

GUÍA DE GRUPOS DE AYUDA MUTUA

SALUD MENTAL PARA
TRASTORNO MENTAL COMÚN



Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
SESCAM

Atención Primaria
Atención Especializada

INDICE

Participantes

1. Presentación de la Grupos de Ayuda Mutua	6
2. Los GAM en distintos niveles asistenciales	12
2.1 GAM en Sanidad y Servicios Sociales	
2.2 GAM en Atención Primaria	
2.3 GAM en Atención Especializada	
3. Justificación de los GAM en Salud Mental. Evidencia Científica	14
3.1 Justificación	
3.2 Evidencia Científica	
4. Marco conceptual para los GAM	18
4.1 Misión	
4.2 Visión	
4.3 Valores	
5. Definición de los GAM y tipos de Ayuda Mutua. Formal e Informal	20
5.1 Concepto de Ayuda Mutua	
5.2 Concepto de GAM	
5.3 Tipos de Ayuda Mutua	
6. Objetivos de los GAM	22
7. Lugar de los GAM en la oferta terapéutica en los distintos niveles asistenciales	24
8. Perfil de población a que se dirigen los GAM. Poblaciones diana	26
9. Metodología GAM y Descripción del Proceso	27
9.1 Descripción de la Ayuda Mutua	
9.2 Método de trabajo de los GAM	
9.3 Normas de los GAM	
9.4 Fases de los GAM	
9.5 Proceso GAM- descripción y características	
9.6 Tipos de grupos	
9.7 Funcionamiento del Grupo	
10. Evaluación	39
11. Recursos Humanos y perfil profesional del terapeuta/as de los GAM	40
11.1 Perfil profesional	
11.2 Funciones del coordinador/terapeuta y del observador	
12. Recursos materiales empleados en los GAM	43
13. Criterios de Evaluación. Indicadores	44
14. Bibliografía	46
Anexos	49

ABREVIATURAS

AP:	Atención Primaria
AE:	Atención Especializada
BDI:	Inventario de depresión de Beck
BAI:	Inventario de ansiedad de Beck
EPOC:	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
GAM:	Grupos de Ayuda Mutua
GAE:	Gerencia de Atención Especializada
GAI:	Gerencia de Área Integrada
OMS:	Organización Mundial de la Salud
TMC:	Trastorno Mental Común
TMG:	Trastorno Mental Grave

PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA

Coordinación

José Antonio López Cócera. Asesor de la Dirección Regional de Salud Mental SESCAM.

Autores

Alberca Muñoz, M^a Luisa. Enfermera de la Unidad de Salud Mental de la GAI de Mancha Centro.

Cortijo Santos, Milagros Enfermera de la Unidad de Salud Mental de la GAI de Guadalajara.

Fernández García, Joaquín Psicólogo Clínico de la Unidad de Salud Mental de la GAI de Hellín.

Fontecha Minguez, Nieves. Enfermera de la Unidad de Salud Mental de la GAI de Mancha Centro.

Fernández Martín, Verónica. Trabajadora Social de la Unidad de Salud Mental de GAE de Toledo.

García Molina, Susana. Enfermera de la Unidad de Salud Mental de la GAI de Tomelloso.

Justo Carrascosa, María. Enfermera de la Unidad de Salud Mental de la GAI de Mancha Centro.

López Cócera, José Antonio. Asesor de la Dirección Regional de Salud Mental SESCAM.

Pérez Castillo, M^a Dolores. Enfermera de la Unidad de Salud Mental de la GAI de Guadalajara.

Rivera Murillo, Dolores. Enfermera de la Unidad de Salud Mental de GAI de Puertollano.

Sánchez Corrales, M^a Carmen. Enfermera de la Unidad de Salud Mental de GAE de Toledo.

Sicilia Martín, Agustín. Psicólogo Clínico de la Unidad de Salud Mental de la GAI de Puertollano.

Téllez de Peralta, Purificación. Enfermera de la Unidad de Salud Mental de la GAI de Guadalajara.

Colaboradores

Teruel del Valle, Gloria Trabajadora Social. Unidad de Salud Mental de la GAI de Hellín

Cadena Gutiérrez, Rosa M^a. Psicóloga Clínico de la Unidad de Salud Mental de la GAI de Guadalajara.

Sanz Rodríguez, Luís Javier. Psicólogo Clínico de la Unidad de Salud Mental de la GAI de Guadalajara.

Revisión

Devolx Neyra, Víctor M. Director Regional Adjunto de Salud Mental. SESCAM

Domper Tornil, Jaime. Director Regional de Salud Mental de SESCAM.

Fernández Marín, M^a Luz. Asesora de la Dirección Regional de Salud Mental SESCAM.

M^a Dolores Pérez Castillo Enfermera de la Unidad de Salud Mental de la GAI de Guadalajara

Sicilia Martín, Agustín. Psicólogo Clínico de la Unidad de Salud Mental de la GAI de Puertollano.

Téllez de Peralta, Purificación. Enfermera de la Unidad de Salud Mental de la GAI de Guadalajara.

Agradecimientos a todos los profesionales e instituciones que han colaborado o participado en el Grupo de Trabajo Regional de Castilla La Mancha de GAM.



"Usted sabe que puede contar conmigo,

no hasta uno, ni hasta dos, sino...

contar conmigo"

(Mario Benedetti)

1. PRESENTACIÓN DE LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA

Al elaborar esta guía sobre Grupos de Ayuda Mutua (GAM), el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha pretende aportar los conocimientos y reflexiones derivadas de la experiencia de un grupo de profesionales de salud mental de la Comunidad Autónoma que han trabajado con esta modalidad terapéutica grupal, que contribuyan a motivar a profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada para la puesta en marcha de GAM en las diferentes áreas de salud de la Comunidad Autónoma como un elemento de importante valor terapéutico.

Reseñar, desde la experiencia profesional de los autores, la utilidad y eficacia de esta variante terapéutica grupal, manifestada a través de diferentes variables, como la mejoría del estado de ánimo, la reducción del consumo de fármacos o la satisfacción del paciente. Más adelante se describen datos que detallan su utilidad y su aval científico.

Destacar la satisfacción que genera a los profesionales observar cómo las soluciones a los problemas son elaboradas por los propios usuarios a partir de la experiencia vivida. Es decir, el poder reside en los usuarios (empoderamiento), donde el propio usuario es el artífice de su mejoría y participa de la de sus compañeros de grupo.

El grupo de iguales es la esencia de la formación, el desarrollo y el mantenimiento de la actividad. Y es que la ayuda mutua supone una transmutación de valores hasta ahora muy asentados en la práctica clínica; supone un cambio, pasar de la posición de ver a las personas como consumidores de servicios de salud, a considerarlos como sus principales proveedores. Pasar de la dependencia a la autonomía.

Los Grupos de Ayuda Mutua tienen que ver con el intercambio de apoyo emocional entre sus integrantes, con el compartir la experiencia de enfermedad, verbalizar las situaciones que preocupan, crear un clima de aceptación incondicional, no juzgar, escuchar, empatizar,



Este documento es el resultado de las experiencias del grupo de trabajo, formado por Enfermeras, Psicólogos y Trabajadores Sociales de la red de Salud Mental de CLM, creado en 2008 por el SESCAM para el desarrollo y formación de GAM



comprender, reforzar, “normalizar”, acompañar. Todo ello tiene un efecto catártico de alivio del malestar emocional, si bien en el grupo también se aprenden modos distintos de gestionar o afrontar las situaciones que generan malestar.

Los GAM son una pequeña reunión de personas. Sus miembros se reúnen de forma voluntaria y libre, movidos por la necesidad de dar respuesta o encontrar una solución a un problema/enfermedad compartido por todos ellos, de afrontar y superar una misma situación conflictiva, o de lograr cambios personales y/o sociales.

*La ayuda mutua nace de este intercambio
de experiencias personales, de dar y recibir.*

El GAM facilita el crecimiento individual de sus miembros en cuanto a la asunción de responsabilidades y adquisición de nuevos valores, ya que facilita la toma de decisiones, pero nunca decide por el otro o le da una respuesta a su problema.

La ayuda mutua es una condición natural del ser humano, que adquiere todo su sentido en las situaciones de crisis, aunque no únicamente, donde los ciudadanos deben activar sus recursos, cooperar con los iguales y trascender la dependencia tanto de los profesionales como de las instituciones.



RECORRIDO HISTÓRICO DE LOS GAM

La ayuda mutua surge como recurso a una necesidad no cubierta por el sistema sanitario, en el contexto de una situación de crisis industrial y económica en EEUU y Centro-Europa. Como alternativa al modelo profesional de cuidados de la salud aparecen, de forma espontánea, las primeras asociaciones y grupos de ayuda.

Una de las organizaciones pioneras en la práctica de ayuda mutua fue Alcohólicos Anónimos creada en EE.UU. hacia el año 1935.

En la década de los 70 aparecen en EE.UU. y centro Europa, asociaciones y grupos de ayuda mutua como recurso y/o respuesta a una necesidad no cubierta por la atención primaria y derivada de la crisis industrial y económica de la época.

Los GAM nacen al amparo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), coincidiendo con el desarrollo de la atención primaria de salud y movimientos sociales, tanto de profesionales como de usuarios que


Los GAM
nacen de
forma reglada
al amparo de
la OMS


comienzan a crear grupos de apoyo, grupos terapéuticos que serán referencia para los GAM futuros.

La Asamblea Mundial de la Salud reunida en Alma-ata en 1978, manifestó que:

"La Asistencia Primaria de Salud es el punto donde convergen todos los problemas sanitarios de la comunidad y es el lugar desde donde se ha de desarrollar acciones para resolverlos y poder llegar a la "salud para todos en el año 2000".

En 1980 la O.M.S. apoyó y redactó 38 objetivos para conseguirlo y dio su apoyo creando un centro europeo de apoyo para la ayuda mutua (Clearinghouse) en Lovaina (Bélgica), que tiene por objeto dar información, la promoción y formación para la auto-ayuda o ayuda mutua, así como potenciar la creación de congresos, y seminarios, y aglutinar documentos sobre investigaciones en esta materia de las distintas organizaciones de la comunidad europea.

En el año 1984 todos los estados miembros de las regiones de Europa adoptan los objetivos redactados por la OMS.

Pero fue en el año 1986 cuando se efectuó la primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Ottawa (Canadá), donde se sentaron las bases para impulsar la capacidad de la comunidad y la participación social, situando a la ayuda mutua en el eje de la acción preventiva.

¿DÓNDE TIENE SU INICIO LA AYUDA MUTUA?

Han sido dos los factores que explican el inicio y desarrollo de los GAM, factores que están implicados en los cambios producidos en la sociedad occidental en las últimas décadas.

El contexto doméstico-familiar, en el que cabe incluir los recursos de familiares, vecinos, amigos y algunos agentes sociales como sanadores, sacerdotes, etc...; ha sido donde tradicionalmente se ha desarrollado la ayuda mutua. La sociedad está en continuo movimiento, y los cambios producidos en las últimas décadas son claves para poder comprender por qué los grupos de ayuda mutua aparecen como alternativa a:

▶ **Las limitaciones de los grupos domésticos-familiares iniciales.**

Limitación de la ayuda mutua en las familias. Indudablemente la familia continúa realizando la función de ayuda mutua, pero cada vez con más limitaciones debido probablemente a:

- Debilitación de los lazos de parentesco más allá de la familia nuclear.

- Se ha visto reducido el rol de cuidador que desempeñaba la mujer en la familia, por su incorporación a otras actividades y al mundo laboral actualmente.

▶ **Las insuficiencias de los dispositivos asistenciales.**

Necesidad de intervenciones complementarias al sistema tradicional de atención socio-sanitaria, para dar respuesta a las necesidades psicosociales de las personas.

- Factores económicos: “la medicalización”, el aumento del gasto sanitario.
- Factores ideológicos: el derecho a la autodeterminación de los individuos, derecho a tomar sus propias decisiones en lo que afecta a su vida y salud. Promoción de espacios de participación donde exista una reciprocidad horizontal, que sirva para contrarrestar las relaciones asimétricas que se establecen entre “médico” y “paciente”.
- Incremento de las enfermedades crónicas que generan elevados gastos al sistema por la enorme cantidad de recursos que demandan, llegando a bloquear tanto centros de atención primaria como hospitales.

En un contexto de crisis (1970), empiezan a surgir los grupos de ayuda mutua como una alternativa para afrontar ciertos problemas. Comienzan entonces los movimientos sociales de colaboración entre profesionales, afectados (enfermedad mental principalmente) y sus familias, para trabajar en grupos sociales, de apoyo o terapéuticos, dando lugar a un tipo de asistencia informal.

LOS GAM EN ESPAÑA

El desarrollo de los GAM pone de manifiesto las debilidades de un sistema que estaba pidiendo a voces una manera de atender diferente y afrontar las necesidades de la comunidad. Institucionalmente desde la publicación de la Carta de Ottawa (1986) se considera a los GAM como un eje principal para la promoción de la salud a través del auto-cuidado y la ayuda mutua.

La necesidad de alternativas de atención tiene mucho que ver con los cambios sociales que se han producido en los últimos



**En España la
aparición de los GAM
se produce a partir del
cambio político y
social de 1975**



años.

En España el asociacionismo surge de forma más tardía, pero con la misma finalidad; complementar los procesos de asistencia formales, siendo un pilar importante en la promoción de la salud. Este retraso con que España se incorporó al proceso industrializador dio lugar a dos hechos relevantes:

1. Permitió la supervivencia de estructuras y relaciones sociales tradicionales que hizo posible el mantenimiento de formas tradicionales de ayuda mutua, basadas fundamentalmente en el parentesco y la vecindad.
2. Pero, por otra parte, impidió el desarrollo de una sociedad civil lo bastante dinámica para afrontar nuevos retos y situaciones antes desconocidas , Casado D. ⁶.
 - Una vez entrados en su crisis definitiva (años 70-80) los restos de la vieja sociedad, nos encontramos con una iniciativa civil débil y con un retraso considerable en el terreno de la política social del Estado, que no ha permitido la formación de un Estado del Bienestar similar al de ciertos países de Europa.
 - Además, cuando se han dado las condiciones políticas para ello, la situación económica y las corrientes económicas hegemónicas en el mundo hoy apuntan hacia otro lado. Llegamos al “Welfare” a la hora de su deconstrucción, por utilizar un término adecuadamente post-moderno “Moreno, L: et al²⁰

La iniciativa de potenciar la creación de los GAM, cuenta con el argumento de los buenos resultados desde el punto de vista técnico, que han conseguido en países donde tienen más arraigo. Sin embargo, los GAM en España todavía tienen poca tradición, siendo aún una alternativa importada en nuestro país.

La tradición de la actividad voluntaria como gran componente de la ayuda mutua en los países anglosajones no tiene ningún equivalente en nuestro entorno. Por lo tanto aquí habrían de aparecer otros tipos de agentes promotores, necesariamente menos arraigados en las tradiciones socioculturales mayoritarias. En el caso español debemos destacar:

- El papel dinamizador de algunos profesionales de la salud, generalmente críticos ante los modelos existentes de atención institucionalizada, Roca F et al ²⁵
- La presencia de numerosas entidades con objetivos de asesoramiento y/o defensa de determinados colectivos y que sirven de soporte organizativo para la creación de los GAM, Gallardo, C ¹³.

Destacar que en el ámbito de la salud mental en la última década, han aflorado distintas iniciativas en Andalucía para constitución de GAM. Asociaciones como “En primera persona” han desarrollado redes de usuarios de los Servicios de Salud Mental que participan tanto en la constitución como en la formación de los GAM. Recuperación y ayuda mutua, guía de apoyo al moderador de grupos de ayuda mutua ²³

LOS GAM EN CASTILLA-LA MANCHA

El SESCAM está trabajado en la difusión e implantación de Grupos de Ayuda Mutua en la Comunidad de Castilla-La Mancha desde 2008.

Los primeros grupos de trabajo han sido dirigidos a personas con patologías de alta relevancia y prevalencia, encuadradas en el trastorno mental común, ansiedad, depresión, somatizaciones, acompañados de complicaciones de orden social y caracterizadas por tener una alta utilización de consultas tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada y un importante consumo de fármacos.

El desarrollo de estos grupos se ha producido gracias a la labor de profesionales de varias Gerencias de Áreas Integradas de Castilla-La Mancha (Guadalajara, Hellín, Mancha Centro, Puertollano, Tomelloso y Toledo) que recibieron una formación en esta perspectiva asistencial durante dos años, y que en este momento tiene consolidada la práctica de los GAM.

Este proyecto se apoya en algunos objetivos estratégicos del SESCAM: aumentar la competencia y el empoderamiento para favorecer su autonomía con respecto a los sistemas asistenciales y potenciar los encuadres terapéuticos de tipo grupal frente a los abordajes tradicionales.

Es importante destacar que desde 2011 la Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha desde los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral, han desarrollado iniciativas con el objetivo de favorecer el la puesta en marcha de GAM para personas con problemas de salud mental graves.

En el año 2008 el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha propone la creación de un Grupo Regional de Trabajo para el desarrollo de GAM en la Comunidad Autónoma

2. LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA EN DISTINTOS GRUPOS ASISTENCIALES

2.1 GAM en Sanidad y Servicios Sociales

En sus orígenes la ayuda mutua es un recurso que discurre de forma paralela a la asistencia sanitaria oficial, cubriendo necesidades allí donde no son satisfechas por el Sistema, o aportando una orientación complementaria a la ofertada. En este sentido, los grupos de ayuda mutua que se desarrollan en las Asociaciones, pueden y deben ser referencia para la incorporación tanto para la Atención Primaria como para la Especializada.

2.2 GAM en Atención Primaria

El profesional de AP encontrará en los GAM un espacio terapéutico donde poder derivar sus pacientes, contribuyendo de este modo a:

- Favorecer el empoderamiento de los usuarios de los servicios de Atención Primaria.
- Reducir la derivación a Atención Especializada.
- Favorecer que en Atención Especializada se atiendan preferentemente patologías más graves.
- Disminuir el consumo de consultas
- Disminuir el consumo de medicación
- Fomentar la auto responsabilidad en la salud

Puede haber tantos tipos de GAM como “situaciones difíciles” abarcando en la práctica, la mayoría de las especialidades sanitarias. Una persona que tenga un problema que afecte

negativamente a su salud puede unirse a otras que sufren el mismo problema e iniciar un GAM, así es como se han ido formando los grupos, podemos destacar:

- Grupos de personas con enfermedades crónicas o con trastornos congénitos (diabéticos, enfermos de Parkinson, enfermos con distrofias musculares, afectados por el VIH/SIDA, etc.)
- Grupos de personas con adicciones (alcoholismo, ludopatías...).
- Grupos de personas con situaciones difíciles de asimilar (como por ejemplo amputaciones, quemaduras, trasplantes, soledad...).
- Grupos de familiares o cuidadores a los que les afecta directamente la situación o problema.
- Grupos de profesionales ya que también les afecta negativamente.

2.2 GAM en Atención Especializada

Los GAM es un recurso valioso para los profesionales de Atención especializada. En la actualidad hay una tendencia a la especialización más intensa, generada por la necesidad de ampliar las respuestas y aumentar el conocimiento sobre el ser humano, pero no es menos cierto que el ser humano necesita el acompañamiento y la ayuda en las innumerables situaciones crónicas que afectan a la humanidad.

En España los GAM en Atención Especializada tienen una presencia testimonial, cabe destacar algunas iniciativas en áreas como manejo del dolor, cuidados paliativos, enfermedades cardiovasculares, lactancia materna y sobre todo en problemas de salud mental como depresión, ansiedad, anorexia o problemas de salud mental graves aunque de manera poco homogénea en los distintos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

3. JUSTIFICACIÓN DE LOS GAM EN SALUD MENTAL. EVIDENCIA CIENTIFICA

3.1 Justificación

Según datos del Ministerio de Sanidad y Política Social:

- El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias.
- Se espera que en 2020 la depresión sea la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado.
- Una de cada cuatro personas sufre un trastorno mental a lo largo de su vida.
- El 22% de la población padece episodios de ansiedad y depresión en algún momento de su vida, y son estas las principales causas de incapacidad laboral en todo el mundo y la cuarta parte de las visitas a los centros sanitarios.

A la vista de estas cifras parece razonable potenciar este tipo de abordaje en la patología mental, donde los profesionales socio-sanitarios tengan un papel activo y de apoyo a las asociaciones, en la creación de los grupos, difundiendo su existencia y orientando a los sujetos para que acudan a ellos, poniendo grupos en contacto, etc.

Las enfermedades crónicas suponen un gran coste emocional y económico que llega a menoscabar su calidad de vida de las personas por lo que se hace necesario desarrollar estrategias que ayuden a mantener un nivel óptimo de la calidad de vida por medio del empoderamiento de los usuarios.

Los GAM se centran en el grupo como principal recurso para la recuperación individual de los participantes ayudando a éstos a superar experiencias de vida a través de cambios y reajustes vitales, dejando de lado su visión patológica.

Experiencias de práctica de los GAM nos dicen que las personas que participan en los grupos de ayuda mutua mejoran:

- El sistema inmunológico.
- Disminuyen el consumo de fármacos y no tienen tantas recaídas.
- Disminuyen los reingresos hospitalarios y las bajas laborales.
- Hay mayor integración social y participación en la comunidad. Una comunidad con muchas asociaciones democráticas y participativas, es una sociedad con un gran patrimonio y riqueza de valores, es más abierta, acogedora y solidaria.

Por otro lado las personas que sufren los mismos problemas, carencias y marginaciones en relación a su salud, al participar en un GAM adquieren conocimientos y habilidades para poder manejar mejor sus dificultades, seguridad y fuerza para poder convivir cada día con la enfermedad. Permitiendo así el “empoderamiento” personal en la recuperación de la salud.

En la Estrategia Nacional de Salud Mental 2009-2013 del SNS, una de las líneas de trabajo que plantea es: “La participación de las personas que padecen trastornos mentales, de sus familiares y profesionales en el sistema sanitario público de su comunidad autónoma”. La Estrategia apoya explícitamente el desarrollo del asociacionismo de familiares, usuarios y su participación efectiva en la planificación y evaluación de los Servicios de Salud Mental.

En Castilla La Mancha desde el año 2008 se mantiene el proyecto de implantación de Grupos de Ayuda Mutua, como estrategia asistencial, de participación orientada hacia a las personas con sintomatología incluidas en los llamados “TMC”, complejo ansiedad-depresión-somatización, que presentan situaciones vitales o sociales adversas.

3.2 Evidencia Científica

Según “Martín Ferrari, L. et al”¹⁹, los estudios realizados para demostrar la eficacia de los GAM son prometedores pero no definitivos aún. Es evidente que existe una necesidad importante de investigaciones de mayor calidad. Los estudios empíricos acerca de la eficacia son escasos y tienen aún un breve recorrido histórico.

Los investigadores deben enfrentarse a un conjunto de dificultades en el diseño ya que para la evaluación de los GAM, los métodos tradicionales de control, son en general inadecuados, dado que las características de los mismos plantean problemas como por ejemplo:

- La asistencia irregular a las sesiones, debido al carácter voluntario lo que lleva a cambios constantes de miembros.

- La participación tras un tiempo de recorrido del GAM se traduce en una autoselección de los que acuden.
- La ausencia de un período predeterminado de participación en el grupo.
- La ausencia en numerosas ocasiones de un programa determinado.
- El cambio de actividades.
- Los distintos niveles de participación en el programa, etc.

En estudios cualitativos, los beneficios señalados por los asistentes a los GAM son tales como cambios positivos en el modo de enfrentarse al problema, haber aprendido a vivir más satisfactoriamente, mejorar la competencia personal y social así como favorecer la creación y mantenimiento de las relaciones interpersonales.

Las diferentes metodologías, el tamaño de los grupos, el problema ético de empleo de grupo control, la comorbilidad entre distintas patologías, la multidimensionalidad del cuidado, la cantidad de grupos de intervención empleados, así como los instrumentos de evaluación utilizados podrían ser algunas de las razones de la escasa evidencia en los datos hallados.

En la búsqueda de referencias de evidencia encontramos la revisión sistemática realizada por Pistrang, N. et al ²¹ publicada en la revista "American journal of community psychology" sobre Grupos de Ayuda Mutua para problemas de salud mental: "Una revisión de la efectividad de los estudios de Ayuda Mutua". Este artículo revisa los estudios empíricos sobre si la participación en grupos de ayuda mutua para personas con problemas de salud mental conduce a un mejor funcionamiento psicológico y social.

Para ser incluidos, los estudios debían cumplir cuatro conjuntos de criterios, que incluye: (1) características del grupo, (2) problemas de destino, (3) medidas de resultado, y (4) diseño de la investigación.

Los doce estudios que cumplían con estos criterios proporcionan evidencia limitada, pero prometedora de que los GAM benefician a las personas con tres tipos de problemas: la enfermedad mental crónica, depresión / ansiedad, y el duelo.

Siete de estos estudios informaron cambios positivos para los asistentes a los GAM.

Cinco de los doce estudios no encontraron diferencias en los resultados de salud mental entre los miembros de GAM y no miembros.



Hay estudios
que avalan el
beneficio de
los GAM,
aunque
es necesario
continuar
investigando
su efectividad



El estudio de Bright, Baker y Niemeyer 1999 muestran que los resultados de GAM fueron similares a las intervenciones profesionales en Terapia cognitivo conductual grupal.

Riessman F ²⁴ considera que uno de los mecanismos más poderosos de los grupos es que aquellas personas que ayudan son las que obtienen más ayuda, al obtener un incremento en la competencia interpersonal dado el impacto que tenga en la vida de otra persona.

Zayas, I. ⁹ describe que en estos grupos tienen lugar una reciprocidad de apoyo entre sus miembros y una auténtica formación por la acción, pues cada participante tiene la oportunidad de aprender enseñando, de ayudarse ayudando, de participar, de ser dueños de su propia vida experimentando soluciones innovadoras para afrontar los problemas que les aquejan y hacer oír su voz. Dicha reciprocidad tiene como objetivo prioritario el mantenimiento o la creación de relaciones sociales significativas con repercusiones tanto dentro como fuera de las sesiones.

Katz, A. ¹⁶ enumera algunas aportaciones hechas por estos grupos a sus miembros: ofrecen apoyo, establecen expectativas y normas de conducta, proporcionan feedback a sus miembros, ayudan a redefinir cognitivamente los problemas de sus miembros y ofrecen la solidaridad de sus iguales, ayudan en la integración del individuo y a cambiar su auto-concepto, proporcionan sentimientos pertenencia a un grupo, establece límites, extiende el poder del individuo, capacita a sus miembros a compartir y ocupa tiempo.

Según Hartley, P. ¹⁵, los grupos son definidos como “muy útiles” por el 55% de los participantes, recibiendo una valoración mejor que cualquier otro tipo de intervención, incluida la terapia de grupo. El autor concluye diciendo que la dirección a adoptar en un futuro es crear un modelo asistencial integrador que combine ayuda profesional, grupos de apoyo dirigidos por profesionales y grupos de autoayuda tradicionales.

La ayuda mutua, al contrario que otras formas más tradicionales de ayuda, facilita el desarrollo de la autonomía personal, permite satisfacer necesidades humanas básicas como las necesidades de seguridad, afecto, sentido de pertenencia y autoestima y promueve la acción social, Gracia, E. ¹⁴.

4. MARCO CONCEPTUAL PARA LOS GAM

El desarrollo de los GAM tiene como enfoque de referencia el Paradigma de recuperación, la resiliencia y empoderamiento del individuo, ya que es el grupo el que adquiere poder y autonomía para mejorar su estado de salud. El GAM facilita la recuperación de los individuos, no entendiendo la recuperación como se había hecho hasta ahora, exclusivamente como resolución de los aspectos clínicos del trastorno mental, sino que implica realmente un proceso de cambio personal para retomar una vida activa, a pesar de las limitaciones que puede manifestar la enfermedad. El GAM favorece que esa persona retome su proyecto de vida y aprenda a enfrentarse a eventos difíciles y adaptarse a las adversidades.

El enfoque de recuperación se aleja de la patología, la enfermedad y los síntomas y se acerca a la salud, la fortaleza y el bienestar.

4.1 Misión

Contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental, siendo el grupo el que proporcione apoyo emocional, aumento de autonomía en las relaciones interpersonales y en la relación con los sistemas asistenciales.

4.2 Visión

Los Grupos de Ayuda Mutua reconocen, desarrollan y estimulan el poder de las personas para ayudarse a sí mismas, a la vez que ayudan a otras personas en su proceso de recuperación, potenciando la eficacia y eficiencia de los abordajes tradicionales y considerándolo una práctica complementaria por la atención sanitaria formal.

El conocimiento adquirido a través de experiencias ya vividas y el aprendizaje de otras distintas, sirven de reclamo para los futuros miembros de estos grupos.

4.3 Valores

Los valores que contienen los GAM se centran en las personas y en los sistemas sanitarios:

Centrados en las personas

- ▶ Escucha.
- ▶ Respeto.
- ▶ Apoyo emocional.
- ▶ Tolerancia.
- ▶ Comprensión.
- ▶ Igualdad.
- ▶ Responsabilidad.
- ▶ Honestidad.
- ▶ Participación voluntaria y activa.
- ▶ Autonomía.
- ▶ Confidencialidad (crear un ambiente seguro para las personas que participan, a través de confianza e intercambio de vivencias personales)
- ▶ Empoderamiento
- ▶ Reciprocidad
- ▶ Comunicación empática.
- ▶ Compromiso individual de cambio y de estar dispuesto a implicarse como igual en el grupo.
- ▶ Recuperación individual desde lo grupal o colectivo.
- ▶ Constancia.

Centrados en el sistema sanitario

- ▶ Eficacia en recuperación personal.
- ▶ Eficiencia, menor coste emocional y económico
- ▶ Complementariedad de los sistemas formales e informales.
- ▶ Compromiso social.
- ▶ Calidad de la atención

5. DEFINICIÓN DE LOS GAM Y TIPOS DE AYUDA MUTUA FORMAL E INFORMAL

5.1 Concepto de ayuda mutua

La Ayuda Mutua es una condición natural del ser humano, que consiste en entrar en contacto con otras personas con las que compartir la experiencia de enfermedad, suponiendo un intercambio de apoyo emocional. Compartir la experiencia, verbalizar las situaciones que nos preocupan, en un clima de aceptación incondicional, tiene un efecto catártico, de alivio del malestar emocional.

5.2 Conceptos de GAM

“Conjunto de actividades realizadas por individuos o grupos, para la resolución de su propia problemática, que permiten transitar desde la dependencia hacia la autonomía, constituyéndose en sí mismo como agente de cambio”

Carmen Gallardo Pino

Los GAM son una pequeña reunión de personas. Sus miembros se reúnen de forma voluntaria y libre, movidos por la necesidad de dar respuesta o encontrar una solución a un problema/enfermedad compartido por todos ellos, de afrontar y superar una misma situación conflictiva, o de lograr cambios personales y/o sociales.

*“El que más da
más recibe”*

Sus componentes se ayudan los unos a los otros a través de sus interacciones en el contexto grupal. La Ayuda Mutua nace en este intercambio de experiencias personales, de dar y recibir.

Los GAM facilitan el crecimiento individual de sus miembros en cuanto a asunción de responsabilidades y adquisición de nuevos valores, ya que facilita la toma de decisiones, pero nunca decide por el otro o le da la respuesta a su problema. Por otro lado, sus

miembros aprenden a escuchar, a valorar los problemas de los demás y a ayudarles. Los GAM proporcionan principalmente apoyo emocional.

5.3 Tipos de Ayuda Mutua

Existen dos tipos fundamentales de ejercer la ayuda mutua, formal o intencionada, e informal o espontánea.

Ayuda Mutua Formal

Se caracteriza por mantener cierta estructura, puede prestarse por personas, profesionales o grupos que como único requisito es tener experiencia sobre la enfermedad o problema y con personas o grupos con un entrenamiento específico y un desempeño bien voluntario o remunerado.

Ayuda Mutua Informal

Puede prestarse por personas, profesionales o grupos de manera espontánea sin necesidad de tener un nivel organizativo previo.

6. OBJETIVOS DE LOS GAM

Es el propio Grupo de Ayuda Mutua quien decide cuáles son sus objetivos; así como lo que quieren hacer, marcan las pautas a seguir y las actividades a realizar. Todo va a depender de los intereses de sus miembros y de sus aspiraciones.

Cuando un GAM se reúne por primera vez es conveniente que cada miembro se presente y exprese sus expectativas. A continuación, el grupo va fijando unas reglas mínimas para su funcionamiento que se van ampliando, confirmando o refutando con el tiempo y establece sus objetivos. De estos objetivos dependerán sus actividades.

Tras considerar que la funcionalidad y dirección de los grupos depende de sus miembros podemos enumerar cinco objetivos comunes a todo tipo de GAM:

- a) Facilitar un apoyo psicológico y emocional a los miembros del grupo (autovalorarse, desahogarse, liberarse, apoyarse mutuamente, ser aceptado, ser comprendido...)
- b) Rehacer y potenciar las relaciones sociales de los afectados (salir del aislamiento, conocer a otras personas, realizar actividades de ocio y tiempo libre...). En definitiva, mejorar la calidad y extensión de su red social.
- c) Informar sobre los recursos existentes, sobre la problemática en sí, sobre posibles actividades... Se trataría de que el grupo tome conciencia de los recursos y dificultades con los que cuenta.
- d) Servir (si fuera necesario) de grupo de presión (reivindicación de los derechos, denuncia de las discriminaciones...).
- e) Potenciar la adquisición de habilidades que ayuden a mejorar el afrontamiento de los problemas cotidianos.

Si encuadramos los GAM como parte integrante de la oferta de Servicios en el Sistema Público de Salud, los objetivos que pretenden alcanzar son:

- **Objetivo General :**

- ▶ Aumentar la calidad de vida de las personas participantes en el grupo.

- **Objetivos específicos:**

- ▶ Aumentar el nivel de autoconciencia y autoconocimiento.
- ▶ Aumentar las habilidades de afrontamiento y resolución de problemas cotidianos.
- ▶ Aumentar el sentimiento de responsabilidad personal de los integrantes en las problemáticas y situaciones que les han traído al grupo.
- ▶ Estimular el intercambio de experiencias y conocimientos entre los miembros.
- ▶ Hallar la comprensión de otras personas que se encuentran en la misma o parecida situación.
- ▶ Dar apoyo emocional a los otros participantes del grupo, desarrollando al mismo tiempo la capacidad de escucha.
- ▶ Clarificar la información que se tiene sobre el problema o problemas tratados en las sesiones.
- ▶ Salir del aislamiento que es característico de muchas de las personas candidatas a integrarse en este tipo de actividad, aumentando y mejorando sus relaciones interpersonales.



7. LUGAR DE LOS GAM EN LA OFERTA TERAPÉUTICA EN LOS DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES

Como se ha apuntado anteriormente, puede haber tantos tipos de GAM como “situaciones difíciles”, abarcando en la práctica la mayoría de las especialidades sanitarias.

En cualquier caso, la filosofía de los GAM está ligada al desarrollo de la asistencia en el ámbito comunitario, especialmente para las personas que sufren un problema de salud mental, lo cual no limita la indicación de los GAM exclusivamente a este área, aunque sí los hace especialmente útiles.

De este modo, y según lo planteado, los GAM tendrían un lugar en la oferta terapéutica dentro del nivel asistencial de Atención Especializada, como pueden ser las Unidades de Salud Mental. Así se han venido desarrollando en principio durante varios años en distintos lugares de nuestra comunidad autónoma, formando parte de una iniciativa desarrollada por profesionales de este nivel asistencial.

Por otro lado, también podemos pensar que durante años hemos estado funcionando con un modelo sanitario de atención paternalista y sobre-protector. De acuerdo con las premisas de éste, se ha depositado en exclusiva el “supuesto saber” acerca del cuidado, prevención y tratamiento de la enfermedad, así como del mantenimiento de la salud, en la institución, los profesionales y sus dispositivos sin contar para ello con el usuario.

Teniendo en cuenta lo anterior, los GAM pueden encontrar un lugar en el nivel asistencial de Atención Primaria dentro del sistema sanitario, de forma que sean los propios usuarios quienes asuman un papel más importante y participativo en la promoción de su propia salud y adaptación a los distintos estresores y dificultades de la vida. Se trata de aumentar la



Los GAM fomentan la responsabilidad y el protagonismo de los usuarios en su propio proceso



competencia de los usuarios en la comprensión y manejo de su sintomatología, e ir favoreciendo su autonomía con respecto a los sistemas asistenciales.

Este cambio de concepción respecto al paradigma predominante implicaría tanto el papel del usuario (desde un lugar más pasivo a otro más proactivo), como el papel de los profesionales (que en el caso de los GAM pasarían a ser “potenciadores” de la salud tanto o más que “paliadores” de los efectos de la enfermedad).

Cuando hablamos de un cambio de paradigma, podemos pasar a pensar desde este punto de vista la intervención con otros problemas y patologías, no sólo los propios de Salud Mental. Así, podría aplicarse la filosofía de trabajo de los GAM a enfermedades como la diabetes, cardiovasculares o EPOC.

En el marco de este paradigma, los profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria como referentes más próximos de las personas con problemas de salud tienen en los GAM una herramienta que va a facilitar el nuevo rol del usuario, buscando el protagonismo activo de su propio proceso de salud.

8. PERFIL DE POBLACIÓN A QUE SE DIRIGEN LOS GAM. POBLACIÓN DIANA

Como ya hemos dicho antes, puede haber tantos tipos de GAM como “situaciones difíciles” o problemáticas.

Contemplando la filosofía que, una persona tiene un problema que afecta negativamente a su salud puede unirse a otras que sufren el mismo problema o semejante y dar lugar a un grupo de estas características, los perfiles de población pueden llegar a ser variados.

De este modo, grupos de personas afectadas por problemas de adicción, enfermedades crónicas, situaciones estresantes graves o difíciles de asimilar y elaborar (duelos, trasplantes), grupos de familiares y cuidadores de enfermos, o incluso grupos de profesionales pueden ser incluidos en los perfiles de trabajo en los GAM.

El perfil tipo de población a la que van dirigidos los GAM referidos en esta guía son personas con Trastornos mentales comunes, entre 35 y 65 años, que presentan otras problemáticas y complicaciones de orden social y demandan asistencia frecuente.

Aunque existen otras áreas de trabajo donde los GAM pueden ser de gran utilidad, dentro del área de la Salud Mental, como son los Trastornos Mentales Graves o los problemas de adicciones.

9. METODOLOGIA GAM Y DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

9.1 Descripción de la ayuda mutua

El ser humano por naturaleza es un ser social tiende a comunicarse expresándose de forma verbal y no verbal. El proceso de comunicarse es un proceso continuo por el cual la persona puede incidir y afectar a otra de manera intencionada o no. Nuestros gestos, silencios, tonos y la codificación de mensajes tienen una repercusión en el resto de personas.

La relación de ayuda es un elemento fundamental en el trabajo de los profesionales de salud, que contiene en si misma todos los elementos facilitadores de la comunicación entre las personas.

La relación de ayuda es aquella relación en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de estos” (Rogers, 1996). Esta relación debe ser enmarcada en un paradigma de empoderamiento de las capacidades del paciente evitando conductas paternalistas por parte de los profesionales.

La solución de los problemas debe estar en la relación de confianza entre el que pide y el que da. Esta relación de confianza-ayuda ejerce una acción directa sobre el psiquismo de las personas a través de los órganos de los sentidos.

El mediador en esta relación de confianza va a ser la palabra hablada, acompañada de gestos, expresiones, mímica y aptitudes, etc.

El buen comunicador debe tener una serie de habilidades, seguir una serie de principios que favorezcan la comunicación entre emisor-receptor y viceversa.

Esta forma de ayuda consciente-inconsciente que se va a dar en las relaciones interpersonales, en las situaciones” NORMALES” y en situaciones de “CRISIS”, sea o no ENFERMEDAD MENTAL.

El proceso de recuperación de los pacientes tiene que aspirar a que el paciente sea el dueño y responsable de su continuo vital alejando la enfermedad del centro de su vida y acercando su vida al desarrollo de sus proyectos.

La ayuda no tiene porqué darla necesariamente un PROFESIONAL. La puede dar cualquier relación INTERPERSONAL que sea CALIDAD.

El campo de actuación de los grupos entendidos como: cuidados, apoyo, escucha, ayuda, prevención, educación para la salud, atención a la familia, a la infancia a las personas mayores a las parejas a los adolescentes a los ancianos, cuidados al cuidador , inmigrantes, personas con enfermedades crónicas, grupos de auto-cuidados, aumento de la autoestima, manejo de la asertividad, habilidades sociales, resolución de problemas, actividades de la vida diaria, etc. es muy amplio con gran variedad de técnicas para poder emplear que van a depender de:

- ▶ El problema a tratar .solucionar, mejorar, afrontar, colocar.
- ▶ Del propio grupo.
- ▶ Experiencia de los profesionales.
- ▶ Del paradigma de referencia con que percibamos al paciente (biológico, bio-psico-social, recuperación).
- ▶ Perspectivas de trabajo, interdisciplinarias, multidisciplinarias o transdisciplinarias.

9.2 Método de trabajo de los GAM

La dinámica de funcionamiento de los GAM consiste en facilitar el intercambio emocional.

En esencia, la forma de proceder de los GAM se basa en que; un miembro del grupo toma la palabra, habla de aquello que le preocupa, le proponemos que lo relacione con las emociones que le genera, los compañeros/as escuchan respetuosamente, tratando de empatizar cognitiva y afectivamente. Escuchamos al otro, nos escuchamos a nosotros mismos, participamos desde lo que nos recuerda de nuestra propia experiencia, de cómo manejamos la situación en el pasado, de qué hicimos para tratar de resolverla. A veces los problemas no tienen otra solución que la aceptación de los mismos, y el grupo también ayuda a ello.

El usuario a través del grupo es el que plantea las soluciones desde su experiencia, desde su libertad y sin miedo a ser juzgado por los profesionales y demás componentes del grupo.

Si tuviéramos que elegir una palabra que resumiera la metodología de la ayuda mutua probablemente sería: *acompañar*.

En la funcionalidad del grupo tiene vital importancia el coordinador que desempeña tareas de observador, dinamizador y favorecedor de la comunicación. Centra sus esfuerzos en

facilitar el intercambio emocional entre sus miembros, transmitir confianza, promover la participación, fomentar la *cohesión del grupo* y la aceptación incondicional de cada uno de sus componentes. Favorece el intercambio de experiencias, el apoyo emocional, escuchar, empatizar/comprender. Y todo ello sin juzgar.

Ahora bien, este rol del coordinador, en algunas situaciones se puede ver enriquecido con la utilización de aportaciones provenientes de la psicología científica (cognitivo-conductual) - cuestionamiento de pensamientos desadaptativos, asertividad, técnicas de control de la activación, resolución de problemas, sin que ello signifique que deba comportarse en el grupo como un especialista en psicología clínica. Antes al contrario, debe alejarse del papel de experto, pero con la ayuda de estas aportaciones ampliará sus recursos terapéuticos, y sus intervenciones podrán identificar y focalizarse en aspectos concretos que necesitan ser modificados.

Este “rol ampliado”, permitiría al coordinador dar información, “normalizar” situaciones o experiencias vividas como inadecuadas, ser consciente, por ejemplo, del valor del uso del refuerzo positivo o de lo perjudicial de las conductas de evitación.

En cualquier caso, el coordinador debe evitar “psicologizar” sus intervenciones, alejándose de la interpretación de los contenidos que puedan aportar los miembros del grupo. Se trabaja el contenido explícito y manifiesto, no el contenido latente. Promueve la participación de todos y cada uno de los miembros. Facilita la comprensión, profundización, fijación de los contenidos y de los objetivos.

Debe conocer los límites del papel que desempeña, ser siempre cauto y recordando que su rol prioritario no es el de un experto sino el de dinamizador.

Es esencial que el coordinador entienda que no recae en él el liderazgo del grupo, sino que el líder siempre debe ser la tarea, la propia ayuda mutua.

La coordinación es un rol para promover la salud grupal, si bien, podría suceder que un mal desempeño de la coordinación, genere lo contrario.

“Es tiempo de un cambio en nuestra concepción... de ver a las personas como consumidores de servicios de salud, a considerarlos como lo que realmente son, sus principales proveedores.”

Lowel, Levin y Ellen Idler

Los usuarios son los protagonistas de la acción, participan activamente en todo el proceso. Promueven las actitudes y conductas saludables que van a facilitar que los miembros del grupo puedan construir su propio empoderamiento.

En algunas situaciones es aconsejable poder complementar la ayuda mutua con estrategias y recursos provenientes de la psicología basada en la evidencia. Esto podría ser llevado a cabo de diferentes maneras:

- ▶ No programada, a través de intervenciones puntuales del coordinador, apoyándose o no en otros miembros del grupo, sobre planteamientos disfuncionales que puedan aparecer en la dinámica grupal.
- ▶ Estructurada, por aquellos coordinadores que se perciban con la suficiente formación, en la que se combinen sesiones GAM, donde no existen temas prefijados, con otras sesiones en las que se tratan técnicas y estrategias de manejo y afrontamiento de problemas.
- ▶ Con el apoyo de profesionales de la Unidad de salud mental, con la formación adecuada para abordar temas relacionados con estas áreas, a modo de ejemplo:
 - **Área psicofisiológico-emocional:** técnicas de respiración, métodos breves de relajación, regulación de emociones, incluso sobre “atención plena” - meditación.
 - **Área cognitiva:** distorsiones cognitivas, ideas irracionales, resolución de problemas y estilo atribucional.
 - **Área conductual,** se desarrollan sesiones sobre estilos de comportamiento social, asertividad, estilos de afrontamiento.

En cualquiera de los formatos, los contenidos teóricos expresados a propósito de un planteamiento disfuncional deben ser reforzados aprovechando las intervenciones de los miembros del grupo en las sesiones de GAM.

Los Grupos de Ayuda Mutua con recorrido y madurez suficiente deben aspirar a ser coordinados por los propios usuarios, con el apoyo de profesionales en función de las necesidades del grupo.

9.3 Normas de los GAM

Para un desarrollo adecuado de los GAM, deben de existir un conjunto de normas fundamentales que deben ser conocidas por todos los miembros del grupo entre las más necesarias se encuentran:

- La confidencialidad.
- El respeto hacia el resto de los miembros del grupo.

- La toma de decisiones sobre el grupo se toma en el grupo.
- Hablar de las personas cuando estén presentes.
- Evitar hablar de política y religión.

9.4 Fases de los GAM

A la hora de estructurar la creación y desarrollo de los GAM tenemos que recurrir obligatoriamente a autores como Villalva, C.²⁸, Roca, F.²³ y Domenech, Y.¹⁰ que en sus publicaciones describen el proceso de GAM con fases claramente diferenciadas que debemos considerar :

A) Fase de creación

La iniciativa de la puesta en marcha de un grupo de autoayuda puede tener el origen en la necesidad detectada por el profesional o puede venir a iniciativa de algunos futuros miembros del grupo.

En cualquier caso se debe iniciar un período preparatorio donde todas las personas interesadas en formar parte del grupo tomen contacto unas con otras, comprendan el sentido y el funcionamiento del grupo, así como que se comprometan con y para trabajar en grupo. Es clave dejar claro qué es la autoayuda y qué significa participar en un grupo de autoayuda.

B) Fase de primeros contactos

El objetivo fundamental en esta fase es ir formando el clima grupal así como que el grupo inicie el desarrollo de su cohesión. El profesional posee un rol activo, donde debe facilitar el inicio progresivo del proceso de consolidación del grupo.

C) Fase de acompañamiento.

En esta fase el grupo debe entrenarse en la práctica de la metodología de la Ayuda Mutua, enseñando a cada miembro y al grupo en general a comunicarse.

D) Fase de observación.

En esta cuarta fase, el papel del profesional queda relegado al de observador pasivo del grupo. Es importante que el profesional permanezca en la misma sala del grupo, pero que no se sienta con él en círculo, sino que se sitúe fuera del grupo.

E) Fase externa o de autodirección.

En esta quinta fase, el grupo debe tener ya la suficiente autonomía para poder funcionar por sí solo, como un grupo de ayuda mutua.

Una vez desarrollado el proceso el grupo comienza su andadura independiente, aunque si siente la necesidad de consultar al experto ante cualquier situación, es una alternativa que se puede contemplar solventar situaciones de crisis o conflictos que se puedan dar.

Villalba, C.²⁷ propone como duración total del acompañamiento profesional el período comprendido entre seis meses y un año, aunque son fechas aproximadas que dependen, entre otros, de la frecuencia de las reuniones, de las características del grupo y de la participación de los miembros. Al inicio del grupo es importante acordar con los miembros del cuánto tiempo va a durar el acompañamiento profesional.

9.5 Proceso GAM Descripción y características

9.5.1 Primera entrevista

Antes de la primera reunión del grupo debe haber una entrevista entre con el usuario que todavía es una persona que pide ayuda, solución a un problema personal y la persona/s (el que va a dar ayuda o apoyo).

Esta primera evaluación inicial es individual (ANEXO I), se va a dar la indicación de lo que va o puede ser tratado en el grupo, siendo en este momento cuando puede pedir todas las explicaciones y aclaraciones al respecto. Después vendrá la primera reunión teórica del grupo para el que se incorpora o ingresa.

Se recogen información encaminada a evaluar la conveniencia o no de ser incluido en el GAM.

Realizada esta entrevista, se reúne el equipo y se consensúa la pertinencia o no de la participación en el GAM de los usuarios propuestos.

Se procede a la formación de los grupos, valorando que la heterogeneidad puede enriquecer el funcionamiento del grupo pero también es necesario que los problemas y las edades de los miembros del grupo no sean dispares.

Existe la posibilidad de realizar un contrato Terapéutico que de contenido a los compromisos del usuario y el Terapeuta (ANEXO II)

9.5.2 Presentación y entrada en el grupo

En el primer día del grupo se realiza la presentación de todos los integrantes, miembros del grupo y profesionales. Se hace el encuadre y se habla de las normas, de las funciones de los participantes y las de los profesionales.

Los participantes tienen que tener claro: por que les han derivado a él, para que y porque ha aceptado.

En el grupo no directivo como es el GAM se deja que sea el grupo el que organice la comunicación (el profesional no dirige) y establezca las primeras relaciones interpersonales, intrapersonales

Si hay dificultades, el profesional puede hacer una apertura simbólica: "Pueden decir lo que quieran", "Empezamos", "Es su momento", "Es su tiempo", "Cuando quieran".

Siempre que se incorpora alguien NUEVO al grupo se le pide que se presente a los demás con lo que queda englobado dentro del grupo, teniendo en cuenta que en los grupos abiertos o semiabiertos los nuevos integrantes es necesario realizar una acogida intensiva para evitar las percepciones de no pertenencia, con la consiguiente pérdida.

Se recuerdan: normas, funciones y secreto de grupo.

El profesional en el grupo nunca debe sugerir el tema a tratar.

Cada sesión debe tener un registro que nos ayude a identificar las dinámicas que se generan durante el transcurso de cada reunión (ANEXOIII).

9.5.2.1 Problemas que pueden surgir en el comienzo de un grupo

A) El silencio

Por definición el silencio no existe, es una incapacidad del que sea para producir una señal, hay que tener en cuenta, entender por qué se producen, para que se producen, que tipo de silencio es, e incluso pensar que cada una de las personas que tienen la actitud de silencio tienen algún motivo. .

Generalmente la actitud de silencio por parte del grupo es también una actitud de dependencia hacia el/ los profesionales, pues esperan que él tome la iniciativa.

Si se presenta una situación donde el silencio sea mantenido, lo que se hace es cuestionar el silencio como tarea y se plantea qué es lo que significa ese silencio para cada uno de los miembros del grupo.

Cuando el silencio se produce por un solo miembro del grupo, como tendencia general el grupo debe trabajar la situación aunque pueden darse situaciones no habituales donde el terapeuta tenga que fomentar la participación de algunos miembros.

B) La banalización

En principio puede ser una forma de comienzo de acercamiento de ir acostumbrándose de lo más fácil a lo más complejo, por lo que no se deben poner grandes dificultades.

Las banalizaciones, cuando el grupo ya está lanzado, hay que interpretarlas como una forma de resistencia y se confrontara al grupo como una especie de complicidad en la banalización.

C) Los monopolios

Cuando una figura que se llama monopolista por su narcisismo impide con sus verbalizaciones el que los demás se comuniquen.

Si el grupo es controlado por un monopolista, muchas veces la eliminación del monopolista es la única solución para que esto no ocurra el profesional debe confrontarlo con el grupo para que sea este el que lo elimine. Si no se resuelve la actitud narcisista y esta se mantiene (será necesarias charlas extra grupo).

D) Los ataques

Pueden ser hacia un miembro del grupo o hacia el profesional.

- Hacia un miembro del grupo puede ser un desplazamiento de la agresividad. Otras veces son ataques reales. Conviene interpretar el porqué. A veces las cosas son más complicadas, cuando se producen los triángulos perversos; desplazamiento de la agresividad a un miembro del grupo.
- Hacia el profesional: no hay que evitarlos, son normales, muchas veces son sanos y hay que saber recibirlos, controlarlos y traducirlos de forma que sean positivos para el paciente (problemas de transferencia y contra-transferencia).

E) Subgrupos

Se entienden normalmente como que hay conversaciones paralelas, si aparecen se interrumpen pues en el grupo lo correcto es que todos escuchen a todos.

Si se forman dos grupos lo que ocurre es que hay conversaciones paralelas y hay que eliminarlas. Ojo no confundir los subgrupos con un diálogo o con un

emparejamiento entre dos que no tendría nada que ver con los subgrupos y es absolutamente válido pues se trata que dentro de un grupo una persona habla con otra y el resto del grupo está expectante y pueden participar en lo que están hablando aunque parece un subgrupo no lo es.

Más peligroso es que un grupo del grupo establezca relaciones interpersonales fuera del grupo (durante la realización del grupo) ya que va a implicar una exclusión de los otros, hay que evitarlo pues daña y vacía los contenidos del grupo (lo que se dice fuera del grupo no vuelve a él).

9.5.2.2 Técnicas especiales o estrategias dentro de los grupos

A) Desvío de preguntas y paso de responsabilidad al grupo

Repreguntar, bien individualmente al que hace la pregunta o a todo el grupo.

B) Ruedas

Consiste en dar la vuelta al asunto, generalmente se hace de derecha a izquierda, pidiendo de manera global que cada uno explique lo que está pasando, qué siente o sus opiniones.

Es útil para cortar silencio, banalizaciones y obliga a trabajar a los miembros más pasivos (silenciosos).

C) Terapéutica mixta de individual y grupal

En ocasiones el funcionamiento del grupo crea situaciones difíciles que hace necesario intervenciones individuales hacia un miembro del grupo. Se trabaja individualmente las resistencias para luego volver al grupo.

Otras veces y de forma excepcional es conveniente combinar la intervención individual con el GAM.

D) Detección y manejo de la transferencia

La transferencia es la función psíquica mediante la cual un sujeto transfiere inconscientemente y revive, en sus vínculos nuevos, sus antiguos sentimientos, afectos, expectativas o deseos infantiles reprimidos, que habrán estado orientados originalmente hacia los padres, los hermanos u otras personas significativas en la infancia.

En los Grupos de Ayuda Mutua no tenemos que realizar ninguna interpretación de la misma, pero es conveniente conocerla y ser consciente de los procesos subyacentes que puedan estar ocurriendo detrás de la conducta manifiesta.

Esta situación se puede dar de terapeuta a paciente y viceversa (transferencia y contratransferencia), en los casos donde se produce intensas interferencias en el proceso grupal es necesario trabajar con otros profesionales o recurrir a otro profesional co-terapeuta que colabore en la supervisión del grupo para generar la imparcialidad necesaria en el grupo.

9.5.3 Terminación de un Grupo

Puede darse dos tipos de finales de participación en el grupo, individual o grupal, en ambos casos es necesario realizar una evaluación final (ANEXO IV).

A) Individual

- Baja voluntaria una persona decide ser baja, es recomendable que explique los motivos dentro del grupo. A veces lo que va a ser una baja voluntaria al oír a los demás miembros del grupo decide no serlo. Pero si está decidido debe hacerlo (se explica el motivo de la baja y cada miembro del grupo da su opinión).
- Baja terapéutica, se produce cuando se ha mejorado lo suficiente el paciente en común acuerdo con el/los profesionales y el grupo.

Hay que considerar que cuando se produce una baja por mejoría debemos constatarlo a través del tiempo. (Cuidado con la ansiedad de separación).

Estas dos bajas son individuales y puede seguir existiendo después un apoyo por parte del terapeuta.

B) Grupal

- Terminación por finalización de la programación del grupo, cuando así está establecido por haberse fijado un número determinado de sesiones, se da en los grupos cerrados.
- Por debilitación, es típico de los grupos abiertos. Los miembros van desapareciendo y el grupo se interrumpe con tres miembros para evitar los triángulos perversos, a la espera de la incorporación de más miembros.

Estas situaciones se tienen que advertir en la 1ª entrevista/ 1º día de grupo. Se recomienda avisar con tiempo la finalización del grupo para poder hacer las despedidas progresivas y para estimular la aparición de temas que no se hayan tratado y los miembros tengan aún tiempo de poder exponerlos, trabajarlos y así poder recibir ayuda del grupo.

9.6 Tipos de grupos

Según la homogeneidad

Es aconsejable que los GAM para personas con Trastornos mentales comunes tengan cierta homogeneidad, en algunos casos se puede ser complicado trabajar con grupos grandes diferencias en edad, con intereses, experiencias y objetivos dispares.

En los grupos GAM encontramos distintas variables que debemos tener en cuenta a la hora de configurar los grupos:

- ▶ **Edad:** intentando evitar grupos de edad muy dispares
- ▶ **Sexo:** los grupos Mixtos, son los grupos más enriquecedores.
- ▶ **Tamaño:** El número ideal es de 8 a 12 miembros aunque pueden llegar a tener hasta 20 miembros.
- ▶ **Permeabilidad:**
 - **Grupos abiertos** es aquel en el que el flujo de entrada y salida de usuarios es de forma continuada, en base al cumplimiento de objetivos terapéuticos o por la propia composición del grupo en cuanto a número.
 - **Grupos semi-abiertos:** Los que permiten la incorporación progresiva de pacientes hasta conseguir un número determinado de pacientes (deseados) o por bajas imprevistas.
 - **Cerrados:** no permiten la incorporación de miembros nuevos en el grupo.

Según el estilo de trabajo

- ▶ **Grupos Psicoterapéuticos** como tal, en los que el profesional (Psicólogo, Psiquiatra), desde un modelo psicoterapéutico concreto, (psicodinámico, cognitivo-conductual, sistémico.) dirige/orienta el funcionamiento del mismo.

- ▶ **Grupos Psicoeducativos**, en que el profesional también juega un papel muy relevante y central, y en los que se ofrece a los participantes información, material, documentación, sobre distintas áreas a trabajar.
- ▶ **Grupos de Apoyo**, con la presencia de un profesional que puede desempeñar las tareas de facilitador o moderador del funcionamiento del grupo, pero en los que el gran peso de las dinámicas en las sesiones recae sobre los miembros participantes.
- ▶ **Grupos de Ayuda Mutua**, en los que puede haber presencia de un profesional durante un tiempo, pero en los que el objetivo y filosofía es que los miembros sean los que se presten apoyo entre sí, sin necesidad (al menos cuando la experiencia ya lleve un tiempo de funcionamiento) de la participación de profesionales.

9.7 Funcionamiento de un grupo

El grupo siempre funciona con tres niveles simultáneos: nivel de contenido, nivel de procedimiento y nivel socio-emotivo, de lo más superficial a lo más profundo pero los tres a la vez sincrónicos.

- 1º) **Nivel de contenido:** está dirigido a la obtención de un fin común (en una clase el nivel de contenido sería el saber y entender una asignatura).
- 2º) **Nivel de procedimiento:** está por debajo del anterior (nivel de contenido) y funciona al mismo tiempo que él, es el método, la metodología que se usa para obtener un determinado fin (la forma de obtener un fin).
- 3º) **Nivel socio-emotivo:** se encuentra aún nivel más profundo y menos visible, es a este nivel donde se van a intercambiar ideas y relaciones de tipo afectivo.

10. EVALUACIÓN

- ▶ La observación de los profesionales que actuarán de terapeuta, coterapeuta y observador, indistintamente.
- ▶ Evaluación: pre-trans-post grupal a través de pruebas psicométricas y registros prefijados. (ANEXOS I, III, IV).

11. RECURSOS HUMANOS Y PERFIL PROFESIONAL DEL TERAPEUTA DE LOS GAM

En los grupos de ayuda mutua es aconsejable la presencia de dos profesionales, trabajando siempre en coterapia, lo que permite un trabajo intenso durante la sesión y la posterior puesta en común de lo acaecido en el grupo por los profesionales.

Existe la posibilidad de integrar un profesional que realice el rol de observador integrado en el grupo, puede ser una referencia muy válida para los coterapeutas.

Se define la coterapia como aquel proceso en el que más de un terapeuta trata al paciente o grupo en cooperación y coordinación con el resto de los profesionales.

Mientras que el rol del observador sería fundamentalmente la observación del funcionamiento del grupo, haciendo la devolución a los coordinadores, una vez acabada la sesión.

11.1 Perfil profesional

Los profesionales que trabajan en Grupos de Ayuda Mutua deben tener unas competencias profesionales basadas en conocimientos y habilidades sobre dinámicas de grupo, comunicación, liderazgo, manejo de grupos y trabajo en equipo, así como actitudes de liderazgo, motivacionales, compromiso grupal y con un alto desarrollo de la empatía.

El grupo regional de GAM del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha tiene una formación y experiencia adquirida en los últimos años tanto desde la perspectiva formativa como desde la coordinación de GAM en distintas áreas de salud de la Comunidad Autónoma, es una fuente importante de conocimiento y experiencia para la difusión y puesta en marcha de otras iniciativas de GAM en la Región.

Los profesionales que pueden realizar los GAM tanto como Terapeutas como observadores, serían cualquier miembro del equipo (Enfermería, T. Social, Terapeuta Ocupacional, Médico

de Familia, Médico Psiquiatra, Psicólogo) con clara implicación, motivación adecuada y formación necesaria.

11.2 Funciones del coordinador/terapeuta y del observador

A) Selección de pacientes

- ▶ Valoración según criterios de inclusión.
- ▶ Selección de los pacientes previa entrevista personal y coordinación con el profesional que la deriva, donde se valorará su historia clínica, nivel de implicación, diagnóstico y expectativas respecto a la actividad.

Cuando se realice la propuesta de inclusión del paciente grupo es necesario incidir en dejar patente la conveniencia de tener un grado de compromiso alto, que garantice la asistencia al grupo semanalmente para asegurar su participación e integración en el mismo.

B) Participación en las sesiones

La frecuencia de las sesiones es de una semanal con una duración de 1,30 h. Las funciones del terapeuta dependen en gran medida de la fase en la que se encuentre el grupo (clima grupal), lo que va evolucionando a lo largo del tiempo y de la vida del grupo. Podemos reseñar que es necesario que el terapeuta realice:

- ▶ Escucha Activa.
- ▶ Observación y valoración de cada una de las situaciones que se dan en el grupo.
- ▶ Dinamización (inicio/creación del grupo), con respecto a la participación de todos los integrantes desde las primeras sesiones.
- ▶ Facilitar el mantenimiento y cohesión del grupo, recordando la normativa interna, la tarea a realizar y el encuadre.
- ▶ Facilitar el intercambio emocional, lo que supone la base fundamental en la que se asienta el grupo.

La coterapia posee su propia dinámica, pues interactúan ambos terapeutas intentando ser complementarios en la búsqueda de una meta en común, siendo importante la afinidad entre ambos, al gestarse desde aquí, un proceso basado en la confianza, que determina una mayor eficacia en el grupo.

Con respecto al observador su rol en el grupo es únicamente observar la dinámica grupal en todas sus fases, sin intervención alguna en sesión y devolviendo esa información en la coordinación de los coterapeutas. Valora la participación de todos los miembros, así como el lenguaje verbal y no verbal de cada uno de ellos.

C) Puesta en común de la sesión

Una vez acabada la sesión se realiza una puesta en común de los coordinadores del grupo, comentando la sesión y valorando las dinámicas que se han producido en el grupo.

D) Registro y evaluación

Registro de participación en la actividad, registro de la dinámica del grupo e historia clínica de los pacientes. Evaluación de las distintas escalas psicométrías.

12. RECURSOS MATERIALES EMPLEADOS EN LOS GAM

- ▶ Es necesario tener una sala que garantice la privacidad y evite las barreras que dificulten la comunicación, por ejemplo el uso del teléfono, interrupciones, etc.
- ▶ Sillas colocadas en círculo.
- ▶ Material de escritura (folios, bolígrafos, carpetas, etc.).
- ▶ Ordenador.
- ▶ Proyector.

13. CRITERIOS DE EVALUACIÓN. INDICADORES

Instrumentos de evaluación

- ▶ Registro de asistencia a las sesiones.
- ▶ Registro de las sesiones.
- ▶ B.A.I. (Ansiedad Beck).
- ▶ Cuestionario de salud general de Goldberg.
- ▶ B.D.I.- (Depresión de Beck)
- ▶ Autoestima de Rosemberg.
- ▶ Cuestionario de apoyo social percibido - Duke Unc-
- ▶ Percepción de la función familiar -Cuestionario Apgar familiar

Indicadores de actividad

1. Porcentaje de asistencia media del grupo.
2. Porcentaje de pacientes que terminan el grupo programado.
3. Porcentaje de altas de Salud mental de pacientes incluidos en el grupo.
4. Porcentaje de pacientes que reducen el consumo de benzodiazepinas después de seis meses asistiendo a GAM.
5. Porcentaje de pacientes que reducen el consumo de antidepresivos después de seis meses asistiendo a GAM.
6. Número de demandas de consulta que realizan los pacientes previas a la inclusión en el grupo (año anterior a la inclusión en grupo).
7. Número de demandas de consulta, que realizan los pacientes después de conclusión del grupo (año posterior a la terminación de grupo).
8. Porcentaje de sesiones que se realizan sin la participación de un profesional.
9. Porcentaje de pacientes que continúan la experiencia después de que el grupo termine con la participación de profesionales.

10. Número de grupos que se externalizan al servicio, con autonomía.
11. Satisfacción del paciente en relación con la experiencia del grupo.
12. Relación de demandas de servicios de urgencias antes de GAM y durante el GAM.
13. Número de personas que mejoran relaciones familiares.
14. Número de personas que amplían su red social
15. Número de personas que empiezan a participar en asociaciones, actividades lúdicas, etc.

14. BIBLIOGRAFÍA

1. Ávila Alejandro: Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico-Vincular Vol. I y II Edita: Quipú ediciones ISBN: 84-88683-00-6
2. Barrón, A. (1996): *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Siglo XXI. Madrid.
3. Caballo, V. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Editorial S XXI. 1997. Volúmenes 1 y 2.
4. Canals, J. Comunidad y redes sociales: de las metáforas a los conceptos operativos. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*. 1991, 23:7-18.
5. Caparrós Nicolás, y el Grupo Creo al Hombre Editorial biblioteca Nueva, 2004 ISBN: 8497423755 ISBN-13: 9788497423755
6. Casado, D. Acción Social y Servicios Sociales, en Juárez, M., Casado, D., eds. *V informe Sociológico sobre la situación social en España. Sociedad para todos en el año 2000*. Madrid, Fundación Foessa, 1995:1735-1875.
7. Cheung, S.-K., & Sun, S.Y.K. (2000). Effects of self-efficacy and social support on the mental health conditions of mutual-aid organization members. *Social Behavior and Personality*, 28,413-422.
8. Chinman, M., Kloos, B., O'Connell, M., & Davidson, L. (2002). Service providers' views of psychiatric mutual support groups. *Journal of Community Psychology*, 30, 349-366.
9. De Zayas, I. (1995). Los grupos de mutua ayuda y las Asociaciones de voluntariado, núcleos de apoyo y participación social organizada. *Ayuda Mutua y Salud*, 1, 34-42.
10. Domenech López, Yolanda. "Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social". *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*. N. 6 (oct. 1998). ISSN 1133-0473, pp. 179-195.
11. Ellis, A., y Grieger, R. Manual de Terapia Racional Emotiva. Editorial Desclée de Brouwer. 1981. Volúmenes 1 y 2.

12. Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., Rizo, C., & Stern, A. (2004). Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interaction. *British Medical Journal*, 328, 1166-1170.
13. Gallardo, C. Los grupos de ayuda mutua en la Comunidad de Madrid. Perspectiva de los médicos de Atención Primaria. Madrid, Tesis doctoral, 2001.
14. Gracia Fuster, E. (1997): «Grupos de apoyo y autoayuda, una fuente de recursos para la intervención social» en *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Paidós. Barcelona. Págs. 44-70.
15. Hartley, P. (1995). Changing Body image through guided self-help: A pilot study. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 3, 165 - 174.
16. Katz, A.: « Self-help and mutual aid: An emerging social movement?». *Annual Review of Sociology*, 7. 1981. Págs. 129-145.
17. Kurtz, L.F. *Self-Help and support groups. A handbook for Practitioners*. London, Sage Publications, 1997.
18. Lieberman, M. A., & Videka-Sherman, L. (1986). The impact of self-help groups on the mental health of widows and widowers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 435-449.
19. Martín Ferrari, L.; Rivera Gaiztarro, A.; Morandé Lavín, G.; Salido Eisman, G. Las aportaciones de los grupos de autoayuda a la salud mental Clínica y Salud, vol. 11, núm. 2, 2000, pp. 231-256 Colegio Oficial de Psicólogos Madrid, España.
20. Moreno, L. y Pérez Yruela, M., eds. *Política social y Estado del Bienestar*. Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, 1992.
21. Pistrang N, Barker C, Humphreys K. Mutual help groups for mental health problems: a review of effectiveness studies. *Am J Community Psychol*. 2008 Sep; 42(1-2):110-21. doi: 10.1007/s10464-008-9181-0.
22. Raggio S, *Grupos de autoayuda y ayuda mutua: camino compartido hacia el bienestar*. Lugar Editorial, 200730-Recuperación y ayuda mutua, guía de apoyo al moderador de grupos de ayuda mutua. En primera persona. Federación Andaluza de asociaciones de usuarios de salud mental. 2013
23. *Recuperación y ayuda mutua, guía de apoyo al moderador de grupos de ayuda mutua*. En primera persona. Federación Andaluza de asociaciones de usuarios de salud mental. 2013.

24. Riessman, F (1965). The helper therapy principle. *Social Work*, 10, 27-32.
25. Roca, F. y Villalbi, J.R. (1993): Manual para el funcionamiento de grupos de ayuda mutua. Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra. Pamplona. Págs. 5-24.
26. Rodenas Picardat, S.: «Grupos de Ayuda Mutua: Una práctica alternativa en la práctica del Trabajo Social». *Alternativas*, 4. Octubre 1996. Págs.195-222.
27. Tom Carnwath y David Millar. *Psicoterapia conductual en asistencia primaria: Manual práctico*, 1989, ISBN 9788427013193
28. Villalba Quesada, C. (1993): «Redes sociales: un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria». *Intervención psicosocial*, Vol II, 4. Págs. 69-85.
29. Villalba Quesada, C. (1996): «Los Grupos de Apoyo basados en la autoayuda: una propuesta para el inicio y acompañamiento profesional». *Intervención psicosocial*. Vol. V, 15. Págs. 23-41.
30. Wollert, R., Levy, L.H. y Knight, B. (1982). Help-giving in behavioral control and stresscoping self-help groups. *Small Group Beha - vior*, 13, 37-38.

ANEXO I**VALORACIÓN INICIAL GAM**

Paciente:	Derivado por:	
Edad:	Estado civil:	Número de hijos:
Estudios Realizados:		
Actividad Profesional:		
Situación laboral:		
Diagnóstico:		
Tratamiento Farmacológico de Salud Mental		
Fecha de inicio:		
Antecedentes de toma de medicación anteriores:		
Tratamiento Psicológico		
Fecha de inicio:		
Antecedentes de tratamientos anteriores:		
Tiempo de Evolución de la enfermedad:		
AP:	AE:	
Otros tratamientos de interés:		
Cómo se encuentra en la actualidad:		

Proyectos de Futuro:**Ilusiones:****Aficiones:****Relaciones**

- Sociales:

- Familiares:

- Laborales:

- Personal Sanitario:

Motivación para participar en el grupo

- Por qué:

- Objetivos que le gustaría conseguir:

- Otros:

Instrumentos recomendados de evaluación

- Inventario de ansiedad de Beck. BAI.
- Inventario de depresión de Becj BDI.
- Cuestionario de apoyo social percibido Duke Unc.
- Percepción de la función familiar Cuestionario Apgar familiar.
- Cuestionario de salud general de Goldberg.
- Autoestima de Rosemberg.

ANEXO II**CONTRATO TERAPEÚTICO
GRUPOS DE AYUDA MUTUA 2013/14**

Yo D/D^a _____ me comprometo y acepto el grupo, su dinámica, su funcionamiento, así como a acudir a las sesiones según programa, ser puntual y comunicar las ausencias; no hablar y no hacer ningún comentario de lo que transcurra en el grupo fuera del mismo.

Usuario**Profesional**

ANEXO III**EVALUACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN GRUPO DE AYUDA MUTUA**

FECHA	SESIÓN N°:
ASISTENTES:	
AUSENTES:	
JUSTIFICACIÓN:	
TEMA GENERAL:	
TEMA PARTICULAR:	
<p>PARTICIPACIÓN DEL GRUPO EN EL TEMA</p> <p>Personas que más han participado:</p> <p>Personas que menos han participado:</p> <p>Personas que han centrado la atención:</p> <p>Personas que han dado mejores estrategias de solución a los problemas planteados:</p> <p>Personas que han tenido conductas problemáticas:</p>	
<p>ESTRATEGIAS PLANTEADAS:</p> <p>Respuestas a estas estrategias por parte de los participantes implicados:</p> <p>Personas que no aportan estrategias:</p> <p>¿Qué puedo hacer yo en relación a mi problema? (sobre la/s persona/s que plantean el problema en la sesión)</p>	

ANEXO IV**FINALIZACIÓN DE GRUPO DE AYUDA MUTUA
VALORACIÓN FINAL**

Asistencia:

Valoración del profesional:

Valoración del usuario:

Valoración final:

Instrumentos recomendados de evaluación

- Inventario de ansiedad de Beck BAI.
- Inventario de depresión de Becj BDI.
- Cuestionario de apoyo social percibido Duke Unc.
- Percepción de la función familiar Cuestionario Apgar familiar.
- Cuestionario de salud general de Goldberg.
- Autoestima de Rosemberg.