



LA METODOLOGÍA DE LOS PROCESOS CORRECTORES COMUNITARIOS (ProCC)

Autora: Elena Aguiló Pastrana

Revista clínica electrónica en Atención Primaria (nº 16)
Año 2008

La Metodología de los Procesos Correctores Comunitarios (ProCC)

Autora: Elena Aguiló Pastrana

Metodología de Intervención Comunitaria, creada por Mirtha Cucco¹, que pone su mirada en el modo de vida y cómo este se concreta en la vida cotidiana. Considera “los malestares de la vida cotidiana” su objeto de estudio y trabajo. Entendemos por malestares de la vida cotidiana aquellos que la gente sufre y que habitualmente no analiza ni cuestiona porque los considera normales. Estos malestares no generan demanda explícita, no tienen interlocutor profesional válido, y para ellos no existe un campo de intervención específico; habitualmente reciben respuestas desde enfoques terapéutico-asistenciales que, o bien tienden a medicalizarlos, psiquiatrizarlos o considerarlos como de riesgo social, o bien a incluirlos en acciones preventivas inespecíficas quedando, la mayor parte de las veces, en tierra de nadie. Acuñamos el concepto de Normalidad Supuesta Salud para referirnos a ellos. No son naturales sino histórico-sociales, producto de una formación social dada; presentan un elevado grado de consenso social que facilita su invisibilización o naturalización¹, estableciéndolos como normales.

Podemos situar como ejemplo, los niveles de agobio y desgaste que se presentan en la crianza actual, expresados en la queja constante de los padres. Estos malestares son fruto de pautas de crianza consideradas como normales, pero que, sin embargo, conllevan importantes distorsiones para el proceso de crecer (dificultad con los desprendimientos, el proceso de triangulación, ejercicio de autoridad y la dificultad para poner buenos límites, etc.)

A pesar del alto nivel de consenso (los consideramos “normales”), estos malestares cotidianos son generadores de importantes costos en Salud-Bienestar de la población. Es por esto, por lo que adquiere especial significación trabajar en la delimitación de su campo y en la conceptualización metodológica para una adecuada intervención. Este campo, la Normalidad Supuesta Salud, es el campo de trabajo de la Metodología de los ProCC (Procesos Correctores Comunitarios) y el de su Método de intervención grupal que es el Grupo Formativo.

¹ Castoriadis describe el imaginario social (ref. bibl. nº 7) como aquello que compartimos, aquello que nos da certidumbre y que nos parece lógico y obvio, de sentido común, aquello que establece que “las cosas son así”. De este modo, cada cultura establece qué es lo percible, lo pensable, lo significable. Señala: “El imaginario social instituido establece qué es un hombre y una mujer, qué es el estado, la libertad, la honestidad (...) qué es un niño, un delincuente, la moral, etc.” (“La institución imaginaria de la sociedad” p. 100-101).

Esto implica, siguiendo el pensamiento de Castoriadis (1983), un grado de clausura, pero asimismo desde el concepto de imaginario radical y capacidad instituyente, cada sociedad lleva la potencialidad de su transformación.

La Metodología ProCC en intervención comunitaria y formación de profesionales

Desde hace más de 30 años² se lleva aplicando esta propuesta metodológica de trabajo en intervenciones comunitarias de todo tipo (escuelas para madres y padres, grupos de mujeres, adolescentes, y púberes, hombres, viejos, cuidadores...) así como proporcionando formación a profesionales (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, personal de enfermería, médicos y otros muchos...) para implementar estas actividades en su práctica profesional. Los resultados son a menudo descritos por los participantes como "otra forma de mirar" la realidad cotidiana, expresando que se han producido cambios en la subjetividad con repercusión práctica, mayores cotas de protagonismo y a menudo con efecto multiplicador.

La investigación permanente, el hecho de que cada uno de los grupos sea un espacio de diagnóstico y de intervención, permitió sistematizar un cuerpo de Indicadores Diagnósticos de Población (IDP en adelante), que articulan la estructura de cada Programa de Intervención ("Programa de Escuela para padres y madres", "Programa de adolescentes", "Programa del cuidador/a principal", "Intervención comunitaria con inmigrantes y población local", "Programa El hombre en riesgo",...). Mediante la investigación permanente, los IDP se actualizan en cada nueva intervención grupal, ratificándose o rectificándose. De este modo los Programas se consolidan y se van adaptando, perdurando su efectividad frente a los cambios sociales experimentados desde que fueron creados. Efectividad y aplicabilidad que se aprecia al realizar la intervención en grupos sociales y realidades sociales y culturales muy diversas

Entendemos que la Metodología ProCC constituye un aporte teórico y metodológico original, una síntesis creativa que parte del análisis de las propuestas de intervención comunitaria más afines y los diversos dispositivos grupales existentes³. De ahí se legitima una necesidad metodológica, que condujo a su autora, Mirtha Cucco, a desarrollar la Metodología de los Procesos Correctores Comunitarios, caracterizar el Método de Grupo Formativo y los diversos Programas específicos de intervención comunitaria, que se dirigen a toda la población, quedando por fuera del ámbito psicoterapéutico.

Los Procesos Correctores Comunitarios buscan crear espacios de reflexión crítica sobre una problemática dada (la crianza, la adolescencia, el ser

² Centro de Desarrollo de Salud Comunitaria "Marie Langer". Avda. del Mediterráneo 47, 28007 Madrid. central@procc.org

³ Para esta síntesis teórico-metodológica se consideraron, entre otras, la Educación Popular, la Psicología Social de Enrique Pichon Rivière y el Grupo Operativo, los Grupos de Encuentro, y los aportes del Enfoque Sistémico, la Animación Sociocultural, la Promoción de la Salud y los Grupos de Autoayuda. Por otra parte, se analizaron las aportaciones de Lewin y la Dinámica de Grupos, Moreno y el Psicodrama, Bion y los Grupos de Estudio, en tanto estos desarrollos marcaron hitos para la comprensión de lo grupal.

Pudimos verificar que cada una de las diversas propuestas afines existentes, no contemplan el conjunto de características necesarias¹, desde nuestra perspectiva de intervención, para responder a la atención de los malestares de la vida cotidiana, ya sea desde el punto de vista de los paradigmas de partida, como desde sus objetos y fines, así como de los propios métodos en juego.

Aguiló, E. (2008). La Metodología de los Procesos Correctores Comunitarios (ProCC). *Revista clínica electrónica en Atención Primaria*. (16). Disponible en <http://www.fbjosepaporte.org> / www.procc.org

mujer, cuidar a una persona dependiente, ser hombre, viejo, inmigrante, o profesional hoy). El dispositivo grupal permite, mediante una reflexión crítica, habilitar nuevos consensos grupales por fuera de lo “naturalizado socialmente como normal” (pero no saludable); y así buscar alternativas con mayor grado de protagonismo personal y social, operando cambios en la subjetividad, que apuntan a la transformación.

Atención Primaria de Salud e Intervención Comunitaria. Los aportes de la Metodología ProCC

El desarrollo de la Atención Primaria ha enfrentado contradicciones importantes, que dificultan en parte el cumplimiento de sus propios objetivos. Aunque declara descentrar la enfermedad y atender las necesidades en salud, sin embargo, en la práctica, se asentó sobre importantes vacíos teóricos, metodológicos y prácticosⁱⁱ, que limitan la potencia de esta concepción (la Atención Primaria de Salud) y sus posibilidades de innovar el modelo previo centrado en la asistencia sanitaria.

La base de la concepción de AP puede resumirse en un breve texto de H. Wuõri, citado en Martín Zurroⁱⁱⁱ:

Es ... pasar de un objetivo centrado en la enfermedad a uno centrado en la Salud; de la curación, a la prevención y el cuidado; del tratamiento, cuidado esporádico y problemas específicos, a la promoción de la salud, cuidado continuo y global; de especialistas médicos y práctica individual, a médicos generales, otros profesionales y trabajo en equipo; de una responsabilidad centrada en el sector sanitario aislado con dominio del profesional y recepción pasiva de los cuidados, a la colaboración intersectorial, la participación comunitaria y la auto-responsabilidad.

Y así, cuando pensamos en la formación del médico de familia, y otros profesionales de AP, advertimos que el eje de su formación no conduce al perfil que requiere este planteamiento^{iv}.

En la realidad cotidiana, vemos que el planteamiento que abría la AP se vive hoy más como sobrecarga que como alternativa; los diagnósticos de necesidades de salud y, a menudo, también el trabajo en equipo perdieron en gran medida su sentido, y la participación comunitaria es quizá la mayor asignatura pendiente. Muchas frases cotidianas pronunciadas hoy por los/as médicos/as de AP ponen de manifiesto altos grados de malestar y desgaste; y las investigaciones al respecto arrojan datos preocupantes^v ^{vi}. Se escuchan frases como: “Y... ¿para esto estudié yo medicina?”, “estoy quemada”, “trabajamos a destajo”, “a partir de la mitad de la consulta, me emboto... no pienso”, “pero es que la gente está fatal”, “¿dónde querrán que les mande ya...?”, “a ver si diluvia hoy y no vienen...” Ya desde su periodo de formación, los/as residentes muestran claros indicios de desilusión y desgaste, instaurándose el síndrome de “la falta de tiempo” y el aumento de la frecuentación, vividos con resignada fatalidad. Ante esto, la dimensión comunitaria no puede ser pensada como parte necesaria de una atención integral y eje del desarrollo del protagonismo en el cuidado de la salud. Más bien, se percibe como “un plus de trabajo” cuya realización plantea conflictos o indiferencia en los equipos.

Y sin embargo, muchas de nuestras consultas, como médicos/as de AP, a menudo las que más nos desgastan, se originan por problemas de salud que no requieren para su abordaje una intervención estrictamente bio-médica, y agravan el círculo de hiperfrecuentación, impotencia y desgaste. Contar con una concepción teórico-metodológica sobre la vida cotidiana se demuestra como un instrumento de gran utilidad.

Una concepción sobre la vida cotidiana

Es en la vida cotidiana donde se cuajan las condiciones concretas del modo de vida, del existir humano, y es en el modo de vida de una sociedad donde se juegan sus condiciones de salud y enfermedad.

¿Cómo no va sernos útil una concepción, un conjunto de saberes (si se nos hacen accesibles), a nosotros/as que, como médicos/as, atendemos cada día a tantas personas que consultan cosas concretas sobre su cuerpo y su vida, a nosotros/as que tantas veces les hablamos desde la generalización de opiniones propias, válidas apenas para nosotros/as mismos/as y nuestros propios problemas?

¿Cómo no va a sernos útil conocer “el ABC” de lo psíquico, lo social y lo grupal? No nos referimos a un conocimiento académico, sino a algunos criterios orientadores, un conocimiento básico y suficiente para leer mejor los conflictos y malestares de la vida cotidiana, con los que, querámoslo o no, trabajamos cada día, pues nuestros pacientes (y también nosotros/as) los portamos a diario. No se trata de cargar con más trabajo, nuevas tareas, ni “jugar a hacer de psicólogos o asistentes sociales”. Se trata de comprender mejor lo que ya estamos recibiendo y atendiendo, realizar nuestro trabajo con menos desgaste, más eficacia y satisfacción.

Por ejemplo, es muy útil contar con algún criterio acerca de los roles masculino y femenino y de las relaciones entre ellos, cuestiones básicas del grupo familiar, de pautas de crianza saludables o distorsionadas, de las relaciones entre lo social y lo individual...; y todo ello, no en abstracto, sino aquí y ahora, en la sociedad y el momento histórico que nos ha tocado vivir.

La Normalidad Supuesta Salud

Todo ello descansa sobre un concepto básico y de gran potencia diagnóstica y reparadora, muy útil también para los/as profesionales sanitarios: el concepto de la Normalidad Supuesta Salud. Como hemos dicho, llamamos Normalidad Supuesta Salud a todos esos malestares de la vida cotidiana que no se analizan ni cuestionan porque se consideran normales^{vii}. Al estar “normalizados” no generan demanda explícita, ni tienen un interlocutor profesional válido, sino que quedan en la tierra de nadie de la queja y el malestar inespecífico. Transitan por consultas y servicios de todo tipo (consultas médicas y de enfermería de Atención Primaria, especialistas, gabinetes psicológicos y de orientación escolar, Servicios Sociales, Salud Mental... etc.) Tienden a perpetuarse por más que sean insatisfactorios y ampliamente generalizados, y se cobran altos precios en salud y bienestar de la población (y también de los/as profesionales que les atendemos), ya que

subyacen tanto a lo que llamamos salud o normalidad como a la propia enfermedad.

Trabajar cada día con todos estos malestares (que impregna la inabarcable “demanda”), nos genera a los/as médicos/as una sobrecarga difícil de mantener sin desgaste. Porque estos malestares atraviesan nuestras consultas y a menudo las saturan. Como estos malestares son tan generalizados y subyacen a la enfermedad y la salud, su comprensión y su lectura facilitan bastante el trabajo en consulta.

Y cuando, venciendo los múltiples obstáculos que aparecen a la extensión comunitaria de nuestra práctica en AP, se puede realizar alguna intervención de tipo grupal, saliendo de la consulta y coordinando grupos comunitarios, utilizando esta metodología^{viii 9} apreciamos la potencia de contar con un instrumento metodológico muy valioso.

Los Programas ProCC (de personas cuidadoras, de mujeres, de padres/madres, de adolescentes, de hombres, de inmigración, de adultos y adultas mayores...) **apuntan a esa situación de atrapamiento en una problemática, mediante un abordaje grupal, aportando elementos de análisis específicos de esta concepción teórico-metodológica, para la búsqueda de alternativas más saludables y autónomas.**

Es importante señalar que trabajar con un Programa ProCC ya aporta los recursos docentes a trabajar, y el hilo conductor más adecuado a su elaboración para que el programa pueda cumplir sus objetivos. Perseguimos un cambio, una transformación, tal vez pequeña, pero siempre posible. El “pasito” de transformación que cada cual pueda dar. Muchos participantes en Programas ProCC expresan que la experiencia les ha resultado muy valiosa, diríamos que ha producido efectos psico-terapéuticos, pero señalamos que no se trata de grupos terapéuticos (sino comunitarios, dirigidos a toda la población, y que pueden ser llevados a cabo por cualquier profesional que se forme para ello).

Un ejemplo: Trabajar con personas cuidadoras en AP con la Metodología ProCC

La persona cuidadora principal^{ix} de una persona dependiente (habitualmente es una mujer cuidadora) presenta con mucha frecuencia esta situación de atrapamiento y desgaste. Los estudios poblacionales de morbilidad, de patología y malestar psicológico, de calidad de vida, son concluyentes. Quienes trabajamos en AP sabemos que las personas que cuidan a alguien dependiente consultan con más frecuencia que otras personas, por ellos/as o por sus familiares. Tienen sus malestares, sus dolores y patologías. A menudo sufren y se quejan de sentimientos de tristeza y desesperanza, de ansiedad. Con frecuencia demandan en las consultas de médicos/as y enfermeras/os por síntomas poco específicos indirectamente asociados con el hecho de cuidar.

Frecuentemente aparece el abandono de sus intereses, ocupaciones y contactos sociales, la sobreprotección del paciente, la culpabilización, las quejas hacia familiares e instituciones, el stress y en ocasiones el agotamiento emocional.

Nos referimos a todos estos síntomas sentimientos y quejas que se recogen en las consultas o las visitas al domicilio pero que no suelen ser encauzadas en acciones de salud específicas. A su situación de atrapamiento en una problemática es a lo que apunta específicamente la Metodología ProCC.

El Programa ProCC de la persona cuidadora principal

Realizamos un Programa de intervención comunitaria ProCC que consta de 6 reuniones grupales. Mediante el Grupo Formativo se busca lograr un grado de reflexividad⁷ que cuestione los consensos sociales básicos que hacen que las personas veamos como “normales y naturales” roles que condicionan grados importantes de malestar cotidiano. En el caso de cuidadores/as, en su gran mayoría mujeres, de edad media, 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. Solo desde la reflexividad lograda en espacios grupales pueden los sujetos atreverse a cambiar pautas y modelos hondamente aprendidos y apenas reflexionados (sino únicamente “quejados”: queremos señalar la importancia de no confundir reflexión con queja pues la primera contribuye a la acción, mientras que la segunda generalmente la inhibe).

Señalamos, finalmente, algunas características básicas del hilo conductor del Programa ProCC de la persona cuidadora principal⁴:

La primera sesión grupal se dedica al encuadre y presentación de la problemática cotidiana del/la cuidador/a, y la 2ª al trabajo con recursos metodológicos específicos de esta metodología sobre los roles asignados al hombre y la mujer en nuestro sistema social.

Es necesario después trabajar la necesidad de los espacios personales, que requieren la puesta adecuada de límites y el correcto ejercicio de la autoridad. Dedicamos a ello la 3ª sesión. Se plantean recursos metodológicos específicos para analizar las dificultades cotidianas con la puesta de límites y para 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 diferenciar el “exceso de dependencia” en el vínculo y, por tanto, modificarlo. Es importante no hacer de más, poder delegar y poner buenos límites para preservar su espacio personal.

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 específico 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

⁴ Centro de Desarrollo de Salud Comunitaria “Marie Langer”. Email: central @procc.org.
<http://www.procc.org>

un espacio contenedor y un sostén grupal ya importante, como para abordar 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/as cuidadores/as 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 la persona chantajea o se pone dependiente o tirano, de modo que se completa y re-sitúa lo abordado en las sesiones anteriores.

La reflexión grupal, una vez proporcionados en las sesiones anteriores los elementos de análisis descritos, pasa ahora por buscar alternativas en su vida cotidiana a la problemática como cuidadores. En la 5ª sesión, lejos de la idealización o el fatalismo, se les pide buscar grupalmente alternativas que sean posibles de materializar...

Y, finalmente, los emergentes que aparecen en la 6ª sesión, de evaluación y cierre, muestran el agradecimiento por lo recibido, por el espacio grupal, por compartir y sentirse comprendidos/as, sentimientos de pena porque se termina el espacio, con la petición de alguna continuidad y los 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 suelen realizar sesiones de seguimiento 3 meses después de finalizado el grupo y se les ofertan otras dos sesiones de refuerzo (en función de las necesidades y demandas evaluadas en el grupo) que, en este caso versaron sobre la necesidad de los espacios personales y el trabajo por la recuperación de pequeños espacios placenteros en su vida cotidiana.

Bibliografía

- i Cucco García, Mirtha. ProCC: Una propuesta de intervención sobre los malestares de la vida cotidiana. Del desatino social a la precariedad narcisista. Editorial Atuel. Buenos Aires. 2006.
- ii Cucco M. Paradigmas predominantes en la Atención Primaria de Salud. X Encuentro de Psiquiatría Social. La Habana. 1999.
- iii Martín Zurro A, Cano F. Manual de Atención Primaria. Editorial Doyma. Barcelona 1984.
- iv OMS-WONCA. Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población. La contribución del médico de familia. 1994. En revista Comunidad 1998 (1): 52-62. Disponible en www.pacap.net
- v Aguiló E. Propuestas para abordajes formativos dirigidos a médicos de familia, desde la Metodología de los Procesos Correctores Comunitarios. Tesina para la Especialización en Metodología de los Procesos Correctores Comunitarios. Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. La Habana. 2004.
- vi Aguiló E. La Metodología de los Procesos Correctores Comunitarios en la formación de médicos de familia: experiencias y posibilidades. Congreso Internacional de Grupo Operativo. 2005. Disponible en www.area3.org.es
- vii Castoriadis, C. La institución imaginaria de la sociedad. (I, II) Buenos Aires: Tusquets; 1993, 1989.
- viii Aguiló, E. Grupos de mujeres: menopausia, madurez y vida cotidiana. *Dimens Humana* 2001; 5(1):41-45.
- ix Aguiló E. Trabajo grupal con personas cuidadoras en AP: Una propuesta desde la Metodología de los Procesos Correctores Comunitarios. En *Revista Comunidad* 2008 (10). www.pacap.net