. La expresión “todo marcha bien” produce el resultado inverso: el Sr. U necesitaba un diagnóstico y sin él, se sintió rechaza-

do. Como veíamos en el apartado anterior, la creciente ansiedad y desesperación del paciente lleva, a su vez, a la frustración y a la sensación de culpa del profesional porque ni sus cuidados ni la realización de más exploraciones resuelven la ‘enfermedad’ del paciente. Un caso así requiere reforzar la confianza del médico en sí mismo (Balint, 1977, p. 97).

Balint destaca el contraste entre los casos del Sr. U y del Sr. K. Inicialmente, son situaciones similares, ya que los dos pacientes son remitidos a sucesivos especialistas que no logran un diagnóstico ‘médico’. En ambos, se intentó referir al paciente a la consulta del psiquiatra. Pero en el caso del Sr. K no hay polémica ni conflicto y el paciente valora la paciencia y esfuerzo del médico y siguió acudiendo a la consulta con confianza.

Según Horder, Balint “nos animó a asumir una mayor responsabilidad clínica. Nos hizo ver la inutilidad o los peligros de referir a especialistas. Hacerlo podía relevar temporalmente al médico de cabecera de su responsabilidad, solo para devolverle más tarde a un paciente más complicado, y sin resolver” (Horder, 2001, p. 1039). Era lo que en la terminología del ‘Grupo’ se describía como ‘la dilución de la responsabilidad’ y ‘la colusión del anonimato’²⁷, dos de las expresiones de Balint más memorables, junto con su sentencia más frecuente: “Si haces preguntas, siempre obtendrás respuestas, pero casi nada más” (Horder, 2001, p. 1039)²⁸. Por lo que Balint insistía en que el médico, además de reconocer las necesidades del paciente y tal vez resolverlas, “también ha de comprender esas necesidades y ser capaz de comunicar su comprensión al paciente” (Balint, 1949, pp. 209-222; Daurella, 2017, p. 21). Podría decirse que la confianza establecida entre el paciente y el profesional sirve como un mecanismo regulador de la relación (Lupton, 1996, p. XIII).

CONFIANZA VS. INCERTIDUMBRE

El resultado del encuentro médico-paciente es impredecible. La incertidumbre se reconoce por la diversidad de efectos de esa relación y porque no se sabe cuándo van a aparecer las consecuencias negativas. Para Balint, la incertidumbre de la relación médico-paciente depende de la personalidad del o la profesional, de su actitud y de su comportamiento frente al enfermo. Por eso, del mismo modo que el cirujano revisa los bisturís, el profesional debe prestar atención a sí mismo para poder asegurar su eficacia. El médico “está obligado a manejar su propia persona con confianza y soltura en las situaciones difíciles” (Balint, 1977, p. 351). Cuando los médicos atienden a sus pacientes durante períodos prolongados pueden surgir oportunidades para una

comunicación más personal. Es el momento para que el médico pueda ‘influir’ en el paciente (Browne y Freeling, 1976, p. 84).

Desde hace cinco años, Lucy H, de 73 años acudía al menos una vez al mes a la consulta del Dr. F. Se presentó un día quejándose de dolores de cabeza. El Dr. F le comentó: “Parece que Vd. tiene una incapacidad para relacionar sus síntomas con sus problemas”. Y, entonces, la paciente le contó que se sentía sola y muy resentida porque pensaba que sus cuatro hijos la habían descuidado. El Dr. F. pensó que, por primera vez desde que trataba a la paciente, había conectado con ella. Y, para sorpresa del Dr. F., al despedirse, la paciente le dio las gracias. Sin embargo, posteriormente, la paciente acudió a un colega a quien comentó que no le gustaba que la interrogaran (...). Unos meses después Lucy H regresó a la consulta del Dr. F y se estableció una rutina entre ellos: al llegar, Lucy comentaba los síntomas que padecía y la falta de efecto de las pastillas prescritas, luego, le hablaba sobre la soledad y miedos, y de sus deseos de ser útil a alguien (Balint, 1969, p. 269).

Un encuentro médico, sea cual sea el motivo de la consulta y sea cual sea la actitud del médico, “siempre tendrá efectos que modifiquen los sentimientos, actitudes y conductas posteriores del paciente” (Browne y Freeling, 1976, p. 88). Esta influencia ocurre, aunque el médico permanezca pasivo o en silencio y con independencia del perfil que adopte (más ‘científico’ o más ‘pastoralista’) y va más allá de la propia paciente (Browne y Freeling, 1976, p. 85).

Años más tarde, Deborah Lupton, en un estudio cualitativo sobre las emociones en el encuentro médico –analizó grabaciones de 45 minutos hechas a pacientes– mostró que “las relaciones de confianza en la relación médico-paciente se caracterizan por la ambivalencia, la incertidumbre, la ansiedad y la sensación de riesgo porque esta relación implica un alto nivel de vulnerabilidad y dependencia” (Lupton, 1996, p. 167), confirmando así las teorías expuestas tres decenios antes, aquí analizadas.

ALGUNAS CONSECUENCIAS DEL CARÁCTER TERAPÉUTICO DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

De las experiencias analizadas se deduce que el movimiento Balint y, en ese marco, la obra de Browne y Freeling pusieron de relieve la importancia de las emociones en los profesionales y en la autopercepción de los pacientes. El análisis de estos autores se sumó a otros que también promovían la comprensión y la integración de lo psicológico y el entorno social en la definición de la enfermedad y en la práctica de la

medicina²⁹. Este trabajo muestra el interés de estudiar las diferentes –y, a veces, complementarias– líneas de estudio del encuentro médico que se dieron en esa época en diversos lugares³⁰.

Los médicos estudiados destacaron la relación médico-paciente en el ámbito de la medicina general, de ahí el interés de concluir con dos cuestiones: en primer lugar, cómo afectan al médico general las propuestas de Balint, Browne y Freeling; en segundo lugar, hasta qué punto las propuestas comportaban una visión ‘pastoralista’ del encuentro médico-paciente.

CONSECUENCIAS PROFESIONALES DEL CARÁCTER TERAPÉUTICO DE LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO

Tanto Balint como Freeling y Browne reconocen el efecto ‘farmacológico’ de la terapia conversacional y la consulta: “el fármaco prescrito con más frecuencia es el propio médico”³¹. Estas afirmaciones no eran novedosas: en 1939, Alexander aseguraba: “No hay duda de que los médicos, a menudo tienen un efecto curativo espectacular sobre los enfermos, en ciertos aspectos, incluso más fundamental que muchos de nuestros medicamentos” (Alexander, 1939, p. 7).

Pero el desarrollo de las especialidades y el auge de la medicina hospitalaria llevó a Balint a replantear los objetivos de su proyecto, sobre todo porque los resultados terapéuticos fueron percibidos como “decepcionantes”:

nos preguntábamos ¿cuál era nuestro objetivo cuando, en 1950, comenzamos a anunciar en la prensa médica de Londres que proponíamos realizar seminarios sobre los problemas psicológicos en la práctica general? ¿Era nuestro objetivo que los médicos de los ‘Grupos’ siguieran siendo médicos generales, ¿o pensábamos que debían practicar la psicoterapia? (Balint, 1969, p. 269).

Sin embargo, quienes participaron en los ‘Grupos’ comentaron que no habían alterado su forma de tratar a los pacientes, pero “su trabajo sí había cambiado: se sentían médicos diferentes e incluso personas diferentes” (Balint, 1969, p. 269). Con la distancia del tiempo, Horder explica “diría que me ayudaron a saber tratar con menos ansiedad a personas inusuales o difíciles” (Horder, 2001, p. 1039).

Los Balint llegaron a la conclusión de que el médico general no es un psiquiatra aficionado (Browne y Freeling, 1964, p. 427). Browne y Freeling también señalaron que el médico general “no es un mini-psiquiatra, de igual manera que no es un mini-cirujano (...). Si se sacrifica la verdadera competencia del médico general a favor de una habilidad especial, se puede crear un técnico cualificado, pero perder al médico general” (Browne y Freeling, 1964,

p. 427). Una cuestión abierta a la controversia y en la que difieren algunos médicos de la Escuela Psicosomática norteamericana (León-Sanz, 2013, p. 119).

CARÁCTER ‘PASTORALISTA’ DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Hemos observado que el análisis de los relatos médicos enfatizó el carácter personal de profesionales y pacientes, pero las experiencias de Balint o de Freeling y Browne muestran la dependencia de los enfermos respecto al médico. Los testimonios de los ‘Grupos Balint’ que recogemos también reflejan que el foco de atención no es tanto la relación en sí, como el objetivo curativo que también tiene esa interrelación.

Por su parte, Bar-Haim (2018, p. 116) sostiene que en el movimiento promovido por Balint surge un tipo de autoridad médica, que desempeñó un papel crucial en el ámbito social británico del momento: el del médico que ejerce un papel ‘pastoral’, ‘condescendiente’ y ‘cariñoso’ (Hayward, 2014, pp. 91-115).

No obstante, estos autores contribuyeron a dar más presencialidad a los pacientes como sujetos en la

actividad médica y no tanto a su enfermedad. Según Browne y Freeling,

... la relación entre el médico y el paciente no puede ser satisfactoria si no tiene su término en el paciente mismo, en cuanto titular y beneficiario de la salud; no en la sociedad, ni en el estado, ni en el buen orden de la naturaleza, sino en el bien personal del sujeto a quien se diagnostica y trata, y, por tanto, en el sujeto mismo (Browne y Freeling, 1976, p. 99).

La ‘medicina centrada en el paciente’ propuesta por Balint es hoy un lugar común en múltiples iniciativas y documentos sobre las relaciones clínicas, en las investigaciones de Balint, Browne y Freeling encontramos sus bases.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Investigación realizada en el marco del Proyecto “Las cosas del enfermar: objetos, emociones y género en la experiencia de la enfermedad y las prácticas médicas para el alivio” Referencia PID2021-122699OB-100, Ministerio de Ciencia e Innovación.

NOTAS

- 1 Frank Biess y Daniel M. Gross consideran que el contexto transatlántico fue un “factor crucial para explicar el estado cambiante de las emociones como objeto de investigación científica” (Biess y Gross, 2014, p. 14).
- 2 Estas hipótesis integraron los hallazgos del fisiólogo de Harvard Walter B. Cannon sobre la fisiología de las emociones, revisadas en la Reunión Anual de la American Psychosomatic Society (1956) (Cannon, 1936; Hitzer y León-Sanz, 2016).
- 3 Hans Selye explicó el “síndrome de adaptación general” y generalizó el concepto de estrés. En el ámbito de la Medicina Psicosomática tuvo especial influencia (Selye y Fortier, 1950; Harrington, 2008, pp. 139-174; Cantor, 2014).
- 4 Helen Flander Dunbar (1902-1959) fue socia fundadora de la American Psychosomatic Society en 1942 y primera editora de la revista *Psychosomatic Medicine* (León-Sanz, 2013, p. 105).
- 5 El desarrollo de la psicofarmacología contribuyó al nuevo enfoque del estudio de las emociones (Callard, 2016).
- 6 Los estudios de la relación entre paciente y terapeuta también se desarrollaron al margen de la Escuela Psicosomática norteamericana. Es el caso de Talcott Parsons (1951) que subrayó la capacidad fiduciaria de los profesionales en esa relación; o bien los modelos de relación doctor-paciente de Szasz, Knoff y Hollender (1958).
- 7 Michael Balint fue editor y albacea de las obras de Sandor Ferenczi. Sobre Balint: Hopkins, 2004; Moreau Ricaud, 2002; Lakasing, 2005; Johnson, Brock y Zacarias, 2014; Oppenheim-Gluckman, 2015; Sklar, 2017; Muench, 2018; Buchanan, 2018; Bar-Haim, 2020.

- 8 Los médicos refugiados procedían de Alemania, Austria, Checoslovaquia, Hungría, Polonia, o Italia. Hacia 1938, un tercio de la Sociedad Psicoanalítica Británica era vienesa, aunque muchos volvieron a desplazarse tras la muerte de Freud (Weindling, 2010, pp. 222-223).
- 9 La Tavistock Clinic se creó en 1947 para la atención de las personas afectadas psíquicamente por la II Guerra Mundial (Weindling, 2010).
- 10 En el Reino Unido hubo diversos enfoques psicoanalíticos: seguidores de Melanie Klein, de Anna Freud y otros independientes como Donald Winnicott, Michael Balint o Wilfred Bion (Perelberg, 2011).
- 11 Eichholz participó en la organización de los ‘Grupos’ y en el curso de investigación para médicos generales hasta 1965. Sobre Enid Balint véase Spelman, 2013, pp. 68-79.
- 12 Sobre los ‘Balint Groups’: Horder, 2001; Stewart, 1996, pp. 88-110; Osborne, 1993.
- 13 El desarrollo internacional de los ‘Grupos’ en: Salinsky, 2002; Otten, 2018; Johnson y Milberg, 2020.
- 14 El libro fue publicado en castellano en 1961 y reeditado en 1977 y 1986. Utilizaremos la versión de 1977.
- 15 Según Hayward (2014, pp. 91-115), en las últimas dos décadas se ha reconocido la influencia de figuras como Collings, Balint y Taylor en la medicina británica contemporánea.
- 16 Freeling fue uno de los seis médicos destacados en *The Future General Practitioner* (1972); en 1976, se incorporó a St George’s University of London (Howie, 2002, 1040).
- 17 Una entusiástica reseña del libro en *Annals of Internal Medicine*: “I cannot remember the last medical book I raved about, most of them being dry as dust. Here is a simply

marvelous exception, a book so full of wisdom about doctoring, of understanding of the doctor-patient relationship, of knowledge of the realities of primary care that it ought to be a best seller, read by every practicing physician" (Steiger, 1967, p. 1116).

- 18 Además, Balint, siguiendo a Ferenczy, refiere que el analista se implica emocionalmente con los pacientes y actúa como una "buena madre", cuestión que posteriormente será criticada (Daurella, 2017, p. 20).
- 19 Por ejemplo, en la Reunión anual de la Medicina Psicosomática norteamericana de 1954 "muchos [médicos] subrayaron que no estaban interesados en discutir la psicogénesis o los mecanismos desencadenantes psicológicos, pero pensaban que valía la pena considerar las reacciones psicológicas frente al cáncer" (Cantor, 2014, p. 130). En cambio, en Alemania Occidental, la medicina psicosomática de la década de 1960 continuó investigando la capacidad de las emociones para generar y/o curar enfermedades (Hitzer y León-Sanz, 2016).
- 20 Browne y Freeling, 1976, pp. 4 y 20. Agradezco al revisor del artículo que haya comentado la conexión directa de este punto y la obra de Ferenczi (1997 [1932]).
- 21 Insisten en la cuestión Blum (1960) y O'Neill (1955).
- 22 Browne y Freeling, 1965, p. 805; 1976, pp. 17-19. En el ámbito norteamericano, Amasa Ford (1967, pp. 27, 112) enumera listas de factores de satisfacción –o insatisfacción– del médico en su relación con el paciente. Desmond Francis O'Neill (1955, p. 8) describió emociones negativas y se refiere a la impaciencia y a la ocasional frustración del médico.
- 23 Browne y Freeling, 1976, pp. 67, 129; otros autores en León-Sanz, 2013.
- 24 Este paradigma, expresado en Balint (1949, pp. 209-222), conecta con el polémico texto de Ferenczi (1984 [1932]),
- quien explica que en el paciente adulto hay un niño desconfiado que querría recuperar la posibilidad de disfrutar sin ansiedad, lo cual influyó en la teoría de la "falta (o falla) básica" de Balint. Genovés (2019); Daurella (2017). Balint utiliza de forma repetida la expresión "confusión de lenguas", por ejemplo, en Balint, 1977, p. 53: "la falta de comprensión determinó el principio de una controversia que motivó cierta confusión de lenguas y provocó un considerable sufrimiento a todos los interesados"; también en la p. 85; etc.
- 25 Según Dunbar, cuando el médico no distingue lo fisiológico de lo psicológico se produce una "inmunización emocional" en el paciente (Dunbar, 1954, p. 691).
- 26 Apoya esta idea lo expresado en la p. 151: "no basta formular preguntas al paciente, aunque se haga con la mayor simpatía posible".
- 27 Cuestiones tratadas en Balint, 1977, pp. 124-127.
- 28 La expresión aparece por ejemplo en Balint, 1977, p. 158.
- 29 Sobre los programas que propusieron la integración de lo biológico, lo psíquico y lo social en la atención del enfermo: León-Sanz 2013, 126; Hayward, 2012.
- 30 Aparte de las corrientes comentadas en la nota 6, en el ámbito del psicoanálisis, la teoría de Balint se relaciona con la de Winnicott y sus continuadores (como Masud Khan), en el ámbito inglés; con las propuestas del noruego Killigmo, que distingue entre "déficit psíquico y conflicto intrapsíquico", con las del británico Peter Fonagy, o con las explicaciones relacionales e intersubjetivas de norteamericanos como Mitchell, Benjamin, Stolorow, Atwood, Orange, Brandchaft, etc. Agradezco a uno de los revisores los comentarios al respecto.
- 31 Balint, 1977, p. 12; 1984, p. 92; Browne y Freeling, 1976, p. 89; también, Bar-Haim, 2018, pp. 114-132.

BIBLIOGRAFÍA

- Alexander, Franz (1939), "Psychological aspects of Medicine", *Psychosomatic Medicine*, 1 (1), pp. 7-18. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006842-193901000-00002>
- Alexander, Franz (1946), "Individual Psychotherapy", *Psychosomatic Medicine*, 8, pp. 110-115. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006842-194603000-00004>
- Baier, Annette (1986), "Trust and Antitrust", *Ethics* 96 (2), pp. 231-260. DOI: <https://doi.org/10.1086/292745>. [Reimpreso, 1995: *Moral Prejudices: Essays on Ethics*, Cambridge, Mass., Harvard University, pp. 95-129].
- Balint, Enid (1969), "The Possibilities of Patient-Centered Medicine", *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17, pp. 269-276.
- Balint, Michael (1949), "Changing Therapeutical Aims and Techniques in Psycho-analysis". En: *Primary Love and Psychoanalytic Technique*, London, Tavistock.
- Balint, Michael (1964 [1957]), *The doctor, his patient, and the illness*, New York, International Universities Press.
- Balint, Michael (1977), *El médico, el paciente y la enfermedad*, Buenos Aires, Libros Básicos.
- Bar-Haim, Shaul (2018), "'The Drug Doctor': Michael Balint and the Revival of General Practice in Postwar Britain", *History workshop journal*, 86, pp. 114-132. DOI: <https://doi.org/10.1093/hwj/dby017>
- Bar-Haim, Shaul (2020), "Proving nothing and illustrating much: The case of Michael Balint", *History of the Human Sciences*, 33 (3-4), pp. 47-65. DOI: <https://doi.org/10.1177/0952695119898351>
- Biess, Frank; Gross, Daniel M. (2014), "Emotion Returns". En: Biess, Frank; Gross, Daniel M, *Science & Emotions After 1945: A Transatlantic Perspective*, Chicago, Chicago University Press, pp. 1-38.
- Blum, Richard H. (1960), *The management of the doctor-patient relationship*, New York, McGraw-Hill, Blakiston Division.
- Browne, Kevin; Freeling, Paul (1964), "The special function of the General Practitioner", *The Lancet* 22, pp. 425-427. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(64\)92806-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(64)92806-5)
- Browne, Kevin; Freeling, Paul (1965), "A basic misunderstanding", *The Lancet*, pp. 803-805. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(65\)92973-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(65)92973-9)
- Browne, Kevin; Freeling, Paul (1976), *The doctor-patient relationship*, 2ª ed., New York, distributed by Longman.
- Buchanan, Ian (2018), "Balint, Michael (1896-1970)". En: *A Dictionary of Critical Theory*, Oxford, Oxford University Press.
- Callard, Felicity (2016), "The Intimate Geographies of Panic Disorder: Parsing Anxiety through Psychopharmacological Dissection", *Osiris*, 31, pp. 203-226. DOI: <https://doi.org/10.1086/688503>
- Cannon, Walter B. (1936), "The Rôle of Emotion in Disease". *Annals of Internal Medicine* 9 (11), pp. 1453-1465. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-9-11-1453>

- Cantor, David (2014), "Memorial's Stress? Arthur M. Sutherland and the Management of the Cancer Patient in the 1950s". En: Cantor, David; Ramsden, Edmund (eds.), *Stress, shock, and adaptation in the twentieth century*, Rochester, NY, University of Rochester Press, pp. 264-287.
- Daurella, Neri (2017), "Falla básica y relación terapéutica: la aportación de Michael Balint a la concepción relacional del psicoanálisis", *Temas de psicoanálisis* 13, pp. 1-25.
- Dunbar, Helen Flanders (1954), *Emotions and bodily changes: a survey of literature on psychosomatic interrelationships, 1910-1953*, New York, Columbia University Press, 4ª ed.
- Ferenczi, Sandor (1984 [1932]), "Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y de la pasión". En: *Psicoanálisis*, Tomo IV, Madrid, Espasa-Calpe, pp. 139-149.
- Ferenczi, Sandor (1997 [1932]), *Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
- Ford, Amasa B. (ed.) (1967), *The Doctor's perspective; physicians view their patients and practice*, Cleveland, Case Western Reserve University.
- Genovés Candiotti, Agustín (2019), "Ferenczi, S. (1984). Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y de la pasión (en Psicoanálisis, Tomo IV)", *Aperturas Psicoanalíticas*, 62 [en línea], disponible en: <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001087> [consultado el 05/08/2022].
- Harrington, Anne (1999), *Reenchanted Science: Holism in German Culture from Wilhelm II to Hitler*, Princeton, N.J., Princeton University Press.
- Harrington, Anne (2008), *The cure within: a history of mind-body medicine*, New York, W.W. Norton.
- Hayward, Rhodri (2012), "The Invention of the Psychosocial: An introduction", *History of the Human Sciences*, 25 (5), pp. 3-12. DOI: <https://doi.org/10.1177/0952695112471658>
- Hayward, Rhodri (2014), *The Transformation of the Psyche in British Primary Care, 1870-1970*, London, Bloomsbury Publishing.
- Hitzer, Bettina; León-Sanz, Pilar (2016), "The Feeling Body and its Diseases: How Cancer Went Psychosomatic in Twentieth-Century Germany", *Osiris*, 31, pp. 67-93. DOI: <https://doi.org/10.1086/687591>
- Hopkins, Philip (2004), "Balint, Michael Maurice (1896-1970)". En: *Oxford Dictionary of National Biography*, Oxford, Oxford University Press.
- Horder, John (2001), "The First Balint Group", *British Journal of General Practice*, 51 (473), pp. 1038-1039.
- Howie, J.; Marshall, M. (2002), "Paul Freeling, General practitioner and academic who revolutionised postgraduate training", *BMJ* 2 (325), p. 1040. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7371.1040>
- Johnson, Alan H.; Brock, Clive D.; Zacarias, Ashleigh (2014), "The Legacy of Michael Balint", *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 47 (3), pp. 175-192. DOI: <https://doi.org/10.2190/pm.47.3.a>
- Johnson, Alan H.; Milberg, Laurel C. (2020), "A narrative history of the American Balint Society 1990-2020", *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 55 (3), pp. 153-166. DOI: <https://doi.org/10.1177/0091217420919000>
- Laín Entralgo, Pedro (1964), *La relación médico-enfermo: historia y teoría*, Madrid, Revista de Occidente.
- Lakasing, Edin (2005), "Michael Balint-an outstanding medical life", *British Journal of General Practice*, pp. 724-725.
- Lawrence, Christopher; Weisz, George (eds.) (1998), *Greater than the parts: holism in biomedicine, 1920-1950*, Oxford, Oxford University Press.
- León-Sanz, Pilar (2013), "El carácter terapéutico de la relación médico-paciente". En: Flamarique, Lourdes; d'Oliveira-Martins, Madalena (eds.), *Emociones y estilos de vida: radiografía de nuestro tiempo*, Madrid, Biblioteca Nueva, pp. 101-130.
- León-Sanz, Pilar (2017), "Empathy in patient care: making a concept (1940-1959)". *Medic* 25 (I), pp. 25-31.
- Lupton, Deborah (1996), "Your life in their hands: trust in the medical encounter". En: James, Veronica; Gabe, Jonathan, *Health and the sociology of emotions*, Oxford, UK, Cambridge, MA, Blackwell Publishers, pp. 155-172.
- Maddox, Brenda (2006), *Freud's Wizard: The Enigma of Ernest Jones*, London, John Murray.
- Moreau Ricaud, Michelle (2002), "Michael Balint: An introduction. The life and work of Michael Balint", *The American Journal of Psychoanalysis*, 62 (1), pp. 17-24.
- Muench, John (2018), "Balint work and the creation of medical knowledge", *International Journal of Psychiatry in Medicine* 53 (1-2), pp. 15-23. DOI: <https://doi.org/10.1177/0091217417745288>
- O'Neill, Desmond F. (1955), *Doctor and Patient*, J. B. Philadelphia, Lippincott Company.
- Oppenheim-Gluckman, Helene (2015), *Reading Michael Balint: A Pragmatic Clinician*, New York, Routledge.
- Osborne, Thomas (1993), "Mobilizing Psychoanalysis: Michael Balint and the General Practitioners", *Social Studies of Science*, 23 (1), pp. 175-200. DOI: <https://doi.org/10.1177/030631293023001006>
- Otten, Heide (2018), *The Theory and Practice of Balint Group Work: Analyzing Professional Relationships*, London, Routledge.
- Owens, Dorothy M. (1999), *Hospitality to strangers: empathy in the physician-patient relationship*, Atlanta, Scholars Press.
- Parsons, Talcott (1951), *Toward a general theory of action*, Cambridge, Harvard University Press.
- Perelberg, Rosine Jozef (2011), "Psicoanálisis en Gran Bretaña". En: Green, André (dir.), *Unidad y diversidad de las prácticas del psicoanalista*, Madrid, Biblioteca Nueva, pp. 39-50.
- Roelcke, Volker; Weindling, Paul; Westwood, Louise (eds.) (2010), *International Relations in Psychiatry: Britain, Germany, and the United States to World War II*, Rochester, University of Rochester Press.
- Royal College of General Practitioners (1972), *The future general practitioner: learning and teaching*, London, British Medical Journal.
- Salinsky, John (2002), "The Balint Movement Worldwide: Present State and Future Outlook: A Brief History of Balint Around the World", *American Journal of Psychoanalysis*, 62 (4), pp. 327-335.

- Szasz, Thomas S.; Knoff, William F.; Hollender, Marc H. (1958), "The doctor-patient relationship and its historical context", *American Journal of Psychiatry*, 115 (6), pp. 522-528. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.115.6.522>
- Selye, Hans; Fortier, Claude (1950), "Adaptive Reaction to Stress", *Psychosomatic Medicine*, 12 (3), pp. 149-157. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006842-195005000-00003>
- Shorter, Edward (1991), *Doctors and their patients: a social history*, New Brunswick, USA, Transaction Publishers.
- Sklar, Jonathan (2017), *Balint Matters: Psychosomatics and the Art of Assessment*, London, Routledge.
- Spelman, Margaret Boyle (2013), *Evolution of Winnicott's Thinking: Examining the Growth of Psychoanalytic Thought Over Three Generations*, London, Routledge.
- Steiger, William A. (1967), "Books Reviews. The Doctor-Patient Relationship, by Kevin Browne and Paul Freeling". *Annals of Internal Medicine*, 67 (5), p. 1120. DOI: https://doi.org/10.7326/0003-4819-67-5-1120_1
- Stewart, Harold (1996), *Michael Balint: Object Relations Pure and Applied*, London.
- Wear, Andrew (1995), "Introduction". En: Yosio Kawakita, Shizu Sakai, Yasuo Otsuka (eds.), *History of the doctor-patient relationship*, Tokyo, Ishiyaku EuroAmerica, pp. 1-15.
- Weindling, Paul (2010), "Alien Psychiatrists: The British Assimilation of Psychiatric Refugees, 1930–1950". En: Roelcke, Volker; Weindling, Paul; Westwood, Louise (eds.), *International Relations in Psychiatry: Britain, Germany, and the United States to World War II*, Suffolk, Boydell & Brewer, pp. 218-236.
- Weiner, Herbert (2008), "Psychosomatic Medicine and the Mind-Body Relation: Historical, Philosophical, Scientific, and Clinical Perspectives". En: Wallace IV, Edwin R.; Gach, John (eds.), *History of psychiatry and medical psychology: with an epilogue on psychiatry and the mind-body relation*, New York, Springer, pp. 781-834.