

Atención a la cronicidad con perspectiva comunitaria. Una experiencia formativa desde la metodología ProCC

Community-Based Chronic Health Care: training experience using the ProCC methodology

FECHA DE RECEPCIÓN:
29 DE MAYO DE 2025
FECHA DE ACEPTACIÓN:
25 DE FEBRERO DE 2026

Ayelén Losada Cucco. Centro de Desarrollo de Salud Comunitaria Marie Langer.
ORCID: 0009-0002-3848-9385

Elena Aguiló Pastrana. Centro de Desarrollo de Salud Comunitaria Marie Langer.
ORCID: 0009-0008-6304-6395

Para contactar:

Ayelén Losada Cucco
ayelen@procc.org

Editor/a responsable:
Micaela Llull Sarraalde

RESUMEN

Objetivo. Atender la enfermedad crónica es constitutivo del quehacer cotidiano del profesional de Atención Primaria, y hacerlo con perspectiva integral y comunitaria es aún un desafío. Para llevar a cabo esta formación se diseñó un curso de 25 horas con herramientas para el trabajo grupal y reflexiones acerca de la dimensión comunitaria de la salud, y la importancia del vínculo profesional como instrumento de intervención.

Método. Se implementó con la metodología de los Procesos Correctores Comunitarios (ProCC) entre abril y mayo de 2024, en todas las áreas de salud de Castilla y León, con una duración de 25 horas, modalidad 90% presencial y una actividad práctica incluida. La han realizado 127 profesionales, que han implementado 51 talleres grupales en los que han participado 455 pacientes.

Resultados. Los resultados muestran un importante impacto en la capacitación y la motivación hacia la orientación comunitaria y la acción grupal desde Atención Primaria (AP).

Conclusiones. La atención de la cronicidad con orientación comunitaria a través de una actividad práctica real con Metodología ProCC ha favorecido la implicación profesional y la transferencia efectiva de los aprendizajes a la acción comunitaria.

Palabras clave: modelos biopsicosociales, acción comunitaria, capacitación profesional, enfermedad crónica.

accomplish this need, a 25-hour training course was designed, providing tools for group-based work and fostering reflection on the community dimension of health, as well as on the importance of the professional-patient relationship as an instrument of intervention.

Method. The course was implemented using the ProCC methodology between April and May 2024 across all health areas of Castilla y León. It consisted of 25 hours of training, delivered in a 90% face-to-face format and included one practical activity. A total of 127 professionals completed the training and went on to implement 51 group workshops involving 455 patients.

Results. The results show a significant impact on both professional training and motivation toward a community-oriented approach and group-based action within Primary Health Care.

Conclusions. Community-oriented chronic care, delivered through a real-world practical activity using the ProCC Methodology, has fostered professional engagement and the effective transfer of learning into community action.

Keywords: biopsychosocial models, community action, professional training, chronic disease.

INTRODUCCIÓN

Actualmente sigue siendo un reto la operativización de la orientación comunitaria en AP¹⁻³ y, desde la metodología ProCC⁴, se pretende facilitar los procesos tanto formativos como de cambio de concepción que esto implica. Desde esta metodología se ha diseñado una formación dirigida a las y los profesionales de AP para favorecer el abordaje integral de las personas con enfermedades crónicas, incorporando la perspectiva comunitaria.

Habitualmente, los y las profesionales hacen más cursos de actualización y tratamiento biológicos,



El contenido de Comunidad está sujeto a las condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional

ABSTRACT

Aim. Treating chronic disease is a core component of the everyday practice of Primary Care professionals. However, doing it from a comprehensive and community-oriented perspective is still a challenge. In order to

centrados en la enfermedad y con orientación individual, y menos de orientación comunitaria y perspectiva biopsicosocial. La atención a las personas con enfermedad crónica es inherente a la práctica cotidiana del profesional sanitario de AP y centra su interés explícito⁵.

En este proyecto formativo se decidió abordar la cronicidad para llegar a profesionales «sin demasiado interés en la comunitaria», pero centrando la mirada en aspectos psicosociales⁶ para dotar de contenido el enfoque integral de salud, concepto muy utilizado en teoría, pero a menudo dissociado de la práctica cotidiana profesional, con el fin de reforzar también el nivel 1 de la orientación comunitaria.

Los fundamentos epistemológicos de la metodología ProCC⁷⁻¹¹ se centran en una visión dialéctica de la realidad, considerando la vida cotidiana y sus «malestares» como objeto de estudio y trabajo para la transformación social. Integra teoría, método y práctica, promoviendo el protagonismo de la comunidad en la resolución de sus contradicciones. Se basa en la crítica de la vida cotidiana, aportando el concepto de normalidad supuesta salud (NSS). Y busca una respuesta no medicalizada a los problemas, usando el grupo formativo como método central para el desarrollo de la conciencia crítica y la acción participativa.

Llamamos NSS a aquellos malestares naturalizados de la vida cotidiana que la gente sufre, pero no analiza ni cuestiona porque se consideran normales. Sitúa el modo de vida naturalizado de manera estructural no saludable que atraviesa a toda la población, generando unas condiciones de subjetivación y conducta que se añaden a las vulnerabilidades de los determinantes sociales de la salud. Nos permite identificar mejor las desigualdades y no atribuirles aspectos que son estructurales de la subjetividad hegemónica actual. Y facilita trabajar las dificultades que conllevan los cambios necesarios para el autocuidado desde la responsabilidad personal, pero no la culpa individual.

Desde estos principios epistemológicos, los elementos teóricos seleccionados para el diseño del curso fueron:

Dimensión social del problema. Implica visibilizar las causas estructurales que generan la enfermedad y la dificultad para hacer cambios: el modo de vida, los determinantes sociales de la salud, la transversal de género, el individualismo, la dependencia tecnosanitaria y medicalización de la vida cotidiana, la captura comercial del conocimiento biomédico, etc.¹²⁻¹⁶.

Enfoque biopsicosocial (socio-psico-bio, en terminología ProCC). Se trata de situar la necesidad

de la mirada integral de salud, que es una declaración y un deseo, pero no siempre se operativiza. De lo bio se sabe mucho, pero en lo psicosocial hay importantes vacíos teóricos, metodológicos y prácticos que, a veces, se llenan desde opinología, escucha voluntarista o consejos personales. Una de las formas de trabajar este concepto es a través del ejercicio de las implicaciones de tener enfermedad crónica, que se detalla posteriormente.

Orientación comunitaria. Conlleva entender la comunidad como espacio que sostiene los modos de vida, los hábitos saludables y los cambios. Y, por descontado, también los obstáculos y dificultades para el autocuidado. Se orienta a pensar lo común de la problemática de la enfermedad crónica; conectar a la gente con recursos y activos comunitarios, y promover autonomía y protagonismo¹⁷.

Abordaje grupal. Operar con espacios grupales contribuye a crear vínculos sociales, potenciar los cambios y fomentar redes de apoyo, pero es necesario contar con herramientas eficaces. Para ello, desde la metodología ProCC, se brinda una concepción de lo grupal¹⁸ que considera, junto al plano temático, el plano dinámico. Y da especial importancia a las cuestiones metodológicas, como la estructura de los diferentes momentos de una reunión y los recursos y técnicas grupales. Es una manera diferente de operar en los grupos fomentando la participación y la interacción de los y las participantes. Esto supone también repensar el rol profesional¹⁹.

Proceso de duelo. Conocer los procesos de elaboración del duelo, como herramienta del psiquismo humano²⁰⁻²², para fomentar la adaptación a los cambios que supone la enfermedad crónica. Es fundamental elaborar el impacto del diagnóstico y facilitar la adaptación activa, diferenciándola de la adaptación pasiva (resignación), para fomentar los autocuidados necesarios.

Vínculo profesional. Trabajar herramientas del vínculo^{23,24}, basadas en comprender todo lo anterior para poder ayudar a descodificar, acompañar y sostener el proceso de la enfermedad. Es importante entender que el vínculo profesional se construye, que existen herramientas para hacerlo con conciencia, y encaminado a promover autonomía²⁵.

En este caso, cobra especial importancia el ejercicio de análisis de las implicaciones de la enfermedad crónica, que permite situar de una manera muy clara y directa el concepto integral de salud, porque se visibilizan cuestiones de lo bio, lo psico y lo social en la vida cotidiana de la persona con una enfermedad crónica. El ejercicio consiste en trabajar por subgrupos lo que implica en la vida cotidiana tener una patología crónica. Lo trabajado en los subgrupos se pone en común y se orga-

Figura 1. Implicaciones de la enfermedad crónica



Recopilación obtenida de grupos reales

niza en tres bloques que se relacionan con lo biológico, lo psicológico y lo social. Esto permite identificar muy claramente las tres dimensiones de la salud y su interrelación. Se muestra un ejemplo en la **figura 1**.

Se resalta el impacto que tiene para los y las profesionales hacer este ejercicio de las implicaciones, tanto en el proceso de capacitación como en la aplicación práctica con las y los pacientes, porque, entre otras cosas, ayuda a operativizar la dimensión integral de la salud.

OBJETIVOS

Promover la orientación comunitaria de las actividades habituales de los centros de salud.

Proporcionar a sus profesionales herramientas para el trabajo grupal en AP.

MÉTODOS

En el marco del desarrollo de la Estrategia de Salud Comunitaria de Castilla y León, se vienen desarrollando planes de formación en AP con aportes de la metodología ProCC desde el año 2022.

Los planes de formación se diseñan a partir del análisis de necesidades detectadas entre profesionales de la sanidad que expresan necesidad de re-

forzar la orientación comunitaria, la capacitación para la intervención grupal, la experiencia práctica y el trabajo en equipo.

Se diseñó el curso «Atención a la cronicidad desde una perspectiva comunitaria» para ser implementado en las 11 áreas de salud de Castilla y León durante los meses de abril y mayo de 2024. Se ofreció a profesionales de enfermería y medicina de AP. Se impartió de manera coordinada por un equipo de seis docentes especialistas en metodología ProCC.

Características del curso. Duración: 25 horas. Tres clases presenciales de 6 horas, lecturas complementarias, actividad práctica (implementación y registro de un taller grupal diseñado con metodología ProCC), sesión online en vivo para la evaluación y cierre del curso.

La metodología ProCC da especial relevancia a los procesos grupales como facilitadores de aprendizaje significativo, siendo fundamental generar un espacio de reflexión, de participación real, de elaboración de las contradicciones y de cuidado de las dificultades del aprendizaje para disminuir resistencias. Se puso especial atención en la planificación minuciosa de contenidos, hilo conductor de los temas y dinamización de las clases. Los contenidos fueron: implicaciones de la enfermedad crónica; construcción de autonomía; proceso de ela-

boración del duelo; roles de género, cuidado y autocuidado; rol profesional, comunicación y vínculo; orientación y ámbito comunitario, y niveles de intervención; presentación de la práctica y sus aspectos metodológicos; organización de los equipos, y seguimiento y evaluación del curso.

Señalamos la importancia de que el curso contase con una actividad práctica obligatoria. A menudo, la formación en comunitaria queda en un plano teórico, y por el propio peso de lo asistencial en AP, a muchos y muchas profesionales les resulta difícil salir de la consulta. En esta capacitación hemos querido acompañar en el «salto» que supone iniciarse en el trabajo grupal, con un soporte docente muy detallado y sostén metodológico.

Características de la actividad práctica. Se diseñó una sesión grupal de 90 minutos dirigida a personas con una enfermedad crónica (diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC] o hipertensión). Debían elegir una de ellas para convocar a personas con el mismo diagnóstico. La sesión fue titulada «De tertulia en tu centro de salud», y su desarrollo metodológico se detalla a continuación.

GUIÓN DE LA SESIÓN GRUPAL «DE TERTULIA EN TU CENTRO DE SALUD»

(5 min) Momento inicial informal: llegadas, recibimiento, asistencia, colocación del espacio (sillas en círculo), saludos.

(15 min) Momento inicial formal:

(2 min) Presentación de la coordinación: nombre y profesión.

(3 min) Encuadre inicial: bienvenida, título, duración, metodología participativa, se señala que no se hablará de lo personal, sino, en general, de cosas que pasan o pueden pasar a todas las personas con este diagnóstico. El objetivo es generar un espacio grupal de reflexión y desarrollar herramientas para la elaboración de la enfermedad; para aspectos más personales está la consulta.

(10 min) Presentación del grupo: se pide una rueda de nombre y una comida favorita.

(30 min) Momento de planteamiento temático.

(5 min) Hacer tres o cuatro subgrupos repartiendo números y juntándose cada cual con las personas que tengan su mismo número.

(10 min) Consigna: hacer una lista de todo lo que implica en el día a día tener la enfermedad crónica X. Repartir una hoja con la consigna es-

crita en la que vayan escribiendo lo que dice el grupo.

(15 min) Puesta en común: un portavoz va leyendo lo que se ha escrito y quien coordina lo va escribiendo en la pizarra en tres columnas.

(30 min) Momento elaborativo.

(20 min) Exposición: se han categorizado en tres columnas para ver que son implicaciones bio-psico-sociales, aunque están todas relacionadas, y algunas cosas podrían estar en varias columnas. Todas son importantes, y es necesario conocer aspectos de cada una. Se brindan, en una exposición sencilla, algunas claves básicas respecto a cada dimensión:

Desde el punto de vista biológico: breve explicación de lo que supone la enfermedad. Muy breve, porque es de lo que más saben y de lo que más se suele hablar. En general, se concluye que implican tratamiento farmacológico (cuando procede) y cambios en hábitos de alimentación y actividad física. Y que para hacer los cambios es importante atender lo psicosocial.

Desde el punto de vista psicológico: cualquier diagnóstico tiene impacto emocional y nos puede provocar sentimientos muy diversos (inquietud, incertidumbre, miedos, preocupación, tristeza, rabia, etc.). El proceso de elaboración y adaptación a esta nueva realidad se llama proceso de elaboración del duelo, que no se da solamente cuando alguien fallece, sino siempre que hay algo que cambia, algo nuevo, algo que se pierde. Al principio, hay una fase que se llama negación, queremos que se cure, no nos damos cuenta de lo que supone, es como si le pasara a otra persona... Suele decirse: «Tengo un poco de azúcar», en lugar de decir que se tiene diabetes. Este tiempo de negación es normal y forma parte del proceso, pero hay que hablar de todo esto para poder pasar a la siguiente fase. En la segunda fase del proceso de elaboración del duelo, se dan todos los sentimientos mezclados, para luego pasar a la tercera, de aceptación y adaptación activa a la nueva realidad. Completar este proceso va a ser fundamental para poder hacer los cambios y autocuidados necesarios.

Desde el punto de vista social: también la enfermedad tiene implicaciones en la relación con los demás (amistades, familia, etc.), en la situación económica, en las costumbres, etc. Hay una dimensión social del problema que trasciende lo individual de cada persona, el imaginario que hay sobre la enfermedad influye en la autopercepción y valoración de la persona. Por

eso, es importante pensarlo en grupo y buscar alternativas colectivamente. En este punto, a mano alzada, se pregunta sobre los recursos comunitarios que conocen en el barrio para apoyar la problemática: asociaciones, gimnasios, grupos para salir a caminar, grupos de consumo, etc., y también se les brinda información.

(10 min) Preguntas o comentarios. Recoger dos o tres comentarios antes de responder (para favorecer la participación y evitar que se haga un debate de un solo tema).

(10 min) Momento de integración, evaluación y cierre.

Rueda final: para terminar, se hace una rueda en la que cada persona dice algo que se lleva de la reunión.

Devolución: el equipo profesional valida las cosas que el grupo ha traído, recoge alguna duda o pregunta que haya surgido (solo se responde si es algo acotado, si no, se deriva a sesión individual o a otra reunión grupal), y agradece la participación.

Esta sesión fue implementada por el alumnado organizado en equipos de 2-4 personas en sus territorios, a través de captación activa de pacientes en consulta durante las 2 semanas previas a la realización del taller. Hicieron una lista de inscripción con confirmación previa y recordatorio. Cada profesional la adaptó al horario que le resultaba más conveniente en función de su agenda y la disponibilidad de las y los pacientes, pero ajustándose al período establecido en el curso para poder revisarlas conjuntamente en la sesión de cierre.

RESULTADOS

Completaron la formación 127 profesionales procedentes de las nueve provincias de Castilla y León: el 70% de enfermería, el 20% de medicina y el resto de trabajo social, fisioterapia y residentes. Se organizaron en 52 equipos para hacer la práctica comunitaria, que llevaron a cabo todos menos uno. Asistieron un total de 455 personas con enfermedad crónica (60% mujeres y 40% hombres).

Se analizaron las 102 encuestas de valoración del alumnado y se obtuvo una nota media de 8,3/10 en satisfacción global del curso, y tres preguntas abiertas sobre lo que más y menos les había gustado, de las que se hizo también un análisis de discurso:

Lo que más ha gustado. La mayoría de las respuestas se agrupan en tres categorías: la metodología utilizada en la formación; la actividad práctica in-

cluida en el curso, y la mirada comunitaria en el abordaje de la cronicidad.

Lo que menos ha gustado. La respuesta mayoritaria fue «nada» y, la segunda, que «había sido demasiado corto». Aparecen algunas expresiones de dificultad para compatibilizar con la práctica asistencial.

Valoraciones de pacientes participantes en los talleres. El taller se finaliza con una rueda ProCC, en la que se pide expresar algo que se llevan de la reunión, y las expresiones se recogen de manera literal en los registros de observación. Las 455 expresiones obtenidas en los 51 talleres se analizaron de forma cualitativa mediante análisis de discurso, del que se obtuvieron fundamentalmente cuatro categorías:

- Aprendizaje y toma de conciencia respecto a lo trabajado en el taller.
- Valoración de la dinámica grupal: encuentro, compartir, identificarse, diversidad, buen ambiente.
- Expresiones de desahogo, reafirmación, apoyo, solidaridad, hablar, consuelo, profundidad.
- Agradecimiento y ganas de más.

Expresiones de las y los profesionales. El último día de la formación se hace un ejercicio de evaluación grupal del curso y se concluye con una rueda final ProCC individual. Todo esto se recoge en el registro de observación de cada grupo. Del análisis cualitativo del material se extrajeron las siguientes categorías:

- Valoración de la orientación comunitaria en el trabajo de AP.
- Impacto y cambio en el rol profesional.
- Utilidad de la actividad práctica realizada.
- Aumento de motivación para la acción comunitaria.

A continuación, se muestran algunas expresiones significativas de estas categorías.

- «Me ha tocado mucho la orientación comunitaria. Me ha aclarado muchas dudas».
- «El curso me ha sorprendido. He visto que la comunitaria es posible y que hay buena aceptación en la comunidad».
- «Normalmente, no hacemos medicina comunitaria, hacemos medicina de batalla y defensiva».
- «Ya está la semilla de la comunitaria puesta, pero no solo en nosotras, también en los pacientes. Es como un virus bueno que se contagia».
- «La primera vez que he hecho algo de educación grupal. Me parecía importante, y ahora es posible».

- «No se trata de ir a dar la charla y hablar de la enfermedad, los pacientes venían con sintomatología añadida por la preocupación».
- «Nadie te enseña a nivel comunitario. Las herramientas que nos has dado es la primera vez que las veía».
- «Había disparidad de niveles de elaboración de la diabetes, y se ayudaron entre ellos durante la sesión».
- «Fue muy enriquecedor. A los pacientes les empodera; tienen más control sobre la patología. La motivación para volver a mejorar en la consulta; es un punto de inflexión».
- «Motivada, veo que hay esperanza».

DISCUSIÓN

Los resultados de esta experiencia formativa muestran que una capacitación orientada al abordaje comunitario de la cronicidad basada en la metodología ProCC es factible en el ámbito de la AP y genera un impacto positivo en la capacitación y motivación de los y las profesionales para incorporar la acción grupal y la orientación comunitaria en su práctica habitual.

La elevada participación profesional y la implementación efectiva de los talleres grupales en los distintos territorios ponen de manifiesto que, cuando se ofrecen herramientas metodológicas claras y un acompañamiento formativo que integra teoría y práctica, es posible superar algunas de las barreras tradicionalmente asociadas al desarrollo de la orientación comunitaria en AP. Estos hallazgos son coherentes con la literatura que señala la falta de formación específica y de recursos metodológicos como uno de los principales obstáculos para la acción comunitaria.

El trabajo grupal y el ejercicio de análisis de las implicaciones de la enfermedad crónica han resultado especialmente relevantes para operativizar el enfoque biopsicosocial e integral de la salud, favoreciendo tanto la reflexión profesional sobre el rol sanitario y el vínculo como instrumento de intervención como los procesos de elaboración, apoyo mutuo y toma de conciencia entre las personas con enfermedad crónica.

No obstante, este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas. En primer lugar, se trata de una experiencia formativa basada en un diseño descriptivo y evaluativo, lo que limita la generalización de los resultados. En segundo lugar, la evaluación del impacto se ha centrado principalmente en indicadores de satisfacción, percepción y análisis cualitativo de discursos, y no se realiza investigación sobre resultados en salud ni comparación con otros abordajes formativos. Por último, el seguimiento temporal de la sosteni-

bilidad de las intervenciones comunitarias inicia-das no ha sido objeto de este trabajo.

A pesar de estas limitaciones, los resultados sugieren que este tipo de formaciones constituye una estrategia pertinente para avanzar hacia modelos de atención a la cronicidad más integrales, comunitarios y participativos en AP.

CONCLUSIONES

La estrategia de articular la orientación comunitaria con el abordaje de la cronicidad se ha mostrado pertinente y eficaz, permitiendo llegar a profesionales que, inicialmente, no se identificaban con la acción comunitaria y ampliando de forma significativa la participación de profesionales de la medicina.

La inclusión obligatoria de una actividad práctica de implementación en el territorio ha sido un elemento clave para facilitar el paso de la formación a la acción, generando impacto tanto en los y las profesionales como en la comunidad.

Este proceso formativo subraya la potencia de contar con una metodología contrastada y con un equipo docente coordinado, con trayectoria y experiencia en intervención comunitaria, que ofrece al alumnado un acompañamiento de alta calidad. La metodología ProCC se ha mostrado muy adecuada en el diseño de la estrategia, la realización del curso y la intervención comunitaria desarrollada.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Equipo ProCC del Centro Marie Langer por su creatividad, compromiso y sostén permanente de la tarea colectiva, que hacen posible el desarrollo y enriquecimiento continuo de proyectos como este. Y a la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León por apostar por proyectos formativos de esta envergadura técnica y territorial.

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

Ambas autoras participaron de manera conjunta y equitativa en la concepción, elaboración, redacción y revisión crítica del artículo, realizando aportes sustanciales tanto en el desarrollo teórico como en la integración y análisis de los contenidos. Ambas aprobaron la versión final para su publicación.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no tener conflictos de intereses relacionados con este manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sobrino Armas C, Hernán García M, Cofiño R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. Gaceta Sanitaria. [Internet]. 1 de octubre de 2018 [citado: 14 de diciembre de 2023];32:5-12. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118301547>
2. Sastre Paz M, Benedé Azagra CB (coords.). Orientación comunitaria: hacer y no hacer en Atención Primaria. Documento semFYC n.º 38. semFYC-PACAP. [Internet]; 2018 [citado: 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://e-documentossemfyc.es/orientacion-comunitaria-hacer-y-no-hacer-en-atencion-primaria/>
3. Estrategia de Salud Comunitaria de Castilla y León. [Internet]. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/saludcomunitaria/es/documentos-recursos/estrategia-salud-comunitaria-castilla-leon>
4. Cucco García M, Aguiló Pastrana E. Metodología de los Procesos Correctores Comunitarios (Metodología ProCC). Comunidad. [Internet]. Julio de 2017 [citado: 5 de mayo de 2024];19(2). Disponible en: <https://comunidad.semfyc.es/article/metodologia-de-los-procesos-correctores-comunitarios-metodologia-procc>
5. Pisano González MM, González Pisano A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. Enferm Clin. [Internet]. 1 de enero de 2014 [citado: 10 de diciembre de 2024];24(1):59-66. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-modificacion-los-habitos-adherencia-S1130862113001757>
6. Cronicidad: Horizonte 2025 (Declaración). [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.cronicidadhorizonte2025.com/arxius/imatgesbutlleti/2_Declaracion-CH2025-version-final.pdf
7. Cucco García M. Paradigmas predominantes en la Atención Primaria de Salud. Aportes de la Metodología de los Procesos Correctores Comunitarios. [Internet]. En X Encuentro de Psiquiatría Social. Regla, La Habana (Cuba); 2001 [citado: 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.procc.org/publicacion/paradigmas-predominantes-en-la-atencion-primaria-de-salud/>
8. Cucco García M. Hombres y mujeres, ¿sólo un problema de rosa y azul? La formación del sujeto que somos. Capitalismo, relaciones sociales y vida cotidiana. Revista Sexología y Sociedad. [Internet]. 2013 [citado: 10 de diciembre de 2024];19(2). Disponible en: <https://www.procc.org/pdf/194-623-1-PB.pdf>
9. Aguiló Pastrana E. Grupos de mujeres. Menopausia, madurez y vida cotidiana. Dimensión Humana. [Internet]. 2001 [citado: 30 de enero de 2025];5(1). Disponible en: <https://www.procc.org/publicacion/grupos-de-mujeres-menopausia-madurez-y-vida-cotidiana/>
10. Waisblat Wainberg A, Sáenz Berbejillo A. La construcción sociohistórica de los roles masculino y femenino. Patriarcado, capitalismo y desigualdades instaladas. Revista Sexología y Sociedad. [Internet]. 2013 [citado: 10 de diciembre de 2024];19(2). Disponible en: <https://www.procc.org/pdf/195-624-1-PB.pdf>
11. Aguiló Pastrana E. El rol asignado al hombre y sus implicaciones en la salud. La atención sanitaria y el cuidado del cuerpo. En Jornadas 2013/ Cuestiones de género: Los aportes ProCC. La Habana (Cuba); 2013 [citado: 13 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.procc.org/publicacion/rol-asignado-hombre-implicaciones-salud-2013>
12. Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol. Marzo de 1985;14(1):32-38.
13. Wilkinson R, Marmot M (eds.). Los hechos probados. Los determinantes sociales de la salud. [Internet]. Edición española, traducción de la 2.ª edición de la OMS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. 33 p. Disponible en: <https://recs.es/wp-content/uploads/2017/06/hechosProbados.pdf>
14. March S, Ramos M, Soler M, Ruiz-Jiménez JL, Miller F, Domínguez J. Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en atención primaria de salud. Aten Primaria. [Internet]. 1 de junio de 2011 [citado: 10 enero 2025];43(6):289-96. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-revision-documental-experiencias-actividad-comunitaria-S0212656710003872>
15. Hernández Aguado I, Lumberras Lacarra B. Crisis e independencia de las políticas de salud pública. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. [Internet]. 1 de junio de 2014 [citado: 10 de diciembre de 2024];28(S1):24-30. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-crisis-e-independencia-las-politicas-articulo-S0213911114000867>
16. Hernández Aguado I. El buen gobierno de la sanidad: las influencias debidas e indebidas en la formulación de políticas de salud [Internet] [Tesis doctoral]. [Madrid]: Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad Complutense; 2017. Disponible en: <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/981332c3-e789-4218-aa71-af61ebdec70b/content>
17. Hernán García M, Cubillo Llanes J (coords.). Acción comunitaria para ganar salud... o cómo trabajar en común para mejorar las condiciones de vida. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de España; 2021 [citado: el 7 junio 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/guiaAccionComunitaria.htm>
18. Aguiló Pastrana E, Losada Cucco A. Los grupos y la intervención comunitaria. Centro Marie Langer. [Internet]. 2015 [citado: 7 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.procc.org/pdf/APII.Los_grupos_y_la_intervencion_comunitaria.Aguilo_y_Losada.2015.pdf
19. Cucco García M, Aguiló Pastrana E, Vázquez Pumariño T, Losada Cucco A. ¿Quién cuida a quienes cuidan? Guía metodológica para el desarrollo del Programa ProCC de intervención comunitaria con personas cuidadoras principales. Asociación de Trabajadores y Trabajadoras en Salud para la Comunidad Marie Langer; 2022.
20. Ramírez-Perdomo CA, Cantillo-Medina CP, Perdomo-Romero AY, Rodríguez-Vélez ME, Escobar-Tobón AL. Cronicidad: significado construido por los cuidadores y las personas cuidadas. Cultura de los Cuidados. [Internet]. Abril de 2024 [citado: 23 de mayo de 2024];(68):75-90. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/142025/3/CultCuid68_06.pdf
21. Cucco García M. Algunos puntos de partida y los tres organizadores básicos de la subjetividad. En: Intervención Comunitaria. [Internet]. La Habana: Cenesex; 2003 [citado: 9 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.procc.org/publicacion/los-tres-organizadores-basicos-de-la-subjetividad/>
22. Aguiló E, Sáenz A. ProCC. Duelo social y pandemia. Centro Marie Langer. [Internet]. 2021 [citado: 21 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.procc.org/publicacion/duelo-social-y-pandemia/>

23. Ferschtut G. El proceso de duelo en los grupos. En: Bernard M, Albizuri de García O, Buchbinder MJ, Pampliega de Quiroga A, Matoso E (directores). Temas grupales por autores argentinos. Buenos Aires: Cinco; 1988.
24. Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos; 1961.
25. Palacio Lapuente J. Las ventajas de una relación estable: longitudinalidad, calidad, eficiencia y seguridad del paciente. AMF. [Internet]. Septiembre de 2019 [citado: 10 de diciembre de 2024];15(8):452-9. Disponible en: <https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/las-ventajas-de-una-relacion-estable-longitudinalidad-calidad-eficiencia-y-seguridad-del-paciente>