

LA CURA DELS PROFESSIONALS EN L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA: UNA EXPERIÈNCIA

Neri Daurella

- 1- Algunes reflexions sobre les condicions de treball dels professionals dels centres d'atenció primària de salut
- 2- Aportació de Michael Balint per la cura d'aquests professionals
- 3- Experiència del grup Balint en l'àrea bàsica de Santa Coloma, especialment pel que fa a la cura dels professionals en l'atenció domiciliària

1- Algunes reflexions sobre les condicions de treball dels professionals dels centres d'atenció primària de salut

Encara que a hores d'ara sembla que el model bio-psico-social sigui acceptat per tothom com el model de referència, i als centres d'atenció primària de salut els equips són multidisciplinaris, constituïts per professionals de la medicina, la infermeria i el treball social, la vessant "psico" es localitza en uns altres equips, els especialitzats en salut mental. Les vies de comunicació entre els diferents professionals no acostumen a ser fluides, degut en bona mesura a la pressió assistencial i a la manca d'espais comuns a on poder exposar dubtes i dificultats, a on generar una cultura d'equip integral i poder passar de la multidisciplinarietat a la interdisciplinarietat .

Quan els professionals treballen immersos en un clima de "destajo", (p. ex., 6 minuts per pacient, 40 pacients diaris), afrontant situacions molt complexes, adonant-se que la formació que van rebre a la facultat, p. ex., de medicina, no els ha donat eines suficients per abordar aquesta complexitat, per assumir sentiments i demandes que sovint els desborden, al començament es senten maltractats per la institució que els ha contractat. Molts d'ells i cada cop més moltes d'elles (les professions sanitàries cada cop més són femenines: infermeria i treball social, des de sempre, i medicina cada cop més: en 25 anys que porto a la facultat de medicina he assistit a una espectacular inversió en la proporció nois/noies: les noies actualment són el 70% d'alumnes a la meua classe) han estat estudiants molt autoexigents, i són perfeccionistes, idealistes i amb gran tendència a implicar-se a la feina.

Al començament intenten suplir la manca de recursos a base de voluntarisme i la manca de formació psicològica a base de sentit comú. Però a la llarga, la confrontació amb el patiment humà, la malaltia, la invalidesa i la mort, el tracte amb pacients difícils i poc col·laboradors, i el maneig d'informació que implica missatges dolorosos per pacients i familiars, implica una feina emocional que s'afegeix a la feina tècnica, i per la primera es senten molt menys preparats.

Quan passen massa temps sotmesos a aquest estrès, poden desenvolupar l'anomenada síndrome del desgast ocupacional, del cremat o *burn out*, amb tot un seguit de símptomes com manca d'il·lusió, desmotivació, apatia, sensació de frustració, somatitzacions variades, consum abusiu d'alcohol i altres drogues, etc. Però potser un dels símptomes més deteriorants es la progressiva transformació de la seva actitud inicial de professionals vocacionals i compromesos amb el pacient en una altra defensiva que recorda molt el mecanisme de la identificació amb l'agressor, popularment conegut com síndrome d'Estocolm.

La identificació amb l'agressor es un concepte molt anterior al de *burn out*. El va introduir el psicoanalista hongarès Ferenczi l'any 1932, i es refereix a un mecanisme defensiu molt habitual quan vivim una situació que podríem qualificar de segrest: quan el professional sanitari es sent com segrestat per una institució que no li dona temps suficient per poder exercir bé el seu ofici, ni espais per fer interconsulta amb altres professionals ni per reflexionar sobre el que està fent, al principi protesta, es queixa, intenta canviar alguna cosa en el seu marc de treball. Si no obté resultats, es lògic que a la llarga s'adapti a les circumstàncies que al començament sentia agressives mimetitzant-se, com els camaleons, amb l'ambient que l'envolta, per protegir-se. Podríem dir que sense adonar-se va canviant la seva manera de veure les coses, identificant-se amb els valors de la institució, no els valors proclamats oficialment, sinó els implícits en l'assignació real de temps i recursos.

Per exemple, el metge que dedica una mica més de temps i atenció als seus pacients genera llista d'espera i es penalitzat, perquè el sistema d'incentius premia econòmicament als que actuen de manera freda i tallant però no generen llista d'espera. Un altra forma de penalització paradoxal ve donada pel flux més gran de pacients cap als metges que els tracten bé, és a dir, que el seu contingent va augmentant i els seus ingressos son comparativament menors als dels col·legues maltractadors. Quan es queixen a la direcció se senten dir: "Es que no t'organitzes bé el temps.", i poden acabar renunciant al que era la seva manera pròpia de relacionar-se amb els pacients, perdent bona part de la seva espontaneïtat emocional, de la seva capacitat empàtica. I poc a poc es va transformant la seva personalitat, acaben per trobar avantatges en allò que al començament els semblava un maltracta i acaben per convertir-se ells mateixos en maltractadors per identificació amb qui els està maltractant: "es lo que hay" (Exemples: ambulatori sense cadira pel pacient, avantatge de l'ordinador: així no has de mirar a la cara al pacient).

2- Aportació de Balint per la cura d'aquests professionals

Ja als anys 40, Michael Balint, un psicoanalista hongarès deixeble de Ferenczi, emigrat a Londres degut al clima de preguerra i antisemitisme que es vivia al seu país, convençut de la necessitat ja aleshores urgent d'ajudar als metges a exercir la seva funció de cura dels pacients i d'ells mateixos en condicions més confortables, va iniciar l'experiència dels grups que porten el seu nom i que em semblen una eina de cura dels professionals sanitaris, no només els metges, realment interessant.

Probablement molts de vosaltres ja sabeu en que consisteix un grup Balint, però voldria només destacar algunes característiques pròpies d'aquest tipus de grup que el diferencien d'altres, tant pel mètode com pel contingut.

En quant al mètode, podem dir que el grup Balint no es exactament un grup didàctic (a on un exerceix de mestre i els altres de deixebles) ni un grup psicoterapèutic (a on un psicoterapeuta ajuda a un grup de pacients) sinó un grup constituït per diversos professionals de la sanitat (poden ser metges, o pot ser interdisciplinar, constituït per professionals de la medicina, la infermeria i el treball social) i un psicoanalista, a on es presenten casos trets de la pràctica dels professionals i es comenten els aspectes psicològics implicats, traient profit de l'avantatge que dona al psicoanalista la seva formació psicoanalítica, i a cadascú dels altres professionals la seva formació específica).

En quant al contingut, es diferencien d'altres grups en que no s'ocupen només, ni bàsicament, de la psicopatologia o la psicodinàmica del pacient ni de les emocions o conflictes dels professionals participants, sinó que el psicoanalista convida a aquests a parlar dels problemes que troben en la seva relació amb els pacients, amb les famílies dels pacients i amb els altres professionals amb els que comparteixen el cas. Quan diem "problemes" ens referim a tot allò que dificulta la funció de la cura del pacient o genera sentiments de malestar en el professional.

El resultat més important dels grups Balint acostuma a ser un augment de la sensibilitat dels professionals sanitaris envers el que els hi passa als pacients i als familiars, tant en el nivell conscient com en el inconscient, i un canvi substancial en la seva manera d'exercir l'ofici. Els professionals sanitaris arriben amb la "ideologia terapèutica" que resulta de la seva formació prèvia, i del procés d'adaptació que han experimentat durant anys de treballar en condicions molt estressants. Ells i elles saben molt bé que una proporció considerable dels símptomes pels quals consulta el pacient no tenen el seu origen en causes exclusivament físiques, sinó emocionals, però han arribat a la conclusió de que, davant aquesta evidència, el seu paper s'ha de limitar a fer us del sentit comú, la tranquil·lització i la prescripció de sedants, ansiolítics o antidepressius.

Malgrat tot, si encara son joves, com persones i com professionals, potser encara no han estructurat un sistema defensiu massa rígid, i encara poden permetre's dubtar. Quan un d'ells presenta al grup un cas que li crea dificultats, el primer efecte interessant del grup es que experimenta com allò que a ell li semblava de sentit comú en la seva manera d'intervenir no es tan comú: els diferents professionals (metges, infermeres, treballadores socials) parlen des de diferents perspectives, segons les seves respectives formacions i les seves diferents sensibilitats personals, plantegen diverses alternatives, aspectes que li han pogut passar per alt, i es manifesten múltiples identifications.

La funció del psicoanalista es la de procurar recollir tots aquests elements i ajudar a pensar. No es tracta de fer interpretacions ni donar consells, sinó d'estimular als participants a que augmentin la seva comprensió de la relació

que estan tenint amb els pacients, els familiars o els altres professionals amb els que comparteixen la cura del pacient, i a que puguin ampliar el seu repertori a l'hora de afrontar situacions difícils. Està clar que la capacitat per relacionar-se amb el pacient de manera que resulti terapèutica/psicoterapèutica i no iatrogènica es basa en una competència personal de cada professional que no pot adquirir-se en els llibres ni en l'aplicació mecànica dels protocols. Però el grup ajuda a que es produeixi, com deia Balint "una modificació limitada però considerable de la personalitat dels participants."

Perquè el grup funcioni bé, es essencial que el psicoanalista no doni peu al que el mateix Balint anomenava "la esterilitat ambivalent de la relació mestre-alumne", que es dona en el tracte entre professionals adults quan un d'ells adopta un to condescendent que estimula les defenses dels altres. Perquè el grup sigui fresc i creatiu, es tracta de crear un clima de cooperació entre col·legues de diferents disciplines, no jeràrquic, a on puguin manifestar-se espontàniament moltes de les conviccions implícites dels professionals que contribueixen a perpetuar formes de treballar frustrants i desgastants sense sentir-se jutjats ni perseguits, sinó continguts i ajudats a imaginar alternatives més esperançadores.

3- Experiència del grup Balint a l'àrea bàsica de salut de Santa Coloma, especialment pel que fa a la cura dels professionals en l'atenció domiciliària

Vull referir-me ara més concretament a l'experiència de grup Balint en el que estic participant a l'àrea bàsica de salut de Santa Coloma de Gramanet. Es tracta d'un grup format a partir de la iniciativa i l'impuls d'una treballadora social, Pepita Rodríguez, convençuda del valor dels espais grupals per generar cultura de treball interdisciplinar, i crear sentiment d'equip. El grup està format per metges de família, infermeres (una d'elles treballa al PADES= Programa d'atenció domiciliària equip de suport), treballadores socials i jo, com psicoanalista externa. Ens reunim una hora i quart cada quinze dies, des de fa uns tres anys. La participació en el grup es voluntària, no es presenta com una imposició de la direcció sinó com un espai de reflexió i ajuda mútua, encara que consta com espai de formació continuada de cara a la programació i al pressupost assignat al mateix. Això té avantatges i inconvenients: l'avantatge és que es produeix una selecció natural dels participants, procedents de diferents equips, i es genera una dinàmica de llibertat a l'hora de parlar entre persones que valoren molt aquesta oportunitat. L'inconvenient es que algunes persones troben a faltar a membres del seu equip quan comenten un cas que comparteixen amb ells.

De tot el que podria dir sobre aquesta experiència, que per mi està essent realment enriquidora, he seleccionat un aspecte que m'ha impactat especialment: el Balint com ajuda pels professionals que treballen en l'atenció domiciliària de pacients que no poden desplaçar-se (altes hospitalàries, ancians amb criteris de fragilitat, pacients incapacitats o que tenen moltes dificultats per desplaçar-se i pacients terminals), que inclou l'assistència mèdica, les cures d'infermeria, i la valoració i ajuda a la xarxa informal de cuidadors (familiars o contractats) a càrrec de les treballadores socials.

Tots els participants s'han referit a les visites domiciliàries com ocasions que posen a prova l'equilibri i la capacitat de gestionar les emocions dels professionals. Una de les participants, Edita Corral, infermera, descriu molt bé la sensació de desprotecció que té el professional que acudeix al domicili en alguns casos, sense la contenció que dona l'entorn de la consulta, la bata blanca, la presència dels companys als despatxos del costat, en resum, el marc professional que ella viu com el seu territori. Ella diu: "Al realizar la visita domiciliaria solemos acudir solos, y el espacio es conocido para el usuario, no para el profesional. Puede aparecer en el profesional el miedo, la sensación de soledad, la inseguridad, la sensación de estar atrapados. Pero observar el entorno puede darnos más información de la vida del paciente que miles de visitas en nuestra consulta. A veces tienes la sensación de ver a aquel paciente por primera vez, de comprender lo incomprendible. Estar en su territorio suele proporcionarle el permiso para relacionarse con nosotros de igual a igual. No hay categorías: sólo dos personas que conversan, que intentan buscar una solución, un confort. La relación que se establece puede llegar a ser tan especial, tan intensa, que suponga para nosotros una sobrecarga emocional y el peligro de que nuestro trabajo supere los límites de nuestra vida laboral."

La infermera d'assistència primària, podríem dir, de capçalera, més enllà de proporcionar les cures físics necessaris i ensenyar procediments tècnics al pacient i als cuidadors habituals (com posar una injecció, com realitzar una cura, etc.), molt sovint sent dubtes sobre el lloc que ha d'ocupar en la dinàmica relacional d'aquella casa, a on conviuen el pacient i els seus cuidadors. La Edita parla clarament del risc de sobrecàrrega emocional.

Un altra infermera del grup, la Teresa Sala, com ja veureu molt ben dotada per la literatura, expressa molt bé l'impacta que li va produir la seva primera visita domiciliària: "Tots els carrers m'eren desconeguts, el nom no em deia res. Una fotocòpia del plànol, que em feia de guia, em duagué al lloc. Després de mirar i comprovar l'adreça, vaig trucar. Em respongué una veu gastada pels anys i per l'ús, un pic desconfiada. M'esperaven. A mi, a qui ni tan sols coneixien, ben just si en sabien el nom. Entrar a casa seva era creuar el llinar de la seva intimitat, fer-me un espai en la problemàtica de la persona, avi o jove, en la seva integritat esmicolada. Vaig fer la meva feina tan bé com vaig saber i després d'acomiar-me, sortí.

Després d'aquell dia n'hi han hagut d'altres, molts, nous llinars i noves llars, persones que ens han deixat i d'altres que s'han incorporat, nous espais, oberts a la comunicació amb les famílies i a l'aprenentatge de tècniques i processos fets amb el recolzament del cuidador més proper, amb la seva complicitat i el seu coneixement de la saviesa popular. Aprenentatge, tanmateix, des del nucli on conviuen el dolor i el plor, la solitud, l'angoixa i el neguit, la ràbia, el fàstic, el cansament. Un camí on cal aprendre amb senzillesa i acceptar amb humilitat."

Aquí la Teresa apunta a un dels aspectes que més hem treballat al Balint: l'impacta sobre el professional quan observa a través de mil canals de comunicació verbals i no verbals que en aquella casa hi conviuen tota mena de sentiments i emocions difícils de pair. Per exemple, quan les persones que

tenen cura de familiars malalts a casa estan emmalaltint degut al desgast físic i psicològic que representa tenir cura d'un malalt.

L'envelliment de la població ha generat una nova població de risc d'emmalaltir en les dones (83% de les cuidadores informals) que tenen entre 45 i 65 anys i que no poden treballar fora de casa perquè dediquen la major part del dia a atendre a un familiar malalt. Aquestes cuidadores pateixen molt sovint símptomes físics (fatiga crònica, fibromiàlgia, mals de cap...), psíquics (insomni, ansietat, depressió...), i socials (conflictes familiars, sensació d'aïllament i manca de recursos personals). Com diu una treballadora social d'un altre CAP (Carlota Cruzate, de la Sagrera), "24 hores d'atenció esgoten al cuidador, que en la majoria dels casos es una persona gran. Tenen la sensació que per ells/es s'ha acabat la vida. No saben delegar. Se senten culpables de fer qualsevol activitat que no estigui relacionada amb la casa o el pacient. El sentiment de culpa es recurrent. Presenten uns sentiments ambivalents entre l'obligació moral de cuidar i el desig secret de voler que tot s'acabi."

De vegades el desig de que tot s'acabi no es tan secret, i el professional sanitari que visita amb certa freqüència el domicili es el dipositari de confidències més explícites en aquest sentit. O és testimoni del que podríem qualificar de negligències o inclús maltractament més o menys conscient en la dinàmica de relació entre els familiars i el malalt.

Em refereixo a la gran varietat de situacions problemàtiques amb que es pot trobar, amb pacients i/o famílies molt angoixades, i/o demandants, o reivindicatives, o manipuladores, o no complidores, o molt dependents, i en resum, molt ambivalents. El grup Balint ha ajudat a que els professionals aclaparats per aquestes realitats poguessin elaborar les seves reaccions inicials de rebuig, de desaprovació i judici moral, i poguessin millorar la seva capacitat d'escoltar i comprendre les ansietats que acostumen a trobar-se en la base dels comportaments inadequats, i la seva capacitat de pensar maneres més empàtiques i pràctiques d'afrontar-les.

De totes les experiències d'atenció domiciliària que hem anat treballant al Balint, potser les que han representat una tasca d'elaboració més difícil a nivell emocional han estat les que tenen a veure amb malalts terminals. Aquí vull donar la paraula a la infermera del PADES, Encarna Martínez, que descriu molt gràficament la vivència dels professionals que tenen com funció donar cuidados pal·liatius a domicili a malalts terminals. "Cuando empecé a trabajar con enfermos terminales – hace ahora trece años – se decía que no se debía prolongar esta actividad más de siete, pero dada la situación del mercado laboral, la formación continuada, la constante especialización a la que te ves obligada para el buen desempeño de tu labor asistencial (pagada de tu bolsillo, claro, las más de las veces), no es cuestión de ir renunciando y cambiando cada vez que se cumpla el plazo. Personalmente, el aprobar una oposición y "ganar" una plaza me ha costado años de mi vida profesional y personal."

"Es necesario y sobre todo más práctico, hacerse otros planteamientos. Intentar encontrar otras alternativas. Hay que buscar nuevas fórmulas que te permitan ir "vaciando la mochila" para que no te estalle de purito llena, para no llevarte al enfermo de turno a casa, para no "contaminar tu tiempo libre",

ése que te permite seguir tirando del carro y volver al día siguiente a por más.”

“Por otro lado, no siempre tiene una la seguridad de haber hecho lo mejor, porque no todo está escrito. Por mucha experiencia que se tenga y muchos protocolos, siempre existe algo que se escapa y te obliga a actuar sobre la marcha. En ocasiones, en el interior de los domicilios te puedes sentir “sola ante el peligro”, y a veces, cuando sales del último, sientes que se te ha quedado un regusto amargo, una cierta insatisfacción, una duda, una sensación de ridículo, aunque tú creas que has hecho lo mejor para aquella persona, para aquella familia – el principio de beneficencia siempre – y resulta que no te apetece demasiado que el resto de tu equipo – los compañeros con los que a veces te ves obligada a competir – te someta a juicio, se rían de ti, aunque sea de buen rollo – o, lo que es mucho peor, te diagnostique...”

Quan la Encarna em va donar aquest escrit, em va donar un feedback realment important: havíem aconseguit no caure en allò que moltes vegades la gent pensa que és un grup Balint, associat a la figura del psicoanalista, i que explica moltes vegades les reticències a participar en aquests grups que poden mostrar els professionals. Aquesta infermera que expressa d'una manera tan espontània, sense embuts, sentiments molts cops molt difícils de manifestar en públic, havia trobat en el grup Balint un espai a on podia sentir-se amb la llibertat de sincerar-se sense ser objecte d'interpretacions ni diagnòstics més o menys encoberts per part del psicoanalista ni de la resta de participants en el grup. Vaig sentir que havíem aconseguit no caure en allò que el M. Balint anomenava “la esterilitat ambivalent de la relació mestre-alumne entre professionals adults” i donar un espai a on es pogués parlar, lluny de les exigències de perfecció del superjò personal, professional o institucional, de tot allò que ens genera dificultats en la realització de la nostra funció, i que això estava essent beneficiós pels professionals, pels pacients, pels familiars i cuidadors informals, i per mi mateixa.

Quan preparava aquesta presentació, vaig demanar als components del grup que em donessin un full explicant breument en què estava consistint per ells aquesta experiència. Molts elements de les respostes que em van donar estan ja incloses en aquesta presentació. Però per acabar voldria reproduir íntegrament una de les respostes que crec que s'ho mereix especialment, i en això estan d'acord tots els components del grup: Ignacio López, metge de família, em va regalar aquest text que s'una demostració de com el Balint estimula la creativitat dels participants:

Un paseo quincenal con Mr Balint

Al principio, cuando Pepita me propuso participar en el grupo, tuve dudas. Por una parte, si ella me lo proponía debía tratarse de algo interesante; por otra, la cosa me sonaba a “comecocos” o ese tipo de recursos tipo “Don't worry, be happy” con los que se intenta distraer a los profesionales de la salud disimulando las carencias estructurales del sistema sanitario. Finalmente, y sin saber bien porqué, me decidí a probar. Normalmente, con los primeros planos de una película o las diez primeras líneas de un libro, suelo saber si la obra en cuestión me aportará algo o se trata de más de lo mismo; con la

primera sesión del grupo también tuve suficiente. No me acuerdo de que hablamos, pero salí con la sensación de que aquello era útil.

Ahora, después de dos o tres años me piden que sintetice en media cuartilla en qué me han sido útiles las sesiones para mi práctica clínica diaria. Me pongo a pensar y lo primero que me viene a la mente es la película de Woody Allen "Deconstructing Harry". Si la habéis visto, recordareis sin duda al famoso personaje que se "desenfocaba"; creo que yo también me encontraba algo desenfocado antes de iniciar mis paseos quincenales con Mr Balint.

Intentaré explicarme. Conforme van pasando los años de práctica clínica, uno va adquiriendo más habilidades en el manejo de las situaciones cotidianas de la consulta, pero va perdiendo el foco en cuanto a lo que realmente hace. El sistema sanitario está organizado de una forma en la cual parece que el objetivo fundamental es que uno se ventile las cuarenta visitas diarias sin organizar mucho revuelo y procurando que los "números" cuadren. Esto lo empiezas a mamar cuando, de residente, lo importante en los días de guardia es que dejes el pasillo libre de camillas; cómo has atendido a la gente, si realmente has resuelto los problemas por los que consultaban, son minucias que poco importan; lo realmente relevante y por lo que serás felicitado es si el pasillo está libre. Luego, llegas al ambulatorio y te das cuenta que los sistemas de incentivos están organizados para que las cifras cuadren: poca lista de espera, gasto farmacéutico mínimo, etc., etc., de tal manera que, en la mayoría de casos, la ineficacia es premiada y el compromiso penalizado. Y tú te dices: yo nunca caeré en esa trampa, yo soy médico y estoy aquí para resolver los problemas médicos de esos individuos que han tenido la suerte o la desgracia de aparecer por tu consulta. Pero van pasando los años y un día ves que el centro de salud donde trabajas ha pasado a denominarse "unidad productiva" y los individuos que atiendes "clientes" o "usuarios", y algunos intentan convencerte de que tu trabajo es como el de cualquier empresa de servicios, y los "clientes/usuarios" pasan a convertirse en unos molestos obstáculos para que tú no puedas alcanzar la "excelencia de resultados". Parece absurdo, pero entre todos, nos vamos creyendo que trabajamos en una centro comercial, con su habitual lema: "ten contento al cliente, aunque le estés vendiendo una mierda". Y como tú tampoco eres Superman ni el Cristo de los Faroles, te vas dejando llevar, te vas "desenfocando" y te vas convirtiendo, como dice la canción de Dylan en "un simple peón de su tablero".

Y en eso llega Mr Balint, con vocación de oftalmólogo, y te coloca las gafas. Y te habla del síndrome de Estocolmo, de la colusión en el anonimato y de otras lindezas con las que empiezas a sentir que se te despierta una cosa que hace tiempo tenías dormida. Y no sabes lo que es, pero de repente un día te das cuenta de que es algo tan simple y elemental como el gusto por tu profesión; una profesión que quizás no sea la mejor del mundo, pero es la que elegiste un día, quizás sin saber bien porque lo hacías, pero que siempre has sospechado que tiene algo que te atrae.

Y a partir de los paseos con Mr Balint empiezas a compartir escritos con unos cuantos colegas, y los escritos va derivando hacia una historia, y a través de esa historia descubres que la gracia de este trabajo es la relación humana; y que si el acto médico se disocia de su aspecto relacional no tiene el más mínimo sentido. Y cuando te vuelves a enfocar, las palabras "cliente", "unidad

productiva", "episodio", "resultados de salud", etc. adquieren su verdadera dimensión de "paridas" que se llevará el viento y se perderán en el olvido que merece la estulticia. Y ¿qué queda?; el paciente que tengo frente a mi, con su verdad desnuda de dolencias que aliviar; y yo frente a él con mis gafas puestas para intentar vislumbrar como ayudarle.

Siento haberme enrollado, pero no es habitual que nos hagan preguntas interesantes (a lo más que llegan es a pasarnos cuestionarios de calidad de vida para emitir informes sobre la "prevalencia de Burn out entre los profesionales de atención primaria" con los que llenar unos minutos del Telenoticias). De todas formas, como comparto la opinión de Jorge Wagensberg que dice desconfiar de todo pensamiento que no se pueda expresar en una sola frase, creo que, la respuesta la pregunta que se me hace podría ser "andaba yo desenfocado, y vino el doctor Balint y me corrigió la graduación"

Aquesta presentació es el resultat de la col·laboració de

- Ignacio López i Teresa Morató , metges de familia
- Edita Corral, Mercedes Fuentes, Encarna Martínez i Teresa Sala, infermeres
- Pepita Rodríguez i M^a Antonia Rocabayera, treballadores socials
- i Neri Daurella, psicòloga clínica i psicoanalista

