

Beneficios de los Grupos de Ayuda Mutua para avanzar en la promoción e intervención en los trastornos de ansiedad

En la sociedad actual son cada vez más frecuentes los trastornos de ansiedad (agorafobia, fobia social, fobia específica, ansiedad generalizada, ansiedad por separación, mutismo selectivo), manifestándose la mayoría de ellos en las etapas de adolescencia y juventud. Cada uno de estos trastornos presenta particulares características, síntomas y efectos, pero tienen el denominador común de la ansiedad. Es una tendencia natural que las personas afectadas por un problema común tiendan a reunirse, por lo que no es extraño que hayan surgido agrupaciones o asociaciones de personas con experiencia propia en trastornos de ansiedad, bien en calidad de directamente afectados o también sus familiares. En este trabajo se revisa el concepto y aplicación de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) como instrumento para reforzar la atención psicológica especializada, sirviendo de nexo entre el entorno familiar y el terapéutico. Se ofrecen también las características más importantes de los GAM, en cuanto a su estructura, métodos y funcionamiento. Además, se presentan los resultados de una encuesta a los socios de AMTAES (Asociación Española de Ayuda Mutua contra las Fobia Social y otros Trastornos de Ansiedad) que participan en GAM repartidos por toda la geografía nacional.

Palabras clave: Ansiedad, Apoyo, Grupos de Ayuda Mutua, Evaluación.

1. Introducción

En los últimos años se ha registrado un considerable aumento de pacientes que padecen los denominados trastornos de ansiedad. No es malo sentirse ansioso, ya que todos tenemos ansiedad, porque es algo corriente y normal en los seres humanos; sin embargo, esta ansiedad debe establecerse dentro de determinados parámetros para que sea considerada como benévola. Cuando la ansiedad produce un deterioro en la calidad de vida de la persona, ahí estamos frente a un trastorno que difícilmente puede ser resuelto sin ayuda externa.

Los trastornos de ansiedad con criterio diagnóstico son (Tortella-Feliu, 2014): agorafobia, trastorno de ansiedad social, fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia, trastorno de ansiedad por separación y mutismo selectivo. Además estrechamente ligados a éstos se encuentran el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos por estrés postraumático y de estrés agudo. Cada uno de ellos, presentan características particulares, síntomas y efectos, pero tienen el denominador común de la ansiedad. En particular, el trastorno de ansiedad social, también llamado fobia social, suele desarrollarse en la adolescencia y su rasgo distintivo es el temor a ser rechazado o criticado negativamente, por lo cual el afectado evita situaciones sociales que le conduce al aislamiento y a no poder desarrollar buena parte de proyectos vitales.

Es una tendencia natural que las personas afectadas por un problema común tiendan a reunirse, por lo que no es extraño que surjan agrupaciones o asociaciones de personas con experiencia propia en trastornos de ansiedad, bien en calidad de directamente afectados o bien sus familiares. En este contexto, se creó recientemente la Asociación Española de Ayuda Mutua contra la Fobia Social y otros Trastornos de Ansiedad (AMTAES), la única asociación de ámbito nacional, que reúne específicamente a afectados por trastornos de ansiedad. Es una asociación sin ánimo de lucro cuyos miembros se prestan apoyo mutuo. Sus principales objetivos son: 1) Facilitar la interacción entre afectados para promover las relaciones interpersonales y resolver tareas cotidianas o problemas que se dificultan por las limitaciones que generan los trastornos de ansiedad; y 2) Ser una plataforma legal para dar a conocer al conjunto de la sociedad la existencia e importancia real de este tipo de trastornos, así como reivindicar la necesidad de abordar medidas para su adecuada prevención e intervención psicológica, siempre en el ámbito de las terapias basadas en la evidencia.

Esta Asociación aporta elementos innovadores que consideramos no se han desarrollado convenientemente en España:

- Reunir los trastornos psicológicos que tienen en común la ansiedad, que son claramente diferenciables de otros trastornos mentales, tal como se refleja actualmente en los criterios diagnósticos de ámbito internacional (DMS, CIE).
- Creación y funcionamiento de Grupos de Ayuda Mutua para los trastornos de ansiedad, en donde los propios afectados avanzan en su recuperación personal y social.

En este artículo recogemos la experiencia, funcionamiento y resultados de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) que se están aplicando en AMTAES como herramienta para facilitar que los propios afectados por trastornos de ansiedad tomen la iniciativa.

2. Los trastornos de ansiedad desde la visión de los afectados

Desde la perspectiva de los afectados, recogemos seguidamente aportaciones que pueden ayudar a comprender mejor lo que sienten las personas que sufren la fobia social u otros trastornos de ansiedad (Laine Lois, 2016).

La vida es como una noria, tiene sus subidas y bajadas, llena de imprevistos. No hay nada sujeto a control y siempre está en movimiento. Las personas con trastornos de ansiedad tienen estos altos y bajos especialmente marcados y les cuesta aceptar ese descontrol por sus especiales circunstancias derivadas de su problema o trastorno. Su nivel de aceptación del estrés es más bajo, son más sensibles a todo. La fobia social, por ejemplo, implica siempre una ansiedad de base a cualquier hora y momento, provocada por la anticipación y los pensamientos irracionales. La ansiedad es sinónimo de miedo, siempre hay una amenaza, algún peligro, real o imaginario. No es necesario estar enfrentando directamente una situación social, el miedo llama al miedo, a la ansiedad y a la depresión.

A continuación transcribimos algunas de las frases más representativas en primera persona:

- “Mi vida es más complicada que la de otras personas, porque los tropiezos que la vida implica se multiplican y si ya es complicada de por sí, estos extras la hacen bastante más difícil”.
- “Para vivir necesito evitar y parar, en un intento de eliminar parte de esa ansiedad. Es como si buscara vivir en otro mundo o lo intentara”.
- “Mi ansiedad generalizada hace que mi mente siempre vaya a ideas y pensamientos que me hacen sufrir. Cosas tristes que han pasado y cosas futuras que pasarán y que me dan latigazos de dolor y de miedo, fuertes sobresaltos, golpes directos al corazón”.
- “Necesito evadirme de toda la realidad, todo me trastorna, todo me lastima, quiero todo fuera, barrer mi cabeza. No quiero saber lo que pasa en el mundo exterior. No quiero ver la inestabilidad del mundo en el que vivimos, ni sus tristezas y desgracias. Quiero vivir en una burbuja, donde nadie pueda entrar”.
- “Sé que todos vivimos situaciones complicadas, que la vida es dura, difícil, pero normalmente no estás pensando en ello a cada momento. A mí me perfora la cabeza hasta creer volverme loca y no consigo, no me siento capaz de ser racional y afrontarlo. Intento vivirlo a mi manera, como puedo y las veces que puedo evadir la realidad, lo hago al extremo”.
- “No me extraña que el término agorafobia venga de la palabra griega ágora = plaza pública. Salir por el portal para mí es como encontrarme de golpe, no sólo en la plaza, sino en un anfiteatro romano, expuesto a los leones y/o al público. He de respirar antes de dar un paso e ir con decisión a tu objetivo”.
- “Cuando de repente me encuentro con un contacto social inevitable, mi susto y sorpresa se transforma en mi cara de una forma que sorprende a quien lo recibe”.
- “La fobia social es un problema que nos obliga a vivir en silencio, siendo lo que no somos e inventándonos mil excusas. Cuando lo contamos, a menudo nos resulta muy caro, porque el ser humano tiende a aprovecharse de la debilidad de los otros”.
- “Es un muro, enorme muro con el que te topas y no puedes seguir. Solo puedes intentar evadir esos pensamientos y duele cuando te dicen que no pones de tu parte”.

Conviene señalar también que en estos momentos el sentimiento de desatención que expresan muchas de las personas con trastornos de ansiedad respecto a los servicios sanitarios públicos es preocupante. Es por ello que los propios afectados se están haciendo oír en foros, reuniones y congresos en donde se les permite plantear su experiencia y señalar medidas necesarias y urgentes (AMTAES, 2019):

- Es necesario que se tomen en consideración la importancia de los trastornos de ansiedad, sobre todo por las consecuencias a veces irreversibles en el desarrollo personal de los afectados.
- Que no se menosprecien, frente a las enfermedades mentales graves, los trastornos de ansiedad, pues no se valora suficientemente las consecuencias adversas para el bienestar psicológico de las personas que los padecen y para la sociedad en su conjunto.

- Que se escuchen las inquietudes, problemática y necesidades de los afectados, especialmente en lo que se refiere al derecho que tienen de recibir una atención psicológica especializada, personalizada y eficaz.
- Que se apueste por mejorar la formación de los profesionales de la psicología en trastornos de ansiedad para que puedan ofrecer la atención especializada que se necesita.
- Que los profesionales conozcan a las asociaciones de afectados y valoren la ayuda mutua, como herramienta complementaria a la atención psicológica.

3. Los Grupos de Ayuda Mutua (GAM)

En el seno de asociaciones de afectados por un problema común, o bien de forma independiente, surge el modelo de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM). Desde sus orígenes, estas redes de ayuda han encarnado una filosofía que reconoce, desarrolla y estimula el poder de las personas no sólo para ayudarse a sí mismas, sino también para ayudar a otras personas a ayudarse a sí mismas.

El movimiento de ayuda mutua aparece en la década de 40 del siglo pasado, con la fundación de los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA), y lo hace con el único propósito de ofrecer un medio social como principal instrumento de cambio frente a una enfermedad. Desde entonces, personas con diversos problemas o circunstancias vitales empiezan a reunirse y tratar de fomentar la ayuda mutua (movimiento de mujeres, movimiento por los derechos de las personas con discapacidades, movimiento gay). Sin embargo, no es hasta la década de los 70 cuando se produce un mayoritario interés por los sistemas de apoyo social y un reconocimiento de los efectos positivos que la ayuda mutua tiene en la salud física y psicológica (Hess, 1982). Algunos GAM se dedican a problemáticas incluidas dentro de los campos clásicos de la marginación social (drogas, alcoholismo, SIDA) pero la mayoría se vinculan a formas más sutiles y ocultas de marginación y en ciertos casos, se trata de trastornos que conllevan alguna forma de estigma social, como es el caso de los trastorno de ansiedad.

En los procesos relacionados con la salud, las distintas respuestas o intervenciones pueden darse, básicamente en dos contextos (Comelles, 1985a,b), cuya importancia relativa en cuanto a la proporción de intervenciones sobre la salud, variará de unos lugares a otros en función de la situación socio-económica y de condicionantes históricos o culturales:

“El ámbito doméstico-familiar (ampliable a la red social inmediata) que incluye las actuaciones del individuo sobre sí mismo” (Rivera Navarro, 2005, p. 2). Este es el eje sobre el que gira verdaderamente el sistema sanitario, en el sentido de que, a pesar de que buena parte de los procesos pasan en algún momento por las manos de los profesionales y por instituciones, normalmente comporta un regreso al hogar.

“El ámbito institucional, que incluye la relación con los especialistas reconocidos institucionalmente, aunque a veces también se incluye a los que no lo son” (Rivera Navarro, 2005, p.2). El ámbito institucional supone una discontinuidad espacial con los lugares donde transcurre la vida cotidiana del paciente. De esta forma, el usuario se ve

obligado a cruzar unas barreras sistemáticas que le separan de sus referencias habituales y le convierten en un ser dependiente de una lógica y unas normas que no son las suyas.

La existencia de los GAM se explica, por un lado, por el problema común que sufren sus miembros (en este caso cuestiones relacionadas con la salud mental) y, por otro lado, en las relaciones asimétricas que se establecen entre los afectados y los profesionales de la salud en el itinerario terapéutico. La potenciación de los GAM cuenta con el argumento de los buenos resultados que han conseguido en países donde tienen más arraigo. Sin embargo, los GAM, en España, tienen aún poca tradición (Rivera Navarro, 2005).

3.1. El concepto actual

Un Grupo de Ayuda Mutua es una integración de personas cuyos miembros se reúnen de forma voluntaria y libre, movidos por la necesidad de dar respuesta o encontrar una solución a problemas compartidos por todos ellos o con el fin de lograr cambios personales o sociales (Ródenas, 1996).

La definición y funciones de los GAM se pueden sintetizar en los términos expuestos por Canals (1995). En el GAM se desarrolla el apoyo mutuo a partir del cumplimiento de las reglas de la reciprocidad horizontal, simétrica y generalizada. Los afectados pueden encontrar, además de apoyo emocional y social, formas de facilitación de recursos técnicos y de ayuda. La acción del GAM favorece la visibilidad social de los sectores afectados, poco tenidos en cuenta para las políticas públicas de salud. Y esta misma acción les aporta beneficios y les permite conquistar derechos que quizás sería imposible obtener por otras vías.

La ausencia de profesionales dentro del grupo es una característica fundamental de un GAM, pues la presencia de un profesional desvalorizaría la elaboración de solidaridad y la recuperación de la autoestima que los GAM pretenden. Cuando se nos habla de Grupos más o menos tutelados por profesionales, estamos ante grupos de apoyo terapéutico u otras alternativas (Canals, 1995). En los GAM no está presente ningún profesional, al menos que el grupo lo llame de forma puntual para pedirle algún tipo de información o colaboración técnica (Orsi y Pinto Martín, 1991).

No hay diferencias de estatus entre los miembros, pues los GAM están basados en la horizontalidad de las relaciones y la igualdad entre las personas que los constituyen. La horizontalidad permite que las personas se sientan cómodas y que se rompa la dinámica aprendida de jugar el papel de persona enferma-pasiva. Los miembros de un GAM se ayudan los unos a los otros a través de las interacciones que, entre ellos y en el marco del grupo, se van produciendo (Orsi y Pinto Martín, 1991). El GAM es también un lugar de encuentro social donde rehacer las relaciones que muchos de sus miembros habían perdido (ActivaMent Catalunya Associació, 2014).

3.2. Los efectos terapéuticos

De lo anterior se deduce que el GAM es una vía hacia el crecimiento individual de sus miembros, en cuanto a asunción de responsabilidades y adquisición de nuevos valores (Ródenas, 1996) ya que facilita la toma de decisiones personales porque nadie decide por el otro ni le da la respuesta a su problema.

La persona que decide acudir a un GAM no se verá rechazada cuando explique sus síntomas o sus problemas en su vida cotidiana, tal como puede ocurrirle al intentar integrarse en otros grupos sociales. Se reducen, por tanto, notablemente los pensamientos anticipatorios relacionados con el miedo al rechazo o a no ser comprendido. En el seno del GAM se comparten experiencias, se explican abiertamente ideas, se habla de temas relacionados con los trastornos de ansiedad, pero también de otros aspectos de la vida personal, familiar, laboral y social.

Así pues, entre los objetivos de estos grupos deben incluirse no solo la reducción de síntomas, sino también el incremento de la autoestima, la integración social, la honestidad, la aceptación y el amor a uno mismo y la consecución de habilidades sociales más eficaces. Los elementos terapéuticos de los GAM se pueden resumir, según Martin Ferrari *et al.* (2000):

- El sentido de pertenencia a una GAM da una identidad a nivel social y a otros niveles más profundos.
- Muchas personas encuentran la esperanza, han visto como algunos “peores, o iguales”, con similar problemática que ellos han progresado en su recuperación.
- El grupo está dotado de cualidades propias, se crea un espacio común de relaciones que por sí mismo es algo constructivo, por supuesto no uniforme o de la misma manera en todas las personas. Pero en ese intercambio está el germen, la ocasión, para que se produzca un avance.

3.3. La relación con los profesionales de la salud mental

Hay autores que afirman que para las personas con trastornos psicológicos o de conducta es importante la participación de profesionales de salud mental con objeto de conseguir una eficacia máxima del grupo, siempre y cuando se preserve la autonomía de los miembros del mismo y la filosofía de ayuda mutua. En estos casos, por tanto, es fundamental cierta distancia de los profesionales y organizaciones profesionales para el adecuado funcionamiento de los GAM, así como para lograr el éxito en la colaboración entre estos dos sistemas de ayuda (Martin Ferrari *et al.*, 2000).

Entre los diversos roles a desempeñar por el profesional de la salud mental dentro de una relación con los GAM (Chutis, 1983), caben destacar: 1) asistencia técnica en el desarrollo de las relaciones con la prensa, elaboración de boletines, hojas informativas; 2) fuente de legitimización de los grupos a través de la transferencia de información; 3) conexión de los grupos con la comunidad profesional; 4) asesoramiento en aspectos de salud mental, ofreciendo información acerca de recursos, procesos de grupo y habilidades de ayuda que pueden estar fuera del alcance del grupo.

Por otra parte, según señala Rivera Navarro (2005), los GAM son recursos valiosos para ser aprovechados desde los equipos de atención primaria de salud, pues ofrecen la posibilidad de disponer de una atención legal y complementaria a la profesional, que puede ayudar al paciente a superar la situación de aislamiento que le suele acompañar y, por otro lado, garantizar una información más útil para responder a las necesidades específicas de su vida diaria. Institucionalmente, desde la publicación de la Carta de Ottawa (Organización Mundial de la Salud, 1986) se considera a los GAM un eje principal para la promoción de la salud, pues a través del fomento del auto-cuidado y de la ayuda mutua, se facilitan algunos de sus objetivos fundamentales.

4. Funcionamiento de los GAM

De acuerdo a la experiencia de los GAM en la asociación AMTAES, recogemos en este apartado los aspectos y características que consideramos de mayor interés para el buen desarrollo y funcionamiento de un GAM.

4.1. Creación de un GAM

Para la creación de un GAM solo es necesario que un grupo de afectados que residen en una misma localidad, o a poca distancia de ésta, se pongan de acuerdo en constituirlo. Par ello, es importante la existencia de una red u organización de ayuda mutua, generalmente una Asociación, que integre a personas dispuestas a protagonizar su recuperación.

En el primer encuentro presencial, el objetivo principal es la presentación de los componentes del grupo, interactuar y comentar preocupaciones y miedos. Se debe manifestar la valoración positiva que representa dar el gran paso de formar parte de un grupo y, de esta manera, encontrar apoyo. En las primeras reuniones se sientan las bases de las actividades y de la frecuencia de reuniones a realizar.

Es muy importante que en los GAM se establezcan unas normas de comportamiento, basadas en el respeto, la moderación en expresar opiniones y que cada miembro acepte las decisiones del grupo aunque no concuerden con la propia. Más allá de las características de cada GAM, hay algunas reglas que son fundamentales para el correcto funcionamiento de todo Grupo de Ayuda Mutua (ActivaMent Catalunya Associació, 2014):

- Respeto por todas las personas participantes, sus ideas, maneras de ser y experiencias de vida. Una norma básica es no juzgar a los demás y no dar consejos sino opiniones.
- Confidencialidad. No se pueden llevar fuera del GAM las palabras escuchadas ni las experiencias personales compartidas.
- Inclusión. Todas y cada una de las personas que forman parte del grupo deben poder integrarse y sentirse participes de sus dinámicas y funcionamiento. Para ello, se ofrecerá la posibilidad de participar a todos los miembros del GAM, invitándoles a exponer sus opiniones, ideas y experiencias.

El número de miembros de un GAM no debe ser alto con objeto de favorecer que todos puedan participar como grupo, que los intercambios sean cercanos, que los turnos de palabra sean dinámicos, que los miembros se conozcan de forma más rápida y profunda, etc. (Ródenas, 1996). El tamaño ideal suele oscilar entre 5 a 10 personas. En el caso de que un grupo vaya creciendo en número de miembros se pueden ir haciendo divisiones según diferentes criterios, y siempre intentando cubrir las principales necesidades personales.

4.2. La figura del Coordinador

Para poder funcionar correctamente, hace falta la presencia de una persona que facilite la marcha del grupo, al que denominamos Coordinador. El GAM deberá nombrar al menos un Coordinador, elegido por consenso entre todos los miembros del grupo.

Las funciones principales del Coordinador son: animar a la participación, impulsar y facilitar el acuerdo sobre las actividades presenciales, convocar

las actividades del GAM y elaborar un breve informe de cada una de ellas. Cuando un Coordinador no pueda asistir a alguna de las actividades programadas o no pueda ejercer sus funciones durante un breve periodo de tiempo, deberá delegar la coordinación del grupo en alguno de los miembros del mismo.

Según ActivaMent Catalunya Associació (2014), la figura del Coordinador es de gran valor para el aprovechar los beneficios del GAM. Debe estar atento para limar asperezas que se puedan presentar entre los miembros. Además, debe actuar de nexo entre el interior y el exterior del grupo, invitando a profesionales, haciendo posible que entre la información que el grupo necesite y demande o que salga aquella que facilite las necesidades del grupo, posibilitando el contacto de este grupo con otros, haciendo que el grupo se dé a conocer para que otros interesados sepan de su existencia o facilitando la llegada de nuevos componentes.

Es imprescindible que el Coordinador se encuentre apoyado por el resto de componentes del grupo. Teniendo en cuenta que el Coordinador es un afectado más y tan sensible como cualquiera, conviene que el GAM sea consciente de ello y se establezcan unas normas de respeto para con los coordinadores que todo el grupo debe aceptar.

4.3. Las actividades de los GAM

En cuanto a las actividades de un GAM hay que valorar la situación de todos sus componentes, tanto limitaciones económicas, como las propias de su trastorno (agorafobia, ansiedad generalizada, fobia social) y por ello el grupo tratará de adaptarse, en la medida de lo posible, a las características de sus miembros.

La actividad básica de cualquier GAM es la reunión presencial para intercambiar problemas, necesidades, experiencias y buscar la forma de avanzar hacia el bienestar psicológico y emocional. Estas reuniones servirán también para organizar actividades de tipo cultural o recreativo (paseos, senderismo, asistencia a actos públicos, visitas a museos, ciudades, etc.) y cualquier otro tipo de actividad que facilite el acercamiento entre los miembros del GAM, se eliminen nervios y se gane más confianza mutua.

En el GAM se pueden también organizar actividades de orientación psicológica y talleres de recursos prácticos relacionados con los trastornos de ansiedad (técnicas de relajación, habilidades sociales, expresión artística, etc.) en las que intervenga un colaborador externo especializado.

5. Evaluación de los GAM

Los estudios empíricos acerca de la eficacia de los GAM cuentan con una breve historia y resultan todavía relativamente escasos. Las organizaciones de ayuda mutua no se encuentran bajo la supervisión y control de los investigadores y, además, los métodos tradicionales para la evaluación son en general inadecuados, dado que las características de los GAM plantean retos únicos (Martin Ferrari et al., 2000), como por ejemplo:

- El cambio constante de miembros dada la asistencia voluntaria a las reuniones presenciales (aunque sea recomendada a regularidad por parte de los Coordinadores).
- La autoselección de los que acuden y participan en los grupos después de varios meses.

- La ausencia de un período predeterminado de participación en el grupo.
- La ausencia en numerosas ocasiones de un programa determinado
- El cambio de actividades o los distintos niveles de participación.

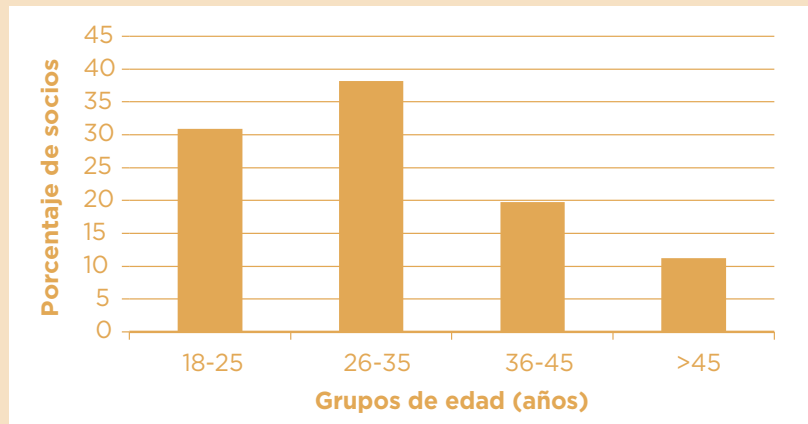
Se han propuesto modelos de evaluación donde los miembros participan en el diseño e implementación de la investigación. En estos casos, la propia investigación se encuentra dirigida no sólo a la generación del conocimiento, sino también a la generación de cambios en el funcionamiento y metas del grupo (Meissen Meissen y Warren, 1994).

Resultados de la encuesta a los socios de AMTAES

La asociación AMTAES ha realizado una encuesta, en formato cuestionario, a la que respondieron 155 socios. Hay que recordar que la asociación AMTAES lleva solo 3 años ofreciendo la oportunidad de constituir Grupos de Ayuda Mutua, por lo que muchas de las personas encuestadas llevan asociadas un periodo relativamente corto de tiempo.

Los socios que respondieron a la encuesta pertenecían el 56,2% al género masculino y el 41,8% al femenino. En cuanto a los grupos de edad, éstos se reflejan en el Gráfico 1, predominando los segmentos de 26-35 años y de 18-25 años, que conjuntamente llegan a constituir casi el 70% del total de personas encuestadas.

Gráfico 1. **Grupos de edades de los socios de AMTAES que respondieron a la encuesta**



Los trastornos de ansiedad que padecen los encuestados son los siguientes:

- Trastorno de ansiedad social (64,7%).
- Trastorno de ansiedad generalizada (38,7%).
- Agorafobia (8,7%).
- Trastorno obsesivo compulsivo (8,0%).
- Fobia específica (2,7%).
- Trastorno de estrés postraumático (0,7%).

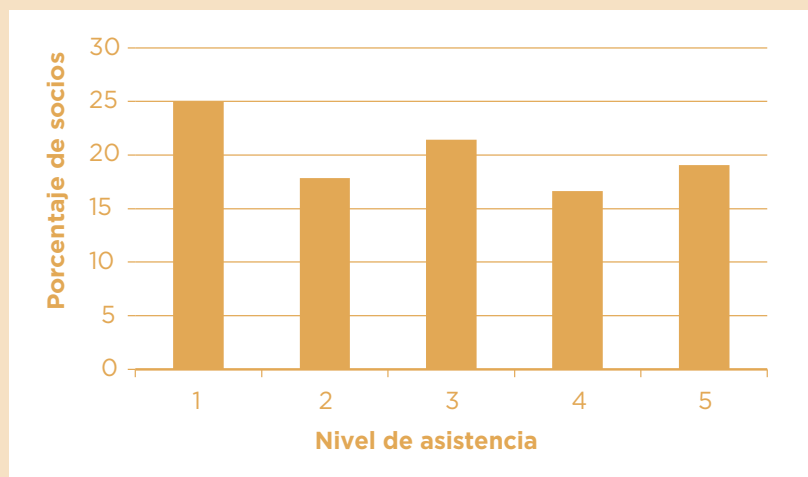
Como podemos apreciar, predominan los trastornos de ansiedad social y de ansiedad generalizada. En menor proporción se encuentran la agorafobia y el trastorno obsesivo compulsivo, siendo muy bajos los casos de fobia específica y trastorno de estrés postraumático. Algunos de los socios definieron su problema, como depresión (6% de los encuestados) pero en la mayoría de estos casos en combinación con algún trastorno de ansiedad. Por último, algunas respuestas señalaron términos como distimia, trastorno de afectividad y trastorno de personalidad por evitación.

De las personas encuestadas, el 52,3% participan en un GAM de la asociación, mientras que el resto no han participado todavía. Preguntadas estas últimas por los motivos de ello, las respuestas más frecuentes fueron:

1. Participaría pero aún no se ha formado un GAM cerca de donde yo vivo.
2. No me encuentro con ganas.
3. No me atrevo a exponerme a un grupo.
4. No me atrae el tipo de actividades de un GAM.
5. No he tenido tiempo.
6. Me resulta difícil socializar.
7. Me es difícil salir de casa.
8. El horario de trabajo no me lo permite.
9. Nunca encuentro el momento y no me apetece.

El nivel de asistencia de los socios que participan en los GAM fue valorada por ellos mediante una escala del 1 al 5 en orden creciente de participación (Gráfico 2). Se puede observar que la participación en los GAM es constante en el 19% de los socios y que existe gran variabilidad en la frecuencia con la que los socios asisten a las reuniones.

Gráfico 2. Nivel de asistencia del GAM de los socios de AMTAES, valorada según escala creciente de 1 a 5



En cuanto a las actividades preferidas para los GAM, las personas encuestadas dieron las siguientes respuestas (n=146):

1. Reuniones para conversar o pasear (65,1%).
2. Reuniones para compartir experiencias y/o realizar talleres (54,1%).
3. Visitas de interés turístico/cultural (37,7%).
4. Asistencia a jornadas o conferencias (34,7%).
5. Hacer actividades recreativas/deportivas (32,2 %).
6. Reuniones para debatir con invitados (24,7%).
7. Viajes en grupo (0,7%).
8. Asistencia o charlas organizadas por psicólogos (0,7%).
9. Asesoramiento de especialistas en psicología (0,7%).
10. Acompañamiento y asesoramiento en tareas administrativas (0,7%).

A la pregunta: ¿Qué beneficios puede aportarte la participación en un GAM?, éstas fueron sus respuestas (n=151).

1. Sentirme comprendido y apoyado (74,8%).
2. Obtener información de personas que tienes problemas similares (66,9%).
3. Evitar el aislamiento social (62,9%).
4. Desarrollar habilidades sociales (60,9%).
5. No sentirme un “bicho raro” (41,7%).
6. Apoyar a las personas que sufren el mismo problema (2,0%).
7. Compartir mis miedos, trastornos o experiencias (0,7%).
8. Exponerme directamente a mis miedos (0,7%).
9. Sentirme útil (0,7%).

En cuanto al tipo de temas que más le gustaría se trataran en las reuniones presenciales de los GAM, las respuestas fueron (n=151):

1. Actitud ante la vida y sus problemas cotidianos (73,5%).
2. Estrategias útiles para superar los momentos de ansiedad (68,2%).
3. Hablar y buscar soluciones sobre los problemas individuales (61,6%).
4. Tratamientos basados en la evidencia (43,0%).
5. Tratamientos alternativos aunque no estén reconocidos (26,5%).
6. Técnicas complementarias al tratamiento psicológico (4,7%).

Solo el 23,4% de los encuestados estarían dispuestos a ser Coordinadores de un GAM, mientras que el 54,5% no lo ve posible de momento por los siguientes motivos:

1. No me veo capaz.
2. Quizás en un futuro.
3. No lo descarto pero preferiría que fuera otra persona.
4. No me encuentro con fuerzas.

Aunque muchas de las actividades de los GAM se pueden realizar al aire libre o en locales públicos, más del 51% de los encuestados prefieren disponer de un local fijo para reuniones. Tan solo el 11% no lo creen necesario, mientras que el resto de socios lo ven positivo pero no lo consideran imprescindible.

Por último, una amplia mayoría de los socios (93,3%) cree que puede ser muy interesante que, entre las actividades del GAM, se invite a expertos cercanos a su localidad que se dediquen al estudio, evaluación o tratamiento de los trastorno de ansiedad.

Tras el análisis comparativo entre segmentos de edad, no se encontraron diferencias claras en las respuestas a cada una de las preguntas del cuestionario. Sin embargo, parece haber un mayor interés de los más jóvenes (18-25 años) por actividades que impliquen información externa al grupo y colaboraciones de especialistas en algunas de las reuniones del GAM.

Los resultados de esta encuesta son muy ilustrativos (pues son pocas las oportunidades que se tienen de conocer en primera persona lo que piensan los propios usuarios sobre los GAM y sus actividades). En próximos años se continuará esta evaluación con encuestas que profundicen más en la evolución y satisfacción de los socios que participan en los GAM.

Agradecimientos:

A todos los miembros de la Asociación AMTAES que han contribuido de forma colaborativa en la redacción y contenidos de este artículo.

Referencias bibliográficas

- ActivaMent Catalunya Associació** (2014). *Documento Guía para la Constitución y Gestión de Grupos de Ayuda Mutua en Salud Mental*. En: <https://consaludmental.org/publicaciones/Guia grupos ayudamutua.pdf> (Accedido: 17 febrero 2019).
- AMTAES** (2019). *Página web de la Asociación Española de Ayuda Mutua contra la Fobia Social y otros Trastornos de Ansiedad*. Disponible en <https://amtaes-asociacion.com/> (Accedido: 17 febrero 2019).
- Canals, J.** (1995). "Las asociaciones de autoayuda en el mundo de la salud: consideraciones sobre los fundamentos de la ayuda mutua". *Boletín de Ayuda Mutua y Salud*, 1, pp. 15-27.
- Organización Mundial de la Salud** (1986). "Carta de Otawa". En <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeps/fulltext/confli.pdf> (Accedido: 17 febrero 2019).
- Chutis, L.** (1983). "Special roles of mental health professionals in self-help group development". *Prevention in Human Services*, 2, pp. 69-70.
- Comelles, J. M.** (1985a). "Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales". *Jano*, 1985a, 665, pp. 71-83.
- Comelles, J. M.** (1985b). "El papel de los no profesionales en los procesos asistenciales". *Jano*, 665, pp. 357-372.
- Hess, R.** (1982). "Self-help as a service delivery strategy". *Prevention in Human Services*, 1, pp. 1-2.
- Laine Lois** (2016). "Esto es vivir con fobia social: Mi vida con ella". En el blog *Entender la fobia social* <http://fobbisoc.blogspot.com> (Accedido: 17 febrero 2019).
- Martín Ferrari, L.; Rivera Gaiztarro, A.; Morandé Lavín, G., y Salido Eisman, G.** (2000). "Las aportaciones de los grupos de autoayuda a la salud mental". *Clínica y Salud*, 11, pp. 231-256.
- Meissen, G. J., y Warren, M. L.** (1994). "The self-help clearinghouse: A new development in action research for community psychology". En Powell, T.J. (ed.) *Understanding the selfhelp organization: Frameworks and findings*. London: Sage, pp. 190-211.
- Miquel Tortella-Feliu** (2014). "Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5 (Anxiety disorders in DSM-5)". *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 110, pp. 62-69.

Orsi, J. F., y Pinto Martín, E. (1991). "Liberar la prevención". *Asociación Proyecto Hombre*. Madrid. pp. 22-184 y 209-282.

Rivera Navarro, J. (2005). "Un análisis de los grupos de ayuda mutua y el movimiento asociativo en el ámbito de la Salud: adicciones y enfermedades crónicas". *Revista de Antropología Experimental*, 5, Texto 13, 21 pp.

Ródenas, S. (1996). "Grupos de ayuda mutua: una respuesta alternativa en la práctica del trabajo social". *Alternativas: Cuadernos de trabajo social*, 4, pp. 195-205.