

Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM  
Universidad Autónoma de Tamaulipas  
hmcappello@yahoo.com  
ISSN (Versión impresa): 1405-3543  
MÉXICO

2004

Jesús Rivera Navarro

ASOCIACIONES Y GRUPOS DE AYUDA MUTUA: UN NUEVO PARADIGMA EN EL  
ÁMBITO DE LA SALUD

*Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, enero-junio,  
año/vol. XIV, número 001

Universidad Autónoma de Tamaulipas

Ciudad Victoria, México

pp. 83-99

---

## ASOCIACIONES Y GRUPOS DE AYUDA MUTUA: UN NUEVO PARADIGMA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Jesús Rivera Navarro

UAMCEH, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

### RESUMEN

*En el estudio presentado se analiza el rol de los Grupos de Ayuda Mutua (GAMs) y el de las asociaciones relacionadas con la salud, las razones de su escasa consolidación y su situación en el sistema socio-sanitario en España. Las técnicas de investigación empleadas son el grupo de discusión y la entrevista semi-estructurada.*

*Los resultados de esta investigación indican que los Grupos de Ayuda Mutua ofrecen alternativas a las terapias médicas tradicionales, proporcionando otros códigos y significados a sus participantes. Por otro lado, se destaca la escasa participación de los ciudadanos en asociaciones relacionadas con la salud, atribuida a su incapacidad para cambiar la realidad, aunque éstas deseen participar en el diseño de las políticas públicas de salud.*

Palabras claves: Grupos de Ayuda Mutua, asociaciones, sistema público de salud, cuidadores, enfermos.

### MUTUAL HELP GROUPS AND ASSOCIATIONS: A NEW PARADIGM IN THE HEALTH CARE SYSTEM ABSTRACT

*This study analyzes the role of Mutual Help Groups and associations related to health care, the*

---

Original. Para solicitar reproducciones, dirigirse con el autor:

UAMCEH, Universidad Autónoma de Tamaulipas  
Centro Universitario Victoria. Ciudad Victoria, Tamaulipas, México 87149  
Tels.: 018343181723 (y fax)/ 018343161208  
Correo Elec.: [jesusrivera\\_navarro@hotmail.com](mailto:jesusrivera_navarro@hotmail.com), [jriveran@uat.edu.mx](mailto:jriveran@uat.edu.mx)

*reasons for their lack of consolidation, and their situation in the sanitary system of Spain. Research techniques utilized were discussion groups and semi-structured interviews.*

*Results of this study lead to the conclusion that Mutual Help Groups become an alternative to traditional medical therapies, providing new codes and meanings to participants. On the other hand, the scarce participation of citizens in associations dealing with health care is highlighted, maybe due to their incapacity to change reality, despite their intentions of participating in the design of public health policies.*

Key words: Mutual Help Groups, associations, public health care system, care takers, ill people.

## INTRODUCCIÓN

### LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA (GAMs) DENTRO DEL PROCESO ASISTENCIAL

**E**n los procesos relacionados con la salud y la enfermedad es necesario hacer hincapié en la noción de proceso asistencial e itinerario terapéutico (Comelles, 1985a, b). Con estos términos se pretende definir un modelo teórico que permita abarcar los distintos elementos que constituyen los procesos a través de los cuales las poblaciones gestionan los problemas relacionados con la salud y la enfermedad.

El proceso asistencial contiene tres aspectos interrelacionados:

- 1) Concepciones sobre la salud y la enfermedad, que suelen tener un carácter sincrético entre la cosmovisión religiosa y el racionalismo.
- 2) Procesos de toma de decisiones basados en la experiencia, en la información contrastada en la propia red social y que tienen a las concepciones mencionadas como marco de referencia.

- 3) Diferentes prácticas que movilizan a distintos roles dentro de la unidad doméstica y su red social. Estas prácticas, a su vez, se pueden clasificar en tres categorías:
- a) De protección y cuidado.
  - b) De interpretación, adivinación y diagnóstico.
  - c) De curación o terapéuticas (incluyen desde los remedios caseros hasta el seguimiento estricto de las indicaciones médicas).

Destacan, en el proceso asistencial, la centralidad de la auto-atención doméstica en el proceso y el predominio de las aparentes dimensiones "irracionales" (Canals, 1996).

En este contexto aparecen los GAMs, cuya razón de ser se basa en el problema común que sufren sus miembros (en este caso cuestiones relacionadas con la salud), siendo sus principales elementos los siguientes:

- a) Reconstrucción de funciones que la dispersión de las relaciones amplias de parentesco y la fragmentación social han dejado sin estructuras de soporte.
- b) Vinculación a asociaciones que presentan rasgos muy propios de los movimientos asociativos típicos de las sociedades industrializadas desarrolladas.
- c) Existencia entre sus miembros de una reciprocidad horizontal, requisito necesario para poder hablar de ayuda mutua, y que sirve para contrarrestar las relaciones asimétricas que se establecen entre "médico" y "paciente".
- d) Relación con patologías y enfermedades que aparecen como "marginales" (por ejemplo: drogas, alcoholismo, SIDA).

### CONTEXTO SOCIAL Y CULTURAL DE LOS GAMs EN ESPAÑA

En España, debido a sus condiciones socioeconómicas, no se conformó una sociedad civil dinámica ni un estado del bienestar consolidado como en Europa (Casado, 1995). Esta idiosincrasia produjo un desarrollo de los GAMs distinto al de los países anglosajones, potenciado por la influencia católica de esta área, en la cual no se estimulaba el asociacionismo, mientras que en su vertiente sanitaria hacía mayor hincapié en el *cuidar* que en el *curar* (Canals, 1991).

La tradición de actividad voluntaria con grandes componentes de ayuda mutua en los países anglosajones no tiene ningún equivalente en esta área. Por lo tanto, en España habrían de aparecer otros tipos de agentes promotores: algunos profesionales de la salud, generalmente críticos ante los modelos existentes de atención institucionalizada; entidades con objetivos de asesoramiento y/o defensa de determinados colectivos y que sirven de soporte organizativo para la creación de los GAMs (Gallardo, 2001).

### EL LUGAR DE LOS GAMs EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES

Los GAMs aparecen como una más entre las opciones que se consideran a la hora de configurarse los itinerarios terapéuticos. Como todas las demás, no será exclusiva, sino que tenderá a compatibilizarse con ellas (Comelles, 1985a).

Un GAM conecta, a través de las interacciones de sus miembros, con las respectivas redes sociales de las unidades domésticas de cada uno de ellos. Al mismo tiempo se relaciona —en la mayoría de los casos— con profesionales e instituciones. Constituye, por tanto, un elemento nuclear de un sistema que provee variados recursos. Esta posición hace también del GAM una potencial instancia mediadora, situada en una posición idónea para la detección, comprensión y elaboración de situaciones conflictivas.

Los principales objetivos de esta investigación son: estudiar el rol de los GAMs dentro de las asociaciones relacionadas con la salud (AS) y las razones de la escasa implantación de los GAMs en España. Considerando el contexto social español y el desarrollo de su socie-

dad civil, que indica la relación dependiente entre la administración pública y los ciudadanos, se definieron dos objetivos secundarios: clarificar las funciones de las asociaciones en la actual estructura socio-sanitaria española y señalar los aspectos que se deben modificar para mejorar la relación entre los servicios públicos de salud y las asociaciones relacionadas con la salud.

### **METODOLOGÍA**

Se utilizaron dos instrumentos de investigación de metodología cualitativa: el grupo de discusión y la entrevista semi-estructurada.

### **GRUPO DE DISCUSIÓN**

Se escogió la técnica del grupo de discusión, por ser la adecuada para captar cómo perciben la evolución de la estructura socio-sanitaria los representantes de las AS en las que se integran los GAMs.

Para diseñar los grupos de discusión se tuvieron en cuenta las organizaciones que se incluían en el directorio de asociaciones de ayuda mutua y salud (Comunidad de Madrid, 1999). De dicho directorio se seleccionaron aquellos agentes sociales que presentaban una mayor consolidación (evaluado de acuerdo con el tiempo de existencia y el número de socios).

Un representante de cada una de estas asociaciones elegidas acudía a los grupos de discusión. Esa persona no tenía que ocupar necesariamente un cargo estatutario, pero sí era imprescindible que conociera con detalle el funcionamiento de la organización y que su discurso fuera representativo de su "espíritu".

Teniendo en cuenta estas variables, se diseñaron siete grupos de discusión, agrupados según diferentes campos temáticos (ver *Tabla 1*). Éstos fueron grabados y analizados de forma sistemática. Las citas que se reproducen son literales, haciendo referencia al número de grupo y a la página de la transcripción mecanográfica (ex: 3GD, 7: grupo N° 3, p. 7).

#### ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

La utilización de esta técnica pretendía conocer el proceso particular seguido en asociaciones paradigmáticas y sus respectivos GAMs, para poder comparar las distintas maneras de percibir su posición dentro del proceso asistencial. Se debe tener en cuenta que, a pesar de ser pertinente la agrupación de los discursos por temáticas trabajadas por cada una de las AS, hay divergencias entre ellas en la forma de plantear estrategias y mecanismos para colaborar con las diferentes instituciones, así como respecto a los distintos objetivos planteados en relación con la resolución de sus problemáticas. Otro de los motivos por los que se consideró pertinente, metodológicamente, realizar entrevistas semi-estructuradas, fue analizar el discurso procedente de asociaciones de carácter local y restringido, cuyos diseños en sus líneas de actuación y en estrategias de intervención pudieran dar lugar a la construcción teórica de modelos paradigmáticos.

Para el diseño se siguieron los mismos criterios que en los grupos de discusión; es decir, también se tuvo en cuenta el directorio de asociaciones de ayuda mutua y salud (Comunidad de Madrid, 1999). De igual manera, los sujetos que se eligieron para ser entrevistados también cumplían similares criterios que los escogidos para participar en los grupos de discusión; es decir, eran personas que conocían en profundidad la idiosincrasia de la AS, y su discurso representaba su "esencia".

Se realizaron 10 entrevistas semi-estructuradas, complementando los discursos obtenidos en las reuniones de grupo (ver *Tabla 2*). Igual que sucede en el caso de los grupos de discusión, también en el caso de las entrevistas, la referencia es la página de la transcripción (ex: 5E, 8: entrevista N° 5, p. 8).

#### RESULTADOS

##### EL ROL DE LOS GAMs EN EL INTERIOR DE LAS AS

En España, muchos GAMs están inmersos en AS, aunque generalmente estas organizaciones civiles son creadas antes que los GAMs, apareciendo éstos muchos años después de la existencia de

las AS (Gallardo, 2001). Sin embargo, hay algunas AS en las que esta premisa no se cumple; es el caso de las asociaciones de alcohólicos y ludópatas y, en general, las organizaciones que representan las adicciones. En estos casos, las terapias médicas y farmacológicas tradicionales son cuestionadas y se considera a los GAMs como un medio apropiado para la recuperación, siendo su función básica la rehabilitación social del adicto:

*Un alto porcentaje de personas continuarán bebiendo si ellos no permanecen un tiempo suficiente en el grupo. Esto es algo probado, por eso es fundamental ir a las sesiones... (1GD, 19).*

Por otro lado, las AS, a través de los GAMs, elaboran conceptos, códigos y significados que explican la vivencia del problema de salud por parte de sus miembros, dando como resultado un universo simbólico que no coincide normalmente con las teorías y diagnósticos elaborados por los profesionales de la salud, además de proponer un cambio en el estereotipo que de las enfermedades, patologías o problemáticas tiene la población general. Junto a este universo simbólico, mediante los GAMs también se dan alternativas a los tratamientos terapéuticos de la medicina hipocrática.

*...Qué entiende un médico o un profesional de esos que están trabajando en temas de salud, por alcohólico, porque algunos entienden que alcohólico es el que está agarrado a la farola ahí con una botella..., yo siempre defino que alcohólico es la persona que ha perdido la voluntad para decir no a una copa en un determinado momento y a raíz de ahí hablamos de lo que queráis, mientras que no entendamos eso, no hacemos nada... (1GD, 14).*

Los familiares de enfermos utilizan los GAMs como un medio de aprender estrategias de afrontamiento para cuidar mejor a su familiar, así como para sobrellevar la muerte de un ser querido (por ejemplo, en el caso del cáncer, ya que las personas afectadas por esta enfermedad frecuentemente acaban muriendo por dicho padecimiento), a través de lo que Julián Rappaport llama "empowerment" (empoderamiento) (Rappaport, 1993). Este concepto proporciona a los familiares la capacidad y la satisfacción de ayudar a otras personas:



*...Si tú has estado esforzándote por la vida de alguien durante un tiempo, la única manera que tienes de dar sentido a toda esa lucha, que ha terminado en la muerte, es poder ayudar a otro que va a vivir o que tú crees que va a vivir, y es la única manera que tiene sentido nuestra labor... (3GD, 42).*

Existen ámbitos en los que se utiliza otro tipo de GAM, como es en el caso de la prostitución. En España este colectivo está formado por personas de diferente procedencia, cultura y nacionalidad y, por lo tanto, las AS tratan de dotarle de una cohesión grupal, para favorecer su integración social. La transmisión de información sobre medidas preventivas se realiza de la siguiente manera: se educa a dos o tres prostitutas para enseñarles cuáles son las pautas de conducta adecuadas para no contraer enfermedades y se van comunicando esta información de unas a otras, con lo que se logra que los contenidos que necesitan ser conocidos lleguen a personas que mediante canales ortodoxos nunca llegarían.:

*...Nosotras trabajamos mucho con la... Procuramos que sean las propias mujeres las que transmitan a otras mujeres la información que nosotros les vamos dando, es decir hay mujeres que son prostitutas y esas son las que sirven de contactos en las diferentes zonas (4E, 4).*

#### **CAUSAS DE LA ESCASA CONSOLIDACIÓN DE LOS GAMs Y LAS AS**

Los motivos por los que en España los GAMs tienen escasa consolidación se relaciona con la dependencia de los ciudadanos hacia el Estado como proveedor de servicios, que da lugar a una percepción tanto de las AS como de los GAMs de sustitutos de la administración pública, en el sentido de actuar como suministradores de recursos que la estructura socio-sanitaria no gestiona. Esta concepción de la función de las AS y los GAMs lleva a una participación del ciudadano en aras de resolución de problemas a través de una entidad, olvidando la horizontalidad, simetría y reciprocidad propias de los GAMs.

*...Pero luego te viene una señora nueva y le dices esto y lo otro y lo otro pero como no le resuelves en el momento su problema, a la vez siguiente se va y ya no viene (2GD, 15).*

Junto a la identificación de las AS relacionadas con la salud como gestoras de recursos, se atribuyen otros dos factores a la escasa participación de los ciudadanos en los GAMs y AS; por un lado, el sustrato cultural en España (arraigo de una cultura de tradición católica) y, por otro, la ausencia de una creencia en la capacidad de los GAMs para cambiar la realidad:

*...Nosotros estamos acostumbrados a esperar que nuestros padres resuelvan nuestros problemas en la vida, el Estado/padre llega y me da todo lo que yo necesito; estamos acostumbrados a esto y nosotros debemos decir a la gente que se resolverán los problemas, pero todos tenemos que cooperar (3GD, 37).*

#### **LA UBICACIÓN DE LAS AS EN LA ESTRUCTURA SOCIO-SANITARIA**

Las AS quieren jugar un rol complementario en la actual estructura socio-sanitaria, y su objetivo es constituir un soporte y un complemento a los programas terapéuticos y a la red asistencial, nunca un sustituto. Las organizaciones analizan las carencias en la estructura social y sanitaria y tratan de suministrar instrumentos para sobrellevar estas deficiencias, no solo proponiendo cambios en el sistema de salud, sino también tratando de influir en otras áreas, como en el ámbito laboral.

Las organizaciones también tienen la vocación de ocupar un espacio consultivo en las decisiones y políticas diseñadas por la administración pública.

A medida que pasa el tiempo, las AS llevan a cabo más actividades, que antes eran gestionadas por el sistema público de salud; para ser capaz de realizar dichas actividades correctamente, las organizaciones demandan a la administración más infraestructura. Algunas Organizaciones no Gubernamentales (ONGs), como las que representan a enfermos de SIDA o relacionados con la salud mental, tie-

nen una tendencia acentuada a ser gestores de recursos dentro del sistema de salud; incluso algunas de ellas ya están realizando este tipo de funciones. De esta manera, las organizaciones relacionadas con la salud se convierten en una extensión del sistema redistributivo del Estado del Bienestar, especialmente cuando dichas entidades dependen cada vez más de los fondos públicos.

Por lo tanto, las organizaciones relacionadas con la salud en España tienden a participar activamente en el diseño de políticas públicas en relación con su ámbito (como un movimiento social clásico). Según el tipo de organización, sus demandas a la administración serán diferentes.

### **DISCUSIÓN**

Los conceptos de GAMs y AS en España son confundidos frecuentemente debido a la escasa consolidación de estos grupos en la sociedad española. Algunos teóricos (Granfield y Cloud, 1999; Burman, 1997) explican que la función de los GAMs depende de la enfermedad que estén trabajando; así por ejemplo, los GAMs que tratan adicciones proporcionan terapias alternativas en sus reuniones, para la recuperación de los adictos a diferentes sustancias (Kurtz y Fisher, 2003).

En este estudio se muestra que los GAMs crean un universo simbólico en los ámbitos que trabajan, que cambian la percepción del problema. Dicha función ha sido mencionada en diferentes artículos, sobre todo en el ámbito de la antropología y psicología social (Canals, 1996; Gracia-Fuster, 1997). Los GAMs no solo incluyen a personas enfermas sino también a sus familiares. Las ventajas de la participación de los familiares en los GAMs ha sido analizada en diferentes artículos científicos y dos de estas ventajas han sido enfatizadas como las más importantes: la disminución o mitigación de la carga emocional en el cuidado al enfermo y el aprendizaje de diferentes estrategias que pueden ser aplicadas al caso concreto de cada uno (Citron, Solomon y Draine, 1999; King, Stewart, King y Law, 2000), coincidiendo con los datos de la presente investigación.

En este estudio se describen otras clases de GAMs, que tienen relación con la prostitución; estos grupos trabajan con un programa educativo que ayuda a prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas, a través de la comunicación de contenidos relacionados con dichas patologías mediante las personas que más saben sobre este tema. Hay un buen número de ejemplos en la literatura que estudian los mejores y más efectivos programas educativos para los diferentes niveles sociales y culturas (de Graad, van-Zessen, Vanwesenbeeck, Straver y Visser, 1997). Sin embargo, la clase de ayuda mutua antes mencionada no es analizada en ningún artículo. Aunque es prematuro elaborar una teoría sobre este mecanismo de ayuda mutua, es importante retomar en un futuro esta estrategia de apoyo, ya que puede ser un esbozo de un nuevo modelo de soporte, hasta ahora apenas estudiado.

Otro tema analizado en este estudio es la razón de la escasa consolidación de los GAMs y AS. Las principales causas encontradas en esta investigación están relacionadas con la dependencia de los ciudadanos del Estado, con el sustrato cultural de España, y con la no creencia en los GAMs como agentes de cambio social e individual. Aunque en los Estados Unidos de América y el Reino Unido hay mucho mayor nivel de participación que en España en los GAMs y AS (Lieberman y Snowden, 1993), las razones por las que la gente no participa en dichas entidades han sido también analizadas en ambos países, siendo diferentes causas a las expuestas anteriormente.

Por lo tanto, en los países anglosajones los principales motivos de la participación en los GAMs está vinculada a características individuales —alto nivel de participación: la gente más joven, recién casados, con menos discapacidad y con mayor nivel de educación—, el contexto grupal —un hombre de cada dos mujeres asiste a las reuniones—, diferencias colectivo-individuales —historia de hospitalización y estado civil— (Luke, Roberts y Rappaport, 1993).

Rappaport (1993) añade que la participación en los GAMs es favorecida por las narraciones (*narratives*), que sirven como un soporte para el cambio de identidad de la persona enferma. Otros autores señalan a las redes de amistad y al afrontamiento activo de las enfermedades como un factor favorecedor de participación (Humphreys, Mankowski, Moos y Finney, 1999).

Los GAMs en España nacen de las AS; en este artículo se analiza el rol que los segundos juegan en el sistema social y sanitario. Las características comunes de las AS en España son: se constituyen como un "lobby" para presionar a la administración pública, se apoyan programas terapéuticos, se potencian las redes asistenciales y en algunos casos se convierten en gestores de recursos. La idea de las AS como un componente integral del sistema de salud pública ha sido descrita en varios artículos (Katz, 1970; Borkman, 1990). Una cuestión que se señala en esta investigación es que los GAMs también buscan la mejora del "empoderamiento" (*empowerment*) de sus miembros (Rappaport, 1993; Adamsen, 2002), aunque no es un aspecto muy importante en nuestros grupos de discusión y entrevistas.

Se consideró importante estudiar las demandas de las asociaciones relacionadas con la salud en las diferentes áreas de salud; en cada una de ellas se han registrado diferentes demandas, que han sido mostradas en diferentes artículos, excepto las referentes a las personas que viven en situaciones difíciles: adicciones (Burman, 1997); salud mental (Moos, Schaefer, Andrassy y Moos, 2001; Segal, Silverman y Temkin, 1993; Citron, Solomon y Draine, 1999); familiares de personas enfermas (Citron, Solomon y Draine, 1999); personas con enfermedades crónicas y no estrictamente crónicas (Gray, Caroll, Fitch, Greenberg, Chart y Orr, 1999) y SIDA (Sibthorpe, Fleming y Gould, 1994).

### CONCLUSIONES

- Todas las asociaciones, mediante los GAMs, crean un espacio simbólico que trata de subvertir la consideración que en el ámbito social y profesional se tiene de su problemática de salud concreta.
- Las asociaciones que trabajan con adicciones, enfermedades crónicas (SIDA, esclerosis múltiple, artritis reumatoide, etc.) y salud mental, aluden a los GAMs como parte imprescindible

de la rehabilitación social y emocional del afectado y de su familia.

- Se alude a la escasa participación de los ciudadanos en los GAMs y asociaciones, debido a una percepción de las organizaciones como prestadoras de servicios y no como plataformas de acción conjunta de afectados y familiares.
- Se plantea, en diversas temáticas, la integración del tejido asociativo dentro del sistema socio-sanitario como una articulación estructurada conjunta, con el fin de diseñar políticas eficaces y resolutivas.

Por tanto, se concluye que las AS y los GAMs deben incluirse en el sistema social y sanitario, no como sustitución del trabajo que lleva a cabo tradicionalmente la administración pública, sino como un complemento. Muchos estudios demuestran la eficiencia de los GAMs en el tratamiento de las adicciones y enfermedades mentales, y como una alternativa o complemento a las terapias tradicionales.

#### AGRADECIMIENTOS

*Nos gustaría mostrar nuestro agradecimiento a las siguientes entidades: cada una de las asociaciones (ONGs) que han contribuido a la realización de los grupos de discusión y entrevistas, que sustentan los resultados de este estudio; a la Consejería de Salud de la comunidad de Madrid por ayudarnos a contactar con las ONGs relacionadas con la salud en dicha comunidad y con los grupos de ayuda mutua; a la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid por financiar el proyecto de investigación titulado: "Los grupos de ayuda mutua y su ubicación en la estructura social y sanitaria: perspectiva de los miembros participantes y de los profesionales de la salud. Datos de un estudio realizado en la comunidad de Madrid" y a la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid por su apoyo logístico.*

*También nos gustaría dar muestras de agradecimiento a las siguientes personas: Juan Carlos Ansede Cascudo, María Anegón Blanco, Yolanda Varcárcel Rivera, Myrian Catalá Rodríguez y Pilar Carrasco, por su ayuda en la realización de los grupos de discusión; a Carmen Gallardo Pino por su apoyo y supervisión de la investigación; a Josep Canals por sus aportaciones y a Ángel Gil de Miguel por posibilitar la infraestructura a la investigación.*

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- ADAMSEN, L. (2002). "From victim to agent: The clinical and social significance of self-help group participation for people with life-threatening diseases", *Scand J Caring Sci*, 16, pp. 224-231
- BORKMAN, T.J. (1990). "Self-help groups at the turning point: Emerging egalitarian alliance with the formal health care system?", *American Journal Community Psychology*, 18, pp. 321-331.
- BURMAN, S. (1997). "The challenge of sobriety: Natural recovery without treatment and self-help groups", *J Subst Abuse*, 9, pp. 41-61.
- CASADO, D. (1995). "Acción social y servicios sociales", en Juárez, M., Casado, D., (ed.), *V informe sociológico sobre la situación social en España. Sociedad para todos en el año 2000*, Madrid, Fundación Foessa, pp. 1735-1875.
- CANALS, J. (1991). "Comunidad y redes sociales: de las metáforas a los conceptos operativos", *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 23, pp. 7-18.
- \_\_\_\_\_ (1996). "La reciprocidad y las formas actuales de ayuda mutua", *Actas del VII Congreso de Antropología Social*, Zaragoza, pp. 43-55.
- CITRON, M.; SOLOMON, P. y DRAINE, J. (1999). "Self-help groups for families of persons with mental illness: Perceived benefits of helpfulness", *Community Mental Health Journal*, 35, pp. 15-30.

- COMELLES, J.M. (1985a). "Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales", *Jano*, 665, pp. 71-83.
- \_\_\_\_\_ (1985b). "El papel de los no profesionales en los procesos asistenciales", *Jano*, 665, pp. 357-372.
- COMUNIDAD DE MADRID. CONSEJERÍA DE SANIDAD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA (1999). *Directorio de asociaciones de ayuda mutua y salud*, Madrid.
- DE GRAAF, R.; VAN-ZESSEN, G.; VANWESENBECK, I.; STRAVER, C.J. y VISSER, J.H. (1997). "Condom use by Dutch men with commercial heterosexual contacts: Determinants and considerations", *AIDS Education and Prevention*, 9, pp. 411-423.
- GALLARDO, C. (2001). *Los grupos de ayuda mutua en la Comunidad de Madrid. Perspectiva de los médicos de atención primaria*, tesis doctoral, Madrid.
- GRACIA FUSTER, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*, Barcelona, Paidós Ibérica.
- GRANFIELD, R. y CLOUD, W. (1999). *Overcoming addiction without treatment*, New York, New York University Press.
- GRAY, R.E.; CARROLL, J.C.; FITCH, M.; GREENBERG, M.; CHART, P. y ORR, V. (1999). "Cancer self-help groups and family physicians", *Cancer Pract*, 7, pp. 10-15.
- KATZ, A.H. "Self-help organizations and volunteer participation in social welfare", *Soc Work*, January, pp. 51-60.
- KING, G.; STEWART, D.; KING, S. y LAW, M. (2000). "Organizational characteristics and issues affecting the longevity of self-help groups for parents of children with special needs", *Qual Health Res*, 10, pp. 225-241.
- KURTZ, L.F. y FISHER, M. (2003). "Twelve-step recovery and community service", *Health Soc Work*, 28, pp. 137-145.
- LIEBERMAN, M. y SNOWDEN, L. (1993). "Problems in assessing prevalence and membership characteristics of self-help group participants", *The Journal of Applied Behavioral Science*, 29, pp. 166-180.
- LUKE, D.A.; ROBERTS, L. y RAPPAPORT, J. (1993). "Individual, group context, and individual-group fit predictors of self-help attendance", *The Journal of Applied Behavioral Science*, 29, pp. 216-238.
- MARTÍNEZ VEIGA, A. (1994). *Antropología económica: Conceptos, teorías, debates*, Barcelona, Paidós.



- MOOS, R.; SCHAEFER, J.; ANDRASSY, J. y MOOS, B. (2001). "Outpatient mental health care, self-help groups, and patient's one year treatment outcomes", *Journal of Clinical Psychology*, 57, pp. 273-287.
- RAPPAPORT, J. (1993). "Narrative studies, personal stories, and identity. Transformation in the mutual help context", *Journal of Applied Behavioral Science*, 29, pp. 239-256.
- SEGAL, S.P.; SILVERMAN, C. y TEMKIN, T. (1993). "Empowerment and self-help agency practice for people with mental disabilities", *Soc Work*, 38, pp. 705-712.
- SIBTHORPE, B.; FLEMING, D. y GOULD, J. (1994). "Self-help groups: a key to HIV risk reduction for high-risk injection drug users?", *J Acquir Immune Defic Syndr*, 7, pp. 592-598.

*Asociaciones y grupos de ayuda mutua: Un nuevo paradigma en...*

*Tabla 1. Grupos de discusión*

Ámbito del grupo de discusión (numeración de los grupos)	Número de participantes	Fecha
Alcohólicos (1)	8 (7 hombres y 1 mujer)	13/02/2001
Salud mental (2)	5 (5 mujeres)	20/02/2001
Familiares de enfermos crónicos* (3)	5 (2 hombres y 3 mujeres)	21/02/2001
Enfermos crónicos** (4)	5 (2 hombres y 3 mujeres)	27/02/2001
Personas en situaciones difíciles*** (5)	5 (2 hombres y 3 mujeres)	08/03/2001
Personas con SIDA (7)	6 (2 hombres y 4 mujeres)	13/03/2001
Enfermos con patologías no estrictamente crónicas (8)	6 (2 hombres y 4 mujeres)	15/02/2001

\* Las enfermedades presentes en este grupo de discusión eran Alzheimer, cáncer en edad infantil, diabetes, hiperactividad y autismo.

\*\* Las enfermedades presentes en este grupo de discusión eran esclerosis múltiple, Parkinson, asma, enfermedad de Crohn, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante.

\*\*\* Las organizaciones que participaron en este grupo de discusión representaban a gays, lesbianas, prostitutas y adictos a drogas.

*Tabla 2. Entrevistas semi-estructuradas*

Diferentes ámbitos temáticos 10 asociaciones participantes (numeración de las entrevistas)	Fecha de realización
Asociación Fuenlabreña de Esclerosis Múltiple (AFEM) (1)	04/04/2001
Federación Madrileña de Asociaciones Pro-Salud Mental (FEMASAM) (2)	18/04/2001
Asociación Española de Ayuda al Epiléptico (3)	19/04/2001
Colectivo de Defensa de los Derechos de las Prostitutas (HETAIRA) (4)	
Asociación de Jugadores en Rehabilitación de Alcobendas (5)	24/04/2001
Asociación de Diabéticos Españoles en Madrid (6)	26/04/2001
Asociación Española de Padres y Niños con Alergia a Alimentos (AEPNAA) (7)	08/05/2001
Asociación Madrileña de Laringectomizados (8)	14/05/2001
Asociación Bipolar de Madrid (9)	16/05/2001
Asociación Madrileña de Lucha contra las Enfermedades del Riñón (ALCER Madrid) (10)	17/05/2001