

ARTÍCULOS

Las aportaciones de los grupos de autoayuda a la salud mental

Contribution of self-aid groups to mental health

L. MARTÍN FERRARI*
A. RIVERA GAIZTARRO**
G. MORANDÉ LAVÍN***
G. SALIDO EISMAN****

RESUMEN

El movimiento de autoayuda ha cobrado relevancia en las dos últimas décadas, sobre todo en la atención dirigida a personas con enfermedades físicas y psicológicas. La filosofía que encarnan los grupos de autoayuda reconoce, desarrolla y estimula el poder de las personas para ayudarse a sí mismas a la vez que ayuda a otras personas para que también lo hagan. El conocimiento adquirido a través de las experiencias ya vividas y el aprendizaje de otras distintas sirven de reclamo para los futuros miembros de estos grupos. No obstante algunas de las características particulares a estos grupos como son la asistencia voluntaria, la heterogeneidad en su composición o la ausencia de una única finalidad suponen unas limitaciones a los beneficios que pudiera deparar a sus integrantes. Se subraya la complementariedad de los sistemas formales e informales de ayuda.

ABSTRACT

During the last two decades the self-aid movement has become relevant

* Psicólogo Clínico ADANER

** Psicóloga Clínica ADANER

*** Servicio de Psiquiatría - Hospital «Niño Jesús» - Madrid.

**** Presidente de la «Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia» (ADABER).

specially concerning physically or psychically ill people. The philosophy of this self-aid groups recognizes, develops and prompts the power everyone has to help him/herself, also encouraging people to help others. People are attracted to these groups because of their knowledge obtained through experience. Nonetheless, there are a number of limitations, such as the voluntary attachment, the heterogeneity of members or the fact that there is more than one purpose. These shortcomings can lower the benefits for the members. The complementary character of formal and informal aid systems is highlighted.

PALABRAS CLAVE

Grupos de autoayuda, Anorexia nerviosa, Bulimia.

KEY WORDS

Self-aid Groups, Anorexia Nervosa, Bulimia.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el número de Asociaciones de Ayuda Mutua y de Grupos de Autoayuda han aumentado de forma notable, tanto por las problemáticas que han dado origen a su creación como por el número de personas que han participado en los grupos y se han beneficiado de los mismos. Y han sido precisamente los grupos formados por personas con enfermedades físicas o mentales, por los familiares de éstos o incluso por aquellos que se encargan de su cuidado, los que más han aumentado.

Desde sus orígenes, estas redes de apoyo y ayuda mutua han encarnado una filosofía que reconoce, desarrolla y estimula el poder de las personas no sólo para ayudarse a sí mismos, sino también para ayudar a otras personas a ayudarse a sí mismas (Hess, 1982). Términos como apoyo, autoayuda o ayuda mutua han sido utilizados indistintamente para referirse a grupos que confían en redes entre pares o iguales como un medio para enfrentarse a problemas específicos, satisfacer unas necesidades comunes y obtener los cambios sociales o personales deseados.

A través de la creación y el desarrollo de estructuras como los grupos de autoayuda se impulsa un servicio de asesoramiento a familia-

res y enfermos que ignoran los recursos a su alcance, se crea un lugar de encuentro de familias afectadas, en el que se da un intercambio de experiencias fortalecedoras y donde son compartidos los sentimientos de duda, desconcierto y culpa, se logra una superación de ciertos prejuicios y mitos y se fomenta la sensación de utilidad al brindar ayuda a otros a la vez que se aprende de ellos.

La relevancia que han cobrado en los últimos años las perspectivas sociales y contextuales del individuo, la proliferación de los modelos multicomponentes, donde el individuo es visto en su relación con el entorno y viceversa y el hecho de que las repercusiones hayan dejado de ser tan unidireccionales para empezar a detenerse en los contextos interpersonales, han aumentado el interés por las estrategias de intervención social.

ORIGENES Y EXPANSIÓN DEL MOVIMIENTO DE AUTOAYUDA

El punto de partida del movimiento de autoayuda surge en los años 40, 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 cir-

constancias vitales empiezan a reunirse y tratar de fomentar la ayuda mutua. Así, por los años 60 y principios de los 70, tienen lugar el movimiento de mujeres, en pos de la promoción y la defensa de la autoayuda y en la toma de conciencia de la identidad femenina, el movimiento por los derechos de las personas con discapacidades, y el movimiento gay. Sin embargo, no es hasta los años 70 cuando se produce un mayoritario interés por los sistemas de apoyo social y un reconocimiento de los efectos positivos que tienen en la salud física y psicológica de sus integrantes.

Algunos de los factores que originaron el movimiento de autoayuda aún vigentes en la creación de muchos grupos, son recogidos por Sánchez Vidal (1991), a partir de trabajos como los de Schure, Slottnick y Jeger (1982), Levine y Perkins (1987) y Jacobs y Goodman (1989):

- 1) Afiliación social como tendencia básica motivacional del comportamiento humano visto desde la perspectiva psicosocial;
- 2) Desintegración social y rupturas o cambios en las redes sociales naturales, e
- 3) Insuficiencias y fallos de los sistemas de ayuda profesio-

nal, que no son capaces de responder a las necesidades psicosociales de las personas en dificultad con los servicios tradicionales.

Entre las distintas Asociaciones y Grupos de Autoayuda existentes en la actualidad nos encontramos con diversos colectivos: madres solteras, mujeres maltratadas, homosexuales, enfermos de sida, familiares y allegados de enfermos mentales, enfermos mentales con distintas patologías (alcoholismo, adicciones, depresiones, trastornos de alimentación, esquizofrenia, etc.) y grupos de ayuda para personas con enfermedades como la diabetes o el cáncer, siendo el campo de la salud física y mental donde más han aumentado estos grupos.

A pesar de la larga tradición de estos grupos de ayuda mutua, el primer grupo de apoyo para personas con trastornos de la conducta alimentaria no se crea hasta 1974. Nace en el Reino Unido, bajo el nombre de Ayuda a la Anorexia y a través del Dr. Pat Hartley. Durante el primer año se forman 33 grupos y acuden unos 1000 miembros; posteriormente se exportarían a EEUU y Canadá. En 1976 se forma el primer grupo para familiares y en 1989, ambos grupos forman parte de una organización única, la Asociación de los Trastornos Alimentarios, (EDA). En esos momentos, la

emergencia de estos grupos se debe en gran parte a las condiciones de vacío existente entre las necesidades y los servicios disponibles para el tratamiento de estos trastornos. A ello se unen una escasa experiencia profesional, la falta de comprensión sentida de parte de los profesionales, los cambios sociales acaecidos en los últimos años, en lo que se refiere al papel y las expectativas de las mujeres en la sociedad occidental, y los beneficios observados en otros grupos de autoayuda.

ASPECTOS DIFERENCIALES DE LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA

Los grupos de autoayuda constituyen un sistema de apoyo importante para enfrentarse a situaciones estresantes o a enfermedades y son definidos como el apoyo accesible a un individuo en la relación con otros individuos, grupos o comunidades que viven situaciones similares. Según Gerald Caplan el sistema preserva la integridad física y psicológica de la persona, crea un sentido de identidad y proporciona un entorno que permite a la persona que está teniendo “dificultades con la individualidad desarrollar una conciencia de su propia existencia única y autónoma”. Borkman (1991) por su parte, los define como “personas que comparten unas ideas, unas situaciones de vida o

unas enfermedades, se agrupan para ofrecerse mutuamente apoyo emocional y otros tipos de apoyo a través de la acción de compartir sus experiencias personales vividas y de intercambiar otros recursos”.

Entre los aspectos básicos integrados en el concepto y funcionamiento de estos grupos, recogidos por Sánchez Vidal (1991), se encuentran:

1. La mutualidad y reciprocidad.
2. La experiencia común de los miembros como criterio específico de pertenencia al grupo.
3. El compromiso individual de cambio y de estar dispuesto a implicarse como igual en el grupo.
4. La autogestión o autogobierno del grupo ya que tanto el programa como la filosofía del grupo son decididos por los propios miembros.
5. El control social que ejerce el grupo sobre sus miembros como mecanismo que facilita el cambio actitudinal y conductual a través del compromiso individual con las normas definidas por ellos.
6. Importancia de la acción que se realiza después de las

sesiones de grupo y que, en realidad es, el aspecto más importante del cambio de los miembros del grupo.

7. La información, guía y orientación, y en general la percepción de apoyo social implícita en la dinámica igualitaria y recíproca de estos grupos.

Como se puede observar, entre éstos y los grupos terapéuticos existen similitudes como que ambos valoran positivamente la expresión y puesta en común de emociones, fortalecen el apoyo, subrayan el valor de la afiliación y persiguen el cambio conductual, sin embargo difieren en cuatro aspectos fundamentales:

1. La asistencia al grupo. Tanto en unos grupos como en otros la asistencia regular al grupo es considerada un factor crucial para el cambio terapéutico. Sin embargo, mientras que en los terapéuticos la asistencia es obligatoria y en muchos casos es una condición sine qua non para seguir recibiendo el tratamiento y ser miembro del grupo, durante un tiempo establecido inicialmente, en el grupo de autoayuda, la asistencia no es obligatoria, lo que da lugar a una gran inestabilidad en la composición del grupo.

2. La homogeneidad de los miembros del grupo. En los terapéuticos los miembros son escogidos cuidadosamente tras una evaluación minuciosa de forma que se mantenga un equilibrio que garantice la cohesión del grupo. Los grupos de autoayuda, por el contrario, están constituidos por personas con una amplia y heterogénea variedad de necesidades así como de circunstancias personales, sociales y familiares.

3. La dinámica grupal. Mientras que en los grupos terapéuticos se pone el acento en las relaciones e interacciones entre los miembros del grupo, representando de alguna forma un microcosmos social, el grupo de autoayuda pone más énfasis en las experiencias pasadas y las circunstancias vitales actuales, incluso si estas reflexiones no contribuyen a la iluminación de los procesos interpersonales dentro del grupo.

4. La finalidad del grupo. En un caso es la resolución de conflictos individuales identificados por los miembros del grupo, mientras que el objetivo

por excelencia del grupo de autoayuda es proveer a los

miembros apoyo, validación e información. No intentan analizar la psicodinámica individual ni intentan cambiar significativamente el funcionamiento de la personalidad como ocurre en los terapéuticos, lo que no excluye que la asistencia y la participación en el grupo tengan efectos en la autocomprensión y en el desarrollo de nuevas actitudes y comportamientos.

Estas diferencias subrayan la complementariedad de los grupos, con respecto a cualquier modalidad terapéutica existente, reconocida ampliamente en la literatura (Enright, Butterfield y Berkowitz, 1985; Enright y Tootell, 1986). Aunque estar en tratamiento no es condición indispensable para acudir al grupo, los monitores resaltan la importancia del mismo. La asistencia es voluntaria y no registrada y la composición del grupo por lo tanto varía de sesión a sesión. En contraste con los principios de la terapia de grupo, los miembros de los grupos de ayuda mutua son animados a desarrollar relaciones entre ellos entre sesiones.

OBJETIVOS Y FUNCIONES DE LOS GRUPOS

Antes de crearse un grupo de autoayuda relativamente sólido, los miembros deben definir los propósitos del grupo y los aspectos que van a ser objeto de atención, de

forma que se dote de significado al grupo y a las relaciones que produzca o lo que es lo mismo dar un sentido al hecho de reunirse, unos motivos iniciales para acudir o asistir a él y una participación acorde con los objetivos que sus miembros se planteen. Levy (1979) categoriza del siguiente modo los grupos: los que pretenden el control comportamental (sobrellevar o manejar conductas problemáticas), los que están orientados a la supervivencia (p.ej. los preocupados por cuestiones de discriminación) y aquellos que tratan de facilitar el crecimiento y la autorealización. La definición que se haga del sentido del grupo será el punto de arranque y los objetivos planteados, lo que se habrá de evaluar a lo largo del proceso grupal. Todo ello se verá reflejado en la asistencia, el compromiso de los participantes y las relaciones a las que dé lugar entre sus miembros y el nivel de satisfacción con el grupo.

La mayoría de la literatura existente sobre grupos de autoayuda para personas con trastornos de la conducta alimentaria sugiere algunos objetivos (Meehan, Wilkes y Howard, 1984; Roback, 1984; Rubel, 1984; Enright et al., 1985; Kinoy, 1985):

- Ayudar a sus miembros a salir del aislamiento que están viviendo y ayudarles a reconocer el

impacto negativo que tiene en sus relaciones interpersonales;

- Proporcionarle una atmósfera en la que puedan experimentar, identificar, expresar y validar sus sentimientos acerca de lo que les pasa, los intentos llevados a cabo para su mejoría y en la que tenga lugar la motivación al cambio;
- Fomentar dentro del grupo un espíritu de adecuada empatía, reconocimiento positivo y autenticidad, de forma que pueda mejorar su autoestima y aprendan a ser más flexibles en sus expectativas de ellos mismos y de los otros;
- Ayudar a los miembros a comprender la importancia de participar con el otro en objetivos comunes y en la reciprocidad de la ayuda;
- Facilitar el reconocimiento de los diversos síntomas y signos presentes en las personas con un trastorno de la conducta alimentaria, la naturaleza multicausal de los trastornos, y las vías de tratamiento de los mismos.
- Enfatizar que comportamientos como la dieta restrictiva, el atracón, los vómitos y/o la actividad física excesiva son destructivas y perpetuantes en sí mismas.
- Proporcionar alguna forma de apoyo terapéutico a personas que no han encontrado beneficios en los tratamientos a los que han acudido (ver Garner, 1985) o para los que, los trata-

mientos especializados e individuales resultan demasiado caros o se encuentran lejos de la residencia habitual.

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. Según diversos autores (Caplan, 1974; Kinoy, 1985; Hartley, 1988) los grupos deben promover el manejo emocional, ofrecer una guía en la resolución de problemas y proporcionar feedback al individuo con respecto a su comportamiento.

En cuanto a las funciones de estos grupos, Levine y Perkins (1987) señalan:

- *Promueven el sentimiento psicológico de comunidad.* Al estar sentado frente a otras personas que están pasando por circunstancias similares a ella o que tienen características comunes disminuye la percepción de fracaso, de aislamiento, de no comprensión y la autoevaluación negativa.
- *Proporciona una ideología que da significado a las circunstancias particulares de la vida diaria que no se ajustan a la norma ideal.* Posibilitan un sentido de

identidad personal normalizado y reducen los sentimientos de incertidumbre, temor, rechazo y ambigüedad generados a partir de cómo sienten que les trata la sociedad.

- *Proporcionan una oportunidad para la autorevelación y la crítica mutua.* El clima de igualdad y solidaridad creado en el grupo ayuda a los participantes a compartir sus sentimientos y experiencias animándoles a hablar y reconocer sentimientos de fracaso, culpa, temor... relacionado con las experiencias que tienen en común.
- *Proporciona modelos de conducta.* Las actitudes y conductas positivas que los participantes expresan a lo largo de las sesiones de los grupos de apoyo sirve de modelo a los demás miembros del grupo.
- *Enseña estrategias efectivas para afrontar las situaciones cotidianas.* El contexto grupal facilita experimentar nuevas reacciones, apoyando a los miembros ante cualquier fracaso y mostrando alegría y refuerzo ante los éxitos de sus miembros, aunque estos sean pequeños.
- *Proporciona una red de relaciones sociales.*

Algunas de las condiciones que harían posible la consecución de las mismas, según Katz y Hermalin (1987) son:

- a) un contexto grupal no clínico;
- b) una estructura grupal igualitaria compuesta por personas que están experimentando situaciones vitales similares;
- c) un sentido de pertenencia al grupo no restringido al tiempo de las sesiones;
- d) la interacción grupal directamente cara a cara entre los miembros y no dirigida a un líder o conductor grupal;
- e) coherencia entre la ideología y sistema de creencias de los miembros del grupo y la orientación del plan de acción del mismo, y
- f) autorresponsabilización por parte de sus miembros en el cuidado personal y en las acciones y decisiones que toman para responder a las situaciones de la vida.

DESARROLLO DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PROFESIONALES

Como recogen Taylor, Falke, Shoptaw y Lichtman (1986), los grupos de apoyo dirigidos por profesionales y los grupos de autoayuda podrían considerarse no como dos

clases de grupos sino como fases en el desarrollo de los grupos basados en el apoyo social. De esta forma, tras el grupo de apoyo se trataría de cumplir el paradigma de la autoayuda tomado desde los sistemas profesionales, al cambiar el objeto de intervención: de "persona en necesidad de ayuda" a "persona que puede ayudar", reconvirtiendo la experiencia personal de sufrimiento o rehabilitación en un potencial de ayuda para sí misma y para otros.

Para referirnos al paso de grupo de apoyo dirigido por profesionales a grupo de autoayuda, tendremos en cuenta algunos de los estadios descritos por Coplon y Strull (1983) y las fases sugeridas por Cristina Villalba (1996):

Primera fase. Denominado estadio de preafiliación por los primeros. En esta fase el grupo va a requerir el rol activo del profesional tanto informativo como formativo. Se dará a conocer a los miembros del grupo las bases teóricas y los principios fundamentales de la autoayuda, la estructura de las sesiones y las normas básicas para el buen funcionamiento del grupo.

Segunda fase. En este estadio los miembros empiezan a preocuparse por las cuestiones de poder y control, por lo que pueden desarrollarse sentimientos de ambivalencia hacia el profesional. El profesional ahora

más que nunca es cuando fomenta la interacción de los distintos miembros y favorece la consecución de las necesidades mencionadas en otros puntos de este trabajo. El modelado de las intervenciones por parte del profesional resulta fundamental. Los miembros comienzan a desarrollar niveles altos de apoyo mutuo, cohesión y compromiso gracias a la asistencial regular al grupo, la participación activa y la autorevelación.

Tercera fase. La coordinación no solo recae en el profesional sino que ha de contar con el compromiso personal de cada uno de los miembros. Para ello resulta imprescindible recordar los dos principios básicos de la autoayuda: la existencia de un problema compartido y la confianza en la ayuda de semejantes. Ser miembro oficial del grupo implica una convicción común de que las personas no se encuentran solas ni han perdido la esperanza, sino que son capaces, con algún apego, de adoptar cambios positivos en ellos mismos, su comportamiento y su entorno. En este punto de la historia del grupo se empiezan a desarrollar niveles más altos de cohesión y confianza.

Cuarta fase. Durante este estadio los miembros prestan una mayor atención hacia sí mismos que hacia el grupo, y la participación del profesional consiste en facilitar el paso a

constituirse en grupo de autoayuda. Qué miembros formarían parte del mismo, quiénes serían los monitores y la supervisión a llevar a cabo con los mismos serían los puntos a aclarar. Aunque una duración de seis meses hasta llegar a esta última fase puede servir de referencia, ésta podrá variar en función del número de miembros que hayan asistido con regularidad al mismo y la homogeneidad del grupo.

FORMACIÓN Y DESARROLLO DEL GRUPO

a) Condiciones grupales.

Las condiciones necesarias para la implementación de una filosofía de ayuda mutua con un grupo de personas que se reúnen por diversos motivos aunque por situaciones muy similares son, por un lado, la presencia de un clima de aceptación, respeto mutuo, comprensión y paciencia y por otro una actitud receptiva de apoyo al inicio. Al inicio serán recibidos de los monitores para luego ser el resto del grupo quien lo preste a los nuevos y entre ellos a medida que transcurran las sesiones y aumente su implicación. En este sentido los monitores deben saber que la mayoría de las personas que acuden a estos grupos lo hacen con una fuerte necesidad de empatía, educación y empuje.

Las normas básicas para el buen funcionamiento de los grupos recogen la confidencialidad, el compromiso de no hablar fuera del grupo sobre lo que allí se expresa ni dar los nombres de las personas que están en el grupo a otras personas ajenas a éste; regular las entradas y salidas de las personas del grupo; hacer una coordinación rotatoria por la que pasen todos los asistentes de forma que todos tengan oportunidad para hablar, y recordar que la participación ha de ser voluntaria.

b) Dinámica de grupo

Desde un enfoque guesáltico y siguiendo a Cá y Wainer (1994) se sugieren algunas pautas útiles para la dinámica del grupo:

- 1) Instar a que los participantes compartan su historia o circunstancias desde la experiencia del “aquí y ahora” aunque sea un recuerdo o un hecho pasado. Es más importante para la persona en cuestión y para el grupo la comprensión actual de la experiencia más que un relato detallado de los hechos que a veces puede ser demasiado racional y llegar a aburrir.
- 2) Es importante que las frases que se digan se personalicen. La formulación impersonal tiende a exteriorizar y a desvincular a la persona de

sus actos y emociones.

- 3) Ayudar a los participantes a que conviertan los adjetivos y sustantivos en verbos. Por ejemplo es mejor aprender a decir “a veces me entristezco, o a veces me alegro” que afirmar “soy una persona triste o soy una persona alegre”.
- 4) No forzar a los participantes a decir algo que no quieren decir y por tanto respetar el proceso de cada persona a la hora de comunicar lo que le pasa y cómo lo vive. No olvidar que el apoyo emocional y la confianza en el grupo se crea, entre otras cosas, con la escucha atenta, el respeto, la ausencia de una actitud crítica y preocupada y de juicios de valor ante lo que se expresa en el grupo.
- 5) Proporcionar ayuda recurriendo a los propios medios que poseen los participantes del grupo. Ninguna persona del grupo ha de erigirse en “terapeuta” o “consejero” de otros puesto que se trata de que cada miembro del grupo aprenda a autoabastecerse al implementar un cambio y no aumentar su dependencia.

c) Estructura de las sesiones

Las sesiones pueden tener una duración de sesenta minutos o de noventa y una frecuencia semanal o quincenal, dependiendo del número de personas que formen el grupo y los recursos disponibles. Realizar sesiones de noventa minutos, de frecuencia semanal y formados por un número de entre diez o doce miembros sería lo más idóneo para grupos de personas con trastornos de la conducta alimentaria. A lo largo de la sesión se darán tres procesos distintos: uno de revelación que es cuando se comparten las experiencias personales vividas durante la semana, otro de escucha y feedback entre los integrantes del grupo y por último un resumen de lo acontecido en la sesión, procurando terminar con alguna noticia positiva. Al final de la sesión se podría entregar documentación que hubiera solicitado el grupo y les hubiera facilitado el profesional que supervisa el grupo con los monitores. Durante las dos primeras fases de la sesión, los monitores deberán invitar a los participantes a la interiorización, la no teorización de las cuestiones que se traten, la escucha respetuosa y la participación sin actitud de imposición de criterios a los demás miembros del grupo.

d) Los monitores

Es conveniente que sean al menos dos, para un grupo de las características antes mencionadas. Uno se haría cargo de la coordina-

ción de las intervenciones y la interacción entre los miembros y el otro se encargaría de recoger el desarrollo de la sesión por escrito, recordar el tiempo transcurrido al monitor principal y hacer un resumen de la sesión al final de la misma, incluida la noticia positiva. La atención del monitor principal ha de estar completamente centrada en las experiencias referidas por los miembros y la expresión de las mismas, y ayudarles a su vez, a centrar la atención en distintos elementos de su experiencia, en lugar de en su foco de conciencia habitual, posibilitando una nueva reorganización de la experiencia y la construcción de una nueva visión de sí mismos en las situaciones sociales, familiares o académicas ocurridas a lo largo de la semana. Para ello, el monitor ha de saber que el cambio en la conciencia es la clave para un cambio en la acción y que la asignación diferente de la atención es la clave para el cambio de conciencia.

El monitor debe ofrecer seguridad, estar armonizado y adecuarse a las posibilidades evolutivas de los compañeros, reconocer el miedo y la ansiedad implicados en el riesgo a cambiar y el dolor inherente a la lucha por superar las dificultades. Al reconocer el miedo al cambio puede ayudar a las personas a sentirse más seguras, a confiar más en sí mismas y a ampliar así sus habilidades para cambiar y crecer. Los monitores, con

su presencia en los grupos, facilitan la continuidad, consistencia y estabilidad de los mismos, sirven de modelo de afrontamiento ante las situaciones y dificultades compartidas y desencadenadas en el grupo y proporcionan información que puede ayudar a aliviar y aclarar dudas acerca de la enfermedad.

Algunas de las estrategias facilitadoras son:

- 1) ayudar a los integrantes a identificar y expresar sus necesidades;
- 2) transferir gradualmente la responsabilidad de estas necesidades desde el "experto" facilitador a otros miembros del grupo;
- 3) desarrollar discrepancias entre la conducta presente y objetivos más amplios, y entre autoconcepto y conducta;
- 4) expresar empatía y aceptación a través de una escucha reflexiva selectiva, y
- 5) apoyar la autoeficacia, la esperanza y el optimismo;
- 6) fomentar la autorresponsabilización de los miembros del grupo en sus procesos de cambio;
- 7) ayudarles a tomar conciencia

de los recursos y déficits individuales;

- 8) incrementar la calidad de apoyo emocional e instrumental, y
- 9) aumentar las redes sociales de los participantes a través de la periodicidad de los encuentros y la continuidad en la asistencia al grupo.

Algunas de las recomendaciones hechas por Treasure y Ward, (1997) para favorecer la motivación de estos pacientes son: permitirles presentar argumentos para el cambio; partir de las preocupaciones elicidadas por ellos; enfatizar la elección personal y la responsabilidad para decidir las conductas futuras; usar el reflejo empático selectivamente; reflejar los sentimientos, las preocupaciones y los estados motivacionales de los miembros; posibilitar la reflexión parafraseando, resumiendo y confirmando las afirmaciones hechas por las personas más que haciendo preguntas; ofrecer consejos y feedback cuando sea apropiado y usar la reestructuración positiva de las manifestaciones de los pacientes para mejorar la autoestima y la eficacia. Por otra parte desaconseja que asuma un papel autoritario o de experto en las reuniones; ordenar, dirigir, avisar o amenazar; pasar la mayor parte de la sesión hablando; entrar en debates sobre posibles

etiquetas; hacer declaraciones morales, criticar, predicar o juzgar; formular cuestiones en cadena; decirle al otro que él tiene un problema o prescribir una solución o un cierto curso de acción.

En un estudio llevado a cabo por Meissen, Mason y Gleason (1991), los roles apropiados para los monitores que dirigen los grupos de apoyo, identificados por los participantes, fueron de consultor, facilitador, iniciador, investigador, fuente de los miembros, miembro y terapeuta del grupo. Hartman (1987) ha descrito al facilitador con los roles de:

- *Consultor*: imparte información sobre los trastornos de la alimentación, provee material informativo y asume la responsabilidad.
- *Protector*: interviene en casos de crisis, asume la responsabilidad de terminar la sesión del grupo a su hora e interviene en el caso de que se den interacciones perjudiciales.
- *Punto de enlace*: con otras organizaciones, informando sobre los especialistas a los que se puede acudir y proporcionando información sobre el tratamiento.
- *Modelo*: desde su actitud respetuosa, genuina y con su habilidad para expresarse abierta y asertivamente hacia los participantes y ante la enfermedad.

PROBLEMAS PRÁCTICOS Y POTENCIALES

Por las características de los grupos de autoayuda arriba mencionadas, cabe tener en cuenta la posibilidad de algunos problemas en la dirección y coordinación del grupo y la consideración de diversos recursos para la continuidad, estabilidad y beneficios del grupo:

- Tanto los miembros del grupo como los líderes deben ser claros acerca de lo que el grupo puede ofrecer, de forma que las expectativas no realistas, puedan ser disipadas. Por ejemplo, el grupo de autoayuda no puede necesariamente cambiar la sociedad ni la dinámica familiar.
- Los miembros pueden llegar a ser excesivamente dependientes del grupo. Debe existir un fino equilibrio entre apoyo y dependencia.
- Un pobre liderazgo puede causar problemas. En la medida que el integrante halle dificultades en ciertas áreas o relaciones, se reflejará en cómo él o ella se comporte en el grupo.
- La pobre asistencia al grupo dado el frecuente movimiento de los miembros y la asistencia voluntaria e irregular de éstos. Los líderes de grupo pueden experimentar sentimientos de fracaso e inadecuación cuando el número de miembros se reduzca. Con frecuencia, la pobre asistencia simplemente refleja la naturaleza de la autoayuda y la naturaleza de los trastornos de la conducta alimentaria –su naturaleza privada y la negación de la enfermedad (Crisp, 1967).
- Los grupos pueden carecer de cohesión dado que muchos miembros acuden tan solo algunas sesiones para luego no volver más, afectando al tamaño y a la composición del grupo de sesión a sesión. Incluso, la cohesión alta puede en sí misma crear problemas, ya que los recién llegados pueden sentirse alienados por el grupo.
- No es fácil encontrar el equilibrio entre formalidad e informalidad, es decir entre crear una estructura formal mínima para el buen funcionamiento del grupo y el clima de confianza y flexibilidad precisos.
- Algunos participantes pueden utilizar el grupo como una ayuda transitoria, abandonándolo más tarde, una vez vean cubiertas las necesidades con las que acudieron. Por ejemplo, algunos dicen haber acudido tan solo para saber que había más personas pasando por lo mismo.
- También puede pasar que, por algún tema no previsto, algunos

abandonen el grupo antes de lo previsto.

- Si el grupo está formado por quince o veinte personas, lo más adecuado es el diálogo directo. Si el grupo es más grande, hay que utilizar otros canales como por ejemplo reuniones por subgrupos. Es mejor no hacer grandes reuniones o asambleas, ya que la mayor parte de los asistentes pueden cohibirse y no participar.
- Es necesario contar con líderes de grupo (enfermos que hayan mejorado sustancialmente su situación clínica o/y profesionales de la salud mental), que tengan experiencia en grupos de autoayuda para personas con trastornos de la conducta alimentaria; contar con una estructura apropiada para las reuniones y disponer de recursos económicos, sociales y humanos suficientes.

BENEFICIOS DE LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA

Los beneficios reportados por los sistemas de apoyo social se basan en los diversos componentes implícitos en las teorías interpersonales de Cooley, Mead o Sullivan. Las interacciones o intercambios –emocionales o afectivos, instrumentales e informativos-, representan la dimensión comportamental de los grupos de autoayuda. Riessman (1965) consi-

dera 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.

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 (De Zayas, 1995). 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 (1993), 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 autoconcepto, proporcionan sentimientos de pertenencia a un grupo, establece límites, extiende el poder del individuo, capacita a sus miembros a compartir y ocupa tiempo.

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, 1996). Se sustituyen los sentimientos de soledad, sufrimiento, retraimiento y de rechazo por los de comprensión y aceptación de otros iguales y se cubre la necesidad de actualización personal o autorealización.

En opinión de Katz, a diferencia de los servicios profesionales, las experiencias de grupo se encuentran más cercanas a la vida cotidiana con su continuo dar y tomar, su preocupación con el presente, en lugar de excavar en el pasado, y con su potencial para proporcionar relaciones personales más libres y espontáneas; la necesidad de formar parte de una comunidad y la importancia de la actividad personal, la autoconfianza y el autocontrol. Como han señalado Wollert, Levy y Knight (1982), lo que resulta esencial para el cambio es la satisfacción de importantes necesidades personales y sociales, la necesidad de consejo constructivos, la comunicación empática, la aceptación, la autoexpresión, la comprensión, y el desarrollo del sentido de responsabilidad personal, esperanza, control y sentimientos de valía personal. Necesidades en muchas ocasiones descuida-

das desde los servicios profesionales que fomentan la dependencia y la pasividad.

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LOS GRUPOS

Los estudios empíricos acerca de esta eficacia cuentan con una breve historia y resultan todavía relativamente escasos. Entre las razones se encuentra el conjunto de problemas que los investigadores deben enfrentar en el diseño. Las organizaciones de autoayuda no se encuentran bajo el control de los investigadores y los métodos tradicionales para la evaluación son en general inadecuados para la evaluación de los grupos de autoayuda, dado que las características de los mismos plantean retos únicos, como por ejemplo:

- El cambio constante de miembros dada la asistencia voluntaria a los mismos, 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 en el programa, etc.

Por otra parte, como señala Lavoie (1990), los criterios de éxito utilizados pueden ser distintos a los propios criterios del grupo. La asignación por azar a las condiciones de intervención y de control resulta prácticamente imposible y particularmente difícil obtener un grupo de comparación adecuado (Cameron, Hayward y Mamatis, 1992).

En esta misma línea, Lieberman (1989) llama la atención sobre tres aspectos relevantes en la evaluación de estos grupos: qué evaluar, cuándo evaluar y a quién evaluar, teniendo en cuenta que las definiciones de enfermedad y ausencia de enfermedad utilizadas por los grupos de autoayuda difieren en numerosos casos de las categorías tradicionales de salud mental empleadas en la evaluación. En segundo lugar, y a diferencia de las aproximaciones terapéuticas que asumen que las personas abandonarán el proceso terapéutico una vez experimenten mejoría, los grupos de autoayuda estimulan el compromiso a largo plazo, donde no pueden identificarse fácilmente puntos de salida claros. De hecho, la pertenencia a un grupo es una forma de devolver la ayuda a otros con un status similar y sirve para asegurar la continuidad de la organización. Y en tercer lugar, los patrones de participación difieren de otros modelos terapéuti-

cos, donde la terapia se encuentra definida con claridad y existen reglas prescritas para la participación en la terapia. Una persona puede ser un miembro activo de un grupo de autoayuda pero su participación ser irregular, o incluso que algunos miembros reciban distintos recursos de ayuda.

Chesler (1991) propone un modelo donde los miembros participan en el diseño, implementación y utilización de la investigación, y la propia investigación se encuentra dirigida no sólo a la generación del conocimiento, sino también a la generación del cambio y el logro de las metas grupales (ver Meissen y Warren, 1994). De hecho, entre aquellos que ven estas organizaciones como agrupaciones de apoyo socialmente normativas más que como un tratamiento (Kurtz y Powell, 1987), los efectos típicamente estudiados son cambios en las redes de amistades, identidad, historias personales e incremento en el apoyo social.

En lo que se refiere a la investigación empírica sobre resultados en los grupos de autoayuda para los trastornos de la conducta alimentaria, ésta es tristemente escasa (Estroff, 1982) y la pregunta a hacerse es ¿Qué medida de resultados es apropiada?. Los estudios de Slade (1983), Block y Llewelyn (1987), y Franko (1987) se centran en las visiones y satisfacción de los propios miembros con respec-

to al grupo. Sin embargo, aunque éste es un resultado válido, es subjetivo y puede no estar correlacionado con otros posibles, o incluso que los síntomas estén empeorando progresivamente. La recomendación que se hace es obtener una visión multivariada de resultados, combinando medidas sintomáticas, de satisfacción y cognitivas.

Entre los beneficios deparados por los grupos, los asistentes señalan cambios positivos en el modo de enfrentarse al problema; haber (re)aprendido a vivir, mejorado la competencia personal y social y las relaciones interpersonales; adquirido

información especializada; saber defender los propios intereses activamente y aprender a utilizar los servicios profesionales adecuadamente (Trojan, 1989; Humphreys y Rappaport, 1994; Hartley, 1995).

En el trabajo de Hartley, 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

Tabla 1

Aportaciones de los Grupos de Autoayuda a sus participantes (Trojan, 1989).

Lieberman y Bond (1976)	76% Compartir pensamientos y sentimientos 68% Ser apoyado, aprobado y validado 63% Saber que mis problemas, sentimientos y miedos no son únicos
Knight (1980)	43% Apoyo social y compañerismo 83% Ambiente de apoyo y aceptación del grupo
Gottlieb (1982)	Ayudar y recibir ayuda de otras personas Aprender estrategias de afrontamiento Sentimiento de comunidad Enfrentarse a actitudes de la sociedad Confidencialidad Reunirse con personas que padecen el mismo problema Esperanza
Richardson y Goodman (1983)	Encontrar personas que tienen el mismo problema Actividades sociales Información, consejos Ayuda práctica Poder ayudar a otros

y grupos de autoayuda tradicionales. Las características del clima social como por ejemplo el apoyo recibido y el orden o la organización parecen ser buenos predictores de la eficacia del grupo, evaluado por la estimación de los beneficios y la satisfacción de los miembros (Perkins, Lafuze y Van Dusen, 1994).

En cuanto a la investigación descriptiva se deberían considerar las características de los grupos, sus métodos, sus miembros y los líderes de grupo. El investigador podría implicar al grupo en su propia evaluación, de forma que fuera parte de la autoayuda, eso si teniendo en cuenta la posible maximización de los resultados acerca de los beneficios reportados. En los estudios antes referidos, los participantes experimentaban los grupos como útiles, proporcionando un complemento significativo a los métodos ortodoxos de tratamiento, referían altos niveles de satisfacción de los miembros, y encontraban apoyo, utilidad y ayuda para la permanencia en la terapia individual.

COEXISTENCIA DE LOS SISTEMAS FORMALES E INFORMALES DE AYUDA

La literatura sobre grupos de autoayuda indica que las personas con problemas psicológicos buscan ayuda de fuentes informales, tales como amigos y miembros de la fami-

lia, previa a, y más frecuentemente que de fuentes formales tales como los servicios de salud mental (Gourash, 1978; Veroff, Kulka y Douvan, 1981; Wills y De Paulo, 1991). La búsqueda de los sistemas formales depende en gran parte de las creencias acerca de la etiología del problema y aparece asociada a la insatisfacción con las fuentes informales tales como familia y amigos.

En cuanto a la participación y colaboración de los profesionales en los grupos de autoayuda para personas con estos trastornos, Pat Hartley (1988) afirma que la implicación del profesional es crucial para la eficacia máxima del grupo siempre y cuando se preserve la autonomía de los miembros del mismo y la filosofía de autoayuda, o lo que es lo mismo, sin desvirtuar el control y la responsabilidad de los miembros del grupo. Como señalan Cameron et al. (1992) es importante cierta distancia y autonomía de las organizaciones profesionales para el adecuado funcionamiento de los grupos de autoayuda, así como para lograr el éxito en la colaboración entre estos dos sistemas de ayuda.

Chutis (1983) señala diversos roles a desempeñar dentro de una relación satisfactoria con los grupos de autoayuda por parte de los profesionales:

1. Organizador en la comunidad: estableciendo metas, publici-

dad, y logrando la legitimidad del grupo en la comunidad.

2. Asistencia técnica: en el desarrollo de las relaciones con la prensa, elaboración de boletines, hojas informativas, contactos con otros grupos cívicos.
3. Fuente de legitimización de los grupos a través de la transferencia de tecnología (educación, formación y supervisión), el asesoramiento y el desarrollo de nuevos grupos.
4. Conectando a los grupos con la comunidad profesional.
5. Co-líder de grupo: participando en las reuniones, proporcionando liderazgo, apoyando y facilitando información.
6. Asesor en aspectos de salud mental: ofreciendo información acerca de recursos, procesos de grupo, liderazgo y habilidades de ayuda que pueden estar fuera del alcance del grupo.

Entre las cualidades más importantes que han de presentar los profesionales dedicados a los grupos de apoyo se encuentran las siguientes: madurez; adquirir el compromiso para ayudar a las personas con trastornos de la conducta alimentaria; un conocimiento sólido acerca de éstos y los servicios locales; capacidad y disposición para escuchar de mane-

ra no juiciosa; alguna experiencia con la dinámica de grupos, y una apertura a varios estilos de vida y modos hacia la recuperación (Iannicello y Tootell, 1985; Kinoy, 1985; Enright y Tootell, 1986).

Contar con los profesionales como facilitadores de grupo conlleva algunas ventajas:

- 1) Su conocimiento incrementa la probabilidad de que las discusiones del grupo contrarrestarán y no reforzarán los mitos acerca de la nutrición, el peso corporal, el autocontrol y los trastornos de alimentación.
- 2) Los profesionales están mejor preparados para identificar y remitir a personas cuyas condiciones psicológicas o estado físico amenaze la atmósfera de apoyo del grupo.
- 3) Los facilitadores deben ser capaces de dirigir las peticiones de información, feedback y apoyo a otros miembros tanto como sea posible, enfatizando el valor del conocimiento y la experiencia de cada uno (Enright et al., 1985)
- 4) Además los facilitadores pueden proporcionar estabilidad y continuidad. Uno de los objetivos del grupo de apoyo es

ayudar a estas personas a com-

prender y participar efectivamente en un tratamiento multidimensional.

En cualquier caso la integración de las fuentes formales representadas por los profesionales de la salud mental y los sistemas informales de apoyo consistiría en acercar dos culturas diferentes, una que busca la fiabilidad que proporcionan algunas reglas formales y procedimientos rutinarios y la otra enfatizando la privacidad de reglas implícitas y la actividad espontánea. Como aseguran Froland, Pancoast, Chapman y Kimboko (1981), la combinación de ambas fuentes no resulta un proceso fácil y puede que no sea deseable o posible en numerosas circunstancias. Las normas de intercambio, la concepción de los problemas y sus soluciones y las cuestiones de autoridad y responsabilidad de ambos tipos de ayuda son considerablemente diferentes y potencialmente conflictivas.

No obstante, la búsqueda de fórmulas para lograr una mejor colaboración y articulación entre estas dos fuentes de ayuda es sin duda una valiosa línea de trabajo cuyo objetivo es lograr servicios más comprensivos.

CONCLUSIONES

La confianza en la ayuda mutua que puedan prestarse personas que han vivido situaciones similares resulta la base de la creación de los

grupos de autoayuda. El conocimiento experiencial compartido por sus miembros en muchas ocasiones complementará el conocimiento técnico proveniente de los sistemas formales de ayuda.

Para la formación y consolidación de un grupo de ayuda mutua formado por personas con trastornos de la conducta alimentaria, la participación del profesional de la salud mental va a ser crucial.

Su presencia sin embargo ha de ser acorde con uno de los requisitos básicos de estos grupos y es que la responsabilidad del grupo recaiga en los miembros del mismo. En ese sentido los roles del profesional van a ser los de consultor, protector en momentos que la interacción sea perjudicial, punto de enlace con otras organizaciones, profesionales y tratamientos, y modelo desde una actitud respetuosa, genuina y asertiva hacia los participantes y ante la enfermedad.

El sentido que se le dé al grupo y el significado del que se le dote influirá inevitablemente tanto en las relaciones y los intercambios que vayan a tener lugar como en los beneficios del mismo. La recomendación hecha por varios autores es que los objetivos a plantearse por los miembros del grupo de autoayuda de personas con un trastorno de la conducta alimentaria no debe limi-

tarse a la reducción o el manejo de las conductas problemáticas sino que debe completarse con otros más relacionados con la autoestima, las habilidades sociales y el bienestar físico y psicológico en general.

La participación del profesional va a ser necesaria para obtener la eficacia máxima de los grupos,

aunque el objetivo final ha de ser constituir grupos de autoayuda que enfermos con una asistencia y participación regular en los mismos, hayan experimentado una notable mejoría como para poder coordinar grupos de estas características.

REFERENCIAS

- Block, E. y Llewelyn, S.P. (1987). Leadership skills and helpful factors in self-help groups. *British Journal of Guidance and Counselling*, 15, 257-270.
- Borkman, T. J. (1991). Self-help groups (special issue). *American Journal of Community Psychology*, 19.
- Cá, K. y Wainer, A. (1994). Grupos de auto-gestión. *Cuadernos de Psicología Gestáltica*. Buenos Aires: Era Naciente.
- Cameron, G., Hayward, K. y Mamatis, D. (1992). *Mutual aid and child welfare: The Parent Mutual Aid Organizations in child welfare Demonstration Project*. Waterloo: Wilfried Laurier University Press.
- Caplan, G. (1974). *A study of natural support systems (mimeo)*. Harvard Medical School: Laboratory of Community Psychiatry.
- Chesler, M.A. (1991). Participatory action research with self-help groups: An alternative paradigm for inquiry and action. *American Journal of Community Psychology*, 19, 757-768.
- Chutis, L (1983). Special roles of mental health professionals in self-help group development. *Prevention in Human Services*, 2, 69-70.
- Coplon, J. y Strull, J. (1983). Roles of the professionals in mutual aid groups. *Journal of Contemporary Social Work*, 64, 259-266.
- Crisp, A.H. (1967). The relationship of denial to the differential diagnosis of anorexia nervosa. En F. Antonelli e I. Ancona (eds.). *Proceedings of the 7th European Conference on Psychosomatic Research*. Roma: Acta Psychosomatica.
- 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.
- Enright, A.B., Butterfield, P., y Berkowitz, B. (1985). Self-help and support groups in the management of eating disorders. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (eds.); *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 491-512). New York: Guilford.
- Enright, A.B. y Tootell, C. (1986). The role of support groups in the treatment of eating disorders. *American Mental Health Counselors Association Journal*, 237-245.
- Estroff, S.E. (1982). The next step: Self help. *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 609.
- Franko, D.L. (1987). Anorexia nervosa and bulimia: a self-help group. *Small Group Behaviour*, 18, 398-407.
- Froland, C., Pancoast, D.L., Chapman, N.J. y Kimboko, P. (1981). Linking formal and informal support systems. En B.H. Gottlieb (ed.); *Social networks and social support*. London: Sage.
- Garner, D.M. (1985). Iatrogenesis in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 701-726.
- Gottlieb, B. (1982). Mutual -help groups: member's views of their benefits and roles for professionals. *Prevention Human Services*, 1, 55-67.
- Gourash, N. (1978). Help-seeking: a review of the literature. *American Journal of Community Psychology*, 6, 413-423.
- Gracia, E. (1996). ¿Por qué funcionan los grupos de autoayuda?. *Informació Psicològica*, 61, 4-11.
- Hartley, P. (1988). The role of self-help groups in eating disorders. En D. Scott (ed.); *Anorexia and Bulimia nervosa: practical approaches*. (pp 177-191). London: Croom Helm.
- Hartley, P. (1995). Changing Body image through guided self-help: A pilot study. *Eating*

Disorders: The Journal of Treatment and Prevention, 3, 165-174.

Hartman, S. (1987). Therapeutic self-help groups: a process of empowerment for women. En C.M. Brody, *Women's Therapy Groups: Paradigms of Feminist Treatment* (pp 67-81). New York: Springer.

Hess, R. (1982). Editorial: Self-help as a service delivery strategy. *Prevention in Human Services*, 1, 1-2.

Humphreys, K, Rappaport, J. (1994). Researching self-help/mutual aid groups and organizations: many roads, one journey. *Applied & Preventive Psychology*, 3, 217-231.

Iannicello, A. y Tootell, C. (1985). *Support Group Packet of the National Anorexic Aid Society*. Ohio: National Anorexic Aid Society.

Jacobs, M. y Goodman, G. (1989). Psychology and Self-Help Groups. *American Psychologist*, 44, 536-545.

Katz, A.H. (1993). *Self-help in America: a social movement perspective*. New York: Twayne.

Katz, A. y Hermalin, J. (1987). Self-help and prevention. En J. Hermalin y J.A. Morell, *Prevention planning in mental health*. Sage: Newbury Park.

Kinoy, B.P. (1985). Self-help groups in the management of anorexia nervosa and bulimia: a theoretical base. *Transactional Analysis Journal*, 15, 73-78.

Knight, B. (1980). Self-help groups: the member's perspectives. *American Journal of Community Psychology*, 8, 53-65.

Kurtz, L.F. y Powell, T.J. (1987). Three approaches to understanding self-help groups. *Social Work With Groups*, 10, 69-80.

Lavoie, F. (1990). Evaluating self-help groups. En J.M. Romeder (ed.); *The self-help way: Mutual aid and health*. Ottawa: Canadian Council on Social Development.

Levine, M. y Perkins, D.V. (1987). *Principles of Community Psychology*. New York: Oxford University Press.

Levy, L. (1979). Process and activities in self-help groups. En M. Lieberman y L. Borman (eds.); *Self-help groups for coping with crisis*. San Francisco: Jossey-Bass.

Lieberman, M.A. (1989). Mutual-aid groups: An underutilized resource among the elderly. En T.J. Powell (ed.); *Annual Review of geriatrics and gerontology*. New York: Springer.

Lieberman, M.A. y Bond, G.R. (1976). The problem of being a woman: a survey of 1700 women in consciousness-raising groups. *Journal of Applied Behavioral Sciences*, 12, 363-379.

Meehan, V., Wilkes, N.J. y Howard, H.L. (1984). *Applying new attitudes and directions*. National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders. Illinois: INCANAD.

Meissen, G.J., Mason, W.C. y Gleason, D.F. (1991). Understanding the attitudes and intentions of future professionals towards self-help. *American Journal of Community Psychology*, 19, 699-714.

Meissen, G.J. y Warren, M.L. (1994). The self-help clearinghouse: A new development in action research for community psychology. En T.J. Powell (ed.); *Understanding the self-help organization: Frameworks and findings* (pp. 190-211). London: Sage.

Perkins, D.V. Lafuze, J.E. y Van Dusen, C. (1994). Social climate correlates of effectiveness in Alliance for the Mentally Ill Groups. En F. Lavoie, T. Borkman y B. Gidron (eds); *Self-help and mutual aid groups: International and multicultural perspectives*, (pp. 263-277). New York: Haworth Press.

Richardson, A. y Goodman, M. (1983). *Self-help and Social Care: Mutual Aid Organizations in Practice*. London: Policy Studies Institute.

- Riessman, F (1965). The helper therapy principle. *Social Work*, 10, 27-32
- Roback, H.B. (1984). Conclusion: critical issues in group approaches to disease management. En H.B. Roback (ed.); *Helping patients and their families cope with medical problems* (pp. 527-543). San Francisco: Jossey-Bass.
- Rubel, J.A. (1984). The function of self-help groups in recovery from anorexia nervosa and bulimia. *Psychiatric Clinical North America*, 7, 381-384.
- Sánchez Vidal, A. (1991). *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona: PPU Biblioteca Universitaria de Ciencias Sociales.
- Schure, M., Slotnick, R.S. y Jeger, A.M. (1982). Behavioral ecology and self-help professional collaboration. En A. M. Jeger y R.S. Slotnick (eds); *Community Mental Health and behavioral ecology*. New York: Plenum Press.
- Slade, P.D. (1983). The role of counselling and self help groups in the management of anorexia nervosa. En E. Karas (ed.); *Current issues in Clinical Psychology, Vol I*. New York: Plenum.
- Taylor, S., Falke, R., Shoptaw, S y Lichtman, R. (1986). Social support, Support Groups and the Cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 608-615.
- Treasure, J. y Ward, A. (1997). A practical guide to the use of motivational interviewing in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 5, 102-114.
- Trojan, A. (1989). Benefits of self-help groups: a survey of 32 members from 65 disease-related groups. *Social Science & Medicine*, 29, 225-232.
- Veroff, J., Kulka, R.A. y Douvan, E. (1981). *Mental Health in America: Patterns of self-seeking from 1957 to 1976*. New York: Basic Books.
- Villalba, C. (1996). Los grupos de apoyo basados en la autoayuda: una propuesta para el inicio y acompañamiento profesional. *Intervención Psicosocial*, 5, 23-41.
- Wills, T.A. y De Paulo, B.M. (1991). Interpersonal analysis of the help-seeking process. En C.R. Snyder y D.R. Forsyth (eds); *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective*, (pp. 350-375). New York: Pergamon Press.
- Wollert, R., Levy, L.H. y Knight, B. (1982). Help-giving in behavioral control and stress-coping self-help groups. *Small Group Behavior*, 13, 37-38.