



¿Y... si no vienen? Dificultades en la convocatoria de grupos en Atención Primaria.

Autoras: Elena Aguiló Pastrana y Ayelén Losada Cucco

¿Y... SI NO VIENEN? DIFICULTADES EN LA CONVOCATORIA DE GRUPOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autoras: Elena Aguiló Pastrana
Ayelén Losada Cucco

1. INTRODUCCIÓN. ATENCIÓN PRIMARIA, DE AYER Y DE HOY. EL LUGAR DE LAS ACTIVIDADES GRUPALES Y SUS CONTRADICCIONES.

Entre los y las profesionales de Atención Primaria (AP) es frecuente que, cuando se habla de las actividades grupales, se escuchen frases como: *“Estaría bien hacer grupos, pero es muy difícil mantenerlos”, “al final la gente no viene”, “por hacer lo del grupo se ha perdido toda la mañana de consulta”, “total, no sirven para nada”.*

Sin embargo también se opina que son necesarias, incluso imprescindibles para la atención de la salud integral, que aportan una gran satisfacción personal y profesional... Y en la realidad cotidiana se concluye que no hay tiempo, ni recursos, ni formación específica para las actividades grupales. Las actividades grupales y comunitarias en AP acaban quedando en muchos casos en el terreno de lo reiteradamente pospuesto, o son vistas mayoritariamente por los y las profesionales como una utopía.

Frente a estas contradicciones podemos preguntarnos: ¿la vivencia de dificultad o de ineficacia de las actividades grupales en AP, es inevitable? Si la gente no viene o no se mantiene en un grupo que convocamos... ¿Implica que no era necesario? ¿Que debemos abandonar el proyecto? ¿Implica que hay que orientar estas actividades de otro modo? ¿Consideramos que es lo mismo demanda y necesidad? ¿Evaluamos esta cuestión en cada caso al diseñar un programa de educación para la salud grupal? ¿Existen también cuestiones de método que pueden facilitar o mejorar nuestras actividades grupales y comunitarias?

Desde la Metodología ProCC (Cucco, M., 2006) tomamos estos interrogantes y entendemos que hay una contradicción subyacente en la comprensión y aplicación de las actividades comunitarias en el desarrollo de la Atención Primaria de Salud.

La concepción de AP está muy unida a la concepción de salud bio-psico-social del ser humano, formulada en los 70 del siglo XX, significando un intento de superación y revisión crítica de la concepción médica imperante hasta entonces, biologicista y asistencialista; cambios que coincidieron históricamente en nuestro país con la transición del franquismo con cambios políticos e institucionales significativos (Irigoyen, 2012).

La conferencia de Alma Ata en 1978 declaraba que era necesario reorientar los sistemas sanitarios en la búsqueda de superar el asistencialismo,

de trabajar con una mirada preventiva y promotora de salud, de trabajar no de forma aislada sino en equipo y en interdisciplinariedad profesional (ya no sólo sanitarios), buscando el protagonismo del sujeto y la participación comunitaria.

Las intervenciones grupales fueron entendidas en este contexto (sobre todo en los inicios) como una de las señas de identidad de la APS:

- Para la promoción de salud entendida de forma integral.
- Para facilitar la participación comunitaria.

Pero las actividades grupales, y también la participación de la población, la interdisciplina y el trabajo en equipo quedaron sin embargo efectivamente muy relegados en el desarrollo real que se operativizó. Se desarrollaron muchos aspectos y quedaron relegados otros. Citando a Cucco (2001), hay “vacíos teóricos, metodológicos y prácticos” en la aplicación de la Atención Primaria de Salud, que determinaron un lugar subalterno, de desconocimiento y prejuicio hacia lo grupal y lo comunitario, más allá de las buenas intenciones, de las grandes declaraciones institucionales sobre los cambios de concepción y de orientación del sistema sanitario, y pese a los esfuerzos aislados y voluntariosos de muchos y muchas profesionales.

Así que es cierto que **las dificultades de las actividades grupales en AP** son muchas, si atendemos a su condición de minoritarias comparadas con la actividad asistencial, a su costosa ejecución en la práctica profesional cotidiana en AP, al escaso reconocimiento de lo grupal como campo de saberes y como potente herramienta de intervención dentro del ámbito sanitario.

Tratamos de brindar en este capítulo algunos aportes desde nuestro marco de referencia y nuestra praxis, respecto a los grupos en AP, para contribuir a afinar la lectura de las necesidades humanas que pueden abordarse grupalmente, al análisis de los métodos empleados y a aportar a la construcción de alternativas en el ámbito de la AP. Sostenemos con pasión la complejidad y multidimensionalidad del ser humano y su atención integral, y la idoneidad de lo grupal, no sólo para la intervención en salud, sino para la comprensión de la subjetividad humana.

Sostenemos que el conocimiento de lo grupal y el escaso desarrollo de la dimensión comunitaria de AP es uno de los vacíos teóricos y metodológicos, y que sus déficits contribuyen a algunos fenómenos actuales como la medicalización y la hiperfrecuentación en consultas. Y esto, a pesar de las buenas intenciones y de todo lo que el cambio de concepción de APS significó en su momento.

2. LA INTERVENCIÓN GRUPAL DESDE LA METODOLOGÍA ProCC.

La Metodología ProCC es una concepción teórico-metodológica cuyo objeto de estudio y trabajo es la vida cotidiana, no desde “cómo debería ser” sino desde el análisis de cómo es en la realidad, lo que implica poner atención a los obstáculos...

Cuando, en cursos de formación dirigidos a profesionales de AP, trabajamos sobre el imaginario profesional relacionado con las intervenciones

grupales, aparece lo idealizado y lo desprestigiado, temas posibles con abordajes metodológicos inespecíficos...

- Estaría bien... pero cuesta mucho montar un grupo.
- Lo que hacen esos es escaquearse del trabajo.
- Al final tienes que cerrarlo porque van dejando de venir...
- No sirve para nada.
- Es útil, y muy satisfactorio.
- No tienes apoyo.
- Es utópico.
- No hay tiempo para hacerlos.

Advertimos pues, la contradicción entre idealización y recomendación de lo grupal, junto con su escaso prestigio y desarrollo reales, y tratamos de realizar algunos aportes que puedan servir como herramientas ante dichos vacíos teórico-metodológicos y contribuyan a mejorar nuestra práctica grupal en AP, desde nuestra concepción.

En primer lugar, señalamos que lo grupal no se reduce a la coordinación de un grupo, y que la intervención grupal tiene 4 fases. Mostraremos aquí estas fases brevemente, así como los obstáculos y dificultades más habituales que aparecen en la Atención Primaria en cada una de ellas. Después planteamos algunas reflexiones acerca de la fase de convocatoria.

3. FASES DE LA INTERVENCIÓN GRUPAL.

Aunque suele identificarse la intervención grupal con la fase de coordinación, desde la Metodología ProCC planteamos que para realizar una intervención grupal completa es necesario desplegar 4 fases. Una intervención no es solamente llevar a cabo el grupo “desde el primer día al último”, sino que hace falta:

1. Fase de Programación: elaboración del programa en función de la lectura de la necesidad.
2. Fase de Implementación: difusión, captación y convocatoria de la actividad.
3. Fase de Coordinación: La coordinación del grupo, propiamente dicho, para lo cual hace falta un método que nos haga posible la atención de esa necesidad.
4. Fase de Evaluación: tras la realización de la actividad para la investigación y la retroalimentación de las siguientes programaciones.

4. TRABAJAR CON GRUPOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. IDENTIFICANDO DIFICULTADES Y OBSTÁCULOS FRECUENTES.

4.1. Dificultades y obstáculos en la Fase de Programación.

Con respecto a la Fase de Programación, no suelen explicitarse los enfoques conceptuales ni metodológicos que enmarcan las actividades grupales.

La posición más frecuente es desde el “modelo sanitarista”, centrado en la prevención y cuidado de la enfermedad, y pretende que la población siga los consejos para “cambio de hábitos”. Esta posición otorga al profesional sanitario el papel y el lugar de experto o experta, y programa actividades grupales predominantemente informativas, con metodología de consejo y entrenamiento respecto a la enfermedad. Los límites en la efectividad, incluso cuando hablamos de cuestiones bastante “bio”, son bien conocidos, pues este enfoque pasa por alto el conocimiento de la subjetividad humana y la potencia del grupo para la transformación.

Cuando se pretende intervenir desde una concepción integral del ser humano, y se pretende mejorar la salud en las dimensiones psicosociales (por ejemplo, el trabajo grupal en las transiciones y conflictos vitales), buscando la autorreflexión y el protagonismo en una vida más autónoma, es preciso una reflexión previa sobre cuestiones como:

- ¿De dónde sacamos los programas de intervención?
- ¿A qué problemática o necesidad de salud apuntamos?
- ¿Qué tipo de cambio pretendemos? ¿Es posible lograr ese cambio con la intervención que podemos preparar?
- ¿Armamos programas según las demandas tal como nos llegan de la población? ¿O estamos atendiendo la demanda de la Administración?
- ¿Entendemos que se precisa decodificar la demanda para atender la necesidad?

Consideramos muy importante tener en cuenta **cómo se lee la necesidad**. Para ello, identificamos y sistematizamos el ámbito de los malestares de la vida cotidiana que atraviesan y son comunes tanto a lo que llamamos normalidad como patología. Estos malestares constituyen una variable transversal a toda la población y están determinados por el modo de vida. Mirtha Cucco (2006) define como malestares de la vida cotidiana a ese conjunto de malestares que la gente sufre, y que habitualmente no se analizan ni se cuestionan porque se consideran normales. Presentan un elevado grado de consenso social que facilita su invisibilización o naturalización, estableciéndolos como “normales”. Desde ProCC se acuña el concepto de “Normalidad Supuesta Salud” (NSS) para referirse a ellos (Cucco, M., 2006).

Estos malestares de la NSS no generan directamente una demanda explícita y más bien quedan en “tierra de nadie”. No se acude por ellos a ningún profesional específicamente, pero saturan con demandas masivas, confusas e inespecíficas los servicios de todo tipo. Se perpetúan pese a producir queja y malestar, cobrándose altos costes en salud-bienestar de la población.

Tomemos como un ejemplo de esta NSS la queja de padres y madres: “...*Con mi hijo adolescente sólo nos comunicamos a gritos... Pero, en fin, esto es la adolescencia...*”. Desde la Metodología ProCC, este concepto de NSS, que agrupa los malestares cotidianos naturalizados, nos resulta muy útil para leer la necesidad de la población y preparar el hilo conductor de un programa de trabajo grupal en coherencia con dicha realidad, que es social, y no meramente individual.

Porque contar con indicadores generales de cómo se construye la subjetividad hoy, en la crianza, en la pubertad y adolescencia, en la construcción social de los roles de género (problemática de la mujer y problemática silenciada del hombre), en los avatares del cuidado de personas dependientes, en el fenómeno de la inmigración, etc., nos permite diseñar las intervenciones **apuntando a remover algunos obstáculos en los procesos de cambio**, y a acortar así la distancia entre teoría y práctica, generando mayores grados de protagonismo y transformación.

Los Programas con Metodología ProCC (Cucco, M., 2006) tienen un hilo conductor que surge de la articulación entre el hilo lógico de los contenidos temáticos y los previsibles obstáculos y resistencias del plano dinámico. Así preparamos una cronología más favorable de los diferentes temas y recursos, para favorecer la elaboración y asimilación grupal.

El habitual desconocimiento de la teoría de los grupos y las leyes grupales, así como el considerar los recursos metodológicos o técnicas disociadas de la lectura del proceso grupal, son algunos de los déficits o vacíos teóricos y metodológicos que dificultan el desarrollo de actividades grupales en AP.

En la programación de actividades grupales es importante, cuando menos, garantizar la permanencia de un mismo profesional en el equipo coordinador, evitando el reparto simple de los temas por sesiones, práctica relativamente frecuente y que desmerece la consideración del proceso grupal y su seguimiento.

4.2. Dificultades y obstáculos en la Fase de Implementación.

Una vez seleccionado o elaborado el programa de la intervención grupal que se va a realizar, decididos sus objetivos, contenido y desarrollo metodológico, se precisa desarrollar todo un trabajo para su ejecución en un grupo concreto. Es claro que se precisa contar con un grupo de personas, y sin ello, el mejor programa queda sin efectos...

La Fase de Implementación es una fase muy importante del trabajo con grupos, tanto como la propia coordinación grupal; pero, normalmente, es desdeñada, descuidada. La implementación es un proceso en sí mismo, e incluye la convocatoria. Implica hacer el trabajo necesario para que el grupo se haga posible.

Lo habitual en nuestro medio es que, una vez establecida la necesidad, y diseñado o preparado el programa a realizar, los y las profesionales supongamos que basta poner un cartel y ya está. Pero no suele serlo.

Hemos comentado algunas dificultades generales de lo grupal, que incluyen un cierto prejuicio por parte de profesionales sanitarios, particularmente de médicos y médicas, de forma que se considere lo grupal como actividad escasamente profesional y no sustentada en saberes específicos. Estos prejuicios asimilan los dispositivos grupales a “tertulias”, “charlas” o “grupos de autoayuda”. Otras veces, desde una idealización de lo grupal que también es extrañamiento, se dejan como actividades marginales, toleradas pero poco conocidas por el equipo, propias de unos pocos

profesionales, voluntaristas, esforzados y que “les va la marcha”. Y por el lado de la población, también la participación es difícil en la sociabilidad de hoy. El individualismo hace que la gente no participe, no se sienta “parte de”. Existe preferencia en la opinión pública por los abordajes “individualizados” o “personalizados”, más que por los colectivos: aunque en ellos sea donde se juega, se aprende y se ejercita esa potente herramienta que es la cooperación humana.

Por lo tanto, en la implementación de cualquier actividad grupal que preparemos, es preciso contar con este terreno poco favorable a lo grupal. Por eso, lograr una actividad grupal, precisa algo más que dar la información del grupo que se va a hacer, mucho más que informar a los compañeros de que “se va a hacer tal taller”, o poner unos carteles.

Es preciso crear el espacio (físico y simbólico) del grupo. Hay que ir conectando con la necesidad, abriéndole hueco en el imaginario. Y muchas veces hay necesidades que están invisibilizadas (como por ejemplo, la necesidad de trabajo con la masculinidad y el rol asignado al hombre, ejemplo que retomaremos en el final del capítulo). Cuando una necesidad está invisibilizada o naturalizada, aunque existe y genera malestar a las personas, el malestar no actúa como motor de esa necesidad para pedir ayuda; pues que un malestar esté naturalizado implica que existe desconocimiento o negación de que hay cuestiones que se pueden trabajar y mejorar mediante un grupo.

Especialmente cuando hay naturalización de un malestar, nunca va a haber una demanda explícita. Con menor demanda, la necesidad debe ser decodificada, esto es, identificarla y trabajarla por los y las profesionales (en esta Fase de Implementación) para que el grupo se reúna y se realice. Para ello hay que ir haciendo un proceso formativo (casi siempre de tipo “informal”) con los y las profesionales que van a hacer de puente entre las personas, pacientes y el grupo, mediante la invitación o derivación. Es preciso establecer bien la necesidad y los objetivos que abordará el grupo, lo que se puede esperar del proceso y cómo, quién y cuándo lo realizará. A mayor información y conocimiento, y menor grado de suspicacias, recelos y confusión, mejor será el papel de los profesionales que van a participar derivando al espacio grupal.

En la Fase de Implementación hay que ir solventando los obstáculos que implica toda actividad grupal hoy, en relación con dificultades, prejuicios y resistencias diversas. Nos parece importante señalar que estos obstáculos atañen a toda la población: no solamente a los y las posibles participantes o pacientes, sino también a los y las profesionales.

4.3. Dificultades y obstáculos en la Fase de Coordinación.

La coordinación de un grupo implica necesariamente contar con un método. Hay muchos métodos diferentes para la coordinación grupal, y son accesibles mediante la formación. La Metodología ProCC utiliza un método que se llama Grupo Formativo. Se basa en una concepción de aprendizaje que toma en cuenta tanto el plano temático como dinámico, y tiene como objetivo crear espacios de reflexión grupal sobre una problemática, brindar elementos de análisis y contribuir al desarrollo del protagonismo personal-social para la búsqueda de alternativas.

Resaltamos la necesidad, en esta fase, de contar con un método (sea el que sea) al abordar la coordinación de actividades grupales en AP, ya que suele pensarse (en AP sucede mucho) que el o la profesional llega a un grupo y lo coordina sin más (“maneja”, se suele decir). Se suele achacar así el éxito a capacidades personales, como la de “ser un buen comunicador”, depositando, de este modo, en ciertas habilidades de los y las profesionales, la responsabilidad de llevar la tarea grupal, sin mediar una formación adecuada.

De esta forma, se suele dar toda la importancia al contenido teórico o la información (plano temático) y se desconoce todo lo latente que se mueve en ese grupo (particularmente en problemáticas de dimensión psicosocial). Contener todas esas ansiedades forma parte principal de la tarea de coordinación grupal. Los y las profesionales de AP no están habitualmente capacitados o formados en metodologías grupales y, en general, existe un amplio desconocimiento de la existencia del plano dinámico y del proceso grupal.

Así, **la ausencia de un método propositivo**, puede hacer iniciar con fuerza un proceso grupal que después se va desinflando a lo largo de la tarea, porque no se recogen adecuadamente las necesidades del grupo, no se lee suficientemente el proceso grupal, o porque no se consideran los obstáculos epistemológicos (propios del tema) y epistemofílicos (propios del proceso de elaboración de la información). (Pichon Rivière, E., 1980).

Las carencias formativas ante la coordinación influyen en los resultados del proceso grupal, en la asistencia y pertinencia de los y las participantes, en las mayores dificultades en la contención grupal. Esto puede generar frustración y desgaste de los y las profesionales, y también descrédito de la tarea grupal por parte de usuarios y usuarias, por sus peores resultados percibidos.

Por eso es muy importante, cuando se aborda la coordinación de grupos, contar con un método que guíe a quien coordina en la tarea grupal, dando seguridad, herramientas y le haga ganar eficacia. También, ante la evaluación, para saber qué ha ido mejor y qué ha ido peor, y tener líneas de aprendizaje y formación en función del recorrido de cada coordinador/a.

La Metodología ProCC tiene herramientas para identificar los obstáculos del proceso grupal, y la coordinación se basa en el desarrollo de un Programa en que la lectura de la necesidad de los/las participantes, realizada desde los Indicadores Diagnósticos de Población de la problemática de la NSS de que se trate (escuelas de madres y padres, grupos de mujeres, de hombres, de adolescentes, de cuidadores, de familiares con enfermedad mental...) queda recogida desde la *variable transversal*. Esta es expresión de lo imaginario social instituido, y se distingue de lo personal específico llamado *variable vertical* y del acontecer específico de ese grupo, llamado variable horizontal, en palabras de Pichon Rivière (1980).

Retomando lo que decíamos (en el aptdo. 4.1) al hablar de la necesidad y los Programas ProCC: Si el coordinador no lee la necesidad en el grupo desde la variable individual de cada participante, sino que lo hace desde la variable transversal, que deriva de la realidad social compartida, que es desde donde se

construye la subjetividad y la sociabilidad de hoy, podrá hacer unas intervenciones más afinadas en ese indicador que es una característica social. Así no se exponen los y las participantes, no se precisa tratar sus cuestiones más íntimo-personales. Esta distinción es clave, porque corresponden al ámbito terapéutico y no al ámbito comunitario.

El ámbito terapéutico necesariamente requiere la formación psicológica específica. Y el ámbito comunitario puede operar cambios de gran potencia, pero trabajando con conocimiento de lo grupal y con un método. Es claro que estas cuestiones metodológicas proporcionan seguridad, en el proceso de la coordinación de un grupo, a cualquier profesional que la acometa, y que se precisa una capacitación específica en ellas, como en cualquier otro campo del saber.

4.4. Dificultades y obstáculos en la Fase de Evaluación, Seguimiento e Investigación.

Por último, es necesario tomarse el tiempo de las evaluaciones y de las síntesis de los procesos grupales. Son importantes las evaluaciones realizadas en el grupo, los registros de observación y la realización de informes finales de los grupos. Servirán tanto hacia los y las participantes, en las tareas de seguimiento, como hacia la retroalimentación de futuras actividades grupales, cerrándose el ciclo de una nueva Fase de Programación.

En nuestro medio, la evaluación de cada grupo es probable que, en general, se haga bastante rápida; y que las evaluaciones se hagan más, desde lo cuantitativo y desde lo informativo, que desde lo formativo, análisis de los obstáculos, lectura de emergentes del proceso dinámico, identificación de Indicadores de Realidad, entre otras cuestiones.

Las instituciones de AP valoran en unos casos, y en otros desconocen, las tareas educativas y grupales realizadas en su ámbito. Existen, en muchos casos, registros, soportes informatizados y se requieren y realizan informes. Existe también la posibilidad de que los informes finales sean compartidos por otros centros.

Resaltamos aquí la importancia de evaluar los grupos, partiendo de la necesidad que originó el inicio del ciclo, con la programación y las demás fases mencionadas, y realizar análisis del proceso grupal realizado, evitando su “burocratización”, esto es, no hacerlo priorizando la demanda institucional por encima del proceso grupal, sus incidencias y obstáculos y cómo se afrontaron. Evaluar permite recoger mucha experiencia, evita que se pierda potencia en la intervención y ayuda a evitar algunos errores en intervenciones sucesivas, cuando son identificados en la reflexión que implica evaluar para la acción.

5. PAPEL DE LOS Y LAS PROFESIONALES EN LA CONVOCATORIA DE ACTIVIDADES GRUPALES EN AP: CONSIDERANDO ALGUNAS VARIABLES.

Hasta aquí una presentación de algunos obstáculos generales referidos a las diferentes fases de la intervención grupal. Y ahora queremos hacer algunas reflexiones más detalladas en un aspecto particular: las dificultades en la

convocatoria que van a influir después en la asistencia, conformación y evolución de los grupos.

Y queremos poner el foco en las que se relacionan con los y las profesionales o los equipos sanitarios.

Es seguro que estas cuestiones no son las únicas y, posiblemente, no sean las más importantes... pero es indudable que influyen en los devenires grupales que acometemos. Y como están ligados a cuestiones profesionales e institucionales que, por serlo, van a aparecer una y otra vez en la práctica cotidiana, nos parece necesario identificarlos y ponerles atención. Conviene recordar (Fernández, A. M., 2001) cómo, a menudo, cuestiones institucionales bloquean o dificultan la resolución de obstáculos a la tarea (grupal en este caso) y en su lectura aparecen como “cuestiones personales” de los grupos o los equipos. Así, es más habitual pasarlos por alto, no trabajar ciertos obstáculos, y atribuir directamente los resultados menos satisfactorios en los grupos, únicamente a las variables vertical y horizontal, por emplear terminología pichoniana. (Pichon Rivière, E., 1980)

Los aspectos que queremos señalar en este sentido son:

- La capacidad de identificar una necesidad.
- El grado de sensibilización de los y las profesionales por la necesidad del trabajo comunitario en AP.
- El conocimiento previo de la metodología que se va a utilizar.
- El grado real de trabajo en equipo.

Vamos a explicar cada uno de ellos con un ejemplo: una intervención grupal realizada recientemente, con hombres de 40-60 años en situación de desempleo.

5.1. La capacidad de identificar la necesidad.

Hacemos referencia a la forma de leer la realidad, para identificar la necesidad de una intervención.

En nuestro ejemplo, desde AP, en el Centro de Salud, los y las profesionales empiezan a detectar cambios en la **demanda**: marcado aumento de consultas por ansiedad depresión y malestares inespecíficos en hombres en situación de desempleo, siendo éste un grupo de población que se había caracterizado por su baja demanda de consultas antes de la situación de crisis económica y elevado desempleo. La lectura de la **necesidad** que hacemos implica considerar lo que, desde ProCC, llamamos la *Problemática silenciada del hombre*, que explica esta reacción de los hombres a la situación de desempleo.

El hecho de que profesionales del equipo consideren esa problemática silenciada del hombre como algo que se puede trabajar, y no limitarse a soluciones farmacológicas sobre sus efectos, influirá decisivamente en la creación de un espacio grupal, en la medida que esta lectura de la necesidad sea un ECRO (Esquema Referencial, Conceptual y Operativo) común entre los y las profesionales (Pichon Rivière, E., 1992). En este caso, en el equipo del Centro de Salud (CS), se había trabajado esta nueva situación, y buscaban

cómo dar una salida diferente a un malestar social, como es el desempleo masivo y su impacto en las personas, diferente de la habitual medicalización, “el pastilleo”, en palabras de uno de los médicos. Esta lectura de la necesidad realizada por profesionales de este CS facilitó la convocatoria del trabajo grupal. Si los y las profesionales no ven esa necesidad en la realidad, será muy difícil crear en el Centro de Salud un espacio grupal para hacer esta actividad: o bien las y los profesionales serán los primeros que no derivarán a ese espacio, o si se les solicita y aceptan, lo harán con indiferencia, dobles mensajes o desconfianza, puesto que no entienden la necesidad de dicha derivación. En los equipos que no conocían la problemática del rol masculino costó muchísimo más realizar la convocatoria de los grupos de hombres, y fue menor la adecuación de la expectativa de los asistentes al trabajo que se iba a realizar en el grupo.

5.2. La sensibilización de los y las profesionales por la necesidad del trabajo comunitario en AP.

Hacemos referencia al grado de incorporación que tengan los y las profesionales de AP de la dimensión comunitaria de su ejercicio profesional: el grado de sensibilidad, convencimiento y experiencia respecto de **la utilidad de las intervenciones comunitarias en el abordaje de los problemas de salud integral** de las personas.

Así, en estos equipos, se van a encontrar con más facilidad herramientas grupales y comunitarias para atender las necesidades detectadas. En nuestro ejemplo, frente a estas demandas que empiezan a surgir y que los/las profesionales las perciben, pueden empezar a contemplar la posibilidad de un espacio grupal y comunitario.

Y la aceptación o apoyo que haya por parte del resto del equipo sanitario respecto de quienes tomaron más la iniciativa, influirá decisivamente también en que se haga factible la experiencia. Porque si los/las profesionales animan y apoyan, transmitiendo a sus pacientes el convencimiento de utilidad y beneficio, igualmente que hacen con otras intervenciones biosanitarias, fomentan activamente la convocatoria, y la asistencia a los grupos es mayor. Y si los y las profesionales no creen, no confían en la utilidad de lo grupal como intervención, o tienen malas experiencias en otras intervenciones comunitarias anteriores, será también difícil que deriven y recomienden a sus pacientes acudir a estos dispositivos como una recomendación terapéutica. Y este bajo convencimiento incide indudablemente en menor asistencia. Así, constatamos que, en los equipos que no tienen tradición de trabajo comunitario, costó mucho más que se creara el grupo que en los que usan con frecuencia intervenciones comunitarias y grupales para el abordaje de problemas de salud.

5.3. El conocimiento de la metodología a utilizar.

Hacemos referencia a la importancia de que se conozca qué se va a hacer, cómo se va a hacer y quién lo va a hacer. Es claro que el desconocimiento o la desconfianza de los y las profesionales acerca de las personas que van a llevar a cabo la intervención, o de su eficacia, también tendrá incidencia en el proceso de convocatoria. Tomando nuestro ejemplo, la

misma intervención se hizo en Centros de Salud diferentes y hubo una clara diferencia de convocatoria en los equipos que conocían la Metodología de los Procesos Correctores Comunitarios – ProCC, conocían el programa que se iba a utilizar, y al Centro Marie Langer como centro coordinador del mismo, comparados con aquellos donde no se conocía, generándose allí menos asistencia.

Es lógico que un profesional sea riguroso a la hora de incorporar y hacer recomendaciones a sus pacientes de asistir a una intervención, y es determinante la confianza en su idoneidad. Por eso se deberá trabajar suficientemente en la fase de implementación con los y las profesionales, proporcionándoles un conocimiento cercano y riguroso de lo que se va a hacer metodológicamente, para no pedir a los profesionales sanitarios una recomendación “ciega” en la derivación, tipo “cheque en blanco”, pero también solventar el obstáculo de la desconfianza, máxime cuando esto implica apertura a otros campos disciplinares.

También, con respecto a la expectativa de los participantes en el grupo, los y las profesionales y equipos que tenían más clara la metodología que se iba a utilizar generaron en los participantes una expectativa más ajustada, y ello favoreció gran estabilidad de la asistencia después de la primera sesión. Por el contrario cuando esto faltaba, los grupos tuvieron mayor número de bajas una vez explicitado el encuadre en la primera reunión.

5.4. Trabajo en equipo.

Nos referimos a la capacidad de coordinación y complementariedad en los diferentes roles profesionales, teniendo clara la tarea común del equipo.

Desde nuestra experiencia también queda constatado que el grado de cooperación entre los diferentes miembros del equipo influye considerablemente en la difusión y en la implementación de las actividades grupales. Esto implica superar en el interior del equipo los obstáculos que el ejercicio individualista de la profesión nos marca (“mi cupo”, “mi consulta”, “mi horario”, “mi ordenador”...) y al que estamos en general tan acostumbrados/as. Y requiere también que el equipo tenga la capacidad de trabajar los conflictos, enfrentamientos, juegos de poder, competencias entre roles profesionales, muchas veces presentes.

Cuando los y las profesionales tienen una buena relación profesional, una buena comunicación y comparten criterios comunes, elaboran estrategias conjuntas que tributan al objetivo común que, en este caso, es la implementación de un espacio grupal. Y cuando en un equipo hay menos trabajo coordinado y cooperan menos, encontramos una asistencia más baja al grupo.

5.5. Como conclusión.

Encontramos que, en los equipos que identifican colectivamente la necesidad de trabajar una problemática de forma grupal, que trabajan más en equipo, que tienen incorporada la dimensión comunitaria en su práctica profesional, y que conocen la metodología a emplear en el grupo:

- El nivel de inscripción al grupo es más alto.
- El grado de permanencia tras la primera reunión es más alto.
- El grado de asistencia media es más alto.

Y, por el contrario, los equipos que tienen menores niveles respecto a estos elementos presentan sensiblemente mayores dificultades en la conformación y convocatoria grupal, pese a las buenas intenciones de los profesionales implicados.

Por tanto, antes de iniciar un grupo es importante valorar estas cuestiones relacionadas con los y las profesionales para conocer el grado de dificultad de la convocatoria, adecuar la estrategia e ir solventando los previsible obstáculos que aparecen en la Fase de Implementación. No se trata solo de comunicarlo a compañeros y compañeras, poner carteles y esperar “a ver si vienen”... sino valorar los obstáculos mencionados en cada fase, favorecer lo más posible la implicación personal y colectiva en la tarea grupal que nos proponemos.

No hemos analizado aquí otras dificultades que operan ampliamente, como obstrucciones o incoherencias institucionales, y la expropiación del sentido de cooperación dominante en la sociabilidad actual, marcada por el individualismo. Todas ellas coexisten y nos crean dificultades cuando planteamos un grupo en nuestras instituciones aunque estemos convencidos de la potencia de lo grupal para operar cambios, pues es en grupo donde nos construimos como seres humanos.

REFERENCIAS

- AGUILÓ, E. (2010). Los grupos en atención primaria y los malestares de la vida cotidiana. *Actualización en Medicina de Familia AMF*, 6(7), 372-381.
- AGUILÓ E., LÓPEZ M. L., SILES M. D. y LÓPEZ L. A. (2002). Las actividades comunitarias en atención primaria en España. Un análisis a partir de la Red del Programa de Actividades Comunitarias (PACAP). *Atención Primaria*. 29 (1): 26-32.
- CASTORIADIS, C. (1993). *La institución imaginaria de la sociedad*. Vol 1. Buenos Aires: Tusquets.
- CUCCO, M. (2001). *Paradigmas predominantes en la Atención Primaria en Salud*. X Encuentro de Psiquiatría Social, Regla. La Habana. Disponible en: www.procc.org
- CUCCO, M. (2006). *ProCC: Una propuesta de intervención sobre los malestares de la vida cotidiana. Del desatino social a la precariedad narcisista*. Buenos Aires: Atuel.
- CUCCO, M. y SÁEZ, A. (2013). *Escuela para padres y madres. Una propuesta de transformación social*. Madrid: Nuevos Escritores.
- FERNÁNDEZ, A. M. (2001). *Instituciones estalladas*. Buenos Aires: Eudeba.
- PICHON RIVIÈRE, E. (1980). *Del psicoanálisis a la psicología social. El proceso grupal*, Tomo I. Buenos Aires: Nueva Visión.
- PICHON RIVIÈRE, E. (1992). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión.