

Trabajo grupal con cuidadores en Atención Primaria: una propuesta desde la metodología de los procesos correctores comunitarios

Para contactar:
elena.aguilo@terra.es

Autora:

Elena Aguiló Pastrana. Médico de familia y comunidad. Centro de Salud Párroco Julio Morate. Área 11 Madrid. Miembro del Equipo Docente. Centro de Desarrollo en Salud Comunitaria Marie Langer

Trabajar con los cuidadores en Atención Primaria

En las consultas de Atención Primaria (AP), médicos y enfermeras percibimos frecuentemente el malestar del cuidador principal, de las personas que tienen que hacerse cargo de cuidar a una persona mayor, enferma o dependiente. En su gran mayoría los cuidadores son mujeres (esposas, hijas o nueras). Parece que «les toca a ellas». El malestar del cuidador llega a la consulta en forma de quejas, trastornos o sintomatología propia, por la que directamente se consulta, o como problemas que se hacen visibles al atender al enfermo en el domicilio o en la consulta, poniendo en evidencia la sobrecarga y el malestar de la persona que se ocupa de su cuidado. Y es que asumir el cuidado de una persona dependiente supone enfrentar una problemática que conlleva muchos malestares y desgastes.

A menudo esto se manifiesta, con quejas o malestar inespecífico. Síntomas y quejas cambiantes, así como muestras de insatisfacción difícil de precisar y satisfacer por los sanitarios. Otras veces los cuidadores presentan trastornos establecidos de tipo psíquico o físico.

Sufren y aparecen sentimientos de tristeza, desesperanza, angustia, ansiedad, insomnio, depresión, etc. El uso de psicofármacos entre los cuidadores es elevado. La consulta repetida por cuadros de dolor de espalda, dolor o cansancio generalizado, cefaleas, etc. a menudo nos parecen somatizados o producidos por la sobrecarga física de la tarea de cuidar a alguien dependiente. Con frecuencia cuidar a otro se convierte en un impedimento para que la persona cuide de sí misma. Aparece el abandono de sus intereses, ocupaciones, necesidades y contactos sociales; a menudo también la sobreprotección del paciente. Se generan sentimientos de dependencia, culpa y ambivalencia hacia la persona cuidada, que pueden deteriorar la relación y dificultar más el cuidado y el trato.

Son comunes las quejas (manifiestas o indirectas) hacia familiares e instituciones, el estrés y las pri-

mas impregnan la vida cotidiana del cuidador, así como la sensación de atrapamiento, y a menudo el agotamiento físico o emocional.

Todo ello lo conocen muy bien los profesionales de salud; estos síntomas, sentimientos y quejas se recogen diariamente en las consultas o las visitas al domicilio que hacen los profesionales de enfermería y medicina. Pero generalmente no son encauzadas en ninguna acción de salud específica.

Malestares de la vida cotidiana. La metodología de los procesos correctores comunitarios

Todos estos malestares que constituyen la problemática del cuidador, tan prolongados y progresivos, atentan contra su salud y la de la persona cuidada. Pero están naturalizados como normales y ligados a la tarea de cuidar, especialmente en el caso de las mujeres, por lo que se sufren sin demasiada reflexión. No son cuestionados porque los considerados normales, y ello hace que se reproduzcan y se cronifiquen. No es raro que la salida pase finalmente por una institucionalización del anciano o del enfermo, ante la claudicación del cuidador o la aparición de patología en éste, o bien debido a serios conflictos familiares. Estas situaciones se acompañan a menudo de intensos sentimientos de fracaso personal, culpabilidad y gran sufrimiento.

La metodología de los procesos correctores comunitarios (ProCC)¹ fue creada, como instrumento de intervención específico, para trabajar estos malestares de la vida cotidiana, malestares que están naturalizados como normales, pero que se cobran tan altos precios en salud. Tiene un programa de intervención comunitaria diseñado para el trabajo de la problemática del cuidador de 6-8 reuniones grupales, con una herramienta metodológica específica, el método del Grupo Formativo. Mediante el Grupo Formativo se busca lograr un grado de reflexividad que cuestione los consensos sociales básicos que hacen ver como normales y naturales roles que condicionan grados importantes de

malestar cotidiano. En el caso de los cuidadores, en su gran mayoría mujeres, de mediana edad, es preciso «deconstruir» el rol de mujer cuidadora, agobiada, sacrificada e imprescindible, que está implícito y ampliamente generalizado en las pautas culturales de nuestro modelo social. Sólo desde la reflexión lograda en espacios grupales pueden atreverse los sujetos a cambiar pautas y modelos hondamente aprendidos y apenas reflexionados (queremos señalar la importancia de no confundir reflexión con queja, pues la primera contribuye a la acción, mientras que la segunda generalmente la inhibe).

Sólo la fuerza de un nuevo consenso grupal ayuda a las personas a cambiar, saliendo de pautas conocidas y reforzadas por un fortísimo consenso social (en palabras de C. Castoriadis², el imaginario social instituido) de que las cosas «son así». Para ello son necesarios determinados elementos de análisis aportados en los programas ProCC por el coordinador del grupo, ejercicios y recursos docentes. Se sigue un hilo lógico de contenidos, y también un hilo elaborativo, que permite su asimilación más favorable, contando con las resistencias habituales a la tarea que en todo grupo aparecen y se manifiestan, que se van leyendo y elaborando conforme progresa el proceso grupal.

Objetivos y contenidos

Los objetivos generales de cualquier programa ProCC son crear un espacio de reflexión sobre la problemática dada, en este caso los problemas del cuidador familiar, y brindar elementos de análisis para posibilitar la búsqueda de alternativas más saludables con un mayor grado de autonomía. El protagonismo personal y social que pretendemos se refiere tanto a cambios individuales como colectivos, evitando la salida desde el individualismo y la creación de nuevos vínculos y redes.

En este caso, el programa ProCC del cuidador sitúa, en primer lugar, los problemas del cuidador desde la realidad cotidiana, con sus malestares³, y se presentan al grupo elementos de análisis específicos de esta concepción que son necesarios para elaborar la problemática descrita: los roles masculino y femenino y su relación con el cuidado en el ámbito familiar, la dependencia en las relaciones y sus raíces en la carga cultural, la necesi-

dad de los espacios personales y la autonomía. Se hace necesario el trabajo específico sobre espacios límites y ejercicio de la autoridad en el seno del grupo familiar, así como el envejecer saludable y los procesos de deterioro con los duelos implícitos que hay que trabajar y elaborar. Todos estos elementos son integrados en las últimas sesiones para buscar alternativas más saludables para los participantes en su vida cotidiana.

El taller de cuidadores. Consideraciones previas

Describiremos algunas cuestiones metodológicas y del proceso grupal del primer Taller de Cuidadores Familiares de personas con dependencia realizado en un centro de salud con metodología ProCC. Contábamos en este caso con una profesional con formación y entrenamiento en esta metodología. Otros hechos favorecedores son el antecedente de otras intervenciones previas con la misma metodología³ ProCC con buenos resultados en el centro de salud, y la participación de varias profesionales del equipo en un curso básico de la metodología ProCC, de forma que la participación en este curso supone un paso para su formación y entrenamiento.

En las condiciones actuales de presión asistencial, las dificultades de abrir un espacio a las actividades grupales, educativas y comunitarias son ampliamente conocidas^{4,5}. Por lo general, es necesario un esfuerzo para iniciar (y a menudo para mantener) estos espacios minoritarios, dentro de nuestra práctica generalizada de corte más individualista, evaluada también por los gestores desde indicadores de este tipo. La existencia en las Carteras de servicios de epígrafes que contemplen las prácticas comunitarias^{6,7} es una necesidad y una alternativa imprescindible para la existencia y desarrollo de prácticas comunitarias y promoción de la salud. Si la actividad puede realizarse, como fue en nuestro caso, dentro de la actividad laboral y ser registrada como tal (óptimamente incluyendo el tiempo necesario de preparación y evaluación), el esfuerzo por iniciar estas actividades va disminuyendo con el tiempo; pueden apreciarse sus efectos y se va extendiendo en los equipos profesionales la aceptación de estas prácticas no medicalizadoras en la intervención en promoción de la salud⁸.

LOS OBJETIVOS
GENERALES DE CUAL-
QUIER PROGRAMA
PROCC SON CREAR
UN ESPACIO DE
REFLEXIÓN SOBRE LA
PROBLEMÁTICA DADA

² La metodología ProCC utiliza recursos metodológicos específicos. Al plantear la problemática del cuidador, u otros elementos de análisis, con estos recursos, se trae a escena el perfil de un indicador diagnóstico de población (IDP), que se relaciona con la «variable transversal». Con este término nos referimos a las cristalizaciones de imaginario social que, siendo ampliamente generalizadas y no saludables, son el objeto de la reflexión y cuestionamiento en las distintas sesiones de un programa ProCC. Así pueden conseguirse grados de reflexión y cambios de actitudes muy significativos, pese a la brevedad de las intervenciones, y sin tener que tratarse cuestiones de lo íntimo personal de cada participante, como corresponde a una intervención que se sitúa por fuera del ámbito terapéutico. El término «proceso corrector» alude a esta capacidad de transformar en la vida cotidiana sin tratarse de un dispositivo grupal terapéutico propiamente dicho. El trabajo con los IDP es una característica específica de los programas ProCC.

Llamamos «espacio de salud para cuidadores» a nuestro taller, y difundimos sus características entre los profesionales del centro –médicos, enfermeros y trabajadores sociales–, así como el modo de invitar a las personas que pueden estar interesadas en la primera reunión. La invitación a esas personas desde una relación de confianza como la establecida con los profesionales de referencia es el primer vínculo de cohesión con que el grupo cuenta antes de empezar el trabajo grupal. En este caso, la adecuación en la captación fue muy alta, prueba de ello es que de 19 personas convocadas, 18 realizaron el curso y sólo una cuidadora, que se presentó en el taller con su esposo al que cuidaba, no pudo acudir al resto de sesiones por «no poder dejarlo con nadie». Como describiremos más adelante, éste es uno de los condicionantes de la problemática del cuidador, que influye desde las condiciones de realidad, y también desde los obstáculos que se quieren modificar con la intervención. Digamos que lo que le pasaba a esa mujer es lo que les sucede a la mayoría de los cuidadores, y contribuye a su aislamiento, malestar y sobrecarga.

Desarrollo del proceso grupal

Partimos de un grupo de 19 personas en la primera sesión, y 18 mantuvieron su asistencia. La regularidad en la asistencia a las sesiones y el aviso de las faltas son indicadores de pertenencia: la media de asistencia a las sesiones fue de 14 personas, y dos tercios de las ausencias fueron con aviso previo, lo que se considera un indicador medio-adecuado de pertenencia en actividades grupales, incluso alto considerando que se trataba de un grupo de cuidadores y eran de esperar incidencias debidas a la salud de las personas que cuidaban.

Los integrantes del grupo fueron 16 mujeres y 2 varones; 2 menores de 50 años, 12 entre 50 y 70 años, y 5 mayores de 70 años. La media de edad del grupo era bastante elevada, alrededor de los 68 años. Todos eran cuidadores familiares. Respecto a las personas cuidadas, siete mujeres cuidaban de su esposo, ocho de la madre, uno del padre y otras dos personas cuidaban a otros familiares (tía y abuela). Dos de las asistentes trabajaban fuera de casa. El resto eran amas de casa, pensionistas o parados. Asistió también como participante una profesional del equipo del centro de salud.

Una profesional con formación y entrenamiento llevó a cabo tareas de observación, por lo que la coordinación grupal fue realizada por un equipo de dos personas (coordinación/observación), más una observadora en aprendizaje. La tarea grupal fue supervisada.

Las expectativas iniciales y la presentación de la problemática mostraron una presentación cautelosa de los problemas del cuidador, que fueron apareciendo más explícitamente a medida que progresaba la primera reunión. Junto con los deseos de aprender para cuidar mejor, aparece el reclamo de libertad para los cuidadores; con la invocación a tener más paciencia y basarse en el cariño, aparecen el deseo de encontrar apoyo y comprensión en el taller, y la expresión de pesar porque a menudo «pierdes los papeles»; «se irrita un mucho» con el enfermo; se siente «desazón por no poder reprimir el cabreo»... Son quejas causadas por la sobrecarga, el agotamiento y las relaciones difíciles con el familiar (algunos son «negativos para todo», «lo mío con mi madre es más bien psicológico»...), y en general todos los asistentes dieron a entender que la realidad cotidiana «es bastante más dura de lo que aquí ha salido...».

La sesión sobre los roles masculino y femenino posibilitó un primer análisis de la problemática del cuidado en relación con roles asignados socialmente que pueden cuestionarse como no saludables y generadores de dependencias mutuas. Desde ese rol asignado se dificulta a la mujer que delegue y ponga límites en la tarea de cuidar, y en consecuencia asume el cuidar desde una posición de abnegación y sacrificio que le genera gran sobrecarga y atrapamiento. Los roles asignados –como construcciones histórico-sociales que son– pueden ser modificados, pero ello precisa su cuestionamiento y desnaturalización; para ello usamos en el taller recursos metodológicos específicos.

En este momento del proceso los emergentes grupales se refieren a la valoración del espacio grupal («te viene bien», «estás más relajada de ver lo de las demás», «estás con ganas de volver»), y el debate se centra en lo trabajado en esta sesión sobre los roles y la reflexión sobre aspectos vivenciales relacionados con esta temática:

- «Es un patrón que tienes que cumplir. Es así la realidad.»
- «Ya no pasa tanto...»
- «Sí que pasa, mis hijas están igual.»
- «Yo con mi marido tengo libertad. Mi madre es la que me ata. Son sobre todo las madres...»
- «Pues a mí el marido, me veo reflejada.»
- «A veces somos nosotras mismas. Nos dejamos someter.»

LA SESIÓN SOBRE LOS ROLES MASCULINO Y FEMENINO POSIBILITÓ UN PRIMER ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA DEL CUIDADO EN RELACIÓN CON ROLES ASIGNADOS SOCIALMENTE

- 7 «Las madres somos mandonas por naturaleza, o por educación; los hijos son para nosotras.»
- 7 «Salgo, me voy, porque está atendida, pero en el fondo me siento culpable. Cuando vengo, vengo fatal. Con el telefonito llamando...»

Es necesario trabajar después la necesidad de los espacios personales, que requieren la puesta adecuada de límites y el correcto ejercicio de la autoridad. Dedicamos a ello la tercera sesión. Se plantean recursos metodológicos específicos para analizar las dificultades cotidianas con la puesta de límites e identificar los mecanismos que «desdican la autoridad» y poder ver en lo concreto cómo se genera más dependencia y tiranía en el vínculo con la persona cuidada. Así, el grupo puede identificar el grado de dependencia debida al deterioro que presente cada persona y el «exceso de dependencia» que puede ser modificado. Es importante no hacer de más, poder delegar y poner buenos límites para preservar su espacio, y eso, en general, hay que aprenderlo, pues no está incluido en el rol asignado para el que la mujer ha sido educada, como sacrificada e imprescindible. Cambiarlo requiere un consenso grupal que, poco a poco, se va expresando:

- 7 «¡De verdad que pueden ellos contigo! Aunque entres y salgas, te sientes mal. Siempre eres tú la culpable de todo...»
- 7 «Hay que luchar para adquirir un poco de autoridad. Te chantajean de tal manera que te sientes culpable... Así, ¿cómo irte a la boda?»
- 7 «Se sale con la suya la persona mayor. A mí me ha pasado dos veces, esto mismo de la boda. Una vez no fui y la otra me la llevé a la boda. Fue peor cuando me la llevé. Veo que tengo que defender mi espacio.»
- 7 «Debemos ir luchando para que esto vaya cambiando poco a poco...»
- 7 «Por muy fuerte que sea el otro, tú tienes que pelear por ti. Cada día un poquito. Satisfacerte a ti misma. Crecer para el paso siguiente.»
- 7 «La conclusión que he sacado es que hay que luchar por adquirir un poco de autoridad. Si no, es verdad que luego se toman represalias. (Si vas, te lo hacen pagar; si no vas, eres tú la que se lo haces pagar; lo pagas de alguna forma, vayas o no vayas.) Yo creo que la hija sí que tenía derecho a irse. Tomarse un día de asueto, puesto que su madre estaba cuidada. Estaba en su derecho.»



- 7 «Tratar de delegar un poco en las cosas menores, que no sea todo nuestra responsabilidad. Tener un poco de satisfacción. No empezar por lo más gordo. No hacérselo todo nosotras, por “ir más rápido”. Creo que hay que empezar un poco por ahí.»

La siguiente es una sesión clave. Trata sobre el envejecimiento y el deterioro, desde la triple vertiente de lo biológico, lo psicológico y lo social. Y sobre la necesidad —socialmente no reconocida— de elaborar las pérdidas. Por una parte, las pérdidas que conlleva el proceso vital de envejecer, y por otra, las propias del deterioro de la persona a la que se tiene que cuidar. Para elaborar las pérdidas, es necesario reconocer y expresar los propios sentimientos, ligados a cuidar a alguien que envejece y se deteriora. Muchos de esos sentimientos son difíciles de reconocer, están socialmente connotados como negativos. El trabajo grupal, con recursos metodológicos específicos, en un espacio contenedor y un sostén grupal ya importante, como para abordar una temática tan dolorosa, permite expresar, reconocer y legitimar estos sentimientos, que de otro modo suelen quedar ocultos. Esta sesión es clave porque apunta a la disminución de los sentimientos de culpa. Los cuidadores aprenden que es necesario hacer el duelo para poder elaborar la situación y aceptarla. Al disminuir los sentimientos de culpabilidad, es más fácil poner bien los límites cuando el otro chantajea o se pone dependiente o tirano, completando y resituando lo abordado en las sesiones anteriores.

LOS CUIDADORES
APRENEN QUE ES
NECESARIO HACER EL
DUELO PARA PODER
ELABORAR LA SITUACIÓN
Y ACEPTARLA

EN LA QUINTA SESIÓN, SE LES PIDEN ALTERNATIVAS QUE SEAN POSIBLES DE MATERIALIZAR, Y QUE SE HALLEN LEJOS DE LA IDEALIZACIÓN Y EL FATALISMO

- «Estos sentimientos que no podemos expresar. Es un desahogo grande poderlos decir aquí en alta voz...»
- «Igual que ellas. En casa no somos capaces de exteriorizar el sentimiento, es más fácil aquí. Lo de los duelos, no lo sabía. Los sentimientos. La frustración... Ha sido muy positivo.»
- «Yo veo que es importante la autonomía, dejarles más. Poder delegar. Quitarte algunas cosas que te lastran. Son cosas que te impiden ayudar y estar conforme con lo que haces.»
- «He aprendido bastante. He estado reflexionando. Y quizá no esté haciendo las cosas bien. Necesario para tratar de hacerlo mejor.»
- «A mí me está dando tranquilidad. En el caso mío llegas a pensar que eres mala persona. Que lo que te pasa es porque te lo mereces. Aquí tengo sensación de apoyo. Y lo de aprender a hacer los duelos... Es importante saber que lo estás haciendo bien. No sentirme culpable. Y tengo menos resentimiento que antes.»

La reflexión grupal, una vez proporcionados los elementos de análisis descritos, pasa ahora por buscar alternativas en su vida cotidiana a su problemática como cuidadores. En la quinta sesión, se les piden alternativas que sean posibles de materializar, y que se hallen lejos de la idealización y el fatalismo.

Por ejemplo, se proponen:

- «Volver a dormir en tu cama y no en el sofá. (Y para oírla, pones un aparatito como los que se usan con los bebés.)»
- «Salir a tomar un café con amigas.»
- «Ir al gimnasio.»
- «Salir cuando el enfermo está acostado.»
- «Buscar una residencia para llevarla 15 días en verano y poder irte tú con tu marido.»
- «Ir a trabajar sin sentirme mala.»
- «Que se implique un poco el marido para irte tú quitando un poco de carga.»
- «Hacer alguna actividad cultural.»
- «Mi marido tiene Alzheimer. He tenido que buscar un centro de día para yo poder vivir.»

Y, finalmente, los emergentes que aparecen en la sexta sesión, de evaluación y cierre, muestran el agradecimiento por lo recibido, por el espacio grupal, por haber podido compartir y sentirse comprendidos. También aparecen sentimientos de pena porque se termina el taller y se pide alguna continuidad, además de que los participantes expresan sus deseos de seguir viéndose de algún modo tras el cierre. Recogen también algunos elementos temáticos, de lo aprendido en el curso, con gran implicación vivencial. Se les convoca a una reunión de seguimiento 10 semanas después, y proponen un encuentro informal en una cafetería los últimos jueves de cada mes... Recogemos algunos de estos emergentes usando sus mismas expresiones:

Sentimientos ante la última reunión (la despedida):

- «Me da mucha pena que termine. Se me ha hecho muy corto. Pensabas: el jueves nos vamos a reunir todas. Y parece que con eso te sientes mejor...»
- «Yo tengo dos sentimientos. Tranquilidad y agradecimiento por los medios que se me han ofrecido.»

Sobre lo aprendido (integración temática):

- «Hay que "limitar". Delegar. No permitir que te tiranice.»
- «Hacer el duelo de tus sentimientos para salir de ese círculo.»
- «Tienes que hacerte con autoridad. Y ojo con los chantajes emocionales.»
- «Ganar tu espacio. Saber que no estás haciéndolo mal. Que es por la propia salud, y que repercute en la persona que cuidas. Salir de ese círculo vicioso. Estás mejor.»
- «Las charlas nos han explicado cosas que antes no entendíamos así.»
- «Lo de los duelos fue muy útil. Aceptar las cosas que están ahí, y no te dabas cuenta.»
- «Hemos hablado de las ayudas externas. Por alguien que nos conozca. Queremos poderlo dejar unos días. No aparcarlos. Pero tenemos una vida. Que den más los servicios sociales de lo que dan.»
- «Muy positivo. Me alegro de estar con todas vosotras. Vine con mucha angustia. Y me voy

sabiendo que hay que hacer los duelos, poner límites y delegar sin culpa.»

- 7 «Yo también pido continuidad. Y quiero decir que hay hombres que no han sido preparados para cuidar, y que, si tienen que cuidar, cuidan.»

Cuando se pide al grupo evaluar el proceso que han vivido:

- 7 «Me ha dado tranquilidad y libertad.»
- 7 «Me ha ayudado a afrontar la situación con un poco más de optimismo, mejor.»
- 7 «A mí me ha dado paz.»
- 7 «Lo primero agradecerte este curso. Nos ha sido muy valioso. Tiene que tener una continuidad.»
- 7 «Para mí ha sido una experiencia nueva sentir que otras personas tienen los mismos sentimientos que yo.»
- 7 «He estado muy a gusto y relajada en el grupo.»
- 7 «Te sientes más comprendida. Compartir ha sido muy bueno.»
- 7 «Se me ha hecho muy cortito. Relativizas los problemas y [en casa] la cosa fluye mejor.»
- 7 «Yo me siento menos culpable. Y hemos de reunirnos, por favor. Una vez, una vez al mes...»
- 7 «Ha sido provechoso, relajante. Tenemos que poder llevar a cabo lo que en teoría creemos que está bien.»
- 7 «Satisfecha. Con la simpatía de todos. Gracias.»

La evaluación en la metodología ProCC

La metodología ProCC da gran importancia a la evaluación de cada proceso grupal. Se realiza como evaluación permanente de una acción en curso, utilizando un cuidadoso registro de observación, a nivel verbal (textual) y preverbal, de tipo cuali-

tativo, más la recogida de indicadores de asistencia y puntualidad de cada grupo que se implementa. Se desarrolla como evaluación permanente de una acción en curso^b, y dedicamos específicamente la última sesión de cada programa de ProCC a la integración temática y la evaluación (mediante la evaluación personal y en subgrupos de los participantes). Los emergentes de evaluación recogidos en este taller quedaron señalados anteriormente. Se analizan indicadores relacionados con los objetivos competenciales alcanzados (roles asignados, lectura de la problemática, límites, espacios, ejercicio de la autoridad, duelos y sentimientos asociados al cuidado), así como la valoración del espacio grupal, de la metodología empleada y del grado de relación con la práctica alcanzado.

Los resultados de este grupo nos muestran un cambio en el modo de percibir los participantes su situación como cuidadores: desde la queja, la sintomatología tipo ansiedad/depresión, el atrapamiento en el rol de cuidar, y la abnegación sacrificada incapaz de cuidarse^c recogidas al inicio, llegan al análisis de la problemática cotidiana guiados por algunos elementos temáticos claves, que hemos tratado de describir con detalle en este artículo; expresan los sentimientos ligados a sus problemas como cuidadores en un clima de seguridad grupal elevada, y se dan algunos pasos de autonomía mediante la puesta de límites adecuados, en busca del espacio propio, el estar con otros, y el apoyo en vínculos y redes sociales que sostengan la tarea de cuidar de alguien que se deteriora.

Pensamos que mediante el grupo se ha obtenido un beneficio, y así lo señalan ellos en sus palabras y asistencia e implicación grupal. Los profesionales hemos podido evaluarlo durante el seguimiento del proceso y lo iremos siguiendo en las sesiones programadas y en consulta, que posibilita la relación a lo largo del tiempo en AP. Nuestra valoración coincide con lo que los participantes expresan en este momento. Abrimos la hipótesis acerca de si los participantes presentarán cambios en su modo de demandar en consulta y sobre la persistencia temporal de los cambios observados durante el desarrollo de la actividad.

DEDICAMOS ESPECÍFICAMENTE LA ÚLTIMA SESIÓN DE CADA PROGRAMA DE PROCC A LA INTEGRACIÓN TEMÁTICA Y LA EVALUACIÓN

^b Entendemos por evaluación permanente de una acción en curso que el equipo coordinador realiza en cada sesión un trabajo de lectura de emergentes del proceso grupal, lectura del material de las ruedas iniciales y finales, y de los procesos transferenciales y contratransferenciales, aplicando los vectores del cono invertido de Pichon-Rivière. Se realizó supervisión de la coordinación de la tarea grupal con un profesional de mayor experiencia. El tiempo de supervisión está en función del conocimiento y experiencia del coordinador del programa ProCC que se aplica y de su propia experiencia en la coordinación grupal en la metodología, requiriéndose menos tiempo de supervisión cuanto mayor es la experiencia de los coordinadores.

^c El grado elevado de malestar psicofísico fue el principal factor a la hora de captar a los participantes del grupo por parte de sus profesionales de referencia. Éstos ofrecieron participar en la actividad «Espacio de salud para cuidadores» a personas cuidadoras que presentaban quejas múltiples, malestar psicológico, insatisfacción, vivencias complicadas en relación con cuidar a su familiar, dificultades para delegar o tendencia a la sobrecarga, aspectos generalmente asociados al hecho de cuidar en las condiciones sociales actuales.

Conclusiones: la metodología ProCC en Atención Primaria

El campo de los malestares cotidianos y la normalidad de supuesta salud puede ser conocido y analizado por los profesionales de AP. Podemos intervenir en él con buenos resultados si se nos proporcionan los instrumentos formativos básicos. Los resultados de estas intervenciones se miden en protagonismo personal y social, y los profesionales que las utilizan adquieren un grado de satisfacción profesional elevado, debido a la percepción de mayor eficacia en las intervenciones, tanto en consulta (al decodificar las demandas de otra manera) como en intervenciones grupales comunitarias.

Éste fue el motivo de aplicar la metodología de Grupo Formativo a nuestra intervención con cuidadores en nuestro centro de salud, y los resultados no nos han defraudado.

El proceso grupal del que damos cuenta en este artículo, su desarrollo y evaluación ilustran la metodología ProCC aplicada al campo de la AP, realizada por sus propios profesionales. La intervención comunitaria en AP permite sacar los malestares que saturan la consulta de quejas e insatisfacción —y desgaste profesional— y que, sin embargo, no se puede resolver en ella. La creación de espacios grupales para la reflexión sobre esa problemática posibilita, como hemos tratado de mostrar, avances en el grado de autonomía y protagonismo, que son indicadores básicos de salud/bienestar. Las actividades grupales y comunitarias quiebran la tendencia creciente en nuestra sociedad hacia la medicalización y la dependencia, con el correlato no despreciable de desgaste y malestar profesional.

Seguiremos haciendo y evaluando grupos como éste, en los que se trabaje problemáticas diversas —por ejemplo, cuidadores, mujeres en climaterio o inmigrantes, por citar las actividades recientes o en proyecto—. Confiamos en las posibilidades de este tipo de intervenciones dentro de la AP y queremos contribuir a su difusión y desarrollo.

Referencias bibliográficas

1. Cucco M. ProCC: una propuesta de intervención sobre los malestares de la vida cotidiana. Buenos Aires: Atuel; 2006.
2. Castoriadis C. La institución imaginaria de la sociedad. Buenos Aires: Tusquets; 1989.
3. Aguiló E. Grupos de mujeres: menopausia, madurez y vida cotidiana. *Dimens Humana* 2001;5(1):41-5.
4. Aguiló E. Los profesionales sanitarios y la comunidad, ¿necesidad o utopía? En VI Encuentro del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria; 2004 Abr 23. En revista Comunidad 2004 (7):59-62. Disponible en www.pacap.net.
5. Aguiló E, Pastrana M, López D, Siles L, López A. Las actividades comunitarias en atención primaria en España. Un análisis a partir de la red del Programa de Actividades Comunitarias (PACAP). *Aten Primaria* 2002;29(1):26-32.
6. Vergeles JM. Propuestas de adaptación de la cartera de servicios a la realidad actual. *Aten Primaria* 2002;29(3):129-31.
7. Ruiz-Giménez JL. Propuesta de incorporar un servicio de Actividad Comunitaria en la cartera de servicios de la Comunidad de Madrid. En revista Comunidad 2007 (9):36-7. Disponible en www.pacap.net.
8. Martín C, Medina M, Irazábal E. Una experiencia grupal: Cuidar al cuidador. *Revista METAS* (13) 1999.

LAS ACTIVIDADES
GRUPALES Y COMU-
NITARIAS QUIEBRAN
LA TENDENCIA CRE-
CIENTE EN NUESTRA
SOCIEDAD HACIA LA
MEDICALIZACIÓN Y
LA DEPENDENCIA