

La adición a grupos coercitivos y su evaluación

M.^a Ángeles Jiménez Tallón

Departamento de Personalidad, Evaluación

y Tratamiento Psicológicos

Facultad de Psicología.

Campus Universitario de Espinardo. Murcia (España)

1. Introducción

Los componentes fundamentales de los trastornos adictivos son la falta de control y la dependencia, por ello las adicciones no se pueden limitar a las conductas generadas por sustancias químicas, como los opiáceos, los ansiolíticos, la nicotina o el alcohol, aunque desde hace décadas la noción de adicción haya sido sinónima de adicción a las drogas (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1999).

Existen de hecho hábitos de conducta aparentemente inofensivos que pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida cotidiana de los sujetos implicados y de su entorno familiar. Realmente se dan conductas como los juegos de azar, la hipersexualidad, las compras compulsivas, el trabajo excesivo, el ejercicio físico desmesurado (vigorexia), la adicción a Internet, la adicción al teléfono (Partylines y líneas eróticas) o la pertenencia a determinado tipo de grupos, que pueden considerarse psicopatológicamente como adicciones (Schaeff y Fassel, 1988; Alonso Fernández, 1996; Echeburúa y Corral, 1994).

Los síntomas de dependencia que se observan en estas conductas, cuando no se pueden ejercitar por parte del sujeto afectado son semejantes básicamente a los de las drogodependencias (Earle, Earle y Osborn, 1995; Gossop, 1987; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Rodríguez Carballeira y González, 1989).

Según Echeburúa y Corral (1994), todo ser humano precisa un nivel de satisfacción en la vida, que normalmente se obtiene de la realización de diversas actividades, pero si un sujeto se siente frustrado en una o varias de sus facetas vitales (trabajo, relaciones per-

sonales, sexo etc.), puede focalizar su interés en alguna actividad específica. Siendo el riesgo de adicción alto cuando se dan estas circunstancias.

Por tanto, cualquier conducta normal o placentera es susceptible de convertirse en adictiva, definiendo esta última el hecho de que el paciente pierda el control al desarrollar una determinada conducta y que prosiga con ella a pesar de obtener consecuencias adversas y experimentar una dependencia cada vez mayor de la misma, que puede oscilar desde un deseo moderado a una obsesión intensa, que puede conducirle al sufrimiento de un síndrome de abstinencia en caso de no poder ponerla en práctica y así mismo, perder el interés por otro tipo de actividades y relaciones que anteriormente le resultaban satisfactorias (Jacobs, 1989; Echeburúa y Corral, 1994).

Por otra parte, las conductas adictivas están controladas inicialmente por reforzadores positivos (el aspecto placentero), pero concluyen siendo controladas por reforzadores negativos (fundamentalmente el alivio de la tensión emocional). En conclusión, conductas normales e incluso saludables, pueden convertirse en adictivas en función de la intensidad, frecuencia y cantidad de tiempo y dinero invertidos y finalmente la adicción se determina en función del grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales y laborales de los afectados.

Por todo lo mencionado se ha propuesto recientemente el término de *Adicciones Psicológicas* (adicciones sin droga) a aquellas conductas repetitivas que resultan placenteras, al menos en las primeras fases y que generan una pérdida de control en el sujeto. Así la relación de las Adicciones Psicológicas serían, según Echeburúa y Corral (1994): Juego patológico, adicción al sexo, adicción a las compras, adicción a la comida, adicción al trabajo, adicción al ejercicio físico, teleadicción/videomanía y adicción al teléfono.

No obstante, se puede advertir que todas estas conductas adictivas tienen un fuerte componente social, por lo que también las hemos denominado *Adicciones Socio-dependientes*, entre las que hemos incluido la Adicción a los Grupos Coercitivos, pues muestra las características de dependencia y falta de control manifestadas en todas las conductas adictivas (Jiménez Tallón, 1994, 1997).

Asímismo, también se ha propuesto definir la adicción como un trastorno serio y progresivo que implica la autoadministración repetitiva de una sustancia o un *proceso* para evitar las percepciones de la realidad a través de la manipulación de los procesos del sistema nervioso, produciéndose en consecuencia, un daño en el equilibrio del funcionamiento bioquímico del organismo y una pérdida de habilidad para relacionarse con el mundo exterior sin el uso de la sustancia o proceso seleccionado (Faulkner, 1991).

Según Ornstein & Sobel (1987), el pensamiento y las emociones pueden activar la producción de endorfinas, por lo cual pueden resultar altamente adictivos; a pesar de ser productos endógenos, las endorfinas son tan adictivas como la morfina y la heroína, parece evidente por lo tanto, que todo aquello que pueda ser capaz de evocar la producción de betaendorfinas podrá ser altamente adictivo. Y así el marco protector que ofrecen las Sectas Destructivas a sus adeptos, es perfecto para incrementar el nivel de dopamina, norepinefrina o betaendorfinas (Rodríguez Bofill, 1989, 1994).

No es casual, por tanto, que la época actual se caracterice por el incremento de las adicciones de todo tipo, incluyendo el desarrollo imparable de las sectas de todas clases. La adicción a una sustancia o proceso, al evocar la producción de betaendorfinas en el cerebro, se convierte en instrumento que aleja temporalmente la sensación de angustia derivada de determinadas situaciones sociales y emocionales. En el mecanismo adictivo es más importante la necesidad de huir del dolor generado por el entorno social, que la de buscar el placer (Rodríguez Bofill, 1993).

2. Concepto y características de un Grupo Coercitivo o Secta Destructiva

Una Secta Destructiva (S.D.) es todo grupo que en su dinámica de captación y adoctrinamiento utiliza técnicas de persuasión coercitiva y de control mental que propician la desestructuración de la personalidad previa del adepto o la dañan severamente. Asimismo, estos grupos causan la destrucción total o severa de los lazos afectivos y de comunicación del adepto con su entorno social habitual, pudiendo llegar a destruir y conculcar derechos jurídicos inalienables en un estado de derecho (Rodríguez Bofill, 1990, 1994).

Según Guerra (1993), un Nuevo Movimiento Religioso (NMR) o Secta será dañino y destructivo en la medida en que utilice los recursos psicológicos del individuo para conseguir el control de sus pensamientos, sentimientos y conducta para encauzarlos en la dirección de la adhesión al grupo, convertida en adicción y sometimiento al líder o al sistema de creencias y comportamientos propios del grupo sectario. La naturaleza destructiva de una Secta no radica en las creencias y doctrinas que asuman, sino en los métodos utilizados para imponerlas y difundirlas.

Los estudiosos del tema han seleccionado diez características significativas para detectar si un determinado grupo ha adoptado ya una dinámica de S. D. o está en camino de hacerlo y son las siguientes:

1. Ser un grupo cohesionado por una doctrina sociológica o religiosa, trascendente en general y encabezado por un líder carismático que pretende ser poseedor de la verdad absoluta.

2. Tener una estructura vertical y totalitaria donde la palabra de los dirigentes es dogma de fe, llegando a intervenir en los detalles más íntimos y personales de sus adeptos.

3. Exigir una total adhesión al grupo y romper bajo presión psicológica todos los lazos sociales y afectivos anteriores a la entrada en el grupo.

4. Vivir en una comunidad cerrada o en total dependencia del grupo.

5. Suprimir las libertades individuales y el derecho a la intimidad.

6. Controlar y manipular la información que llega a los adeptos.

7. Utilizar técnicas psicológicas y neurofisiológicas, enmascaradas bajo meditación y crecimiento personal, que sirven para anular la voluntad y el razonamiento de los adeptos, causándoles en muchos casos alteraciones psíquicas graves.

8. Propugnar un rechazo de la sociedad y de sus instituciones que sólo interesa en la medida en que puede ser útil al grupo.

9. Tener como actividad primordial el proselitismo y la recaudación de dinero para el grupo y el líder, para lo cual pueden acudir a las más diferentes actividades, incluso delictivas.

10. Obtener bajo coacción psicológica la entrega del patrimonio personal de los adeptos o de sumas de dinero en concepto de cursos o terapias. Los miembros que trabajan en el exterior entregan al grupo todo o gran parte de su salario y los que trabajan para el grupo no cobran salarios o son simbólicos.

Por todo lo mencionado, cualquier grupo, al margen de su doctrina, en que se den estas características o una mayoría de ellas, puede ser un campo propicio para la persuasión coercitiva y el control mental, y a mayor intensidad de cada característica, tanto más destructiva podrá ser para el psiquismo del adepto la estructura sectaria en cuestión (Jiménez Tallón, 1994).

3. Técnicas de persuasión coercitiva y de inducción de estados disociativos

La persuasión coercitiva es el procedimiento utilizado para forzar la transformación del sujeto. Esta denominación se ha venido generalizando a todas aquellas técnicas que, de alguna manera, se imponen sobre la voluntad del sujeto o tratan de inhibirla o desorientarla (Hassan, 1990). Estas técnicas de control mental pueden ser de tres clases:

1. Técnicas de tipo ambiental, que incluyen el control del comportamiento y el control de la información.

2. Técnicas de tipo cognitivo, que incluyen el control del pensamiento.

3. Por último, están las técnicas de tipo emocional, que a través de la activación emocional del miedo y la culpa son el arma más sencilla, para conseguir la conformidad y la sumisión.

También hay que tener en cuenta que la creación y mantenimiento de una continua alteración del estado de conciencia puede dar lugar a estados disociativos mediante una serie de actividades como: hiperconcentración del sujeto, que puede llevarle a estados de trance, uso de cánticos, mantras y «hablar en lenguas», empleo de diferentes sistemas de meditación, oración y prácticas de no pensar, procedimientos de hipnosis y rituales de renuncia al pasado, ejercicios de sensibilización, el aislamiento y la privación sensorial, al igual que la sugestión hipnótica, todo lo cual implica una disminución de las resistencias.

Asímismo, la sobrecarga sensorial (bombardeo del amor, intensificación de adoctrinamiento), debilitamiento psicofísico por exceso de trabajo, poco sueño y alimentación inadecuada, desarrollo de tareas monótonas y repetitivas, estimulaciones rítmicas y danzas así como uso de drogas diversas, van a coadyuvar en la aparición de estados disociativos (Rodríguez Carballeira, 1992).

4. Evaluación de los efectos provocados por los grupos coercitivos

La evaluación de los trastornos producidos por las técnicas utilizadas por este tipo de grupos presenta ciertas dificultades al no conseguirse siempre la presencia del adepto para su realización, por lo que es preciso recurrir a sus familiares más cercanos, que suelen ser quienes demandan ayuda, para conseguir la descripción de los síntomas más notorios que presenta el paciente, para lo cual se utilizan entrevistas estructuradas que abarcan las áreas psicopatológicas, familiares y sociales del sujeto afectado.

Es importante conocer la estructura y la calidad de la comunicación y de las relaciones intrafamiliares, la personalidad de los padres, sus relaciones entre sí y con cada uno de los hijos, las relaciones entre los hermanos, la presencia o no de disfunciones graves y situaciones mórbidas. Es bastante frecuente encontrarse ante familias cuyos padres conforman una pareja íntimamente rota, pero que se mantienen unidos gracias a la presencia de uno o varios hijos problemáticos (sectarios, toxicómanos), en estos casos, cualquier posible acción terapéutica sobre los hijos puede ser boicoteada por los propios padres que ven amenazada su supervivencia como pareja y familia si se extingue el problema que les permite luchar juntos, en otros casos, el hijo sectario se convierte en excusa para una cruzada personal que puede ser la única razón que da sentido a la vida del padre o de la madre

implicados. En otras ocasiones este tipo de situaciones es usada como arma arrojadiza de un cónyuge contra el otro. En estos casos mucho más frecuentes de lo que creemos, no es posible intervenir si antes la familia no resuelve sus graves disfunciones mediante un tratamiento psicológico adecuado (Rodríguez Bofill, 1994).

En general, la terapia familiar es el primer requisito necesario a los afectados por una dinámica intrafamiliar que encaja dentro de las pautas generadoras de personalidades presectarias. Es inútil esforzarse en rescatar a un sectario si previamente su familia no se ha reeducado para evitar todos los comportamientos erróneos que llevaron al hijo o a la pareja a percibir como deseable el mundo de la secta. No se puede olvidar que cuando un sujeto queda captado en las redes de un grupo coercitivo, esto se debe en parte a una vulnerabilidad previa originada en muchos casos en el propio entorno sociofamiliar del sujeto, por ello es imprescindible la colaboración de la familia, no sólo para facilitar la evaluación y el diagnóstico, sino para hacer posible una intervención adecuada cara a la rehabilitación del sujeto, de ahí la importancia de la terapia familiar, especialmente desde el modelo sistémico, la cual está adquiriendo en los últimos tiempos una mayor preponderancia frente a las casi obsoletas técnicas de desprogramación.

4.1. Epidemiología

El número de jóvenes y no tan jóvenes que se une a las numerosas sectas de todo tipo implantadas en España oficial o clandestinamente, según datos publicados en la última década, crece a un ritmo superior a la media europea, aunque las cifras varían mucho según las fuentes consultadas. Según la encuesta de la Comisión Interministerial para la Juventud (1988), el 46 % de los jóvenes no se declara en contra de las sectas y el 29 % las aprueba expresamente. Así mismo el 86% de los jóvenes entre 16 y 28 años manifiesta demandas frente a lo trascendente y ofrecen una actitud de rechazo frente a las formas clásicas de religión. Según este estudio un 13 % de nuestros jóvenes se pueden considerar como víctimas potenciales de las S.D.

En un informe más reciente, Díaz Salazar asegura que el 1 % de la población española está integrado en una u otra secta y que existe un 8% de jóvenes que mantiene contacto con alguna y el 45 % ha conocido personalmente algunos de estos Nuevos Movimientos Religiosos (NMR), que es el nombre que el Parlamento Europeo ha dado a las sectas. Según cifras de 1997, en España están integradas en S.D. entre 150.000 y 200.000 personas, de las cuales la mitad aproximadamente tienen menos de 29 años.

Asimismo, en EE. UU., se estima la existencia de 3.000 sectas destructivas con 3.000.000 de adeptos y en Hispanoamérica se calcu-

la que existen ya más de 45 millones de fieles sectarios. En todo el mundo los seguidores de las sectas han pasado de 6 millones a principios de siglo a 108.000.000 en 1986 y en la actualidad suponen según diversas fuentes el 12% de la población mundial.

4.2. Perfil del presectario

Los factores de predisposición al sectarismo son múltiples y tienen su origen en diferentes aspectos del proceso biográfico de un sujeto entre los cuales podemos destacar: un sistema familiar disfuncional, trastornos de personalidad (dificultad para comunicarse, sentimientos de soledad y depresión, inseguridad, inmadurez psicoemocional, tendencia a la ansiedad y a la angustia, dependencia, baja autoestima, sentimientos de culpa, idealismo y credulidad, falta de asertividad y de sentido crítico, baja tolerancia a la frustración etc.), asimismo presentan dificultades de adaptación social, búsqueda religioso-espiritual y desconocimiento de los factores de vulnerabilidad personal ante la manipulación. En síntesis se puede afirmar que los fenómenos de predisposición que pueden dar lugar a una personalidad presectaria, dependen básicamente del entorno familiar y su interacción, así como del entorno social durante la etapa de socialización y maduración del sujeto.

4.3. Características de la evaluación

Es imposible la observación directa de la conducta tanto en los adictos como en los adeptos. Uno de los aspectos menos desarrollados es el de los instrumentos y procedimientos de evaluación específicos para las adicciones. La información obtenida lo es por lo general a través de personas del entorno del afectado, que puede ser parcial y sesgada, así como la propia información del paciente, que suele estar sometida a distorsiones voluntarias e involuntarias.

A veces se precisa una respuesta profesional urgente y la angustia de los familiares y del propio adepto, dificultan el proceso de evaluación. Otras veces, la necesidad inmediata de intervención en situaciones específicas conducen incluso a la iniciación del tratamiento sin haber finalizado la evaluación inicial. No obstante, hay que advertir de las consecuencias negativas de una evaluación precipitada o deficiente que se reflejaría en el tratamiento y en el diagnóstico diferencial.

Entre las características de la evaluación de este tipo de adicciones debemos tener en cuenta:

- 1) La evaluación debe ser multidimensional para evaluar adecuadamente las diferentes áreas conductuales (motoras, psicológicas, intelectuales), que suelen estar afectadas.

2) La evaluación debe estar estructurada por fases y no acaba con el inicio del tratamiento, sino que alcanza a la evaluación de los resultados en el seguimiento.

3) El carácter de la evaluación debe ser interdisciplinar. Los equipos de atención deben estar formados por diferentes profesionales (Psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, expertos en secas).

4) Necesidad de utilizar múltiples instrumentos y técnicas de medida debido a la existencia de numerosas áreas y conductas problema y para complementar la fiabilidad de la información.

4.4. Las diferentes áreas de la evaluación

En este tipo de adicción los aspectos que es preciso evaluar son los siguientes:

1) El tipo de grupo coercitivo del que depende el adepto, incluyendo características y duración de la situación. 2) La presencia de trastornos psicopatológicos. 3) El área familiar. 4) El área social. 5) El área laboral o académica. 6) El área legal. 7) El área de la salud.

En cuanto a los instrumentos a utilizar, los más usuales son: La entrevista estructurada, los registros y autorregistros, (si el afectado acepta), cuestionarios de evaluación psicopatológica.

La entrevista con el sujeto o familiares, debe incluir una descripción clara y completa de la situación: inicio, modo de captación, comportamientos anteriores y posteriores a la captación por el grupo, repercusión en su vida personal, social y laboral, los antecedentes y consecuentes de la conducta y la situación del sujeto en el momento actual (los últimos 30 días).

Respecto a la historia de la adicción, se investigarán los antecedentes personales y familiares. El momento y forma de inicio de la relación con el grupo coercitivo. La motivación para el tratamiento por parte del adepto o del exadepto o si la motivación proviene del ámbito familiar. Así cómo conocer si padece o ha padecido otros tipos de adicciones.

En cuanto a la relación de Trastornos psicopatológicos, se estudiará el tipo de alteraciones que presenta el sujeto (trastornos amnésicos, cuadros psicóticos, problemas atencionales, cuadros depresivos, ansiedad, trastornos del sueño y de la alimentación, existencia de alteraciones psiquiátricas anteriores.

Respecto al área familiar, es importante desculpabilizar a la familia en relación a la etiología de la situación, pero es preciso utilizarla como fuente de apoyo durante todo el proceso evaluativo y terapéutico. La evaluación debe detectar las variables familiares que pueden estar actuando en el mantenimiento del problema y por otra

parte, identificar los recursos que pueden ser utilizados, recursos materiales, de tiempo, horarios familiares, actividades conjuntas de la familia, existencia de normas y como se hacen cumplir, reparto de tareas domésticas, actitud de los distintos miembros de la familia ante el problema y el tratamiento y situaciones críticas vividas frente al adepto.

En el área social se tendrán en cuenta tres aspectos: ámbito de las habilidades sociales, ámbito de las relaciones interpersonales (si tienen amigos al margen del grupo sectario, si los tenían anteriormente) y el uso del tiempo libre (aficiones, actividades, deportes).

Respecto al área laboral o académica es importante saber si está en paro, si tiene subsidio, si está de baja, si tiene cualificación para buscar un nuevo empleo, en caso de tener trabajo, si es estable, nivel de satisfacción y de ingresos que produce, relación con los compañeros de trabajo, si hace proselitismo con ellos, en caso de ser estudiante si mantiene el ritmo de estudio y las relaciones con los compañeros.

En cuanto al área legal deberemos conocer si el sujeto afectado se ha visto involucrado en algún problema legal desde que está en el grupo, si ha cometido delitos, sufrido procesos o encarcelamiento y si ha realizado actividades delictivas en el contexto familiar y laboral.

En referencia al área de la salud conviene conocer por parte del evaluador los hábitos de salud, higiene, conductas sexuales de riesgo, abstinencia sexual o actividad sexual excesiva y actitudes hacia lo sanitario, pues hay adeptos que rechazan la medicina convencional.

4.5. Momentos de la evaluación

Hay un primer momento de inicio o toma de contacto con el afectado o su familia, en ese momento se realizará el análisis de los recursos personales y sociales del sujeto para enfrentarse al proceso de rehabilitación o desenganche, conocer la motivación para el tratamiento o si por el contrario siente rechazo por sentirse engañado o manipulado o incluso secuestrado.

En caso de haber abandonado el grupo hay que detectar déficits y recursos del sujeto en las diferentes áreas psicosociales antes de proseguir con un programa de intervención individualizado. Durante el proceso de intervención conviene evaluar progresivamente los cambios conductuales, pues los efectos producidos por las técnicas utilizadas en los grupos coercitivos son difíciles de extinguir y puede que vuelva a ingresar en el grupo por reclamo de este o por dependencia del mismo. El seguimiento debe durar tanto como sea posible para valorar el mantenimiento de los logros obtenidos y prevenir una situación repetitiva.

4.6. Instrumentos de evaluación según las áreas evaluadas

Es conveniente contrastar datos con otros instrumentos y con otras entrevistas con personas del entorno del adepto, así como fomentar la relación directa entre adepto y evaluador. Los autorregistros son difíciles de aplicar en estos sujetos por el riesgo de distorsión, se usan para conductas de tipo libre, área familiar y actividades cotidianas. Se pueden usar cuestionarios que cubran diferentes áreas, especialmente un cuestionario de síntomas, aunque los referentes al apartado laboral, académico, legal y de salud no se incluirán aquí.

Para los aspectos psicopatológicos se suelen aplicar el MMPI. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Hathaway y Mckinley, 1983), para obtener el perfil psicopatológico típico, atendiendo a las elevaciones en pd., el MCMI-II. Inventario clínico Multiaxial de Millon-II (Millon, 1998), el SCL-90-R (Derogatis, 1983), con 9 dimensiones y tres escalas globales, aunque no existen datos normativos en la población española. El STAI. State - Trait Anxiety Inventory (Spielberg, Gorsuch y Lushene, 1970), para medir la ansiedad E/R y el BDI. Beck Depression Inventory (Beck, 1961), para medir la depresión.

En cuanto a la medición del Área familiar y Área social, se puede utilizar la Escala FES. Escala de Ambiente Familiar (Moos y Moos, 1981). La FAM. Family Assessment Measure (Skinner et al. 1983) y para la evaluación del Área social se usa el Inventario de Aserción (Gambrill y Richey, 1975). La evaluación de las redes de apoyo social se puede realizar mediante el Cuestionario de apoyo social (Sareson, 1983) y la Valoración de actividades de ocio y tiempo libre a través de la entrevista.

También es importante la valoración de los resultados, comparando los datos obtenidos en las evaluaciones, antes, durante y después del tratamiento. No obstante, hay que tener en cuenta que en España los estudios de seguimiento son costosos.

También hay que tener en cuenta que cada afectado requerirá una evaluación específica para establecer un diagnóstico preciso, que dependerá de la personalidad previa del sujeto, de la existencia o no de enfermedades psíquicas anteriores, de la permanencia y tipos de experiencia en la secta y de la ayuda que se le preste desde su entorno familiar y social, así como también influirá de una manera significativa la forma en que haya abandonado el grupo sectario (Jiménez Tallón, 1994).

4.7. Entrevista estructurada para adeptos sectarios

Esta entrevista incluye:

I. Información general:

Quién la aporta, datos personales y familiares, datos del grupo coercitivo, fecha de entrada, lugar dónde contactó y cómo ocurrió, a quién han consultado el problema.

II. Situación familiar:

Situación de los padres, salud en la familia, problemas familiares que pueden afectar al adepto, antecedentes familiares, cualidades y defectos familiares, cómo suelen resolver los problemas.

III. Experiencia familiar con el grupo:

Grado de comunicación con el adepto desde que está en el grupo, si ha habido impedimentos por parte del grupo en los intentos de comunicación, cuántas veces les han pedido dinero, si fueron agredidos o amenazados en algún sentido y calificación de sus relaciones con el grupo.

IV. Evolución personal del adepto:

Desde su infancia, enfermedades, relaciones con terceros, problemas en el colegio y académicos, tipo de escuela a que asistió, problemas de conducta, dificultades de relación con la familia antes y después de entrar en el grupo, cualidades y defectos del adepto, comunicación con otros antes de entrar en el grupo, con quién se sigue comunicando después de entrar en el grupo. A quién acude ahora cuando tiene algún problema.

V. Historia psicopatológica:

- A) Hasta 6 meses antes de entrar en el grupo.
- B) Durante los 6 meses anteriores a entrar en el grupo.
- C) Desde que entró en el grupo.

Este apartado de la entrevista abarca si el sujeto afectado recibió algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico en la temporalización indicada. Si estuvo hospitalizado por causas psicológicas o psiquiátricas, si tuvo alguna crisis nerviosa, si tuvo o tiene dificultades para tomar decisiones, dificultades académicas o laborales, si fue a otra ciudad o país, problemas económicos, soledad, dificultades con los padres o con la pareja, si parecía triste, deprimido o melancólico, si manifiesta problemas de salud, si aparece alterado, hablador, hiperactivo, si presenta síntomas como alucinaciones,

habla incoherente, paranoia, si habla de suicidio o tuvo algún intento, cambios de humor, ataques de nervios, ansiedad, pensamientos sin sentido, conductas repetitivas, ingestas excesivas de alcohol, consumo de drogas, conducta antisocial (robar, romper, agredir), si ha sido detenido alguna vez.

VI. *Actitud del adepto ante el grupo:*

Las respuestas en este apartado se refieren a síntomas y sentimientos del sujeto afectado en relación al grupo: Presencia de determinadas conductas, ideas, sentimientos, si se sienten flotar entre dos personalidades diferentes, disminución de capacidad para desenvolverse, disminución del rendimiento, aparición de un lenguaje diferente al habitual, presencia de estados alterados de conciencia, disminución de la capacidad crítica y de la lógica, quejas de sentirse vigilado, miedo a castigos o venganzas del grupo, sentirse mal por actividades del grupo, sentirse culpable a causa de estas actividades, emociones enlentecidas, mayor dificultad para tomar decisiones, sensaciones de cansancio y fatiga, dormir menos de lo normal, quejas de sentirse aislado, inhibición sexual, promiscuidad, homosexualidad que no existía previamente, hiperactividad sexual, prostitución.

5. Trastornos psicopatológicos más frecuentes provocados por los grupos coercitivos

Las consecuencias de la pertenencia a una Secta coercitiva sobre la salud física y mental del adepto dependerá de los siguientes elementos: La personalidad previa del adepto, el grado de integración de cada sujeto en la secta y su tiempo de permanencia en la misma, así como el tipo de secta coercitiva y la específica dinámica interna del grupo en que esté inserto el sujeto, influyendo la intensidad de aplicación de las diferentes técnicas de persuasión coercitiva (Rodríguez Carballeira, 1992).

Las situaciones mencionadas hasta aquí pueden determinar la aparición de una serie de trastornos mentales en los adeptos. Algunas de las primeras referencias las podemos encontrar en Deutsch (1975), Galper (1976), Clark (1977) y Singer (1979) que comenzaron a observar en algunos de sus pacientes los efectos producidos por las técnicas de control mental. Los síntomas más significativos observados consisten en cambios bruscos y progresivos de la personalidad de estos sujetos, con fuertes sentimientos de culpa y miedo, estados alterados de conciencia, disminución en la calidad de las relaciones familiares e interpersonales ajenas al grupo, sensaciones de incertidumbre, duda y angustia y percepción paranoica del mundo exterior.

El reconocimiento definitivo del trastorno como tal viene expresado por su aparición en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría en la edición de 1980 del DSM-III, y el estudio de estas alteraciones se irá ampliando en posteriores publicaciones (Markowitz, 1983; Goldberg y Goldberg, 1982 y Hochman, 1984). Actualmente, el trastorno psicopatológico más significativo en los sujetos integrados en grupos coercitivos es el trastorno psicótico recogido en el DSM-IV con la denominación de «Trastorno disociativo no especificado» que puede darse en individuos que han estado sometidos a periodos de intensa y prolongada persuasión coercitiva. Globalmente este trastorno implica la generación en el adepto de una nueva personalidad que entra en competencia con la anterior y explicaría la intensa transformación de su comportamiento y la posible disociación. Aunque es aceptada la existencia de determinadas situaciones y características que favorecen la aparición de estos estados, no se puede afirmar como regla general que se trata de personas con patologías previas a su incorporación al grupo y estos síntomas se han definido como «síndrome de adoctrinamiento sectario» (West, 1988).

Entre las alteraciones analizadas por otros autores (Delgado, 1977; West y Singer, 1980; Clark y Langone, 1981; Asch, 1985; Singer, 1988), se pueden mencionar trastornos de las funciones normalmente integradas de la conciencia, memoria, identidad y de la percepción del entorno y la característica predominante es un síntoma disociativo que no cumple los requisitos para un trastorno disociativo específico, incluyendo otra serie de trastornos de personalidad significativos (Jiménez Tallón, 1997).

Abgral (1993) afirma que la manipulación sectaria tiene como resultado frecuente provocar patologías psiquiátricas múltiples, cuya observación permite definir varios tipos de entidades nosológicas que cubren la práctica totalidad de la nosología psiquiátrica y en cada una de estas patologías se pueden encontrar síntomas de gravedad variable, algunas compatibles con una vida casi normal y otras que invalidan totalmente al paciente. Así Abgral distingue tres grandes cuadros psiquiátricos: los fenómenos depresivos, los comportamientos neuróticos y las desestructuraciones de personalidad con trastornos psicóticos.

6. Aspectos comunes entre adicciones a sustancias y adicciones sociodependientes

Tienen un rasgo común básico que es la dependencia como núcleo definidor de los dos problemas. También se dan factores causales que favorecen esta dependencia de las drogas o de las sectas coercitivas (Rodríguez Carballeira y González, 1989).

Entre los aspectos comunes a ambos tipos de adicciones hay que mencionar: a) La semejanza en las reacciones psicológicas. b) La existencia de factores de personalidad comunes. c) La pertenencia a ámbitos sociales semejantes. d) En ambos casos la pérdida de control surge tras una actividad que al principio es lúdica o social. e) Ambos trastornos producen un deterioro gradual en el ámbito familiar, laboral y social, con frecuentes recaídas. f) Con frecuencia aparecen trastornos del estado de ánimo (depresión hipomanía, ansiedad). g) Existe una fuerte posibilidad de desintegración de la unidad familiar, problemas económicos, violencia y accidentes son comunes en ambos casos. h) En ambas situaciones la ocultación e infravaloración del problema es un obstáculo para el tratamiento, acudiendo a terapia en fases avanzadas, lo cual dificulta el pronóstico.

Asimismo, los factores que determinan el grado de deterioro en ambos tipos de adicciones son básicamente los mismos; la personalidad previa, el tipo de droga o secta de que depende y la intensidad y duración de la adicción. También existen trastornos psíquicos que se dan en ambos casos, como son la reducción y alteración de los mecanismos de defensa del yo, una alteración en la jerarquía de valores previos y desvinculación respecto al entorno y raíces del sujeto, una regresión e infantilización o inmadurez, labilidad emocional con imposición de la emocionalidad sobre la racionalidad, reducción de capacidades cognitivas, alteraciones del comportamiento relacional, afectivo, sexual y laboral y el surgimiento de un pensamiento paranoide, pudiendo llegar a alucinaciones y trastornos de tipo psicótico.

Además aparece en ambos colectivos un deterioro físico que, sin embargo, es más notorio en los drogodependientes, mientras que el deterioro psíquico es intenso en ambos casos. Todo esto les hace adoptar una nueva escala de referencias de su identidad.

7. Conclusiones

En relación con la influencia ejercida por los Grupos Coercitivos en determinados sujetos, lo que realmente hay que cuestionarse no son las creencias y doctrinas que asuman, por más esotéricas y faltas de lógica que puedan parecer en algunos casos, lo auténticamente preocupante son las formas de actuar e intervenir sobre sus miembros, el tipo de técnicas de control mental y persuasión coercitiva que utilizan en las diferentes etapas, sobre la personalidad y conductas de sus seguidores, siendo estos más sensibles a los posibles trastornos psicopatológicos según su umbral de vulnerabilidad y su nivel de madurez psicológica, que resulta de una interacción multifactorial entre elementos de orden personal, socioambiental y situacional del sujeto. No se puede obviar sin embargo, que cualquier individuo es susceptible de ser captado por un grupo coerciti-

vo, siempre que esto ocurra en el momento adecuado para ello, es decir en situaciones de crisis personal y social de las que nadie está exento en momentos determinados de su biografía.

Es fácilmente comprensible ante este tipo de situaciones, la importancia que posee una evaluación clínica rigurosa tanto en los instrumentos utilizados como en la interpretación de los datos obtenidos para poder realizar un diagnóstico diferencial adecuado en relación con los diversos trastornos psicopatológicos que puede presentar este tipo de pacientes, a fin de diseñar una rehabilitación apropiada.

No podemos olvidar que la dependencia en las adicciones sociodependientes está facilitada por ser el grupo aceptado socialmente, a veces alentado por publicidad engañosa (cursos psicológicos, grupos religiosos, grupos culturales) y la presión de los «amigos» del grupo. Y esta dependencia puede llegar a producir graves deterioros físicos y psíquicos, así como elevados costes económicos, sociales y sanitarios. También es importante tener en cuenta hasta donde nos puede llevar el dogmatismo, en definitiva, el miedo a ser libres, el temor a reflexionar por nosotros mismos y ser adultos y no unos seres patológicamente inmaduros como consecuencia de los estragos del fanatismo que puede concluir creando un infierno en la tierra.

En la evaluación, es pues importante conocer quién y cómo era el sectario antes de llegar a serlo, qué percepción tenía de la realidad y de sí mismo, cuáles eran sus intereses y si llegó a satisfacerlos. También es muy importante conocer la existencia de algún trastorno psicopatológico previo y saber cómo piensa el individuo en su actual identidad sectaria, así como los esquemas mentales que encuadran su visión de la realidad, lo cual será más fácil de conseguir si logramos establecer un *rapport* adecuado con el sujeto afectado, sin olvidar, por supuesto, el tema de la prevención tanto en el ámbito familiar como en el escolar y juvenil, forjando en los sujetos, desde las primeras etapas de su educación, seguridad, autoestima y autonomía suficientes como para no necesitar buscar falsas fuentes de seguridad, con las consecuencias perturbadoras subsiguientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Abgral, J. M. (1993). *Patologías inducidas por la manipulación sectaria*. II Congreso Internacional «Grupos Totalitarios y Sectarismo». Barcelona.
- Alonso-Fernández, F. (1996). *Las otras drogas*. Madrid: Temas de Hoy.
- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM-IV. Barcelona. Masson.

- Asch, S. M. (1985). *Cult-induced psychopathology*. *Cultic Studies Journal*, 2, (1), 31-90
- Clark, J. (1977). *The effects of religious cults on the mental health and welfare of their converts*. Proceedings of the 95th. Congress, Vermont House of Representatives, 181, E 6894-E6895.
- Clark, J. & Langone, M.D. (1981). *Destructive cult conversion: Theory research and treatment*. Weston (MA). American Family Foundation.
- Delgado, R. (1977). *Religious totalism. Gentle and ungentle persuasion under the first amendment*. *Southern California Law Review*, 51, 1-98.
- Deutsch, A. (1975). *Observations on a sidewalk ashram*. *Archives of General Psychiatry*, 32, 166-175.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1994). *Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora*. *Clínica y Salud*, 5, 251-258.
- Earle, R. H., Earle, M. R. y Osborn, K. (1995). *Sex addiction. Case studies and management*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Faulkner, R.W. (1991). *Terapeutic Recreation Protocol for Treatment of substance Adiccions*. State College (PA): Venture Publishing.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1999). *Laborodependencia. Cuando el trabajo se convierte en adicción*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 3 (2) 103-120.
- Galper, M. (1976). *Cult indoctrinament, a new clinical syndrome*. Meeting of Tampa-St. Petesburg-Clearwater psychiatric society. Informe no publicado.
- Goldberg, L. y Goldberg, W. (1982). *Group work with formes cultist*. *Social Work*, vol. 27 (2), 165-170.
- Gossop, M. (1987). *Living with drugs*. Aldershot: Wildwood House/Gower.
- Guerra Gómez, M. (1993). *Los Nuevos Movimientos Religiosos. Sectas*. Pamplona. Eunsa.
- Hassan, S. (1990). *Las Técnicas de control mental de las Sectas y como combatir las*. Barcelona. Urano.
- Hochman, J. (1984). Iatrogenic symptoms associated with a therapy cult: examination of an extinct. New psychoterapy with respect to psychiatric deterioration and brainwashing. *Psychiatry*, 47, 367-377.
- Jacobs, D. F. (1989). A general theory of addictions: rationale for and evidence supporting a new approach for understanding and treating addictive behaviors. En H. J. Shaffer, S. A. Stein, G. Gambino y T. N. Cummings (Eds.), *Compulsive gambling: theory, research and practice*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Jiménez Tallón, M. A. (1994). Las sectas, un desafío a la familia. *Cartaginensia X*, 405-426.

- Jiménez Tallón, M.^a A. (1997). *Trastornos psicopatológicos más usuales provocados por los grupos coercitivos*. Revista Española de Drogodependencias. 22, (4) 281-292.
- Markowitz, A. (1983). *The role of family in the treatment of symptoms associated with cult affiliation*. En Halperind (Ed.), *Psychodynamic perspectives on religion, sectand cult*. Littleton MASS. Jhon Wrihth.323-333).
- Ornstein, R. & Sobel, D. (1987). *The Healing Brain: Breakthrough Discoveries About How the brain Keeps Us Healthy*. New York: Simon & Schuster.
- Rodríguez Bofill, P. (1990). *El poder de las sectas*. Barcelona. Edic. B.
- Rodríguez Bofill, P. (1993). *Que hacemos mal con nuestros hijos. El drama del menor en España*. Barcelona. Ediciones B.
- Rodríguez Bofill, P. (1994). *Tu hijo y las sectas*. Madrid. Temas de Hoy.
- Rodríguez Carballeira, A. (1992). *El lavado de cerebro. Psicología de la persuasión coercitiva*. Barcelona. Boixerau Universitaria.
- Rodríguez-Carballeira, A. y González, S. (1989). *Fenómeno sectario y drogodependencia*. Barcelona: Grupos Igía.
- Schaef, A. y Fassel, D. (1988). *Addictive organizations*. San Francisco: Harper & Row
- Singer, M. T. (1979). Coming out of cults. *Psychological Today*, 12, 72-82.
- Singer, M.T. (1988). Los programas de modificación del pensamiento y la producción de casos psiquiátricos. *I Congreso Internacional «Sectas y sociedad»*. Sant Cugat del Vallés. Asociación Pro-Juventud. 53-58.
- West, J. (1988). ¿Qué porvenir les espera a las personas sometidas a control mental?. *I Congreso Internacional «Sectas y sociedad»*. Sant Cugat del Vallés: Asociación Pro-juventud, 59-61.
- West, J. y Singer, M. (1980). Cults, quacks and nonprofessional psychotherapies. En H. Kaplan, A. Freedman y B. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Vol. III.(pp. 3245-3258) Baltimore, MD: Williams and Wilkins.